

**Drogenbezogene Gesundheitsfürsorge in Haft
Bedarf und Angebot – Stärken und Schwächen**

**Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den
Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen**

Vorgelegt von

Lisa Jakob

1. Gutachter: Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch
 2. Gutachter: Prof. Dr. Heino Stöver
- Kolloquium am 13.04.2018

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG UND ÜBERBLICK	5
2	HINTERGRUND	12
2.1	Drogenbezogene Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung	12
2.1.1	Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	12
2.1.2	Intravenöser Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	13
2.1.3	Infektionskrankheiten in der Allgemeinbevölkerung	13
2.2	Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland	15
2.2.1	Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik	16
2.2.2	Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	17
2.2.3	Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen	18
2.2.4	Berliner Drogen- und Suchtpolitik	20
2.3	Gesetzliche Grundlagen zur Repression von Drogenkonsum und zum Umgang mit Straftätern in Deutschland	21
2.3.1	Gesetze zum Umgang mit Betäubungsmitteln	23
2.3.2	Strafgesetzbuch (StGB)	31
2.3.3	Strafvollzugsgesetze der Länder	33
2.3.4	Unterbringungsformen	36
2.4	Strafe und die totale Institution Gefängnis	37
2.4.1	Strafe	37
2.4.2	Totale Institution Gefängnis	40
2.5	Drogenbezogene Prävalenzen in Gefängnissen	45
2.5.1	Drogenkonsum in Gefängnissen	46
2.5.2	Intravenöser Drogenkonsum in Gefängnissen	52
2.5.3	Infektionskrankheiten in Gefängnissen	55
2.6	Richtlinien zur Gesundheitsfürsorge in Haft	57
2.6.1	Internationale Standards	58
2.6.2	Bundesweite Standards	61
2.6.3	Leistungserbringung	64
2.6.4	Qualitätskontrolle	64
2.7	Richtlinien zur drogenbezogenen Behandlung in Haft	68
2.7.1	Internationale Empfehlungen	69
2.7.2	Bundesweite Standards	73
2.7.3	Richtlinien einzelner Bundesländer	74
2.8	Drogenbezogene Angebote in Haftanstalten und deren Wirksamkeit	76
2.8.1	Aufklärung und Prävention	77
2.8.2	Test auf Infektionskrankheiten	78
2.8.3	Impfung gegen Hepatitis B	81
2.8.4	Spritzentausch	82
2.8.5	Bleichmittel	84
2.8.6	Kondomvergabe	84
2.8.7	Behandlung von Infektionskrankheiten	85

2.8.8	Opioid-Substitutionsbehandlung	86
2.8.9	Verhinderung von Drogentod nach Haftentlassung	90
2.8.10	Entlassungsvorbereitung	91
2.8.11	Stärken und Schwächen drogenbezogener Behandlungsangebote	93
3	METHODIK	94
<hr/>		
3.1	Quantitative Erhebung	94
3.1.1	Design	94
3.1.2	Instrumente	94
3.1.3	Analysen	96
3.2	Qualitative Erhebung	97
3.2.1	Interviews	98
3.2.2	Interview-Leitfaden	98
3.2.3	Stichprobe	100
3.2.4	Durchführung	102
3.2.5	GABEK® WinRelan®	104
4	ERGEBNISSE	128
<hr/>		
4.1	Quantitative Erhebung	128
4.1.1	Epidemiologie	128
4.1.2	Drogenbezogene Behandlungsangebote	133
4.2	Qualitative Erhebung	140
4.2.1	Gesamtstichprobe	140
4.2.2	Bayern	146
4.2.3	Berlin	167
4.2.4	Drogenberatung	177
5	INHALTLICHE DISKUSSION	194
<hr/>		
5.1	Quantitative Erhebung	194
5.1.1	Prävalenz von Drogenkonsum in Haft	194
5.1.2	Prävalenz von intravenösem Drogenkonsum in Haft	197
5.1.3	Prävalenz von Infektionskrankheiten in Haft	197
5.1.4	Drogenbezogene Behandlungsangebote in Haft	199
5.2	Qualitative Interviews	204
5.2.1	Gesamtstichprobe	204
5.2.2	Unterschiede zwischen den Bundesländern	207
5.2.3	Besonderheiten der Mitarbeiter der Drogenberatung	212
5.3	Stärken und Schwächen der Gesundheitsfürsorge in Haft	215
5.3.1	Stärkung der Abstinenzmotivation	216
5.3.2	Arbeiten im System ‚Justiz‘	217
5.3.3	Aufklärung und Prävention	219
5.3.4	Therapie statt Strafe – § 35 BtMG	222
5.3.5	Maßnahmen der Schadensreduzierung	225
5.3.6	Testung auf und Behandlung von Infektionskrankheiten	227
5.3.7	Opioid-Substitutionsbehandlung	228

5.3.8	Entlassungsvorbereitung	231
6	KRITISCHE DISKUSSION	234
6.1	Quantitativer Teil	234
6.2	Qualitativer Teil	237
7	ERKLÄRUNGSMODELLE FÜR DIE MANGELHAFTE UMSETZUNG DER BEHANDLUNGSPROGRAMME	240
7.1	Theorien zur Gerechtigkeit	240
7.1.1	Distributive Gerechtigkeit	241
7.1.2	Prozedurale Gerechtigkeit	245
7.1.3	Interaktionale Gerechtigkeit	245
7.1.4	Zur Anwendung der Gerechtigkeitsprinzipien	246
7.2	Strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft	247
7.2.1	Veränderungsprozesse	247
7.2.2	Gesundheit versus Sicherheit	250
7.2.3	Einstellung gegenüber den Inhaftierten	250
7.2.4	Unerfüllte Erwartungen an den Strafvollzug	251
8	FAZIT UND AUSBLICK	253
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	257
10	TABELLENVERZEICHNIS	261
11	QUELLENVERZEICHNIS	262
11.1	Gesetze und Verwaltungsvorschriften	262
11.2	Literatur	267
12	ANHANG	300
	Anhang A: Kurzfragebogen zur gesundheitlichen Situation Gefangener	300
	Anhang B: Interviewleitfaden	306
	Anhang C: Informationsblatt zum Projekt	307
	Anhang D: Vollständige Satztexte	309
13	ERKLÄRUNG	362

1 Einleitung und Überblick

Am 4. Dezember 2014 fand Wachpersonal der JVA Oslebshausen in Bremen bei einem Routinerundgang ein im Hof abgestürztes Fluggerät (Theiner 2015). Es wurde als Quadrocopter, also Drohne, identifiziert, an dem 10 g Marihuana befestigt waren. Bundesweit ist diese Art des Drogenschmuggels in Justizvollzugsanstalten zum ersten Mal in Bremen dokumentiert worden. Und es ist kein Einzelfall geblieben: Am 16. Dezember 2014 ist in Hamburg ein Quadrocopter auf das Dach des Untersuchungsgefängnisses in der Innenstadt gestürzt, beladen mit Marihuana, einem iPhone und einem USB-Stick mit Filmen (Spiegel online 2015). Es gibt noch unzählige andere dokumentierte Versuche, Drogen in Einrichtungen des Justizvollzugs zu schmuggeln, teilweise auf sehr erfinderische Weise. So wurden schon in Mörtel eingegossene oder mit Rasenstücken umwickelte Drogenpäckchen über Gefängnismauern geworfen.

Quadrocoptern als Drogenkurieren kann möglicherweise bald Einhalt geboten werden. Sogenannte GPS-Jammer, die die Navigation der Drohnen stören, befinden sich in der Entwicklung, sind aber aktuell noch nicht alltagstauglich (Spiegel online 2015). Nachdem am 26. Januar 2015 ein Quadrocopter auf dem Rasen des Weißen Hauses in Washington D.C. abgestürzt war (The New York Times 2015) – geflogen von einem betrunkenen Mitarbeiter der U.S. amerikanischen Behörde National Geospatial-Intelligence Agency und abgetrieben durch starke Windböen –, brachte der Hersteller dieser Drohnen ein Sicherheitsupdate mit Flugverbotszonen heraus (heise online 2015). Dieses soll verhindern, dass Drohnen in bestimmten Arealen, wie Flughäfen oder Landesgrenzen, betrieben werden können – und im Stadtgebiet von Washington D.C. Für Deutschland gibt es ein solches Update noch nicht. Sobald es soweit ist, sollten auch Einrichtungen des Strafvollzugs in diese Flugverbotszonen mit aufgenommen werden, um weiteren Drogenschmuggel durch die Luft zu verhindern.

Nicht zuletzt diese Einzelereignisse des versuchten Drogenschmuggels in deutsche Einrichtungen des Justizvollzugs zeigen, dass Drogen auch in Gefängnissen eine Rolle spielen. Diese Arbeit beschäftigt sich zunächst mit der Frage der Prävalenz von Drogenkonsum in Haftanstalten sowie der Prävalenz von häufig mit Drogenkonsum im Zusammenhang stehenden Infektionskrankheiten. Zudem wird diese Arbeit einen Überblick geben über momentan verfügbare intramurale Behandlungsangebote für drogenkonsumierende Inhaftierte, um abschließend deren Stärken und Schwächen zu erörtern.

In Kapitel 2 wird zunächst ein Überblick gegeben über die Prävalenz des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung, von der aus übergeleitet wird zur Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik sowie zu regionalen Papieren. In Deutschland unterscheiden sich die Bundesländer teilweise deutlich in ihren Strategien, vor allem bezüglich der Bedeutung von Sanktionen und Strafverfolgung. Daher strebt diese Arbeit bei der Diskussion von Stärken und Schwächen der Versorgung von drogenkonsumierenden Inhaftierten einen Vergleich zweier sehr unterschiedlicher Bundesländer, Berlin und Bayern, an. Anschließend werden die gesetzlichen Grundlagen zur Verurteilung von Drogenkonsumenten und zum Umgang mit Straftätern vorgestellt. Dabei wird unter anderem auf das Betäubungsmittelgesetz, das Strafgesetzbuch und das Strafvollzugsgesetz eingegangen, die regeln, für welche Gesetzesverstöße Rechtsbrecher inhaftiert werden können und wie Freiheitsstrafen in Einrichtungen des Strafvollzugs zu vollziehen sind. Michel Foucault (1976) zufolge dienen Strafen als Abschreckung und damit zur Prävention weiterer Straftaten sowie zur Rehabilitation des Straftäters. Da Freiheitsstrafen in der Regel in Gefängnissen vollzogen werden, folgt eine Darstellung der Merkmale von totalen Institutionen nach Erving Goffman sowie eine Beschreibung der intra- und interpersonalen Prozesse eines neu Inhaftierten. Im Anschluss wird auf drogenbezogene Prävalenzen im Gefängnis und auf Richtlinien zum Umgang mit den Betroffenen eingegangen. Abschließend wird die aktuelle Situation bezüglich drogenbezogener Behand-

lungsangebote in Haft dargestellt. Es geht dabei um den Bereich Infektionskrankheiten (Prävention und Aufklärung, Bereitstellung von Kondomen und Bleichmitteln, Impfung gegen Hepatitis B, Spriztentauschprogramme sowie Test auf und Behandlung von Infektionskrankheiten), den Bereich Substitution und Ansätze zur Entlassungsvorbereitung.

In Kapitel 3 wird die Methodik der Studie vorgestellt. Es handelt sich dabei um ein zweigeteiltes Vorgehen. Im ersten Schritt wurde ein Fragebogen zur Erhebung quantitativer Daten an alle 16 Justizministerien der Länder versendet. Dieser erfragte Informationen zu medizinischer und psychosozialer Versorgung, Schulung von Justizvollzugsbeamten, Tests auf Drogen und Infektionskrankheiten, intramuralen Therapieangeboten, Opioid-Substitutionsbehandlung, Manualen und Leitlinien sowie Angeboten zur Prävention, Schadensreduzierung und Entlassungsvorbereitung. Die Daten wurden deskriptiv statistisch analysiert. Im zweiten Schritt wurden qualitative Experteninterviews mit Mitarbeitern der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Berlin und Bayern geführt. Es sollten Interviewpartner aus zwei Bundesländern gewählt werden, um zu untersuchen, ob es unterschiedliche Schwerpunkte, unterstützende Elemente oder Schwierigkeiten in verschiedenen Bundesländern gibt. Die Entscheidung, diese vergleichende Analyse in den Bundesländern Bayern und Berlin durchzuführen, hat ihren Ursprung in deren unterschiedlichen Herangehensweisen an die Drogenproblematik, wie sie in ihren Drogen- und Suchtstrategien formuliert werden. Darüberhinaus gibt es weitere konkrete Unterschiede zwischen diesen beiden Bundesländern, beispielsweise in Bezug auf die Verurteilungsraten oder die Bevölkerungsdichte. Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mit dem Computerprogramm GABEK[®] WinRelan[®]. Dessen theoretische Hintergründe und der Prozess der Auswertung werden ausführlich dargestellt. In Kapitel 4 werden zunächst die Ergebnisse der quantitativen Erhebung dargestellt, also die Prävalenzen von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in Haft sowie die Verfügbarkeit von drogenbezogenen Behandlungsangeboten. Insgesamt wurde

der „Kurzfragebogen über die gesundheitliche Situation Gefangener“ von 14 der 16 Bundesländern beantwortet. In elf Bundesländern wurden die Fragebögen durch Mitarbeiter des Justiz- oder des Gesundheitsministeriums ausgefüllt, in den übrigen drei Bundesländern durch Vertreter der Justizvollzugsanstalten des Landes. Die Befragung ergab, dass in Deutschland zwischen 2009 und 2010 bei ca. 30 % der Zugänge aus der Freiheit oder aus anderen Justizvollzugsanstalten Drogentests durchgeführt wurden, in der Regel bei Verdachtsfällen. Der Anteil der positiven Drogentests während der Haftzeit war im Vergleich zum Zeitpunkt des Haftantritts geringer, mit einem deutlichen Rückgang für Opioide und Kokain. Ein Anstieg zeigte sich für Cannabis und andere Substanzen. Bei Haftantritt wird laut dieser Erhebung ca. die Hälfte der Personen auf Infektionskrankheiten getestet. Zur Verbreitung von Infektionskrankheiten in Haft lassen sich bei einer schlechten Response Rate über die Bundesländer gemittelt folgende Prävalenzen schätzen: 0,8 % waren HIV-positiv, 1,8 % Hepatitis B-positiv und 15 % Hepatitis C-positiv. Anschließend werden die Ergebnisse der insgesamt 16 Experteninterviews vorgestellt, einerseits ausgewertet für die Gesamtstichprobe, andererseits für die Subgruppen der Befragten aus Bayern (n=12), Berlin (n=4) und aller Mitarbeiter der Drogenberatung (n=4). Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt über Netzwerkgrafiken mit integrierter Bewertungskodierung. Zusätzlich werden prototypische Zusammenfassungen aus den Originalaussagen präsentiert. Unter anderem werden Netzwerkgrafiken und prototypische Zusammenfassungen zu den Themen Justizsystem, Paragraf 35, Substitution, Rentenversicherung als Kostenträger und Entlassung dargestellt.

In Kapitel 5 folgt eine inhaltliche Diskussion der Ergebnisse, erneut in einem mehrstufigen Vorgehen. Zunächst werden die quantitativen Ergebnisse der Fragebogenerhebung bezüglich Prävalenz von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in Haft sowie die verfügbaren drogenbezogenen Behandlungsangebote diskutiert. Die Prävalenz von Drogenkonsum ist während der Haft geringer als bei Haftantritt. Sie liegt jedoch zu beiden Zeitpunkten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Die

Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Inhaftierten ist bereits vor der Haft um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung: HIV tritt in dieser Gruppe ca. achtmal und Hepatitis C ca. sechsmal so häufig auf. Bezüglich drogenbezogener Behandlungsangebote deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich vor allem die Bereiche Opioid-Substitutionsbehandlung und Entlassungsvorbereitung als defizitär erweisen. Anschließend werden die Ergebnisse der Experteninterviews diskutiert, wie bei der Ergebnisdarstellung einerseits für die Gesamtstichprobe, andererseits für die Subgruppen Bayern, Berlin und Drogenberatung. In der Gesamtstichprobe wurde die Rolle der Justizvollzugsbeamten thematisiert, der zum Teil problematische Übergang von Haft in Freiheit, eine mangelhafte Umsetzung des Äquivalenzprinzips sowie der zum Teil unzureichende Informationsfluss zwischen Beamten, Mitarbeitern der Gesundheitsversorgung und Inhaftierten. In Bayern wurden unter anderem die erschwerten Bedingungen zur Vermittlung in Drogenbehandlung nach § 35 BtMG thematisiert, die Frage nach den Behandlungsinhalten der Drogenberatung (Therapie oder Beratung?) und Opioid-Substitutionsbehandlung (OST). Auch von der Subgruppe in Berlin wurden die OST und deren Regeln, zum Beispiel Abbruchkriterien, thematisiert sowie die problematische Situation frisch Entlassener, die mit nur wenig Unterstützung etliche Behördengänge absolvieren müssen. Von der Subgruppe der Drogenberater wurden unter anderem die erschwerten Bedingungen zur Vermittlung in Drogenbehandlung nach § 35 BtMG thematisiert, die schwierige Klientel und die Zusammenarbeit mit den Justizvollzugsbeamten. Im letzten Abschnitt des Kapitels 5 folgt eine kombinierte Diskussion der quantitativen und qualitativen Ergebnisse bezüglich der Möglichkeit, eine Abstinenzmotivation in Haft erstmalig zu erzeugen oder aber zu steigern, sowie bezüglich der besonderen Arbeitsbedingungen im Justizsystem, Informationsvermittlung, Prävention, Drogenbehandlung nach § 35 BtMG, Maßnahmen der Schadensreduzierung, der Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten, Opioid-Substitutionsbehandlung und Entlassungsvorbereitung.

In Kapitel 6 werden die Methoden sowohl der quantitativen als auch der qualitativen Erhebung kritisch diskutiert. Für den quantitativen Teil kann zunächst eine sehr gute Response Rate der Fragebogen-Erhebung von 87,5 % festgehalten werden, dies lässt Aussagen über bis zu 95 % der in deutschen Justizvollzugsanstalten Inhaftierten und über bis zu 95 % der deutschen Justizvollzugsanstalten zu. Problematisch war trotz der hohen Response Rate ein Anteil von durchschnittlich 50 % an fehlenden Werten. Da jedoch bei bis zu 85 % der unbeantworteten Items ergänzt wurde, dass diese Werte gar nicht erfasst werden, kann man daraus schließen, dass die Fragebögen trotz des hohen Anteils an Missings nicht nachlässig ausgefüllt wurden, sondern den Justizministerien viele Angaben schlicht nicht vorlagen. Nichtsdestotrotz ist durch diesen hohen Anteil an fehlenden Werten die generelle Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt. Für den qualitativen Teil muss angemerkt werden, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse deutlich eingeschränkt ist. Diese Frage war jedoch für diese Erhebung ohnehin nachrangig. Vielmehr ging es darum, einen umfassenden Einblick in die Materie zu erhalten, was aufgrund der breiten Streuung der fachlichen Expertise der befragten Experten als gelungen betrachtet werden kann. Es ist davon auszugehen, dass die befragte Stichprobe nicht zuletzt aufgrund ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung als überdurchschnittlich offen und motiviert zu betrachten ist, was durchaus zur Folge haben konnte, dass von diesen Personen Problembereiche und Verbesserungswünsche deutlich artikuliert werden konnten. Die Auswertung mit GABEK[®] WinRelan[®] hatte den Vorteil, dass inhaltliche Zusammenhänge in Form von Netzwerkgrafiken prägnant visualisiert wurden. Die Auswertung der Bewertungskodierung konnte die gewonnenen Eindrücke zusätzlich abrunden.

In Kapitel 7 werden Erklärungsmodelle für die mangelhafte Umsetzung der Behandlungsprogramme aus der Literatur vorgestellt. Hierzu werden zunächst Theorien zur Gerechtigkeit herangezogen und anschließend strukturelle Defizite in der intramuralen Gesundheitsversorgung diskutiert. Dabei wird auf die grundsätzliche Frage von

Veränderungsprozessen eingegangen, auf die Zwickmühle Gesundheit versus Sicherheit, die meist negative Einstellung gegenüber Inhaftierten sowie die grundsätzlichen Erwartungen an den Strafvollzug.

Im letzten Kapitel, Fazit und Ausblick, folgt eine Gesamtwürdigung der Thematik. Unter anderem wird in diesem Kapitel die Verantwortlichkeit für die Gesundheitsversorgung von Inhaftierten diskutiert, also die Angliederung der Gefängnismedizin an Gesundheits- oder Justizsystem, ebenso wie verbesserungswürdige Aspekte, wie beispielsweise die Entlassungsvorbereitung oder die bisherige Dokumentationskultur im Justizvollzug.

2 Hintergrund

2.1 Drogenbezogene Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung

“Intoxication, like sexual euphoria, is the privilege of the human animal.”

(Roman Payne)

Der Begriff „Drogenkonsument“ wird oft benutzt, um Personen zu beschreiben, die ungewöhnliche, von der Norm abweichende Verhaltensmuster an den Tag legen (Wheatley 2007). Drogenkonsum wird dabei oft als fehlangepasste Bewältigungsstrategie angesehen – und das, obwohl Drogenkonsum in jeder Gesellschaft existiert und in der Regel eine wichtige Rolle spielt. Statistisch gesehen müsste eine Person dann als außergewöhnlich gelten, wenn sie nicht irgendeine Art von Droge konsumiert – nicht andersherum. Ob Drogenkonsum deswegen als gute Anpassungsstrategie angesehen werden kann, bleibt zu diskutieren. Gossop (2000) nennt drei intrinsische Beweggründe für Drogenkonsum: (1) die pharmakologischen Eigenschaften der Substanz (diesbezüglich kann man Drogen nach Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln, Stimulanzien und Halluzinogenen klassifizieren; Wheatley 2007), (2) die Psyche des Konsumenten und damit seine Erwartungen über die Wirkung der Droge und (3) das gesellschaftliche Umfeld, das definiert, was als Droge gilt. Diese Definition beeinflusst bis zu einem gewissen Grad das Verhalten einer berauschten Person und die subjektive Wahrnehmung des Effekts der Droge.

2.1.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Laut aktuellem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) aus dem Jahr 2015 haben in Deutschland 28,2 % der 18- bis 64-Jährigen schon einmal (Lebenszeitprävalenz) irgendeine illegale Droge konsumiert (Piontek et al. 2016). Ein deutlich geringerer Anteil von 7,1 % hat in den letzten zwölf Monaten Drogen genommen, und nur 3,4 % können als regelmäßige Konsumenten (30-Tage-Prävalenz) bezeichnet werden. Cannabis wurde von 3,1 % regelmäßig konsumiert, Amphetamine und Me-

thamphetamine von 0,6 %, Opioide von 0,2 % und Kokain von ebenso vielen. Dabei werden alle erfragten illegalen Substanzen häufiger von Männern als von Frauen konsumiert (Lebenszeitprävalenz irgendeiner illegale Droge: 32,5 % bzw. 23,9 %).

Einen klinisch relevanten Konsum nach Severity of Dependence Scale (SDS) in den letzten 12 Monaten wiesen im Jahr 2015 schätzungsweise rund ein Fünftel der Cannabiskonsumenten (20,3 %), ein Viertel der Amphetamin- und Methamphetaminkonsumenten (23,1 %) und ein Drittel der Kokainkonsumenten (29,1 %) auf (Piontek et al. 2016).

2.1.2 Intravenöser Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Drogenkonsum, vor allem intravenöser (i.v.) Konsum, birgt erhebliche Risiken. Genaue Angaben zur Anzahl der injizierenden Drogenkonsumenten (Intravenous Drug Users, IDU's) können für Deutschland nicht gemacht werden. Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus ambulanter und stationärer Behandlung im Jahr 2014 führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Opioidkonsumenten zwischen 147.000 und 174.000 Personen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2016). Dies entspricht bei 2,7 bis 3,3 Personen pro 1.000 Einwohnern einer durchschnittlichen Rate von 3,0 Personen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zufolge haben im Jahr 2015 insgesamt 69,0 % derjenigen Klienten mit einer Hauptdiagnose (HD) Opioide in ambulanter Beratung oder Behandlung mindestens einmal in ihrem Leben intravenös Drogen konsumiert (Braun et al. 2016). 20,8 % dieser Population sind IDU's (30-Tage-Prävalenz).

2.1.3 Infektionskrankheiten in der Allgemeinbevölkerung

Intravenöser Konsum steigert die Wahrscheinlichkeit der Ansteckung mit Infektionskrankheiten, sodass unter IDU's Infektionskrankheiten deutlich stärker verbreitet sind als in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Dort weist HIV eine Prävalenz von ca. 0,1 % (RKI 2013b) auf, Hepatitis C (HCV) von ca. 0,3 % (Poethko-Müller et al. 2013) und deren Koinfektion von ca. 0,01 % (DAH & AIDS-Hilfe Köln 2010). Diese

sind unter IDU's deutlich stärker verbreitet (Backmund et al. 2003; Brack 2002; Wiessing et al. 2011), besonders Hepatitis C (bis zu 86 % unter IDU's; Roy et al. 2002; RKI 2014a), aber auch HIV (bis zu 8,7 %; RKI 2014a; 2014b) und deren Koinfektion (bis zu 3 %; Aceijas & Rhodes 2007). Dementsprechend gehören IDU's in vielen europäischen Ländern nach wie vor zu einer der größten Gruppen, die HIV und HCV übertragen (Wiessing et al. 2011), nicht zuletzt durch das Teilen von Spritzbesteck (RKI 2012) und von Drogen aus der gleichen Spritze (Bernard et al. 2013).

Von den Klienten, die sich im Jahr 2015 in ambulanter Beratung oder Behandlung befanden, waren 3,9 % der Getesteten HIV-positiv. Der überwiegenden Mehrheit (82,9 %) war ihr HIV-Status jedoch nicht bekannt (Braun et al. 2016). Eine Hepatitis C-Infektion war bei 26,1 % der Getesteten nachgewiesen worden. Auch hier war der überwiegenden Mehrheit (81,8 %) ihr Status nicht bekannt.

Tabelle 1 Prävalenz von Infektionskrankheiten in der Allgemeinbevölkerung, unter Klienten der Suchthilfe und IDU's in Deutschland

	Hepatitis C	HIV	Koinfektion
Allgemeinbevölkerung	0,3 % ²⁾	0,1 % ¹⁾	0,01 % ³⁾
Klienten der Suchthilfe ⁴⁾	26,1 %	3,9 %	
IDU's	40 % – 86 % ⁶⁾	3,0 % – 8,7 % ⁵⁾	3 % ⁷⁾

¹⁾ ca. 92.000 Infizierte (RKI 2013b).

²⁾ Poethko-Müller et al. 2013.

³⁾ ca. 8.000 Infizierte (DAH & AIDS-Hilfe Köln 2010)

⁴⁾ Klienten in ambulanter Beratung oder Behandlung (Braun et al. 2016).

⁵⁾ Ergebnisse stammen von der DRUCK-Studie des RKI (2014a; 2014b).

⁶⁾ Roy et al. 2002.

⁷⁾ Wert für Westeuropa (Aceijas & Rhodes 2007).

Drogenkonsum geht neben gesundheitlichen Konsequenzen auch mit negativen psychischen und sozialen Begleiterscheinungen einher (Nutt et al. 2010). So sind in der DRUCK-Studie des RKI zwischen 50 und 71 % der intravenösen Drogenkonsumenten schon einmal obdachlos gewesen (RKI 2014a). Zudem bergen Besitz von und Handel mit illegalen Drogen das Risiko von Verurteilungen und möglicherweise gar Gefängnisstrafen. Rund drei Viertel der Drogenkonsumenten waren schon min-

destens einmal inhaftiert (Bernard et al. 2013; RKI 2014a; Stöver 2010a), meist aufgrund von nicht bezahlten Geldstrafen, Diebstahl, Drogenhandel oder Drogenbesitz (Bernard et al. 2013). Der Konsum von psychotropen Substanzen hat dementsprechend auch negative ökonomische Konsequenzen für die Allgemeinheit, zum Beispiel Kosten für Inhaftierung und Krankenbehandlung (Nutt et al. 2010).

Wie am Anfang dieses Kapitels dargestellt wurde, ist Drogenkonsum in fast allen Gesellschaften ein fester Bestandteil. Aus diesem Grund ist es für jede Gesellschaft hilfreich, eine klare Haltung zum Thema Drogen zu entwickeln und schriftlich zu fixieren. An dieser Haltung wiederum können sich einzelne Akteure, wie zum Beispiel Polizei, Beratungsstellen und Ausbildungsinstitute, bezüglich Prävention und Intervention orientieren. Diese Haltung spiegelt sich für Deutschland in der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik wider, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird, ebenso wie in den entsprechenden Dokumenten auf Ebene der Bundesländer Bayern und Berlin. Diese beiden Bundesländer wurden aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Schwerpunktsetzung ausgewählt.

2.2 Drogen- und Suchtpolitik in Deutschland

Drogenkonsum geht nicht zuletzt aufgrund der Gesetzeslage in Deutschland häufig mit Kriminalität und Szenenbildung einher. Wie wird also diesem Phänomen und den beteiligten Subgruppen begegnet? Zum Umgang damit gibt es zum einen die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik und zum anderen spezifische Pläne in den Bundesländern. Im Folgenden wird sowohl die bundesweite Strategie vorgestellt als auch die von zwei Bundesländern, die sehr gegensätzliche Strategien verfolgen: Berlin und Bayern. Die Auswahl dieser beiden Bundesländer für die Erhebung erfolgte aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Gegebenheiten (z. B. Einwohnerdichte) und Herangehensweisen an die Suchtthematik. So ist die diesbezügliche Haltung in Bayern eher restriktiv und sanktionierend, während der Schwerpunkt in Berlin eher auf die Schadensreduzierung gelegt wird (für eine ausführliche Darstellung der Unterschiede s. Kapitel 3.2.3). Darum sollen Daten in diesen sehr

unterschiedlichen Bundesländern erhoben und im Anschluss miteinander verglichen werden. Die Darstellung erfolgt jeweils – aufgrund des Themas der Arbeit – mit einem Schwerpunkt auf Angebotsreduzierung und Repression von Drogenkonsum und -konsumenten.

2.2.1 Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

Die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012) basiert auf vier Ebenen:

- Prävention,
- Beratung und Behandlung sowie Hilfen zum Ausstieg,
- Maßnahmen zur Schadensreduzierung und
- Repression.

Nachfolgend werden aufgrund des Themas der Arbeit insbesondere diejenigen Ziele der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik vorgestellt, die einen Bezug zu repressiven Maßnahmen des Strafjustizsystems haben. Im Unterkapitel für illegale Drogen werden als allgemeine Ziele der deutschen Sucht- und Drogenpolitik genannt, den Drogenkonsum und damit einhergehende gesundheitliche Schäden zu reduzieren sowie die Verfügbarkeit von Drogen einzuschränken. Diesbezüglich werden neun Teilziele benannt, die sich mit der Unterstellung von neuen synthetischen Substanzen unter das BtMG befassen (Angebotsreduzierung), aber auch mit Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention in Form von groß angelegten Aufklärungskampagnen bzw. maßgeschneiderten Programmen für spezielle Zielgruppen, zum Beispiel riskante Cannabiskonsumenten. Als Ziele im Bereich der Schadensreduzierung werden Maßnahmen zu Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie Opioid-Substitutionsbehandlung genannt. Auch wird explizit als Ziel die Prävention von drogenbezogener Kriminalität genannt, unter die einerseits Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, andererseits Fälle direkter Beschaffungskriminalität. Diesbezüglich wird eine verstärkte Anwendung des Programms zur "Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten

(FreD)" empfohlen. Als achttes Ziel wird die Verbesserung der Situation von Drogen konsumierenden Häftlingen genannt (auf den Informationsmangel zum Thema Prävalenz von missbräuchlichem oder abhängigem Substanzkonsum in deutschen Haftanstalten wird in Kapitel 2.5.1 eingegangen). Es wird geschätzt, dass ein nicht unerheblicher Anteil der aufgrund von Verstößen gegen das BtMG Inhaftierten (rund 15 % aller Gefangenen) während der Inhaftierung selbst Drogen konsumiert. Für diese Klientel soll es laut Nationaler Strategie auch in Justizvollzugsanstalten Präventions- und Behandlungsangebote geben. Neben Entgiftung und abstinenzorientierten Maßnahmen soll auch in Haftanstalten die Möglichkeit einer aufrechterhaltenden OST bestehen. Zur Erreichung dieses Ziels wird empfohlen, eine bundesweit einheitliche Datenerhebung zum Thema Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug zu schaffen. Zudem wird dazu geraten, Behandlungsangebote für Cannabis konsumierende Jugendliche in Haftanstalten auszubauen sowie die Testung und Behandlung von Infektionskrankheiten unter intravenös drogenkonsumierenden Inhaftierten zu verbessern.

Dieser Zusammenfassung der Inhalte der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik ist zu entnehmen, dass es sich hierbei um ein sehr umfassendes und facettenreiches Schriftstück handelt. Was man jedoch in dieser Strategie vermisst, ist eine Operationalisierung der Zielerreichung. So fehlen konkret formulierte Meilensteine, ein diesbezüglicher Zeitplan sowie die Evaluierung der Umsetzung. Bezüglich der Umsetzung dieser Ziele bleibt zudem die Frage offen, wer für die Planung und Finanzierung zuständig ist. So handelt es sich vor allem bei Projekten im Justizvollzug in der Regel um Mittel, die von den Ländern gestellt werden müssen.

2.2.2 Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Da Infektionskrankheiten in der Gefängnispopulation eine nicht unerhebliche Rolle spielen, wird im Folgenden auf die Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (BMG & Bundesministerium

für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2016) eingegangen. Sie zielt unter anderem darauf ab, das gesellschaftliche Klima in eine Richtung zu beeinflussen, die mehr Toleranz bezüglich Sexualität, sexueller Orientierung und sexuell übertragbarer Krankheiten zulässt. Diesbezüglich sollen mehr Angebote für spezifische Gruppen geschaffen sowie die Vernetzung zwischen den relevanten Akteuren gefördert werden. Die für die Entwicklung solcher Maßnahmen grundlegend notwendige Datenlage soll zudem verbessert werden.

Ähnlich wie der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik fehlt es auch der Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei den aufgeführten Handlungsfeldern an Konkretheit, messbaren Zielen, einem Zeitplan und einer geplanten Evaluierung. Auch in dieser Strategie wird die Frage der Finanzierung und der Verantwortlichkeiten ausgeklammert, beispielsweise die von Bund und Ländern. Obwohl die Wirksamkeit von Sprizentauschprogrammen belegt ist (s. Kapitel 2.8.4) und obwohl in der Strategie explizit erwähnt wird, dass inhaftierte Drogenkonsumenten nicht diskriminiert werden sollen, werden Sprizentauschprogramme in der JVA nicht als Maßnahme empfohlen. Für diese Zielgruppe werden dafür Präventionsmaßnahmen, Opioid-Substitutionsbehandlung und die Bereitstellung von Kondomen empfohlen. Zudem wird auf die Notwendigkeit von Übergangsmanagement und die leitliniengerechte Durchführung von Behandlungsmaßnahmen hingewiesen.

2.2.3 Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen

Die bayerische Suchtpolitik ruht im Gegensatz zur Nationalen Strategie auf nur drei Säulen:

- Prävention (Verhaltens- und Verhältnisprävention),
- Repression im Bereich der illegalen Suchtmittel und Einschränkung der Verfügbarkeit von legalen Suchtmitteln sowie
- Hilfe, Beratung, Therapie und Nachsorge für Betroffene.

Im Gegensatz zur Nationalen Strategie werden also die Maßnahmen zur Schadensreduzierung ausgeklammert. Im Folgenden wird vor allem auf den zweiten Pfeiler, die repressiven Maßnahmen, eingegangen, dem laut den Grundsätzen der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen (in der Fassung vom 12.06.2007) eine wichtige Bedeutung zukommt, um zum einen die Verfügbarkeit von Suchtmitteln zu reduzieren und somit den Zugang vor allem für Heranwachsende zu erschweren, zum anderen aber auch die Nachfrage nach illegalen Drogen zu reduzieren. Obwohl auf die Bedeutung von präventiven Maßnahmen hingewiesen wird, wird betont, dass „Erziehung zum Verzicht auf Drogen [...] auf das Aufzeigen klar formulierter Grenzen in Form von möglichen strafrechtlichen Konsequenzen nicht verzichten [kann]“ (Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen, S. 38). Die Bayerische Staatsregierung distanziert sich in diesem Dokument mit Bezug auf das Legalitätsprinzip der Polizei und die Reduzierung von Lebensqualität der nichtbetroffenen Bevölkerung klar von einer möglichen Einführung von Drogenkonsumräumen. Diese werden abgelehnt, um keine rechtsfreien Räume in Bayern zu schaffen, denn „nur eine umfassende Repression [...] gewährleistet Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit für alle Bürgerinnen und Bürger“ (ebd., S. 4). Offene Drogenszenen sollen mittels intensiver Bemühungen verhindert werden, beispielsweise durch engmaschige polizeiliche Kontrollen. Sanktionen sollen dem Einzelfall entsprechend angepasst werden, in leichten Fällen (z. B. geringen Mengen nach § 31a BtMG, s. Kapitel 2.3.1) kann von einer Strafverfolgung abgesehen werden. Dennoch spricht sich die Bayerische Staatsregierung klar gegen die (Teil-)Legalisierung von sogenannten „weichen“ Drogen aus: „Allen Bestrebungen, die Strafvorschriften gegen die Betäubungsmittelkriminalität aufzuweichen, muss mit Nachdruck entgegengetreten werden“ (ebd., S. 39). Gleichzeitig wird betont, dass vor allem bei Straftätern mit einer drogenbezogenen Problematik die „vorgesehenen Möglichkeiten der ‚Hilfe vor Strafe‘ auszuschöpfen, weiterzuentwickeln und zu effektivieren“ sind (ebd., S. 40).

2.2.4 Berliner Drogen- und Suchtpolitik

Die Basis der Berliner Drogen- und Suchtpolitik bildet das „Programm zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs“, das im ersten Berliner Drogenbericht im Jahr 1977 vorgestellt wurde (Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz 1977). Zwar existiert keine aktuellere Version des Programms, jedoch wurden seither einzelne Elemente aktualisiert und in Form von Verordnungen schriftlich festgehalten. Die Berliner Drogen- und Suchtpolitik ruht ebenso wie die Nationale Strategie auf vier Säulen (Die Drogenbeauftragte des Landes Berlin 2014):

- Prävention,
- Beratung und Behandlung,
- Schadensbegrenzung und Überlebenshilfen sowie
- Bekämpfung der Drogenkriminalität durch Repression und Kontrolle.

Demnach wird in der Bevölkerung ein verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln gefördert, wobei speziell der Einstieg in den Konsum illegaler Suchtmittel verhindert werden soll. Darüber hinaus sollen Abhängige beim Ausstieg und bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt beziehungsweise ihnen das Überleben ermöglicht werden. Die Allgemeinbevölkerung soll außerdem vor den Auswirkungen des Drogenkonsums, einschließlich drogenbezogener Kriminalität, geschützt werden.

Bezüglich der festgelegten Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs wird im Folgenden in erster Linie auf die Bekämpfung der Rauschmitteleinfuhr und Kriminalität eingegangen. Darin wird insbesondere die Bekämpfung des internationalen Rauschgifthandels thematisiert, die mittels Kontrollen von Personen, Gepäck und Postsendungen an Flughäfen und Fernbahnhöfen umgesetzt wird. Des Weiteren sollen Drogenumschlagplätze zerschlagen werden, um zu verhindern, dass Berlin für Händler und Abhängige attraktiver wird.

Einen grundlegenden Unterschied zur bayerischen Drogenstrategie bildet die Haltung zum Thema Schadensreduzierung im Allgemeinen und Drogenkonsumräume

im Speziellen. Im Betäubungsmittelgesetz wird die Erlaubnis zum Betrieb von Drogenkonsumräumen erteilt, sofern die Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde vorliegt (§ 10a BtMG). In einer Verordnung vom 10.12.2002 (Der Senat von Berlin 2002) wird in Berlin der Betrieb von Drogenkonsumräumen erlaubt, wenn die Einrichtung als Gesundheits-, Überlebens- und Ausstiegshilfe für diejenigen Drogenabhängigen dient, die ansonsten für das Suchthilfesystem nur schwer erreichbar sind. Demnach soll ein Drogenkonsumraum unter anderem die Behandlungsbereitschaft der Klienten wecken, drogenassoziierte Schäden minimieren und die mit Drogenkonsum assoziierten Störungen der Allgemeinbevölkerung reduzieren. Dabei ist die Nutzung eines Drogenkonsumraums nur Personen gestattet, die volljährig sind, eine bestehende Betäubungsmittelabhängigkeit aufweisen ohne sich in einer OST zu befinden und vor Nutzung des Konsumraums weder alkoholisiert noch unter dem Einfluss anderer psychoaktiver Substanzen stehen.

Nachdem nun in diesem Kapitel die generelle Haltung zum Thema Drogen vorgestellt wurde, zum einen für Gesamtdeutschland, zum anderen für Bayern und Berlin auf Ebene der Bundesländer, sollen nun im folgenden Abschnitt die gesetzlichen Grundlagen vorgestellt werden, also die rechtlich bindenden Vorschriften bezogen auf das Thema Drogen, die die Repression von Drogenkonsumenten und den Umgang mit Straftätern in Deutschland regeln.

2.3 Gesetzliche Grundlagen zur Repression von Drogenkonsum und zum Umgang mit Straftätern in Deutschland

"The path you propose of more police, more jails, use of the military in foreign countries, harsh penalties for drug users, and a whole panoply of repressive measures can only make a bad situation worse. The drug war cannot be won by those tactics without undermining the human liberty and individual freedom that you and I cherish." (Milton Friedman)

Im deutschen Grundgesetz sind die grundlegenden Menschenrechte festgehalten. Darin wird unter anderem die Menschenwürde garantiert, die von allen Staatsorga-

nen geachtet und geschützt werden muss (Art. 1 GG) sowie das Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit (Art. 2 GG). Diese Freiheit kann jedoch durch eine richterliche Anordnung, also einen Haftbefehl beschränkt werden. Seelische und körperliche Misshandlung bleiben dabei weiterhin untersagt (Art. 104 GG). Über die Gesetzgebung für den Bereich des Justizvollzugs der Bundesländer entscheiden die jeweiligen Landesparlamente, über die Art der Durchführung der Gesetze die jeweiligen Justizministerien. Auf nationaler Ebene werden aktuelle Themen des Strafvollzugs, die von länderübergreifendem Interesse sind, vom Strafvollzugsausschuss der Länder diskutiert (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a). Ziel des Zusammenkommens ist es, diese Entwicklungen bundesweit mithilfe von Absprachen zu koordinieren, die allerdings nicht zwangsläufig bindend sind.

Am 31.03.2015 befanden sich laut der jährlichen Erhebung des Deutschen Statistischen Bundesamts (DeStatis) 52.412 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Einrichtungen des Freiheitsentzugs. Der Anteil der Frauen unter den Inhaftierten ist seit 2008 leicht gestiegen, aber mit knapp 6 % nach wie vor gering (Statistisches Bundesamt 2009c; 2010b; 2010d; 2011c; 2012a; 2014a; 2015a; 2016a). Für den Zeitpunkt der Datenerhebung galt zudem Folgendes: Zum Stichtag 30.11.2011 gab es in Deutschland 186 organisatorisch selbstständige Anstalten mit insgesamt knapp 80.000 Haftplätzen, die zum Stichtag mit etwas über 68.000 Gefangenen zu 87 % ausgelastet waren (Statistisches Bundesamt 2013b). Von diesen Anstalten befanden sich 36 Einrichtungen mit rund 12.000 Haftplätzen in Bayern (Auslastung: 102 %) und acht Einrichtungen mit rund 5.100 Haftplätzen in Berlin (Auslastung: 83 %). Im Jahr 2011 gab es rund zehnmals so viele Haftantritte wie Strafgefangene (660.784), davon 17 % (114.596) Erstaufnahmen, und ungefähr gleich viele (660.732) Abgänge (Statistisches Bundesamt 2013b).

Um zu verstehen, wie Drogenkonsumenten in Haft gelangen, wird im Folgenden die Gesetzeslage der Bundesrepublik vorgestellt. In den ersten beiden Unterkapiteln werden mit dem Betäubungsmittelgesetz und dem Strafgesetzbuch die gesetzlichen

Grundlagen zur Repression von Drogenkonsum vorgestellt. In den folgenden beiden Unterkapiteln werden unter anderem auf Grundlage des Strafvollzugsgesetzes und der Strafprozessordnung die gesetzlichen Vorgaben zu Unterbringungsformen und zum allgemeinen Umgang mit Personen dargelegt, die zu Freiheitsstrafen verurteilt wurden.

2.3.1 Gesetze zum Umgang mit Betäubungsmitteln

Das deutsche Betäubungsmittelgesetz (BtMG) stammt aus dem Jahr 1981 und wurde mit der 31. BtMÄndV zuletzt am 31.05.2016 geändert. Es regelt auf Bundesebene den Umgang mit Betäubungsmitteln, die in drei Anlagen gruppiert sind:

- Anlage I: Nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel (Handel und Abgabe sind verboten), z. B. LSD oder Heroin
- Anlage II: Verkehrsfähige aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel (Handel ist erlaubt, Abgabe verboten), z. B. Cannabis, das zur Herstellung von Zubereitungen zu medizinischen Zwecken bestimmt ist oder einige synthetische Cannabinoide, z. B. JWH-122
- Anlage III: Verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (Abgabe geregelt nach Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, BtMVV), z. B. Cannabis in Zubereitungen, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind

Mithilfe dieser Einteilung soll einerseits die medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt, andererseits der Missbrauch von abhängigkeiterzeugenden Substanzen verhindert werden.

Unter dem sechsten Abschnitt (§§ 29-34 BtMG), Straftaten und Ordnungswidrigkeiten, finden sich Richtlinien für das Strafmaß von Personen, die Betäubungsmittel unerlaubt anbauen, herstellen, mit ihnen Handel treiben, sie ohne Handel zu treiben einführen, ausführen, veräußern, abgeben, auf anderem Weg in den Verkehr bringen, erwerben oder sich in sonstiger Weise verschaffen. Dabei hängt das Strafmaß unter anderem vom Alter des Verurteilten ab, ob und an wen Betäubungsmittel verkauft wurden und ob sie aus dem Ausland unerlaubt eingeführt wurden.

Gemäß § 31a BtMG kann die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung von Straftaten absehen, wenn kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung des Täters besteht und wenn Besitz, Anbau etc. nur zum Eigenverbrauch und in geringer Menge geschehen. Nach der „Cannabis-Entscheidung“ des Bundesverfassungsgerichts von 1994 (BVerfGE 90, 145) wurden von den meisten Bundesländern Richtlinien zur Anwendung des § 31a BtMG erlassen. Zunächst variierten die Richtlinien erheblich und die geringe Menge betrug je nach Bundesland zwischen 6 und 30 g (Schäfer & Paoli 2011). Mittlerweile ist die Einstellung des Verfahrens in fast allen Bundesländern nur noch bis zu einer Menge von 6 g möglich. Die einzige Ausnahme macht Berlin. Dort ist die Einstellung des Verfahrens bis 15 g möglich, unter 10 g muss das Verfahren gar eingestellt werden. Bezüglich der Umsetzung dieser Richtlinien obliegen Aufsicht und Leitung der Staatsanwaltschaften den Landesjustizverwaltungen (§ 147 Abs. 2 GVG).

Die Vorgehensweise bezüglich des Verzichts auf Strafverfolgung aufgrund von Verstößen gegen das BtMG mit anderen Betäubungsmitteln wird ebenfalls von den meisten Bundesländern geregelt. So variieren die Richtlinien zwischen einer grundsätzlichen Nichtanwendung des § 31a BtMG über Anwendung in Ausnahme- oder Einzelfällen bis hin zur Festlegung von Grenzwerten (Schäfer & Paoli 2011). Weder in Bayern noch in Berlin wurden diesbezügliche Regelungen zu anderen Drogenarten festgelegt. Für Personen, die gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen, bei denen aber nicht auf eine Strafverfolgung verzichtet werden kann, finden die Richtlinien für das Strafmaß aus dem sechsten Abschnitt des BtMG Anwendung.

Seit 2011 sinken die bundesweiten Verurteilungen aufgrund von Betäubungsmitteldelikten kontinuierlich, ebenso wie die jährliche Gesamtzahl der bundesweiten Verurteilungen aufgrund irgendeiner Straftat (s. Tabelle 2). Der Anteil der Verurteilten unter allen Strafmündigen unterschied sich in 2015 zwischen Bayern (1,0 %) und Berlin (1,7 %) deutlich (Deutschland: 1,0 %) (Statistisches Bundesamt 2016b). Dabei ist zu beachten, dass die höhere Inhaftierungsrate im Stadtstaat Berlin zum

Teil auf die im Vergleich zum Flächenstaat Bayern deutlich höhere Bevölkerungsdichte zurückgeführt werden kann (3.948 bzw. 182 Einwohner/km² am 31.12.2015; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2017).

Unter allen Verurteilten sinkt darüber hinaus der Anteil der Freiheitsstrafen seit 2006 (2006: 19,3 %; 2014: 15,9 %). Auch hier gibt es zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede, mit deutlich höheren Anteilen von Freiheitsstrafen in Bayern (20,9 %) als in Berlin (11,5 %).

Währenddessen bewegt sich der Anteil der Bewährungsstrafen unter allen Freiheitsstrafen relativ konstant bei ca. 70 %, mit etwas niedrigeren, dabei sehr ähnlichen Raten in Bayern (65,6 %) und Berlin (63,7 %). Ebenso sinkt der Anteil der Freiheitsstrafen unter den aufgrund eines BtM-Delikts Verurteilten (2005: 41,5 %; 2015: 28,5 %), während der Anteil der Bewährungsstrafen an allen Freiheitsstrafen unter diesen Straftätern zwischen 2005 (62,1 %) und 2015 (68,1 %) gestiegen ist, mit einem Einbruch in den Jahren 2010 und 2011 (s. Tabelle 2).

Tabelle 2 Anzahl der Verurteilten, Freiheitsstrafen und Strafaussetzungen bei allen Straftaten und bei BtM-Delikten

Alle Straftaten					
	Strafmündige Bevölkerung	Verurteilte insgesamt (Anteil an strafmündiger Bevölkerung)	Freiheitsstrafen insgesamt (Anteil an allen Verurteilten)	darunter Strafaussetzung (Anteil an Freiheitsstrafen)	
Deutschland	2005	674.004	127.981 (19,0 %)	90.085 (70,4 %)	
	2006	645.485	124.663 (19,3 %)	87.058 (69,8 %)	
	2007	776.277	776.277 (100,0 %)	141.716 (18,3 %)	99.999 (70,6 %)
	2008	758.413	758.413 (100,0 %)	140.279 (18,5 %)	99.040 (70,6 %)
	2009	727.641	727.641 (100,0 %)	134.496 (18,5 %)	96.585 (71,8 %)
	2010	704.802	704.802 (100,0 %)	129.717 (18,4 %)	92.057 (71,0 %)
	2011	705.640	705.640 (100,0 %)	126.350 (17,9 %)	88.618 (70,1 %)
	2012	682.206	682.206 (100,0 %)	121.809 (17,9 %)	85.436 (70,1 %)
	2013	674.201	674.201 (100,0 %)	115.880 (17,2 %)	80.950 (69,9 %)
	2014	676.688	676.688 (100,0 %)	110.046 (16,2 %)	76.602 (69,6 %)
	2015	64.396.189	674.145 (1,0 %)	107.089 (15,9 %)	75.310 (70,3 %)
BY	2015	9.918.415	98.406 (1,0 %)	20.580 (20,9 %)	13.502 (65,6 %)
B	2015	2.587.030	43.821 (1,7 %)	5.074 (11,5 %)	3.232 (63,7 %)
BtM-Delikte					
	Verurteilte insg. (alle Straftaten)	Wg BtM-Delikten Verurteilte insg. (Anteil an allen Verurteilten)	Freiheitsstrafen wg. BtM-Delikten (Anteil an allen Verurteilten)	darunter Strafaussetzung (Anteil an Freiheitsstrafen)	
Deutschland	2005	674.004	41.057	17.049 (41,5 %)	10.587 (62,1 %)
	2006	645.485	43.063	17.546 (40,7 %)	10.935 (62,3 %)
	2007	776.277	48.363	18.341 (37,9 %)	11.708 (63,8 %)
	2008	758.413	53.334	18.195 (34,1 %)	11.627 (63,9 %)
	2009	727.641	51.723	18.013 (34,8 %)	11.706 (65,0 %)
	2010	704.802	43.825	15.321 (35,0 %)	9.614 (62,8 %)
	2011	705.640	48.573	16.041 (33,0 %)	10.258 (63,9 %)
	2012	682.206	47.194	15.163 (32,1 %)	9.952 (65,6 %)
	2013	674.201	45.959	14.065 (30,6 %)	9.199 (65,4 %)
	2014	676.688	47.502	13.772 (29,0 %)	9.158 (66,5 %)
	2015	674.145	47.380 (7,0 %)	13.506 (28,5 %)	9.192 (68,1 %)

Bei niedrigeren Verurteilungsraten in Bayern wird dort also ein deutlich höherer Anteil der Verurteilten zu Freiheitsstrafen verurteilt als in Berlin. In beiden Bundesländern ist der Anteil an Strafaussetzungen unter den Freiheitsstrafen etwas geringer als der bundesweite Wert.

Zusätzlich liefert der Gesetzgeber unter dem siebenten Abschnitt des Betäubungsmittelgesetzes (§§ 35-38 BtMG) Vorgaben für den Umgang mit betäubungsmittelabhängigen Straftätern. Nach § 35 BtMG (Therapie statt Strafe) besteht die Möglichkeit auf Zurückstellung der Strafvollstreckung, wenn

- jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden ist,
- aus dem Urteil hervorgeht, dass zwischen der Betäubungsmittelabhängigkeit und der Straftat ein kausaler Zusammenhang besteht,
- der Verurteilte sich in einer Rehabilitationsbehandlung befindet oder damit einverstanden ist sich einer zu unterziehen und
- deren Beginn gewährleistet ist.

Hat sich ein Verurteilter nach § 35 BtMG einer Rehabilitationsmaßnahme unterzogen, wird die Zeit des Aufenthalts in der Einrichtung auf seine Strafe angerechnet. Sobald zwei Drittel der Strafe verstrichen sind oder die Behandlung erfolgreich abgeschlossen ist, kann die Vollstreckung der restlichen Strafe zur Bewährung ausgesetzt werden (§ 36 BtMG).

In Tabelle 3 sind die Anzahlen aller Strafaussetzungen und derer nach §§ 35, 36 BtMG für Deutschland gesamt sowie für Bayern und Berlin dargestellt. Dort kann man sehen, dass die Anzahl der zum Stichtag 31.12. gemeldeten Strafaussetzungen deutschlandweit seit 2005 leicht zugenommen hat, ebenso wie die Zahl der Strafaussetzungen aufgrund von §§ 35 und 36 BtMG sowie ihr Anteil an allen Strafaussetzungen.

Tabelle 3 Bestehende Unterstellungen nach allgemeinem Strafrecht zwischen 2005 und 2011 (jeweils am 31.12.)

	Alle Strafaussetzungen	Strafaussetzungen nach §§ 35, 36	Anteil §§ 35, 36 an allen Strafaussetzungen
Bayern			
2005	16.346	1.104	6,8 %
2006	16.664	1.183	7,1 %
2007	17.179	1.292	7,5 %
2008	19.034	1.362	7,2 %
2009	18.999	1.289	6,8 %
2010	19.200	1.284	6,7 %
2011	19.141	1.187	6,2 %
Berlin			
2005	5.756	198	3,4 %
2006	5.529	227	4,1 %
2007	5.469	263	4,8 %
2008	5.469	263	4,8 %
2009	5.469	263	4,8 %
2010	5.469	263	4,8 %
2011	5.469	263	4,8 %
Deutschland			
2005	134.489	6.527	4,9 %
2006	138.192	7.375	5,3 %
2007	142.032	8.444	5,9 %
2008	146.832	9.254	6,3 %
2009	147.582	9.587	6,5 %
2010	147.613	10.124	6,9 %
2011	150.713	10.517	7,0 %

Statistisches Bundesamt 2007c; 2007d; 2010a; 2011a; 2011d; 2011e; 2013c.

In Berlin ist der Anteil der Strafaussetzungen nach §§ 35, 36 BtMG unter allen Strafaussetzungen zwischen 2005 und 2007 gestiegen und seither konstant. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Anzahl aller zum Stichtag gemeldeten Strafaussetzungen zwischen 2005 und 2007 abgenommen hat und seither stabil ist, während die Zahl der Strafaussetzungen aufgrund von §§ 35 und 36 BtMG zwischen

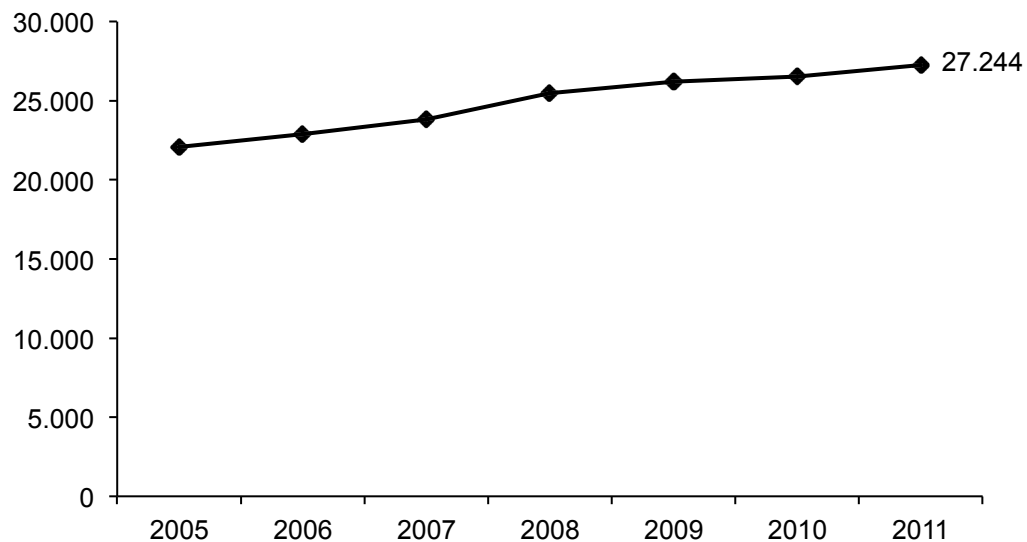
2005 und 2007 gestiegen ist und ebenfalls seither konstant blieb. In Bayern hat die Anzahl der zum Stichtag gemeldeten Strafaussetzungen seit 2005 zugenommen, während die Zahl der Strafaussetzungen aufgrund von §§ 35 und 36 BtMG seit einem Maximum in 2008 zurückgeht. Der Anteil der Strafaussetzungen nach §§ 35, 36 BtMG unter allen Strafaussetzungen sinkt dementsprechend seit dem Maximum in 2007 kontinuierlich.

Wegen des enormen Einflusses dieser Entwicklung in Bayern auf die Praxis der intra- und extramuralen Drogenhilfe hat die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS e.V.) im Mai 2014 eine Fachtagung veranstaltet¹. Dort wurde mit Mitarbeitern der intra- und extramuralen Drogenhilfe, der Forensik und der Justiz über den Rückgang der Therapievermittlungen nach § 35 BtMG und über einen möglichen Trend hin zu §§ 63, 64 StGB diskutiert (s. Kapitel 2.3.2). Die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte und vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) durchgeführte Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“ wurde bis April 2013 in den Ländern Hamburg, Schleswig-Holstein und NRW durchgeführt (Zurhold et al. 2013). In der Studie standen drei Fragestellungen im Mittelpunkt, die aus unterschiedlichen Perspektiven und auf Basis verschiedener Datenquellen untersucht wurden. Erstens wurde der Frage nachgegangen, ob in den letzten 10 Jahren ein rückläufiger Trend in der Anwendung des § 35 BtMG zu beobachten ist. Dazu wurden Rechtspflegestatistiken sowie Daten aus der ambulanten und stationären Suchthilfe ausgewertet. Zweitens wurde untersucht, ob sich Drogenabhängige mit einer justiziellen Auflage nach § 35 BtMG in bestimmten Merkmalen von denjenigen unterscheiden, die andere justizielle Auflagen oder keine Auflagen haben. Ein Vergleich dieser drei Gruppen wurde auf Grundlage von Hamburger Daten aus der ambulanten Suchtkrankenhilfe (BADO

¹ Das Programm ist unter folgendem Link verfügbar: http://nederobert.de/wp/wp-content/uploads/2014/05/BAS_flyer_Sicherheitsgesellschaft_0605_2014.pdf
Die Vorträge finden sich unter folgendem Link: <http://www.bas-muenchen.de/>

Hamburg) und stationären Rehabilitation für die Jahre 2010 und 2011 vorgenommen. Bei der dritten Fragestellung ging es um die Wirksamkeit einer stationären medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Art der Therapiebeendigung. Die Wirksamkeit wurde zwischen zwei Gruppen verglichen: einer Gruppe mit der justiziellen Auflage § 35 BtMG und einer Gruppe aus allen anderen Patienten. Verglichen wurden Daten zur Art der Therapiebeendigung. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Zahl der Unterbringungen von drogenabhängigen Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB von 2001 bis 2011 in den drei untersuchten Bundesländern enorm angestiegen ist. Deutlich wurde zudem, dass nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme Drogenabhängige zunehmend einer Bewährungshilfe gemäß §§ 35, 36 BtMG unterstellt werden. Eine reguläre Therapiebeendigung lag bei 50 % aus der § 35 BtMG-Gruppe vor. Sie war damit erfolgreicher als die Gruppe ohne diese Auflage (mit 43 % regulären Therapiebeendigungen).

Betrachtet man die bestehenden Unterstellungen zum Stichtag 31.12. nach Straftaten gegen das BtMG, wird deutlich, dass die Zahl der bestehenden Unterstellungen nach allgemeinem Strafrecht seit 2005 kontinuierlich gestiegen ist (s. Abbildung 1).



Statistisches Bundesamt 2007d; 2007c; 2010a; 2011a; 2011d; 2011e; 2013c.

Abbildung 1 Bestehende Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht nach Straftaten gegen das BtMG (Allgemeines Strafrecht) zwischen 2005 und 2011 (jeweils am 31.12.)

In Ergänzung zum BtMG ist am 26. November 2016 das Neue-Psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) in Kraft getreten. Im NpSG werden erstmals Erwerb, Besitz und Handel mit neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) weitreichend verboten. Zudem ermöglicht das Gesetz die Überwachung bei Verdachtsfällen sowie die Anordnung von Untersuchungshaft bei Wiederholungsgefahr (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2016).

2.3.2 Strafgesetzbuch (StGB)

Das Strafgesetzbuch (StGB) regelt in Deutschland bundesweit das Strafrecht. Diejenigen Paragrafen des StGB, die für Betäubungsmitteltäter in Haft beziehungsweise von der Drogenberatung betreute Strafhäftlinge eine besondere Rolle spielen, werden im Folgenden kurz dargestellt.

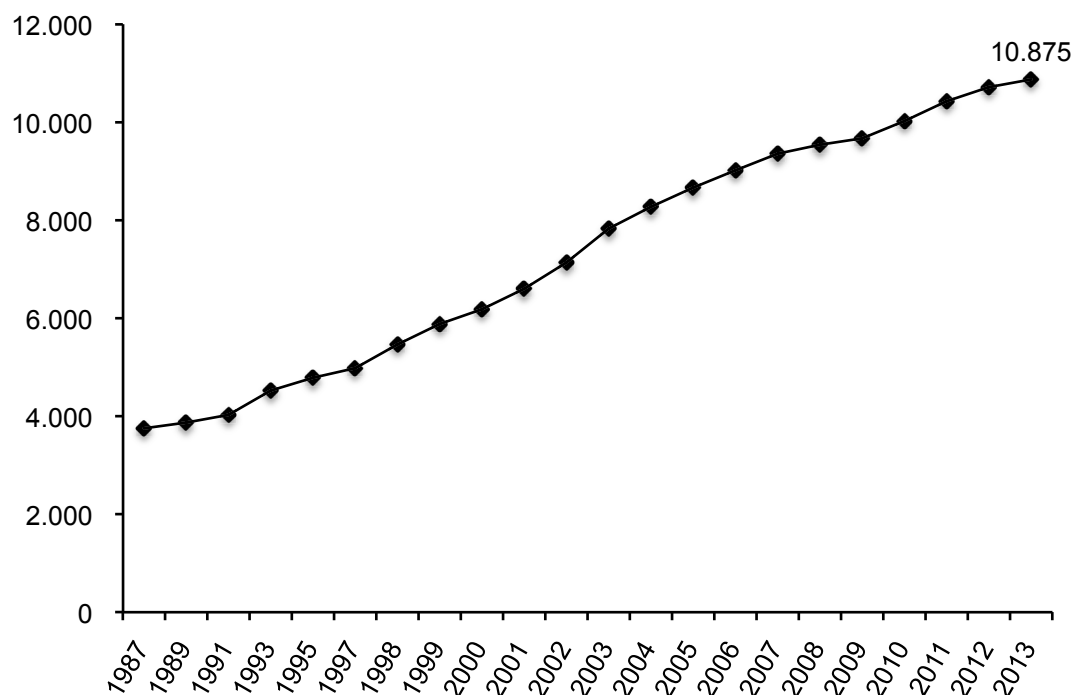
Unter dem vierten Titel des StGB (Strafaussetzung zur Bewährung) nennt der Gesetzgeber unter anderem Voraussetzungen, die für eine Strafaussetzung (§ 56 StGB) und für die Aussetzung des Strafrestes bei zeitiger Freiheitsstrafe (§ 57 StGB) erfüllt sein müssen. Demnach kann bei Verurteilungen bis zu einem

Jahr Freiheitsstrafe die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung ausgesetzt werden, wenn die Verurteilung allein für den Verurteilten als Warnung ausreicht, um künftig keine Straftaten mehr zu begehen. Dabei spielen die Persönlichkeit des Verurteilten eine Rolle, sein Vorleben, die Umstände seiner Tat, sein Verhalten nach der Tat, seine Lebensverhältnisse und die antizipierten Wirkungen der Strafaussetzung auf ihn. Unter bestimmten Umständen können auch Strafen von bis zu zwei Jahren zur Bewährung ausgesetzt werden. Für Personen, die nicht für eine Strafaussetzung nach § 56 StGB in Frage kommen, kann entsprechend § 57 StGB nach der Verbüßung von zwei Dritteln der verhängten Freiheitsstrafe der Rest zur Bewährung ausgesetzt werden, sofern dies nicht der Sicherheit der Allgemeinheit abträglich ist. Auch bei dieser Entscheidung spielen dieselben Merkmale des Verurteilten wie unter § 56 StGB eine wichtige Rolle.

Unter dem sechsten Titel, Maßregeln der Besserung und Sicherung, werden unter anderem Vorgaben zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) gelistet. Dabei kommt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus für diejenigen Straftäter in Frage, die im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit eine Straftat begangen haben. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt kommt für Straftäter in Frage, die Alkohol oder andere berauschende Mittel missbräuchlich oder abhängig konsumieren und die Straftat entweder unter Einfluss der entsprechenden Substanz oder aufgrund der Abhängigkeit begangen haben und wenn die Gefahr besteht, dass ein Straftäter infolge seiner Abhängigkeit weitere erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Dabei darf die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zwei Jahre nicht übersteigen (§ 67d StGB). Zum Stichtag 01.01.2013 befanden sich 6.633 Personen nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus, 3.686 in einer Entziehungsanstalt (nach § 64 StGB) – davon waren 2.382 (64,6 %) Entziehungsfälle ohne Trunksucht – und 556 zur einstweiligen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt

(nach § 126a StPO). Zu diesem Stichtag waren somit insgesamt 10.875 Personen aufgrund strafrichterlicher Anordnung in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten untergebracht (Statistisches Bundesamt 2015c).

Abbildung 2 zeigt den zeitlichen Verlauf der Gesamtzahl der aus diesem Grund Unterbrachten. Diese Zahl steigt im gesamten Beobachtungszeitraum stetig an.



Statistisches Bundesamt 2015c.

Abbildung 2 Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Unterbrachte. Bestand am 01.01.

2.3.3 Strafvollzugsgesetze der Länder

Das Strafvollzugsgesetz (StVollzG) von 1976 regelte „den Vollzug der Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 1 StVollzG). Demzufolge war das Ziel des Vollzugs einerseits die Resozialisierung der inhaftierten Person, andererseits der Schutz der All-

gemeinheit (§ 2 StVollzG). Seit der Föderalismusreform, die am 30.06.2006 vom Bundestag beschlossen wurde und am 01.09.2006 in Kraft getreten ist, ist die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergegangen. Das StVollzG für den Erwachsenenstrafvollzug wurde schrittweise von den jeweiligen Ländervollzugsgesetzen und Verwaltungsvorschriften abgelöst (§ 125a GG). Eigene Landesgesetze gibt es mittlerweile in allen Bundesländern, teilweise auch bereits in überarbeiteten Fassungen. Am 21.07.2016 ist in Schleswig-Holstein als letztem Bundesland ein eigenes Landesstrafvollzugsgesetz in Kraft getreten. Eine Übersicht über die Strafvollzugsgesetze der Länder und deren Inkrafttreten finden sich in Tabelle 4. Die Landesgesetze orientieren sich größtenteils am bundesweiten Strafvollzugsgesetz und unterscheiden sich meist nur in einzelnen Details.

Zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung werden in den meisten Strafvollzugsgesetzen der Länder genaue Vorgaben gemacht. So ist die Durchsuchung der Gefangenen, ihrer Besitztümer und Hafträume in allen Bundesländern zulässig. Zudem ist für alle Länder (außer Niedersachsen) festgelegt, dass Kontrollen auf Suchtmittelmissbrauch durchgeführt werden dürfen, wenn Verdacht auf Konsum oder Besitz von Suchtmitteln besteht. Sollten diese Kontrollen positiv ausfallen, haben zehn Länder die gesetzliche Basis dafür geschaffen, dass sowohl der Konsum als auch die Herstellung von unerlaubten Betäubungsmitteln oder anderen berauschenden Stoffen mit Disziplinarmaßnahmen sanktioniert werden dürfen. Vier Bundesländer erwähnen in ihren Strafvollzugsgesetzen explizit, dass erheblich suchtgefährdete Gefangene von Vollzugslockerungen ausgeschlossen bzw. mit besonderen Auflagen, wie zum Beispiel Begutachtungen, versehen werden können. In Hessen wird im Falle eines Verdachts auf Drogenbesitz oder -konsum auf die besondere Überwachung bei Besuchen verwiesen.

Darüber hinaus machen einige Strafvollzugsgesetze detailliertere Angaben zum Bereich Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten mit einem problematischen Suchtmittelkonsum. So wird in elf Bundesländern die Behandlung von Suchtmittelabhängig-

keit und -missbrauch explizit als Teil des Vollzugs- und Eingliederungsplans genannt. Vier Bundesländer (Baden-Württemberg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) nennen die Vermittlung in Suchtberatung als ein Ziel der Entlassvorbereitung. Darüber hinaus nennt Baden-Württemberg die Aufklärung der Inhaftierten über die Gefahren von Suchtmitteln als Aufgabe des Strafvollzugs, und Thüringen legt gesetzlich die Schweigepflicht der Suchtberater gegenüber Anstalt und Aufsichtsbehörde fest.

Schleswig-Holstein schreibt gesetzlich das Angebot einer medizinischen Behandlung und psychosozialen Begleitung für abhängige Strafgefangene vor sowie eine Suchtmittelberatung für abhängige und gefährdete Strafgefangene (§ 23 LStVollzG SH), „um den Missbrauch von Suchtmitteln zu vermeiden, Therapiemotivation zu wecken und die Gefangenen bei der Anbahnung einer Therapie außerhalb des Vollzuges zu unterstützen“. Zusätzlich stehen Inhaftierten in Schleswig-Holstein während der Teilnahme an Maßnahmen zur Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und -missbrauch Vergütungsfortzahlungen zu, in der Höhe der Vergütungen, die ihnen in der entsprechenden Zeit entgehen (§ 38 LStVollzG SH).

In Nordrhein-Westfalen wird zu Beginn des Strafvollzugsgesetzes unter § 3 StVollzG NRW (Behandlungsvollzug) explizit die Behandlung der Inhaftierten als Grundlage der Erreichung des Vollzugsziels genannt. Beispielhaft werden Motivations- und Beratungsangebote für Suchtkranke aufgeführt. Zusätzlich wird unter § 44 StVollzG NRW gesetzlich vorgeschrieben, dass Möglichkeiten der suchtmmedizinischen Behandlung für suchtkranke Gefangene zur Verfügung stehen müssen.

Tabelle 4 Strafvollzugsgesetze der Bundesländer

Bundesland	Strafvollzugsgesetz	In Kraft seit
Baden-Württemberg	Gesetzbuch über den Justizvollzug in Baden-Württemberg (JVollzGB) III	01.01.2010
Bayern	Bayerisches Strafvollzugsgesetz (BayStVollzG)	10.12.2007
Berlin	Berliner Strafvollzugsgesetz (StVollzG Bln)	04.04.2016
Brandenburg	Brandenburgisches Justizvollzugsgesetz (BbgJVollzG)	24.04.2013
Bremen	Bremisches Strafvollzugsgesetz	22.10.2015
Hamburg	Hamburgisches Strafvollzugsgesetz (HmbStVollzG)	14.07.2009
Hessen	Hessisches Strafvollzugsgesetz (HStVollzG)	01.11.2010
Mecklenburg-Vorpommern	Strafvollzugsgesetz Mecklenburg-Vorpommern (StVollzG M-V)	07.05.2013
Niedersachsen	Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz (NJVollzG)	08.04.2014
Nordrhein-Westfalen	Strafvollzugsgesetz Nordrhein-Westfalen (StVollzG NRW)	13.01.2015
Rheinland-Pfalz	Landesjustizvollzugsgesetz (LJVollzG)	08.05.2013
Saarland	Saarländisches Strafvollzugsgesetz (SLStVollzG)	24.04.2013
Sachsen	Sächsisches Strafvollzugsgesetz (SächsStVollzG)	16.05.2013
Sachsen-Anhalt	Justizvollzugsgesetzbuch Sachsen-Anhalt (JVollzGB LSA)	18.12.2015
Schleswig-Holstein	Landesstrafvollzugsgesetz Schleswig-Holstein (LStVollzG SH)	21.07.2016
Thüringen	Thüringer Justizvollzugsgesetzbuch ThürJVollzGB	27.02.2014

2.3.4 Unterbringungsformen

Grundsätzlich wird bei freiheitsentziehenden Maßnahmen einerseits zwischen geschlossenem und offenem Vollzug unterschieden, andererseits zwischen Untersuchungshaft (U-Haft) und Strafhaft (bei Freiheits- und Ersatzfreiheitsstrafen). Richtlinien zum Vollzug der Freiheitsstrafe finden sich im Strafvollzugsgesetz des jeweiligen Landes (s. Kapitel 2.3.3). Die U-Haft wird vollzogen, falls dringender Tatverdacht, Flucht- oder Verdunkelungsgefahr besteht, ohne dass bereits der Prozess stattgefunden hat und ein richterliches Urteil gefällt wurde (§ 112 StPO). Sofern bei einem Inhaftierten keine Fluchtgefahr besteht und keine wiederholte Straftat zu be-

fürchten ist, sollte er vorzugsweise in einer Einrichtung des offenen Vollzugs untergebracht werden, andernfalls im geschlossenen Vollzug (§ 10 StVollzG).

In Bayern werden Verurteilte, die bisher maximal drei Monate Freiheitsstrafe verbüßt haben, im sogenannten Erstvollzug untergebracht, alle anderen werden dem Regelvollzug zugeteilt (Art. 6 BayVollstrPl). Die Zuständigkeit der Justizvollzugsanstalten hängt vom Wohnort des Verurteilten ab und ist für Bayern im Vollstreckungsplan aufgeführt (§ 22 BayVollstrPl). Der Berliner Vollstreckungsplan regelt die Zuteilung von Verurteilten zu den Justizvollzugsanstalten unter anderem abhängig von der Dauer der verhängten Freiheitsstrafe, ob eine Strafaussetzung nach § 35 BtMG in Frage kommt und ob bereits Haftstrafen verbüßt wurden (Vollstreckungsplan für das Land Berlin 2013).

Bevor nun die konkrete Situation von Konsumenten und Abhängigen von illegalen Drogen in deutschen Einrichtungen des Strafvollzugs dargestellt werden soll, befasst sich das folgende Kapitel theoretisch mit den Themen Strafe und Gefängnis. Dazu werden jeweils kurz die historische Entwicklung und die praktischen Umsetzungen von Bestrafung und Inhaftierung dargestellt.

2.4 Strafe und die totale Institution Gefängnis

2.4.1 Strafe

Michel Foucault beschreibt in seinem Werk „Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses“ (1976), wie Strafe als öffentliches Schauspiel in Form von Hinrichtungen zu Beginn des 19. Jahrhunderts zugunsten von Zwangsarbeit oder Freiheitsstrafen eingestellt wurde. Gefängnisse galten nun als „Strafe der zivilisierten Gesellschaften“ (Foucault 1976, S. 296). Damit wurde der Körper des Verbrechers aus dem Zentrum der Bestrafung gerückt. Es begann das „Zeitalter der Strafnüchternheit“ (ebd., S. 23), in dem das Ziel war, bei gleichbleibender Intensität eine veränderte Qualität der Bestrafung zu erreichen (ebd., S. 25). Sie sollte mehr auf die Seele und weniger auf den Körper einwirken (ebd., S. 26). Da eine Freiheitsstrafe

exakt quantifiziert werden kann, galt sie außerdem als gerechte Form der Bestrafung (ebd., S. 297).

Eine neue Entwicklung war außerdem das Prinzip der „Nichtöffentlichkeit der Strafe“ (ebd., S. 161): Tat und Verurteilung sollen der Allgemeinheit bekannt sein, der Vollzug der Strafe hingegen soll sich im Gegensatz zu den bisherigen öffentlichen Demütigungen nun im Verborgenen abspielen (ebd., S. 161). Diese Reform hatte zum Ziel, „daß aus der Bestrafung und Unterdrückung der Ungesetzlichkeiten eine regelmäßige und die gesamte Gesellschaft erfassende Funktion wird; daß nicht weniger, sondern besser gestraft wird; daß vielleicht mit einer gemilderten Strenge, aber jedenfalls mit größerer Universalität und Notwendigkeit gestraft wird; daß die Strafgewalt tiefer im Gesellschaftskörper verankert wird“ (ebd., S. 104).

Foucault zufolge enthält „die Kritik, der sich der Strafvollzug in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts häufig ausgesetzt sah [...] ein Postulat, das niemals wirklich aufgehoben wurde: es ist gerecht, daß ein Verurteilter physisch mehr leidet als die anderen Menschen“ (ebd., S. 25). Dabei wirke auch die Freiheitsberaubung als Strafe auf den Körper ein, jedoch nicht zur direkten Schmerzauslösung, sondern beispielsweise in Form von Rationierung der Nahrung oder Isolierung (ebd., S. 24f.).

Foucault nennt verschiedene Faktoren, die Bestrafung notwendig machen, und diskutiert deren Handhabung. Da eine Gesetzesüberschreitung als Angriff auf den jeweiligen Machthaber betrachtet werden könne, der diese Gesetze festgelegt hat, habe Strafe die Funktion der „Wiederherstellung der für einen Augenblick verletzten Souveränität“ (ebd., S. 64). Die Bestrafung von Ungesetzlichkeiten solle außerdem im Sinne einer Abschreckung weitere Verbrechen verhindern. Das „Strafexempel“ (ebd., S. 119) diene demnach nicht der Machtdemonstration, sondern der Prävention, indem es die Anreize einer Straftat reduziere und die Furcht vor der Strafe steigere (ebd., S. 136). Sie diene dabei nicht nur der Abschreckung des Straftäters, sondern auch der ganzen Gesellschaft (ebd., S. 139). Sie lenke gleichzeitig die Aufmerksamkeit vom Gesetzesbrecher hin zur Bestrafung und verhindere so, dass

Straftäter heroisiert werden (ebd., S. 144). Damit sie eine möglichst unmittelbare Verbindung zwischen Verbrechen und Strafe liefere, solle die Strafe außerdem so wenig willkürlich wie möglich sein (ebd., S. 133f.). Mittels Strafe solle außerdem nicht nur das Verbrechen gesühnt, sondern auch der Gesetzesbrecher gebessert werden. Demnach sollte das Strafmaß begrenzt sein, damit die Mühen und Kosten für die Umformung des Straftäters für die Gesellschaft nicht umsonst waren (ebd., S. 137f.). Nach seiner Besserung solle der Straftäter wieder entlassen, also resozialisiert, werden (ebd., S. 313ff). Durch Strafe werde das Gesetz als „Abbildung der öffentlichen Moralität“ (ebd., S. 141) deutlicher und greifbarer.

Ein wichtiges Element der Inhaftierung sei die Isolierung – von anderen Gefangenen, aber auch von der Gesellschaft draußen. Isolierung ist laut Foucault Voraussetzung für die totale Unterwerfung, indem sie einen Zusammenschluss der Insassen verhindert, sie gesellschaftsfähiger macht oder sie dazu zwingt, sich mit ihren Taten auseinanderzusetzen (ebd., S. 302 ff.).

Um Regeln durchzusetzen, brauche es zudem eine Form der Überwachung. Im Gefängnissetting spielen laut Foucault zwei Formen der Überwachung eine Rolle: (1) Bei der hierarchischen Überwachung entsteht durch das System an sich Macht (ebd., S. 228). Sie wird ausgeübt über die Personen, die sich in diesem Feld bewegen. (2) Die überkreuzte Überwachung zeichnet sich aus durch „Blicke, die sehen, ohne gesehen zu werden“ (ebd., S. 221). Dies kann optimal im Bau des Panopticons (nach Bentham) umgesetzt werden (ebd., S. 256). Sein Aufbau ist ringförmig mit einem Turm in der Mitte. Von der Mitte aus können Aufseher die Zellen im Ringgebäude einsehen und deren Insassen ständig überwachen. Diese ständige Sichtbarkeit – und das Bewusstsein darüber bei den Insassen – sei ein effizientes Mittel Macht zu demonstrieren und das Verhalten der Insassen zu beeinflussen, ohne diese Macht in irgendeiner anderen Form ausüben zu müssen (ebd., S. 258). Durch diese totale Transparenz könne das Wesen der Insassen

und damit auch der Grad ihrer moralischen Besserung exakt erfasst werden (ebd., S. 321 ff.).

Alles in allem äußert sich Foucault kritisch über Gefängnisstrafen, da ihn hohe Rückfallraten an der Effektivität von Gefängnissen zweifeln lassen: „Man sagt, daß das Gefängnis Delinquente produziert. Tatsächlich führt es fast schicksalhaft diejenigen wieder vor die Gerichte, die ihm anvertraut waren“ (ebd., S. 327). Er geht sogar noch weiter: „Das Gefängnis kann gar nicht anders, als Delinquenten zu fabrizieren. Es tut das durch die Existenzweise, die es den Häftlingen aufzwingt“ (ebd., S. 342). Er kritisiert, dass das System Gefängnis sich quasi selbst aufrechterhält: „Das Strafsystem produziert also eine geschlossene, abgesonderte und nützliche Gesetzeswidrigkeit – und daher rührt auch seine Langlebigkeit. Der Kreislauf der Delinquenz ist nicht das Nebenprodukt eines Gefängnisses, das beim Bessern versagt; er ist vielmehr das unmittelbare Ergebnis eines Strafsystems, das zur Kontrolle der Gesetzeswidrigkeiten einige davon in einen Mechanismus von ‚Bestrafung/Bewahrung‘ einschließt, dessen wichtigste Elemente die Verwahranstalten sind.“ (ebd., S. 357 f.) Die Entwicklung hin zur Bestrafung in Gefängnissen sieht Foucault also sehr kritisch: „Man kennt alle Nachteile des Gefängnisses: daß es gefährlich ist, daß es vielleicht sogar nutzlos ist. Und dennoch ‚sieht‘ man nicht, wodurch es ersetzt werden könnte. Es ist die verabscheuungswürdige Lösung, um die man nicht herumkommt“ (ebd., S. 296).

2.4.2 Totale Institution Gefängnis

Erving Goffman setzt sich in seinem Werk „Asyle“ (1973) unter anderem mit der Situation psychiatrischer Patienten und Inhaftierter auseinander. Goffman definiert „Institutionen“ als soziale Einrichtungen, „in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird. [...] Jede Institution nimmt einen Teil der Zeit und der Interessen ihrer Mitglieder in Anspruch und stellt für sie eine Art Welt für sich dar“ (Goffman 1973, S. 15). Diese sind alle in gewisser Weise allumfassend oder „total“. Diese Eigenschaft kann jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Die differenzierte

Auseinandersetzung mit totalen Institutionen hat laut Goffman einen wichtigen Grund: „Sie sind die Treibhäuser, in denen unsere Gesellschaft versucht, den Charakter von Menschen zu verändern“ (ebd., S. 23). Totale Institutionen lassen sich in fünf Gruppen unterteilen (ebd., S. 16):

1. Anstalten zur Fürsorge von Menschen, die unselbstständig sind und keine Gefahr für die Gesellschaft darstellen, z. B. Altersheime
2. Anstalten zur Fürsorge von Personen, die unselbstständig sind und unbeabsichtigt eine Bedrohung der Gemeinschaft darstellen, z. B. Irrenhäuser
3. Anstalten zum Schutz der Gemeinschaft vor Gefahren, z. B. Gefängnisse
4. Anstalten, in denen gewisse Arbeiten effizienter durchgeführt werden können, z. B. Kasernen
5. Einrichtungen als Zufluchtsorte vor der Welt und religiöse Ausbildungsstätten, z. B. Klöster

Im Folgenden werden vor allem Goffmans Aussagen zur totalen Institution „Gefängnis“ vorgestellt. Allen Einrichtungen ist Goffman zufolge gemein, dass dort (im Gegensatz zur normalen Gesellschaft) alle Tätigkeiten in einer großen Gruppe stattfinden. Sie werden unter derselben Autorität am selben Ort durchgeführt, und zwar gemäß eines genauen und rationalen Plans. Da es sich bei den Insassen um ganze Gruppen handelt, ist deren Handhabung und Überwachung eine organisatorische Kernaufgabe von totalen Institutionen, die vom Personal erfüllt werden soll. Dabei gibt es eine klare Trennung zwischen Insassen und Personal, d. h. dem Stab: Während der Lebensmittelpunkt des Insassen in der Institution liegt, und zwar mit beschränktem Kontakt zur Außenwelt, verbringt das Personal lediglich seine Arbeitszeit in der Institution und bleibt dennoch in der normalen Gesellschaft integriert. Diese Trennung zeichnet sich vor allem bei der Kommunikation und der Weitergabe von Informationen ab. So dient das Personal als Mittler zwischen Insassen und höheren Mitgliedern des Stabs. Diese Hierarchie merkt man unter anderem daran, dass Informationen an die Insassen nur gefiltert weitergegeben werden.

Bei Eintritt in die Institution werden die Insassen aus ihrer Welt herausgerissen. Zu diesem Zeitpunkt sind sie ausgestattet mit einer Persönlichkeit, die „eine Reihe von Abwehrmanövern ermöglichte, die der Betreffende nach eigenem Gutdünken einsetzen konnte, um mit Konflikten, Zweifeln und Fehlern fertig zu werden“ (ebd., S. 24). Diese Fähigkeit, sich in der Außenwelt zurechtzufinden, kann dem Insassen im Verlauf der Inhaftierung abhanden kommen, bezeichnet als „Diskulturation“ (ebd., S. 24). Ferner wird die Zeit in der Anstalt in der Regel als verloren wahrgenommen, also als eine Zeit, die abgesehen werden muss (ebd., S. 71).

Speziell zu Beginn des Aufenthalts wird das Selbst des Insassen auf verschiedene Arten gedemütigt, unter anderem durch die Trennung von der Außenwelt und einen damit verbundenen Rollenverlust, zum Beispiel als Liebespartner oder erziehungsberechtigter Elternteil. Dieser Rollenverlust wird durch die Übernahme eines zunächst fremden und auferlegten Alltags noch verstärkt. Demütigungen sind auch mit Aufnahmeprozeduren verbunden, wie zum Beispiel Untersuchungen, Befragungen, der Durchsuchung und dem Verlust persönlichen Eigentums für die Zeit des Aufenthalts oder dem Ersetzen von Privatkleidung durch Anstaltskleidung. Diese stellen, ebenso wie öffentlich stattfindende Besuche, einen klaren Eingriff in die Privatsphäre des Insassen dar. Indem Informationen über einen Insassen in einer Akte zusammengestellt und allen Mitarbeiter zugänglich gemacht werden, wird die informationelle Selbstbestimmung der Person verletzt. Ständige Überwachung und Kontrolle des Verhaltens sowie die Notwendigkeit, um Kleinigkeiten bitten zu müssen, verletzen zudem die Autonomie des Handelns, schädigen die Handlungsökonomie und führen zu einem Verlust der Selbstbestimmung des Insassen (ebd., S. 45ff.).

Als rationale Gründe für diese Demütigungen werden Hygiene, Verantwortung seitens der Institutionen für das Leben, Kampfstärke und Sicherheit genannt (ebd., S. 52). Zur Reduktion von Stress, der durch die oben geschilderten Angriffe auf das Selbst entsteht, zum Wiederaufbau des Selbst, aber auch schlicht zur Ablenkung, dienen „sekundäre Anpassungsmechanismen“. Damit sind Handlungen gemeint,

„die nicht unmittelbar gegen das Personal gerichtet sind, die es aber dem Insassen erlauben, sich verbotene Genüsse bzw. erlaubte Genüsse mit verbotenen Mitteln zu verschaffen“ (ebd., S. 59), zum Beispiel „Glücksspiel, Homosexualität oder ‚Highs‘ und Räusche“ (ebd., S. 73). Sekundäre Anpassungsmechanismen sind laut Goffman ein wichtiges Instrument, um dem Insassen ein Gefühl von Kontrolle über sein Leben zurückzugeben. Derartige Aktivitäten sind in der Außenwelt für jedermann erreichbar. Jedoch „in totalen Institutionen stehen diese Dinge, besonders kurz nach der Einlieferung, kaum zur Verfügung. In einer Zeit, wo diese Ruhepunkte so dringend benötigt würden, ist es oft schwierig, sie zu erlangen“ (ebd., S. 73).

Die Durchsetzung einer Vielzahl von Regeln wird unter anderem gewährleistet durch das gestaffelte Autoritätssystem: „Jedes Mitglied der Personal-Klasse ist gewissermaßen berechtigt, jedes Mitglied der Insassen-Klasse zu disziplinieren, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit von Sanktionen wesentlich erhöht“ (ebd., S. 58). Auch bietet das Privilegiensystem einen Rahmen für die Organisation totaler Institutionen. Dabei wird eine Hausordnung mit klaren Regeln festgelegt und mithilfe von Belohnungen für den Gehorsam (Privilegien) oder Strafen nach Regelbrüchen (Entzug von Privilegien) durchgesetzt. Diese Praxis führt dazu, dass Regelbrüche einen Informationsaustausch zwischen neuen Insassen in unterprivilegierten Positionen und alten – degradierten – Insassen ermöglichen. Für das Privilegiensystem stellt die Sprache einen interessanten Faktor dar. Zur Kommunikation über relevante Ereignisse entwickeln Insassen einen so genannten „Anstaltsjargon“. Sprache ist allgemein ein wichtiges Element des Lebens in einer totalen Institution. Die Art, Sprache zu gebrauchen, ist dabei Ausdruck der persönlichen Ohnmacht der Insassen: „Beantwortet er eine Frage mit eigenen Worten, so unterstreicht dies seine Auffassung, daß ein Minimum an Rücksicht auf ihn genommen werden muß“ (ebd., S. 51).

Nicht nur die Insassen, auch das Personal – der Stab – einer totalen Institution ist in seinem Alltag mit bestimmten Herausforderungen konfrontiert. Dieser ist laut Goff-

man geprägt durch einen Widerspruch zwischen den offiziellen Zielen der Anstalt und der tatsächlichen Tätigkeit. Ziele von totalen Institutionen sind unter anderem Erziehung und Ausbildung, medizinische und psychiatrische Behandlung, Schutz der Gesellschaft vor Verunreinigung (ebd., S. 86) und speziell für Gefängnisse „Unschädlichmachung, Vergeltung, Abschreckung und Besserung“ (Cressey 1958, nach Goffman 1973, S. 86f.).

Der Arbeitsalltag des Personals zeichnet sich zudem aus durch den ständigen Umgang mit Menschen, die als ein „Wert an sich“ (ebd., S. 79) gesehen werden. Die Institution muss die Rechte der Insassen respektieren und Entscheidungen in organisatorischen Fragen fällen. Sie trägt also eine gewisse Verantwortung, „und vermutlich ist dies eine der Gegenleistungen, die letzterem im Austausch für seine Freiheit garantiert werden“ (ebd., S. 79). Gleichzeitig gehen von Menschen unter Umständen Gefahren aus, wie zum Beispiel die Ansteckung mit Krankheiten oder ein unvorhersehbarer Angriff. Dies kann beim Personal Ängste und Sorgen auslösen. Das Personal muss demnach ständig in Alarmbereitschaft sein und mit Angriffen oder Ausbruchsversuchen rechnen. Das Personal lässt die Insassen zum Teil also absichtlich über geplante Maßnahmen im Dunklen, um zu verhindern, dass ihre Durchführung sabotiert wird (ebd., S. 84). Bei der Interpretation des Verhaltens der Insassen ist das Personal stets mit der Frage konfrontiert, ob dafür psychiatrische Gründe oder moralische Schwächen verantwortlich sind (ebd., S. 91). Dahinter steht die Frage der Verantwortlichkeit und somit einer Schuldzuschreibung, die auch bezüglich Abhängigkeitserkrankungen häufig diskutiert wird (z. B. Palm 2004).

Der Konflikt in der Wahrnehmung der Insassen durch das Personal führt sich fort in der Frage ihrer Behandlung: „Schon die Verpflichtung des Personals, bestimmte humane Normen der Behandlung von Insassen einzuhalten, stellt ein Problem dar, aber eine ganze Reihe weiterer typischer Probleme entstehen durch den ständigen Konflikt zwischen den Normen der Humanität einerseits und der Leistungsfähigkeit

einer Anstalt andererseits“ (ebd., S. 82). Diese quasi natürliche Beschränkung des Personals führt dazu, dass „Patienten, die eine Behandlung ‚nach Vorschrift‘ verlangen, [häufig sogar] als Nörgler bezeichnet [werden]“ (ebd., S. 81). Dieses Meckern und Bitten bringt das Personal in die Situation, sich rechtfertigen zu müssen (ebd., S. 88).

Wie in diesem Kapitel beschrieben wurde, stellen verbotene Genüsse und die Herbeiführung von Räuschen einen sekundären Anpassungsmechanismus während der Unterbringung in einer totalen Institution dar, der dazu dient, das Selbst wieder aufzubauen. Dementsprechend dürfte Drogenkonsum während der Inhaftierung keine vereinzelte Ausnahme sein, sondern ein relativ häufig zu beobachtendes Phänomen. Dieser Umstand wird im folgenden Kapitel näher erläutert. Dabei wird zunächst allgemein auf Drogenkonsum, anschließend auf intravenösen (i.v.) Drogenkonsum und zuletzt auf dessen mögliche Folgen, nämlich Infektionskrankheiten, eingegangen.

2.5 Drogenbezogene Prävalenzen in Gefängnissen

Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle für den intramuralen Drogenkonsum. Zum einen steigert der Verlust von Privatsphäre in Verbindung mit dem Verlust des familiären Netzwerks, der Langeweile und dem „Trauma“ der Inhaftierung die Notwendigkeit, mit all diesen Veränderungen zurechtzukommen, beispielsweise mithilfe von Drogenkonsum zur Selbstmedikation. Zudem ist die Zeit im Gefängnis external kontrolliert, unter anderem von Richtern und Vollzugsbeamten. Drogenkonsum stellt eine Möglichkeit dar, das Zeiterleben zu manipulieren. Ähnlich hat Schlafen nicht mehr nur die Funktion der Erholung, sondern gibt Inhaftierten darüber hinaus die Möglichkeit, die ihnen verfügbare Zeit selbst zu kontrollieren (s. hierzu auch Drogenkonsum als sekundärer Anpassungsmechanismus nach Goffman, Kapitel 2.4.2). Auch Beziehungen und soziale Netzwerke im Gefängnis helfen dabei, dem Gefühl der Isolation entgegenzuwirken. Diese sozialen Verbindungen wiederum können zum Drogenkonsum beitragen. Dabei kann Drogenkonsum in Subkulturen, die devi-

ante und riskante Verhaltensweisen achten, den Status des Einzelnen verbessern. Solche Subkulturen werden gerade in Gefängnissen oft beobachtet. Zuletzt nehmen Drogendealer im Gefängnis meist eine hohe Position in der Gefangenenhierarchie ein und können in der Regel aufgrund ihres Zuverdienstes einen relativen hohen intramuralen Lebensstil pflegen (Wheatley 2007).

2.5.1 Drogenkonsum in Gefängnissen

Suchtmedizinische Interventionen im Gefängnis sind an eine Vielzahl von Herausforderungen gekoppelt. Unter anderem müssen sie in Einklang mit den übergeordneten Resozialisierungszielen gebracht werden. Um diesen Schwierigkeiten besser zu begegnen, ist eine Bedarfsanalyse nötig, das heißt eine Annäherung zum einen an die Zahl der Drogenkonsumenten und -abhängigen in Haft, zum anderen an die Zahl der Inhaftierten, die aufgrund des Drogenkonsums physisch oder psychisch erkrankt sind und einer Behandlung bedürfen, um anschließend das benötigte Behandlungsangebot in deutschen Haftanstalten zu ermitteln.

Studien zufolge werden Drogen in Gefängnissen weltweit häufiger konsumiert als in Freiheit und dies mit deutlich höheren Prävalenzen von Missbrauch und Abhängigkeit, vor allem unter Frauen. So fand ein systematisches Review zum Substanzkonsum in Haft Prävalenzen von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bis zu rund 50 % bei Männern und bis zu 60 % bei Frauen (Fazel et al. 2006). Diese steigen mit der Länge der Inhaftierung, der Prävalenz des Drogenkonsums vor der Inhaftierung und dessen Häufigkeit (Plourde et al. 2012). Dabei spielt selbstverständlich auch die Verfügbarkeit von Drogen eine erhebliche Rolle. So gaben 85 % der Inhaftierten in England und Wales an, in Haft Zugang zu illegalen Drogen zu haben. Und über die Hälfte der Heroinkonsumenten gab sogar an, dass die leichte Verfügbarkeit von Heroin in Haft ein drogenfreies Leben erschwert (Chambers 2010).

Diese hohen Raten an substanzbezogenen Störungen im Gefängnissetting könnten daran liegen, dass Drogenkonsumenten, vor allem Heroinkonsumenten, ein höheres Risiko haben, inhaftiert zu werden. So berichten Studien, dass zwischen 55 %

und 90 % der injizierenden Drogenkonsumenten (Intravenous Drug Users, IDU's) schon einmal inhaftiert waren (Jürgens et al. 2009). Dennoch ist nicht auszuschließen, dass auch eine Inhaftierung ursächlich sein kann für einen vermehrten Drogenkonsum (Boys et al. 2002). Das Gefängnissetting wirkt sich auf die meisten Insassen nicht motivierend darauf aus, den Drogengebrauch zu unterlassen, sondern verleitet zum Teil gar dazu (Swann & James 1998). So stellen – trotz aller damit verbundenen Risiken und Schwierigkeiten – Drogen im Gefängnisalltag eine wichtige Komponente dar (Crewe 2005): Zwar werden Konsumenten stigmatisiert, gleichzeitig verleiht der Handel mit Drogen erhebliche Macht und ihr Konsum beeinflusst die Gruppenbildung. Obwohl Gruppenzugehörigkeiten im Gefängnis in der Regel über Ethnizität, Herkunft oder Interessen definiert werden, stellen Drogenkonsum und Nicht-Konsum bezüglich dieser Gruppenbildungsprozesse einen übergeordneten Faktor dar.

Zusammenfassend betonen Gefängnismitarbeiter bezüglich der Ursachen von intramuralem Drogenkonsum Charakteristika, die bereits vor der Inhaftierung vorgelegen haben (u. a. Drogenabhängigkeit). Die Inhaftierten hingegen führen eher Gründe auf, die mit der aktuellen Situation der Inhaftierung in Verbindung stehen (u. a. Umgang mit der Last der Inhaftierung, Drogen als fester Bestandteil des Gefangenlebens, Möglichkeit Status zu erlangen und institutionelle Regeln zu untergraben) (Mjaland 2016).

2.5.1.1 Methodischer Zugang

In der Regel werden Daten zur Prävalenz von intramuralem Drogenkonsum zum einen über retrospektive Selbstauskünfte erhoben, zum anderen über die Analyse der Ergebnisse verordneter Drogentests. Die Validität beider Methoden kann man mit einer gewissen Skepsis betrachten. Eine Studie fand immerhin eine ausreichende Übereinstimmung von retrospektiven Selbstauskünften zu zwei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten (Prendergast et al. 2013). Drogenkonsum in britischen Haftanstalten wurde in der Regel anhand von Ergebnissen angeordneter

Urintests geschätzt (Farrel et al. 1998). Aufgrund ihrer relativ einfachen Manipulierbarkeit kann man auch die Zuverlässigkeit von Drogentests als Informationsquelle für das Ausmaß des Drogenkonsums in Haft zumindest in Frage stellen. Obwohl beispielsweise in Großbritannien nur 7,8 % der Drogentests in Gefängnissen positiv ausfielen, gaben 20 % der Inhaftierten an, während der Haft Heroin zu konsumieren (Chambers 2010). Zudem könnten Drogentests aufgrund der relativ kurzen Nachweisbarkeit von Heroin und Kokain im Vergleich zu Cannabis zum Konsum von härteren Drogen verleiten. Jeder Kritik zum Trotz können Drogentests auch eine abschreckende Wirkung ausüben und es der intramuralen Drogenberatung ermöglichen, Personen zu identifizieren, die von Angeboten der Drogenhilfe profitieren könnten (van Dyken et al. 2014).

Zusätzlich zu Drogentests wurde die Prävalenz von Drogenkonsum in britischen Gefängnissen mittels Abwasseranalysen untersucht (van Dyken et al. 2014). Hierzu wurden Daten aus Drogentests und Verschreibungszahlen von Medikamenten in einem Gefängnis mit Prävalenzschätzungen aus Abwasseranalysen verglichen. Den Autoren zufolge bietet die Abwasseranalyse einen umfassenderen Überblick über den intramuralen Substanzkonsum als Drogentests alleine, da hierüber auch der Missbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten gemessen werden kann. Außerdem ermöglichen es Abwasseranalysen, Trends und temporäre Schwankungen in der Qualität und Quantität der Substanzen zu erfassen.

2.5.1.2 Verbreitung

Internationale Studien zeigen, dass auffallend viele Inhaftierte vor ihrer Inhaftierung illegale Drogen konsumiert haben, vor allem Cannabis (bis zu 90 %) und Heroin (bis zu 44 %) (Bullock 2003; Azbel et al. 2013). Umfassende Studien hierzu liegen unter anderem aus Großbritannien vor. So berichtet eine Studie aus England und Wales, dass zwischen 20 % (Männer) und 30 % (Frauen) vor ihrer Inhaftierung abhängig von illegalen Substanzen waren (Brooke et al. 1998). Doch nicht nur vor der Inhaftierung werden Drogen konsumiert: In einer Vollerhebung der Gefängnisse in Eng-

land und Wales berichteten über 60 % der Heroin- und Cannabiskonsumenten, dass sie diese Drogen auch in Haft konsumiert haben (Boys et al. 2002). Im Gegensatz dazu berichtete dies nur ein Viertel der Kokainkonsumenten. Insgesamt nahm über die Hälfte der Insassen auch in Haft mindestens eine illegale Droge, vor allem Cannabis, Heroin und Beruhigungsmittel. So wurden 21 % der Insassen positiv auf Cannabis getestet und 5 % auf Heroin (Singleton et al. 1999). Deutlich seltener war die Einnahme von Crack, Kokain, Ecstasy und Amphetaminen (z. B. Bullock 2003). In 15 europäischen Ländern lagen die Raten zwischen 2 % und 56 % bzw. für neun Länder zwischen 30 % und 40 % (EMCDDA 2012). Eine sehr hohe Rate an Drogenkonsumenten in Haft hat beispielsweise Litauen. Eine Studie fand, dass rund 50 % der Insassen in litauischen Gefängnissen Drogen konsumieren, vor allem Amphetamine. Die Mitglieder einer Fokusgruppe stellten gar fest, dass es in Litauen eher ungewöhnlich sei, wenn ein Inhaftierter keine Drogen nehme (Stöver & Thane 2011). Auch in der Schweiz konsumierten 40 % der Insassen im Monat vor ihrer Entlassung illegale Substanzen, vor allem Cannabis und Kokain (Wolff et al. 2011).

2.5.1.3 Situation in Deutschland

Auch in Deutschland konsumiert ein relativ großer Anteil der Inhaftierten kurz vor Haftantritt illegale Drogen. So wurden in Baden-Württemberg von 21 % der Inhaftierten kurz vor ihrem Haftantritt illegale Substanzen konsumiert, vor allem Cannabis (40 %) und Opiate (19 %) (Reber 2011). In niedersächsischen Justizvollzugsanstalten (JVA's) berichteten rund 40 % der Insassen einen Konsum von illegalen Drogen kurz vor Haftantritt, vor allem von Cannabis (27 %) und Opiaten (17 %) (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges 2006).

Da der Anteil von Abhängigen und Konsumenten von illegalen Drogen in deutschen Justizvollzugsanstalten aufgrund fehlender systematischer Untersuchungen nicht eindeutig beziffert werden kann, wird als Näherungswert häufig die Zahl der wegen

Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten verwendet. Man geht einerseits davon aus, dass zwar nicht die gesamte, aber zumindest ein Teil dieser Gruppe selbst Drogen konsumiert und andererseits weitere Drogenkonsumenten (z. B. wegen Beschaffungskriminalität) verurteilt wurden, die in den Statistiken unter anderen Kategorien als BtMG-Verstößen aufgelistet werden. Vermutlich befinden sich auch einige „unauffällige“ Drogenkonsumenten in Haft, das heißt Personen, die noch nie wegen ihres Drogenkonsums polizeilich auffällig geworden waren oder erst in Haft begannen Drogen zu nehmen. So wurden 2011, im Jahr der Datenerhebung im Rahmen dieser Arbeit, knapp 47.000 Personen aufgrund eines BtMG-Verstoßes verurteilt (Statistisches Bundesamt 2013b). Davon befanden sich zum Stichtag 31.03.2011 insgesamt 8.841 Personen, also 14,7 % aller Inhaftierten, in Einrichtungen des Freiheitsentzugs (Statistisches Bundesamt 2011c). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen. Denen zufolge muss etwa jeder zweite Gefangene in Deutschland als „drogengefährdet“ (Justizministerium NRW 1992), jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden (Dolde 2002).

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat zum Stichtag 31.03.2008 für die Indikatorendatenbank der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) und das European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) Daten aus den einzelnen Bundesländern und damit 195 Justizvollzugsanstalten zusammengestellt (Indikatorendatenbank, BMJ 2009). Bei dieser Erhebung wurde berichtet, dass Drogentests in deutschen Justizvollzugsanstalten in der Regel bei Verdacht auf Konsum und zum Teil auch stichprobenartig durchgeführt wurden. Für das Berichtsjahr 2008 wurde angegeben, dass von knapp 19.000 getesteten Gefangenen 15 % (2.850) ein positives Testergebnis aufwiesen, vor allem auf Cannabis und Heroin (jeweils bis zu 30 %), aber auch auf Kokain, Amphetamin und Ecstasy (jeweils bis zu 20 %). Die angegebenen Prävalenzen unterschieden sich zwischen den Bundesländern erheblich. In Baden-Württemberg, dem einzigen

Bundesland, das die Datenerhebung zur Indikatorendatenbank fortführte, wiesen im Jahr 2010 von den auf Drogen getesteten Gefangenen 12 % ein positives Testergebnis auf (Reber 2011). Im Jahr 2010 waren in den JVA's in NRW rund 40 % der Insassen behandlungsbedürftig abhängig von illegalen Drogen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a).

Im Rahmen des Projekts "Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff" wurden Gefangene gefragt, wie hoch ihrer Einschätzung nach der Anteil von Drogenkonsumenten unter den Insassen des Gefängnisses ist, in dem sie inhaftiert waren (Eckert & Weilandt 2008). So wurde geschätzt, dass über 60 % der Insassen Cannabis, rund die Hälfte Opiate und ebenso viele andere illegale Substanzen bzw. Medikamente konsumieren.

2.5.1.4 Konsumgründe

Die verglichen mit dem Konsum von Stimulanzien deutlich höhere Prävalenz von Heroin- und Cannabiskonsum in Haft kann zum einen an einer geringeren Verfügbarkeit von Kokain im Haftsetting liegen, zum anderen aber auch an den Wirkungsweisen der Drogen (Boys et al. 2002). Cannabis und Heroin werden eher konsumiert, um zu entspannen, gegen Langeweile oder um Sorgen zu vergessen. Demnach scheinen die Wirkungsweisen dieser Drogen für das Gefängnissetting angemessener und werden darum von Insassen weniger als Problem denn als Bewältigungsmechanismus wahrgenommen (Kolind et al. 2010). Auch von Seiten des Gefängnisses wird die Wirkung von Cannabis als beruhigend und stressreduzierend beschrieben, teilweise sogar als Friedensstifter und als Mittel, um Gewalt zu verhindern (Ritter et al. 2013). Im Gegensatz dazu werden die Wirkungsweisen von Kokain oder Amphetaminen eher mit Party und Kommunikation in Verbindung gebracht (Kolind et al. 2010).

Drogen können also gerade im Gefängnis durchaus erwünschte Wirkungen aufweisen. Dementsprechend überrascht es nicht, dass illegale Substanzen zum Teil in Haft zum ersten Mal konsumiert werden. Bis zu einem Drittel der Heroinkonsumenten

ten gab an, mit dem Konsum in Haft begonnen zu haben (Boys et al. 2002; Singleton et al. 2003). Dieser Anteil betrug sogar über 40 % bezogen auf die Stichprobenerer, die in Haft konsumierten. Die Wahrscheinlichkeit für den (möglicherweise erstmaligen) Konsum einer Substanz im Gefängnis steigt mit der Zahl der bisherigen Inhaftierungen, der im Gefängnis verbrachten Zeit und dem Ausmaß des Drogenkonsums vor der Inhaftierung sowie der Zahl der psychiatrischen Diagnosen (Boys et al. 2002).

Gemessen an theoretischen Vorüberlegungen, internationalen und deutschen Studien muss man also davon ausgehen, dass Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ein relevantes Thema für viele Gefangene darstellt, das sowohl Präventions-, Beratungs- als auch Behandlungsangebote erfordert. Das erste Ziel dieser Arbeit ist darum, die Prävalenz des Drogenkonsums in Haft zu schätzen. Es lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

Thema 1: Prävalenzen von Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen

Hypothese 1.1: Die Prävalenz von Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Hypothese 1.2: Die Prävalenz von Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist während der Haft geringer als bei Haftantritt.

Hypothese 1.3: In deutschen Gefängnissen werden vor allem Cannabis und Heroin konsumiert, Kokain und Amphetamin deutlich seltener.

2.5.2 Intravenöser Drogenkonsum in Gefängnissen

Drogenkonsum hat in aller Regel negative Folgen für die Gesundheit der Betroffenen: Von Inhaftierten mit einer gegenwärtigen medizinischen Problematik gaben rund 40 % an, Drogen missbräuchlich oder abhängig zu konsumieren (Marushak 2008). Zusätzlich geht Drogenkonsum häufig mit einem nicht unerheblichen Risikoverhalten einher, wie beispielsweise der intravenösen (i.v.) Applikation. Beim intramuralen Drogenkonsum hängt die Wahl dieser Applikationsform Studien zufolge signifikant mit der Inhaftierungszeit zusammen (Brooke et al. 1998). Aus US-

amerikanischen Gefängnissen wurden Injektionsraten von rund 2 % berichtet (Bullock 2003). Dies entspricht den Raten, die aus Gefängnissen in England und Wales gefunden wurden (Singleton et al. 1999; Brooke et al. 1998). Demgegenüber gaben 42 % der Inhaftierten eines kanadischen Gefängnisses an, aktuell oder in der Vergangenheit Drogen i.v. konsumiert zu haben (Bonnycastle & Villebrun 2011). Zusätzlich gibt es auch Personen, die den intravenösen Drogenkonsum erst im Gefängnis begannen (Fetherston et al. 2013). So berichteten 6 % der intramuralen IDU's in England und Wales, dass sie das erste Mal in Haft injiziert hätten (Singleton et al. 1999; Brooke et al. 1998).

Studien in Europa fanden, dass bis zu 60 % der IDU's auch nach einer Inhaftierung weiterhin i.v. Drogen konsumieren. Bis zu 21 % begannen damit erst in Haft (Stöver & Stallwitz 2008). Für die Lebenszeitprävalenz von i.v. Drogenkonsum unter Inhaftierten wird mit 2 % bis 38 % ein weites Range angegeben (EMCDDA 2012). Genauere Schätzungen gehen von 10 % bis 25 % problematischen Drogenkonsumenten in europäischen Gefängnissen aus (Hedrich & Pirona 2012).

Auch in Deutschland ist der geschätzte Anteil der intramuralen IDU's gegenüber denen in Freiheit um ein Vielfaches erhöht. Experten schätzen, dass in Deutschland aktuell etwa 30 % aller männlichen und mehr als 50 % aller weiblichen Gefangenen intravenös konsumierende Drogenabhängige sind (Lesting & Stöver 2012). Diese Schätzung liegt deutlich über den Anteilen der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten. In allen niedersächsischen Einrichtungen des Strafvollzugs wurden Inhaftierte im Rahmen der Zugangsuntersuchung im Jahr 2005 unter anderem zu ihrem Drogenkonsum vor Strafantritt befragt (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges 2006). Dabei berichteten 15 % der Insassen, vor ihrer Inhaftierung jemals Drogen i.v. konsumiert zu haben. Bei der Erhebung für die Indikatorendatenbank der WHO (BMJ 2009) gaben 3 Bundesländer an, dass der Anteil der Gefangenen, die jemals Drogen injiziert haben, im Jahr 2008 zwischen 0,5% und 34% lag. Viele setzen diese Konsumform in Haft fort: Schulte und Kollegen (2009) haben

Daten aus einer Befragung von Ärzten in 31 deutschen Gefängnissen, die 14.537 Gefangene repräsentieren, analysiert. Der Anteil der ehemaligen oder aktuellen i.v. Drogen Konsumierenden an allen Gefangenen betrug 22 %. Dies bestätigt die Ergebnisse einer Untersuchung von Radun et al. (2007), die den Anteil von i.v. Drogenkonsumenten in Haft auf rund 30 % schätzten. Auf Basis der in diesen Studien berichteten Werte kann man bei rund 70.000 Gefangenen von 15.400 – 20.700 i.v. Drogenkonsumenten in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen.

Legt man als Grundgesamtheit nicht alle Inhaftierten, sondern die Subgruppe der Drogen konsumierenden Inhaftierten zugrunde, liegen Schätzungen der Prävalenz von i.v. Drogenkonsum selbstverständlich deutlich höher: Daten der Deutschen Suchthilfestatistik, an der sich im Jahr 2013 insgesamt 17 Einrichtungen der externen Beratung im Strafvollzug beteiligten, deuten ebenfalls auf sehr hohe Raten von i.v. Drogenkonsum hin. Demnach wurde von 84,8 % der Inhaftierten, die sich mit der Hauptdiagnose (HD) Opioide in einer externen Beratung oder Behandlung befanden, angegeben schon einmal i.v. Drogen konsumiert zu haben (Braun et al. 2015). 18,0 % gaben an, aktuell (30-Tage-Prävalenz) Opioide i.v. zu konsumieren (s. Tabelle 5).

Tabelle 5 Prävalenz von i.v. Drogenkonsum

	Alle	Klienten mit Hauptdiagnose Opioide	
		Jemals	In den letzten 30 Tagen
Inhaftierte	21,9 - 29,6 % ¹⁾	84,8 % ³⁾	18,0 % ³⁾
Allgemeinbevölkerung	0,3 % ²⁾	69,0 % ⁴⁾	20,8 % ⁴⁾

¹⁾ Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009

²⁾ DBDD 2016, spezielle Berechnungen.

³⁾ Externe Beratung im Strafvollzug; Braun et al. 2015.

⁴⁾ Ambulante Beratung und Behandlung; Braun et al. 2016; vgl. Kapitel 2.2

Demnach stellt intravenöser Drogenkonsum früheren Studien zufolge eine verbreitete Praxis im Gefängnis und gleichzeitig eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit der Inhaftierten dar. Da das Ausmaß des intramuralen i.v. Konsums entscheidend ist für die Etablierung von nachgewiesenermaßen effektiven Maßnahmen zur Prävention und Schadensreduzierung, soll diese Prävalenz untersucht werden. Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

Thema 2: Prävalenzen von i.v. Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen

Hypothese 2.1: Die Prävalenz von i.v. Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

Hypothese 2.2: Die Prävalenz von i.v. Drogenkonsum unter in Deutschland inhaftierten Drogenkonsumenten ist höher als unter nicht inhaftierten Drogenkonsumenten.

2.5.3 Infektionskrankheiten in Gefängnissen

Der Drogenkonsum im Allgemeinen und der intravenöse (i.v.) Konsum im Speziellen wirken sich negativ auf die gesamtkörperliche Gesundheit der Konsumenten aus und führen nicht selten zur Ansteckung mit Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis B (HBV) und C (HCV). Vor allem im Gefängnissetting ist das Risiko einer Ansteckung für Drogenkonsumenten deutlich erhöht (Stöver 2013). So steigert eine vormalige Inhaftierung das Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten (Bayrer et al. 2003). Dies liegt vor allem an der Tatsache, dass steriles Spritzbesteck im Gefängnis rar ist. So kommt es, dass je nach Ort und Studie teilweise fast alle intramuralen IDU's Spritzbesteck mit anderen teilen (Jürgens et al. 2009). In Litauen teilen sich beispielsweise bis zu 40 Inhaftierte eine Nadel (Stöver & Thane 2011). Unter kürzlich Entlassenen mit einer HIV-Infektion in der Ukraine gab beispielsweise über die Hälfte an, im Gefängnis Drogen injiziert zu haben (Izenberg et al. 2014). Außerdem werden aufgrund ihrer geringen Verfügbarkeit vorhandene Nadeln nicht selten in wenige Zentimeter lange Stücke zerteilt oder Nadeln aus Plastik und Kugelschreibern hergestellt, die die Venen stark schädigen können (Ferranti 2012).

Belastbare Informationen zu intramuralen Ansteckungswegen mit Infektionskrankheiten zu bekommen ist nicht zuletzt aufgrund der niedrigen Testraten schwierig (Stöver 2000). Tendenziell deuten die verfügbaren Daten darauf hin, dass die HIV-Prävalenzen in Ländern Zentraleuropas (z.B. Polen, Tschechische Republik, Ungarn und Bulgarien) deutlich niedriger sind als in einigen der ehemaligen Sowjetstaaten, vor allem in Russland und der Ukraine (Jürgens & Betteridge 2005). Beispielsweise betragen die Prävalenzen von HIV und HCV unter Inhaftierten in der Ukraine, die kurz vor der Entlassung standen, 19 % und 60 %. Demgegenüber lagen die Prävalenzen von HIV und HCV unter Inhaftierten in Ungarn bei 0,04 % und 4,9 % (Tresó et al. 2011). Eine Studie unter Inhaftierten in Polen, Ungarn, Estland und Litauen fand eine HIV- und HCV-Prävalenz von 19 % bis 32 % (Stöver & Thane 2011). Infektionskrankheiten spielen auch in Gefängnissen mitteleuropäischer Ländern eine nicht unerhebliche Rolle. Studien in italienischen, mazedonischen und schottischen Gefängnissen fanden Prävalenzen von HCV um die 20 % (Brandolini et al. 2013; Jovanovska et al. 2014; Williams et al. 2012).

Auch in Deutschland haben Infektionen mit HIV und HCV unter Inhaftierten eine gewisse Relevanz, obwohl das sächsische Justizministerium noch im Jahr 1999 die Meinung vertrat, dass der Anteil HIV-Infizierter in Haft sehr gering und i.v. Konsum in sächsischen Einrichtungen des Strafvollzugs nicht vorhanden sei (Stiehler 1999). Studien schätzen die Prävalenz von HCV-Infektionen unter Inhaftierten in Deutschland auf 14 % bis 17 %, die von HIV-Infektionen auf ca. 1 % (Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009). Von den Inhaftierten, die in einer an der Deutschen Suchthilfestatistik teilnehmenden Einrichtung eine externe Beratung im Strafvollzug in Anspruch nahmen, gaben 1,6 % der betreuten Klienten an HIV positiv zu sein (Braun et al. 2015). Eine HCV-Infektion wurde von 26,8 % der Klienten berichtet. Eine Übersicht über die Daten zur Prävalenz von Infektionskrankheiten finden sich in Tabelle 6.

Tabelle 6 Prävalenz von Infektionskrankheiten intra- und extramural

		Hepatitis C	HIV
Intramural	Klienten der Suchthilfe	26,8 % ¹⁾	1,9 % ¹⁾
	Alle	14,3-17,0 % ²⁾	0,8-1,2 % ²⁾
Extramural	Klienten der Suchthilfe	26,1 % ³⁾	3,9 % ³⁾
	IDU's	40 – 86 % ⁴⁾	3,0 – 8,7 % ⁵⁾
	Alle	0,3 % ⁶⁾	0,1 % ⁷⁾

¹⁾ Externe Beratung im Strafvollzug; Braun et al. 2015.

²⁾ Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009

³⁾ Ambulante Beratung und Behandlung; Braun et al. 2016; vgl. Kapitel 2.2

⁴⁾ Roy et al. 2002 .

⁵⁾ Ergebnisse stammen von der DRUCK-Studie des RKI (2014b).

⁶⁾ Poethko-Müller et al. 2013.

⁷⁾ RKI 2013b.

Das dritte Ziel dieser Arbeit ist darum, die Prävalenz von Infektionskrankheiten in Haft zu schätzen. Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

Thema 3: Prävalenzen von Infektionskrankheiten in deutschen Gefängnissen

Hypothese 3.1: Die Prävalenz von Hepatitis C und HIV in deutschen Gefängnissen ist höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

Hypothese 3.2: Die Prävalenz von Hepatitis C und HIV in deutschen Gefängnissen ist ähnlich hoch wie unter nicht-inhaftierten Drogenkonsumenten.

2.6 Richtlinien zur Gesundheitsfürsorge in Haft

Im letzten Kapitel wurden ausführlich die drogenbezogenen Gesundheitsrisiken in Haft dargelegt. Nun sollen in diesem Kapitel die Richtlinien zur Gesundheitsfürsorge in Haft vorgestellt werden.

Entsprechend der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (United Nations 1948) hat jeder das Recht auf einen Lebensstandard, der seine Gesundheit gewährleistet. In der Verfassung der World Health Organization (WHO) wird Gesundheit nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen definiert, sondern

als Zustand des kompletten physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens (WHO 2006). Entsprechend dieser Verfassung strebt die WHO an, dass alle Menschen das für sie höchstmögliche Level an Gesundheit erreichen. Eine Person, die ihrer Freiheit beraubt wird, hat demnach ein Recht darauf, dass für sie gesorgt wird (Penal Reform International 2001). Der Arbeitsalltag des Personals in Justizvollzugsanstalten zeichnet sich aus durch den ständigen Umgang mit Menschen, die als ein „Wert an sich“ (Goffman 1973, S. 79) gesehen werden. Die Institution muss die Rechte der Insassen respektieren und Entscheidungen in organisatorischen Fragen fällen. Sie trägt also eine gewisse Verantwortung „und vermutlich ist dies eine der Gegenleistungen, die letzterem im Austausch für seine Freiheit garantiert werden“ (ebd., S. 79).

John Howard, ein sozialer Reformier, war einer der ersten Kritiker von Gefängnissen und ihrem Effekt auf die Gesundheit der Inhaftierten (Senior & Shaw 2007). Sein Werk „The State of the Prisons in England and Wales“ wurde 1777 veröffentlicht und kritisierte Vernachlässigung und Desinteresse an den Inhaftierten durch das Vollzugspersonal. Jedoch muss die totale Institution Verantwortung für ihre Insassen übernehmen (Goffman 1973). Dies steht den Inhaftierten (quasi im Austausch für ihre Freiheit) zu. Dabei ist auch Goffman bewusst, dass die Leistungsfähigkeit der Einrichtung ein limitierender Faktor sein kann. Dementsprechend gibt es auf internationaler und nationaler Ebene zahlreiche Abkommen und Vereinbarungen, die die Menschenrechte von Inhaftierten festschreiben. In diesem Kapitel werden darum zum einen internationale Standards, zum anderen gesetzliche Vorgaben, also rechtlich bindende Vorschriften, zur Gesundheitsfürsorge in deutschen Justizvollzugsanstalten erläutert.

2.6.1 Internationale Standards

Bereits in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (United Nations 1948) wurde festgestellt, dass alle Menschen ein Recht auf Leben und Sicherheit haben und niemand grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder

Strafe ausgesetzt werden darf. Erweiternd wurde im International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (UNHCHR 1976) darauf hingewiesen, dass jeder das Recht auf die größtmögliche körperliche und seelische Gesundheit hat. Zudem wurde im Oath of Athens (International Council of Prison Medical Services 1979) entsprechend dem Eid des Hippocrates festgehalten, dass Gesundheitspersonal, das im Gefängnissetting arbeitet, sich für die bestmögliche Versorgung der Inhaftierten einsetzen muss. So wurden Folter und Experimente verboten und betont, dass die intramurale Gesundheitsversorgung ausschließlich auf Basis von medizinischen Einschätzungen agieren soll.

Obwohl diese Erklärung allgemeingültig ist und sowohl in der Ottawa-Charta (WHO Europe 1986) Chancengleichheit im Gesundheitswesen gefordert wird als auch in den Basic Principles for the Treatment of Prisoners (United Nations 1990) explizit darauf hingewiesen wird, dass diese allgemeine Erklärung der Menschenrechte auch für Inhaftierte gültig ist, ist der Umgang mit Inhaftierten nach wie vor ein Thema, das weltweit für Diskussionen sorgt.

Unter internationalen Vereinigungen herrscht Konsens darüber, dass eine Person, die ihrer Freiheit beraubt wurde, das Recht darauf hat, dass für ihre Sicherheit und ihr Wohlbefinden gesorgt wird. Die Menschenrechte von Inhaftierten sind auf internationaler Ebene in zahlreichen Abkommen und Vereinbarungen festgeschrieben. Diese haben den Status eines Vertrags. Unterzeichnende Staaten binden sich selbst an deren Erfüllung (Penal Reform International 2001). Die Basis dieser Abkommen bilden die Standard Minimum Rules (United Nations 1955). Sie wurden beim ersten Kongress der Vereinten Nationen zum Thema Kriminalprävention und Behandlung von Inhaftierten im Jahr 1955 verabschiedet. Darin wurde unter anderem Grundlegendes zur medizinischen Behandlung von Inhaftierten empfohlen. Demnach soll medizinisch ausgebildetes Personal zur Verfügung stehen und nach Haftantritt eine Zugangsuntersuchung durchgeführt werden. Im Jahr 2015 wurde diese Richtlinie erstmals überarbeitet. Die überarbeiteten Richtlinien mit dem Titel

„The Nelson Mandela Rules“ wurden um einige Punkte ergänzt (United Nations 2016). So wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass Mitarbeiter im Vollzug ausreichend Zugang zu Fortbildungsmaßnahmen bekommen sollen und dass dem intramuralen Gesundheitsdienst eine angemessene Zahl an Mitarbeitern zusteht. Zudem wird indirekt auf die Bedürfnisse von suchtmittelabhängigen Inhaftierten hingewiesen, indem beispielsweise dazu aufgefordert wird, Personen, die unter dem Einfluss einer Krankheit (z. B. Sucht) eine Straftat begangen haben, nicht im Justizvollzug unterzubringen. Auch sollen Gefangene mit speziellen Gesundheitszuständen in dafür vorgesehenen Einrichtungen behandelt werden, und es soll veranlasst werden, dass entsprechende Maßnahmen auch nach der Haftentlassung fortgeführt werden. Die Resolution zu den Grundsätzen ärztlicher Ethik (37/194) der Vollversammlung der Vereinten Nationen (OHCHR 1982) spezifiziert dies und empfiehlt, dass das Gesundheitspersonal im Gefängnis die Pflicht hat, Gefangene in der Bewahrung ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen und sie im Krankheitsfall mit den gleichen Qualitätsstandards zu behandeln, die Nicht-Inhaftierten zugutekommen. Diese Resolution wurde später wiederholt überarbeitet, indem gezielter die Rechte von Gefangenen formuliert wurden, unter anderem das Recht auf Reintegration in die Gesellschaft (Resolution 43/173 aus dem Jahr 1988; United Nations General Assembly 1988; und Resolution 45/111 aus dem Jahr 1990; OHCHR 1990).

Im Jahr 2003 verabschiedete die Euro-Region der WHO in Moskau mit der Erklärung zu "Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit" (WHO Europe 2003) einige Grundprinzipien für die Behandlung von Gefangenen. Es wurde festgehalten, dass das medizinische Personal, insbesondere Ärzte, die mit der medizinischen Versorgung von Inhaftierten betraut sind, deren körperliche und geistige Gesundheit in gleichem Maße und auf die gleiche Weise schützen und Krankheiten behandeln müssen wie bei Nicht-Inhaftierten. Außerdem ist nach diesen Prinzipien Gefangenen ohne Berücksichtigung ihrer Rechtslage der Zugang zu den

Gesundheitsdiensten ihres Landes zu gewähren. Der Europarat empfiehlt für den Umgang mit Gefangenen und Verwahrten darüber hinaus unter der Überschrift „Equivalence of care“ (Äquivalenzprinzip), dass die Gesundheitspolitik in Gefängnissen der nationalen Gesundheitspolitik entsprechen und in diese integriert werden soll (CPT 2010). Bedingungen im Gefängnis, die die Menschenrechte der Gefangenen verletzen, können nicht durch einen Mangel an Ressourcen gerechtfertigt werden. Auch in der Madrid Recommendation (WHO Europe 2010a) wurden vielfältige Empfehlungen ausgesprochen und die Länder zu deren Umsetzung aufgefordert. Diese Empfehlungen umfassten die Schulung des Personals, präventive Ansätze, wie zum Beispiel Alternativen zur Gefängnisstrafe anzubieten, die Behandlung von Infektionskrankheiten sowie das Thema Behandlungskontinuität bei Inhaftierung und Entlassung. Auch das Europäische Parlament äußerte sich bezüglich der Rechte von Inhaftierten in Empfehlungen, die für alle Mitgliedsstaaten binden sind (European Parliament 2004). Darin wurde der Anspruch auf körperliche und seelische Gesundheit, auf Gesundheitsversorgung sowie Zugang zu intra- und extramuralen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung betont.

Der Europarat empfiehlt den Regierungen der Mitgliedsstaaten in den Strafvollzugsgrundsätzen (BMJ et al. 2014) unter anderem Richtlinien für die Gesundheitsfürsorge Gefangener. Demnach sollte das vollzugliche dem staatlichen Gesundheitswesen entsprechen und in dieses eingebunden werden. Unter anderem wird empfohlen, dass das medizinische Personal Entzugserscheinungen nach Drogenabhängigkeit behandeln sowie die Diskriminierung von Gefangenen aufgrund von HIV-Infektionen verhindern soll. Darüber hinaus wird empfohlen, die Haftentlassung vorzubereiten, indem eventuell benötigte Therapie- und Behandlungsplätze für die Zeit nach der Haft vermittelt werden.

2.6.2 Bundesweite Standards

Neben internationalen Standards und Empfehlungen gibt es deutsche Gesetze, die die Grundrechte von Gefangenen schützen und deren medizinische Versorgung

gewährleisten sollen. Unter dem siebten Titel des StVollzG wird die Gesundheitsfürsorge der Gefangenen geregelt. Grundsätzlich gilt, dass für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen ist (§ 56 StVollzG). Darüber hinaus haben Gefangene „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Damit ist unter anderem die ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gemeint (§ 58 StVollzG). Bezüglich Art und Umfang der Leistungen gelten sowohl im allgemeinen StVollzG (§ 61 StVollzG) als auch in den Ländergesetzen die gleichen Vorschriften wie für gesetzlich Versicherte, also das SGB V. Im StVollzG werden jedoch keine gesonderten Aussagen zum Drogenkonsum, zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen oder zur Substitution getroffen. Medizinische Behandlungen von Gefangenen werden von den Justizministerien der Länder getragen, bei Arbeitsunfällen übernimmt die Krankenversicherung beziehungsweise die Landesunfallversicherung (BMJ 2009). Nach dem Aufnahmeverfahren soll eine psychosoziale Anamnese durchgeführt werden, um die Behandlung des Gefangenen zu planen und langfristig seine Resozialisierung zu unterstützen (§ 6 StVollzG). Falls diese Anamnese besondere Behandlungsmaßnahmen nötig macht, sollen diese im Vollzugsplan angegeben werden (§ 7 StVollzG). Falls eine spezielle ärztliche Behandlung für Drogenabhängige in der unterbringenden JVA nicht erbracht werden kann, sollen Inhaftierte für die Dauer der Behandlung in eine Anstalt mit der entsprechenden Behandlungsmöglichkeit verlegt werden (§ 65 StVollzG; Art. 24 BayVollstrPI). Bei allen ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen gilt § 203 StGB, der die ärztliche Schweigepflicht in Haft festlegt.

Der rechtliche Rahmen der Entlassungsvorbereitung von Strafgefangenen definiert, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der

Haftentlassung ist. Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

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

Laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Information und Aufklärung der Bevölkerung über Infektionskrankheiten, deren Übertragungswege und die Prävention einer Ansteckung eine öffentliche Aufgabe (§ 3 IfSG). Dort werden jedoch keine Vorschriften zur Testung auf Infektionskrankheiten gemacht.

Darüber hinaus machen einige Bundesländer (z. B. NRW, Brandenburg, Bayern, Hessen, Baden-Württemberg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz) in sogenannten Verwaltungsvorschriften² ergänzende Vorgaben für das Gesundheitswesen in Justizvollzugsanstalten. Verwaltungsvorschriften sind verwaltungsinterne Regelungen, die die Gesetzesausführung konkretisieren, ohne dabei Rechtsvorschriften zu sein (Justiz-und-Recht 2014).

² Die Verwaltungsvorschriften sind im Gesetzesverzeichnis zu finden.

2.6.3 Leistungserbringung

Die Rentenversicherung (RV) erbringt unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Prävention, um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder zu kurieren (§ 9 SGB VI). Für Rehabilitationsleistungen im Allgemeinen und die Drogenentwöhnungsbehandlung nach § 35 BtMG im Speziellen ist vorrangig die RV zuständig, sofern die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt sind. Dazu zählen zum einen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (Dauer der geleisteten Pflichtbeiträge nach § 11 SGB VI) und zum anderen die persönlichen Voraussetzungen, also dass durch eine Krankheit die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gefährdet oder eingeschränkt ist, diese aber durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erheblich verbessert oder im präventiven Sinne (gemäß § 3 SGB IX) eine Arbeitsunfähigkeit verhindert werden kann (§ 10 SGB VI). Erbracht werden außerdem Leistungen, um Folgeerscheinungen von chronischen Erkrankungen zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Die Krankenversicherung (KV) erbringt Leistungen zur Prävention, Vorsorge (Früherkennung) und Behandlung von Krankheiten (§ 11 SGB V). Auch medizinische Rehabilitation kann von der KV übernommen werden, wenn sie einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit entgegenwirkt. Jedoch ruht der Anspruch auf Leistungen durch die KV (§ 16 SGB V) und die RV (§ 12 SGB VI) während einer Inhaftierung, stattdessen hat der Inhaftierte Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz (§ 56 StVollzG).

2.6.4 Qualitätskontrolle

Dem Äquivalenzprinzip in der medizinischen Versorgung von Inhaftierten kann am ehesten nachgekommen werden, wenn Gefängnisärzte und Pflegepersonal in keinem Besoldungsverhältnis zum Vollzug stehen (Pont 2009). In Deutschland ist dies bis jetzt nicht der Fall, im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern wie Finnland, Norwegen oder den Niederlanden, wo die gesamte Gesundheitsfürsorge im Justizvollzug vom Gesundheitsministerium organisiert und durchgeführt wird.

Deutsche Mitarbeiter der intramuralen Gesundheitsfürsorge können sich somit immer wieder mit dem Dilemma der dualen Loyalität konfrontiert sehen, dem am ehesten dadurch begegnet werden kann, dass klare Richtlinien der Gesundheitsfürsorge existieren, an denen sich das medizinische Personal orientieren kann. So sollten beispielsweise Leibesvisitationen und Drogentests nicht von dem Gefängnisarzt durchgeführt werden, der mit der Gesundheitsfürsorge der Gefangenen betraut ist (WMA 2014).

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Institutionen mit der Qualitätssicherung im extramuralen Gesundheitswesen, wie beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Ärztekammern der Länder (gesamter Abschnitt in Anlehnung an Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a). Die Qualität der intramuralen Gesundheitsfürsorge wird in einigen Ländern, wie zum Beispiel den Niederlanden, mithilfe von unabhängigen, meist dem Gesundheitsministerium unterstellten Experten überprüft („Inspektoratswesen“) (Stöver 2006). In Deutschland untersteht die Kontrolle der Gesundheitsfürsorge in Haft, und damit auch die Sicherstellung der Qualität von drogenbezogenen Angeboten in Gefängnissen, den Justizministerien. Das deutsche Justizvollzugssystem unterhält ein eigenes gesundheitliches Versorgungssystem, vergleichbar mit dem Gesundheitssystem bei Polizei oder Bundeswehr. Das bedeutet für die Patienten innerhalb dieser Systeme im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung gewisse Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, beispielsweise besteht für Inhaftierte nicht die Möglichkeit einer freien Arztwahl. Die Aufsicht über die medizinischen Dienste in den deutschen Justizvollzugsanstalten ist aufgrund der besonderen Struktur von Gefängnissen anders geregelt als extramural. So ist der Anstaltsleiter gegenüber dem Anstaltsarzt fachlich nicht weisungsbefugt (Keppler et al. 2010). Stattdessen unterliegt der Anstaltsarzt der Fachaufsicht durch einen Referenten im Ministerium, der die nötige medizinische Expertise besitzt, oder durch einen externen Arzt. Im Falle von Beschwerden hat der Inhaftierte das Recht, sich an den Anstaltsleiter zu wenden

(§ 108 StVollzG) und nicht erfolgte Maßnahmen vor Gericht einzuklagen (§ 109 StVollzG).

Darüber hinaus existiert eine Nationale Stelle zur Verhinderung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, die als externer Gutachter über das Geschehen im Justizvollzug fungiert. Das Fakultativprotokoll zum entsprechenden Übereinkommen (OP-CAT, Deutsches Institut für Menschenrechte 2014), das im Jahr 2002 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen und von Deutschland im Jahr 2008 unterzeichnet wurde, stellt eine wichtige Ergänzung zur Antifolterkonvention der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1984 dar. Es orientiert sich am entsprechenden europäischen Übereinkommen des Europarats vom 26.11.1987 (European Commission 2002). Artikel 3 des OP-CAT verpflichtet alle unterzeichnenden Nationen zur Einrichtung einer nationalen Stelle zur Verhinderung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (bezeichnet als „nationaler Präventionsmechanismus“). Diese nationale Stelle wurde für Deutschland im Jahr 2008 eingerichtet und ist nach Artikel 4 des OP-CAT verantwortlich für den Besuch aller Orte der Freiheitsentziehung im Kompetenzbereich des Bundes (Nationale Stelle zur Verhütung von Folter 2013).

Als weiterer externer Gutachter fungiert zudem der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) (CPT 2010). Das CPT wurde unter der „European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment“ des Europarats gegründet. Dieses Übereinkommen ist 1987 verabschiedet worden und 1989 in Kraft getreten. Bislang wurde es von 47 Staaten unterzeichnet, darunter auch Deutschland. Das CPT ist Bestandteil des Systems zum Schutz der Menschenrechte des Europarats und als ein nicht-richterlicher Mechanismus zu verstehen, der proaktiv arbeitet und damit den reaktiven richterlichen

Mechanismus des Europäischen Gerichtshofs ergänzen soll (CPT 2016). Dies geschieht in Form von sowohl regelmäßigen als auch ad-hoc Besuchen von Einrichtungen des Freiheitsentzugs in den unterzeichnenden Ländern, während derer die Behandlung von dort untergebrachten Personen geprüft wird (CPT 2002).

Im diesbezüglichen Europäischen Übereinkommen werden diese Besuche geregelt (European Commission 2002). So ist den Mitgliedern des CPT Zugang zu den Ländern zu gewähren sowie das Recht, sich dort uneingeschränkt zu bewegen. Innerhalb der Einrichtungen des Freiheitsentzugs (z. B. Gefängnisse, Polizeiwachen) sollen die Mitglieder des CPT uneingeschränkt Zugang zur gesamten Einrichtung erhalten sowie die Möglichkeit, mit inhaftierten oder anderweitig untergebrachten Personen unter vier Augen zu sprechen. Die Gesundheitsdienste in Gefängnissen werden besonders akkurat geprüft, da diese sowohl bei der Bekämpfung als auch bei der Zufügung von Misshandlungen eine wichtige Rolle spielen können. Kontrolliert werden darum folgende Aspekte: Besteht ausreichend Zugang zu einem Arzt? Haben Versorgung, Dokumentation, Schulung der Mitarbeiter etc. einen gleichwertigen Standard wie extramural? Wird die Vertraulichkeit eingehalten und erhält der Patient Einsicht in seine Akten? Werden ausreichend präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit ergriffen? Wird auf spezielle Bedürfnisse eingegangen (z. B. Mutter-Kind-gerechte Unterbringung)? Werden medizinische Entscheidungen rein aufgrund von medizinischen Überlegungen getroffen oder als Strafmaßnahme? Anschließend wird vom CPT ein Bericht verfasst. Zwar basiert die Beziehung zwischen CPT und Vertragsstaaten auf Kooperation und Vertraulichkeit, dennoch verzichten fast alle Staaten auf die Vertraulichkeit und machen die Berichte öffentlich zugänglich (CPT 2010).

Einer der Besuche des CPT in Deutschland, in dessen Rahmen 17 Einrichtungen besucht wurden, fand zwischen dem 20.11.2005 und dem 02.12.2005 statt (CPT 2006). Aussagen des CPT-Berichts im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung beruhen nur auf drei Einrichtungen. Bemängelt wurde vor allem, dass den

Gefangenen nicht in ausreichendem Maße Allgemeinmediziner zur Verfügung standen. Nach Meinung des CPT sollte für je 300 Gefangene ein Allgemeinmediziner im Umfang einer Vollzeitstelle zur Verfügung stehen. Des Weiteren waren nach Meinung des CPT die psychiatrische Versorgung und die Versorgung drogenabhängiger Gefangener unangemessen. Außerdem wurde bemängelt, dass nicht in allen Justizvollzugsanstalten jeder neu eingetroffene Gefangene über die Gesundheitsversorgung oder die Verhütung ansteckender Krankheiten informiert wurde (beispielsweise mithilfe einer Informationsbroschüre).

Für den Alltag in der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in Haftanstalten sind nicht nur die bindenden rechtlichen Vorgaben zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge von Belang, sondern auch Richtlinien und Verhaltensstandards. Einige davon werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

2.7 Richtlinien zur drogenbezogenen Behandlung in Haft

Obwohl in der Erklärung von Trenčín (WHO 2008) festgehalten wurde, dass eine JVA kein geeigneter Ort ist, um Inhaftierte mit schweren psychischen Problemen zu behandeln – und eine Substanzabhängigkeit als derartige schwere Erkrankung zu werten ist –, kann man nicht die Augen davor verschließen, dass der Anteil von Drogenkonsumenten in Haft um ein Vielfaches über dem in der Allgemeinbevölkerung liegt (s. Kapitel 2.5.1). Also spielt dort die drogenbezogene Gesundheitsversorgung in der medizinischen Versorgung zwangsläufig eine wichtige Rolle. Dementsprechend gibt es nicht nur bezüglich der allgemeinen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten, sondern auch speziell bezüglich der Gesundheitsversorgung von drogenabhängigen Inhaftierten eine Vielzahl an Vorschriften, Richtlinien und Empfehlungen. Diese Instrumente basieren auf den Standard Minimum Rules (United Nations 1955) (s. Kapitel 2.6), die jedoch nicht explizit auf die Behandlung von Drogenabhängigen eingehen, da die hohe Prävalenz von Drogenabhängigkeit in Haftanstalten erst ein relativ neues Phänomen darstellt. Entsprechend wird empfohlen, speziell beim Thema Drogenabhängigkeit nationale Richtlinien zu entwickeln (Penal

Reform International 2001). Folglich existieren nicht nur internationale Erklärungen, sondern auch nationale und regionale Dokumente, in denen Empfehlungen für die medizinische Behandlung von Drogenkonsumenten in Justizvollzugsanstalten schriftlich festgehalten wurden.

In diesem Kapitel werden nicht ausschließlich drogenbezogene Behandlungsempfehlungen dargestellt, sondern darüber hinaus auch diejenigen, die sich auf Infektionskrankheiten beziehen, da diese unter Drogenkonsumenten deutlich weiter verbreitet sind als unter Nicht-Konsumenten (s. Kapitel 2.1.3). Insofern stellen Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten indirekt auch drogenbezogene Maßnahmen dar, nämlich als sogenannte Maßnahmen der Schadensreduzierung. Die WHO definiert Schadensreduzierung („Harm Reduction“) als das Verhindern oder Reduzieren von negativen Gesundheitskonsequenzen, die mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert sind (WHO Europe 2005). Bezüglich intravenösen Drogenkonsums zielt Schadensreduzierung darauf ab, die Ansteckung mit HIV oder anderen Infektionskrankheiten zu verhindern, die zum Beispiel durch das Teilen von nicht-sterilem Spritzbesteck entstehen. Im Umkehrschluss wird auch zur Prävention von HIV im Gefängnis die Behandlung der Drogenabhängigkeit empfohlen (z. B. WHO, UNODC & UNAIDS 2007a).

2.7.1 Internationale Empfehlungen

Bezüglich Schadensreduzierung werden in den Empfehlungen der World Health Organization (WHO), des Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) und des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) vor allem die Opioid-Substitutionsbehandlung (OST), Spritzentauschprogramme (alternativ auch Möglichkeiten zur Dekontaminierung), Testung, Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten sowie die Bereitstellung von Kondomen genannt. Diesbezüglich wird explizit empfohlen, die schadensreduzierenden Maßnahmen zwar an die spezielle Situation im Gefängnis anzupassen, sich aber gleichzeitig an den nationalen

AIDS-Programmen zu orientieren, diese Programme zu respektieren und Empfehlungen umzusetzen (UNAIDS 1993).

In der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen stellt OST ein essenzielles Element dar. Entsprechend wird von den genannten internationalen Institutionen die Durchführung von OST empfohlen, nicht zuletzt um die intramurale Prävalenz von HIV zu reduzieren. (WHO Europe 2005; WHO Europe 2014; WHO, UNODC & UNAIDS 2004; WHO, UNODC & UNAIDS 2007a, WHO, UNODC & UNAIDS 2007b, WHO, UNODC & UNAIDS 2007c; UNODC, UNAIDS & WHO 2008; UNODC, UNAIDS & WHO 2009).

Auch in den Handlungsempfehlungen „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings“ (Kastelic et al. 2008), die unter internationaler Autorenschaft entstanden und von der WHO und den Vereinten Nationen (United Nations Office of Drugs and Crime, UNODC) herausgegebenen wurden, wird bezüglich der Empfehlungen zur Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) in Haft auf die Besonderheiten des intramuralen Settings eingegangen. Ein Rückfall mit einem hohen Risiko einer Überdosierung ist wahrscheinlicher, wenn die Entgiftung zu schnell stattgefunden hat. Darum sollte der Gefängnisarzt den Patienten unmissverständlich über Vor- und Nachteile einer kurzen beziehungsweise langen Entgiftung aufklären, damit in der Folge ein individuell angemessener Ansatz gewählt werden kann. Im Gegensatz zur extramuralen OST wird in den meisten Ländern angenommen, dass im Gefängnis eine niedrigere Tagesdosis Methadon ausreichend ist, da von einer hundertprozentigen Einnahme des Substitutionsmittels ausgegangen und zusätzlich angenommen wird, dass der Beikonsum bedeutend geringer ausfällt als in Freiheit. Letzterer soll regelmäßig mithilfe von Urinkontrollen erfasst werden. Ein positiver Urintest soll jedoch gemäß den internationalen Handlungsempfehlungen der WHO nicht automatisch ein Grund für den Therapieabbruch sein. Vielmehr ist dies als weiteres Symptom der Drogenabhängigkeit anzusehen. Grundsätzlich soll laut diesen internationa-

len Empfehlungen OST niemals als Belohnung oder Bestrafung eingesetzt, sondern als Teil eines normalen Behandlungsspektrums angesehen werden.

Zudem wird klar empfohlen, auch intramural Spritzentauschprogramme zu etablieren, diese insbesondere in Ländern mit einer hohen Rate an HIV-Infektionen schnell einzuführen und Inhaftierten den Zugang leicht und vertraulich zu ermöglichen. Es wird explizit erwähnt, dass die Bereitstellung von Nadeln und Spritzen in bisherigen Untersuchungen weder die Sicherheit gefährdete oder zu einem Anstieg von Drogenkonsum führte, noch als Duldung des intramuralen Drogenkonsums zu werten ist. Es ist vielmehr als Akzeptanz der Tatsache zu verstehen, dass bisher kein Gefängnis dazu in der Lage war, das Einschmuggeln von Drogen gänzlich zu verhindern und als Maßnahme, um die damit einhergehenden negativen gesundheitlichen Konsequenzen zu minimieren. Zudem wird explizit darauf verwiesen, dass bezüglich der Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck bisher keine Neuinfektionen mit HIV, Hepatitis B oder C sowie keine anderen unerwünschten Konsequenzen berichtet wurden. Zur Untermauerung dieser Ergebnisse werden weitere Forschung und Pilotprojekte empfohlen (WHO, UNODC & UNAIDS 2004; WHO, UNODC & UNAIDS 2007b; UNODC, UNAIDS & WHO 2008; UNODC, UNAIDS & WHO 2009; WHO Europe 2005).

Falls Spritzentauschprogramme trotz diverser Wirksamkeitsnachweise (s. Kapitel 2.8.4) nicht angeboten werden können, wird als weniger wirksame Alternative die Bereitstellung von Bleichmittel empfohlen. Studien zeigen jedoch, dass Bleichmittel zwar verwendet wird, jedoch auch häufig falsch sodass die Wirksamkeit eingeschränkt ist (WHO, UNODC & UNAIDS 2004; WHO, UNODC & UNAIDS 2007b; WHO Europe 2005). Demnach sollte es nur als letztes Mittel eingesetzt werden.

Ebenfalls zur Prävention von Infektionskrankheiten wird auf internationaler Ebene die Bereitstellung von Kondomen in Haftanstalten empfohlen. Dieses Angebot wird in der Regel angenommen (WHO, UNODC & UNAIDS 2004) und ist nötig, da bisher auch kein Gefängnis dazu in der Lage war, sexuelle Aktivitäten zu unterbinden. Zu-

dem konnten mit der Bereitstellung von Kondomen in Haftanstalten bisher keine unerwünschten Konsequenzen oder gar Sicherheitsrisiken festgestellt werden (UNODC, UNAIDS & WHO 2008; UNODC, UNAIDS & WHO 2009). Parallel dazu wird empfohlen, gezielt gegen sexuelle Gewalt vorzugehen. Da bisher unbekannt ist, welche Strategien am effektivsten sind, sollte dies zunächst strukturiert evaluiert werden (WHO, UNAIDS & UNODC 2007). Die Kondome sollten gratis, einfach und – ohne danach fragen zu müssen – diskret zugänglich sein. Vorbereitend auf dieses Angebot wird eine gute Aufklärung von Inhaftierten und Mitarbeitern empfohlen (WHO, UNODC & UNAIDS 2007c).

In diversen Empfehlungen wird davon abgeraten, zwangsweise auf HIV zu testen. Bezüglich HIV-Testungen wird darauf hingewiesen, dass eine Testung sogar die Gefahr mit sich bringt, dass sich Gefängnismitarbeiter bei einem negativen Testergebnis möglicherweise in einer falschen Sicherheit wiegen, da niemals alle infizierten Gefangenen identifiziert werden können (UNODC, UNAIDS & WHO 2008; UNODC, UNAIDS & WHO 2009). Stattdessen wird der leichte Zugang zu freiwilligen HIV-Tests empfohlen (WHO, UNODC & UNAIDS 2007a; UNODC, UNAIDS & WHO 2008) sowie zu ausreichend Beratungs- und Behandlungsprogrammen, die dem Äquivalenzprinzip, also den minimalen Standards entsprechen (UNODC, UNAIDS & WHO 2008; UNODC, UNAIDS & WHO 2009; UNODC, WHO & UNAIDS 2006). Auch würde ein zwangsweises Testen auf HIV möglicherweise die Diskriminierung, zum Beispiel in Form einer gesonderten Unterbringung, von infizierten Gefangenen fördern (UNODC, UNAIDS & WHO 2008; UNODC, UNAIDS & WHO 2009; WHO, UNODC & UNAIDS 2007a).

Darüberhinaus werden von WHO, UNODC und UNAIDS andere Maßnahmen zur Drogenbehandlung empfohlen, wie beispielsweise drogenfreie Abteilungen. Da deren Wirksamkeit bisher noch unklar ist, sollten diese jedoch noch genauer evaluiert werden. Die Durchführung von Drogentestungen wird dagegen kritisch gesehen. So könnten diese aufgrund der kürzeren Nachweisbarkeit zum Konsum von Heroin

verleiten. Aus diesem Grund wird einerseits die Durchführung von Testungen auf Cannabis empfohlen und andererseits eine unterschiedliche Sanktionierung des Konsums von Cannabis im Gegensatz zum Konsum von Heroin (WHO, UNODC & UNAIDS 2007b).

Zudem wird die Wichtigkeit von Programmen des Entlassmanagements betont, um die positiven Effekte aller intramuralen Angebote der Drogenbehandlung aufrechterhalten zu können. So soll nach Entlassung in Nachsorgeeinrichtungen vermittelt werden und die soziale Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung vorbereitet werden (WHO, UNODC & UNAIDS 2007a; WHO, UNODC & UNAIDS 2007b).

2.7.2 Bundesweite Standards

Gemäß Äquivalenzprinzip gelten in Deutschland 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. Sowohl die Fortführung als auch der Beginn einer Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) nach Haftantritt werden somit von der Bundesärztekammer in begründeten Fällen explizit empfohlen. 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 mit einem wiederholten problematischen Konsum anderer Substanzen einhergeht, die die Gesundheit des Konsumenten 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 dem Verkauf des Substitutionsmittels, bei einer

Verweigerung von Kontrollmaßnahmen oder fehlender Teilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen.

2.7.3 Richtlinien einzelner Bundesländer

In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010) wird der positive Effekt von 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 Opioid-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 und
- dauerhafte Abstinenz fördern.

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

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

In Niedersachsen ist die Grundlage für eine OST in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die BUB-Richtlinien bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der OST geregelt. Die Indikationsstellung zur OST obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem behandelnden Arzt, der 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.

In Bayern stellt die Suchtberatung und -betreuung von Gefangenen seit dem 21.02.1997 eine staatliche Aufgabe dar, die von externen Diensten durchgeführt wird (KBS Bayern 2014).

In den vorhandenen Verwaltungsvorschriften der Bundesländer werden keine Vorgaben bezüglich der Testung auf Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in deutschen Anstalten des Freiheitsentzugs gemacht. Zwar legt die Dienstordnung des Landes Nordrhein-Westfalen fest, dass bei Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen durch den ärztlichen Dienst der Status der Drogenabhängigkeit des Gefangenen festzustellen ist, über das genaue Vorgehen werden jedoch auch hier keine Angaben gemacht. Stattdessen wird das Vorgehen von jedem Bundesland und häufig sogar von jeder Anstalt individuell geregelt. Demnach gibt es weder für die Gefängnisleitung noch für die Inhaftierten eine einheitliche und verpflichtende Regelung, was diese Maßnahme anbelangt.

2.8 Drogenbezogene Angebote in Haftanstalten und deren Wirksamkeit

Nachdem nun in den vorangegangenen Kapiteln gesetzliche Vorgaben und Richtlinien für die drogenbezogene Gesundheitsversorgung in Haft dargestellt worden sind, wird in diesem Kapitel der aktuelle Forschungsstand bezüglich existierender Maßnahmen vorgestellt. Dabei wird, soweit dies möglich ist, auf Verfügbarkeit und Wirksamkeit dieser Maßnahmen eingegangen.

Inhaftierte stellen eine Subgruppe der Allgemeinbevölkerung dar, und ihre gesundheitsbezogenen Bedürfnisse unterscheiden sich von denen der Allgemeinheit bezüglich Art und Prävalenz. So zeigen Studien, dass fast die Hälfte der verurteilten Gefangenen in den USA Raucher sind. Zudem ist für Inhaftierte die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Krankheit wie zum Beispiel Bluthochdruck, Asthma oder Arthritis zu leiden, höher als in der Allgemeinbevölkerung (Binswanger et al. 2009). Doch auch drogenbezogene Prävalenzen spielen unter Inhaftierten eine große Rolle, nicht zuletzt aufgrund des mit Drogenkonsum meist verbundenen chaotischen Lebensstils und dessen Effekt auf den Gesundheitsstatus (Senior & Shaw 2007). Entsprechend ist nicht nur der Bedarf an medizinischer Versorgung hoch, sondern auch der Bedarf an psychosozialen Maßnahmen. So konnte gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und wiederholten Straftaten, insbesondere Gewaltdelikten (von Frauen) und Eigentumsdelikten (von Männern) gibt (Mendes dos Santos et al. 2014). Eine intramurale Sozialtherapie kann hier das Risiko einer Rückfälligkeit minimieren. Bezüglich des Angebots und der Qualität von drogenbezogener intramuraler Gesundheitsfürsorge gab es bisher keinen gesamtdeutschen Überblick. Ein Grund hierfür liegt darin, dass es keine bundesweite Datenerhebung über gesundheitsrelevante Fragestellungen im deutschen Strafvollzug gibt, sondern vor allem regionale Datenerhebungen und einzelne Studien, zum Teil nur unter Teilpopulationen einzelner Einrichtungen.

Angebote zur Schadensreduzierung bei inhaftierten Drogenkonsumierenden verursachen meist einen Konflikt zwischen bestehendem Kontrollauftrag und klarem

Drogenverbot auf der einen Seite und dem Angebot zur Schadensreduzierung bei Drogenkonsum auf der anderen Seite. In der extramuralen Suchtberatung stellt die akzeptierende Drogenarbeit eine Herangehensweise an dieses Dilemma dar (akzept e.V. & DAH 1999). Sie nimmt unter anderem eine akzeptierende Haltung gegenüber Drogenkonsumenten ein und sieht sie als mündige, selbstbestimmte Menschen mit Recht auf Autonomie und Schutz ihrer Würde. Der Umgang mit ihrem Drogenproblem soll möglichst normal gestaltet werden, indem sich an den Bedürfnissen der Klienten orientiert wird und diese vor gesundheitlichen und sozialen Schäden bewahrt werden. Diese Äquivalenz in den Behandlungsangeboten ist bis jetzt bei Weitem nicht überall der Fall: Eine OST war 2010 in über 60 Ländern möglich, aber nur 30 boten diese auch in ihren Gefängnissen an. Sprizentauschprogramme wurden gar nur in 12 Ländern angeboten (Larney 2010).

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über intramurale Behandlungsangebote von drogenkonsumierenden Inhaftierten sowie – wo bekannt – deren Umsetzbarkeit und Wirksamkeit gegeben werden. Dabei werden, je nach Verfügbarkeit von Informationen, zunächst internationale Quellen zitiert, anschließend europäische und zuletzt – wo dies möglich ist – deutsche Studien beschrieben.

2.8.1 Aufklärung und Prävention

Die Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten stellt ein wichtiges Element des Gesundheitswesens dar, und eine Inhaftierung kann als Chance hierfür genutzt werden. Mögliche Erkrankungen können nach der Haftentlassung an die Allgemeinbevölkerung weitergegeben werden, nicht zuletzt über Partnerinnen von Inhaftierten. Da diese Gruppe zusätzlich ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsum und riskantes Sexualverhalten aufweist, stellen Paar-fokussierte Interventionen für Inhaftierte eine wichtige Ergänzung im Bereich der Aufklärung über und Prävention von Infektionskrankheiten dar (Beckwith et al. 2001). Diverse Studien konnten zeigen, dass Programme zur Aufklärung über die Ansteckung mit HIV oder Hepatitis das Wissen über diese Krankheiten deutlich steigern (z. B. Dolan et al. 2004) sowie das

entsprechende Risikoverhalten, auch nach der Haftentlassung, reduzieren können (z. B. Beckwith et al. 2001, speziell für Frauen z.B. Johnson et al. 2015). Entsprechende intramurale Programme können außerdem dazu genutzt werden, Inhaftierte einerseits in Aidsberatung und -behandlung in Freiheit zu vermitteln, andererseits aber auch in Suchtberatung. Studien zeigten, dass eine integrierte Behandlung von HIV und Sucht die Einhaltung der HIV-Therapie verbessern und das Rückfallrisiko bezüglich Substanzkonsum verringern kann (Beckwith et al. 2001).

Aber auch für Mitarbeiter des Justizvollzugs sind derartige Informationen essenziell (Weilandt 2000). Je weniger Vollzugsbeamte über HIV wissen, desto größer ist ihre Angst vor HIV-positiven Inhaftierten (Alarid & Marquart 2009). Daraus folgt, dass eine kontinuierliche Aufklärung über Infektionskrankheiten und deren Ansteckungswege dringend notwendig ist (Malacova et al. 2011).

Prävention und Aufklärung spielen nicht nur eine wichtige Rolle, um gesundheitliche Schäden zu minimieren, sondern natürlich auch um Substanzkonsum zu reduzieren. So zeigte sich in einem umfassenden Review die Wirksamkeit von universellen Präventionsmaßnahmen auf die Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Substanzkonsums (Bühler & Thrul 2013). Speziell auch in Risikogruppen sind selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen wichtige Elemente von Public Health. So zeigten diverse Präventionsprogramme die Wirksamkeit, zum Beispiel von Lebenskompetenzprogrammen, auf die Reduktion des Konsums von illegalen Drogen. Suchtberater und Sozialdienst als Vertreter der Gesundheitsberufe im Justizsystem werden als glaubwürdige Quellen für präventive Botschaften wahrgenommen und haben aufgrund ihres Aufgabenbereichs einen guten Zugang zur Zielgruppe.

2.8.2 Test auf Infektionskrankheiten

Justizvollzugsanstalten spielen eine wichtige Rolle in der Testung auf HIV und der Vermittlung in eine Behandlung nach Haftentlassung (Solomon et al. 2014). Sie gehören für Inhaftierte zu den Einrichtungen, in denen Tests am häufigsten durchgeführt werden (Tartaro & Levy 2012), meist sogar zum ersten Mal im Leben dieser

Person (Rodriguez-Diaz et al. 2014). Ein Inhaftierter beschreibt diese Möglichkeit der Testung folgendermaßen: „They do a whole checkup on you... I was doing what’s right for my body... ‘cause I never had a checkup in my life... until... I came into the institution“ (Kacanek et al. 2007). Doch obwohl die Relevanz dieser Testungen bekannt ist und immer wieder – zumindest vorübergehend – in den Fokus rückt, kann sie auch sehr schnell wieder in Vergessenheit geraten. So wurden 43 % der Insassen in einem schottischen Gefängnis nach einem Ausbruch von HIV-Infektionen auf eine mögliche Infektion getestet (Taylor et al. 1995). Zwanzig Jahre nach dieser Untersuchung berichtete nur noch weniger als ein Drittel einer Stichprobe kürzlich aus diesem Gefängnis entlassener Strafgefangener, die sich nach ihrer Haftentlassung in eine Drogenbehandlung begaben, während der Haft einen HIV-Test angeboten bekommen zu haben (Williams et al. 2012).

Die Bedeutung von solchen Testungen wird dadurch unterstrichen, dass nicht diagnostizierte Infektionen, beispielsweise von Syphilis, zur Ansteckung von Mitgefangenen und bei Verlegungen sogar zur Verbreitung in anderen Gefängnissen führen können (Wolfe et al. 2001). Einerseits empfehlen einige Public Health Organisationen, darunter die Centers for Disease Control and Prevention (CDC), sogenannte “opt-out” Testungen, also Testungen die regelhaft durchgeführt werden, solange ein Inhaftierter sich nicht dagegen entscheidet (Branson et al. 2006). Andererseits stellt diese Art der Empfehlung eines Tests die intramurale Gesundheitsversorgung vor die Herausforderung, den Inhaftierten glaubhaft zu vermitteln, dass die Durchführung freiwillig ist (Rosen et al. 2015). So ergab eine Befragung, dass zwar 89 % der Inhaftierten eines Gefängnisses getestet werden wollten. Dabei waren sich weniger als 40 % über die Freiwilligkeit der Teilnahme bewusst.

In einem US-amerikanischen Gefängnis konnte durch die Einführung einer freiwilligen routinemäßigen HIV-Testung die Testrate vervierfacht werden (Liddicoat et al. 2006) und lag dann mit rund 75 % in der gleichen Größenordnung wie in Kanada (Bonnycastle & Villebrun 2011). Eine starke Steigerung der Testbereitschaft ergab

sich auch durch HIV-Schnelltests, deren Ergebnis in maximal 30 Minuten feststeht (Gogolishvili et al. 2012). In Estland gehört eine freiwillige HIV-Beratung und -Testung seit 2002 routinemäßig zur Gesundheitsprüfung bei Haftantritt (Kivimets & Uusküla 2014). Eine Testung ausschließlich im Verdachtsfall, also von Personen mit bekanntermaßen riskantem Verhalten vor der Inhaftierung, birgt die Gefahr, dass relevante Risikoverhaltensweisen missachtet werden können und somit Personen aus Hochrisikogruppen nicht getestet werden. In einer Studie zeigte sich beispielsweise, dass über 60 % derjenigen mit konventionellem Risikoverhalten, wie riskantem Sexualverhalten, bei Haftantritt nicht auf HIV getestet wurden (Rosen et al. 2009). In einem britischen Gefängnis war die Rate der Getesteten noch niedriger: Nur rund die Hälfte der ehemaligen bzw. aktuellen IDU's ließen sich auf HIV testen (Brooke et al. 1998).

Doch nicht nur eine bereits bestehende Infektion bei Haftantritt, auch eine Ansteckung während der Haft ist ein wichtiger Aspekt, wenn man sich mit Infektionskrankheiten im Gefängnis befasst. Die sehr seltene Identifizierung von HIV-Neuinfektionen während der Haft wird unter anderem damit erklärt, dass eine Infektion nicht mit erkennbaren Symptomen einhergeht und dass gerade unter Drogenkonsumenten wiederholte Kurzzeitstrafen ein häufig anzutreffendes Inhaftierungsmuster sind (Maguire et al. 1995).

Das Vertrauen in die Verschwiegenheit des untersuchenden Arztes stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, Inhaftierte zu motivieren, eine HIV- oder Hepatitis-Testungen durchzuführen (Knorr 2011). Da das Arzt-Patienten-Verhältnis im Gefängnis aufgrund einer fehlenden Möglichkeit zur freien Arztwahl ohnehin belastet sein kann, kann die Informationsweitergabe über bestehende Infektionskrankheiten auch Auswirkungen auf das Testverhalten der Gefangenen haben. Grundsätzlich gilt hier § 203 StGB, der die ärztliche Schweigepflicht in Haft festlegt. Demnach ist auch eine Aktenkennzeichnung des Inhaftierten unzulässig (Stöver & Knorr 2013). Dennoch gaben Gefangene in einer Befragung der Deutschen Aidshilfe im Jahr

2008 als dritthäufigstes Problem während der Haft (hinter medizinischer Versorgung und strukturellen Problemen) den indiskreten und unsensiblen Umgang mit dem HIV-Infektionsstatus an (Knorr 2011). In Mecklenburg-Vorpommern untersagt seit Anfang 2012 ein Erlass explizit diese Informationsweitergabe (DAH 2012). Auch in Nordrhein-Westfalen, wo Gefangene beim Umschluss mit anderen Gefangenen ihren Infektionsstatus offenlegen mussten, wird mittlerweile davon abgesehen, Häftlinge über den Infektionsstatus von Mitgefangenen zu informieren (Welt online 2012).

2.8.3 Impfung gegen Hepatitis B

Diverse Studien finden i.v. Drogenkonsum als den häufigsten genannten Risikofaktor für Hepatitis B (Gilbert et al. 2004). Unglücklicherweise sind bei Weitem nicht alle i.v. Drogenkonsumenten (IDU's) gegen Hepatitis B geimpft – und dies obwohl die Impfung als wirksam, sicher und kosteneffizient anzusehen ist (Rich et al. 2003). Impfungen unter Inhaftierten können in mindestens einem Drittel der Fälle einen Impfschutz gewährleisten (Bayas et al. 1993) und würden die Entstehung von chronischen Lebererkrankungen verhindern. Da ein Großteil dieser Klientel im Laufe ihrer Drogenkarriere einmal inhaftiert war (Gilbert et al. 2004; Farrell et al. 2010), werden intramurale Impfkampagnen zum Schutz vor Hepatitis B als effektive Möglichkeit angesehen, die Durchimpfungsrate deutlich zu steigern (Sutton et al. 2006). Zwar gehen Studien davon aus, dass das Justizsystem dadurch kaum finanzielle Einsparungen in den Behandlungen dieser Erkrankungen hätte (Farrell et al. 2010), jedoch würde das allgemeine Gesundheitswesen deutlich davon profitieren (Pisu et al. 2002). So konnte gezeigt werden, dass das universelle Angebot von Hepatitis B-Impfungen für alle Inhaftierten enormen Einfluss auf die Impfraten unter IDU's hatte (Hutchinson et al. 2004). Extramurale Hilfseinrichtungen weisen bezüglich Beginn und Vollendung der Impfung in drei Schritten unter IDU's eher dürftige Ergebnisse auf (Winstock et al. 2000). Dabei stellt die Impfung innerhalb von 3 Wochen bezüg-

lich der Compliance eine gute Alternative zu der innerhalb von 6 Monaten dar (Christensen et al. 2004).

2.8.4 Sprizentausch

Wie in Kapitel 2.5.2 ausführlich dargestellt wurde, werden Drogen in Haft häufig intravenös konsumiert. Jedoch ist gerade in Haft das Spritzbesteck rar. Dies provoziert ein umfangreiches so genanntes Needle Sharing, also die gemeinsame Nutzung von Spritzbesteck (Long et al. 2004), was eine Ansteckung mit Infektionskrankheiten deutlich wahrscheinlicher macht (s. Kap. 2.5.3). Sprizentauschprogramme können effektiv HIV-relevantes Risikoverhalten und entsprechend Neuinfektionen reduzieren (Gibson et al. 2001), nicht zum Drogenkonsum ermutigen und sogar zum Ausstieg motivieren, indem sie als niedrighschwellige Anlaufstellen fungieren, mit deren Hilfe Betroffene in Behandlungsprogramme vermittelt werden können (Vlahov & Junge 1998). Sprizentauschprogramme sind weder für die Gesundheit der Inhaftierten und des Personals noch deren Sicherheit abträglich (Jürgens et al. 2009; Pepper 2007). Auch konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass die Verfügbarkeit von sterilem Spritzbesteck in Haft dazu führt, dass dieses als Waffen missbraucht wird (Dolan et al. 2003a). In Ermangelung besserer Alternativen stellen Sprizentauschprogramme eine moralisch vertretbare und zum Teil sogar erstrebenswerte Option dar (Kleinig 2006).

Weltweit kam es 1992 in der Schweiz zur ersten Abgabe von sterilen Spritzen an drogenabhängige Inhaftierte (Nelles & Stöver 2002). In Deutschland wurden 1996 mehrere Sprizentauschprojekte in Einrichtungen des Strafvollzugs in Niedersachsen, Berlin und Hamburg als Modellprojekte eingeführt und evaluiert. Hierzu wurden Automaten angeschafft, die einen 1:1-Sprizentausch gewährleisten, indem sie eine sterile Spritze nur nach der Abgabe einer anderer Spritze des gleichen Typs herausgeben (KFN 2014). Für eine mögliche Teilnahme am Sprizentauschprogramm erhalten Inhaftierte bei Haftantritt eine Spritzenattrappe, also eine nicht gebrauch-

fähige Spritze, mit der über den Spritzentauschautomaten eine erste sterile Spritze eingetauscht werden kann.

In Niedersachsen fand das Modellprojekt „Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug“ zwischen 1996 und 1998 statt (Meyenberg et al. 1997). Im Zuge des Projekts wurde steriles Spritzbesteck an drogenabhängige Gefangene ausgegeben und es wurden Präventionsmaßnahmen empfohlen, um den allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen zu verbessern. Die Ergebnisse für Niedersachsen zeigen, dass weder der Drogenkonsum allgemein noch der intravenöse Konsum durch die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen gestiegen ist. Auch ist die Nachfrage nach den bisher verfügbaren intramuralen Angeboten der Suchthilfe nicht zurückgegangen. Stattdessen wurde das Spritzenvergabeprogramm als niedrigschwellige Anlaufstelle zur, zum Teil erstmaligen, Kontaktaufnahme mit drogenabhängigen Gefangenen bewertet, die eine Vermittlung von weiterführenden Hilfen ermöglicht. Zur Bedrohung von Bediensteten mit Spritzen ist es im Laufe des Projekts nicht gekommen. Dennoch wurde es im Jahr 2003 aufgrund eines Regierungswechsels gestoppt (Knorr 2011).

Im Hamburg wurde der Modellversuch eines Spritzentauschprogramms in der JVA Vierlande 1996 gestartet, nachdem die Kommission zur Entwicklung eines umsetzungsorientierten Drogenkonzeptes für den Hamburger Strafvollzug die Einführung des Spritzentauschs im Jahr 1995 empfohlen hatte (KFN 2014). Die Evaluation durch das wissenschaftliche Begleitprojekt ergab, dass Spritzbesteck trotz Tauschmöglichkeit weiterhin gemeinsam benutzt wurde, Drogen sogar offener intravenös konsumiert wurden und sogenannte „Drogengefährdete“ darunter litten, dass der Automat sie in Versuchung führten (Gross 1998). Letztere hatten den Vollzug vor dem Spritzentauschprojekt als Schonraum empfunden. Zwar gab es kaum Neueinsteiger in den i.v. Konsum, jedoch wurde zum Teil häufiger konsumiert. Außerdem wurde dokumentiert, dass vor allem Inhaftierte, die vorher aus Angst vor Ansteckung auf den i.v. Konsum verzichtet hatten, zu dieser Applikationsform wechselten

(KFN 2014). Als Gründe für das fortgesetzte Needle Sharing wurden eine unzureichende Versorgung der Inhaftierten mit Attrappen, ein Mangel an entsprechenden Nadeln, technisch unzuverlässige Automaten und deren unzureichend anonyme Standorte vermutet. Der Hamburger Modellversuch wurde 2002 eingestellt.

Im Berliner Justizvollzug wurden 1998 Spritzentauschprojekte in der JVA für Frauen und in der JVA Plötzensee etabliert. Dort ließ durch die Spritzenvergabe das Teilen von Spritzbesteck deutlich nach und war nach einer gewissen Zeit quasi nicht mehr vorhanden (Stark et al. 2006). Die Evaluierung des Berliner Projekts konnte zeigen, dass Inhaftierte vorhandene Möglichkeiten nutzen, um Infektionsrisiken zu minimieren. Trotz der Verfügbarkeit sterilen Spritzbestecks nahm der Drogenkonsum in Berlin nicht zu (Karakaya 2009). Bundesweit blieb aus den Modellprojekten „Infektionsprophylaxe im Justizvollzug“ nur das Projekt in der JVA für Frauen in Berlin Lichtenberg bestehen (Berliner AIDS-Hilfe e.V. 2012). Dort können inhaftierte i.v. drogengebrauchende Frauen noch immer sterile Spritzen anonym an einem Spritzenautomaten tauschen. Ergänzend bieten Mitarbeiterinnen der Berliner AIDS-Hilfe e.V. regelmäßig Informationen sowie vertrauliche Beratungsgespräche ohne Beisein eines Vollzugsbeamten an.

2.8.5 Bleichmittel

Studien konnten zeigen, dass Inhaftierte Bleichmittel verwenden würden, um damit Spritzen zu reinigen. Bisher wurden im Zusammenhang mit Bleichmittel keine ernstlichen Sicherheitsprobleme berichtet (Jürgens et al. 2009). Jedoch wird Bleichmittel häufig falsch angewendet, sodass seine Wirksamkeit eingeschränkt ist (WHO, UNODC & UNAIDS 2004; WHO, UNODC & UNAIDS 2007b; WHO Europe 2005). Demnach sollte es nur als letztes Mittel eingesetzt werden.

2.8.6 Kondomvergabe

Diverse Studien zeigen, dass es immer wieder zwischen Inhaftierten zu sexuellen Kontakten kommt (z. B. Wolfe et al. 2001). Nur 40 % der Befragten gaben an, Safer

Sex zu praktizieren (Bonnycastle & Villebrun 2011). Kondome reduzieren hier die Gefahr einer Ansteckung mit HIV bei Männern und Frauen (Holmes et al. 2004). Dennoch gibt es einige Vorbehalte gegen die Bereitstellung von Kondomen (z. B. Spaulding et al. 2001). Beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Sex im beidseitigem Einverständnis geschieht, in Haft niedriger ist als in Freiheit. In Einrichtungen des Freiheitsentzugs kann er unter anderem dafür eingesetzt werden, eine Hierarchie zu manifestieren. Diverse Gruppierungen – darunter auch Inhaftierte selbst – fürchten, dass die Bereitstellung von Kondomen dieses Verhalten unter Umständen steigern könnte (Yap et al. 2007). Auch könnten mithilfe von Kondomen Drogen versteckt werden, oder sie könnten als Waffe missbraucht werden. Studien zeigen jedoch, dass die sexuellen Aktivitäten in Haft durch eine Bereitstellung von Kondomen nicht zunehmen (Butler et al. 2012), zum Teil sind sogar sowohl sexuelle Übergriffe als auch einvernehmlicher Geschlechtsverkehr in Haft zurückgegangen (Yap et al. 2007). Kondomautomaten können also eine kosteneffektive Möglichkeit sein, vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen, ohne dass damit das Ausmaß sexueller Aktivität steigt oder Vollzugsmaßnahmen gestört werden (Sylla et al. 2010; Lucas et al. 2014). Orte, an denen Partnerbesuche und Geschlechtsverkehr unter menschenwürdigen und sicheren Bedingungen stattfinden können, können dabei helfen, das natürliche Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Sexualität auch in Haft zu befriedigen, ohne dass ihm über Gewalt und Unterdrückung Ausdruck verliehen werden muss (Weilandt 2000).

2.8.7 Behandlung von Infektionskrankheiten

Wie in Kapitel 2.5.3 dargelegt wurde, sind auch in Deutschland die Prävalenzen von Hepatitis C- und HIV-Infektionen unter Inhaftierten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dies macht eine adäquate Behandlung unter dieser Klientel zwar besonders dringend, ist aber mit gewissen Schwierigkeiten verbunden. Während eine Hepatitis C-Infektion selten tödlich endet (RKI 2013a), ist deren Behandlung beispielsweise sehr teuer (aerzteblatt.de 2012) und erfordert zuverlässig eine konti-

nuierliche Behandlung, die zwischen 24 und 72 Wochen dauert (Sarrazin et al. 2010). Diese Behandlung kann vom Arzt verweigert werden, beispielsweise bei einer hohen Wahrscheinlichkeit für ein erneut auftretendes Risikoverhalten, wie i.v. Konsum (Deutsche Leberhilfe e.V. & hepatitisCkoalition 2003), oder einer zu erwartenden niedrigen Compliance. HIV-Behandlungen werden in Haft wiederholt unterbrochen und Medikamente können über zum Teil längere Zeiträume nicht bezogen werden (Small et al. 2009). Und auch der Zugang zu Postexpositionsprophylaxe gestaltet sich in Haft oft schwierig oder gar unmöglich (Michel et al. 2011).

Nach der Entlassung stellt nicht nur die Weitervermittlung, sondern auch die Compliance der Betroffenen zum Teil eine Herausforderung dar. So wird immer wieder an Interventionen gearbeitet, die die Fortführung von HIV-Behandlungen auch nach Haftentlassung verbessern sollen (z. B. Copenhaver et al. 2011). Eine gute Vorbereitung der Entlassung, speziell in Bezug auf die Medikamenten-Compliance und Aufklärung über Risikoverhaltensweisen, ist bei der HIV-Behandlung essenziell (Feaster et al. 2013). Diesbezügliche Interventionen stellten sich bereits als effektiv heraus (Simoni et al. 2006). Eine wichtige Rolle spielt dabei die soziale Unterstützung, beispielsweise durch die Familie.

2.8.8 Opioid-Substitutionsbehandlung

Wie in Kapitel 2.5.1 dargelegt wurde, spielt der Konsum von Drogen im Allgemeinen und von Heroin im Speziellen auch in Haft eine nicht unerhebliche Rolle. Doch nicht nur Konsum, sondern auch Abhängigkeit sind hier relevante Dimensionen. In einer Studie wurde bei fast drei Viertel der Heroinkonsumenten bei Haftantritt eine Opiatabhängigkeit diagnostiziert (Favrod-Coune et al. 2013). Diese Gruppe kommt demnach grundsätzlich für eine Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) in Frage. Die Indikation für eine OST ist gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer eine manifeste Opiatabhängigkeit (Bundesärztekammer 2010). Es sollten insbesondere die Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit erfüllt sein, und die OST sollte erfolgsversprechender sein als eine abstinenzorientierte Therapieform. Die BÄK weist

explizit darauf hin, dass eine OST in begründeten Einzelfällen auch im Falle einer gegenwärtigen Abstinenz in beschützender Umgebung, wie einem Gefängnis, eingeleitet werden kann. Die Behandlungsstufen der OST bestehen aus der Sicherung des Überlebens, der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung, der beruflichen und sozialen Reintegration und der Opiatfreiheit (Keppler & Stöver 2002).

Die Vorteile von OST in Haft sind vergleichbar mit denen in Freiheit (Hedrich et al. 2012), zumindest bei angemessener Dosierung von mindestens 60 mg Methadon (Stallwitz & Stöver 2007; Wickersham et al. 2013). Auch in Haft reduziert eine OST die Wahrscheinlichkeit Drogen i.v. zu konsumieren (Kinner et al. 2013a), die Häufigkeit von Injektionen (Dolan et al. 2003b), das Risiko einer Überdosierung nach Haftentlassung (s. Kapitel 2.8.9), die Wahrscheinlichkeit gebrauchte Spritzen zu benutzen (Kastelic et al. 2008; Dolan et al. 2003b; Larney 2010) und damit allgemein das Risiko einer HIV-Infektion (Drucker et al. 1998), sodass sich der Gesundheitszustand stabilisieren kann (DAH 2010). 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 (Vorma et al. 2013; Gordon et al. 2008) auswirkt und drogenbedingte Bestrafungen (Stallwitz & Stöver 2007) sowie eine erneute Inhaftierung reduziert (Kastelic et al. 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 (vor allem bei OST in Verbindung mit psychosozialer Begleitung (PSB), Magura et al. 1993), und dort auch länger verweilen sowie unter aufrechterhaltender OST generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen bzw. erst später rückfällig werden als nicht Substituierte (Keppler et al. 2011; Clark et al. 2014; Gordon et al. 2008). Zusätzlich zu all diesen

Vorteilen verhindert die Fortsetzung einer in Freiheit begonnen OST einen Anstieg von Neuinfektionen mit Hepatitis C in Haft (Hedrich 2012).

Auch Gefängnisse können von OST profitieren (Stöver & Michels 2010). So lassen sich Entzugssymptome von Gefangenen besser kontrollieren, die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht und die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge sowie ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich (Pont et al. 2012). Dies ist nicht zuletzt darum relevant, weil substituierte Inhaftierte meist mehr Verurteilungen und eine längere Geschichte multiplen Drogenkonsums aufweisen als nicht Substituierte (Metz et al. 2010).

Obwohl die Wirksamkeit der OST außer Frage steht, variiert die Substitutionspraxis deutlich zwischen verschiedenen Ländern, zwischen Bundesländern, Gefängnissen und sogar zwischen verschiedenen medizinischen Teams und Ärzten (Stöver et al. 2006). In manchen Ländern hängt der Zugang zu OST von der Länge der zu vollstreckenden Strafe ab, davon ob ein Inhaftierter sich schon vor der Haft in OST befand oder davon ob er bereits einen Behandlungsplatz für die Zeit nach der Entlassung hat (Stöver & Michels 2010). Durchschnittlich vergingen sieben bis acht Jahre von der Einführung von OST in der Allgemeinbevölkerung bis hin zur Möglichkeit zur OST in Haft (Hedrich 2012). Bis zum Jahr 2009 gab es immerhin 37 Länder, in denen OST zwar der Allgemeinbevölkerung, nicht aber Inhaftierten zur Verfügung stand (Larney & Dolan 2009). Aber auch in Ländern, die intramurale OST grundsätzlich ermöglichen, gibt es große Zahlen von Inhaftierten, die keinen Zugang zu dieser Maßnahme haben (Larney & Dolan 2009). Studien zufolge stieg sowohl die Zahl der aufrechterhaltenden OST als auch die der substitutionsmittelgestützten Entgiftungen, wenn ein Gefängnisarzt mit entsprechend gelagerten Interessen eingestellt wurde (Wright et al. 2014).

Vorbehalte gegenüber der intramuralen OST haben verschiedene Gründe. So befürchten Mitarbeiter, dass durch ein OST-Programm der illegale Handel mit Substitutionsmitteln steigt (Stöver & Michels 2010). Dabei erfreuen sich Substitutionsmittel

mit den Wirkstoffen Buprenorphin und Naloxon beim illegalen Handel deutlich geringerer Beliebtheit als Buprenorphin allein (Writh et al. 2014). Auch eine Zielkollision mit den Idealvorstellungen des Vollzugs, beispielsweise dem Ziel der Resozialisierung, wird befürchtet (Schulte-Scherlebeck 2010).

Kritiker weisen darauf hin, dass die Entscheidung über Beginn und Abbruch einer OST in Deutschland geradezu willkürlich sei (Keppler & Stöver 2002). Es werden als einheitliche Abbruchkriterien der wiederholte Beikonsum, Verweigerung von Kontrollen, schlechte Kooperation und der Handel mit Substitutionsmitteln vorgeschlagen. Außerdem gibt es erhebliche Differenzen bezüglich unterstützender Angebote und psychosozialer Betreuung (Schulte-Scherlebeck 2010).

Tabelle 7 Substituierte nach Bundesland

Bundesland	Anzahl Substituierter (Anzahl Inhaftierter)		Anteil Substituierter unter allen Inhaftierten	Aktualität der Angaben	Sonstiges
	am Stichtag ¹⁾	im Jahr ²⁾			
Baden- Württemberg	251 ³⁾ (7.748)	524 ³⁾ (17.220)	3,2 % / 3,0 %	03/2010	
Berlin	120 ⁴⁾ (4.152)	-	2,9 %	05/2011	
Hessen	-	520 ⁵⁾ (8.148)	6,4 %	2009	Davon 20 Neubeginn in Haft; 9 % Abbrü- che wegen Beikonsums
NRW	1.300 ⁶⁾ (13.122)	-	1,0 %	08/2012	

¹⁾ Anzahl Inhaftierter in den Jahren 2009, 2011 bzw. 2012 (jeweils zum Stichtag 31.03.).

Statistisches Bundesamt 2012a; 2012b; 2011c; 2010c.

²⁾ Anzahl Inhaftierter: Im gesamten Kalenderjahr zu Freiheitsstrafen Verurteilte mit Hauptstrafe nach allgemeinem Strafrecht.

³⁾ Reber 2011.

⁴⁾ Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a.

⁵⁾ Kötter 2010.

⁶⁾ Husmann und Render 2010.

Die Zahlen der Substituierten in Baden-Württemberg, Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen sind in Tabelle 7 dargestellt. Zu den restlichen Bundesländern konnten keine Angaben gefunden werden.

Laut den Ergebnissen einer Studie aus dem Jahr 2009 war zum damaligen Zeitpunkt in Deutschland in etwa 75 % der untersuchten Justizvollzugsanstalten (n=31) eine OST möglich (Schulte et al. 2009). Die Ergebnisse der IMPROVE-Studie (Stöver 2011) deuten darauf hin, dass die Behandlung vormals substituierter Patienten bei Haftantritt in 70 % der Fälle abgebrochen wurde. Nach wie vor beinhaltet eine Inhaftierung in Deutschland also das Risiko, dass eine bereits außerhalb der Justizvollzugsanstalt begonnene OST nicht fortgesetzt wird (Stöver 2010b).

2.8.9 Verhinderung von Drogentod nach Haftentlassung

Entlassungsvorbereitung spielt insbesondere bei drogenabhängigen Inhaftierten eine wichtige Rolle. Vor allem in den ersten beiden Wochen nach der Haftentlassung besteht für diese Gruppe ein besonders großes Risiko, an einer Überdosierung zu sterben (Farrell & Marsden 2008; Wolff 2010; Binswanger et al. 2007; Merrall et al. 2010). Diesbezügliche Studien stammen vorwiegend aus Großbritannien, den USA und Australien. Aufgrund methodologischer Limitationen und starker Heterogenität der Daten können diese nicht ohne Weiteres verglichen werden (Kinner et al. 2013b). Dennoch ist auffällig, dass bei fast allen drogenbezogenen Todesfällen nach Haftentlassung Opiate eine Rolle spielen (Farrell & Marsden 2008). Häufig sind diese Todesfälle unbeabsichtigt, und ihre Ursache liegt in einer gesunkenen Drogentoleranz nach einer temporären Abstinenz während der Inhaftierung (akzept e.V. 2011). Zusätzliche Risikofaktoren stellen eine hohe Anzahl an Inhaftierungen dar, jüngeres Lebensalter bei Entlassung und eine damit häufig einhergehende mangelnde Risikomanagementkompetenz (Heinemann et al. 2002). Laut WHO liegt in diesem Umstand sogar die Hauptursache für drogenbezogene Todesfälle nach der Haftentlassung (WHO Europe 2010b).

Angemessene Programme zur Prävention von drogenbezogenen Todesfällen nach Haftentlassung können das diesbezügliche Bewusstsein fördern, beispielsweise über aufrechterhaltende OST. So zeigten Studien, dass die Teilnahme an OST-Programmen in den kritischen vier Wochen nach der Entlassung das Risiko von drogenbezogenen Todesfällen um 75 % reduzieren konnte (Degenhardt et al. 2014). Auch die Vermittlung in entsprechende extramurale Einrichtungen sowie die Verschreibung von Opioid-Antagonisten, wie Naloxon, vor Haftentlassung zeigten sich effektiv in der Reduzierung von drogenbezogenen Todesfällen nach Haftentlassung (Farrell & Marsden 2008). Da ein Großteil der drogenbezogenen Todesfälle nach Haftentlassung im häuslichen Rahmen stattfindet, kann außerdem ein Drogennotfalltraining für Familienmitglieder und Freunde hilfreich sein (Farrell & Marsden 2005). Viele inhaftierte Drogenkonsumenten und deren Familienmitglieder sind an einem Drogennotfalltraining, unter anderem an Naloxon-Schulungen, interessiert (Wakeman et al. 2009; Strang et al. 2013). Deren Effektivität wird momentan noch evaluiert (Strang 2015). Strukturierte Trainings zur Aufklärung über Überdosierungen stellten sich dabei als effektiver heraus als reine Maßnahmen der Wissensvermittlung (Williams et al. 2014). Beispielhaft für Deutschland soll hier das Projekt „Notfalltraining für Drogenkonsumenten“ der mudra-Drogenhilfe in Nürnberg genannt werden (mudra e.V. 2011). Es wendet sich an Konsumenten in den Hilfseinrichtungen, inhaftierte Drogenabhängige in der JVA und professionelle Helfer in der Drogenarbeit. Im Training sollen Drogenkonsumenten für den Fall einer Überdosis als Ersthelfer geschult werden.

2.8.10 Entlassungsvorbereitung

Übergangsmanagement als besondere Form der Entlassungsvorbereitung bedeutet, dass eine strukturierte Betreuung der (Ex-)Inhaftierten sowohl in als auch nach der Haft sichergestellt werden soll (Justizvollzugsanstalt Bremen 2014). Um das sogenannte „Entlassungsloch“ zu verhindern, wird am Ende der Haft nicht nur in eine Betreuung für die Zeit nach der Entlassung vermittelt, sondern ein komplettes

Netzwerk zur Unterstützung des Übergangs geschaffen. Auch werden Beschäftigungs- oder Weiterbildungsmöglichkeiten organisiert, sodass die Lebensumstände nach der Entlassung möglichst stabil gestaltet werden können. Eine psychosoziale Unterstützung in dieser Lebensphase, die an den kulturellen Hintergrund des ehemaligen Inhaftierten angepasst ist, stellt eine notwendige Ergänzung zur Drogenberatung dar (Binswanger 2014). Dies ist nicht zuletzt darum wichtig, weil Probleme mit Familie und Freunden häufig mit einem Rückfall in den Drogenkonsum in Verbindung stehen (Calcaterra et al. 2014).

Der Beginn einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke nach Haftentlassung gestaltet sich für viele ehemalige Gefangene schwierig. So ergab eine Umfrage in stationären Suchthilfeeinrichtungen, dass ein Großteil der gerade Entlassenen keinen Krankenversicherungsschutz aufwies (Bürkle et al. 2010). In den befragten Einrichtungen (n=141) kamen knapp 30 % der Patienten mit einer drogenbezogenen Problematik direkt aus der Haft. Über 75 % von ihnen waren ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf bei der Regelung des therapiebezogenen Übergangs zwischen Haft und Freiheit. Einige Veränderungen zeichnen sich bereits ab. Beispielsweise haben drogenabhängige Gefangene seit einem Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom November 2010 Anspruch auf die feste Zusage der Kostenübernahme einer Drogentherapie durch die Rentenversicherung (Drugscouts 2014). Dies gilt, wenn eine vorzeitige Haftentlassung von der Zusicherung des Therapieplatzes abhängt.

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über mögliche intramurale Behandlungsangebote von drogenkonsumierenden Inhaftierten sowie teilweise deren Umsetzbarkeit und Wirksamkeit dargelegt. Daraus leitet sich die folgende explorative Fragestellung ab:

Thema 4: Drogenbezogene Behandlungsangebote in deutschen Haftanstalten

Fragestellung 4: Welche Angebote für Drogen konsumierende Inhaftierte gibt es in deutschen Gefängnissen?

2.8.11 Stärken und Schwächen drogenbezogener Behandlungsangebote

Wie dargelegt wurde, sollen im empirischen Teil dieser Arbeit zunächst der Bedarf und das gesundheitsrelevante Angebot für Drogenkonsumenten in Haft in den einzelnen Bundesländern geschätzt werden. Im zweiten Teil der Arbeit sollen dann mithilfe von Experteninterviews genauere Einblicke in das alltägliche Vorgehen bei der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten gewonnen werden. So sollen mögliche Stärken und Schwächen der Versorgung identifiziert werden sowie Möglichkeiten, diesen Defiziten zu begegnen. Da hierzu bisher keine Arbeiten vorliegen, sind diese Fragestellungen rein explorativer Natur.

Thema 5: Stärken und Schwächen drogenbezogener Behandlungsangebote in deutschen Haftanstalten

Fragestellung 5.1: Welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten ergeben sich im Alltag?

Fragestellung 5.2: Wie könnte den unter Fragestellung 5.1 genannten Schwierigkeiten begegnet werden, um die gesundheitliche Versorgung von Drogen konsumierenden Inhaftierten zu verbessern?

3 Methodik

Die Datenerfassung erfolgte nach einem Mixed-Methods-Ansatz in einem zweistufigen Verfahren, einer quantitativen und einer qualitativen Erhebung.

3.1 Quantitative Erhebung

Im ersten Schritt wurden Prävalenzen von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten unter Gefangenen sowie der Status quo der Gesundheitsversorgung in deutschen Haftanstalten mithilfe eines selbstentwickelten Fragebogens erhoben.

3.1.1 Design

Um die Prävalenzen von Drogenkonsum und Infektionskrankheiten in deutschen Haftanstalten zu schätzen sowie den Status quo der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten zu erfassen, wurde zunächst eine Befragung der 16 Justizministerien der Länder durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, einen Überblick über die Situation von Drogenkonsumenten und -abhängigen in deutschen Haftanstalten zu erhalten, also beispielsweise über die Verbreitung von Drogenkonsum, intravenösem Konsum und Infektionskrankheiten in Haft sowie entsprechende Behandlungsangebote. Diese Daten sollen einen deutschlandweiten Überblick über die diesbezügliche Lage in Haftanstalten liefern. Um Daten auf Ebene der Bundesländer zu erhalten, wurde die Befragung der Justizministerien der Befragung einzelner Justizvollzugsanstalten vorgezogen. Der Fragebogen wurde im Sommer 2011 an die Drogenbeauftragten beziehungsweise die Justizministerien der Länder versandt. Abgefragt wurden die Daten zum Stichtag 31.03.2010.

3.1.2 Instrumente

Die quantitativen Daten wurden mithilfe des „Kurzfragebogens über die gesundheitliche Situation Gefangener“ erhoben (s. Anhang A). Bezüglich der medizinischen und psychosozialen Versorgung wurde gefragt, wie viele Ärzte und Pfleger insgesamt in den medizinischen Diensten des Gefängnisses tätig sind (in Stunden pro

Woche), welchen Anteil der Arbeitszeit (in %) die medizinischen Dienste für die medizinische bzw. psychosoziale Behandlung von drogenkonsumierenden Gefangenen aufwenden und wie viele Arbeitsstunden pro Woche für die medizinische bzw. psychosoziale Versorgung von Drogen konsumierenden Inhaftierten von externen Diensten erbracht werden. Für die geschlossene Frage, inwiefern Justizvollzugsbeamten speziell für den Umgang mit drogenkonsumierenden Inhaftierten geschult werden, waren einerseits Antworten vorgegeben (Mehrfachantworten möglich), nämlich als Kursleiter für Präventionsangebote, allgemeine Vermittlung von Kenntnissen in Bezug auf Drogen, spezielle Erste-Hilfe-Maßnahmen oder gar nicht. Zudem gab es eine offene Antwortkategorie für andere Maßnahmen.

Bezüglich Drogentests wurde im Fragebogen unterschieden zwischen der Testung bei Haftantritt und während der Haft. Es wurde erfragt, ob bei Haftantritt Testungen auf Drogen durchgeführt werden und falls ja unter welcher Voraussetzung (immer oder nur bei Verdachtsfällen). Zu Testungen während der Haft wurde gefragt, in welchen Abständen diese durchgeführt werden. Zudem wurde für beide Zeitpunkte erfasst, wie viele Gefangene positiv auf Drogen getestet wurden und wie sich die positiven Testergebnisse auf verschiedene Substanzen (Cannabis, Kokain, Opiode, Amphetamine und andere) verteilen. Zudem wurde erfragt, wie viele Inhaftierte als i.v. Drogenkonsumierende gelten, ob bei Haftantritt Testungen auf Infektionskrankheiten durchgeführt werden und falls ja unter welcher Voraussetzung (immer oder nur bei Verdachtsfällen). Zu Testungen während der Haft wurde erhoben, in welchen Abständen diese durchgeführt werden. Zudem wurde für beide Zeitpunkte erfragt, wie viele Gefangene positiv auf bestimmte Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B und C) getestet wurden.

In Bezug auf Therapieangebote wurde zunächst erfasst, ob Angebote zu Opioid-Substitutionsbehandlung (OST), Entgiftung und psychosozialer Betreuung sowie Behandlungsmöglichkeiten für Hepatitis C und HIV bestehen. Anschließend wurde eine genauere Spezifizierung des vorhandenen Behandlungsangebots im Bereich

der OST sowie die durchschnittliche Dauer einer intramuralen OST in einer offenen Frage erhoben. Zusätzlich wurde gefragt, an welchen Manualen oder Leitlinien sich bei der Durchführung der angegebenen Therapieangebote orientiert wird. Abschließend wurde in einer offenen Frage erhoben, welche intramuralen Angebote es im Bereich Prävention, Schadensreduzierung und Entlassvorbereitung gibt.

3.1.3 Analysen

Die deskriptiven statistischen Analysen (Anteile positiver Ergebnisse bei der Testung auf Drogen und Infektionskrankheiten, die Anzahl der Bundesländer mit einem bestimmten Angebot und die Anteile der Gefangenen, die von diesen Angeboten theoretisch erreicht werden können) wurden mithilfe des Programms Microsoft Excel durchgeführt. Auf einige spezifische Aspekte der Analysen wird in den folgenden Unterkapiteln genauer eingegangen.

3.1.3.1 Umgang mit fehlenden Werten

Aufgrund der vielen fehlenden Werte wird für alle Ergebnisse angegeben, für welchen Anteil der Gefangenen in Deutschland bezüglich eines Items eine Aussage möglich ist beziehungsweise welcher Anteil theoretisch von einem Angebot erreicht werden könnte. Hinter dieser Angabe steht einerseits die Anzahl der Bundesländer, die hierzu eine Angabe gemacht haben, andererseits die Anzahl der Gefangenen in den Bundesländern mit dem jeweiligen Angebot in Relation zur Anzahl der Inhaftierten in den Bundesländern, aus denen Antworten eingingen. Diese Relation wird stets nur als Spannweite angegeben, da die Angaben der Gefangenzahlen und die Angaben zur Verfügbarkeit bestimmter Maßnahmen nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen und eine hieraus resultierende Unschärfe nicht auszuschließen ist. Dass eine bestimmte Maßnahme von einem Bundesland angeboten wird, bedeutet nicht, dass jede JVA aus diesem Bundesland die Maßnahme anbietet. Darum wird in den Tabellen stets der Anteil der Gefangenen genannt, die theo-

retisch Zugang zu dieser Maßnahme hätten, beispielsweise durch die Verlegung in eine andere JVA des gleichen Bundeslands.

3.1.3.2 Schätzung der Prävalenz des Drogenkonsums

Bei der Schätzung der Prävalenz des Drogenkonsums bei Haftantritt werden je nach Annahme zwei verschiedene Grundgesamtheiten angenommen: (1) Bei der konservativen Schätzung des Drogenkonsums bei Haftantritt wird davon ausgegangen, dass die 70 % nicht Getesteten keine Drogen konsumiert haben, was der Tatsache Rechnung trägt, dass Drogentests vor allem bei Verdachtsmomenten durchgeführt werden. Die Schätzung basiert also auf der Grundgesamtheit aller Haftantritte. (2) Die zweite Schätzung der Prävalenz des Drogenkonsums basiert auf der Annahme, dass Drogenkonsum unter den nicht Getesteten ähnlich prävalent ist wie unter den Getesteten, das heißt in dieser Schätzung spielt der Anteil der Getesteten keine Rolle und die Schätzung basiert auf der Grundgesamtheit der bei Haftantritt getesteten Gefangenen.

Bei der Schätzung der Prävalenz des Drogenkonsums während der Haft konnte der Anteil der Getesteten nicht berücksichtigt werden, da dieser nicht bekannt ist. Eine konservative Schätzung, die der Tatsache Rechnung trägt, dass die meisten Testungen auf Verdacht durchgeführt wurden, und davon ausgeht, dass unter den Nicht-Getesteten kaum Drogen konsumiert werden, ist für die Prävalenz des Drogenkonsums während der Haft darum nicht möglich. Dieser Schätzung wird demnach die Annahme zugrunde gelegt, dass die Auswahl der Getesteten zufällig geschah und Drogenkonsum in dieser Gruppe ähnlich prävalent ist wie unter den nicht Getesteten. Welches Vorgehen gewählt wurde, ist in der Ergebnisdarstellung entsprechend kenntlich gemacht.

3.2 Qualitative Erhebung

Im zweiten Schritt wurden qualitative Interviews mit Mitarbeitern der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten geführt.

3.2.1 Interviews

Die Interviews wurden als Experteninterviews geführt. Experteninterviews „zielen ab auf die Rekonstruktion von besonderen Wissensbeständen bzw. von besonders exklusivem, detailliertem oder umfassendem Wissen über besondere Wissensbestände und Praktiken, kurz: auf die Rekonstruktion von Expertenwissen“ (Pfadenhauer 2009, S. 99). Sie können geführt werden, um ein neues Feld zu explorieren, Informationen zu systematisieren oder um Theorien zu generieren (Bogner & Menz 2009). In der vorliegenden Arbeit wurden Experteninterviews in erster Linie zur ersten Orientierung geführt, um ein thematisch neues Feld zu explorieren. Vergleichbarkeit, Vollständigkeit und Standardisierbarkeit der Daten spielten keine herausragende Rolle. Mithilfe der Interviews sollten relevante Themenbereiche herausgearbeitet werden. Dazu war es wichtig, die Interviews möglichst offen zu führen und vorab relevante Dimensionen in Form eines Leitfadens zu strukturieren. Im Experteninterview liefert der Befragte objektive Informationen. Er ist nicht Gegenstand der Untersuchung, sondern fungiert als Ratgeber und vermittelt für die Forschung relevantes spezifisches Fachwissen. So kann diese Form des Interviews die Systematisierung bereits bekannter Daten unterstützen.

3.2.2 Interview-Leitfaden

Bezüglich der Dimensionen von Expertenwissen wird die Differenzierung nach technischem, Prozess- und Deutungswissen vorgeschlagen (Bogner & Menz 2009). Das technische Wissen lässt sich verhältnismäßig klar vom Alltagswissen unterscheiden. Dabei handelt es sich um Wissen über bestimmte Regelabläufe, Anwendungsroutinen und bürokratische Vorgänge. Das Prozesswissen bezieht sich auf Abläufe und Routinen von bestimmten Tätigkeiten und Interaktionen, von Ereignissen, in die der Experte involviert war oder gerade ist, sowie von organisationalen Strukturen. Beim Deutungswissen handelt es sich im Gegensatz zu den anderen beiden Wissensformen um die subjektive Wahrnehmung des Experten von Abläufen, Regeln und Relevanzen. Ein Experteninterview als Erhebungsmethode ist dann

für eine Forschungsfrage geeignet, wenn bewusst zugängliche Wissensbestände erfragt werden sollen, die also zur Rekonstruktion gelernt wurden und erinnert werden können (Pfadenhauer 2009). Um die vorliegenden Forschungsfragen zu beantworten, sind für die Interviews bewusst verfügbares und ausdrückbares Wissen aller drei Dimensionen gleichermaßen relevant. Der Interviewer wird den Experten also sowohl nach reinen Fakten (technisches Wissen) und Routineabläufen in bestimmten Situationen (Prozesswissen) als auch nach seiner subjektiven Einschätzung der erhaltenen objektiven Informationen (Deutungswissen) fragen.

Im Leitfaden werden Problembereiche als thematische Felder festgehalten, unter denen jeweils Inhalte in Form von Fragen oder Stichpunkten zusammengefasst sind. Das soll dem Interviewer bei einer strukturierten und vergleichbaren Herangehensweise an die Forschungsfrage unterstützen, indem es sein Hintergrundwissen organisiert und ihm so während des Interviews bei der Orientierung hilft und als Gedächtnisstütze dient. Der Leitfaden hilft bei der Vereinheitlichung von Breite und Tiefe einer Befragung und liefert Anregungen, wenn das Gespräch ins Stocken gerät. Damit der Interviewer während der Befragung möglichst flexibel bleibt, werden nur Fragerichtungen notiert. Diese Flexibilität hilft dem Interviewer dabei, bei Unklarem nachzuhaken und Details zu erfragen (Witzel 1982).

Dementsprechend wurde die Befragung mithilfe von offenen, leitfadengestützten Interviews durchgeführt. In jedem Interview wurde um eine Beschreibung der alltäglichen Arbeit gebeten, was daran gut, was weniger gut funktioniert und wie der Alltag verbessert beziehungsweise vereinfacht werden könnte. Teils wurden die im Leitfaden genannten Fragen wörtlich übernommen, teils umformuliert. Darüber hinaus war es stets nötig, sich auf den Befragten, dessen Erfahrungen und Wissensschatz einzustellen und dementsprechend Inhalt und Formulierungen der Fragen anzupassen. Entscheidend bei dieser Fragetechnik ist, dass die Befragten nicht einsilbig antworten, sondern durch die Fragen zum freien Sprechen animiert werden. Der Interviewer sollte sich somit bemühen, ein aufmerksamer und interessier-

ter Zuhörer zu sein und darum nur für Verständnisfragen unterbrechen (Zelger et al. 2008). Der Interviewleitfaden ist in Anhang B dargestellt.

3.2.3 Stichprobe

Um die Auswahl der Experten für diese Forschungsarbeit darzulegen, muss zunächst der Begriff des Experten definiert werden. Hierfür sind zwei Zugänge relevant. Der voluntaristische Ansatz geht davon aus, dass alle Menschen Experten sind, die für die Bewältigung ihres jeweiligen Alltags mit spezifischem Wissen und Fähigkeiten ausgestattet sind. Die konstruktivistische Definition lässt sich in zwei Ansätze unterscheiden: den methodisch-relationalen und den sozial-repräsentationalen. Ersterer schreibt dem Experten seine Rolle aufgrund seiner Position zu, beispielsweise in einer Organisation. Die Entscheidung für bestimmte Experten aufgrund einer durch sie besetzten Position nennt sich Positionstechnik (Kassl 2000). Der zweite Ansatz thematisiert, dass der Forscher keinen uneingeschränkten Zugang zu Experten hat, sondern sich seine Auswahl auf diejenigen beschränkt, von denen er Kenntnis erlangt. Münzt man die konstruktivistische Definition des Expertenbegriffs auf die Forschungspraxis, müssen beide Ansätze kombiniert werden. „Wer (der gesuchte) Experte ist, definiert sich in der Forschungspraxis immer über das spezifische Forschungsinteresse und die soziale Repräsentativität des Experten zugleich“ (Bogner & Menz 2009, S. 68f.). Zusammenfassend kann man schließen, dass die Zuschreibung einer Expertenposition meist nicht objektiv und eindeutig vonstatten gehen kann. Für die Einordnung einer Person mit Spezialwissen als „Experte“ ist folglich die Forschungsfrage essenziell (Mey & Mruck 2010). Befragt wurden für die vorliegende Arbeit dementsprechend Personen, die verfügbar waren, also bereit waren an einer Befragung teilzunehmen, und von ihrem jeweiligen Vorgesetzten die Genehmigung dafür erhielten. Für die Interviews in Frage kamen im weitesten Sinne Mitarbeiter der Gesundheitsfürsorge in oder nach der Haft aus den Bundesländern Berlin und Bayern. Es sollten Interviewpartner aus zwei Bundesländern gewählt werden, um zu untersuchen, ob es unterschiedliche

Schwerpunkte, unterstützende Elemente oder Schwierigkeiten in verschiedenen Bundesländern gibt, was aufgrund der föderalen Struktur des Justizsystems nicht auszuschließen ist (s. Kapitel 2.3.3). Die Entscheidung, diese vergleichende Analyse in den Bundesländern Bayern und Berlin durchzuführen hat ihren Ursprung in deren unterschiedlicher Herangehensweisen an die Drogenproblematik, wie sie in ihren Drogen- und Suchtstrategien formuliert sind (s. Kapitel 2.2): Bayern restriktiver und sanktionierend (s. Tabelle 2 zum deutlich höheren Anteil an Freiheitsstrafen), Berlin hingegen mit einem Schwerpunkt auf Schadensreduzierung (z. B. Erlaubnis von Konsumräumen). Zudem handelt es sich bei Bayern um einen Flächenstaat, bei Berlin um einen Stadtstaat, was ebenfalls zu unterschiedlichen Herausforderungen oder stützenden Elementen in der justiziellen Arbeit führen kann. In Bayern und Berlin gibt es bezüglich des Strafvollzugs noch weitere konkrete Unterschiede: Während der Anteil der Verurteilten nach dem allgemeinen Strafrecht in Bayern deutlich geringer ist als in Berlin, werden Straftäter in Bayern fast doppelt so häufig zu Freiheitsstrafen verurteilt wie in Berlin, bei einem vergleichbaren Anteil an Strafaussetzungen. Daraus kann man folgern, dass die Strafen in Bayern tendenziell härter ausfallen als in Berlin. Zusätzlich unterscheiden sich Bayern und Berlin hinsichtlich ihrer Auslegung des § 31a BtMG. In Berlin kann im Gegensatz zu Bayern bei der fast dreifachen Menge Cannabis von einer Strafverfolgung abgesehen werden. In Bayern werden BtM-Delikte demnach schneller bestraft als in Berlin.

Für eine Auswertung nach GABEK® sollen zwischen neun und 15 Personen befragt werden. Entsprechend wurde die Anzahl der Interviewpartner auf n=15 festgelegt. Da es bei der Methode GABEK® vor allem darum geht, vorhandenes Wissen zu sammeln und zu strukturieren (s. Kapitel 3.2.5), ist es von Vorteil, wenn Interviewpartner möglichst breit gestreute Kompetenzbereiche haben, was dem Interviewer erst einen umfassenden Einblick in die Materie ermöglicht.

Dementsprechend wurden 14 Interviews mit 15 Mitarbeitern der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung in oder nach Haft geführt, elf davon in Bayern, vier in Ber-

lin. In einem Interview wurden zwei Personen gleichzeitig befragt. Vier Interviewpartner waren Mitarbeiter der externen Drogenberatung, drei waren Mitarbeiter des Sozialdienstes und zwei waren Berater für ehemals Inhaftierte. Darüber hinaus wurden jeweils ein ehemaliger Häftling, ein Anstaltsleiter, ein Krankenpfleger, ein Justizvollzugsbeamter, ein Mitarbeiter der externen Gesundheitsberatung sowie ein Mitarbeiter einer externen niedrighschwelligen Einrichtung befragt. So wurden Interviews geführt mit Personen, die im weiteren Sinne mit der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten befasst sind. Dabei handelt es sich zum Teil um eine Gelegenheitsstichprobe aus Personen, die an der Sechsten Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft teilnahmen, zum Teil um Mitarbeiter von zufällig ausgewählten Justizvollzugsanstalten, die angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten wurden. Die weitere Auswahl fand über ein Schneeballsystem statt, das heißt indem Interviewpartner den Kontakt zu Kollegen vermittelten, die wiederum für ein Interview in Frage kamen.

Alle Interviews wurden mit einem digitalen Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Ein Interviewter war mit der Aufnahme des Gesprächs nicht einverstanden, sodass dieses stichpunktartig mitdokumentiert wurde. Die so gewonnene Mitschrift wurde in die GABEK[®]-Auswertung miteinbezogen.

Die Interviews wurden einerseits für die Gesamtstichprobe (s. Kapitel 4.2.1) ausgewertet, andererseits getrennt für die Befragten aus Bayern (s. Kapitel 4.2.2), Berlin (s. Kapitel 4.2.3) und für alle externen Drogenberater im Strafvollzug (s. Kapitel 4.2.4).

3.2.4 Durchführung

Vor der Durchführung der Interviews wurde den Teilnehmern zunächst ein kurzes Informationsblatt zum Projekt ausgehändigt (s. Anhang C) und anschließend ihr Einverständnis für die Teilnahme eingeholt. Zu Beginn des Interviews wurden die genaue Bezeichnung der Arbeitsstelle und das Bundesland erfragt. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Für die

Interviews waren jeweils 60 Minuten angesetzt. Alle wurden von derselben Interviewerin durchgeführt. Die Interviews fanden stets dort statt, wo für die Teilnehmer optimale Gesprächsbedingungen erzeugt werden konnten. So fand ein Teil der Gespräche in Justizvollzugsanstalten statt (die Anstaltsleiter waren stets informiert und hatten eine Sonderbesuchsgenehmigung erteilt), die restlichen in den externen Einrichtungen, in denen die Experten angestellt waren.

Während der Befragungssituation geht es bei der nicht- oder nur teilstandardisierten Befragung darum, dem Befragten „nicht ein externes Relevanzsystem zu oktroyieren, sondern ihn seine eigenen Relevanzen entwickeln und formulieren zu lassen“ (Pfadenhauer 2009, S. 103). Das Interview sollte darum in einer möglichst normalen Gesprächsatmosphäre geführt werden.

Gleichzeitig war die thematische Kompetenz des Interviewers Grundvoraussetzung, da „Menschen mit anderen Menschen – und zwar sowohl hinsichtlich dessen, ‚wie‘ geredet wird, als auch dessen, ‚was‘ zur Sprache kommt – anders reden, je nachdem, ob sie ihre Gesprächspartner eher für kompetent oder für inkompetent [...] in bezug auf den zu verhandelnden Gegenstand halten“ (Pfadenhauer 2009, S. 107). „Voraussetzung ist, dass der Interviewer mittels angemessener Sprach- und Themenauswahl eine angeregte Befragungssituation aufrechterhalten kann. Das heißt, für ein Experteninterview muss sich auch der Interviewer eine gewisse Sachkenntnis angeeignet haben“ (Mieg & Näf 2005, S. 9). Die Rolle des Interviewers während der im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit geführten Interviews entsprach nach der Taxonomie von Bogner und Menz (2009) der des Experten einer anderen Wissenskultur, in diesem Fall als Expertin für den Bereich illegale Drogen. Der Befragte geht dabei davon aus, dass der Interviewer eine hohe fachliche Kompetenz in einer anderen professionellen Disziplin besitzt. Würde der Befragte den Interviewer im Gegensatz dazu in der Rolle des Co-Experte wahrnehmen, ginge er davon aus, dass er mit ihm Informationen ebenbürtig austauschen kann. Die Folge wäre, dass gewisse Kenntnisse des Interviewers vom Befragten vorausgesetzt werden und

somit nicht erwähnt geschweige denn erklärt werden. Für die vorliegenden Forschungsfragen und die Analysemethode ist es darum essenziell, dass die Interviewerin nicht als Co-Expertin wahrgenommen wird, sodass Handlungen, deren Ursachen und Hintergründe erwähnt sowie möglichst genau erklärt werden.

3.2.5 GABEK® WinRelan®

Für die Auswertung des über die Interviews gewonnenen Materials wurden die Methode GABEK® und das dazu entwickelte Computerprogramm WinRelan® verwendet. In den folgenden Abschnitten werden zunächst die theoretische Überlegungen vorgestellt, die GABEK® zugrunde liegen, und anschließend exemplarisch dargestellt, wie die Daten mit dem Programm WinRelan® ausgewertet wurden.

3.2.5.1 Hintergrund

Qualitative Studien bieten gegenüber anderen Methoden, wie zum Beispiel Beobachtungen oder quantitativen Erhebungen, gewisse Vorzüge. So ist die Frage nach dem Warum mit Fragebögen oft schwierig zu beantworten. Abhängig von der jeweiligen Fragestellung stellen semistrukturierte Interviews eine gute Methode dar, um Antworten auf die Frage nach Motivation und Einstellung der Studienteilnehmer zu erhalten. Darüber hinaus können Informationen, die man von einer Person in ihrer eigenen Sprache erhält, oft tiefere Einblicke bieten, als wenn die Botschaft vom Befragten in ein sprachliches System gezwängt werden muss, das nicht exakt passt. Dies ist beispielsweise bei einer quantitativen Erhebung mithilfe von Fragebögen oft der Fall (Buber et al. 2004). Auch Goffman (1973) erwähnt die Rolle von Sprache als Ausdruck der Persönlichkeit. Ihm zufolge dient Sprache als Mittel um Bedürfnisse nicht nur objektiv ausdrücken, sondern diesen auch durch die Art und Weise der Anwendung der Sprache Nachdruck zu verleihen.

Trotz der genannten Vorzüge stellt eine qualitative Auswertung von so erhaltenem Material Forscher häufig vor Probleme. Eine der größten Herausforderungen hierbei ist sicherlich, eine meist sehr große, unübersichtliche und zudem komplexe Menge

an Daten in einem ganzheitlichen Prozess zu explorieren und auszuwerten. Dabei stellt GABEK[®] (Ganzheitliche Bewältigung sprachlich erfasster Komplexität) eine Methode dar, die den Forscher in diesem Prozess unterstützen und die Verarbeitung der Datenmenge erleichtern kann, indem es einen Überblick verschafft (Gadner et al. 2004). Die Verwendung dieser Methode zur Unterstützung der Auswertung von großen Datenmengen ist nicht zuletzt deswegen sinnvoll, weil das Herausarbeiten eines allgemeinen Konzepts und das Erstellen von stabilen Ergebnisgrafiken vor allem dann möglich werden, wenn die verbale Datenmenge sehr groß ist. So erhaltene Ergebnisse sind durch mehr empirische Erfahrung belegt und somit besser abgesichert (Zelger et al. 2008; Zelger 2008). Zelger (1995 nach Buber & Kraler 2000) betont dabei die Bedeutung von GABEK[®] vor allem in der Analyse von unstrukturiertem Material, wie Transkripten von Interviews oder auch Notizen von Beobachtungsstudien.

Wie Entscheidungen getroffen und Probleme gelöst werden, hängt in entscheidendem Maß davon ab, ob und wie viel Wissen vorhanden ist. So gehen Zelger und Kollegen (2008) davon aus, dass Erfahrungen und Wissen in einer Organisation meist vorhanden, jedoch verteilt sind, sodass diese Informationen zur Problemlösung oft gar nicht oder nicht schnell genug zur Verfügung stehen. GABEK[®] stellt dabei eine Möglichkeit dar, vorhandene Informationen in relativ kurzer Zeit in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen und somit bei der Problemlösung behilflich zu sein, indem es die Strukturen einer Gemeinschaft und deren Werte genauer beleuchtet (Moravcsik 1999 nach Zelger 2008).

Dabei bieten GABEK[®] und WinRelan[®] gegenüber anderen qualitativen Methoden die Vorzüge, dass das Vorgehen sowohl in einem hohen Maß intersubjektiv zuverlässig als auch sehr gründlich wissenschaftstheoretisch fundiert ist, wie der folgende Abschnitt zeigt (Zelger, persönliche Kommunikation, 09.07.2016).

Doch auf welchem Grundgedanken basiert diese Methode? Wir nehmen die Umwelt nicht durch isolierte Sinnesdaten wahr, sondern in Form geordneter Gestalten –

ebenso wie sprachliche Äußerungen nicht über isolierte Worte, sondern mittels zusammenhängender sprachlicher Komplexe wahrgenommen werden (Zelger 1999). Diese Annahme basiert auf Carl Stumpfs Theorie der Wahrnehmungsgestalten (1939 nach Zelger 1999). Demnach bilden Wahrnehmungsgestalten Beziehungen zwischen Sinnesinhalten ab und drücken damit die Gesamtheit dieser Beziehungen aus. Sie besitzen folgende neun Eigenschaften:

- 1) Um die Verhältnisse zwischen den Sinneseinhalten wahrnehmen zu können, ist Aufmerksamkeit nötig.
- 2) Die Wahrnehmung der Gesamtheit (intuitive Wahrnehmung) und die von Einzelementen (diskursive Wahrnehmung) wechseln sich ab.
- 3) Die Wahrnehmung von Gestalten geschieht selektiv, da in der Regel nicht alle Verhältnisse bemerkt werden können.
- 4) Eine Gestalt ist die Gesamtheit von Beziehungsgefügen.
- 5) Die Grundlage von Wahrnehmungsgestalten ist stets die Gliederung in Teile. Damit sind jedoch nicht Einzelemente gemeint, sondern isolierte Beziehungen.
- 6) Für die Wahrnehmung von Gestalten ist Bewusstsein nötig. Für die wahrnehmende Person ist dies also ein aktiver Akt, der sie Anstrengung kostet.
- 7) Um Gestalten wahrnehmen zu können, ist ein Fundament nötig, da die Bildung neuer Gestalten schemageleitet durch bereits bekannte Gestalten vonstatten geht.
- 8) Gestalten sind abstrakt. Ihre Haupteigenschaft ist die Übertragbarkeit.
- 9) Für die Wahrnehmung von Gestalten ist Sinnhaftigkeit nötig, da sie in Wissen und Vorerfahrung eingebettet werden.

Wie kann nun dieses Konzept auf den Bereich der Sprache übertragen werden? Sprachliche Gestalten bilden Zusammenhänge zwischen Einzelaussagen ab (Zelger 1999). Einzelne Sätze gelten somit durchaus als unabhängige Elemente, die jedoch über bestimmte Begriffe (sogenannte „Knoten“) miteinander verbunden sind.

Die von Stumpf als „Sinneseinheiten“ bezeichneten Einzelemente nennt Zelger auf den sprachlichen Kontext bezogen „Ausdrücke“, die Beziehungen zwischen diesen Sinneseinheiten werden durch die syntaktischen und semantischen Verknüpfungen dieser Ausdrücke abgebildet. Die von Stumpf definierten Merkmale von Wahrnehmungsgestalten überträgt Zelger folgendermaßen auf den sprachlichen Kontext:

- 1) Um syntaktische und semantische Beziehungen entdecken zu können, ist Aufmerksamkeit nötig.
- 2) Diskursive und intuitive Wahrnehmung wechseln sich auch in der Verarbeitung von sprachlichem Material ab. Dabei stellt die diskursive Wahrnehmung eine serielle Analyse dar, die intuitive hingegen eine zusammenfassende Neuformulierung.
- 3) Auch die Wahrnehmung von sprachlichen Gestalten ist selektiv, da nicht alle Beziehungen zwischen Ausdrücken erfasst werden können.
- 4) Inhalte eines Textes können als Ausdrucksnetz dargestellt werden, das heißt es existiert ein Beziehungsgefüge zwischen diesen Ausdrücken.
- 5) Sprachliche Gestalten bestehen aus Einzelementen. Diese sind Sätze, in denen Ausdrücke miteinander in Beziehung stehen.
- 6) Für eine Neuformulierung ist ein einheitlicher Bewusstseinsakt notwendig.
- 7) Um sprachliche Gestalten wahrnehmen zu können, muss ein modellhaftes Beispiel bekannt sein.
- 8) Sprachliche Gestalten sind übertragbar, da sie in verschiedenen Zusammenhängen interpretierbar sind.
- 9) Eine sprachliche Gestalt ergibt für eine Person nur dann Sinn, wenn sie in angemessenes Vorwissen eingebettet werden kann.

Über die Auswertung mit GABEK[®] erhaltene Ergebnisse müssen nicht generalisierbar sein, sondern sollen stattdessen die Gesamtheit der Antworten darstellen (Gadner et al. 2004). Da bei dieser Methode alle Ergebnisse quasi von den Beteiligten

selbst formuliert worden sind, ist die Akzeptanz für eine Umsetzung in der Regel sehr hoch. So ist der Weg für ein effektives Problemlösen geebnet. Auch die Darstellung der Ergebnisse in der Alltagssprache der Befragten sowie das Aufgreifen ihrer Gedanken hat meist diesen Effekt, da die Interviewten so merken, dass ihre Überlegungen berücksichtigt wurden (Zelger 2008). Unterstützend wirkt hier außerdem die Tatsache, dass die Vermittlung der Ergebnisse nicht nur durch die Verwendung der Alltagssprache der Befragten, sondern auch mithilfe von übersichtlichen Grafiken leicht fällt und Informationen somit gut aufgenommen werden können.

Zusammenfassend stellen sich die Vorteile einer computergestützten Auswertung von qualitativen Daten mithilfe des PC-Programms WinRelan[®] folgendermaßen dar (Ohnesorge 2004): Zum einen kann jeder Schritt der Auswertung durch Originalzitate belegt werden. So ist der komplette Prozess der Auswertung für andere Personen nachvollziehbar. Zum anderen kann durch die spezielle Auswertungsmethode und Ergebnisdarstellung, wie beispielsweise die Netzwerkgrafiken, eine Generierung von Theorien unterstützt werden. Außerdem stützt sich die gesamte Kodierung auf Originaltexte. So ist es relativ unwahrscheinlich, dass sich der Kodierer inhaltlich zu weit von den Daten entfernt. Abschließend ist zu erwähnen, dass Ergebnisse direkt mit der Software präsentiert werden können. So ist es möglich, auf Fragen spontan zu reagieren, indem Textpassagen innerhalb weniger Handgriffe gezeigt werden können. Auch ein sofortiges Feedback an Befragte ist auf diesem Wege möglich. Wie die Auswertung mit GABEK[®] WinRelan[®] konkret vonstatten geht und welche Analysen möglich sind, wird in den folgenden Abschnitten beispielhaft beschrieben.

3.2.5.2 Kodierung

Um die GABEK[®]-Analyse mit dem Programm WinRelan[®] durchführen zu können, müssen die transkribierten Interviews vorher in einer genau vorgeschriebenen und einheitlichen Weise überarbeitet werden. Die anschließende Kodierung des Textmaterials dient zunächst dazu, einen Überblick über anfänglich ungeordnete Daten zu

bekommen, und stellt bei der Arbeit mit GABEK[®] und WinRelan[®] die Grundlage für alle weiteren Analysen dar (Zelger 2008). Dabei besteht die zentrale Aufgabe darin, herauszufinden, was aus der Perspektive des Befragten wichtig ist, ohne dies jedoch zu interpretieren (Buber & Kraler 2000).

In dieser Etappe der Forschung ist die Gefahr Fehler zu machen sehr groß, beispielsweise durch selektive Wahrnehmung oder fehlerhafte Interpretation. Darum sollte beachtet werden, dass für eine Kodierung immer die Sprache der Befragten genutzt wird. Zudem sollten Bewertungen möglichst erkannt und in die Analyse mitbezogen werden (Buber & Kraler 2000; Ohnesorge 2004). Jedoch bietet GABEK[®] gerade in dieser Phase einen entscheidenden Vorteil gegenüber anderen qualitativen Auswertungsmethoden. So wird bei GABEK[®] jede Kodierung durch eine Originalaussage im Text gestützt, was eine gewisse Transparenz zur Folge hat. Jeder Schritt geschieht also nach strengen Regeln und kann folglich auch intersubjektiv reproduziert werden (Ohnesorge 2004). Diese Methode der strukturierten Wissensorganisation sorgt für ein besseres Verständnis der Daten und hat außerdem einen entscheidenden Effekt auf die Qualität der Gesamtergebnisse. Dennoch wird immer wieder betont, wie schwierig, anstrengend und problematisch der Prozess des Kodierens sein kann (Buber & Kraler 2000; Ohnesorge 2004).

Bei einer GABEK[®]-Analyse sind generell vier verschiedene Kodierungen möglich: Kriterien, Schlüsselbegriffe, Bewertungen und Kausalbeziehungen. Dabei wird zwischen der objekt-linguistischen Kodierung, nämlich dem Kodieren von Schlüsselbegriffen, und der metalinguistischen Kodierung, also dem Festlegen von text- und personenbezogenen Kriterien, unterschieden (Ohnesorge 2004). Welche Kodierungen im Falle dieser Analyse vorgenommen wurden und wie dies vonstatten ging, wird im Folgenden beschrieben und exemplarisch dargestellt.

Festlegen von Kriterien

Vor Beginn der Auswertung müssen in WinRelan[®] Kriterien festgelegt werden. Diese beziehen sich auf den Befragten und enthalten Informationen, die entscheidend

sind für eine Analyse des Materials und die Vorstellung der Ergebnisse. Die Schwierigkeit bei dieser Kodierung besteht darin, vor einer Analyse zu entscheiden, welche Informationen für die Auswertung von Interesse sein könnten (vgl. Ohnesorge 2004). Für diese Kodierung ist es zunächst notwendig, jeder interviewten Person eine individuelle Personenbezeichnung zuzuordnen. Der Übersichtlichkeit halber wurden hier die Codes der Interviews verwendet (z.B. 1_LJ). In Abbildung 3 erkennt man die Personenbezeichnung an den Häkchen in Spalte 2.

Als nächstes müssen sogenannte personenbezogene Kriterien festgelegt werden. Diese stellen eine Möglichkeit zur weiteren Auswertung dar, da man mit ihrer Hilfe Untergruppen der Stichprobe miteinander vergleichen kann. Hier wurden die Teilnehmer anhand der über den demografischen Fragebogen erhaltenen Angaben pro Item in jeweils zwei Gruppen aufgeteilt: eine mit einer hohen und eine mit einer niedrigen Ausprägung auf der relevanten Variable. Der jeweilige Cut-Off-Wert wurde dabei so gewählt, dass jede der resultierenden Gruppen mindestens aus drei Personen bestand und die Zuschreibung einer niedrigen beziehungsweise hohen Ausprägung auf dem jeweiligen Item dem Eindruck der Interviewerin entsprach. Personenbezogene Kriterien erkennt man in Abbildung 3 an dem Häkchen in Spalte 3.



Abbildung 3 Metalinguistische Kodierung – Personenbezeichnung (Spalte 2) und Personenbezogene Kriterien (Spalte 3)

Die Items des demografischen Fragebogens, die bei dieser Befragung interessiert haben und als personenbezogene Kriterien verwendet wurden, waren unter anderem das Bundesland (Bayern und Berlin) sowie der Tätigkeitsbereich (Ex-Häftling, Anstaltsleiter, Sozialdienst, Krankenpflege, Beratung nach Haft, allgemeiner Vollzugsdienst, externe niedrigschwellige Einrichtung, externe Suchtberatung und Gesundheitsberatung).

Umformung in Fließtext

Vor der Überarbeitung des Materials liegen Transkripte vor, die formal dem folgenden ähnlich sind:

Beispiel 1:

Frage: Wie ist da so der Informationsstand von den Beamten, also...?

Antwort: Ich sage mal, gefühlsmäßig gibt es ... Es sind ja viele Leute hier, ganz unterschiedliche Persönlichkeiten. Man kann das ja nicht über einen Kamm scheren. Es gibt einen Teil, die sind interessiert und es gibt auch einige, habe ich den Eindruck, die vielleicht doch gefestigte Vorurteile gegenüber Abhängigen haben. Also negativer Art.

Frage: Ja. Und wie ist eure Position, also wie wird euch gegenüber... wie sind die Begegnungen mit den Beamten, also werdet ihr, also auch im Gespräch mit der Frau xy, z. B., werdet ihr da ernst genommen, wahrgenommen in euren Bedürfnissen? Oder wie ist das?

Antwort: Doch. Also bei den Gesprächen, die in dem Rahmen stattfinden, finde ich schon, dass das nicht nur aufgesetzt ist, sondern schon interessiert ist und.... Wir haben auch Rückmeldungen bekommen, dass es gut ist, dass eben, was ja anfangs auch wahrscheinlich eher mit Widerstand war, seit 1997, dass die Drogenberatung im Knast ist. Aber mittlerweile auch angekommen ist, dass es wichtig ist und dass es seine Berechtigung hat, hier zu sein. Ja. Auf der Ebene doch schon. Und wie die Beamten mit uns umgehen, das ist ja auch wieder ganz unterschiedlich. Es gibt manche... ja... Manchmal ist es nervig. Manchmal muss man auch was aushalten, oder sich auch denken: Was soll das? Wie gesagt, vorher war der Rahmen anders. Also, ich sage mal, in der Strafhaf waren wir schon immer hier gewesen, kamen halt immer drei Stunden rein. Zack. Hatten hier das Wartezimmer voll. Haben dann vielleicht sechs bis acht Leute in den drei oder dreieinhalb Stunden durchgeschleust. Was eigentlich auch ungünstig war, weil das ja ein Zack-Zack-Zack war. So richtig wie am Fließband, genau.

Ein erster Schritt in der Überarbeitung besteht darin, alle Fragen zu löschen und das verbleibende Dokument in Fließtext umzuformen. Der zu kodierende Text besteht anschließend nur noch aus Aussagen des Interviewten. Beim Löschen der Fragen ist auf Folgendes zu achten: Bezieht der Interviewte sich auf einen Begriff oder ein Thema, das in der Frage genannt worden ist, ohne es explizit in seiner Antwort zu wiederholen, muss der Auswerter diesen Begriff oder dieses Thema in der Antwort in Klammern hinzufügen. Im Beispiel 2 würde man den Begriff „Problem“ in der Antwort ergänzen. Ohne diesen Zusatz wäre beim Lesen des überarbeiteten Interviews sonst nicht mehr klar, dass Probleme mit der Ausstattung am Arbeitsplatz geschildert werden.

Beispiel 2:

Frage: Und was an der Arbeit ist schwierig? Also was in der JVA internen Arbeit? Wo gibt es da Probleme, ganz allgemein?

Antwort: Also einmal die Ausstattung, ein ganz, das ganz große Thema. Also Therapieplätze fehlen, Computer ist ein großes Thema.

Frage: Keine da?

Antwort: Nein, also Therapieplätze fehlen. Es fehlt an dem geeigneten Setting. Also man kann Beratungsräume ganz anders gestalten, und das sind einfach zu sehr Hafräume, als dass man da irgendwie ordentlich was tun könnte. Einmal weil das Setting fehlt. Dann weiter, was fehlt noch? Ausgänge natürlich, das muss alles im Justizbereich liegen.

Umformulierung von Beispiel 2:

Also einmal **[Problem]** die Ausstattung, ein ganz, das ganz große Thema. Also Therapieplätze fehlen, Computer ist ein großes Thema. Nein, also Therapieplätze fehlen. Es fehlt an dem geeigneten Setting. Also man kann Beratungsräume ganz anders gestalten, und das sind einfach zu sehr Hafräume, dass man da irgendwie ordentlich was tun könnte. Einmal weil das Setting fehlt. Dann weiter, was fehlt noch? Ausgänge natürlich, das muss alles im Justizbereich liegen.

Im zweiten Schritt geht es darum, die Antworten zu kürzen, wo dies möglich ist, ohne damit inhaltliche Veränderungen vorzunehmen. Das Ziel dabei ist ausschließlich, die Interviews kompakter zu machen, um die Bedeutung von Abschnitten schneller erfassen zu können. Im Fall der im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews bedeutete dies vor allem, dass die routinemäßig mittranskribierten „ähm“s sowie Füllwörter, wie beispielsweise „quasi“, „dementsprechend“, „praktisch“ oder „sozusagen“, gelöscht wurden. Darüber hinaus wurde an den Interviews nichts verändert, das heißt Satzbau, Grammatik und Formulierungen wurden aus den Originalen übernommen.

Bilden von Sinnabschnitten

Der dritte Schritt besteht darin, den nun entstandenen durchgängigen Text in Sinnabschnitte, sogenannte „Sätze“, zu teilen. Damit sind kurze, ungefähr gleich lange Abschnitte gemeint, die sich inhaltlich auf ein klar umschriebenes Thema beziehen, also in sich geschlossene Aussagen darstellen. Dabei können „Sätze“ aus mehre-

ren grammatikalischen Sätzen bestehen. Die Länge eines solchen Abschnitts hängt in entscheidendem Maß davon ab, wie viele Schlüsselbegriffe in der Passage vorkommen (siehe hierzu den nächsten Abschnitt über das Markieren von Schlüsselbegriffen) (vgl. Buber & Kraler 2000).

Um die Unterteilungen anschließend in WinRelan[®] einlesen zu können, muss ein einheitliches Zeichen gewählt werden, das Sinnabschnitte voneinander trennt. Im Falle dieser Arbeit war das ein „\$“-Zeichen. Beim anschließenden Importieren des Dokuments in WinRelan[®] wird jeder so festgelegte „Satz“ automatisch je einer sogenannten Karteikarte zugewiesen (eine Karteikarte ist beispielsweise in Abbildung 4 zu sehen). Für das Beispiel 1 sah dies folgendermaßen aus:

Beispiel 1:

Ich sage mal, gefühlsmäßig gibt es... Es sind ja viele Leute hier, ganz unterschiedliche Persönlichkeiten. Man kann das ja nicht über einen Kamm scheren. Es gibt einen Teil, die sind interessierter und es gibt auch einige, habe ich den Eindruck, die vielleicht doch gefestigte Vorurteile gegenüber Abhängigen haben. Also negativer Art. \$

Doch. Also bei den Gesprächen, die in dem Rahmen stattfinden, finde ich schon, dass das nicht nur aufgesetzt ist, sondern schon interessiert ist und.... Wir haben auch Rückmeldungen bekommen, dass es gut ist, dass eben, was ja anfangs auch wahrscheinlich eher mit Widerstand war, seit 1997, dass die Drogenberatung im Knast ist. Aber mittlerweile auch angekommen ist, dass es wichtig ist und dass es seine Berechtigung hat, hier zu sein. Ja. Auf der Ebene doch schon. \$

Und wie die Beamten mit uns umgehen, das ist ja auch wieder ganz unterschiedlich. Es gibt manche... ja... manchmal ist es nervig. Manchmal muss man auch was aushalten, oder sich auch denken: Was soll das? \$

Wie gesagt, vorher war der Rahmen anders. Also ich sage mal, in der Strafhaft waren wir schon immer hier gewesen, kamen halt immer drei Stunden rein. Zack. Hatten hier das Wartezimmer voll. Haben dann vielleicht sechs bis acht Leute in den drei oder dreieinhalb Stunden durchgeschleust. Was eigentlich auch ungünstig war, weil das ja ein Zack-Zack-Zack war. So richtig wie am Fließband, genau. \$

Hier bezieht sich also der erste Abschnitt auf die individuellen Unterschiede zwischen den Beamten, der zweite Abschnitt auf die Akzeptanz der externen Suchtberatung im Justizsystem, der dritte Abschnitt auf den Umgang der Beamten mit den

Externen und der vierte Abschnitt auf die früheren Rahmenbedingungen der externen Suchthilfe.

Markieren von Schlüsselbegriffen

Der nächste Schritt in der Auswertung, die Markierung von Schlüsselbegriffen, findet in WinRelan[®] statt, nachdem alle „Sätze“ importiert wurden. Doch welche Wörter eines „Satzes“ müssen als Schlüsselbegriffe markiert werden? Schlüsselbegriffe repräsentieren den semantischen Inhalt eines Sinnabschnitts. Es sind also bedeutungstragende Worte, im Regelfall Verben und Nomen, die für den Inhalt relevant sind. Sie sind daran zu erkennen, dass sie nicht entfernt werden können, ohne den zentralen Inhalt des Satzes zu verändern (Zelger 2008). Als Faustregel gilt, dass zwischen drei und neun Schlüsselbegriffe pro Abschnitt markiert werden, in Ausnahmefällen aber auch mehr (bis zu zwölf). Diese Angabe kommt daher, dass Personen normalerweise zwischen sieben und neun Elemente gleichzeitig im Arbeitsgedächtnis behalten können (Buber & Kraler 2000). Nomen werden stets im Nominativ und Singular, Verben immer im Infinitiv kodiert.

Bei der Wahl der Schlüsselbegriffe ist es hilfreich, sich die Frage zu stellen, ob es möglich ist, den jeweiligen Sinnabschnitt ausschließlich anhand der gewählten Schlüsselbegriffe inhaltlich zu beschreiben. Kann diese Frage mit „ja“ beantwortet werden, ist der entsprechende Abschnitt fertig kodiert, falls die Antwort „nein“ lautet, müssen Begriffe ausgetauscht oder ergänzt werden. Aus diesem Grund werden keine Begriffe markiert, um die sich ohnehin das gesamte Interview dreht – sie beinhalten keine zusätzlichen Informationen. In Fall dieses Projekts waren das *Gefangener/Inhaftierter* (u.ä.) und *JVA/Gefängnis/Haft* (u.ä.). Der fertig kodierte erste Absatz aus Beispiel 1 sieht folgendermaßen aus (Schlüsselbegriffe sind fettgedruckt):

Beispiel 1:

Ich sage mal, gefühlsmäßig gibt es... Es sind ja viele Leute hier [**Beamter**], ganz unterschiedliche [**unterscheiden**] **Persönlichkeiten**. Man

kann das ja nicht über einen Kamm scheren [**verallgemeinern**]. Es gibt einen Teil, die sind **interessierter** und es gibt auch einige, habe ich den Eindruck, die vielleicht doch gefestigte **Vorurteile** gegenüber **Abhängigen** haben. Also negativer Art.

Wie das in WinRelan[®] aussieht, zeigt Abbildung 4. Aus Gründen der Anonymität wurden personenbezogene Kriterien unkenntlich gemacht.

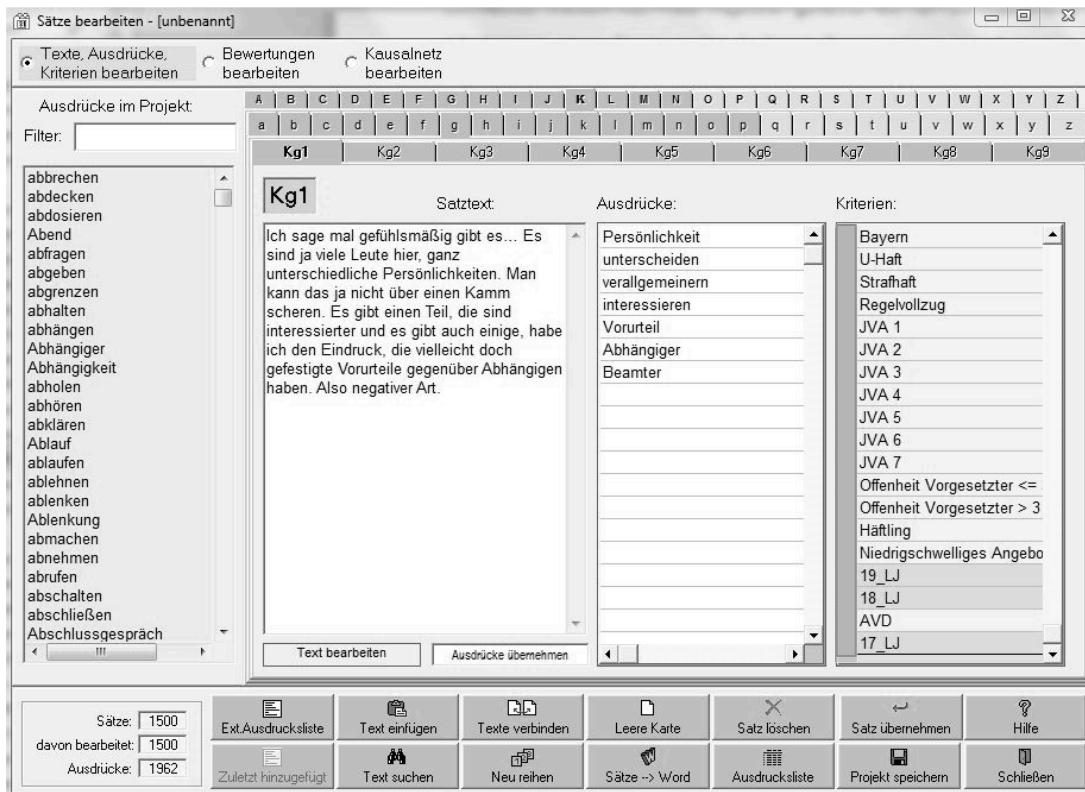


Abbildung 4 Satztext und Schlüsselbegriffe

Überarbeitung der Ausdrucksliste

Der nächste Schritt bei der GABEK[®]-Auswertung über WinRelan[®] besteht darin, die über den letzten Kodierungsvorgang gewonnene Ausdrucksliste zu überarbeiten. In ihr sind alle in der Datei markierten Schlüsselbegriffe gemeinsam mit ihrer Auftrenshäufigkeit genannt. Der erste Teil dieser Aufgabe ist eher formaler Natur. Dabei sind zunächst Tipp- und Rechtschreibfehler auszumerzen. Auch auf Groß- und Kleinschreibung ist zu achten. Für WinRelan[®] würden beispielsweise *gestalten* und *Gestalten* als gesonderte Begriffe in der Ausdrucksliste auftauchen. Des Weiteren

ist erneut das Augenmerk darauf zu richten, dass Verben im Infinitiv und Nomen im Nominativ Singular kodiert sind.

Anschließend folgt ein Arbeitsgang, der inhaltliches Wissen über die Interviewmaterie erfordert. Vor allem ist eine genaue Kenntnis der Begrifflichkeiten hierfür grundlegend. In dieser Phase der Überarbeitung der Ausdrucksliste geht es primär darum, Synonyme als solche zu erkennen und anschließend dementsprechend zu markieren. Im Fall dieser Auswertung wurden beispielsweise *Kokain* und *Koks* oder *einsperren* und *wegsperrern* gleichgesetzt. Aber auch Begriffe, die sowohl als Nomen als auch als Verb in der Ausdrucksliste auftauchten, wurden in der Regel als Synonym gehandelt. Die Gleichsetzung von Synonymen erfolgt nur auf der Ebene der Ausdrucksliste, im originalen Satztext verändert sich dadurch nichts.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle darüber hinaus auch die Berücksichtigung der seltener vorkommenden Homonyme, also die Verwendung von Begriffen, die in verschiedenen Kontexten oder Interviews unterschiedliche Inhalte transportieren. Beispielsweise sind mit *Leute* im einen Fall die *Beamten*, im anderen jedoch *Gefangene* gemeint. Allgemein muss berücksichtigt werden, dass gleiche Begriffe in verschiedenen Kulturen und gar Subkulturen etwas völlig Unterschiedliches meinen können (Ohnesorge 2004). Darum muss bei der Auswertung der hier geführten Interviews stets berücksichtigt werden, dass Begriffe zum Teil aus der Alltagssprache dieser „Subkultur“ stammen, nämlich aus dem Justizvollzugs- und dem Gesundheitswesen, und dass dort verwendete Begriffe nicht zwangsläufig die gleiche Bedeutung haben wie in der allgemeinen Alltagssprache.

Für die Bearbeitung von Synonymen und Homonymen ist es nötig, sich die dazugehörigen Satztexte durchzulesen, aus ihnen auf die Bedeutung des Begriffs zu schließen und sich anschließend auf eine einheitliche Verwendung der Begrifflichkeit festzulegen. In der vorliegenden Arbeit umfasste die Ausdrucksliste vor der Bearbeitung 2.512 Begriffe, nach ihrer Überarbeitung beschränkte sich die Zahl der Ausdrücke auf 1.962, mit denen anschließend die Auswertungen durchgeführt wur-

den. Ihr Umfang ließ sich durch die Gleichsetzung von Synonymen also um über 20 % reduzieren.

Kodierung von Bewertungen

Der letzte Schritt in der Auswertung der im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews bestand darin, Schlüsselbegriffe jedes Satzes hinsichtlich ihrer Bewertung, also positiv (+) oder negativ (-), zu kodieren. So können Themen, die besonders wichtig oder dringend sind, schnell herausgefiltert werden (Ohnesorge 2004). Dabei ist es nicht nötig, dass diese Bewertung vom Befragten direkt ausgesprochen wird. Es reicht, wenn sie an Wortwahl oder Stimmlage erkennbar ist. Aus diesem Grund ist es hilfreich, wenn der Kodierer die Interviews auch selbst geführt hat und die Stimmung während des Gesprächs somit gut wahrnehmen konnte. Auch kann es unterstützend wirken, sich die Interviews während der Bewertungskodierung noch einmal anzuhören. Diesbezüglich ist zu betonen, dass in der Befragung nicht nach einer Bewertung verlangt wird. Alle genannten Bewertungen stellen also spontan ausgedrückte Antworten auf eine offene Frage dar (Zelger 2008).

Problematisch an dieser Art der Kodierung sind allerdings der Interpretationsspielraum durch den Forscher sowie gewisse Unklarheiten, über die im Einzelfall entschieden werden muss. Beispielsweise gibt es keine klaren Regeln zum Umgang mit eindeutig bewerteten Begriffen, wie beispielsweise *Problem*. Bei der Kodierung des Datenmaterials, das dieser Arbeit zugrunde liegt, wurde auf eine solche „doppelte“ Kodierung von bereits eindeutig bewerteten Schlüsselbegriffen verzichtet. Um Fallstricke zu vermeiden, die damit zu tun haben, dass der Interviewer aufgrund seiner Eindrücke während der Interviewsituation Gesagtes bereits interpretiert, könnte man die Kodierung von einer anderen Person durchführen lassen. Dadurch ginge allerdings auch die gesamte persönliche Einschätzung des Interviewers verloren, sodass die Situation möglicherweise nicht in ihrer Gesamtheit erfasst werden könnte (Ohnesorge 2004). Darum wurde für die vorliegende Arbeit die Kodierung von derselben Person vorgenommen, die auch die Interviews geführt hat.

Da im Normalfall längst nicht alle Schlüsselbegriffe von Befragten bewertet werden, besteht die Möglichkeit, Begriffe als neutral (mit „0“) zu kodieren. Auf diese neutrale Kodierung kann der Einfachheit halber verzichtet werden, was in diesem Fall getan wurde.

Bei WinRelan[®] besteht darüber hinaus die Möglichkeit, mehrere Bereiche getrennt zu bewerten. Dazu müssen diese Bereiche zuvor als sogenannte ‚Listen‘ definiert werden. Für diese Auswertung wurde unterschieden nach der aktuellen Situation („Ist-Situation“), also dem Zustand in Vergangenheit oder Gegenwart, und der zukünftigen Situation („Soll-Situation“), also dem Zustand, wie er gewünscht (positive Kodierung) oder befürchtet (negative Kodierung) wird. Wie dies für den ersten Absatz aus Beispiel 1 aussah, zeigt Abbildung 5.

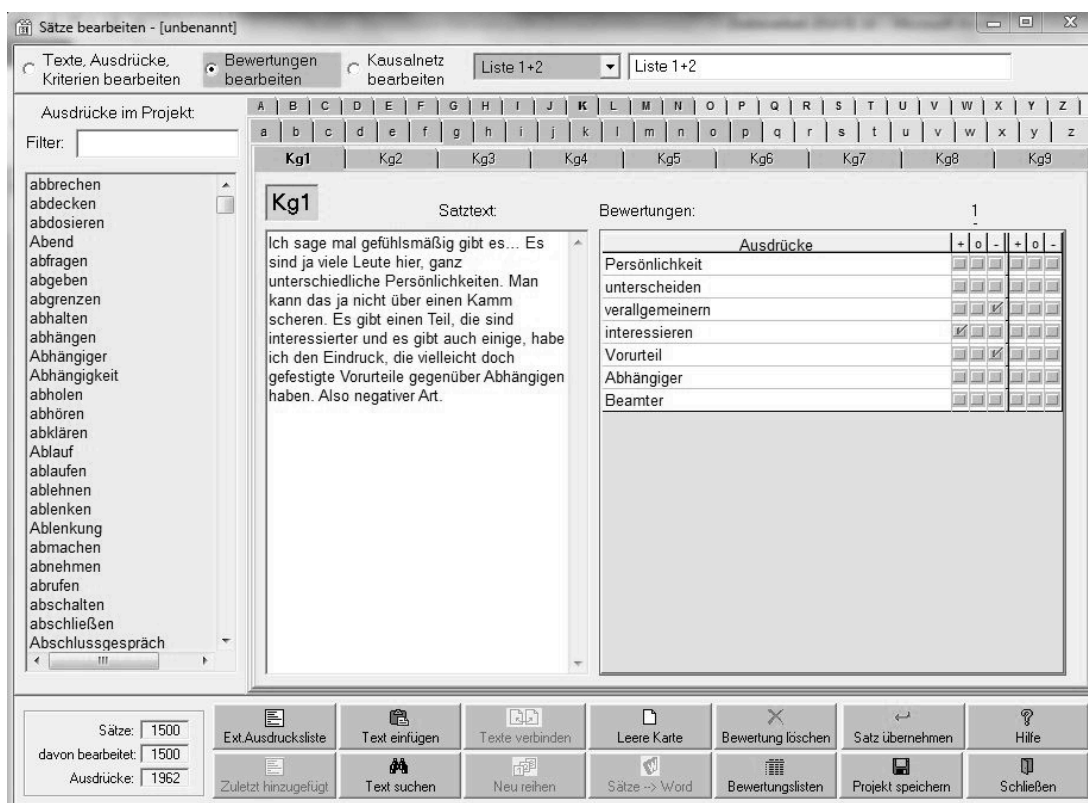


Abbildung 5 Kodierung von Bewertungen für Ist- (linke Spalte) und Soll-Situation (rechte Spalte)

Die Bewertungskodierung stellt in der vorliegenden Arbeit nur eine zusätzliche Auswertungsmethode dar und dient dazu, die Ergebnisse aus den Netzwerkgrafiken zu untermauern.

3.2.5.3 Ergebnisdarstellung

Die Darstellung der Ergebnisse dieser Erhebung findet über Netzwerkgrafiken mit integrierter Bewertungskodierung statt. Zusätzlich werden prototypische Zusammenfassungen aus den Originalaussagen präsentiert.

Netzwerkgrafiken

Konzeptuelle Netzwerke können in der Forschung in vielerlei Hinsicht behilflich sein (Zelger 2008). So dienen sie beispielsweise dazu, Zusammenhänge zwischen Begriffen zu identifizieren und auf diesem Wege alltägliche Konzepte zu analysieren. „Das Resultat einer Netzwerkgrafik repräsentiert [...] die geteilte Meinung einer befragten Personengruppe“ (Gadner et al. 2004, S. 180). Des Weiteren erleichtern es diese Grafiken und die zu den jeweiligen Verbindungen ausgegebenen Sätze dem Auswertenden, Widersprüche in den Daten zu bemerken. In der Folge können Netzwerkgrafiken dem Forscher einen Überblick über Erfolgs- und Problemfelder verschaffen sowie dabei helfen, neue Fragestellungen zu generieren (Zelger 2008). „Die Netzwerkgrafik stellt die Beziehungen und Verknüpfungen zwischen den Schlüsselbegriffen dar, mit denen die einzelnen Texte (Sinneinheiten) kodiert sind. Netzwerkgrafiken dienen dazu, grundlegende Strukturen innerhalb des begrifflichen Netzes zu entdecken, zu organisieren und so aufzubereiten, dass spezifische begriffliche Assoziationen und Bedeutungen nachvollziehbar und verstehbar werden.“ (Gadner et al. 2004, S. 179). Beim Kodieren werden, wie oben beschrieben, zunächst die Aussagen der Befragten auf einzelne Begriffe reduziert, das heißt es kommt hier nicht auf die grammatikalischen und logischen Elemente der Sprache an. Stattdessen existiert nach diesem Auswerteschritt Wissen ausschließlich in

Netzwerken, dargestellt durch Verbindungen zwischen Begriffen, die von verschiedenen Personen in dieser Kombination genannt worden sind. Diese semantischen Netze gehören zu den sogenannten propositionalen Repräsentationen. Damit bezeichnet man in der Sprachwissenschaft Darstellungen, in denen nur Aussagen, nicht aber die Grammatik, entscheidend sind. (vgl. Gardner et al. 2004)

„Die unterschiedlichen Aussagen und Meinungen, zum Beispiel aus einer offenen Befragung vieler Personen stellen wir uns als geistige Landschaft vor. Begriffe, die häufig verwendet werden, sind wie Städte in der Landschaft, andere, die selten vorkommen, wie kleine Ortschaften. Aussagen bringen mehrere Begriffe in Zusammenhang. Sie entsprechen den Verbindungswegen zwischen den Ortschaften“ (Zelger 1999, S. 50). Eine solche Landkarte kann dabei helfen, sich verhältnismäßig schnell in einer geistigen Landschaft zu orientieren, da sprachliche Inhalte über die Darstellung in Ausdrucksnetzen schnell erfasst werden können (Zelger 1999). Auf diese Weise wird es leichter, Zusammenhänge zu erkennen, diese zu verstehen und anschließend zu bewerten. Wenn nun ein solches Netz an Informationen durch viele Texte belegt werden kann, spricht man von einer Ontologie (Zelger et al. 2008). Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass ein allgemeines begriffliches Modell zu einem bestimmten Themengebiet existiert. Da „Ontologien [...] stabile Vorstellungen und Überzeugungen über einen begrenzten Bereich der Welt [ausdrücken], die in einer bestimmten Gruppe herrschen“ (Zelger et al. 2008, S. 154), erleichtert das Vorhandensein einer solchen Übereinstimmung schnelle Entscheidungen.

Doch wie kommen diese Netzwerke zustande? In Ausdrucksnetzen sind Begriffe miteinander durch Linien verbunden. Hinter diesen Linien stehen all jene „Sätze“, in denen diese Begriffe von den Befragten gemeinsam verwendet wurden. Die gemeinsame Nennung von Ausdrücken in einem Satz kann nun unterschiedlich häufig sein. Um aussagekräftige Netzwerkgrafiken zu erhalten, ist es sinnvoll, die Anzahl dieser gemeinsamen Nennungen (Verbindungsstärke) nicht zu niedrig zu wählen. In

der Auswertung der Interviews, die im Rahmen dieser Arbeit geführt worden sind, wurden die Parameter fünf oder zehn verwendet, das heißt dass Begriffe, die in den Netzwerkgrafiken miteinander verbunden sind, mindestens in fünf beziehungsweise zehn verschiedenen „Sätzen“ in dieser Kombination auftauchen. Welcher Parameter im Einzelfall verwendet wurde, hing in erster Linie davon ab, wie häufig der jeweilige Begriff allgemein mit anderen verknüpft war: In der Regel wurde der Parameter fünf gewählt. Bei sehr großen (Verknüpfungen mit vielen Begriffen) oder engen (sehr häufige Verknüpfungen) Netzwerkgrafiken wurde der Übersichtlichkeit halber auf den höheren Parameter zehn ausgewichen, um besonders relevante Verbindungen besser herausarbeiten zu können.

Dieses Vorgehen wird als erste Methode zur Reduzierung von Komplexität bezeichnet (Zelger 2008). Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf Begriffspaare zu richten, die sehr eng miteinander in Verbindung stehen. Diese sollten eine gedankliche Einheit bilden, da sie erfahrungsgemäß zusammengehören (Zelger et al. 2008). Dennoch sollten auch diejenigen Aussagen, welche kaum mit anderen in Zusammenhang stehen, in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. So könnten diese „Sätze“ auf Tabus hinweisen oder bisher unerkannte Aspekte ansprechen (Zelger 1999).

Wie nun in WinRelan[®] eine solche Netzwerkgrafik erstellt werden kann, wird im Folgenden exemplarisch dargestellt. Dazu ist es nötig, sich zunächst für einen Ausdruck beziehungsweise für ein durch diesen repräsentiertes Thema zu entscheiden, um welches die Vernetzung dargestellt werden soll. Themengebiete, die für die Auswertung von Interviews relevant sind, erscheinen bereits in der Ausdrucksliste mit einer relativ hohen Häufigkeit. Unter „Mindestanzahl der Sätze“ kann man nun den Parameter festlegen (s. Abbildung 6). Welche Ausdrücke gewählt wurden, um Netzwerkgraphiken zu bilden, unterlag verschiedenen Rationalen. Einerseits spielten theoretische Vorüberlegungen eine Rolle. Zudem wurden sehr häufig auftretende oder emotional stark besetzte Schlüsselbegriffe vorzugsweise analysiert.

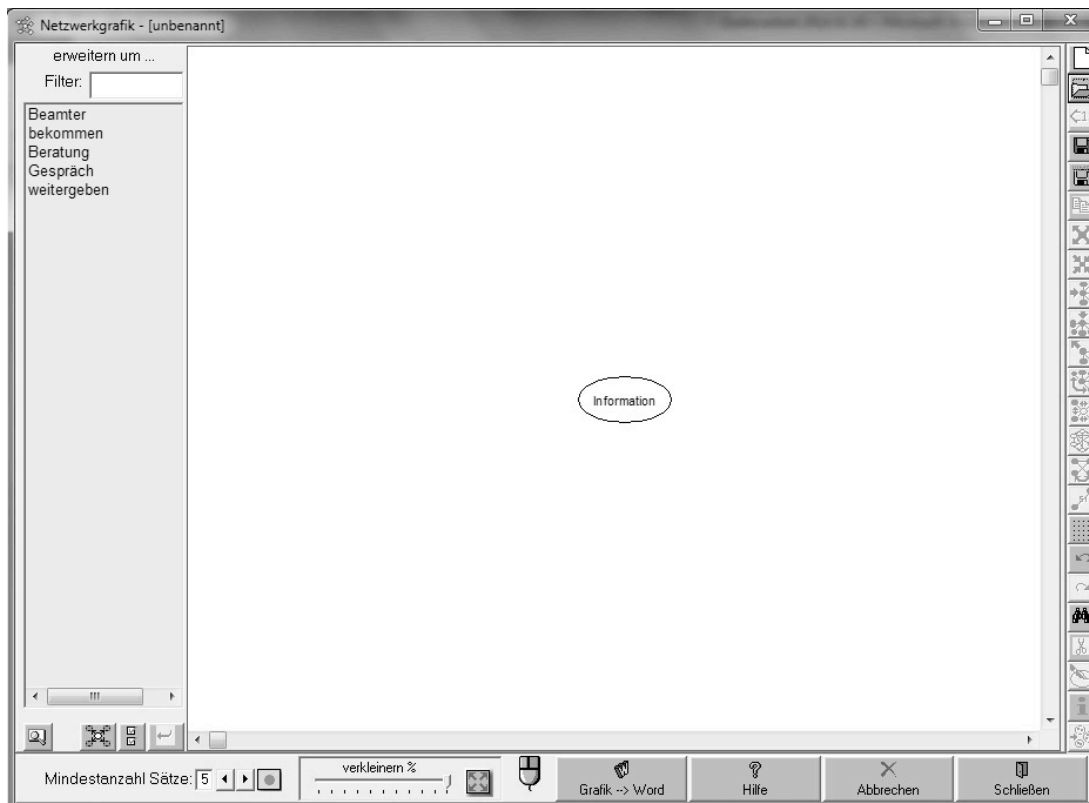


Abbildung 6 Erstellung einer Netzwerkgrafik – Parameter festlegen

Wie oben bereits erwähnt, wurde in der folgenden Auswertung mit einer Mindestanzahl von fünf (bzw. zehn) „Sätzen“ gearbeitet. Wurde diese Einstellung ausgewählt, erscheinen nur noch diejenigen Ausdrücke, die mit *Information* mindestens in fünf verschiedenen „Sätzen“ gemeinsam genannt wurden (s. Abbildung 6). So häufig ist *Information* folglich nur in Kombination mit *weitergeben*, *bekommen*, *Beratung*, *Gespräch* und *Beamter* aufgetaucht. Über die Funktion „Knoten erweitern“ (s. Abbildung 7) kann nun diese Erweiterung vorgenommen werden. Dabei handelt es sich um eine Erweiterung in erster Ebene.

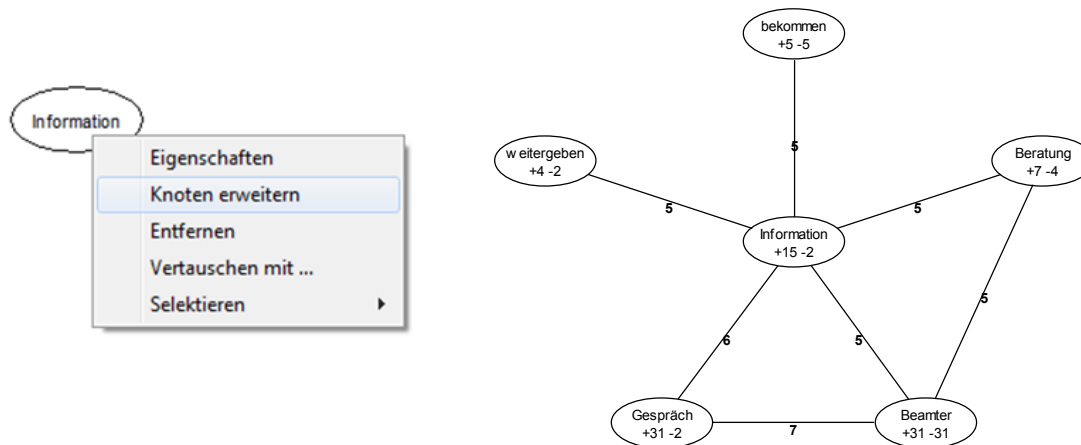


Abbildung 7 Erstellung einer Netzwerkgrafik – Knoten erweitern

Darüberhinaus besteht die Möglichkeit, die verbundenen Ausdrücke als Ergänzung der Graphik nun ihrerseits zu erweitern. Dabei spricht man von einer Erweiterung in zweiter Ebene. Beispielsweise könnten in dieser Graphik um den Ausdruck *Beratung* weitere Verbindungen zu Ausdrücken mit einer minimalen Verbindungsstärke von fünf angezeigt werden. Auch dies funktioniert über die Funktion „Knoten erweitern“. In der Regel wird in zweiter Ebene erweitert, wenn der erweiterte Ausdruck in engem inhaltlichen Zusammenhang zum zentralen Ausdruck steht, um den ein Netzwerk gebildet wurde. Außerdem kann durch die Erweiterung in zweiter Ebene das weitere thematische Umfeld um einen Ausdruck dargestellt werden.

Darstellung von Bewertungen

Für die Auswertung der Bewertungskodierung bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Zum einen kann eine Bewertungsliste ausgegeben werden, die Art und Häufigkeit von Bewertungen anzeigt. Sie bietet einen schnellen Überblick über Bewertungen der Befragten zu einem bestimmten Thema.

Zum anderen können Bewertungskodierungen und Netzwerkgrafiken kombiniert werden. Mit GABEK® WinRelan® kann man nach der Erstellung einer Netzwerkgrafik die Art und Häufigkeit von Bewertungen in die bestehende Netzwerkgrafik integ-

rieren. Je ein Beispiel für einen überwiegend positiv und einen überwiegend negativ bewerteten Begriff ist in Abbildung 8 dargestellt.



Abbildung 8 Überwiegend positive/negative Bewertung eines Schlüsselbegriffs in der Netzwerkgrafik

Zusammenfassung formulieren

Nachdem die Netzwerkgrafik um einen Begriff fertig erstellt ist, gibt es die Möglichkeit, sich diese Grafik sowie die hinter den Verbindungslinien stehenden „Sätze“ ausgeben zu lassen. Der nächste Arbeitsschritt besteht nun darin, „Sätze“ zu einem prototypischen Satz zusammenzufassen, der alle anderen „Sätze“ repräsentiert. Der Grundgedanke bei der Erstellung dieser Zusammenfassungen ist die Annahme, dass mithilfe von Netzwerkgrafiken die Bedeutungen der darin enthaltenen Ausdrücke rekonstruiert werden können. Netzwerke zeigen nämlich Attribute eines Begriffs, die dieser von verschiedenen Personen zugewiesen bekommt (vgl. Gardner et al. 2004).

„Ergebnisse einer Analyse oder Synthese sind immer selektiv hervorgehobene miteinander vernetzte Aussagen, die in Form der ursprünglichen authentischen Formulierungen zusammengestellt werden können“ (Zelger 1999, S. 53). Diese Zusammenfassung geschieht folglich nicht in den Worten des Forschers, sondern wiederum in der Alltagssprache der Befragten. Dazu werden Begriffe, Redewendungen oder auch ganze grammatikalische Sätze der Befragten verwendet und zu einer einheitlichen Aussage vereint. Angepasst werden ausschließlich grammatikalische und syntaktische Elemente. Es wird nichts an Inhalt, Logik, Bewertung oder Kausalität verändert. Bei der Erstellung dieser Zusammenfassungen muss der Forscher

penibel darauf achten, dass die von WinRelan[®] ausgegebenen „Sätze“ nicht nur formal zusammenhängen, also über das gemeinsame Auftauchen von Schlüsselbegriffen in den gleichen Sinnabschnitten, sondern dass diese Aussagen auch sinnvoll miteinander in Beziehung stehen und sich nicht gegenseitig widersprechen (Zelger 1999). Dieser Auswertungsschritt stellt den Forscher vor die Herausforderung, sich bei der Formulierung der Zusammenfassung einerseits penibel an die zu den Netzwerkgrafiken ausgegebenen „Sätze“ zu halten, andererseits den Inhalt möglichst aller Interviewaussagen zum jeweiligen Thema in komprimierter Form einzubringen. Es folgt eine beispielhafte Darstellung der Erstellung einer prototypischen Zusammenfassung.

Beispiel zur Netzwerkgrafik Information (Abbildung 7)

Folgende „Sätze“ wurden zur Grafik ausgegeben:

Aber das zeigt ja auch, ich habe jetzt nicht so akut Angst, aber dann kann man die Arbeit [Beratung] auch nicht machen. Und **in der Regel ist es schon so, dass man ein bisschen Vorinformationen auch bekommt, wer kommt da jetzt**, ja. [Ah6]

Ansonsten, die Zusammenarbeit funktioniert schon und auch die interne Kommunikation, die funktioniert in aller Regel, und **wir haben ja auch ein Computer Kommunikations... also Informationssystem über die einzelnen Gefangenen, zu dem die Bediensteten Zugriff haben**, wo die Informationen immer abgerufen werden können unter anderem... eben der Sicherheitsvermerk Btm und... [Ce2]

Das ist noch nie passiert. Also, dass wirklich jemand vor der Tür steht, das war auch sehr selten. Aber man wird darauf hingewiesen. **Und manchmal ist es auch sehr hilfreich, wenn man jemanden nicht kennt, und man fragt einen Beamten: He, wie ist der drauf?** Und so. Und wenn dann einer sagt, ja es ist besser, wenn Sie ihn mit einem Beamten sprechen oder die Tür einen Spalt aufmachen. Also es gibt da mehrere Möglichkeiten und auch, es kommt immer auch auf den Grund drauf an, warum man dem spricht. [Db9]

Also in der täglichen Arbeit arbeite ich natürlich mit Stationsbeamten zusammen. Klar, ich muss melden „Ich hol mir den“, „ich nehm mir den“...manchmal kriegt man auch Rückmeldung, wo drauf steht, also Rückmeldung, so wie, „Er ist schlecht drauf“ oder, oder, „Viel Spaß mit dem“, ne, also grad, **wenn man ihn das erste Mal holt, ne, kriegt man manchmal so ein paar, so ein paar Infos zugesteckt**. Manchmal auch so ein bisschen, ja kokettieren. [Je3]

Es wird folgende prototypische Zusammenfassung formuliert (verwendete Textteile wurden oben **fett** gedruckt):

Wir haben ein Computer Informationssystem über die einzelnen Gefangenen, zu dem die Bediensteten Zugriff haben [Ce2]. Und in der Regel ist es schon so, dass ich ein bisschen Vorinformationen auch bekomme, wer kommt da jetzt [Ah6]. Wenn man ihn das erste Mal holt, kriegt man manchmal ein paar Infos zugesteckt [Je3]. Und manchmal ist es sehr hilfreich, wenn man jemanden nicht kennt, und man fragt einen Beamten „He, wie ist der drauf?“ [Db9].

4 Ergebnisse

4.1 Quantitative Erhebung

Insgesamt wurde der „Kurzfragebogen über die gesundheitliche Situation Gefangener“ von 14 der 16 Bundesländer beantwortet. Nur aus Hamburg und dem Saarland liegen trotz mehrmaliger Erinnerung und grundsätzlicher Bereitschaft zur Teilnahme aufgrund der Arbeitslast keine Antworten vor. Auf die übrigen 14 Bundesländer entfielen zum Stichtag 31.03.2010, für den auch die Fragen beantwortet werden sollten, 95 % aller Gefangenen in Deutschland. In elf Bundesländern wurden die Fragebögen durch Mitarbeiter des Justiz- oder des Gesundheitsministeriums ausgefüllt, in den übrigen drei Bundesländern wurden die Fragebögen von Ministeriumsmitarbeitern aufgrund deren größerer Expertise zur Beantwortung an Vertreter der Justizvollzugsanstalten des Landes weitergeleitet. Im Durchschnitt wurden 50 % der Items nicht beantwortet. Die Missings variierten zwischen 20 und 60 %. Bei bis zu 85 % (im Mittel 50 %) der fehlenden Angaben ergänzten einzelne Länder, dass diese Werte nicht erfasst werden.

4.1.1 Epidemiologie

4.1.1.1 Prävalenz des Drogenkonsums im Gefängnis

Die Befragung ergab, dass in Deutschland zwischen 2009 und 2010 bei ca. 30 % der über 240.000 Zugänge aus der Freiheit oder aus anderen Justizvollzugsanstalten (Statistisches Bundesamt 2012c) Drogentests durchgeführt wurden (Angaben stammen aus fünf Bundesländern). Basierend auf den Ergebnissen der Erhebung erfolgt die Testung bei Haftantritt in der Regel „auf Verdacht“, ebenso die Testung während der Haft (zusätzlich in manchen Bundesländern indikationsabhängig). Die Anzahl während der Haft durchgeführter Testungen ist nicht bekannt. Die Befragung ergab, dass der Anteil der positiven Drogentests während der Haftzeit im Vergleich zum Zeitpunkt des Haftantritts deutlich geringer war (s. Abbildung 9; bei Haftantritt: 45 %; während der Haft: 16 %). Der Rückgang an positiven Drogentestungen wäh-

rend der Haft verglichen mit den Ergebnissen bei Haftantritt zeigte sich vor allem für den Anteil der Opioide unter den positiven Drogentests (bei Haftantritt 17 %, während der Haft 10 %) und für den Anteil an Kokain (10 % bzw. 1 %). Bei Cannabis war der Anteil an positiven Tests während der Haft (75 %) sogar deutlich höher als bei Haftantritt (57 %). Ein deutlicher Anstieg des Anteils an positiven Drogentests schien außerdem für die Kategorie „andere“ der Fall zu sein. Darunter fallen Medikamente (u. a. Benzodiazepine, Antidepressiva und Barbiturate) sowie Mischintoxikationen (1% bzw. 15 %).

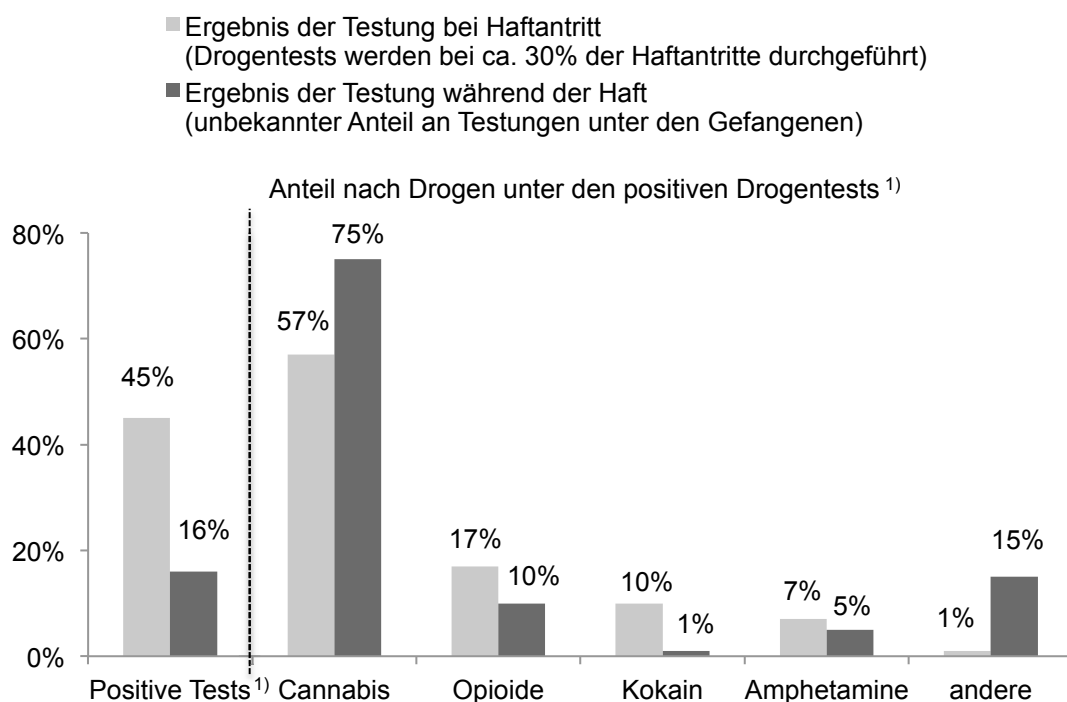


Abbildung 9 Ergebnisse von Drogentestungen in Haftanstalten auch nach Substanzen (Anteile unter allen positiven Tests)

¹⁾ Angaben stammen aus vier Bundesländern.

In Tabelle 8 sind die Prävalenzen aus Abbildung 9 weiter differenziert dargestellt. In der ersten Zeile basiert die Schätzung des Anteils auf der Grundgesamtheit aller Haftantritte, in der zweiten Zeile auf der Grundgesamtheit der bei Haftantritt getesteten Gefangenen. Bei der Schätzung der Prävalenz des Drogenkonsums während der Haft konnte der Anteil der Getesteten nicht berücksichtigt werden, da dieser

nicht bekannt ist. Für eine genauere Darstellung der Schätzmethode s. Kapitel 3.1.3.2.

Bei der Differenzierung nach Droge wurde in Tabelle 8 im Gegensatz zu Abbildung 9 nicht der Anteil unter den positiven Drogentests dargestellt, sondern die Prävalenz unter allen Haftantritten (Zeile 1) bzw. allen Getesteten (Zeile 2 und 3). In der vierten Zeile sind Vergleichswerte zur Prävalenz des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung angegeben (s. Kapitel 2.1.1). Hierfür wurde der aktuelle Konsum (30-Tage-Prävalenz) gewählt.

Tabelle 8 Prävalenz von Drogenkonsum bei Haftantritt, während der Haft und in der Allgemeinbevölkerung

	Irgendeine illegale Droge	Cannabis	Opioide	Kokain	Amphe-tamine	andere
Haftantritt (alle Haftantritte) ¹⁾	14,0 %	7,7 %	2,3 %	1,4 %	1,0 %	0,1 %
Haftantritt (alle Getesteten) ²⁾	45,0 %	25,7 %	7,7 %	4,5 %	3,2 %	0,45 %
Während der Haft (alle Getesteten) ²⁾	16,0 %	12,0 %	1,6 %	0,2 %	0,8 %	2,4 %
Allgemeinbevölkerung ³⁾	3,4 %	3,1 %	0,2 %	0,2 %	0,6 %	

¹⁾ Mit Berücksichtigung des Anteils der getesteten Gefangenen; Datenjahr 2010.

²⁾ Ohne Berücksichtigung des Anteils der getesteten Gefangenen; Datenjahr 2010.

³⁾ ESA 2015, 30-Tage-Prävalenz (Piontek et al. 2016).

4.1.1.2 Prävalenz von intravenösem Drogenkonsum im Gefängnis

In der Fragebogenerhebung gaben insgesamt fünf Bundesländer Auskunft zum Anteil der Inhaftierten, die Drogen in Haft intravenös konsumieren. Nach Berücksichtigung der Gesamtzahl der Inhaftierten in diesen Bundesländern sowie des Anteils der Drogenkonsumenten in diesen Ländern ergab sich im Mittel ein Anteil von 47 % von IDU's unter allen Drogenkonsumenten. Bezogen auf alle Inhaftierten betrug der Anteil der IDU's immerhin noch 11 %. In Tabelle 9 sind die Prävalenzen von i.v. Drogenkonsum in der Allgemeinheit (s. Kapitel 2.1.2) sowie in der Subgruppe der Drogenkonsumenten dargestellt.

Tabelle 9 Prävalenz von i.v. Konsum unter Inhaftierten

	Intramural ³⁾	Extramurale Vergleichswerte
Allgemein	11,0 %	0,3 % ¹⁾
Drogenkonsumenten	47,0 %	41,0 % ²⁾

¹⁾ Datenjahr 2010 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011a).

²⁾ Datenjahr 2010 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011b).

³⁾ Ergebnisse der Erhebung im Rahmen dieser Studie.

4.1.1.3 Prävalenz von Infektionskrankheiten im Gefängnis

Die Erhebung zeigt, dass Tests auf Infektionskrankheiten bei Haftantritt vor allem bei Verdacht durchgeführt werden (s. Tabelle 10). Der Anteil der bei Haftantritt getesteten Gefangenen lag bei ca. 50 % (Angaben stammen aus fünf Ländern). Für die Ergebnisse der HIV-Tests bei Haftantritt liegen Angaben aus fünf Bundesländern vor – mit ca. 0,8 % positiven Testungen. Für Hepatitis B liegen Angaben aus zwei Bundesländern vor, der Anteil positiver Testungen bei Haftantritt lag dabei bei ca. 1,8 %. Für Hepatitis C stammen die Angaben aus nur einem Bundesland, mit etwa 15 % positiven Tests bei Haftantritt. Während der Haft werden Testungen auf Infektionskrankheiten ebenfalls vor allem bei Verdacht durchgeführt. Hinzu kommen Testungen nach Bedarf, beispielsweise vor einer Vollzugslockerung oder nach Freigang. Zum Teil wird auch vor der Entlassung oder auf Wunsch des Gefangenen getestet. Da die Gesamtzahl der Testungen während der Haft und damit der Anteil der getesteten Gefangenen unbekannt ist, können die angegebenen Absolutwerte nicht auf die gesamte Gefängnispopulation hochgerechnet werden. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Prävalenz von Infektionskrankheiten unter den Nicht-Getesteten, also den Nicht-Verdachtsfällen, deutlich geringer ist als unter den Verdachtsfällen. Darum wird keine Hochrechnung auf die gesamte Gefängnispopulation durchgeführt.

Tabelle 10 Testung auf Infektionskrankheiten und deren Prävalenz im Gefängnis

	Testung bei Haftantritt	Testung während der Haft
Grund der Testung	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Verdacht (in neun Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 40 % der Gefangenen zu^{1,2}) • Immer (in drei Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 35 % der Gefangenen zu^{1,2}) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Verdacht (in acht Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 60 % der Gefangenen zu^{1,2}) • Bei Entlassung (in zwei Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 10 % der Gefangenen zu^{1,2}) • Auf Wunsch des Gefangenen (in acht Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 10 % der Gefangenen zu^{1,2})
Anteil der getesteten Gefangenen	Ca. 50 % der Gefangenen (Angaben stammen aus fünf Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 40 % der Gefangenen zu ^{1,2})	Unbekannt
Positive Tests	<ul style="list-style-type: none"> • HIV: 0,8 % (Angaben stammen aus fünf Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 20 % der Gefangenen zu^{1,2}) • HBV: 1,8 % (Angaben stammen aus zwei Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 10 % der Gefangenen zu^{1,2}) • HCV: 15 % (Angaben stammen aus einem Land; dies lässt Aussagen über ca. 5 % der Gefangenen zu^{1,2}) 	v.a. HIV; 80 % der positiven Tests (Angaben stammen aus sechs Ländern; dies lässt Aussagen über ca. 50 % der Gefangenen zu ^{1,2})

¹⁾ In den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Diese Werte sind grob gerundet, da die Angaben über die Gefangenzahlen und die Angebote zu Infektionskrankheiten nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

In Tabelle 11 sind die Ergebnisse dieser Studie im Vergleich zu Daten aus der Allgemeinbevölkerung und unter IDU's in Freiheit dargestellt.

Tabelle 11 Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Inhaftierten, in der Allgemeinbevölkerung und unter IDU's in Freiheit

		Hepatitis C	HIV
Intramural	Inhaftierte ¹⁾	15,0 %	0,8 %
	Klienten der Suchtilfe ²⁾	26,1 %	3,9 %
Extramural	IDU's	40 % – 86 % ³⁾	3,0 % – 8,7 % ⁴⁾
	Allgemeinbevölkerung	0,3 % ⁵⁾	0,1 % ⁶⁾

¹⁾ Ergebnisse der Erhebung im Rahmen dieser Studie.

²⁾ Klienten in ambulaner Beratung oder Behandlung; Braun et al. 2016, s. Kapitel 2.1.3.

³⁾ Roy et al. 2002.

⁴⁾ Wert für Westeuropa (Aceijas & Rhodes 2007).

⁵⁾ Poethko-Müller et al. 2013.

⁶⁾ RKI 2013b.

4.1.2 Drogenbezogene Behandlungsangebote

4.1.2.1 Medizinische und psychosoziale Versorgung

Ausgehend von den Antworten stand zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel für jeden Gefangenen eine Stunde pro Woche ein medizinischer Mitarbeiter (Arzt oder Pfleger) zur Verfügung. Dabei fielen auf jede medizinische Personalstelle im Mittel 47,5 Gefangene. Darüber hinaus wurde angegeben, dass rund 23 % des Zeitbedarfs für medizinische Behandlungen auf drogenkonsumierende Gefangene fallen sowie 11 % auf psychosoziale Behandlung. Nahezu die gesamte medizinische Leistung wurde durch interne Dienste erbracht (s. Tabelle 12).

Tabelle 12 **Medizinische und psychosoziale Versorgung in Haft**

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Anteil der Gefangenen in Deutschland, über die hier eine Aussage möglich ist ¹⁾
Personal Std. pro Woche (Ärzte, Pfleger) / Gefangener	0,3	2,0	1,0	> 80 %
Gefangene / Personalstelle	20,1	123,6	47,5	> 80 %
Medizinische Behandlung – Zeitanteil für drogenkonsumierende Gefangene (%)	1,0 %	70,0 %	22,7 %	> 80 %
Psychosoziale Behandlung – Zeitanteil für drogenkonsumierende Gefangene (%)	0,0 %	50,0 %	11,4 %	60-80 %
Leistung durch interne Dienste	94,0 %	100,0 %	99,5 %	> 80 %

¹⁾ In den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen. Diese Werte sind nur als Spannweite angegeben, da die Angaben über die Gefangenenzahlen und die Angaben zur medizinischen und psychosozialen Versorgung nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

4.1.2.2 Schulung

Alle teilnehmenden Bundesländer gaben an, ihren Justizvollzugsbeamten eine Art der Fortbildung zum Thema Drogen und Sucht anzubieten. Dabei schulten die meisten, indem sie den Beamten im Rahmen ihrer Ausbildung an der Justizvollzugsschule allgemeine Kenntnisse in Bezug auf Drogen vermittelten. Nur sehr wenige bildeten die Beamten zu Multiplikatoren aus, zum Beispiel zu Kursleitern für Präventionsprogramme für Gefangene, oder vermittelten ihnen drogenspezifische Erst-Hilfe-Maßnahmen (s. Tabelle 13).

Tabelle 13 Schulung von Justizvollzugsbeamten

Schulungsmaßnahme	Zahl der Bundesländer mit diesem Angebot ¹⁾	Anteil der Gefangenen in Deutschland, die hiervon erreicht werden könnten ²⁾
Vermittlung von Kenntnissen in Bezug auf Drogen	13	> 80 %
Andere Schulungsmaßnahmen	10	> 80 %
Als Kursleiter für Präventionsprogramme für Gefangene	3	0-20 %
Spezielle Erste-Hilfe-Maßnahmen	2	0-20 %
Gar nicht	0	

¹⁾ Von den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Anteil der Inhaftierten in Bundesländern mit diesem Angebot im Verhältnis zu den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jede JVA im Bundesland diese Schulungsmaßnahme für ihre Justizvollzugsbeamten anbietet.

Diese Werte sind nur als Spannweite angegeben, da die Angaben über die Gefangenenzahlen und die Angebote zu Schulungsmaßnahmen nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

Dieser Wert gibt nur wieder, welcher Anteil an Gefangenen in Deutschland in einem Bundesland inhaftiert ist, das diese Schulungen für Justizvollzugsbeamten anbietet. Es bedeutet weder, dass in jeder JVA im Bundesland mindestens ein so geschulter Justizvollzugsbeamter angestellt ist, noch kann man ungeprüft davon ausgehen, dass jeder so geschulte Justizvollzugsbeamte sein Wissen an Gefangene weitergibt.

4.1.2.3 Behandlungsmöglichkeiten

Alle Bundesländer gaben an, grundsätzlich eine Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) und Entgiftung anzubieten (s. Tabelle 14). Bezüglich der OST gaben alle Bundesländer an, dass abdosiert wird. Davon boten elf Bundesländer auch eine aufrechterhaltende OST an. Deren Dauer variierte allerdings erheblich: Eins dieser Bundesländer gab an, maximal einen Monat zu substituieren, eins bot eine aufrechterhaltende OST bis zu einem Jahr an und nur ein Bundesland gab an, über unbegrenzte Zeit hinweg zu substituieren. Im Sinne der Vermeidung von unbeabsichtigten Überdosierungen nach Haftentlassung bestand zum Zeitpunkt der Befragung in fünf Bundesländern die Möglichkeit, die Dosis des Substituts vor Haftentlassung zu steigern, und in einem wurde zu diesem Zweck auch der Beginn einer OST vor Haftentlassung angeboten. Laut Angaben aus den Fragebögen bestand in nur elf Bundesländern die Möglichkeit zur begleitenden psychosozialen Betreuung. Be-

züglich der Behandlung von Infektionskrankheiten gaben alle Bundesländer an, dass eine antiretrovirale Therapie gegen HIV möglich ist (s. Tabelle 14), insgesamt 13 boten eine antivirale Therapie gegen Hepatitis C an.

Tabelle 14 Intramurale Behandlungsangebote

Therapieangebot	Anzahl der Bundesländer mit diesem Angebot ¹⁾	Anteil der Gefangenen in Deutschland, die theoretisch hiervon erreicht werden könnten ²⁾
Opioid-Substitutionsbehandlung	14	> 80 %
• Abdosierung	14	> 80 %
• Aufrechterhaltung	11	> 80 %
• Hochdosierung vor Entlassung	5	20-40 %
• Beginn vor Entlassung	1	0-20 %
Entgiftung	14	> 80 %
Antiretrovirale Therapie (HIV)	14	> 80 %
Antivirale Therapie (HCV)	13	> 80 %
Psychosoziale Betreuung	11	> 80 %

¹⁾ Von den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Anteil der Inhaftierten in Bundesländern mit diesem Angebot im Verhältnis zu den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen. Dies bedeutet weder, dass jede JVA im Bundesland diese Therapieformen anbietet, noch heißt es, dass alle Gefangenen in diesem Bundesland Zugang zu diesen Therapieformen haben.

Diese Werte sind nur als Spannweite angegeben, da die Angaben über die Gefangenenzahlen und die Angaben zu Therapieangeboten nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

Bezüglich präventiver Maßnahmen (s. Tabelle 15) gaben 11 Bundesländer an, dass Impfungen möglich sind und Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wird. Nur sechs Bundesländer boten zum Zeitpunkt der Befragung Beratung an, vier ermöglichten Schulungen zu präventiven Zwecken.

Tabelle 15 Intramurale Angebote zur Prävention

Angebot für Gefangene	Anzahl der Bundesländer mit diesem Angebot ¹⁾	Anteil der Gefangenen in Deutschland, die theoretisch hiervon erreicht werden könnten ²⁾
Impfung	11	> 80 %
Informationsmaterial	11	> 80 %
Beratung	6	20-40 %
Schulung von Beamten	4	40-60 %

¹⁾ Die Fragestellung war offen, d.h. es gab keine Auswahlmöglichkeiten. Mehrfachangaben waren möglich. Aufgelistet wurden hier alle Antworten der 14 Bundesländer, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Anteil der Inhaftierten in Bundesländern mit diesem Angebot im Verhältnis zu den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen. Dies bedeutet weder, dass jede JVA im Bundesland diese Angebote zur Prävention bereitstellt, noch heißt es, dass alle Gefangenen in diesem Bundesland Zugang zu diesen Angeboten haben.
Diese Werte sind nur als Spannweite angegeben, da die Angaben über die Gefangenenzahlen und die Angaben zu Präventionsangeboten nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

Auf die Frage zu Angeboten zur Schadensreduzierung (s. Tabelle 16) antworteten neun Bundesländer, dass sie Kondome verteilen, und acht ermöglichten die Testung auf Infektionskrankheiten. Nur zwei Bundesländer gaben an, zur Schadensreduzierung Informationsmaterial zu verteilen und Aufklärung zu betreiben. Ausschließlich in Berlin gab es ein intramurales Spritzentauschprogramm.

Tabelle 16 Intramurale Angebote zur Schadensreduzierung

Angebot	Anzahl der Bundesländer mit diesem Angebot ¹⁾	Anteil der Gefangenen in Deutschland, die theoretisch hiervon erreicht werden könnten ²⁾
Test auf Infektionskrankheiten	8	60-80 %
Kondomvergabe	9	> 80 %
Information, Aufklärung	2	0-20 %
Spritzentausch	1	0-20 %

¹⁾ Die Fragestellung war offen, d.h. es gab keine Auswahlmöglichkeiten. Mehrfachangaben waren möglich. Aufgelistet wurden hier alle Antworten der 14 Bundesländer, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Anteil der Inhaftierten in Bundesländern mit diesem Angebot im Verhältnis zu den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen. Dies bedeutet weder, dass jede JVA im Bundesland diese Angebote zur Schadensreduzierung bereitstellt, noch, dass alle Gefangenen in diesem Bundesland Zugang zu diesen Angeboten haben.
Diese Werte sind nur als Spannweite angegeben, da die Angaben über die Gefangenenzahlen und die Angaben zur Schadensreduzierung nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

Bezüglich der Entlassungsvorbereitung (s. Tabelle 17) gaben vier Bundesländer an, irgendeine Form von diesbezüglichem Angebot zu haben, ohne dies näher zu spezifizieren. Ebenso viele gaben an, Inhaftierte für die Zeit nach der Entlassung in externe Behandlung zu vermitteln. Zwei Bundesländer belehren zur Vorbereitung der Entlassung über die Wirkung von Drogen, und ebenso viele ermöglichen eine OST als Maßnahme der Entlassungsvorbereitung. Nur ein Bundesland gab an, eine Form des Übergangsmanagements zu ermöglichen, also eine kontinuierliche Betreuung während und eine gewisse Zeit nach der Haft.

Tabelle 17 Angebote zur Entlassungsvorbereitung

Angebot	Anzahl der Bundesländer mit diesem Angebot ¹⁾	Anteil der Gefangenen in Deutschland, die theoretisch hiervon erreicht werden könnten ²⁾
Belehrung über die Wirkung von Drogen	2	20-40 %
Überweisung in externe Behandlung (z. B. für OST)	4	20-40 %
Ja (nicht näher erläutert)	4	20-40 %
Übergangsmanagement	1	0-20 %
Substitution als Entlassungsvorbereitung	2	20-40 %

¹⁾ Die Fragestellung war offen, d.h. es gab keine Auswahlmöglichkeiten. Mehrfachangaben waren möglich. Aufgelistet wurden hier alle Antworten der 14 Bundesländer, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Anteil der Inhaftierten in Bundesländern mit diesem Angebot im Verhältnis zu den 14 Bundesländern, von denen Antworten eingingen. Dies bedeutet weder, dass jede JVA im Bundesland diese Angebote zur Entlassungsvorbereitung bereitstellt, noch heißt es, dass alle Gefangenen in diesem Bundesland Zugang zu diesen Angeboten haben.

Diese Werte sind nur als Spannweite angegeben, da die Angaben über die Gefangenenzahlen und die Angaben zu Angeboten der Entlassungsvorbereitung nicht zwangsläufig vom gleichen Stichtag stammen.

4.1.2.4 Leitlinien

Auf die Frage nach angewendeten Leitlinien (s. Tabelle 18) gaben sieben Bundesländer die „Leitlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionsgestützten Behandlung“ an. Drei Bundesländer gaben die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für

Suchtmedizin zur Therapie von HCV an und zwei die AWMF Leitlinien für substanzbezogene Störungen. Nur ein Bundesland nannte die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin zur Therapie von HIV.

Tabelle 18 Angewendete Leitlinien für intramurale Therapie

Leitlinie	Anzahl der Bundesländer mit diesem Angebot ¹⁾	Anteil der Gefangenen, die in der Versorgung davon erreicht werden ¹⁾
Leitlinien der Bundesärztekammer (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger)	7	65,6 %
AWMF Leitlinie (Behandlungsleitlinie für substanzbezogene Störungen)	2	18,0 %
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin zur Therapie von HCV	3	15,4 %
NUB-Richtlinien (Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)	2	10,6 %
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin zur Therapie von HIV	1	2,8 %
Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ²⁾	1	2,0 %
Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) ²⁾	1	2,0 %
Erllass des JMGI ²⁾	1	2,0 %

¹⁾ Die Fragestellung war offen, d.h. es gab keine Auswahlmöglichkeiten. Mehrfachangaben waren möglich. Aufgelistet wurden hier alle Antworten der 14 Bundesländer, von denen Antworten eingingen.

²⁾ Gesetze und Erlasse sind in ihren jeweiligen Bezügen bindend und haben keinen Leitliniencharakter. Sie sind Grundlage des Handelns für die Ausführenden in der Krankenversorgung/Substitution in Haftanstalten.

4.2 Qualitative Erhebung

Die Analysen der qualitativen Interviews wurden zum einen für die Gesamtstichprobe vorgenommen (Kapitel 4.2.1), zum anderen getrennt nach Bundesländern (Bayern in Kapitel 4.2.2, Berlin in Kapitel 4.2.3). Zudem wurde die Subgruppe der Drogenberater unter den Interviewpartnern getrennt analysiert (Kapitel 4.2.4). Die Satztexte der Interview-Transkripte, aus denen für die Zusammenfassungen zitiert wurde, sind vollständig in Anhang D aufgelistet. In den Netzwerkgrafiken sind Schlüsselbegriffe mit überwiegend positiven Bewertungen mit weißem Hintergrund dargestellt, diejenigen mit vorwiegend negativen Bewertungen sind grau hinterlegt.

4.2.1 Gesamtstichprobe

Für die gesammelte Auswertung aller Interviews stehen insgesamt 14 Interviews mit 15 Befragten zur Verfügung. Diese wurden in 1.500 Sätze aufgeteilt.

4.2.1.1 Justiz – System

Für die Netzwerkgrafiken um *Justiz* in Abbildung 10 und Abbildung 11 wurden zunächst die Verbindungen mit einem Parameter von fünf zugelassen. Anschließend wurde der Knoten *System* aufgrund des engen theoretischen Zusammenhangs mit *Justiz* und der relativ hohen Verbindungsstärke von 11 in zweiter Ebene erweitert.

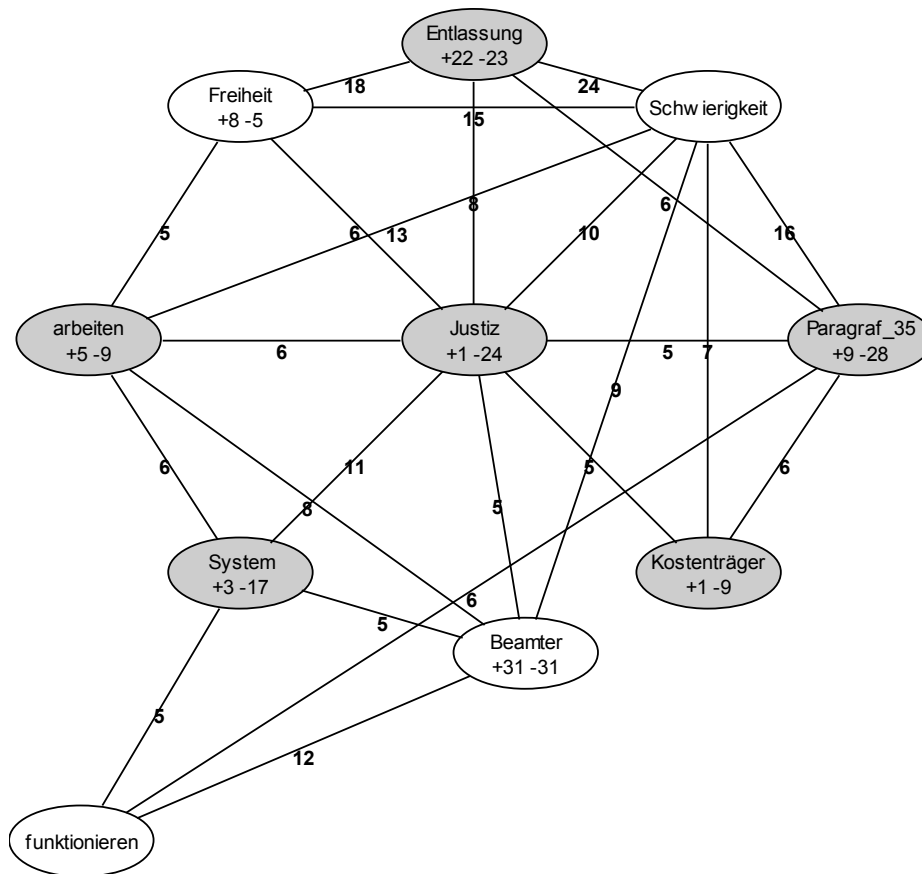


Abbildung 10 Netzwerkgrafik Justiz (Ist-Situation)

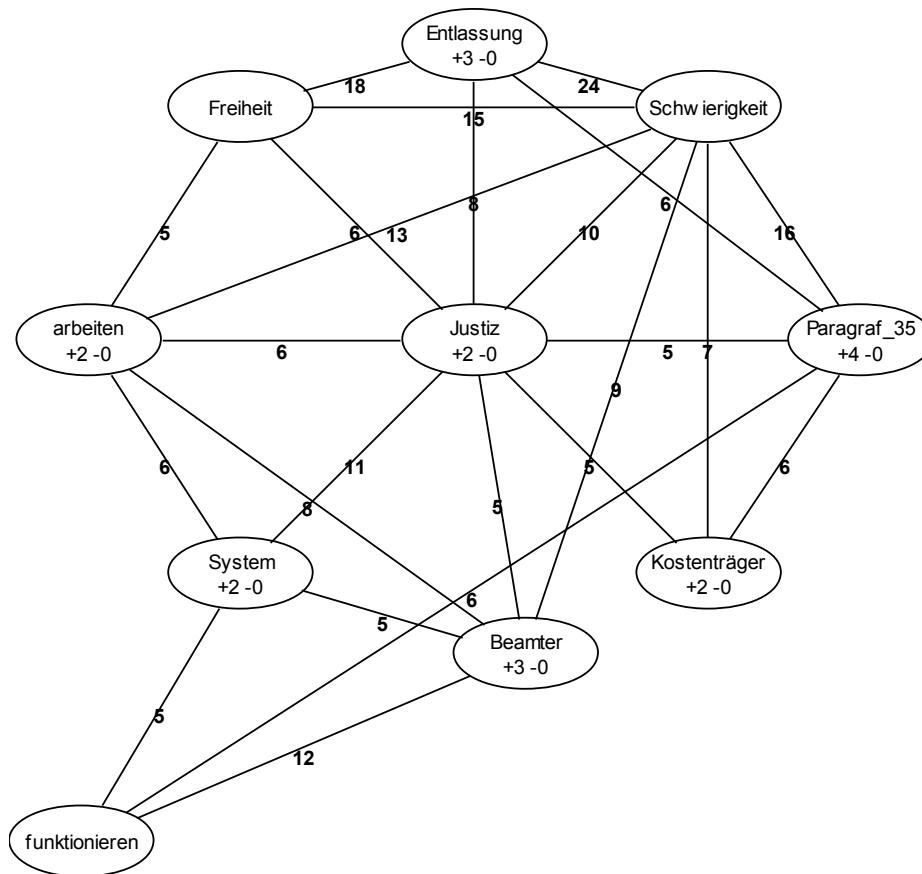


Abbildung 11 Netzwerkgrafik Justiz (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Es gilt das Äquivalenzprinzip in Haft, was heißt, dass die Leute drinnen genauso behandelt werden sollen wie draußen. Und da haben wir unterschiedliche Auffassungen wie die Justiz [Bl1]. Aber insgesamt funktioniert das ganze System schon. Insbesondere die Entgiftung ist eigentlich immer unproblematisch [Cd3]. Wo wir einen Problembereich sehen, ist die Krankenversicherung, vor allem für Inhaftierte, die entlassen werden [Lx1]. Also diese Drehtür ist vorprogrammiert, und die Justiz trägt nicht dazu bei, um neue oder wiederholte Straffälligkeit zu verhindern. Also muss man sich etwas an dem System überlegen [Bo8]. Es ist ein System, das selbst die eigenen Beamten nicht als verlässlich erachtet [Bh8]. Die Beamten sind die Personen an der Front [li2] und werden alleingelassen von der Justiz. Also jede Änderung muss sparsam sein. Es wird immer groß dieser Sicherheitslogan verbreitet von der Justizministerin, aber investiert wird nix. Diese ganze Geschichte wird auf dem Rücken des Personals ausgetragen [Bg4].

Innerhalb von dem System zu arbeiten ist prinzipiell schon anstrengend, weil oft Vieles net so funktioniert, wie man sich das einfach gern wünscht [Ge9]. Das ist ein geschlossenes System, die Justiz und alle Mitarbeiter der Justiz. Und wir sind die, die außen rum sind. Und da haben wir gar nichts drin verloren. Da kann es auch mächtigen Ärger geben [Fj1]. Man ist schon ein Einzelkämpfer auf seine Art und Weise. Also ich bin hier halt mitten in einem System-Drumherum, wo alle anderen zur Justiz gehören, ich ja net [Ge7]. Und der Umgang mit der Institution ist wichtig. Mit den Stationsbeamten und mit dem Betriebsbeamten muss man Kontakt halten, damit das alles läuft [lh8]. Da sollte die Vernetzung verbessert werden, damit wir nicht so als Fremdkörper im Justizsystem angesehen werden [Dh3]. Es ist ein spezielles System, und es gibt da spezielle Regeln. Und das hat jetzt nix mit einer Drogenberatungsstelle draußen zu tun. Ich glaube, ich mache prinzipiell die gleiche Arbeit wie jetzt jemand draußen, wobei halt da ganz viele so Justizthemen doch mitreinspielen [Gi2].

Da ist immer der Paragraf 35, der immer wieder genehmigt werden muss. Und es gibt viele Leute, die auf den Prozess der Vermittlung einwirken. Die Rentenversicherung, also jetzt Kostenträger allgemein, dann auch die ganze Justiz, die halt Voraussetzungen schafft, dass man's nicht bekommt oder bekommt [Jh8]. Ich würde mir wirklich wünschen, dass da von den Trägern und von der Justiz einiges verändert werden würde [Kn3].

Bewertungskodierung

Bei der Ist-Situation der Netzwerkgrafik um *Justiz* und *System* stechen die häufig negativ bewerteten Begriffe *Paragraf 35*, *Justiz*, *System* und *Kostenträger* hervor (s. Abbildung 10). Stark ambivalent wurden *Beamter* und *Entlassung* bewertet. Tendenziell mehr positive Bewertungen erhielt nur *Freiheit*.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 11) wurden *Paragraf 35*, *Entlassung*, *Beamter*, *Justiz*, *System*, *Kostenträger* und *arbeiten* positiv bewertet.

4.2.1.2 Information

Für die Netzwerkgrafik um *Information* (s. Abbildung 12 und Abbildung 13) wurden alle Verbindungen mit einem Parameter von fünf zugelassen. *Weitergeben* ist mit

keinem weiteren Begriff verknüpft. Auf eine Erweiterung der übrigen Knotenpunkte in zweiter Ebene wurde verzichtet, da diese keine besondere inhaltliche Nähe zu *Information* aufweisen.

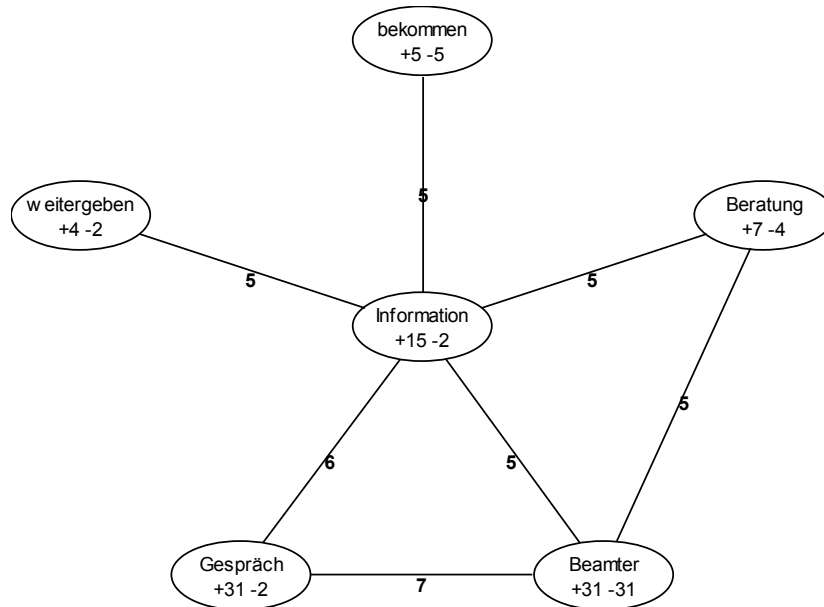


Abbildung 12 Netzwerkgrafik Information (Ist-Situation)

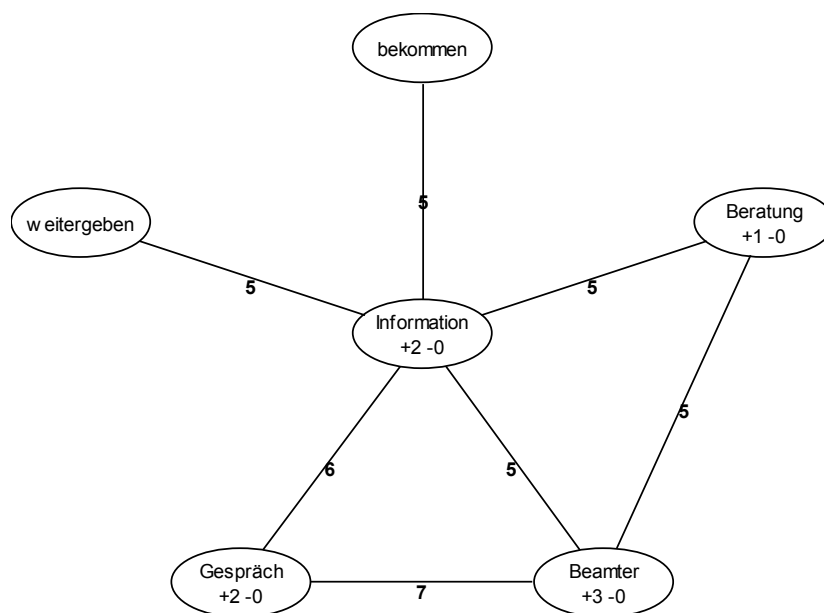


Abbildung 13 Netzwerkgrafik Information (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Wir haben ein Computer Informationssystem über die einzelnen Gefangenen, zu dem die Bediensteten Zugriff haben [Ce2]. Und in der Regel ist es schon so, dass ich ein bisschen Vorinformationen auch bekomme, wer kommt da jetzt [Ah6]. Wenn man ihn das erste Mal holt, kriegt man

manchmal ein paar Infos zugesteckt [Je3]. Und manchmal ist es sehr hilfreich, wenn man jemanden nicht kennt, und man fragt einen Beamten „He, wie ist der drauf?“ [Db9]. Ich wünsche mir aber auch selbst einen besseren Zugang zu Daten über die Gefangenen, zu Räumlichkeiten, zur Struktur und Informationen. Für eine ganzheitliche Beratung brauche ich ganzheitlichen Zugang. Bis jetzt ist das eine Einbahnstraße [Dh5]. Ich bin aber auf diese Information angewiesen. Wir holen dann auch schriftliche Stellungnahmen von den Beamten ein [li3].

Ich habe eigentlich nicht akut Angst, aber dann könnte man die Arbeit auch nicht machen [Ah6]. Wenn es ein Gefährlicherer ist oder einer mit Vermerken, dann kann das auch mal sein, dass irgendwie zwei Beamte vor meiner Tür stehen bleiben [Db6]. Aber das finde ich schon ein bisschen befremdlich, wenn einem bei der Beratung zugehört wird, und man von den Beamten überwacht wird [Db7]. Das hat eigentlich bisher funktioniert, dass wir auch ohne Beamten im Zweiergespräch miteinander sprechen können. Auch bei Untersuchungshäftlingen, wo das manchmal ein bisschen heikler ist, weil der Untersuchungsrichter wissen will, mit wem der was austauscht [Bi6].

Und dann gibt es ja auch immer die Angebote oder auch den Bedarf, dass wir seitens des Trägers Informationsgespräche führen oder einen Vortrag halten [Kf7]. Es ist wichtig, dass den Beamten, die hier tätig sind, auch Informationen weitergeben werden, was Abhängigkeit ausmacht [Kf8]. Auch von Seiten der Anstaltsleitung ist erwünscht, dass die Beamten mehr Information bekommen, und durch die Informationen dann auch vielleicht mehr Sicherheit erlangen, wie mit Abhängigen umzugehen ist [Kf9], oder welche Sanktionen gut wären [Fi9].

Manchmal geht es im Gespräch nur um eine Abklärung oder eine Information. Die Leute wollen einfach Information bezüglich ihrer Sucht, ihres Konsums und Information über Hilfsangebote, sind aber zum Teil nicht interessiert, weiter an einer Beratung teilzunehmen [Ac7]. Dann geben wir denen Informationen, was den § 64 anbelangt, also Maßregelvollzug, und den § 35 und den § 57, damit die schon ein bisschen vorab sortieren können oder halt ihre dringendsten Fragen beantwortet werden können [Kp8]. Und dann beraten wir sie bezüglich Vollzugplanung, was da auf sie zukommen wird und geben diese Information auch mit Einverständnis des Gefangenen weiter an die Drogenberatung, die eigent-

lich ohne uns mehr oder weniger hilflos wäre, was diese Gesamtplanung angeht [Ia2].

Die Häftlinge können nicht ans Telefon gehen und die Drogenberatung oder den Sozialdienst anrufen, sondern die können nur immer wieder anmelden, dass sie Interesse hätten an einem Gespräch, und dann warten [Ee5]. Die sind total isoliert und können sich vielleicht auf Infos beziehen, die sie von Mithäftlingen bekommen, die mehr Erfahrung haben [Ee9]. Meistens werden die ja ganz plötzlich verhaftet, und dann geht es oft auch darum, dass wir noch irgendwelche Informationen an andere Berater weitergeben [Ha2].

Bewertungskodierung

Bezüglich der Ist-Situation der Netzwerkgrafik um *Information* fällt zunächst die sehr häufige und deutlich positive Bewertung von *Gespräch* und *Information* auf sowie die ambivalente und ebenfalls sehr häufige Bewertung von *Beamter* (s. Abbildung 12). *Weitergeben* und *Beratungen* wurden überwiegend positiv bewertet, jedoch sehr viel seltener als die übrigen Begriffe dieses Netzwerks.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 13) wurden *Beamter*, *Gespräch*, *Information* und *Beratung* in absteigender Häufigkeit positiv bewertet.

4.2.2 Bayern

Für die getrennte Auswertung der Interviews aus Bayern stehen insgesamt elf Interviews zur Verfügung. Diese wurden in 1.113 Sätze aufgeteilt.

4.2.2.1 Haftantritt

Die Netzwerkgrafik wurde ausgehend von dem Begriff *Haftantritt* (s. Abbildung 14 und Abbildung 15) gebildet mit einer Verbindungsstärke von 5. Von den beiden verbundenen Begriffen wurde der Knoten *Entzug* aufgrund seiner inhaltlichen Nähe zu *Haftantritt* in zweiter Ebene erweitert, *bekommen* jedoch nicht.

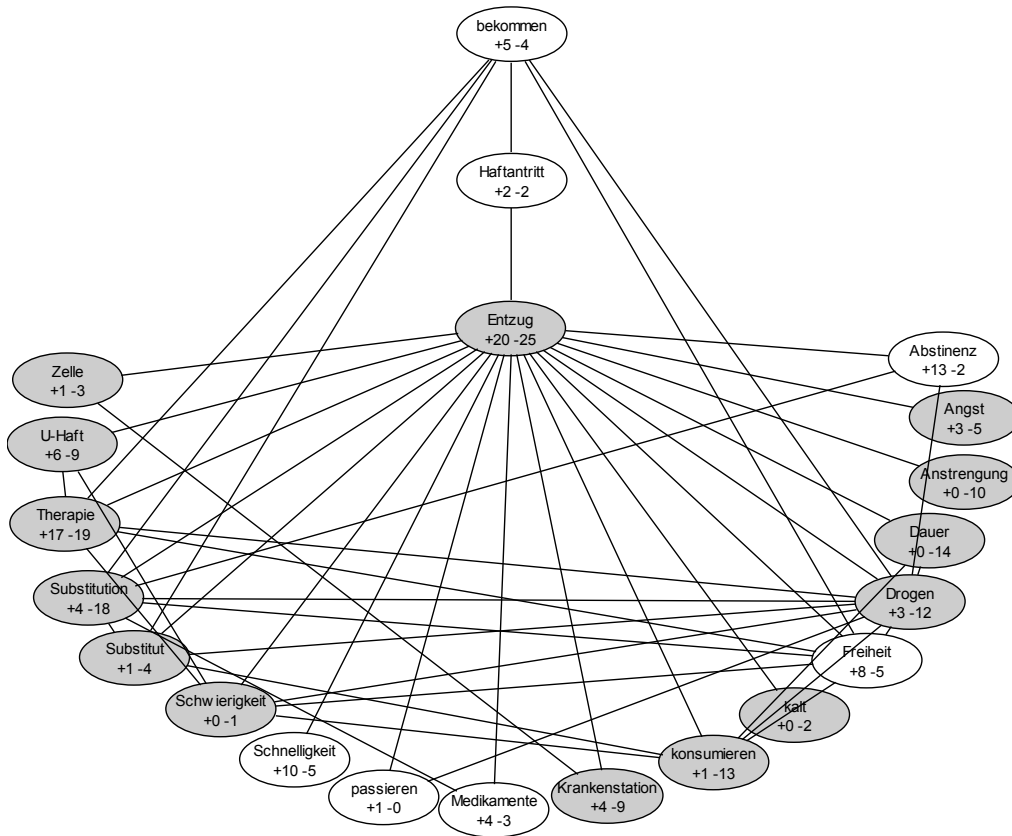


Abbildung 14 Netzwerkgrafik Haftantritt (Ist-Situation)



Abbildung 15 Netzwerkgrafik Haftantritt (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Junge Leute, die das erste Mal in Haft sind, vielleicht vorher kurz substituiert waren, die sollte man einfach auch mal wieder rausholen aus dem Ganzen [Al8]. Und ich denke, in der Regel besteht während der Haft die Möglichkeit, weg zu kommen. Zumindest mal den körperlichen Entzug zu machen und sich mit anderen Dingen zu befassen außer den Drogen [Im1]. Das genießen auch viele. Zu merken, dass der Körper sich wieder gut anfühlt, dass sie wieder anfangen zu trainieren, sie kriegen wieder Muskeln, sie fühlen wieder [Jl8]. Die meisten sagen auch, dass es für sie erstaunlich ist, wie kurz der Entzug ist, und dass er gar nicht so schlimm ist, und dass man davor keine Angst zu haben braucht [Jn9]. Also zumindest in Haft können sie nicht anders, ich meine woanders draußen ist es natürlich schlimmer. Also wenn man eingesperrt ist, wenn es nicht anders geht, dann steht man die Dinge viel einfacher durch, als wenn man immer weiß, ich könnte jetzt anders handeln [Jo1].

Und man hat eventuell einen Stempel, wenn man so als Drogie oder als Junkie bekannt ist. Das könnte damit zusammenhängen, dass manche dann wirklich auch den Entzug noch draußen machen [Hc6]. Und es wird wohl auch relativ schnell entzogen. Viel, viel, viel schneller, als wenn man auf eine Entgiftungsstation geht. Und das ist natürlich schon anstrengend, das macht den Leuten schon auch Angst [Hc1]. Aber der Entzug ist im Einzelfall sehr unterschiedlich. Wie lange es dauert, kommt drauf an, was sie konsumiert haben [Jn4]. Weil Methadon so hinterfotzig ist, das kommt mit Gewalt immer wieder. Das dauert ewig [Ff9]. Manchmal wird mit medikamentöser Unterstützung entzogen, bei bestimmten Fällen ist auch eine ausschleichende Substitution möglich [Cb6]. Oder die Leute kommen rein und machen den Entzug auf den Stationen [Je2]. Wenn die wirklich krasse Entzugserscheinungen haben, die dann schon irgendwie ärztliche Aufsicht brauchen, dann kommen die auf die Krankenabteilung und werden dann schon noch mal betreut [Ff3]. Manche wollen auch nicht auf die Krankenabteilung, weil sie wissen, wie es da abläuft. Da sind große Zimmer mit vielen Leuten, und sie dürfen nicht rauchen [Jn1].

Also die Kombination ist halt das eigentlich Tragische. Die Kombination aus übelst affig und erstmals kurz vor der Haft [Ea6]. Grad bei so einem erstmaligen Haftantritt und bei kaltem Entzug wäre halt so ein generelles Erstgespräch bei der Drogenberatung schon eine feine Sache gewesen

[Ee7]. Und am Anfang ist das alles generell so chaotisch. Oh Gott, ich habe jetzt irgendwie einen Entzug gemacht, ich hab gecheckt, ich hab scheinbar doch ein Problem [Gi4]. Da haben sie halt in dieser akuten Zeit oft keine Begleitung wegen langen Wartezeiten, oder nur schwierig [Jo5].

Bewertungskodierung

In der Ist-Situation (s. Abbildung 14) wurde *Entzug* ambivalent bewertet. Gleiches gilt für *Therapie* und *Medikament*, letzteres jedoch mit deutlich weniger Bewertungen. Die Begriffe *bekommen*, *Abstinenz*, *Freiheit*, *Medikament*, *passieren* und *Schnelligkeit* wurden vorrangig positiv bewertet. Die restlichen Begriffe dieser Netzwerkgrafik erhielten überwiegend negative Bewertungen.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 15) stechen *Therapie* und *Substitution* heraus, die die meisten positiven Bewertungen erhielten.

4.2.2.2 Paragraf 35

Die Netzwerkgrafiken in Abbildung 16 und Abbildung 17 wurden mit dem Parameter zehn um *Paragraf 35* gebildet.

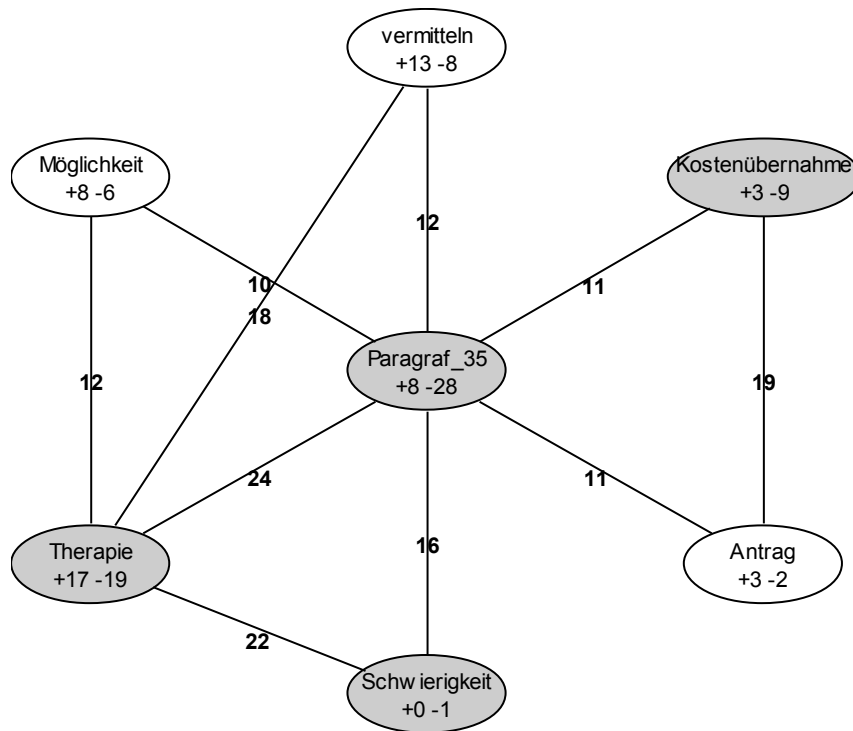


Abbildung 16 Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Ist-Situation)

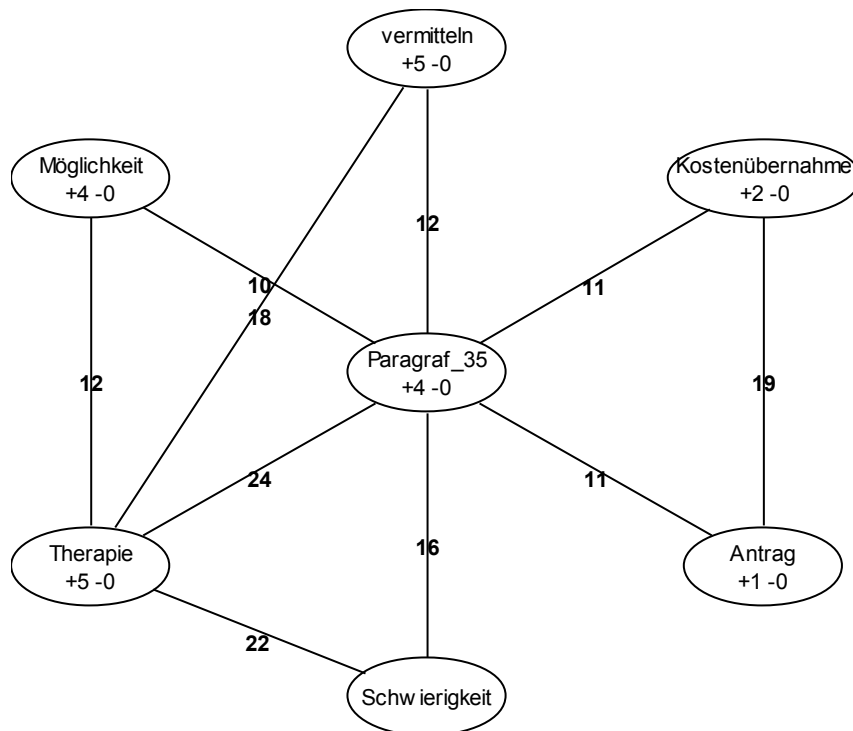


Abbildung 17 Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Früher haben die Staatsanwälte direkt noch über § 35 entschieden, jetzt machen das Rechtspfleger. Und seitdem sich das System geändert hat,

ist es einfach ein bisschen schwieriger geworden [Ai9]. Und das ist eigentlich, aus meiner Sicht, am § 35 das Sinnvolle, dass man sich austauscht und auch das mal auf dem kürzeren Dienstweg vielleicht hinkriegt [Aj4]. Und ab 2011 hat die Rentenversicherung bestimmt, dass die Kostenanträge nur noch bearbeitet werden, wenn ein rechtskräftiges Urteil vorliegt. Vorher wird dieser Antrag gar nicht bearbeitet, wird dann eben als abgelehnt zurückgeschickt [Kc1]. Und jetzt in jüngster Zeit ist es auch geschehen, wieder seitens der Rentenversicherung, gibt es ein neues Formular. Da geht es darum, dass die Justiz hier im Vorfeld, bevor der Kostenantrag gestellt wird, benennen muss, ob die Möglichkeit zum § 35 oder zum § 57 besteht, ob eben dann noch Verhandlungen anstehen [Kc5]. Und es wird immer schwieriger, Kostenträger zu finden [Ce8]. Auch wenn irgendwo im Urteil zum Beispiel Gewinnerzeugung steht, dann haben die schon gar keine Chance mehr auf § 35 [Jb4]. Und dann haben sie ein Ziel, wollen auf Therapie gehen, und dann erschwert man ihnen das, womöglich aus Kostengründen [Ko9]. Und wenn halt insgesamt von dieser Möglichkeit der therapeutischen Behandlung nach § 35 in mehr Fällen Gebrauch gemacht werden würde, würde uns das wesentlich entlasten [Cf2].

Da sollte halt einfach mehr möglich sein, dass es eben nicht so blockiert ist [Aj5]. Ich weiß nicht genau, welche Therapieformen es geben würde, die das Angebot noch erweitern. Also auf jeden Fall brauchen wir mehr und nicht nur diese Vermittlung in Therapie statt Strafe [Df5]. Obwohl Therapie im Strafvollzug für mich persönlich sehr fraglich ist, ob es wirklich gut ist, egal was für eine es auch ist, weil da immer dieses Abhängigkeitsverhältnis da ist [Jo8]. Wir machen auch Rückfallspräventionsgruppen. Gerade für Leute, die nicht auf Therapie können, aber doch was tun wollen [Kp6].

Unsere Hauptaufgabe sehe ich schon in der Beratung und in dem Anregungsprozess, etwas zu verändern. Unser Hauptgeschäft, auch für die Kostenträger, ist, dass wir so viel wie möglich vermitteln [Jc1]. Gerade hier dauern die Entscheidungen auch sehr lange, bis § 35 bewilligt oder abgelehnt wird [Ai7]. Und so ein 35er Prozess dauert. Von der Behandlung bis zur Vermittlung, wenn's funktioniert, sind das so zwischen zwei und drei Monaten, die man drauf rechnen muss für die Bearbeitung des 35ers [Jb9]. Also es gibt viele Leute, die eigentlich auf den Prozess der Vermittlung einwirken. Rentenversicherung, also Kostenträger allge-

mein, dann auch die ganze Justiz, die einfach Voraussetzungen schafft, dass man's nicht bekommt oder bekommt [Jh8].

Aber es gibt auch Selbststeller, die Drogen genommen haben, und dann kommen sie halt in die Krankenabteilung für den Entzug. Und in der Regel fragen sie da auch schon am ersten Tag nach einem Sozialarbeiter, was los ist mit Therapie. Sagen, ich brauche eine Therapie, und die müssen mir jetzt eine Therapie zahlen. Also, solche gibt es dann natürlich auch. Fordernd sind die [Ge4]. Das ist so das erste. Erst selber sich stellen, sich positiv hinstellen und dann gleich nach Therapie fragen [Im4]. Und das sind dann natürlich häufiger Leute, die nicht so motiviert sind an der Problematik an sich zu arbeiten. Die wollen halt nur abklären, was geht und wenn nichts geht in diese Richtung, dann kommen sie auch nicht mehr [Ac5]. Hier drinnen nimmt man jeden Strohalm, um raus zu kommen, und draußen hat man nochmal eine ganz andere Möglichkeit, sich frei zu entscheiden [Jc6]. Da muss man sich so ein bisschen vortasten bei denen. Und dann vermittel ich schon auch in eine Therapie, wenn das irgendwie Sinn macht [Ga4]. Das Problem bei den Drogenabhängigen ist auch, wo bringen wir die dann unter, wenn sie keine Therapie machen? [Il7]

Bewertungskodierung

In der Ist-Situation (s. Abbildung 16) wurde nur *vermitteln* vorwiegend positiv bewertet. *Therapie*, *Möglichkeit* und *Antrag* wurden mit abnehmender Häufigkeit ambivalent bewertet. Vorwiegend negative Bewertungen erhielten *Paragraf 35* und *Kostenübernahme*.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 17) erhielten *Therapie*, *Möglichkeit*, *vermitteln*, *Paragraf 35*, *Kostenübernahme* und *Antrag* in absteigender Häufigkeit positive Bewertungen.

4.2.2.3 Prävention

Zur Bildung des Netzwerks um Prävention (s. Abbildung 18) wurde der Parameter fünf festgelegt. Alle vier verknüpften Begriffe wurden in zweiter Ebene mit dem Parameter fünf erweitert.

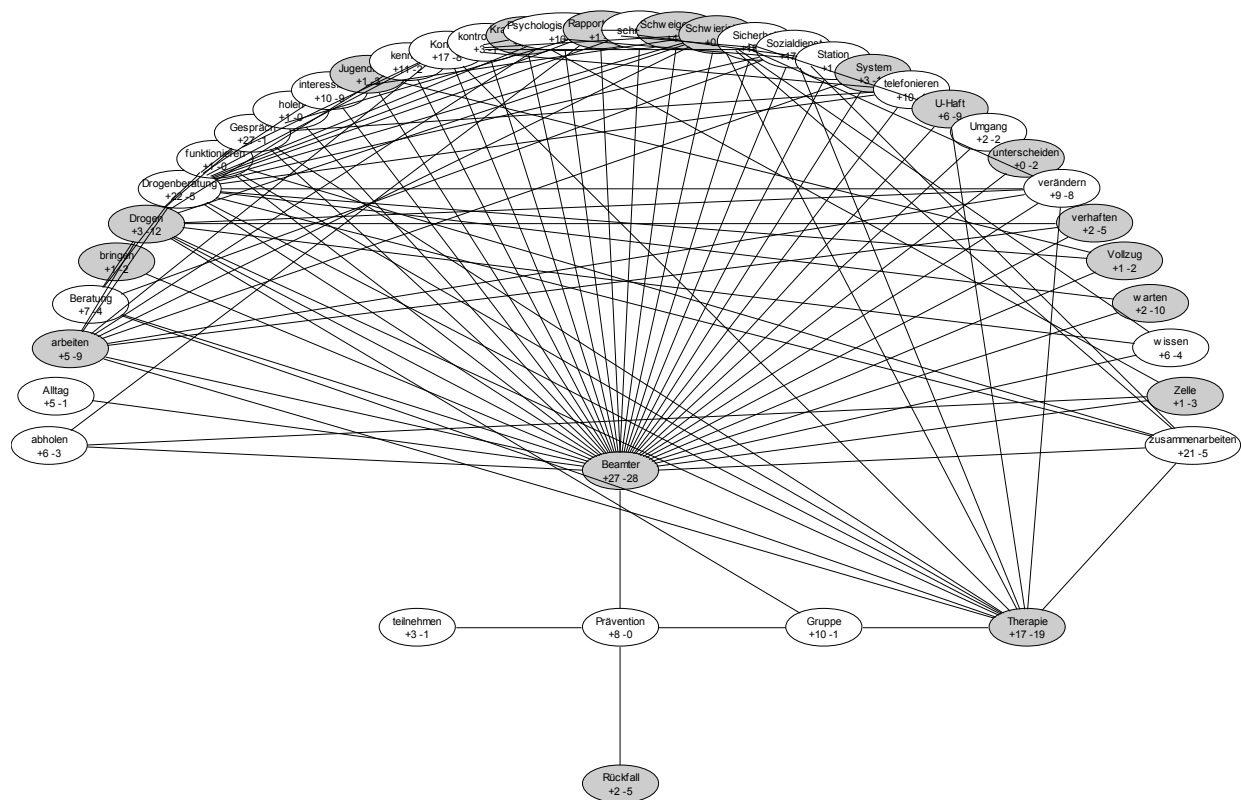


Abbildung 18 Netzwerkgrafik Prävention (mit Erweiterungen)

In Abbildung 18 ist zu sehen, dass der *Beamter* in den Schilderungen der Interviewten eine zentrale Rolle einnimmt. Darüber hinaus sind außer *Gruppe*, die mit *Therapie* verknüpft ist, die mit *Prävention* im Zusammenhang stehenden Begriffe nicht erweiterbar (bei einer minimalen Verbindungsstärke von 5). Aufgrund der hohen Zahl an Verbindungen mit *Beamter* wurde für die genauere Analyse von *Prävention* auf die Erweiterung in zweiter Ebene verzichtet (s. Abbildung 19 und Abbildung 20). Eine gesonderte Analyse von *Beamter* folgt in Kapitel 4.2.4.1.

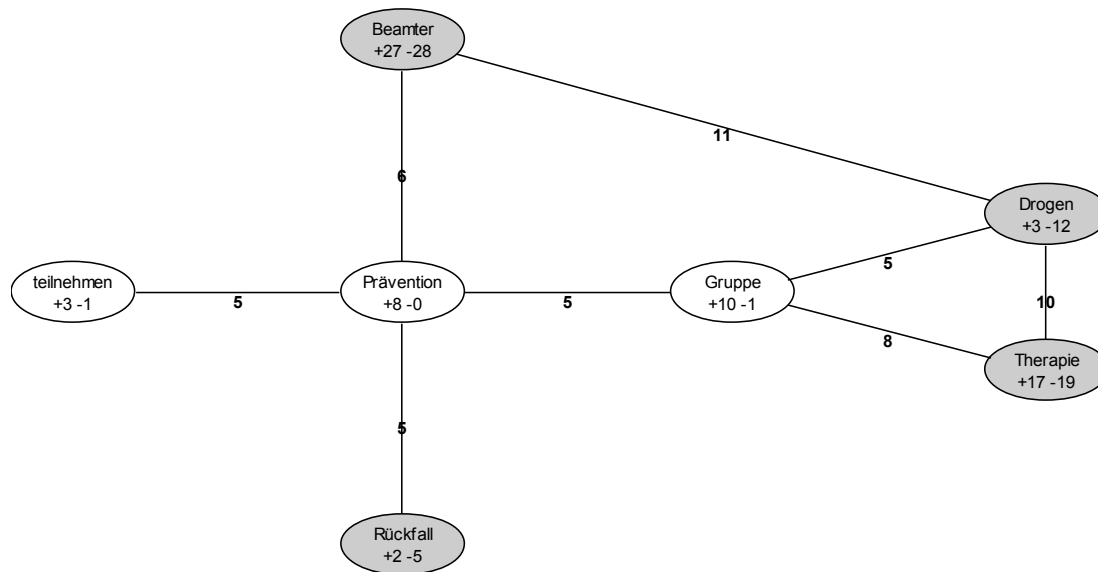


Abbildung 19 Netzwerkgrafik Prävention (Ist-Situation)

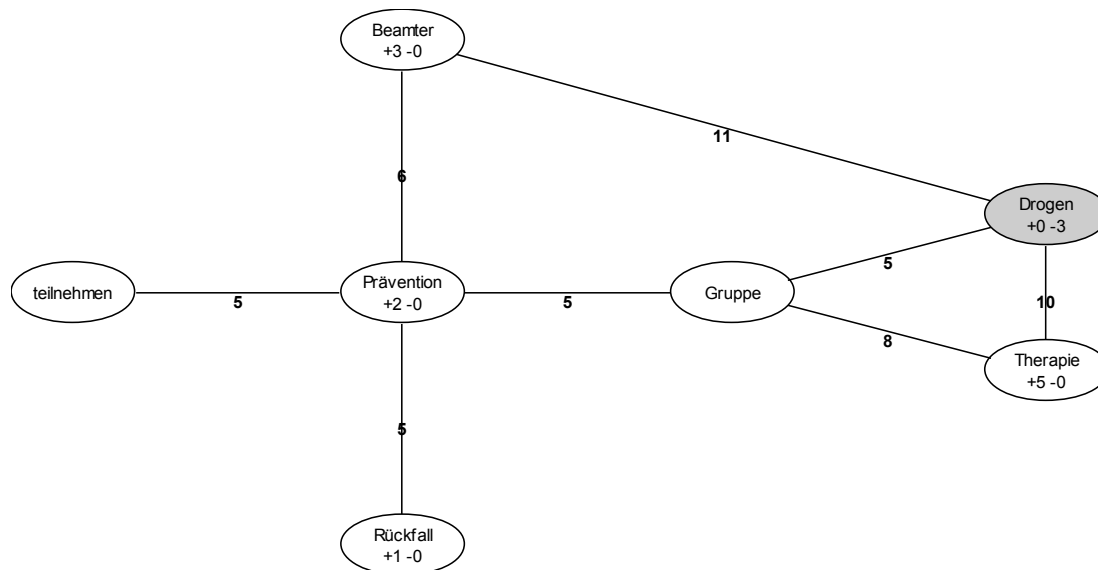


Abbildung 20 Netzwerkgrafik Prävention (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Gruppen sind uns sehr wichtig für unsere Arbeit [Ak8] als ein sehr wichtiges ergänzendes Modul neben der Einzelberatung [Ak9]. Darunter fallen auch diese Behandlungsmaßnahmen soziales Kompetenztraining, Antigewalttraining, spezielle, ich würde sagen Drogengruppe, das ist eine therapievorbereitende Gruppe [Ib5]. Wir machen auch Rückfallpräventionsgruppen. Jetzt vielleicht gerade noch mal gesprochen auch von Leuten, die nicht auf Therapie können, aber doch was tun wollen [Kp6].

Man kann jetzt auch nicht so sagen, wir machen ja keine Drogentherapie [Fg7]. Wir haben zum Beispiel einen externen Mitarbeiter, der schon seit vielen Jahren eine Drogengruppe macht [Ci1]. Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung haben wir auch über Drogen geredet [Fg7]. Im Abschlussgespräch geht es darum, was kann ich tun, wenn der Fall einer Überdosis eintritt. Dass man das einfach noch mal bespricht, wer ist Ansprechpartner, wie kann mit bestimmten Dingen umgegangen werden. Also das gehört schon dazu [A13].

Unser Konzept für Präventionsveranstaltungen ist möglichst kleine Gruppen und das in einem Workshop-Charakter zu machen, um eben auch persönliche Fragen der Betroffenen zulassen zu können [Bd8]. Manche wichtige Informationen, denke ich, die kann man einfach nur in kleinen Gruppen vermitteln [Be4]. Bei der Auswahl der Teilnehmer ist uns ganz wichtig, dass es freiwillig ist. Dass es keine Zwangsveranstaltungen sind [Be9]. Auf der anderen Seite ist Freiwilligkeit problematisch in einem Ambiente, in dem alles auf Druck aufgebaut ist, und Leute sich lethargisch abwenden von allen Angeboten, die in ihnen von einer totalitären Anstalt angeboten werden [Bf1].

Die Beamten haben natürlich keinen Bock drauf, noch zusätzliche Runden zu drehen, damit irgendwelche Ehrenamtlichen dann irgendwelches Zeug machen können [Bg5]. Darum müssen wir dort den Leuten klar machen: Ihr seid unsere Stütze, dass wir an die Leute rankommen [Bf8]. Wenn ein Vollzugsbeamter oder eine Sozialarbeiterin da Interesse dran haben und persönlich engagiert sind, dann wird das stattfinden. Wenn das nicht so ist, dann geht das in die Hose [Bg6].

Bewertungskodierung

In der Ist-Situation (s. Abbildung 19) wurden *Therapie*, *teilnehmen* und *Gruppe* deutlich positiv bewertet, während *Drogen* und *Rückfall* negativ sowie *Beamter* und *Therapie* ambivalent bewertet wurden.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 20) erhielten *Therapie*, *Beamter*, *Prävention* und *Rückfall* positive Bewertungen, während *Drogen* ausschließlich negativ bewertet wurde.

4.2.2.4 Zusammenarbeiten

Das Netzwerk um *zusammenarbeiten* wurde mit dem Parameter fünf gebildet. Der mit *zusammenarbeiten* verbundene Begriff *besprechen* wurde in zweiter Ebene erweitert, *Kollege* war mit keinem weiteren Begriff verbunden (s. Abbildung 21 und Abbildung 22).

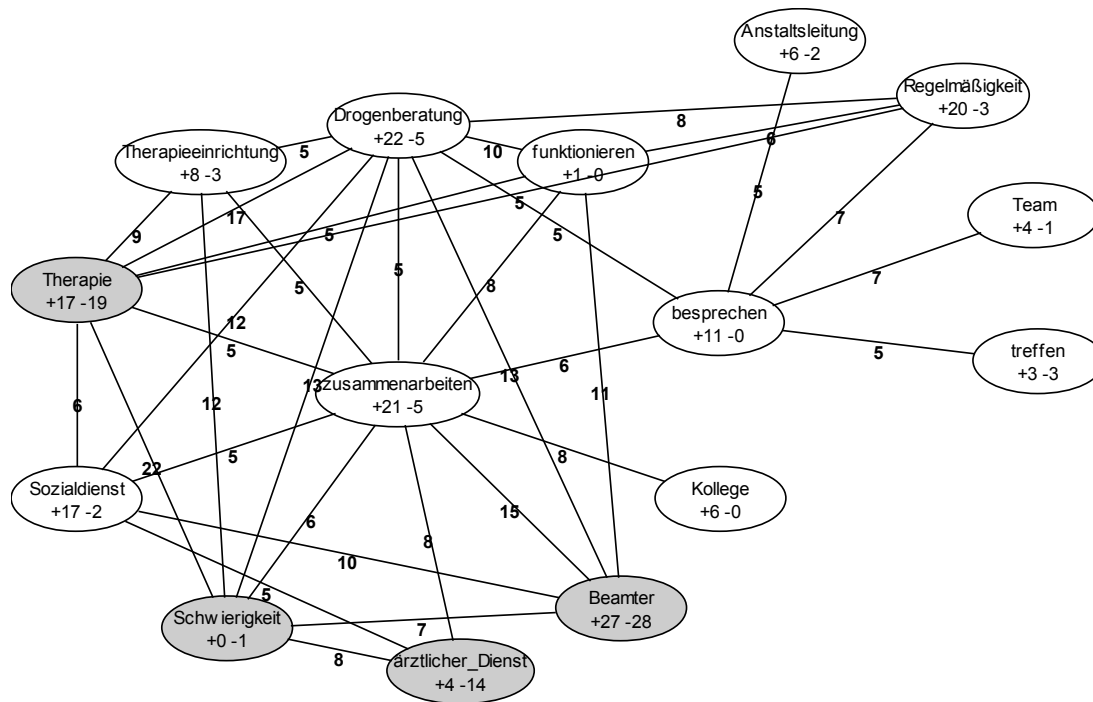


Abbildung 21 Netzwerkgrafik zusammenarbeiten, besprechen, Kollege (Ist-Situation)

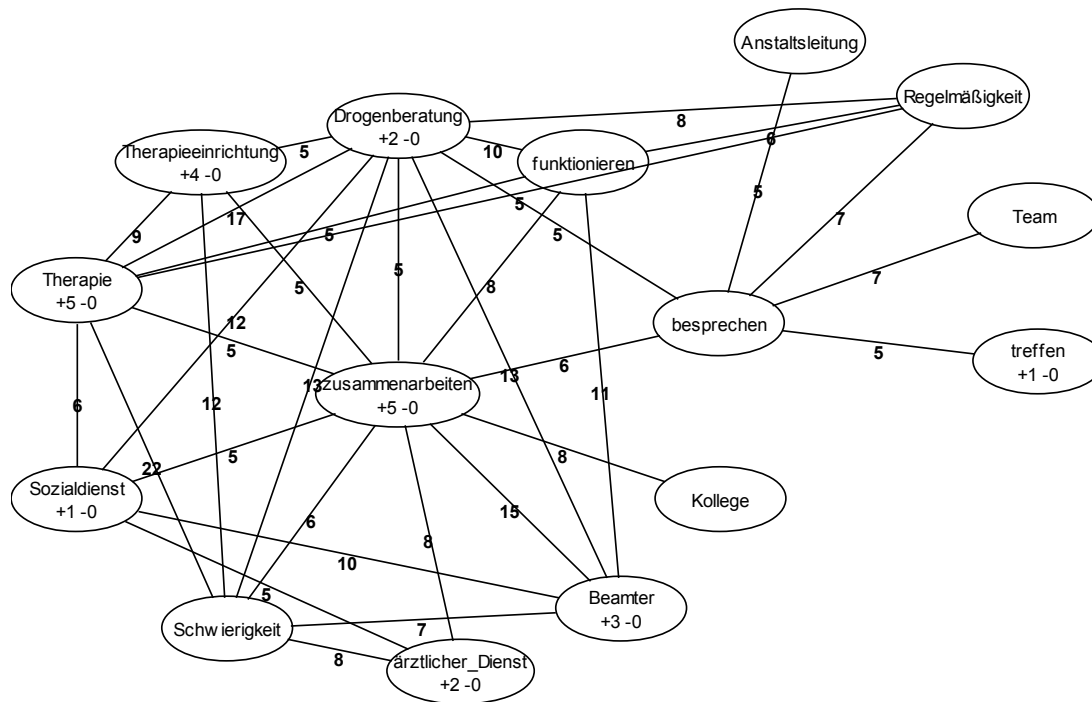


Abbildung 22 Netzwerkgrafik zusammenarbeiten, besprechen, Kollege (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Und mit den Beamten haben wir natürlich teilweise auch zu tun. Wir machen Gruppen und da sind wir natürlich auch darauf angewiesen, dass uns das ermöglicht wird [Ai4]. Aber es ist keine direkte Zusammenarbeit, ich würde mal sagen, eine richtige Nebeneinander-Zusammenarbeit [Af7]. Und das ist eher auch informell. Da gibt es jetzt nichts, wo man sagt, das ist so institutionalisiert, sondern wir sprechen halt dann mit den Beamten, je nach Bedarf [Af9]. Ich finde eben persönlich ganz wichtig, dass die Zusammenarbeit gut klappt. Und dass auch meine Schweigepflicht akzeptiert wird [Ge5].

Ansonsten funktioniert das schon und auch die interne Kommunikation funktioniert in aller Regel, und wir haben ja auch ein Computer Informationssystem über die einzelnen Gefangenen, zu dem die Bediensteten Zugriff haben, wo die Informationen immer abgerufen werden können [Ce2]. Aber die Zusammenarbeit mit dem Vollzugsdienst funktioniert sehr unterschiedlich. Also normaler Weise geht es überhaupt nicht und das ist normal in Haft. Das ist wirklich ganz unterschiedlich [Bf5].

Und halt mit meinen anderen Kollegen von der externen Suchtberatung, da hab ich schon Kontakt. Wir treffen uns auch einmal im Monat hier in der JVA in einem Team, wo wir halt alle zusammenkommen, um so

Haftanstaltsübergreifendes, so zu sagen, zu besprechen [Gc6]. Man ist schon ein Einzelkämpfer auf seine Art und Weise [Ge7]. Es ist immer wichtig, sich auch mal zu sehen, zu wissen, wie man aussieht. Wenn man denn auch mehr Einzelkämpfer ist. Aber wenn man mal gemeinsam was einbringen muss, dass man sich dann halt einfach trifft und auch abspricht [Jg4].

Also ich bin hier halt mitten in einem System-drum-herum, wo alle anderen, die gehören alle zur Justiz, und ich net [Ge7]. Also dieses Externsein und irgendwie nicht dazugehören, das macht die Sache schon oft schwierig. Das ist zwar schon ein kollegiales Verhältnis, aber es könnte einfach viel besser sein [Dg9]. Man ist schon ständig eigentlich im Konflikt mit den anderen Bediensteten [li7]. Wir können den Beamten nicht in die Arbeit dreinreden. Die einzigste Verbindung zur Justiz ist eigentlich der Sozialarbeiter der Justiz, mit dem haben wir direkten Kontakt, der Abteilungsleiter in Fragen der Entlassungsvorbereitung, Ausgänge und der Anstaltsleiter als Beschwerdestelle [Dc2]. Also grundsätzlich arbeite ich mit jedem hier zusammen. Weil das geht nicht, ich kann hier nicht isoliert arbeiten [lc9].

Was nicht funktioniert, ist manchmal so die Zusammenarbeit zwischen uns und dem medizinischen Dienst. Der medizinische Dienst ist immer eine eigene Hoheit in der Haftanstalt [Bk3]. In dem Sinne findet eigentlich keine Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst statt [Kj9]. Es gibt auch keine Kommunikation zwischen den Ärzten und uns [Kk4].

Was auch gut läuft, ist die Sache mit den Therapieeinrichtungen. Da ist wirklich auch eine gute Kooperation mittlerweile da [Ji4]. Wenn man lange Jahre diese Arbeit macht, dann kennt man natürlich die Leute, die man auch braucht [Ai5].

Bewertungskodierung

In der Ist-Situation (s. Abbildung 21) wurde vor allem der *ärztliche Dienst* negativ bewertet, *Therapie* und *Beamter* ambivalent. Die restlichen Begriffe wurden fast durchweg positiv bewertet, besonders häufig *zusammenarbeiten*, *Drogenberatung*, *Sozialdienst* und *Regelmäßigkeit*.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 22) erhielten vor allem *zusammenarbeiten*, *Therapie* und *Therapieeinrichtungen* positive Bewertungen.

4.2.2.5 Drogenberatung

Aufgrund der häufigen Erwähnung der Drogenberatung in den Interviews wurde für das Netzwerk der Parameter zehn gewählt (s. Abbildung 23 und Abbildung 24).

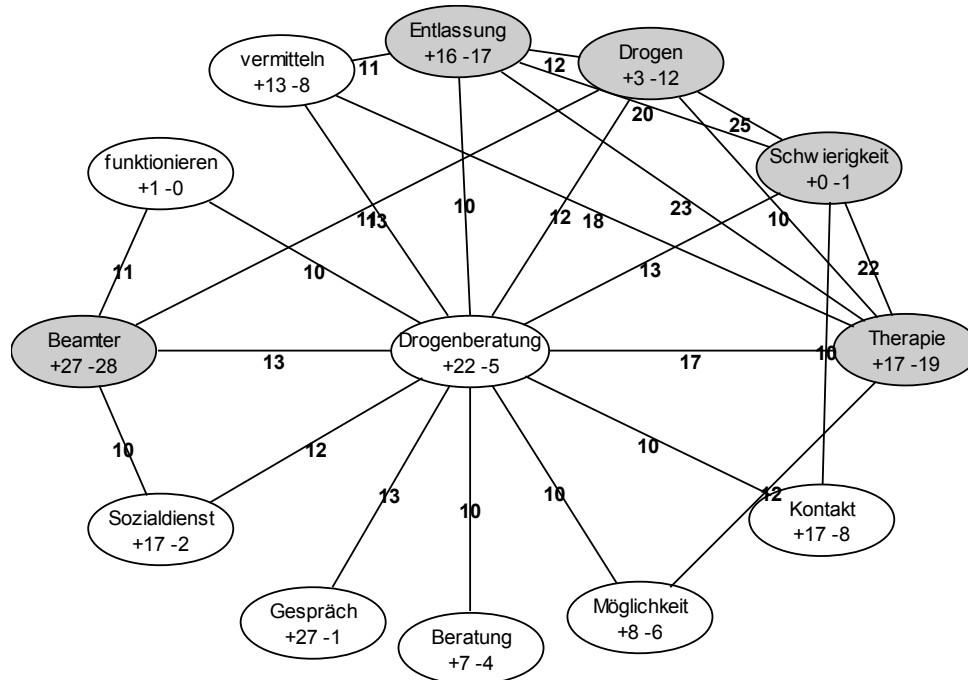


Abbildung 23 Netzwerkgrafik Drogenberatung (Ist-Situation)

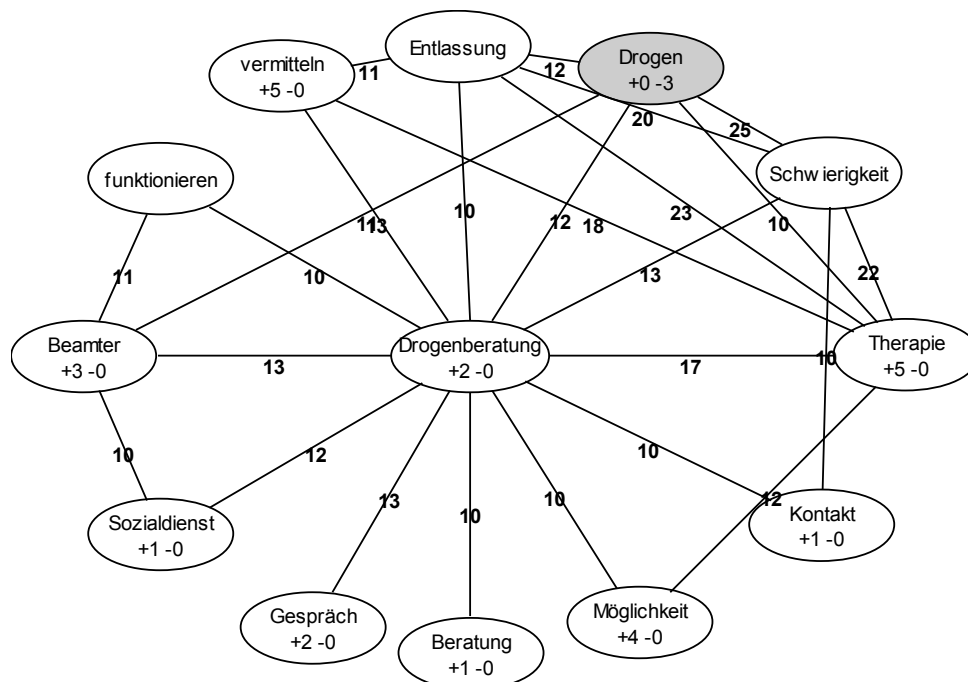


Abbildung 24 Netzwerkgrafik Drogenberatung (Soll-Situation)

Aufgrund der hohen Verbindungsdichte auch zwischen den Knotenpunkten wurde, um eine klare und fokussierte Aussage über die Drogenberatung treffen zu können, für die Zusammenfassung auf die Satztexte der Querverbindungen verzichtet.

Zusammenfassung

Die Erstkontaktaufnahme ist in Form eines Antragsscheins [Ja7]. Das ist in dem Sinn klar dann net anonym, weil da steht sein Name drauf. Und wenn der draufschreibt, er möchte zur Drogenberatung, dann liest das der Beamte [Ga9]. Oder wenn jetzt der Sozialdienst eben auch feststellt, da könnte Drogenkonsum im Raum stehen, beziehungsweise die fragen die Leute auch konkret danach, dann kriegen die auch schon oft so den Tipp: Wenden Sie sich mal an die Drogenberatung [Ga6]. Da kann man natürlich auch überweisen an die Drogenberatungsstellen innerhalb der JVA [Fa5]. Die Vermittlungen zu den eigenen Kollegen, aber auch zu den anderen Suchtberatungen von anderen Trägern usw., laufen super, und die Gespräche untereinander laufen auch gut [Df1]. Oder halt über Beamte, dass die halt auch mal sagen: Mensch, geh doch mal zur Drogenberatung [Gb7]. Oder wenn der offen Therapie statt Strafe will oder so was, dann vermitteln wir ihn weiter, dann sage ich: Hier, Suchtberatung ist Ihre Ansprechstelle [De4]. Also das muss man auch sehen. Das muss man dann einschätzen: Wie oft war er schon in Haft? Wie viele Therapien hat er hinter sich? Ging er regelmäßig zur Drogenberatung? [Ig8] Hier drinnen nimmt man jeden Strohhalm, um raus zu kommen, und draußen hat man nochmal eine ganz andere Möglichkeit, sich frei zu entscheiden [Jc6]. Erst nach der Verhandlung gibt's dann die Möglichkeit, die Leute, wenn sie günstig verläuft, in Therapie zu schicken [Jb6].

Ich mach keine Therapiearbeit, auch wenn es sich manchmal so anfühlt [Jq3]. Für mich geht's ja hauptsächlich um die Außenorientierung und um die Situation der Menschen, die hierher kommen, mal einfach zu nutzen, wo die Veränderungsbereitschaft sehr groß ist [Jp2]. Zwischen der Justiz, den Vollstreckungskammern und auch zwischen der Ermittlungskammer und den Kostenträgern und den Einrichtungen, wir sitzen da so in der Mitte [Ji3]. Wenn die jetzt in eine Therapieeinrichtung gehen, dann ist da der Schwerpunkt eben Vermittlung in Therapie. Was ist da wichtig? Wie übersteh ich überhaupt eine Therapie, ohne dass ich

rausfliege usw. [Gh3]. Zur Zeit ist es hier aber schwierig, die Leute auf Therapie zu bringen, weil das ist natürlich ein Teil der Arbeit hier der Drogenberater, also es wird immer schwieriger Kostenträger zu finden [Ce8].

Wie die Beamten mit uns umgehen, das ist ja auch wieder ganz unterschiedlich [Kg3]. Im Strafvollzug ist das net immer ganz so, eben so der Austausch mit den Beamten und auch mit dem Sozialdienst [Gd3]. Aber es gibt nette Beamte, die mich dann anrufen, wenn irgendwie ein Termin nicht eingehalten werden kann [Ja6].

Und zu diesen mit externen Drogenberatern Unterversorgten zählt also auch diese JVA [Cd6]. Nach vier, fünf Monaten in der Regel, kommt er zum Erstgespräch [Id4]. Insofern könnte also da auch von der Krankenabteilung Druck weggenommen werden, wenn halt andere Beratungsangebote mit größerem Umfang zur Verfügung stehen [Cd6]. Und es müsste so eine Art Übergangsmanagement geben für diese Abhängigen, dass die Drogenberatung Kontakt halten könnte mit dem draußen, entweder in Freiheit oder in der Therapieeinrichtung [li9].

Bewertungskodierung

In der Ist-Situation (s. Abbildung 23) wurden die meisten Begriffe deutlich positiv bewertet. Überwiegend negativ fiel die Bewertung nur für *Drogen* aus, sehr häufig und ambivalent bewertet wurden vor allem *Beamter*, *Therapie* und *Entlassung*.

Außer *Entlassung*, das keine Bewertung erhielt, und *Drogen* wurden alle anderen Begriffe für die Soll-Situation (s. Abbildung 24) positiv bewertet, besonders deutlich *vermitteln*, *Therapie* und *Möglichkeit*.

4.2.2.6 Konsumieren

Für das Netzwerk um *konsumieren* wurde der Parameter fünf gewählt (s. Abbildung 25 und Abbildung 26).

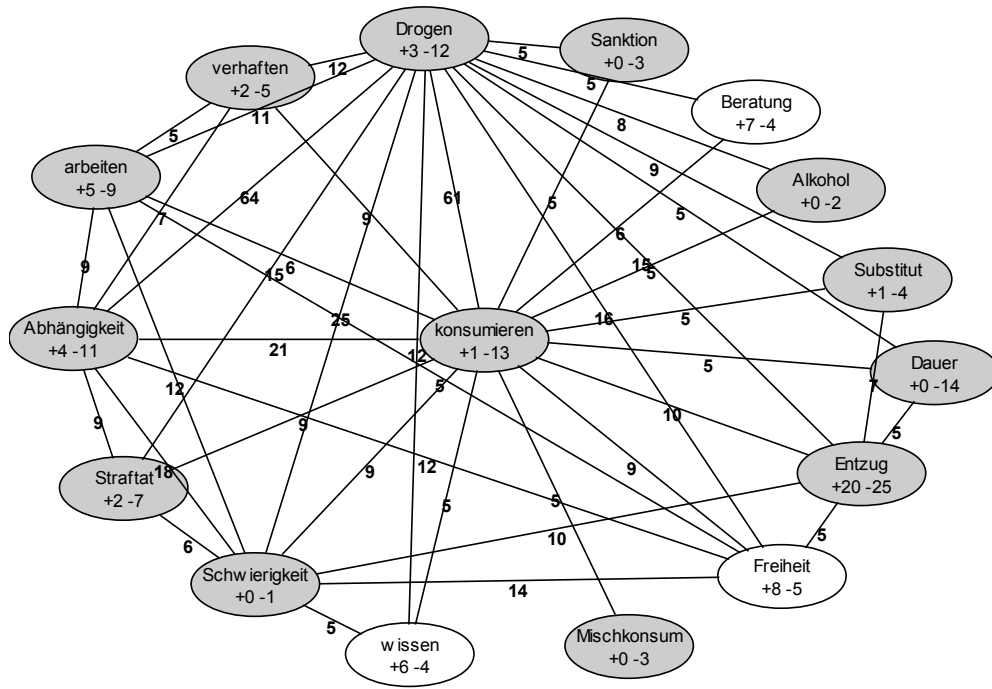


Abbildung 25 Netzwerkgrafik konsumieren (Ist-Situation)

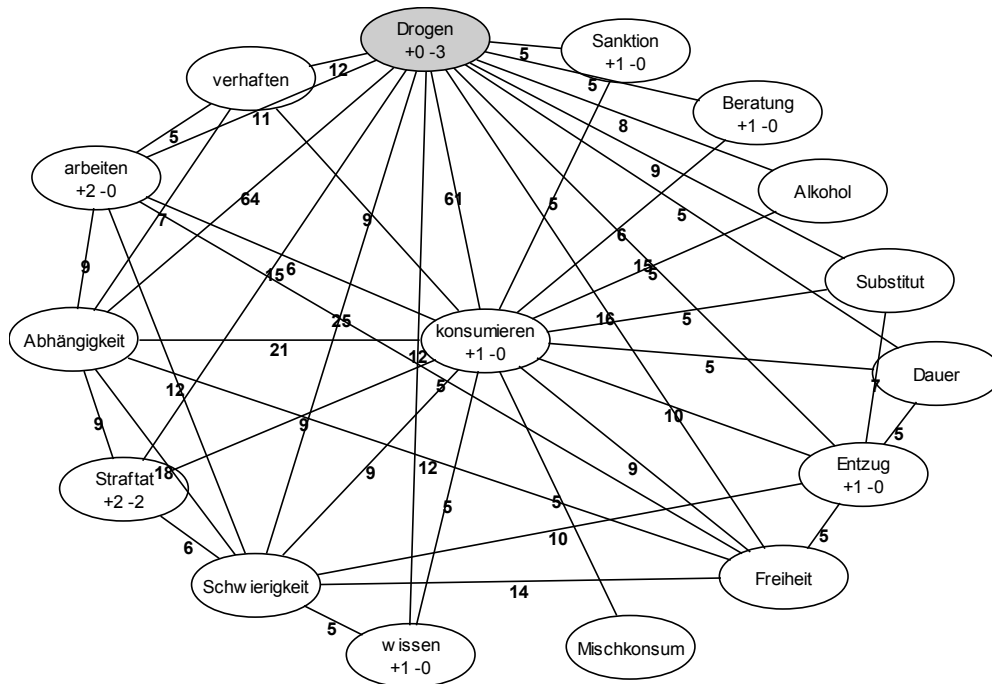


Abbildung 26 Netzwerkgrafik konsumieren (Soll-Situation)

Auch für dieses Netzwerk wurde für die Zusammenfassung aufgrund der hohen Verbindungsichte auf die Sätze der Querverbindungen verzichtet.

Zusammenfassung

Die Leute wollen einfach nochmal Information bezüglich ihrer Sucht, ihres Konsums und Information über Hilfsangebote, sind aber nicht interessiert weiter an Beratung teilzunehmen [Ac7]. Zum Beispiel kommt jemand, der vorher ab und zu Cannabis konsumiert hat, und der will einfach wissen, hat er jetzt ein Problem oder nicht. Einfach so eine Einschätzung will er haben, ob das jetzt behandlungsbedürftig ist [Ac8]. Und grad bei der Alkoholberatung habe ich dann doch immer wieder auch was zu tun. Wenn bei einem zum Beispiel jetzt unklar ist, welcher Konsum da jetzt im Vordergrund steht [Gc5]. Und dann kommt es darauf an, will er denn überhaupt etwas gegen die Sucht machen? Oder wollen die halt einfach ihre Drogen nehmen [Dd8]? Und manche ruhen sich schon ein bisschen auf ihrer Erkrankung aus [Ge4]. Wenn sie davor konsumiert haben, können sie, wenn sie wollen, auch drinnen konsumieren. Da finden die ihre Wege [Ff4]. Wo die das her haben will ich ehrlich gesagt nicht wissen [Gh6]. Und wenn jemand hier konsumiert und es kommt raus, dann gibt es sofort Sanktionen [Ke2]. Und wenn jetzt jemand z. B. arbeitet und hat etwas erreicht hier und sich eingerichtet, dann achtet er schon sehr darauf, dass nicht bemerkt wird, dass er was genommen hat, weil sonst geht er in den Arrest oder er bekommt Sonstiges, keine Arbeit mehr. Also er kann sehr schnell sehr viel verlieren [Ke3]. Und das fällt mir aber schon oft auf, dass die Drogenkonsumenten, die bei mir in Beratung sind, schon oft schwierig sind. Also mit denen ist oft was, dass die halt ständig irgendwelche Disziplinarmaßnahmen haben oder auch im Arrest sitzen oder oder oder [Gd9].

Was ich aber mitkriege ist oft, dass sie so erzählen, dass sie halt nicht ernst genommen werden. Auch wenn sie dann offen machen, wie viel sie denn konsumiert haben und wie ihre Methadoneinstellung war und wie sie denn denken, dass das mit dem Entzug einigermaßen klappen würde [Hd6]. Und was auch noch dazu kommt: Die, die konsumieren, wollen ja auch gar nicht, dass jemand aussteigt. Also das ist so schwierig auszusteigen [Fe9].

Der Gefangene kommt zu uns, weil er Drogen konsumiert hat. Die meisten jedenfalls. Manche natürlich auch nur wegen Beschaffungskriminalität [Cc2]. Und dann geht es viel um das Juristische. Warum jetzt jemand hier ist und wie weit da der Konsum mit der Straftat auch in Zusammenhang steht [Ga2]. Klar es ist hart, sag ich mal eingesperrt zu sein und

auch zu kapieren, glaube ich, dass einem der Konsum, wenn es jetzt jemand wirklich ist, der klassische Beschaffungskriminalität jetzt begangen hat, dass einen der Konsum so weit gebracht hat, dass man im Gefängnis gelandet ist [Gj7].

Klar, ob die immer im Gefängnis richtig sind, da lässt sich dann auch wieder darüber streiten. Weil die Klienten sagen ja auch oft selber: Ich gehöre nicht hier her. Ich bin net so kriminell wie mein Zellennachbar, der jemanden umgebracht hat [Ge1]. Aber solange die Gesellschaft den Drogenkonsum bekämpft und Drogenkonsum verbietet, gibt's halt keine Alternative [Cg6]. Für uns wäre natürlich eine Lösung, wenn der Drogenkonsum straffrei wäre [Cg9]. Aber es gibt auch Leute, denen es nach der Haft besser geht als vorher, weil sie da vielleicht nicht so konsumieren können, wie sie draußen konsumiert haben. Das sind dann vor allem die, die halt wahnsinnig durcheinander und polytox unterwegs waren. Halt alles nehmen, was sie kriegen [Hi4]. Diese Polytoxikomanie, also jeder nimmt gerade alles, was ihm in die Hände kommt und dann auch noch verbunden mit anderen Straftaten, Körperverletzung und Sexualdelikten bis hin zu Betrug und Spielen und alles Mögliche. Das ist alles so vermischt, ja. Den reinen Abhängigen gibt es kaum mehr [Ik2].

Bewertungskodierung

Außer *wissen*, *Freiheit* und *Beratung*, die in der Ist-Situation vorwiegend positiv bewertet wurden, wurde *Entzug* sehr häufig und ambivalent bewertet, die restlichen Begriffe des Netzwerks überwiegend negativ (s. Abbildung 25).

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 26) wurde *Drogen* am häufigsten und zwar negativ bewertet. *Straftat* wurde ambivalent bewertet, ansonsten erhielt *arbeiten* zwei sowie *Sanktion*, *Beratung*, *Entzug*, *wissen* und *konsumieren* jeweils eine positive Bewertung.

4.2.2.7 Substitution

Für das Netzwerk um *Substitution* wurde der Parameter fünf gewählt (s. Abbildung 27 und Abbildung 28)

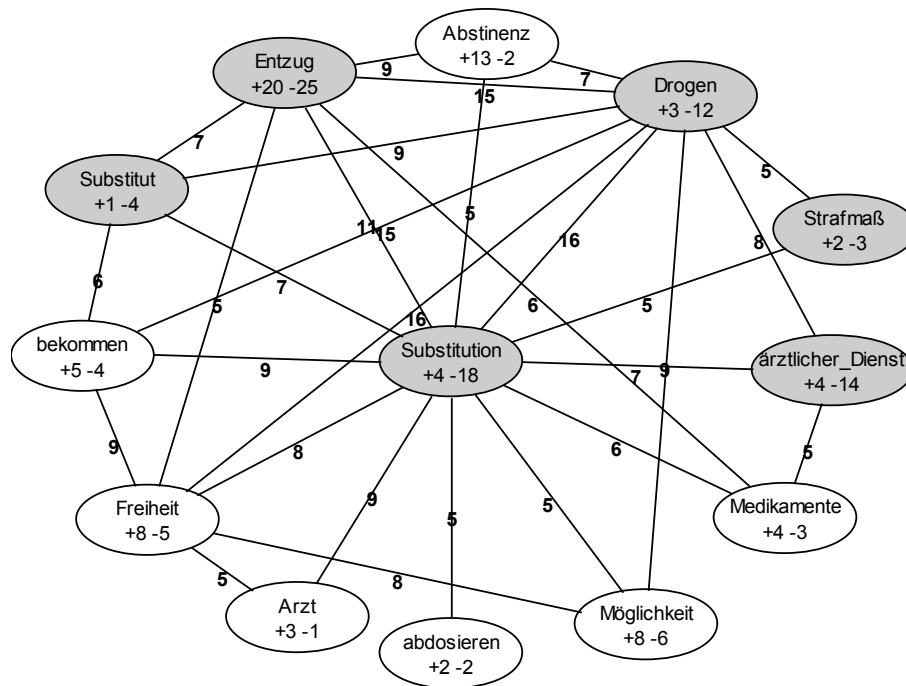


Abbildung 27 Netzwerkgrafik Substitution (Ist-Situation)

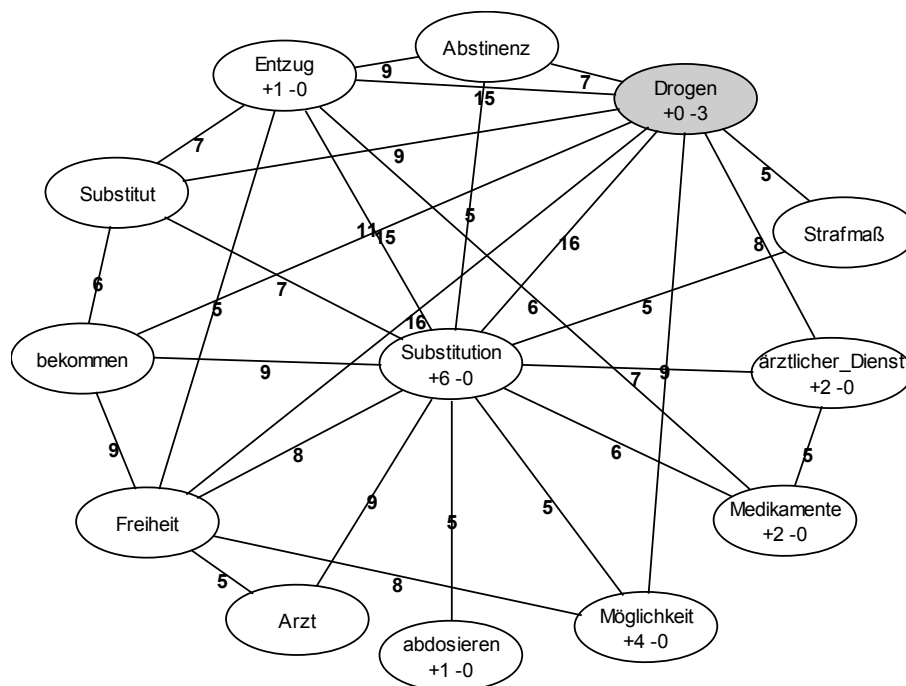


Abbildung 28 Netzwerkgrafik Substitution (Soll-Situation)

Auch für dieses Netzwerk wurde für die Zusammenfassung aufgrund der hohen Verbindungsichte auf die Sätze der Querverbindungen verzichtet, um eine klare und fokussierte Aussage über die Substitution treffen zu können.

Zusammenfassung

Also, wenn jemand vorher substituiert war, kommt in Haft und verbüßt eine kurze Geldstrafe, dann kann unter bestimmten Voraussetzungen nahtlos weiter substituiert werden. In U-Haft eigentlich nicht, da wird nur entzogen, mehr oder weniger kalt [Al5]. Manchmal mit medikamentöser Unterstützung. Bei bestimmten Fällen ist auch eine ausschleichende Substitution möglich [Cb6]. Das hängt vom Gesundheitszustand des Einzelnen ab [Cb9]. Eine JVA bietet für Kurzzeitgefangene Substitution an, also ich glaube, bis zu entweder drei oder sechs Monate werden die Häftlinge in der Regel weitersubstituiert. Alle anderen entziehen im Gefängnis und auch diese JVA entzieht, wenn die Haftstrafe länger ist [Hb7]. Wir versuchen dann schon manchmal darauf hinzuarbeiten, dass die vielleicht vorher noch die Entgiftung machen und anschließend an die Entgiftung dann halt ins Gefängnis sich stellen [Hb8].

Ich würde mir für die Häftlinge wünschen, nicht kalt entgiften zu müssen, warm entgiften zu können oder halt am besten weiter substituiert zu werden [Ef7]. Irgendeine Form der Betreuung bei Haftantritt wäre nötig. Gerade eben, wenn schon nicht Substitution oder nicht warmer Entzug, dann halt zumindest irgendwie eine Psychosoziale Begleitung oder irgendwie jemand, der halt diesen Wahnsinn mit auffangen hilft, der auf einen einstürzt [Ef2]. Und wenn dann jemand substituiert war und total affig ist, dann muss der das mit sich selber ausmachen. Und da gibt es natürlich auch Krampfanfälle und so Geschichten [Ff7]. Es entscheidet der Anstaltsarzt, ein Laie, sag ich mal, darüber, ob Substitution notwendig ist oder nicht [Bl9]. Und das ist lebensgefährlich für den ein oder anderen [Bm1].

Flächendeckende Substitution würde ich nicht gut heißen, weil die Leute einfach auch mal wieder clean werden [Al7]. Irgendwie ist Substitution eine Kapitulation. Erst mal birgt der Entzug eine Chance, wieder einen klaren Kopf zu haben [Al8]. Und ich will ja einen Zustand der Drogenfreiheit erreichen, dafür arbeiten wir. Der Gefangene kommt ja zu uns, weil er Drogen konsumiert hat [Cc2]. Und eine Substitution soll ja draußen einer Verelendung entgegenwirken, die jetzt bei uns nicht eintritt, weil er bei uns ja versorgt ist [Cc3]. Ich kann versuchen, welchen zu helfen, ohne Drogen zurechtzukommen [Im8]. Ich glaube auch, so wie es bei uns ist, wie da die Zustände sind, würden die mit den Substitutionsmitteln wieder dealen [Fh4].

Wichtig ist, dass die nach der Entlassung schnell ihre Krankenkassenkarte haben und schnell zum Arzt können. Gerade auch im Bereich der Drogen- und Substitutionsgeschichten muss es ja eigentlich von einem Tag auf den anderen geklärt sein [Bn7]. Wenn wir dann da bei dem Arzt anrufen und vereinbaren können, dass dann der Klient gleich nach dem Knast, nach der Entlassung zu ihm kommen kann [Km7].

Also, was meiner Meinung nach ganz klar fehlt, ist eine Substitution in Haft. Laut Gesetz steht auch einem Haftgefangenen die gleiche Versorgung zu, wie einem Nichtgefangenen, die er draußen auch erfahren würde [Hg7]. Sucht ist als Krankheit anerkannt, Methadon ist als Substitut einfach immer noch das Mittel der Wahl, und ich denke, ein langjähriger Abhängiger, der schwerstabhängig ist, sollte auch im Gefängnis die Möglichkeit haben, substituiert zu werden [Hg8]. Wenn man da drin substituiert wird, würde man auch keinen, oder zumindest nicht einen so immensen, Suchtdruck bei der Haftentlassung verspüren [Eg9].

Bewertungskodierung

In der Netzwerkgrafik um *Substitution* wurden *Abstinenz*, *bekommen*, *Freiheit*, *Arzt*, *Möglichkeit* und *Medikamente* in der Ist-Situation vorwiegend positiv bewertet (s. Abbildung 27). Ambivalent wurden *Entzug* und – deutlich seltener – *abdosieren* bewertet. Überwiegend negative Bewertungen erhielten alle andere Begriffe, insbesondere *Substitution* und *ärztlicher Dienst*.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 28) wurden *Entzug*, *abdosieren*, *ärztlicher Dienst* und *Medikamente* positiv bewertet, besonders jedoch *Substitution* und *Möglichkeit*.

4.2.3 Berlin

Für die getrennte Auswertung der Interviews aus Berlin stehen insgesamt drei Interviews mit vier Interviewpartnern³ zur Verfügung. Diese wurden in 359 Sätze aufgeteilt.

Da zur Analyse der Subgruppe Berlin im Vergleich zur Subgruppe Bayern weniger Sätze zur Verfügung stehen, wurden insgesamt auch deutlich weniger Bewertungen registriert, sodass diese vor allem für die Soll-Situationen wenige zusätzliche Infor-

³ Ein Interview wurde mit zwei Interviewpartnern gleichzeitig geführt.

mationen bergen. Bei der Analyse der Netzwerkgrafiken für die Subgruppe Berlin wird dennoch nicht auf eine getrennte Analyse der Bewertungen für Ist- und Soll-Situationen verzichtet, denn gerade diese wenigen Bewertungen können wichtige Informationen beinhalten.

4.2.3.1 Ärztlicher Dienst – Substitution

Die Netzwerkgrafiken in Abbildung 27 und Abbildung 28 wurden ausgehend von dem Begriff *ärztlicher Dienst* mit einem Parameter von fünf gebildet. Anschließend wurden die Knoten *Substitution* (aufgrund der häufigen Verknüpfungen mit dem Parameter 10) und *Substitut* aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe zu *ärztlicher Dienst* in zweiter Ebene erweitert. *Krankenpflege* und *Arzt* waren (mit einem Parameter von 5) nicht erweiterbar.

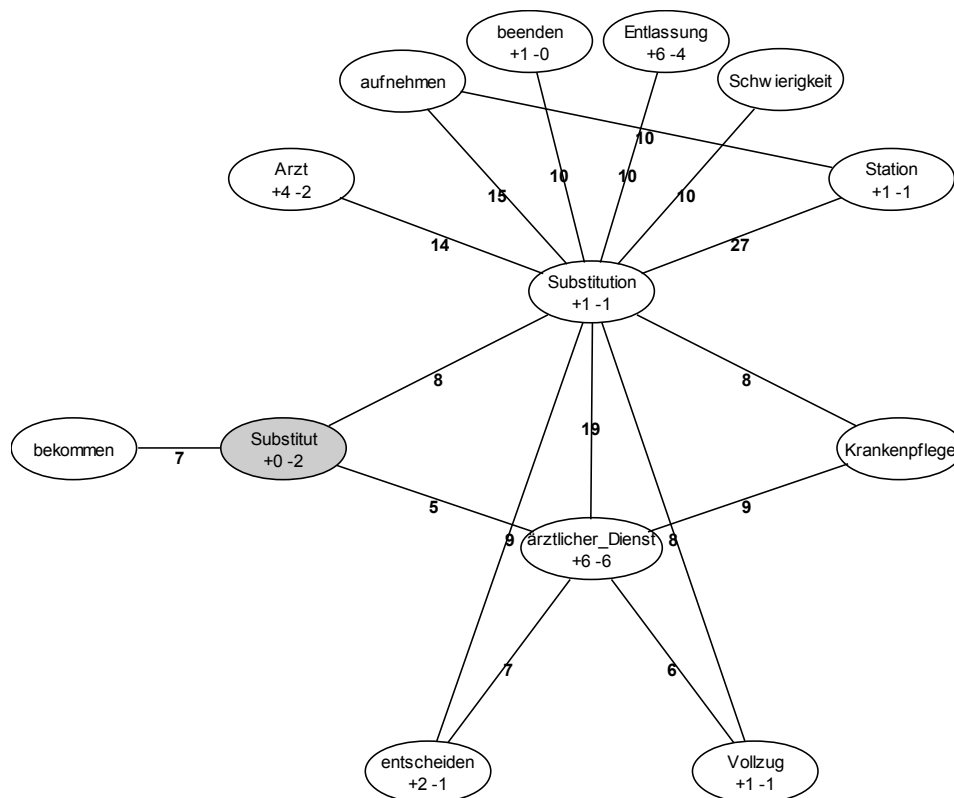


Abbildung 29 Netzwerkgrafik Ärztlicher Dienst, Substitution (Ist-Situation)

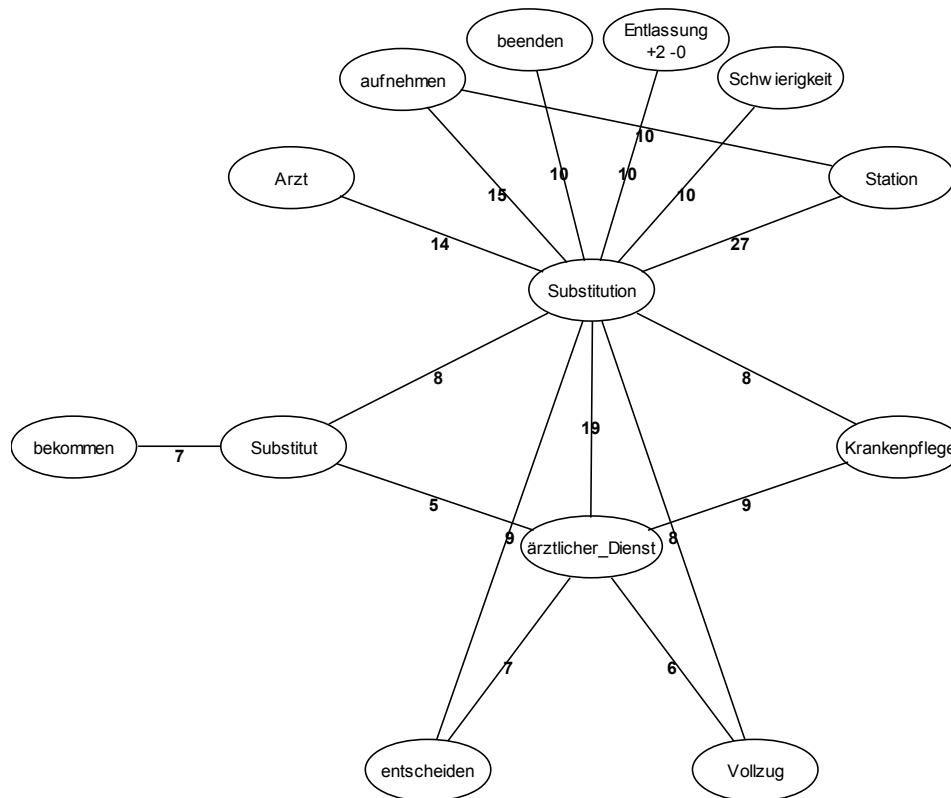


Abbildung 30 Netzwerkgrafik Ärztlicher Dienst, Substitution (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Bewirbt sich ein Inhaftierter in der Substitutionsbehandlung, dann würde der Arzt während seiner Sprechstunde die medizinische Seite abklären und würde ne Entscheidung treffen [La7]. Und der Arzt macht einmal die Woche einen Besprechungstag, wo die Substituierten die Möglichkeit und auch die Pflicht haben, beim Arzt zu erscheinen und mit ihm zu sprechen [Ld1]. Das is natürlich auch ne Problematik. Die befinden sich im Arbeitsprozess. Das heißt, wenn sie sich in die Substitutionsbehandlung begeben, ist Mittwoch ein sogenannter Therapietag, der auch nicht finanziell entlohnt wird [Ld2]. Da ist es natürlich praktischer, sich sein Substitut schwarz zu besorgen, weil dann muss ich mich ja an keine Richtlinien halten [Lc2]. Und irgendwo muss man da Konsequenzen setzen, weil draußen kann der Arzt dann sagen: „Such dir ne andere Praxis“. Und die Möglichkeit haben wir ja nicht. Wir müssen ihn ja weiter substituieren, wir müssen ihm aber auch aufzeigen: „Hier hast du was falsch gemacht, hier gibt es klare Regeln, du hast sie auch unterschrieben“ [Lq7]. Und manch einer muss wirklich erfahren, dass dieses Programm auch zu Ende sein kann, wenn er weiter Beikonsum hat [Ls3].

Dann wird gefragt, wie's aussieht mit substituierenden Ärzten draußen, ob's da schon irgendwelche gibt, oder wie sie an ihr Substitut draußen gekommen sind, um dann schon ein bisschen Vorarbeit zu leisten, wenn die Entlassung ansteht [Lg9]. Es wird erwartet, dass er sich um ne externe Drogenberatung bemüht, dass er sich um einen Arzt bemüht, der ihn nach der Entlassung weiter substituiert und dass er sich um ne psychosoziale Betreuung anschließend bemüht [Lc6]. Und dann müssen sie ja an dem Tag der Entlassung das Jobcenter abklappern, die müssen die Krankenversicherung abklappern, die müssen zum Substitutionsarzt. Das ist für viele gar nicht leistbar [Lx2].

Und hier haben wir im Moment die Situation, dass es sehr, sehr schwer ist, jemanden in die Substitutionspraxen zu vermitteln, weil die Substitutionspraxen einfach voll sind [Li1]. Und es braucht wirklich immense Vorarbeit, jemanden noch in Substitutionsbehandlung draußen unterzubekommen. Das lässt sich in den wenigsten Fällen wirklich von einem Tag auf den anderen regeln [Li2]. Und das ist natürlich auch für den Inhaftierten ein Problem. Es kommt nicht jeder unbedingt aus der Großstadt, und es will vielleicht auch nicht jeder unbedingt hier bleiben, weil sie sich natürlich aus den alten Strukturen herausbewegen möchten. Die Substitutionsbehandlung gibt's aber hier [Lj1].

Hier wird alles vom Arzt gesteuert, kontrolliert und entschieden [Lp2]. Wir haben sehr wohl nen Einfluss drauf und möchten den auch stärken, wer im Substitutionsbereich ist oder nicht [Lp4]. Weil natürlich versteh ich das auch aus ärztlicher Sicht, warum jemand bei bestimmten Auffälligkeiten trotzdem weiter in der Substitutionsbehandlung verbleiben muss [Lp5]. Ich würde in seiner Position wahrscheinlich genauso entscheiden [Lu7]. Aber hier entscheidet der Arzt auch oftmals entgegen unserer Meinung [Lr5]. Nun gut, aber ich bin nicht der Arzt, ich bin der Vollzug und das geht vielleicht manchmal nicht unbedingt eins zu eins zusammen [Lu8]. Und darum glaube ich, dass da auch viel Frust bei den Kollegen herkommt, weil sie sich als hilflos in der Substitutionsbehandlung empfinden [Lp2]. Auch bei Betrugsversuchen. Meistens wird dann vom Arzt hochdosiert [Ls5]. Wenn der Arzt aber runter schleicht mit dem Substitut, dann geht's dem meistens besser, als wenn sie voll drauf sind, mit der höheren Dosis [Ls6].

Wir wollen die Substitution für den kompletten Vollzug vereinheitlichen. Dann sind wir grade dabei, einen neuen Behandlungsvertrag zu erstel-

len, der dann für den kompletten Vollzug einheitlich ist [Lg1]. Mittlerweile gibt es ein großes Interesse an der Substitution in Haft. Das ist gewachsen in den letzten Jahren. Viele Einrichtungen von draußen besuchen uns, die eigentlich mit entlassenen Inhaftierten arbeiten [L13]. Und was ich mir noch wünschen würde wären mehr Informationsveranstaltungen für die Kollegen, sei es vom Vollzug oder vom medizinischen Dienst. Einfach, bezüglich dieser ganzen Infektionsgeschichten zum Beispiel, die ja mit der Drogenabhängigkeit zusammenhängen oder allgemein mit Sucht [Lw4]. Und zukünftig, also das ist Zukunftsmusik, wollen wir auch den medizinischen Bereich und den vollzuglichen Bereich mehr trennen [Lt7].

Bewertungskodierung

Bei den Bewertungen der Ist-Situation (s. Abbildung 29) stechen vor allem der ambivalent bewertete *ärztliche Dienst* heraus sowie *Entlassung* und *Arzt*, die vorwiegend positiv bewertet wurden. *Substitut* enthielt als einziger Begriff dieser Netzwerkgrafik überwiegend negative Bewertungen.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 30) wurde nur *Entlassung* bewertet, und zwar positiv.

4.2.3.2 Schwierigkeit

Die Netzwerkgrafiken in Abbildung 31 und Abbildung 32 wurden um den Begriff *Schwierigkeit* mit einem Parameter von fünf gebildet. Auf eine Erweiterung der damit verbundenen Knotenpunkte in zweiter Ebene wurde verzichtet.

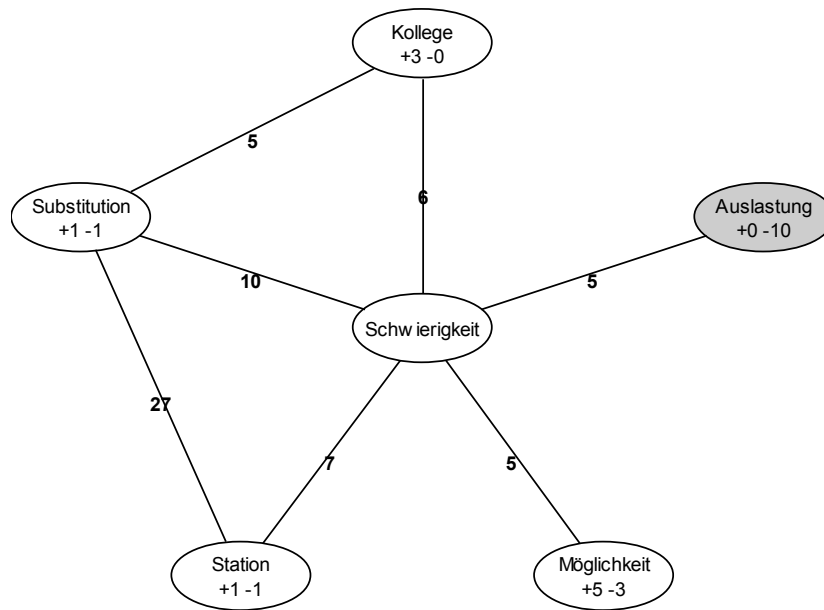


Abbildung 31 Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Ist-Situation)

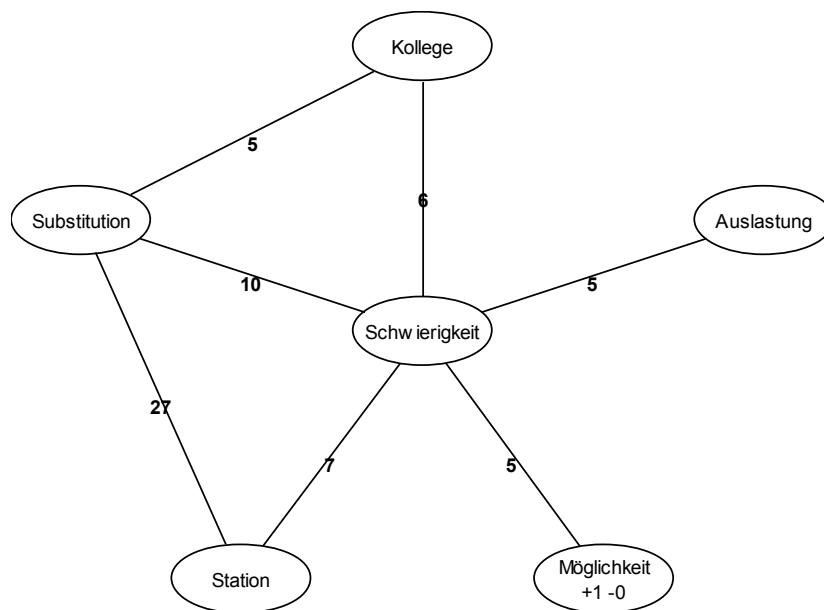


Abbildung 32 Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Da kommen wir jetzt auch an einen wesentlichen Punkt, was Konsequenz in der Substitutionsbehandlung betrifft. Es ist hier ein Stationsgefüge, und das muss auch funktionieren. Und wenn das Stationsgefüge auseinander gerät oder ins Wanken gerät, dann gerät die ganze Substitutionsbehandlung ins Wanken, weil beides miteinander verknüpft [Lu3]. Das ist einfach speziell mit abhängigen Menschen zu arbeiten [Ne9]. Man muss schon die Arbeit mögen. Und grade die Arbeit dann mit Sub-

stituierten [Lx9]. Schwierig ist es bei denjenigen Inhaftierten, die wegen Ersatzfreiheitsstrafen einsitzen. Da ist das Ziel oft nur abzusitzen und zu warten, ob sich etwas Überzeugendes an die Haft anschließen lässt [Mc8]. Und wir haben auch keine Möglichkeit, wenn wir extrem psychisch auffällige Inhaftierte haben, die eigentlich eher in der Psychiatrie gut aufgehoben wären, da haben wir keine Möglichkeiten. Die bleiben bis zum Schluss meistens hier, und wir können nur schlecht damit umgehen [Nh7].

Das steht natürlich auch und fällt mit dem Team [Lv2]. Die Möglichkeit zum Fachaustausch, also Fachtagungen und so weiter zu nutzen, die wird uns schon eingeräumt, auch gemeinschaftlich [Lv5]. Aber es ist relativ schwer externe Kräfte dafür zu begeistern [Ly5], zum Beispiel um bestimmte Gruppenangebote anzubieten [Ly6].

Die Arbeit schwer macht manchmal die Arbeitsbelastung an sich. Dadurch, dass wir so klein sind, haben wir auch so einen Ein-Mann, Ein-Frau Betrieb. Und jetzt ist ein Kollege erkrankt und das heißt, das muss aufgefangen werden von allen anderen [Ng4]. Das macht's schwer. Und Gespräche fallen dann mitunter hinten drüber, wenn's dann zu viel wird [Ng5].

Bewertungskodierung

Bei den Bewertungen der Ist-Situation der Netzwerkgrafik um den Begriff *Schwierigkeit* (s. Abbildung 31) sticht *Auslastung* hervor, das ausschließlich negative Bewertungen erhielt. *Möglichkeit* erhielt vorwiegend positive und *Kollege* deutlich weniger, jedoch ausschließlich positive Bewertungen.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 32) wurde nur *Möglichkeit* einmal positiv bewertet.

4.2.3.3 Entlassung

Die Netzwerkgrafiken in Abbildung 33 und Abbildung 34 wurden um den Begriff *Entlassung* mit einem Parameter von fünf gebildet. Auf eine Erweiterung in zweiter Ebene wurde verzichtet.

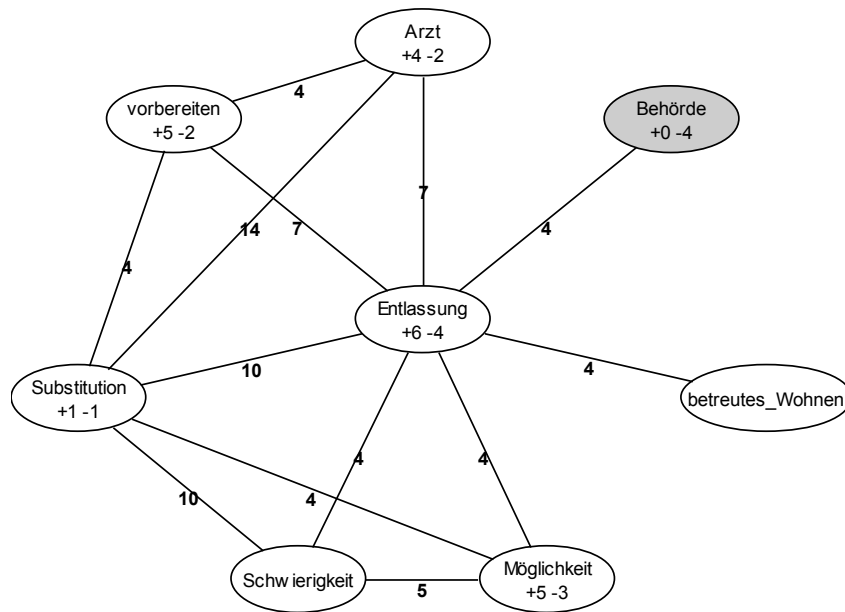


Abbildung 33 Netzwerkgrafik Entlassung (Ist-Situation)

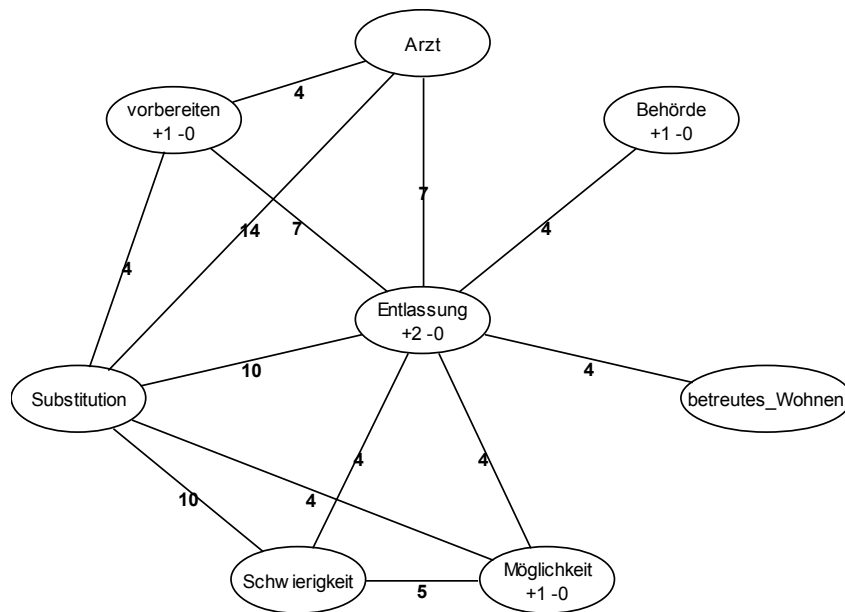


Abbildung 34 Netzwerkgrafik Entlassung (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Einen wichtigen Punkt finde ich, dass derjenige, wenn er in den Substitutionsbereich aufgenommen wird, oder wenn er aus einer Anstalt hierher verlegt wird, dass er sich recht zeitnah um einen Substitutionsarzt nach seiner Entlassung bemüht, selbst wenn er mehrere Jahre vor sich hat [Lh8]. Viele Inhaftierte verbüßen Ersatzfreiheitsstrafen, und wir haben es immer wieder erlebt, dass auf einmal Geld da war, Mutti hat die Geldstrafe bezahlt und so weiter, wo ne Blitzentlassung erfolgt ist. Dann

ist es natürlich äußerst ungünstig, weil er kriegt hier sein Substitut, hat aber keinen Substitutionsarzt draußen [Lh9]. Es wird also erwartet, dass er sich um ne externe Drogenberatung bemüht, dass er sich um einen Arzt bemüht, der ihn weiter substituiert, und dass er sich um ne psychosoziale Betreuung anschließend bemüht [Lc6].

Im Drogenbereich beschränkt sich die Resozialisierung meistens darauf, Motivationsarbeit zu leisten, was Therapie anbelangt, und die Entlassungsvorbereitung, also sprich in die Therapie oder ins betreute Wohnen oder was auch immer [Na4]. Viele substituierte Inhaftierte gehen in betreute Wohneinrichtungen. Die allerwenigsten gehen wirklich in die heimischen vier Wände. Das kommt eher selten vor [Ly8].

Also was mir jetzt grad noch einfällt, was manchmal die Entlassung von Inhaftierten ganz schwierig macht, ist diese Fragmentierungen in der öffentlichen Hand. Zum Beispiel entlasse ich jemanden und der muss am ersten Tag seiner Entlassung ganz viele Wege beschreiten [Ng6]. Also der muss zum Jobcenter gehen, um einen ALG II Antrag zu stellen, der muss zur Versicherung, um wieder versichert zu sein, der muss dann ins betreute Wohnen, muss dann eventuell noch zur sozialen Wohnhilfe, um sich da die Kostenübernahme zu holen. Weil alles andere vorher nicht geht [Ng7]. Ich kann nur Anträge mit denen vorher schon ausfüllen, also ausdrucken und ausfüllen, und denen Adressen geben, wo sie tatsächlich überall hingehen müssen. Das ist relativ wenig, was da geht [Nh1]. Darum würde ich mir wünschen, dass die Entlassungsvorbereitung besser zustande käme, dadurch dass verschiedenste Ämter auch im Vorfeld schon arbeiten würden [Nh3].

Bewertungskodierung

In der Netzwerkgrafik um *Entlassung* wurden in der Ist-Situation vor allem *Entlassung*, *vorbereiten*, *Möglichkeit* und *Arzt* vorwiegend positiv bewertet (s. Abbildung 33). *Behörde* erhielt als einziger Begriff ausschließlich negative Bewertungen.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 34) wurden *Entlassung*, *vorbereiten*, *Möglichkeit* und *Behörde* positiv bewertet.

4.2.3.4 Spritze

Für die Netzwerkgrafik um *Spritze* (s. Abbildung 35) wurde der Parameter fünf festgelegt. Eine Erweiterung der Knotenpunkte in zweiter Ebene war nicht möglich. Auf die Darstellung dieser Netzwerkgrafik in der Soll-Situation wurde aufgrund der fehlenden Bewertungskodierungen verzichtet.

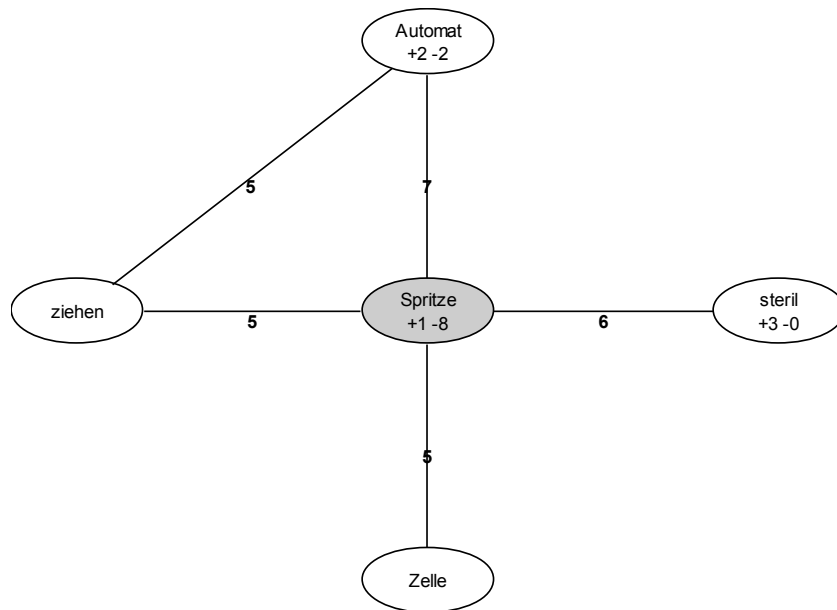


Abbildung 35 Netzwerkgrafik Spritze (Ist-Situation)

Zusammenfassung

Die Abhängigkeit besteht auch weiter fort, auch die Konsequenzen der Abhängigkeit für den Vollzug bestehen weiter fort. Also was ist für den Vollzug nun gefährlicher? Wenn derjenige bei der Vergabe des Substitutionsmittels betrügt oder wenn der in seinem Haftraum Spritzen hat, die er in Boilern auskocht, wenn er sich mit Drogen verschuldet und so weiter und so fort [Lp6]. Sie sind also vor nem Rückfall nicht gefeit und dann ist das doch schöner, wenn sie dafür ne sterile Spritze haben als wenn nicht [Nd2].

Das Spritzentauschprogramm funktioniert so, dass wenn ich die Spritze benutzt habe, muss ich die sofort eintauschen und eine sterile neue in dieses Etui legen [Nc7]. Wenn bei speziellen Inhaftierten ein Regelverstoß festgestellt wird, also bei Haftraumkontrollen (gebrauchte) Spritzen gefunden werden, kann es disziplinarisch geahndet werden [Me3].

In manchen Bereichen gibt's Inhaftierte, die sich dann nicht dran halten. Und teilweise auch nur Spritzen ziehen, um die weiterzugeben in die Aufnahme, dort gibt's keinen Automaten, um da Tauschgeschäfte vorzunehmen oder auch schon aufgezogen zu verkaufen. Das sind so Auswüchse [Nd9].

Ich finde es nahezu skandalös, dass wir die einzige Anstalt sind mit einem Spritzenautomat. Was wir eigentlich gewährleisten müssen, ist eine Gesundheitsversorgung, wie ich sie draußen auch hätte [Ne3]. Und es ist mittlerweile Standard, dass wenn ich abhängig bin und intravenös konsumiere, mir auch sterile Spritzen zur Verfügung gestellt werden. An allen möglichen Stellen hier in der Stadt. Also es gibt hier auch Automaten auf der Straße, wo ich sterile Spritzen ziehen kann [Ne4].

Bewertungskodierung

In der Netzwerkgrafik um *Spritze* wurden für die Ist-Situation vor allem *Spritze* (fast ausschließlich negativ), *steril* positiv und *Automat* ambivalent bewertet (s. Abbildung 35). Für die Soll-Situation wurden keine Bewertungen vorgenommen.

4.2.4 Drogenberatung

Für die getrennte Auswertung der Interviews für die Subgruppe der Drogenberater stehen insgesamt vier Interviews aus Bayern zur Verfügung. Diese wurden in 486 Sätze aufgeteilt.

4.2.4.1 Beamter

Für die Netzwerkgrafik um *Beamter* (Abbildung 36 und Abbildung 37) wurden alle Verbindungen mit einem Parameter von fünf zugelassen. Da es keinen Knotenpunkt gab, der aufgrund von theoretischen Vorüberlegungen oder auffallend vielen Verknüpfungen besonders eng mit *Beamter* im Zusammenhang stand, wurde auf eine Erweiterung der Knotenpunkte in zweiter Ebene verzichtet.

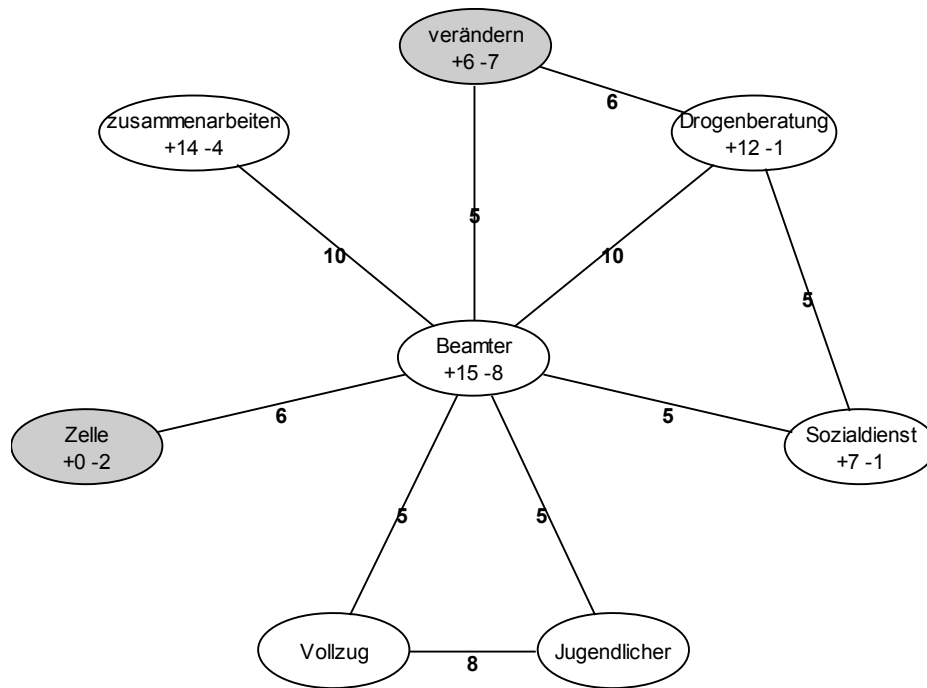


Abbildung 36 Netzwerkgrafik Beamter (Ist-Situation)

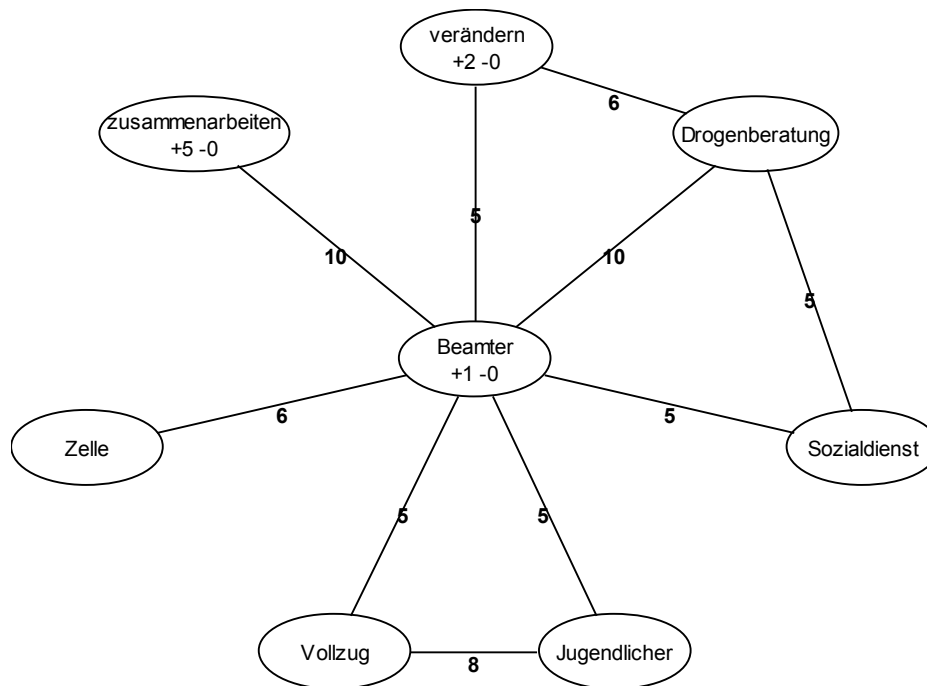


Abbildung 37 Netzwerkgrafik Beamter (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Mit den Beamten muss man natürlich auch irgendwie kooperieren, aber es ist keine direkte Zusammenarbeit. Ich würde mal sagen, eine richtige Neben-Einander-Zusammenarbeit [Af7]. Da gibt es aber keine Probleme.

me. Das sind doch unterschiedliche Professionen. Ein Vollzugsbeamter und eine Drogenberatung passen nicht immer so zusammen [Gd3]. Aber es ist so, dass jeder in seiner Arbeit eben akzeptiert wird [Gd4]. Und da finde ich eben persönlich ganz wichtig, dass meine Schweigepflicht akzeptiert wird [Ge5].

Wie die Beamten mit uns umgehen, ist auch wieder ganz unterschiedlich. Manchmal ist es nervig. Manchmal muss man auch was aushalten oder sich auch denken, was soll das? [Kg3] Wir müssen uns hier erstmal so richtig finden, wie man damit umgeht. Also auch seitens der Beamten, zu denen auch wir immer Kontakt aufnehmen [Kg9]. Da gibt es auch Leute mit Widerstand, aber das hat sich auch schon ein bisschen verbessert. Also es tut sich was [Kh8].

Also in der täglichen Arbeit arbeite ich natürlich mit Stationsbeamten zusammen. Da muss ich melden „Ich hol mir den“. Und wenn man ihn das erste Mal holt, kriegt man manchmal ein paar Infos zugesteckt [Je3]. Manchmal kommt auch der Kontakt zu Häftlingen über Beamte zustande. Dass die halt auch mal sagen: „Mensch, geh doch mal zur Drogenberatung“ [Gb7]. Oder per Antragsschreiben. Das ist dann nicht anonym. Weil auf dem Antragsschein steht der Name des Gefangenen drauf. Und wenn der draufschreibt, er möchte zur Drogenberatung, dann liest das der Beamte [Ga9].

Hier speziell im Jugendbereich habe ich schon mit den Beamten viel zu tun. Ich glaub aber auch, dass das im Jugendbereich schon ein bisschen anders läuft als im normalen Vollzug, weil Jugendliche doch mehr Ansprache brauchen [Gc2]. Ich find da auch die Beamten anders. Also die beschäftigen sich schon viel mit den Jugendlichen, reden mit ihnen viel oder spielen Tischtennis [Gc3]. Das ist hier auch ein festes Team aus Beamten [Gc4]. Hier ist es so, dass es einmal in der Woche eine Teambesprechung gibt, wo auch alle Beamten, die im Dienst sind, dabei sind. Da findet auch ein Austausch statt [Gc8].

Was gut läuft ist, dass ich durch die langen Dienstjahre, die ich hier schon habe, ein Vertrauen besitze. Also die Beamten wissen genau, wer ich bin [Jf3].

Bewertungskodierung

In der Netzwerkgrafik um *Beamter* erhielten in der Ist-Situation *Beamter*, *zusammenarbeiten*, *Drogenberatung* und *Sozialdienst* in absteigender Häufigkeit überwie-

gend positive Bewertungen (s. Abbildung 36). *Verändern* wurde ambivalent und *Zelle* ausschließlich negativ bewertet.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 37) wurde vor allem *zusammenarbeiten* stark positiv bewertet, aber auch *verändern* und *Beamter* erhielten positive Bewertungen.

4.2.4.2 Rentenversicherung – Kostenträger

Für die Netzwerkgrafiken in Abbildung 38 und Abbildung 39 wurden zunächst die Verknüpfungen um *Rentenversicherung* mit einem Parameter von fünf zugelassen. Da hier die Funktion der Rentenversicherung als Kostenträger für Rehabilitationsleistungen interessierte, wurden außerdem die Knotenpunkte *Kostenträger* und *Kostenübernahme*, ebenfalls mit dem Parameter 5, in zweiter Ebene erweitert.

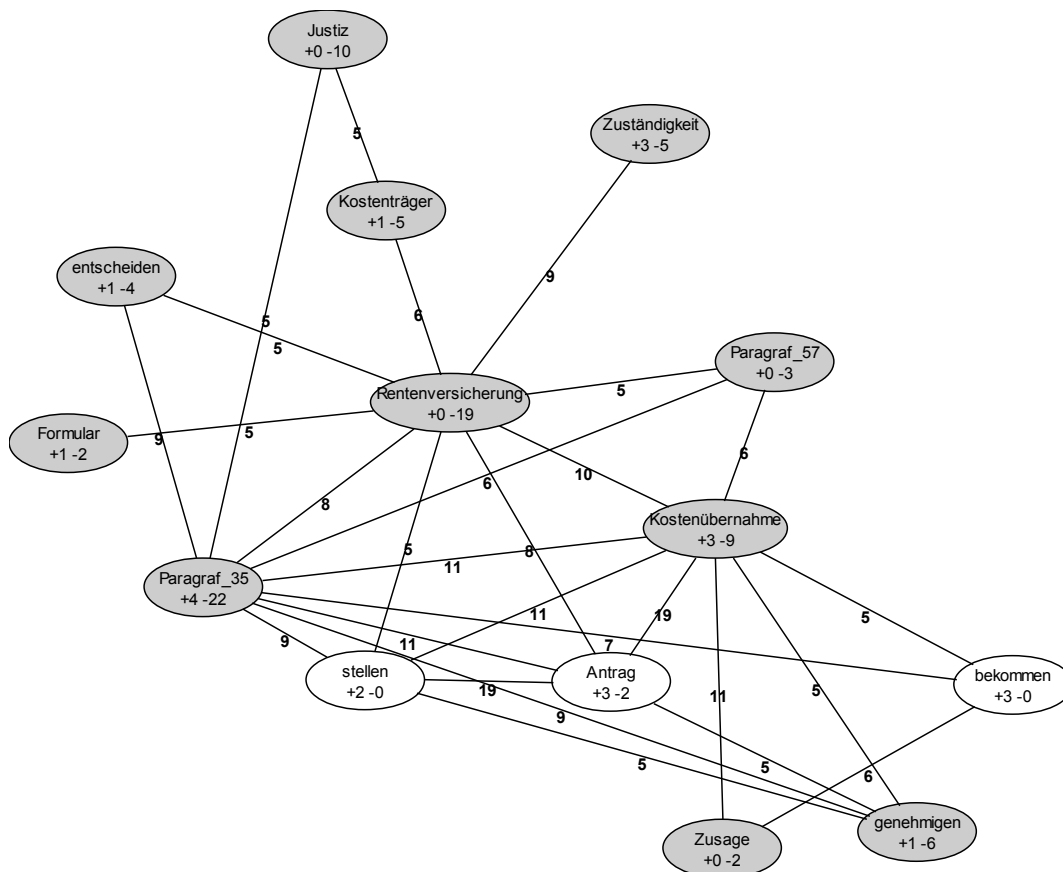


Abbildung 38 Netzwerkgrafik Rentenversicherung (Ist-Situation)

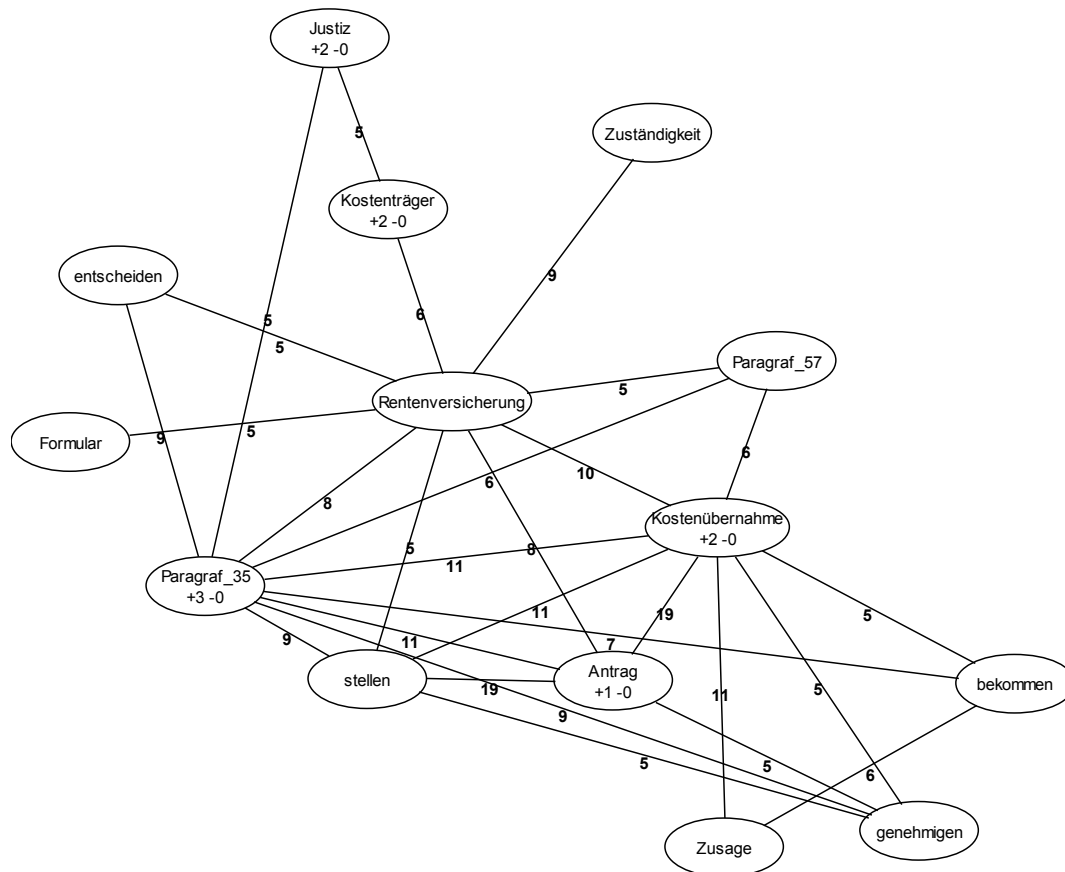


Abbildung 39 Netzwerkgrafik Rentenversicherung (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Es gibt viele Leute, die auf den Prozess der Vermittlung in Therapie einwirken. Die Rentenversicherung, also Kostenträger allgemein [Jh8]. Übergangsmäßig ist die Rentenversicherung zuständig, erstmal. Wenn die nicht zuständig ist, dann die Krankenversicherung [Jh3]. Außer für die sozialtherapeutischen Einrichtungen und Übergangswohngemeinschaften. Das wird vom Vollzug finanziert [Jh5]. Dann auch die ganze Justiz, die Voraussetzungen schafft, dass man's nicht bekommt oder bekommt [Jh8]. Gerade hier dauern die Entscheidungen auch sehr lange, bis § 35 bewilligt oder abgelehnt wird [Ai7]. Darum finden natürlich weniger Vermittlungen statt [Kd5]. Von außen wird es immer mehr erschwert, seitens der Rentenversicherungsanstalten oder eben auch der Justiz, das Ziel erreichen zu können [Kj6]. Ob jemand vermittelt wird oder nicht, entscheiden wir letztendlich nicht. Wir können nur die Voraussetzungen schaffen [Jc3]. Aber vor zwei, drei Jahren gab es eine Änderung in der Verfahrenspraxis [Ab6]. Einerseits find ich's ganz gut, dass die Beantragung auf § 35 nicht nur eine Formsache ist, sondern dass

man sich auch drum bemühen muss. Blöd ist nur, dass man sich bemühen kann, machen kann und tun kann und man bekommt ihn trotzdem nicht [Jb5]. Und jetzt in jüngster Zeit ist es geschehen, wieder seitens der Rentenversicherung, gibt es ein neues Formular. Da geht es darum, dass die Justiz hier im Vorfeld, bevor der Kostenantrag gestellt wird, benennen muss, ob die Möglichkeit zum § 35 oder zum § 57 besteht und ob dann noch Verhandlungen anstehen [Kc5]. Und erst, wenn auch dieses Formblatt ausgefüllt wurde, wird der Antrag bearbeitet. Das ist jetzt irre kompliziert, weil bei diesem Formular ist gar nicht so einfach, wer füllt das aus [Kc6]. Erst sobald die Insassen draußen sind, in Freiheit, können sie dann wieder Anträge stellen. Da ist eine andere Rechtsgrundlage eingetreten [Ac4]. Im Jugendbereich ist das trotz alledem alles noch einfacher. Auch den Paragraph 35 durchzubekommen, ist bei mir nicht so schwierig [Gf2].

Bewertungskodierung

In dieser Netzwerkgrafik wurden in der Ist-Situation (s. Abbildung 38) die meisten Begriffe negativ bewertet, mit Ausnahme von *Antrag*, *stellen* und *bekommen*, die überwiegend positive Bewertungen erhielten. Unter den negativ bewerteten Begriffen stechen besonders *Paragraf 35* (mit den häufigsten negativen Bewertungen) sowie *Rentenversicherung* und *Justiz* (mit ausschließlich negativen Bewertungen) hervor.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 39) erhielten *Paragraf 35*, *Justiz*, *Kostenträger*, *Kostenübernahme* und *Antrag* positive Bewertungen.

4.2.4.3 Paragraf 35

Für die Netzwerkgrafiken um *Paragraf 35* (s. Abbildung 40 und Abbildung 41) wurden aufgrund der häufigen Verknüpfungen nur diejenigen mit einem Parameter von zehn zugelassen, um besonders prägnante Zusammenhänge darstellen zu können. Alle verknüpften Begriffe wurden wegen ihrer inhaltlichen Nähe zu *Paragraf 35* in die zweite Ebene erweitert, ebenfalls mit dem Parameter zehn.

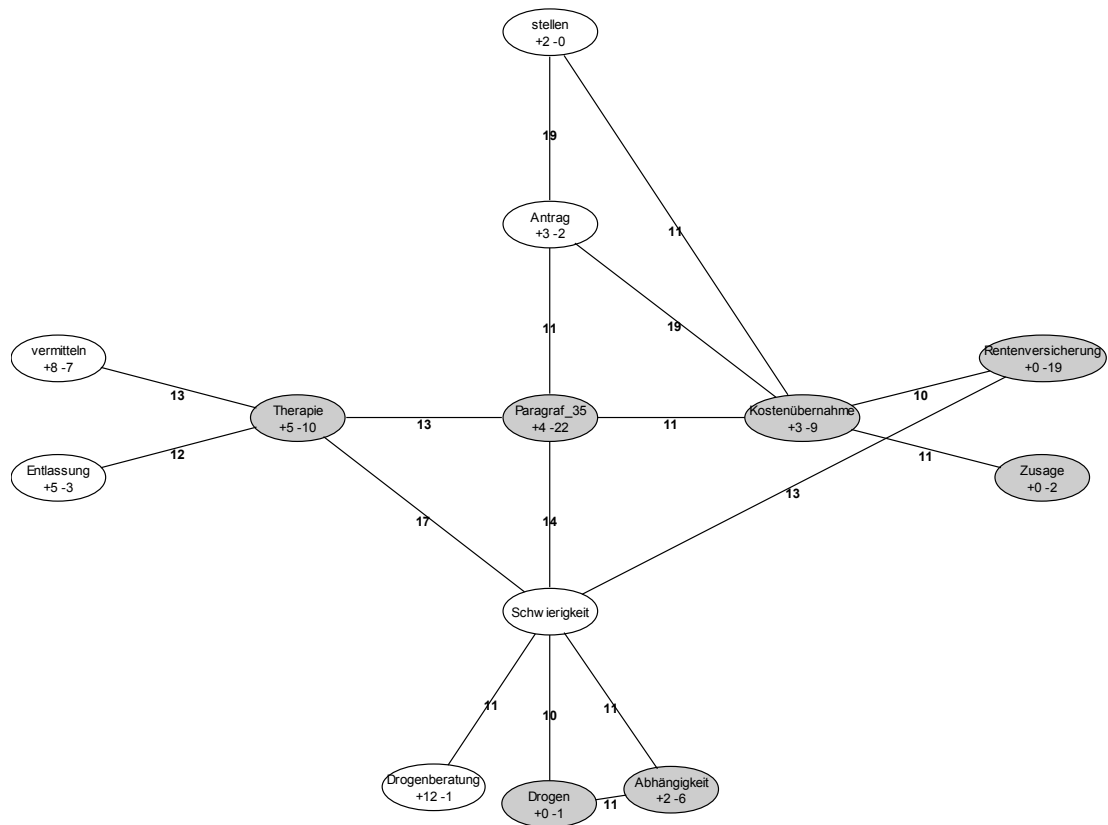


Abbildung 40 Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Ist-Situation)

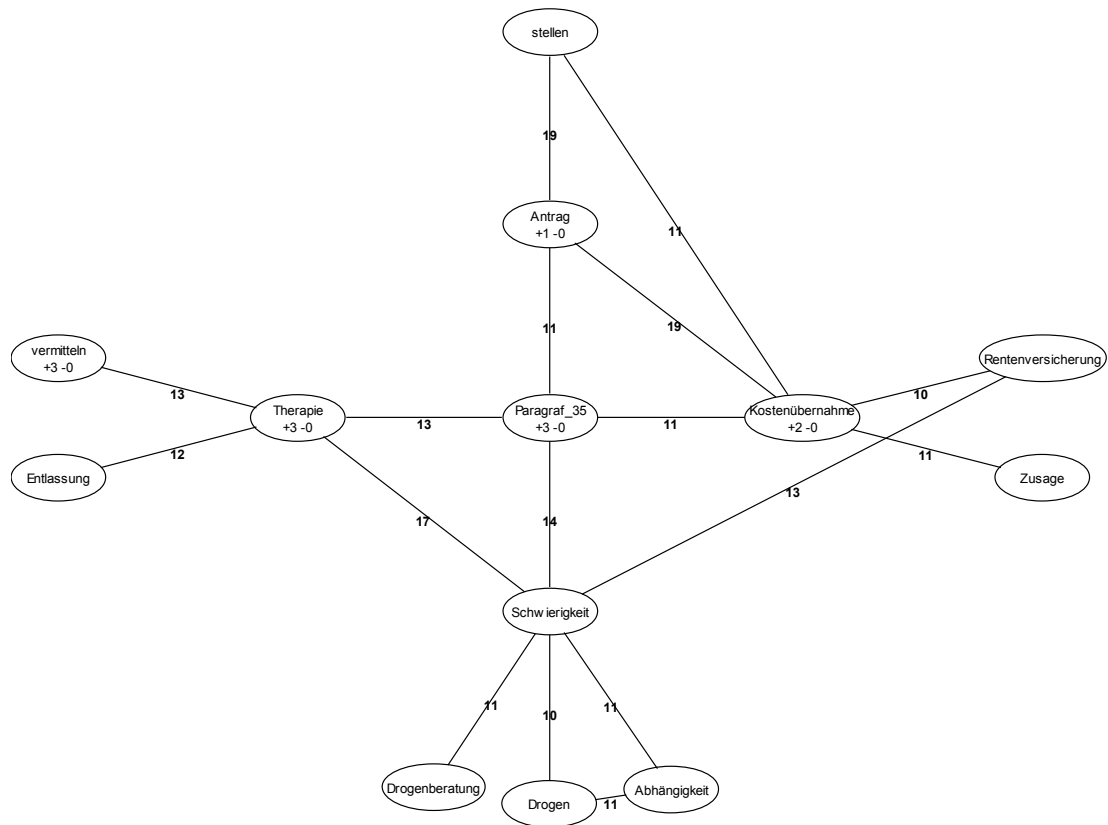


Abbildung 41 Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Also früher war es tatsächlich so, dass dieser Vermittlungsprozess in Therapie statt Strafe im Mittelpunkt stand, aber das hat sich in den letzten Jahren verschoben. Wir machen keine Therapie, aber leicht therapeutisch angelegte Gespräche mit einzelnen therapeutischen Elementen [Ac9]. Bezüglich Therapie im Strafvollzug ist für mich persönlich eh sehr fraglich, ob es wirklich gut ist, egal was für eine es auch ist, weil da immer dieses Abhängigkeitsverhältnis da ist [Jo8].

Unser Hauptgeschäft liegt in der Vermittlung in therapeutische Einrichtungen. Was jetzt bei uns immer ein bisschen wieder schwierig geworden ist, weil ja der Paragraf 35 BtMG nicht mehr so einfach zu bekommen ist [Jb1]. Dann hatten wir oft Schwierigkeiten, von dem Kostenträger überhaupt eine Therapie finanziert zu bekommen, solange das Urteil nicht gesprochen ist [Gf1].

Die Arbeit erschwert für mich halt einfach die ganzen Kontakte mit den Rentenversicherungen [Jg7]. Und wenn man keine Kostenzusage hat, ist es schwierig zu vermitteln [Jg9]. Das wird immer beschwerlicher, weil die Rentenversicherung immer mehr Hürden aufbaut, immer neue Bestimmungen einbringt [Kb7]. Da sollte halt einfach mehr möglich sein, dass es nicht so blockiert ist [Aj5], dass es wieder wie früher einfacher wird, Kostenzusagen für den 35er zu bekommen [Jl3].

Ob Drogenkonsumenten immer im Gefängnis richtig sind, da lässt sich dann auch wieder darüber streiten. Die haben Straftaten begangen, aber die haben halt noch ihre Abhängigkeit mit dabei, und das ist halt immer so ein bisschen schwierig [Ge1].

Bewertungskodierung

In der Netzwerkgrafik um *Paragraf 35* wurden in der Ist-Situation vor allem *Paragraf 35*, *Rentenversicherung*, *Therapie*, *Kostenübernahme* und *Abhängigkeit* (mit abnehmender Häufigkeit) vorwiegend negativ bewertet (s. Abbildung 40). Demgegenüber erhielten *Drogenberatung* und *stellen*, ebenfalls mit abnehmender Häufigkeit, überwiegend positive Bewertungen. *Entlassung*, *vermitteln* und *Antrag* wurden ambivalent bewertet.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 41) erhielten *Paragraf 35*, *Therapie*, *vermitteln*, *Kostenübernahme* und *Antrag* positive Bewertungen.

4.2.4.4 Gespräch

Um den inhaltlichen Zusammenhang, in dem *Gespräch* erwähnt wurde, überblicksartig darzustellen, wurden zunächst alle Begriffe mit einem Parameter von fünf zugelassen und anschließend in zweiter Ebene erweitert (s. Abbildung 42). Dies zeigt, dass ein weiterer Sinnzusammenhang ausschließlich über *Therapie*, *Drogenberatung* und *vermitteln* gegeben ist. Alle anderen Begriffe kamen in ausreichender Häufigkeit nur im Zusammenhang mit *Gespräch* vor.

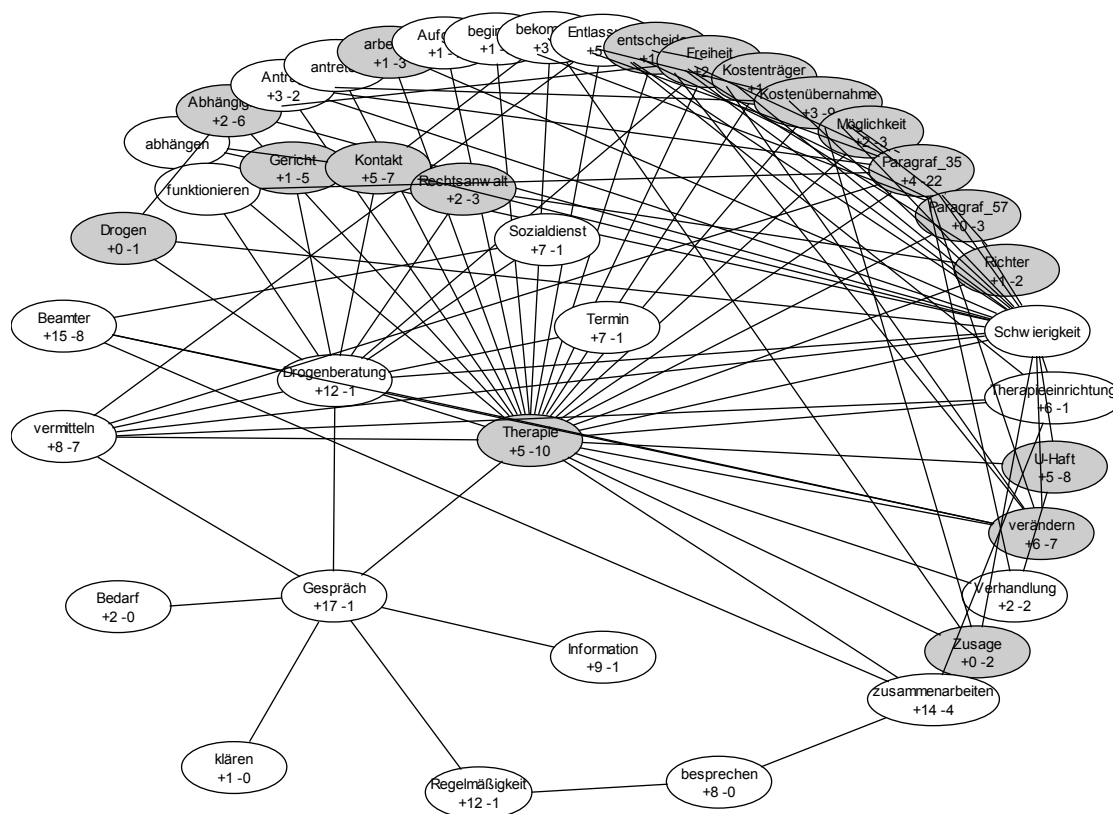


Abbildung 42 Netzwerkgraphik Gespräch Erweiterungen in zweiter Ebene (Ist-Situation)

Zur Beschreibung des konkreten Inhalts im Zusammenhang mit *Gespräch* wurde auf die Erweiterung in der zweiten Ebene verzichtet. Die inhaltliche Zusammenfassung beschränkt sich somit auf die Begriffe um *Gespräch* mit dem Parameter fünf (s. Abbildung 43 und Abbildung 44).

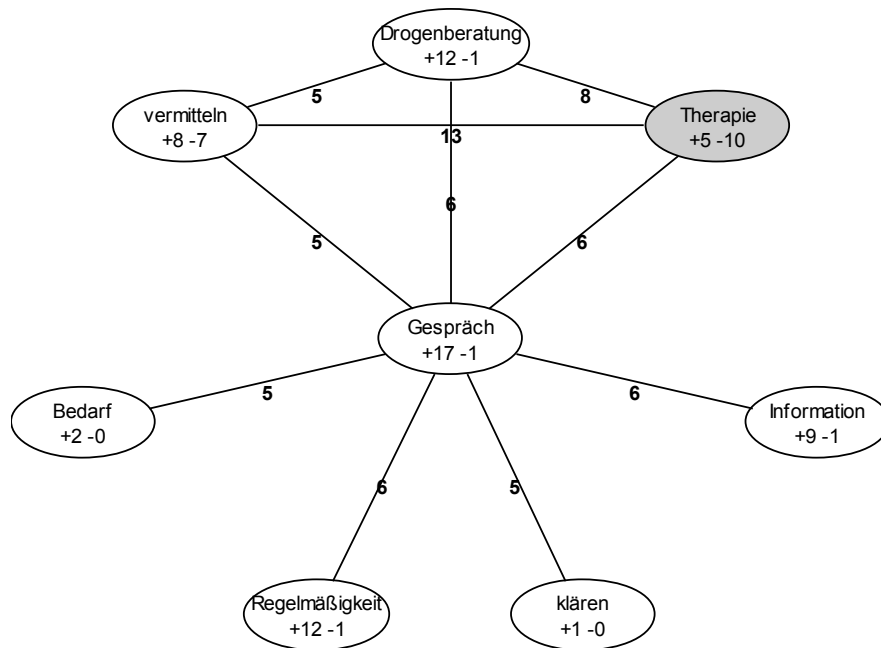


Abbildung 43 Netzwerkgrafik Gespräch (Ist-Situation)

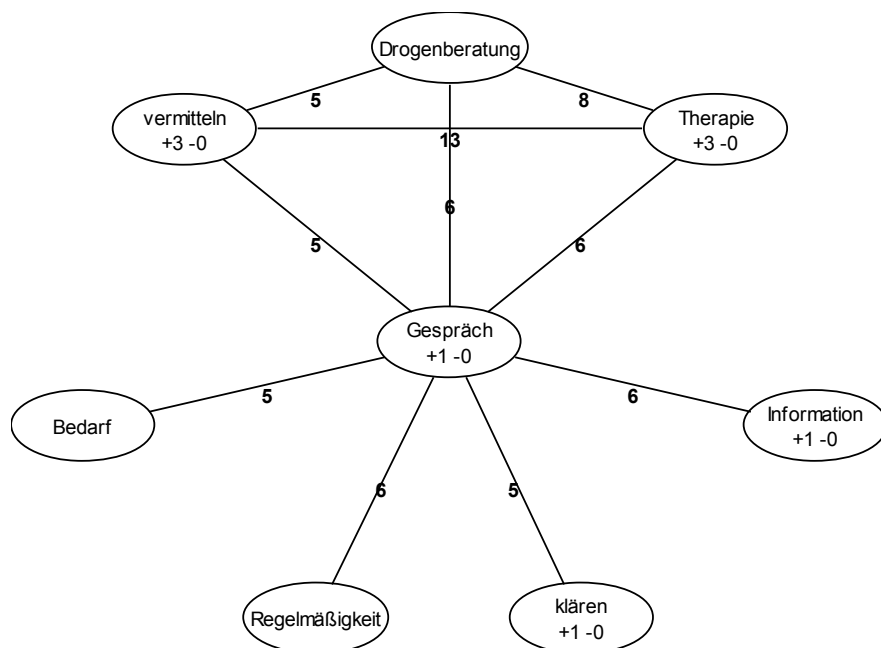


Abbildung 44 Netzwerkgrafik Gespräch (Soll-Situation)

Zusammenfassung

Und wenn jetzt der Sozialdienst eben feststellt, da könnte Drogenkonsum im Raum stehen, beziehungsweise die fragen die Leute auch konkret danach, dann kriegen die auch schon oft so den Tipp: „Wenden Sie sich mal an die Drogenberatung“ [Ga6]. Manchmal geht es im Gespräch nur um eine Abklärung oder eine Information. Die Leute wollen einfach nochmal Informationen bezüglich ihrer Sucht, ihres Konsums und Infor-

mationen über Hilfsangebote [Ac7]. Wenn jemand mal bei mir ist, dann bleiben die meisten schon in Beratung, also dass ich die dann regelmäßig zum Gespräch hol [Gc1]. Früher war es tatsächlich so, dass dieser Vermittlungsprozess im Mittelpunkt stand, aber das hat sich in den letzten Jahren verschoben. Das ist jetzt mehr eine Begleitung in Haft [Ac9]. Ich mach keine Therapiearbeit, auch wenn es sich manchmal so anfühlt. Die Gespräche sind nämlich schon therapeutische Gespräche [Jq3]. Und dann gibt es ja auch immer den Bedarf, dass wir seitens des Trägers Informationsgespräche führen [Kf7]. Oder dass wir den Beamten, die hier tätig sind, auch Informationen weitergeben, was Abhängigkeit ausmacht. Also Informationsveranstaltungen und natürlich auch persönliche Gespräche, wenn jemand möchte [Kf8].

Bewertungskodierung

Die Begriffe der Netzwerkgrafik um *Gespräch* erhielten in der Ist-Situation mit Ausnahme von *Therapie* überwiegend positive Bewertungen (s. Abbildung 43). Dabei stechen besonders die Begriffe *Gespräch*, *Drogenberatung*, *Regelmäßigkeit* und *Information* hervor. *Vermitteln* wurde eher ambivalent bewertet.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 44) wurden vor allem *vermitteln* und *Therapie* positiv bewertet und ebenfalls positiv, jedoch etwas seltener *Gespräch*, *Information* und *klären*.

4.2.4.5 Schwierigkeit

Das Netzwerk um *Schwierigkeit* wurde aufgrund der häufigen Verknüpfungen mit dem Parameter zehn gebildet, um den Fokus auf relevante inhaltliche Zusammenhänge richten zu können (s. Abbildung 45 und Abbildung 46). Aus dem gleichen Grund wurde auf eine Erweiterung in der zweiten Ebene verzichtet.

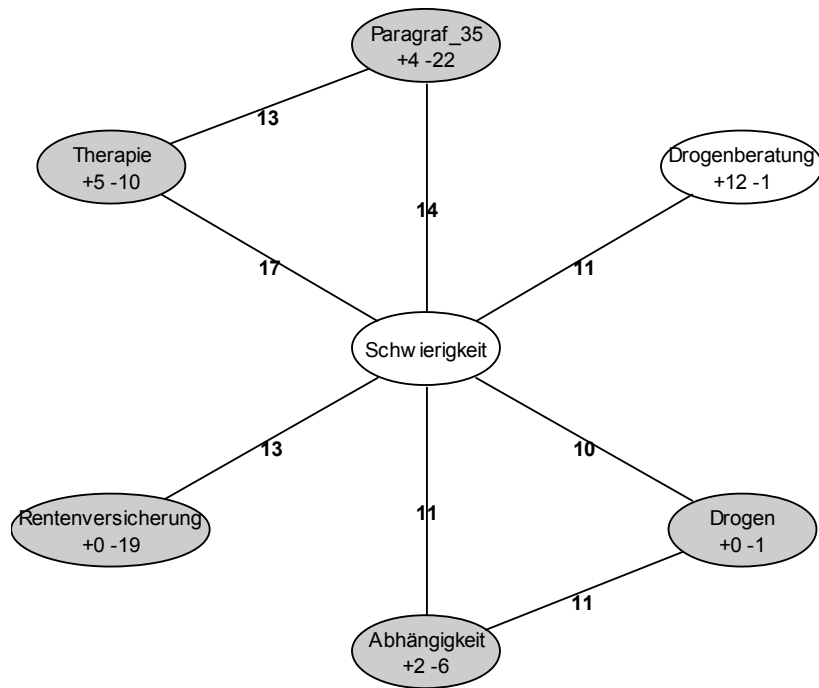


Abbildung 45 Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Ist-Situation)

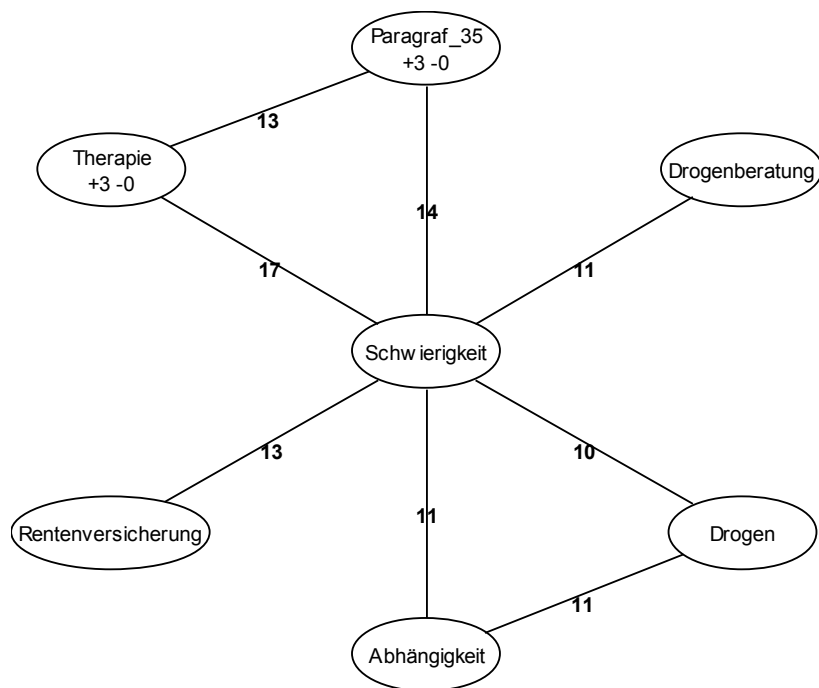


Abbildung 46 Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Soll-Situation)

Zusammenfassung

In aller Regel gehen die Leute mit § 35 auf Therapie. Und das sind wenige geworden, verdammt wenige im Vergleich noch zu den letzten Jahren [Kd2]. Weil für § 35 muss für die Staatsanwaltschaft dann wirklich al-

les passen. Da darf nicht irgend eine Kleinigkeit unklar sein [Ab4]. Die Arbeit erschweren für mich die ganzen Kontakte mit den Rentenversicherungen [Jg7]. Auch die haben den Zugang aus der Haft erschwert [Ac2], seit sie verordnet haben, dass eben die Kostenanträge nur noch bearbeitet werden, wenn ein rechtskräftiges Urteil vorliegt. Vorher wird dieser Antrag gar nicht bearbeitet, wird dann eben als abgelehnt zurückgeschickt [Kc1]. Wenn ich jetzt zum Beispiel diese Möglichkeiten einfach vermindere, dass jemand während der Inhaftierung auf Therapie gehen kann, dann spart sich ja die Rentenversicherung viel Geld [Kn4]. Somit hätte gerade die Rentenversicherung gut Geld gespart, weil jetzt ist eine andere Abteilung zuständig, aber das Problem ist gesellschaftlich gesehen verschärft vorhanden [Kn6]. Wir hatten oft Schwierigkeiten, überhaupt eine Therapie finanziert zu bekommen [Gf1]. Man kann sich bemühen, machen und tun und bekommt ihn trotzdem nicht. Das ist ein bisschen schwierig auch für uns [Jb5]. Wenn irgendwo im Urteil zum Beispiel Gewinnerzeugung steht, haben die schon gar keine Chance mehr auf § 35 [Jb4]. Und dann haben sie ein Ziel, wollen auf Therapie gehen, und dann erschwert man ihnen das und womöglich aus Kostengründen [Ko9]. Aber das ist halt eine Sache der Justiz. Da wird auch nicht unbedingt unser Vorschlag befolgt. Das ist ein bisschen schwierig [Jc6]. Und dann ist es für uns sehr, sehr schwierig, eine Einrichtung außerhalb von Bayern zu belegen, weil die Rentenversicherung dann sagt, die sollen innerhalb von Bayern gehen [Ji9].

Mir fällt oft auf, dass die Leute, die bei mir in Beratung sind, schon oft schwierig sind. Also mit denen ist oft was. Dass die halt ständig irgendwelche Disziplinarmaßnahmen haben oder auch im Arrest sitzen oder, oder, oder [Gd9]. Und so 10 % bis 20 % der Klienten, die sind einfach im Kontakt sehr schwierig, zum Beispiel wenn die schon sehr lange in der Szene drin sind [Ag8]. Manche machen den Entzug im Knast und dann hab ich sie oft, wenn sie noch ein bisschen so am Rande drauf sind. Und dann machen sie die ersten Gespräche. Das ist natürlich auch so ein bisschen schwierig [Jn3]. Aber ich denke, dass überhaupt Therapie im Strafvollzug für mich persönlich sehr fraglich ist, ob es wirklich gut ist. Egal was für eine es auch ist, weil da immer dieses Abhängigkeitsverhältnis da ist [Jo8]. Auch Suchtberatung ist schwierig in manchen Haftanstalten, die haben oft sehr lange Wartezeiten [Jo4].

Ob die im Gefängnis immer richtig sind, da lässt sich dann auch wieder darüber streiten. Die haben Straftaten begangen, kommt ja auch drauf an, was es eben ist. Aber die haben halt noch ihre Abhängigkeit mit dabei, und das ist halt immer so ein bisschen schwierig [Ge1]. Nur Betäubungsmittel sind halt Betäubungsmittel und die sind illegal und wenn man sich in dem Rahmen betätigt und erwischt wird, dann hat man halt ein Problem. Hätte ich jetzt dann ja auch. Wurscht, ob ich jetzt abhängig bin oder halt net [Ge3].

Oft krieg ich im Nachhinein mal mit, dass die sagen: „Ich habe fei scho mal konsumiert, vor drei oder vier Wochen.“ Wo die das her haben, will ich ehrlich gesagt nicht wissen, weil es ist für mich einfach schwierig [Gh6]. Im Suchtbereich ist es eh schwierig. Die Leute kommen wieder. Das ist glaube ich für einen selber schwierig an der Arbeit [Gj8]. Und dann hat er meistens die Therapie abgebrochen, neue Straftaten begangen [Gj9]. Und man ist in Haft doch sehr abgeschottet. Das Schwierige ist ja wirklich, dass wenn ich jetzt keine Besuchsgenehmigung mit irgendwelchen Leute ausmache, kommt man ja net zu mir in mein Büro rein, d. h. ich bin eigentlich abgeschottet, wie mein Klientel ja auch. Und ich bin einfach die meiste Zeit hier drin, und das ist manchmal irgendwie schwierig [Gg8].

Bewertungskodierung

In der Ist-Situation (s. Abbildung 45) erhielten die Begriffe im Netzwerk um *Schwierigkeit* mit der Ausnahme von *Drogenberatung* überwiegend negative Bewertungen. Dabei stechen besonders *Paragraf 35*, *Rentenversicherung*, *Therapie* und *Abhängigkeit* hervor.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 46) wurden *Paragraf 35* und *Therapie* als einzige Begriffe in der Netzwerkgrafik positiv bewertet.

4.2.4.6 Entlassung

Für die Netzwerkgrafik um *Entlassung* wurden alle verknüpften Begriffe mit einem Parameter von fünf zugelassen (s. Abbildung 47 und Abbildung 48). Auf eine Erweiterung in zweiter Ebene wurde verzichtet, um trotz der vielen verbundenen The-

menbereiche die inhaltliche Zusammenfassung auf die wesentlichen Aspekte zum Thema Entlassung zu beschränken.

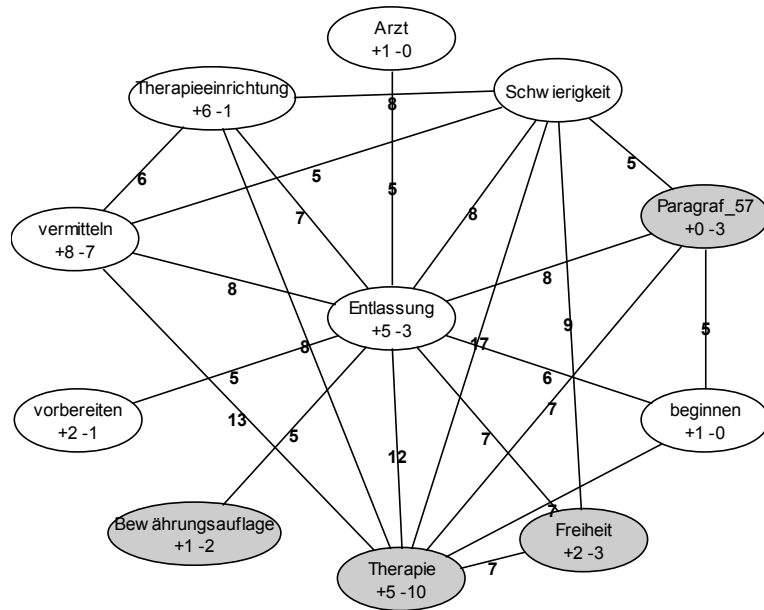


Abbildung 47 Netzwerkgrafik Entlassung (Ist-Situation)

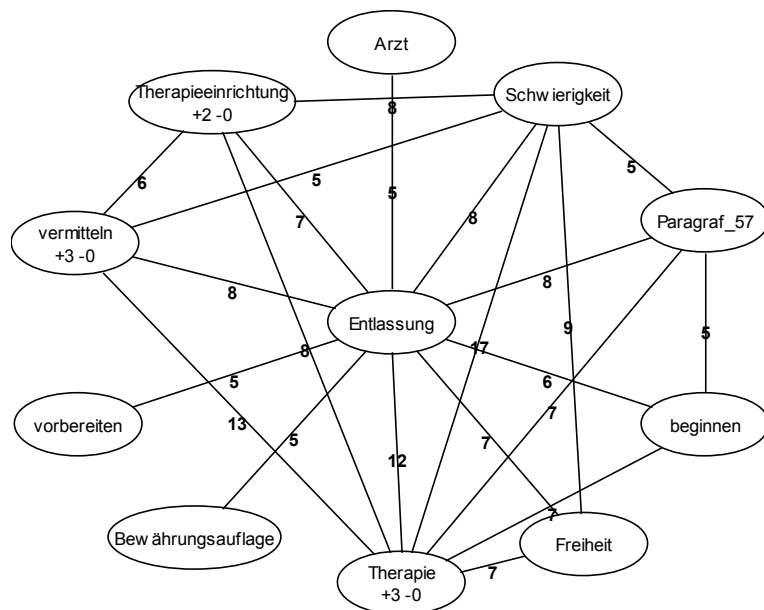


Abbildung 48 Netzwerkgrafik Entlassung (Soll-Situation)

Zusammenfassung

In der Beratung geht es oft um eine längerfristige Beratung, die dann im Idealfall natürlich auch zu einer Weitervermittlung in eine weiterführende Behandlung nach der Haft führt, entweder nach § 35, was schwierig geworden ist, oder zum 2/3-Zeitpunkt (§ 57) [Aa4]. Aber vor allem bei § 57

ist es eigentlich so, dass die Kostenträger sagen, da gibt es keine Kostenübernahme mehr [Ac2]. Wenn die trotz allem in eine Therapieeinrichtung gehen, dann ist der Schwerpunkt eben Vermittlung in Therapie und was ist da wichtig. Wie übersteh ich überhaupt eine Therapie ohne, dass ich rausfliege usw. [Gh3]. Das Problem ist, dass halt die Leute nach der Entlassung bei einer Beratungsstelle gut aufgehoben wären, aber da müssen sie einen Weg hin finden [Gk4]. Natürlich gibt's auch Bewährungsauflagen, dass man eine Therapie machen muss [Jc6]. Die Zusammenarbeit mit den Therapieeinrichtungen läuft gut. Wenn man lange Jahre diese Arbeit macht, dann kennt man natürlich die Leute, die man auch braucht, wenn es jetzt darum geht, mal kurzfristig einen Therapieplatz zu bekommen [Ai5]. Was sich allerdings auch noch erschwert hat, ist, dass wir schwieriger Einrichtungen belegen können, für die eine andere Rentenversicherung zuständig ist [Ji8].

Kurzzeitstraftäter können durchgehend substituiert werden. Sie müssen halt vom vorherigen Substitutionsarzt einen Bescheid mitbringen, dass sie substituiert wurden und auch wieder substituiert werden können, wenn sie rauskommen [Kk6]. Und in dem Zusammenhang war es auch schon so, dass wir dann da bei dem Arzt anrufen und vereinbaren, dass dann der Klient gleich nach der Entlassung zu ihm kommt, um dann wieder die Substitution beginnen zu können [Km7].

Oftmals erzählen die dann einem: „Ja, ja, bei der letzten Haft, da habe ich noch zu Ihnen gesagt, das mache ich dann alles so. Und dann war ich draußen...“ Und dann erzählen die, wie es draußen war [Gk1]. Draußen ist für die schwierig, dass sie einfach total überfordert sind. Also auch mit diesen Bewahrungen. Da wird das Ziehen einer Fahrkarte zum Problem [Jk3]. Die haben halt viele Auflagen, da müssen sie sich um alles mögliche kümmern [Gk2].

Bewertungskodierung

In der Netzwerkgrafik um *Entlassung* wurden in der Ist-Situation die Begriffe *Therapie*, *Freiheit*, *Bewährungsauflage* und *Paragraf 57* mit abnehmender Häufigkeit negativ bewertet (s. Abbildung 47). Unter den Begriffen mit vorwiegend positiver Bewertung sticht aufgrund der Häufigkeit besonders *Therapieeinrichtung* hervor. *Vermitteln* und *Entlassung* wurden eher ambivalent bewertet.

Für die Soll-Situation (s. Abbildung 48) erhielten nur *Therapie* und *Therapieeinrichtung* positive Bewertungen.

5 Inhaltliche Diskussion

‘Show me your prisons and I shall say in which society you live’.

(Winston Churchill)

5.1 Quantitative Erhebung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung mit dem „Kurzfragebogen über die gesundheitliche Situation Gefangener“ vor dem Hintergrund theoretischer Vorüberlegungen und empirischer Befunde aus vorhergehenden Studien diskutiert.

5.1.1 Prävalenz von Drogenkonsum in Haft

Während bei der Zahl der Verurteilungen nach Betäubungsmitteldelikten keine klare Tendenz erkennbar ist, nimmt die Zahl der zu Freiheitsstrafen verurteilten BtMG-Straftäter seit 2007 kontinuierlich ab, abgesehen von einem kleinen Anstieg in 2011 (vgl. Tabelle 2). Es besteht also eine gewisse Möglichkeit, dass der Anteil der Drogenkonsumenten in Gefängnissen aufgrund dieser Entwicklung zurückgeht. Dennoch zeigen die aktuellen Schätzungen, dass Drogenkonsum unter Inhaftierten nach wie vor deutlich prävalenter ist als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Piontek et al. 2016). Für die Betroffenen ist also eine ausreichende Versorgung mit Präventions- und Behandlungsmaßnahmen nötig.

Aus der Befragung unter den Justizministerien ließ sich schließen, dass bei Haftantritt ca. ein Drittel der Gefangenen auf Drogen getestet wurden. Der Anteil der Testungen während der Haft war nicht bekannt. Zur besseren Vergleichbarkeit der Werte wird für beide Zeitpunkte die Schätzung verwendet, die den Anteil der Getesteten nicht berücksichtigt (s. Kapitel 4.1.1.1). Da man bei dieser Schätzung annimmt, dass die Prävalenz des Drogenkonsums unter den Nicht-Getesteten ähnlich hoch ist wie unter den Getesteten, fällt diese Schätzung deutlich höher aus als die konservative, bei der man davon ausgeht, dass die Nicht-Getesteten keine Drogen

konsumiert haben. Es wird im Folgenden angenommen, dass die verwendete Schätzung eher der Realität entspricht als die konservative.

Aus der quantitativen Erhebung zum Anteil positiver Drogentests vor und während der Haft kann man schließen, dass die Prävalenz von Drogenkonsum bei Haftantritt fast dreimal so hoch ist wie während der Haft. Trotz gewisser Einschränkungen in der Vergleichbarkeit beider Werte (s. hierzu die kritische Diskussion in Kapitel 6.1) liegen diese zu beiden Zeitpunkten um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung: bei Haftantritt um das 13-fache, während der Haft immerhin noch um das 4,5-fache (s. Tabelle 8).

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zeigen, dass in Haft weniger Cannabis, Opioide, Kokain und Amphetamine, dafür mehr „andere“ Substanzen konsumiert werden als bei Haftantritt. Laut Angaben in den Fragebögen handelte es sich bei „anderen“ Substanzen hauptsächlich um Medikamente. Der im Vergleich zum Haftantritt relativ häufige Konsum von Medikamenten im Gefängnis ist möglicherweise einfach darauf zurückzuführen, dass Medikamente über den Gefängnisarzt bezogen werden können. Die Ergebnisse der Erhebungen im Zuge dieser Arbeit legen die Vermutung nahe, dass es für Inhaftierte durchaus möglich ist, diverse gewünschte Medikamente, wie z. B. Benzodiazepine zur Beruhigung und gegen Schlafstörungen, vom Arzt zu erhalten, sodass diese auch missbräuchlich verwendet und weitergegeben werden können. Problematisch bei der Bewertung dieser Prävalenzen ist die Tatsache, dass unbekannt ist, welcher Anteil missbräuchlich⁴ konsumiert wurde.

Trotz der geringeren Prävalenz während der Haft verglichen mit dem Haftantritt erfreut sich der intramurale Konsum von Cannabis und, in deutlich geringerem Ausmaß, auch der von Heroin einer gewissen Beliebtheit. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung wird Cannabis in Haft 4-mal so häufig konsumiert, Heroin sogar 8-mal

⁴ Als Missbrauch wird der nicht mehr bestimmungsgemäße Gebrauch eines Arzneimittels bezeichnet, also die Abweichung von den Zulassungskriterien, Dosierung, Dauer und Häufigkeit der Einnahme (DHS 2013).

so häufig (vgl. Tabelle 8). Dies kann auf deren relaxierende und sedierende Wirkung zurückgeführt werden (vgl. Boys et al. 2002). Beides könnten durchaus erwünschte Wirkungen im Gefängnissetting sein, das durch mangelnden Handlungsspielraum und damit Langeweile gekennzeichnet ist, sodass der Konsum dieser Substanzen als eine Bewältigungsstrategie verstanden werden kann (vgl. Kolind et al. 2010). Bemerkenswert ist dabei, dass das Rauchen von Cannabis erheblich auffallen müsste. Da der Konsum in Haft dennoch möglich ist, liegt die Vermutung nahe, dass er zum Teil von Beamten toleriert wird, auch aufgrund der auf die Inhaftierten beruhigenden und friedensstiftenden Wirkung des Cannabis, die evtl. von institutioneller Seite begrüßt wird (vgl. Ritter et al. 2013). Der während der Haft deutlich höhere Anteil an positiven Tests auf Cannabis verglichen mit Haftantritt ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass der Konsum von Cannabis aufgrund des Geruchs stärker auffällt als der Konsum von anderen Drogen. Dementsprechend können Drogentests bei Cannabiskonsum zielgerichteter angeordnet werden. Die Prävalenz des Heroinkonsums belegt bei Haftantritt und während der Haft zwar nach Cannabis Platz 2, jedoch mit deutlichem Abstand. Demgegenüber kann die deutlich geringere Prävalenz von Kokain- und Amphetaminkonsum während der Haft verglichen mit Cannabiskonsum auf die unerwünschte aktivierende Wirkung dieser beider Substanzen zurückgeführt werden (vgl. Boys et al. 2002).

Thema 1: Fazit

Die Prävalenz von Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist während der Haft geringer als bei Haftantritt und dabei zu beiden Zeitpunkten höher als in der Allgemeinbevölkerung. In deutschen Gefängnissen wird außerdem deutlich mehr Cannabis als Kokain oder Amphetamine konsumiert. Der Konsum von Heroin ist zwar deutlich seltener, belegt aber nach Cannabiskonsum Platz zwei des intramuralen

Konsums. Die Hypothesen 1.1⁵ und 1.2⁶ können demnach beibehalten werden, Hypothese 1.3⁷ nur teilweise.

5.1.2 Prävalenz von intravenösem Drogenkonsum in Haft

Aus der Befragung der Justizministerien ging hervor, dass die Prävalenz von intravenösem (i.v.) Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen fast um das 40-fache über der in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt (0,3 % vs. 11,0 %, s. Tabelle 9). Vergleicht man die Verbreitung bezogen auf die Grundgesamtheit der Drogenkonsumenten, so deuten die Ergebnisse der Fragebogenerhebung darauf hin, dass sich der i.v. Konsum von inhaftierten Drogenkonsumenten in der gleichen Größenordnung bewegt wie der von aktuell nicht inhaftierten Drogenkonsumenten (47 % bzw. 41 %).

Thema 2: Fazit

Die Prävalenz von i.v. Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist deutlich höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Außerdem bewegt sich die Prävalenz des i.v. Drogenkonsums unter inhaftierten Drogenkonsumenten in einer ähnlichen Größenordnung wie der von aktuell nicht inhaftierten Drogenkonsumenten. Die Hypothese 2.1⁸ kann demnach beibehalten werden, Hypothese 2.2⁹ muss verworfen werden.

5.1.3 Prävalenz von Infektionskrankheiten in Haft

Ebenso wie bei der Prävalenz von Drogenkonsum wird auch hier davon ausgegangen, dass die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter den Nicht-Getesteten vergleichbar hoch ist wie unter den Getesteten. Zwar sind i.v. Drogenkonsumenten

⁵ Die Prävalenz von Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist höher als in der Allgemeinbevölkerung.

⁶ Die Prävalenz von Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist während der Haft geringer als bei Haftantritt.

⁷ In deutschen Gefängnissen werden v.a. Cannabis und Heroin konsumiert, Kokain und Amphetamin deutlich seltener.

⁸ Die Prävalenz von i.v. Drogenkonsum in deutschen Gefängnissen ist höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

⁹ Die Prävalenz von i.v. Drogenkonsum unter in Deutschland inhaftierten Drogenkonsumenten ist höher als unter nicht inhaftierten Drogenkonsumenten.

(IDU's) in Europa mit am meisten für die Übertragung von Hepatitis C (HCV) und HIV verantwortlich, weswegen vor allem Personen mit Drogenvorgeschichte bei Haftantritt auf Infektionskrankheiten getestet werden. Jedoch ist auch bekannt, dass diesbezügliche Informationen oft nicht mitgeteilt werden (z. B. Knight et al. 1998), möglicherweise um nicht als „Junkie“ abgestempelt zu werden.

Bei Haftantritt wird laut dieser Erhebung circa die Hälfte der Personen auf Infektionskrankheiten getestet. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind besorgniserregend. Demnach ist die Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Inhaftierten bereits vor der Haft um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung: HIV tritt in dieser Gruppe ca. achtmal und Hepatitis C ca. fünfzigmal so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (s. Tabelle 11). Beim Vergleich der Prävalenz von Infektionskrankheiten in deutschen Gefängnissen und unter nicht-inhaftierten Klienten einer Suchthilfeeinrichtung (vgl. Braun et al. 2016) fällt auf, dass HCV-Infektionen unter nicht-inhaftierten Klienten der Suchthilfe ungefähr doppelt so häufig und HIV-Infektionen sogar fast fünfmal so häufig sind wie unter aktuell Inhaftierten (vgl. Tabelle 11). Mögliche Gründe hierfür sind vielfältig. So sind drei Viertel der IDU's schon mindestens einmal inhaftiert gewesen (vgl. RKI 2014a), sodass die Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten in Freiheit theoretisch fast gleichgesetzt werden kann mit der Prävalenz unter ehemals inhaftierten Drogenkonsumenten. Ein weiterer Grund für die starke Verbreitung von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten mit Anschluss an eine Suchthilfeeinrichtung in Freiheit könnte der höhere Leidensdruck sein, der häufig mit einer körperlichen Beeinträchtigungen einhergeht (Downey et al. 2001). Infizierte Drogenkonsumenten suchen sich darum möglicherweise häufiger Hilfe in einer Suchtberatungsstelle als Nicht-Infizierte. Zudem wird in Einrichtungen der Suchthilfe (ebenso wie in Gefängnissen) häufig erstmals der Infektionsstatus von Klienten erhoben, sodass Personen ohne Anschluss an die Suchthilfe ihren Infektionsstatus möglicherweise gar nicht kennen (RKI 2012). Diese Dunkelziffer

macht vermutlich auch unter Inhaftierten einen nicht unerheblichen Anteil aus. Darüber hinaus ist die Prävalenz von Infektionskrankheiten unter der Subgruppe der inhaftierten Drogenkonsumenten unbekannt. Es wird davon ausgegangen, dass die Verbreitung von Infektionskrankheiten unter inhaftierten Drogenkonsumenten deutlich höher liegt als unter allen Inhaftierten. Aufgrund der hohen Rate an vorherigen Inhaftierungen könnte die Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Drogenkonsumenten mit Anschluss an das extramurale Suchthilfesystem als Schätzwert für die Subgruppe der inhaftierten Drogenkonsumenten fungieren.

Da bei Haftentlassung in der Regel keine erneute Testung stattfindet, kann über die Zahl der Neuinfektionen während der Haft keine Aussage getroffen werden. Aufgrund der vielfältigen Infektionsrisiken, wie intravenösem Drogenkonsum, ist jedoch davon auszugehen, dass es durchaus Neuinfektionen während der Haft gibt, die momentan jedoch nicht quantifiziert werden können.

Thema 3: Fazit

Die Prävalenz von HIV und HCV im Gefängnis liegt ein Vielfaches über der in der Allgemeinbevölkerung. Hypothese 3.1¹⁰ kann also beibehalten werden. Den vorliegenden Daten zufolge ist die Prävalenz von HIV und HCV unter nicht-inhaftierten Drogenkonsumenten deutlich höher als unter allen aktuell Inhaftierten. Hypothese 3.2¹¹ muss also verworfen werden.

5.1.4 Drogenbezogene Behandlungsangebote in Haft

Je nach Bundesland ist ein Arzt oder Pfleger im Schnitt für knapp 50 Gefangene zuständig (vgl. Tabelle 12). Dies entspricht voll und ganz den Maßgaben des CPT (2006), das empfiehlt, dass ein Arzt für maximal 300 Gefangene zur Verfügung stehen sollte. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich hier um die Anzahl der Gefangenen pro medizinischer Personalstelle handelt, also Ärzte und Pfleger. Zu-

¹⁰ Die Prävalenz von Hepatitis C und HIV in deutschen Gefängnissen ist höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

¹¹ Die Prävalenz von Hepatitis C und HIV in deutschen Gefängnissen ist ähnlich hoch wie unter nicht-inhaftierten Drogenkonsumenten.

sätzlich muss hier beachtet werden, dass die Spannweite der Angaben mit Werten zwischen 20 und 125 zwischen den Bundesländern enorm war und die Versorgungslage somit stark zwischen den Bundesländern schwankt. In der Allgemeinbevölkerung liegt diese Zahl dennoch deutlich höher: Zwischen 143 (in Hamburg) und 265 Einwohner (in Brandenburg) kommen auf einen Arzt (Stand 31.12.2014; Bundesärztekammer 2015). Geht man rein von diesen Fakten aus, ist die Versorgungsrelation in Haft sogar besser als in Freiheit. Dabei muss jedoch erneut beachtet werden, dass im Rahmen dieser Arbeit bei der Erhebung von Personal zur medizinischen Betreuung von Inhaftierten zum einen neben Ärzten auch Pflegepersonal berücksichtigt wurde, zum anderen eine große Fluktuation der Patienten aufgrund häufiger Zu- und Abgänge (im Jahr 2010 insgesamt 240.000 Zugänge aus der Freiheit; Statistisches Bundesamt 2012c) herrscht und viele Gefangene mit schlechtem Gesundheitszustand versorgt werden müssen, die einen deutlich höheren Aufwand erfordern als ein durchschnittlich gesunder Bürger (vgl. Binswanger et al. 2009).

Zusätzlich ist der Anteil drogenkonsumierender Inhaftierter deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Diese Klientel nimmt einen erheblichen Anteil der Zeit für medizinische Behandlung in Anspruch. Mit durchschnittlich rund einem Viertel, maximal bis zu drei Viertel, der Zeit der medizinischen Versorgung fällt ein nicht unerheblicher Zeitanteil auf die Behandlung von drogenkonsumierenden Gefangenen (vgl. Tabelle 12). Gemessen an den drogenbezogenen Prävalenzen in Haft ist dieser Anteil nicht erstaunlich. Für die alltägliche ärztliche Praxis bedeutet der Anteil jedoch eine enorme Belastung, nicht zuletzt deswegen, weil auch andere, vor allem chronische Erkrankungen, unter Inhaftierten häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Binswanger et al. 2009). Die Zeit für die Behandlung drogenkonsumierender Inhaftierter wird unter anderem für Opioid-Substitutionsbehandlung (OST), psychosoziale Betreuung und die Therapie von Infektionskrankheiten aufgewendet.

Bezüglich OST gaben zwar alle Bundesländer an diese Behandlungsform anzubieten, allerdings variierte die Dauer erheblich. So berichtete nur ein Bundesland, OST bis zu einem Jahr anzubieten und ein Bundesland unbegrenzt, alle anderen gaben kürzere Zeiträume an. Um mithilfe der OST eine dauerhafte Veränderung des Lebensstils zu bewirken, wird eine Behandlung von mindestens 12 Monaten empfohlen (Henry-Edwards et al. 2003). Demgegenüber gab ein Land, das von „aufrechterhaltender Substitution“ berichtete, als Dauer einen Monat an. Das entspricht eher einer zügigen Abdosierung bei Methadon (durchschnittliche Dosis 60-120 mg, Backmund et al. 2013; empfohlene Abdosierung 10 mg/Woche, Henry-Edwards et al. 2003) bzw. einem angemessenen Tempo in der Abdosierung von Buprenorphin (durchschnittliche Dosis: 8-16 mg, Backmund et al. 2013; empfohlene Abdosierung 2-4 mg/Woche, Lintzeris et al. 2006). In den Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger wird empfohlen, zu jeder OST eine psychosoziale Betreuung (PSB) anzubieten und durchzuführen. Die Verfügbarkeit von PSB ist, gemessen an der Verfügbarkeit von OST, mit einer theoretischen Erreichung von über 80% der Gefangenen, durchaus angemessen. Die Therapie von Hepatitis C (HCV) wird bis auf eines von allen Ländern angeboten, eine HIV-Behandlung überall. Kontraindikationen für eine HCV-Therapie sind Drogenmissbrauch und Non-Compliance (Heiler 2013). Die nicht flächendeckend verfügbare Therapie von HCV in Haft ist zwar kritisch zu beurteilen, jedoch muss man sie vor dem Hintergrund eines möglicherweise andauernden Drogenkonsums sehen. In den Leitlinien zur Hepatitis C-Therapie bei intravenös Drogenkonsumierenden wird gar empfohlen, Patienten mit aktuellem intravenösen Drogenkonsum in der Regel nicht auf Hepatitis C zu behandeln (Backmund et al. 2006). Erst nach 12 Monaten Konsumfreiheit sollen Patienten wie allgemein empfohlen behandelt werden. Demgegenüber sollte die Behandlung von HIV-Infektionen betroffenen Inhaftierten stets zugänglich gemacht und deren Fortführung nach Haftentlassung sichergestellt werden (Davies & Karstaedt 2012).

Doch nicht nur Maßnahmen der Schadensreduzierung, sondern auch Präventionsmaßnahmen sind für die gesundheitliche Versorgung von Inhaftierten von enormer Wichtigkeit. Sowohl Impfungen als auch Informationsmaterial sind laut dieser Studie jeweils für die deutliche Mehrheit der Gefangenen verfügbar. Dies ist zwar als positiv, nicht jedoch als ausreichend zu bewerten. Eine Impfung gegen Hepatitis B stellt eine sichere, kosteneffiziente und hochwirksame Grundversorgung dar (vgl. Rich et al. 2003), die allen Inhaftierten verfügbar sein sollte. Auch die Aufklärung über Ansteckungswege mit HIV oder Hepatitis konnte entsprechendes Risikoverhalten deutlich reduzieren (vgl. Beckwith et al. 2001). Zudem sind Kondome trotz ihrer Effektivität und der geringen Kosten (vgl. z.B. Sylla et al. 2010; Lucas et al. 2014) laut dieser Erhebung zwar immerhin für die Mehrheit der Gefangenen zugänglich, jedoch nicht für alle. Zwar haben deutlich über die Hälfte der Inhaftierten theoretisch die Möglichkeit, sich auf Infektionskrankheiten testen zu lassen, angesichts der enormen Bedeutung dieser Maßnahme, vor allem im Justizvollzug (vgl. z. B. Solomon et al. 2014; Tartaro & Levy 2012), ist jedoch auch diese Erreichungsquote nicht als ausreichend zu bewerten.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung als einen Bereich mit vielen Defiziten. So hat nicht einmal die Hälfte der Inhaftierten in Deutschland theoretisch Zugang zur Vermittlung in externe Behandlungseinrichtungen – trotz des extrem erhöhten Risikos einer Überdosierung kurz nach der Entlassung (vgl. Farrell & Marsden 2008) und des erwiesenermaßen erschwerten Beginns einer medizinischen Rehabilitation nach Haftentlassung (vgl. Bürkle et al. 2010). Ein organisiertes Übergangsmanagement, das Inhaftierte gut vernetzt beim Übergang von der Haft in die Freiheit unterstützt, wurde nur von einem einzigen Bundesland berichtet, obwohl diese Programme nachweislich die soziale Reintegration und eine Drogenabstinenz nach Haftentlassung fördern (vgl. Calcaterra et al. 2014).

Auch die Schulung der Justizvollzugsbeamten stellt sich in den Ergebnissen dieser Studie zumindest als ausbaufähig dar. In den meisten Bundesländern werden die-

ser Berufsgruppe – trotz der hohen Relevanz für den Berufsalltag – nur grundlegende Kenntnisse über Drogen vermittelt. Nur einzelne Bundesländer bieten ihnen spezielle Fortbildungen zu drogenspezifischen Erste-Hilfe-Maßnahmen an. Dabei konnte in früheren Studien gezeigt werden, dass beispielsweise die Aufklärung über Infektionskrankheiten den Justizvollzugsbeamten im Umgang mit HIV-positiven Inhaftierten mehr Sicherheit verleiht (vgl. Alarid & Marquart 2009).

Darüber hinaus wurden in der Befragung sehr wenige angewendete Leitlinien angegeben, zum Teil sogar falsche, wie zum Beispiel das Betäubungsmittelgesetz. Immerhin nannten einige die „Leitlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“. In der Erhebung wurde diese von Bundesländern genannt, in denen immerhin fast zwei Drittel der Gefangenen untergebracht sind. Hingegen waren die Leitlinien der DGS zur Therapie von HCV nur sehr wenigen bekannt. Diese Leitlinie kommt demnach nur einem Sechstel der Gefangenen zugute, die Leitlinien der DGS zur Therapie von HIV noch deutlich weniger Gefangenen. Dieses Antwortverhalten könnte einerseits ein Hinweis darauf sein, dass die Anwendbarkeit der Leitlinien für das Gefängnissetting nicht allen bekannt ist. Es könnte aber auch andererseits Ausdruck dessen sein, dass vor allem Mitarbeiter der Justizministerien weniger Bezug zur Praxis haben und ihnen die Leitlinien darum nicht geläufig sind.

Thema 4 Fazit

Es gibt eine Vielzahl an drogenbezogenen Behandlungsangeboten in deutschen Haftanstalten. Zusammenfassend können diese bezüglich der Verfügbarkeit in drei Gruppen eingeteilt werden:

Gut	Mittel	Schlecht
- Psychosoziale Betreuung	- OST	- Entlassungsvorbereitung
- Therapie von HCV	- Verfügbarkeit von Kondomen	- Vermittlung in externe Behandlungseinrichtungen
- Therapie von HIV	- Test auf Infektionskrankheiten	- Übergangsmanagement
- Impfung gegen HBV	- Schulung von Justizvollzugsbeamten	- Anwendung geltender Leitlinien
- Informationsmaterial	- Drogenspezifische Erste-Hilfe-Maßnahmen	
- Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen an Justizvollzugsbeamten		

5.2 Qualitative Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Experteninterviews vor dem Hintergrund theoretischer Vorüberlegungen diskutiert. In diesem Kapitel soll die Fragestellung zum Thema 5 beantwortet werden, also welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten sich bei der drogenbezogenen Behandlung von Inhaftierten im Alltag ergeben und wie diesen Schwierigkeiten begegnet werden kann.

5.2.1 Gesamtstichprobe

Betrachtet man die Häufigkeiten, mit denen Begriffe in der Gesamtstichprobe genannt worden sind, fällt auf, dass – entsprechend den Themen im Interviewleitfaden – sehr viel von Schwierigkeiten im Status quo die Rede ist. Darüber hinaus sind Substitution, Beamten und Entlassung häufige Themen. Ergänzt man in dieser Betrachtung nun die Bewertungen für die „Soll-Situation“, werden Themenbereiche deutlich, die sich anders bzw. in der Regel besser gewünscht werden. So wird sich von den Befragten allgemein eine bessere Zusammenarbeit und ein umfangreicheres Präventions- und Behandlungsangebot gewünscht, vor allem im Bereich Substitution und Behandlungskontinuität bzw. Übergangsmanagement, sowie bessere

Möglichkeiten zur Therapie statt Strafe. Wie wichtig diese Elemente vor allem für eine gelungene soziale Reintegration sind, wurde in Kapitel 2.8 ausführlich dargestellt. So spielt die Behandlungskontinuität vor allem bei der Behandlung von Infektionskrankheiten eine wichtige Rolle (vgl. Davies & Karstaedt 2012).

Die Rolle der Beamten wird von der Gesamtstichprobe ambivalent gesehen. Diese seien die Manifestation eines „geschlossenen Systems“ [Fj1], dem die Mitarbeiter der intramuralen Gesundheitsversorgung in der Regel nicht angehören. Gleichzeitig bestehe mit den Beamten im Alltag der meiste Kontakt und es wird sich eine gute Kooperation und Vernetzung gewünscht, um nicht mehr nur „Einzelkämpfer“ [Ge7] sein und sich nicht mehr als „Fremdkörper im Justizsystem“ [Dh3] fühlen zu müssen.

Auch die bisherige Regelung des Übergangs von Haft in die Freiheit wird äußerst kritisch gesehen. So wurde in den Interviews thematisiert, dass direkt nach der Entlassung kein Versicherungsschutz bestehe (vgl. Bürkle et al. 2010). Speziell bei der Beantragung von Therapie statt Strafe tun sich Schwierigkeiten insofern auf, dass eine Kooperation mit vielen verschiedenen Personen und Institutionen, vor allem Kostenträgern, nötig sei, die sich zum Teil schwierig gestalten. Allgemein wurde bemängelt, dass das Äquivalenzprinzip nicht eingehalten werde. Es wurde deutlich, dass sich die intramurale Gesundheitsversorgung nicht nur in ihrem Umfang deutlich von der extramuralen unterscheidet, sondern auch bezüglich der Arbeitsschwerpunkte. So setze das Justizsystem „spezielle Regeln“ [Gi2] voraus und die Auseinandersetzung mit „Justizthemen“ [Gi2] habe Einfluss auf die psychosoziale Versorgung der Inhaftierten. Essenziell für eine gute psychosoziale Versorgung in Haft sei laut der Befragten ein effektiver Informationsfluss zwischen Inhaftierten, Mitarbeitern des Justizsystems und der Gesundheitsversorgung. Dabei finde der Informationsaustausch zwischen den Parteien in der Regel wechselseitig statt (s. Abbildung 49).

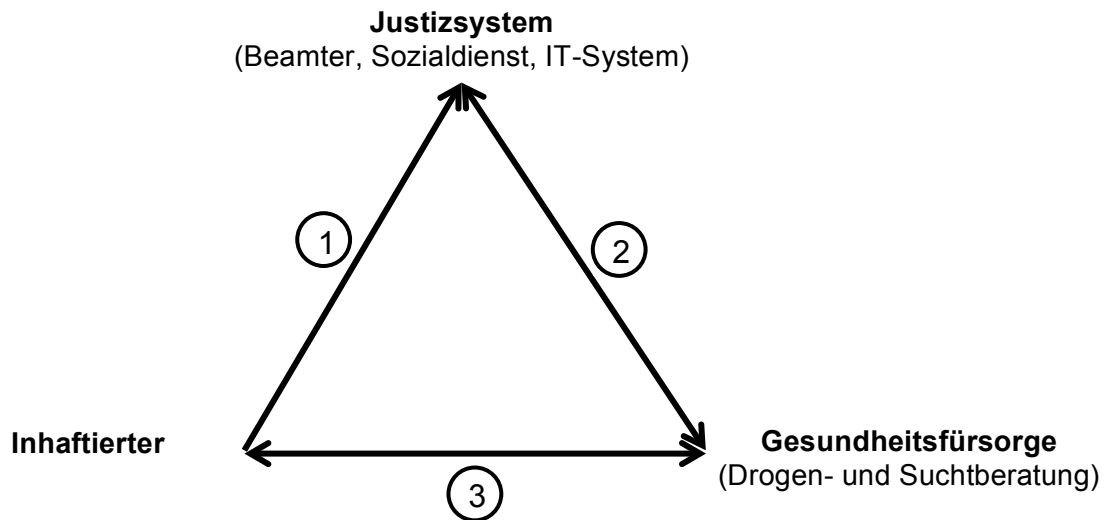


Abbildung 49 Informationsweitergabe im Justizvollzug

Thematisiert wurde in den Interviews vor allem die Informationsweitergabe vom Inhaftierten zum Justizsystem, also von Informationen über das Wesen des Inhaftierten und den Hintergrund der Strafe (Informationsweg 1). Diese Informationen werden wiederum, zumindest teilweise, an Mitarbeiter der Gesundheitsversorgung weitergegeben, vor allem als Orientierung vor dem Erstgespräch. Aber auch Informationen zur Vollzugsplanung werden so an die Berater weitergeleitet, die ohne diese Hinweise in der Gesamtplanung „hilflos“ [la2] wären. (Informationsweg 2). Gleichzeitig wurde betont, wie wichtig die Aufklärung der Beamten über das Thema Abhängigkeit ist, damit sie im Umgang mit substanzabhängigen Inhaftierten sicherer werden (vgl. Alarid & Marquart 2009) und auch um im Falle von Regelüberschreitungen angemessene Sanktionen festlegen zu können. In der extramuralen psychosozialen Versorgung werden Informationen in der Regel nur zwischen Klient und Berater ausgetauscht (Informationsweg 3), außer die Beratung findet in einem Zwangskontext statt, zum Beispiel unter Auflage des Jugendamts. In den Interviews wurde deutlich, dass es beim Kontakt zwischen Inhaftierten und Mitarbeitern der intramuralen Gesundheitsversorgung vor allem um die Vermittlung von Informationen geht bezüglich Substanzkonsum, Abhängigkeit und welche Hilfsangebote verfügbar sind. Bis auf die Informationsweitergabe zwischen Inhaftiertem und Justizsystem sind alle

in den Interviews thematisierten Informationswege wechselseitig. In den Interviews kam die Informationsweitergabe von Mitarbeitern des Justizsystems zum Inhaftierten nicht zur Sprache.

5.2.2 Unterschiede zwischen den Bundesländern

5.2.2.1 Bayern

Vermittlung in „Therapie statt Strafe“ (nach § 35 BtMG) wurde von den Befragten aus Bayern als eine der Hauptaufgaben von intramuraler Gesundheitsversorgung beschrieben. Dabei bedürfe es vor allem Erfahrung, um motivierte Klienten von denjenigen zu unterscheiden, die jeden „Strohalm“ [Jc6] ergreifen, um frei zu kommen. Grundsätzlich wurde die aktuelle Situation der Vermittlung in Behandlungen nach § 35 BtMG ebenso wie vorhandene intramurale Therapieangebote kritisch gesehen. Dabei stelle weniger die Vermittlung an sich die Schwierigkeit dar, denn die Kontakte zu externen Therapieeinrichtungen wurden positiv beschrieben, sondern die Kostenübernahme. Nicht selten scheitere die Vermittlung eines motivierten Klienten an den Kostenträgern. Gewünscht wurden mehr erfolgreiche Vermittlungen in Therapie nach § 35 BtMG, nicht zuletzt, weil das die Arbeit der intramuralen psychosozialen Beratung entlasten würde.

Die Aufgabe der intramuralen Drogenberatung sei dabei keine Therapiearbeit, sondern tatsächlich eine Beratung, die dabei helfen kann, Inhaftierte zu einer Therapie zu motivieren, zum Beispiel im Anschluss an die Haft, oder auch auf eine Therapie vorbereiten kann, zum Beispiel indem Strategien vermittelt werden, die dabei helfen können eine Therapie durchzustehen. Beratungsgespräche in Haft seien demnach sinnvoll, „um die Situation der Menschen, die hierher kommen mal einfach zu nutzen, wo die Veränderungsbereitschaft sehr groß ist“ [Jp2].

Präventionsangebote finden laut den Befragten aus Bayern in der Regel in Gruppen statt, und zwar idealerweise in Kleingruppen, sodass genügend Raum für persönliche Fragen bleibt. Sowohl Prävention als auch die Arbeit in Gruppen wurden dabei sehr positiv bewertet. Jedoch bedeute gerade diese Form der Angebote für die Be-

amten zusätzliche Arbeit, sodass Berater auf deren Wohlwollen und Unterstützung angewiesen seien.

Die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern der Gesundheitsversorgung und der Justiz finde konkret mit den Beamten (ambivalent bewertet) und dem Sozialdienst (positiv bewertet) statt und wurde kritisch als „Nebeneinander-Zusammenarbeit“ [Af7] bezeichnet. Diese sei kaum institutionalisiert und ihre Qualität sehr unterschiedlich. Die aktuelle Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren wurde ganz überwiegend positiv bewertet, vor allem die Regelmäßigkeit von Besprechungen. Dabei wurde oft betont, dass der Alltag in der intramuralen Gesundheitsversorgung oft durch das Gefühl geprägt ist, nicht dazuzugehören: „Also ich bin hier halt mitten in einem System-drum-herum, wo alle anderen, die gehören alle zur Justiz und ich net“ [Ge7].

In den Interviews kam das gesamte Kontinuum der verschiedenen Ausprägungen von Substanzkonsum (von Abstinenz über risikoarmen Konsum bis hin zur Abhängigkeit) zur Sprache (s. Abbildung 50). Es wurde immer wieder deutlich, dass es einen „unproblematischen Konsum“ in Haft eigentlich nicht geben kann, da (1) er für viele Konsumenten der Grund ihrer Inhaftierung ist und (2) die Substanzen in Haft ebenso wie in Freiheit illegal sind und deren Besitz mit Sanktionen bestraft wird, durch die ein Inhaftierter „sehr schnell sehr viel verlieren“ kann [Ke3]. Die Inhaftierung kann für Drogenkonsumenten hingegen eine Chance sein zu begreifen, „dass einen der Konsum so weit gebracht hat, dass man im Gefängnis gelandet ist“ [Gj7] und kann somit in der Folge die initiale Motivation für ein Leben in Abstinenz sein.

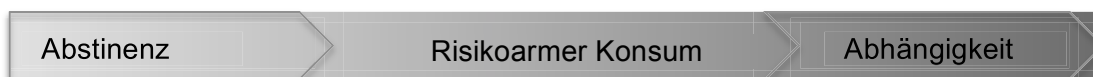


Abbildung 50 Kontinuum Abstinenz – Abhängigkeit

Beim Thema Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) wurden sowohl der ärztliche Dienst, der „eine eigene Hoheit in der Haftanstalt“ [Bk3] ist, als auch OST selbst überwiegend negativ bewertet. Zwar wurde auch der Entzug überwiegend negativ

bewertet, die damit erreichte Abstinenz wurde hingegen sehr positiv beschrieben. Dabei wurde argumentiert, dass OST zwar mittlerweile als Standardtherapie der Opiatabhängigkeit anerkannt sei, in Haft aber noch alles andere als selbstverständlich sei und ihre Verfügbarkeit für Inhaftierte zum einen von deren Gesundheitszustand, zum anderen aber auch von der Länge der Haftstrafe abhängen. Ein Interviewter kritisierte vor allem die Situation von Drogenkonsumenten kurz nach der Inhaftierung folgendermaßen: „Irgendeine Form der Betreuung bei Haftantritt wäre nötig. Gerade eben, wenn schon nicht Substitution oder nicht warmer Entzug, dann halt zumindest irgendwie eine psychosoziale Begleitung oder irgendwie jemand, der halt diesen Wahnsinn mit auffangen hilft, der auf einen einstürzt“ [Ef2]. Dem stand bei einigen Interviewten aus Bayern der Abstinenzgedanke gegenüber. Einige Befragte begreifen OST als „Kapitulation“ [Ai8], den Entzug durch die Inhaftierung hingegen als Chance für ein drogenfreies Leben, und sprechen sich darum teilweise auch gegen OST aus. Demnach könne die Inhaftierung eine Möglichkeit sein, den Entzug besser durchzustehen „als wenn man immer weiß, ich könnte jetzt anders handeln“ [Jo1]. Dennoch wurde dieser intramurale Entzug sehr ambivalent gesehen, unter anderem weil er oft sehr schnell, in der Regel ohne medikamentöse Unterstützung und nur bei „krassen Entzugserscheinungen“ [Ff3] in der Krankenabteilung vonstatten gehe.

5.2.2.2 Berlin

Unter den Befragten aus Berlin war Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) der am häufigsten kodierte Schlüsselbegriff. OST bedeutet in Berlin klare Regeln, zum Beispiel regelmäßige ärztliche Sprechstunde, Beikonsumfreiheit und die Vorbereitung der Entlassung, indem ein Substitutionsarzt und psychosoziale Begleitung in Freiheit organisiert werden. Das stelle gerade in Berlin eine besondere Herausforderung dar, da Substitutionspraxen häufig ausgelastet seien. Aus diesem Grund wurde sich bezüglich OST ein besserer Übergang von Haft in Freiheit gewünscht.

Wiederholt wurde thematisiert, dass allein der ärztliche Dienst darüber entscheide, welcher Inhaftierte OST erhalte und wie bei Regelverstößen, zum Beispiel Beikonsum, vorgegangen werde. Diese Situation führe dazu, dass sich das restliche Personal oft machtlos fühle. Regelbrecher müssten „erfahren, dass dieses Programm auch zu Ende sein kann, wenn er weiter Beikonsum hat“ [Ls3]. Sanktionen seien gerade für die Gruppendynamik wichtig, denn „wenn das Stationsgefüge auseinander gerät oder ins Wanken gerät, dann gerät die ganze Substitutionsbehandlung ins Wanken, weil beides ist miteinander verknüpft“ [Lu3]. Sanktionen seien jedoch schwierig festzulegen aufgrund der fehlenden Möglichkeit der Inhaftierten zur freien Arztwahl: „Wir müssen ihn ja weiter substituieren“ [Lq7].

Die Rolle von Kollegen wurde wiederholt positiv hervorgehoben. Diese spielen demnach eine wichtige Rolle in der Abfederung der Überlastung. Bezüglich der Zusammenarbeit im Team wurde außerdem betont, dass eine gute Aufklärung des gesamten Personals über Drogenabhängigkeit notwendig sei, um einen sicheren Umgang mit dieser Klientel zu gewährleisten.

Ein großer Problembereich bezüglich Entlassung sei die „Fragmentierung in der öffentlichen Hand“ [Ng6]. Nach Haftentlassung seien viele Behördengänge nötig, die kaum während der Haftzeit vorbereitet werden können und somit zu einer Herausforderung für jeden frisch Entlassenen werden. Vorbereitend auf die Entlassung kann das Berliner Justizvollzugssystem einem der Ziele des Strafvollzugs nicht gerecht werden: „Im Drogenbereich beschränkt sich die Resozialisierung meistens darauf Motivationsarbeit zu leisten, was Therapie anbelangt und die Entlassungsvorbereitung“ [Na4].

Zum Thema Spriztentausch kann man die Aussagen der Befragten so zusammenfassen, dass sterile Nadeln für nötig erachtet werden, da eine Abhängigkeit auch nach der Inhaftierung bestehen bleibe und Rückfälle möglich seien.

5.2.2.3 Unterschiede zwischen Bayern und Berlin

Sowohl für die Interviewten in Berlin als auch in Bayern ist der Informationsaustausch essenziell. Dabei nehmen die Beamten eine wichtige Rolle ein. Auf der einen Seite liefern sie wichtige Informationen über die Inhaftierten, auf der anderen Seite seien sie ein wichtiger Empfänger von Informationen zum Thema Drogen und Prävention. Aber auch unabhängig von den Beamten sei Kommunikation ein wichtiger Bestandteil der Arbeit im Justizvollzug, nicht zuletzt aufgrund der Komplexität seiner Struktur und der Vielzahl der Beteiligten.

Arbeiten im Justizsystem wird von vielen Interviewten als besondere Herausforderung wahrgenommen, da es sich dabei um eine vielschichtige Arbeit im multiprofessionellen Team handele. Sie unterscheide sich von der externen Arbeit beispielsweise dadurch, dass ein breites Wissen über juristische Hintergründe nötig sei. Besonders das Thema Entlassung als Übergangsphase von ‚drinnen‘ nach ‚draußen‘ wurde von den Interviewten aus beiden Bundesländern häufig thematisiert. So sei dieser Übergang in die Freiheit mit vielen Herausforderungen verbunden, die zum Teil vom Inhaftierten nach der Entlassung schnell bewältigt werden müssen.

Klare Unterschiede zwischen den Interviewten der Bundesländern Bayern und Berlin ergaben sich in der Besprechung von Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) in Haft. In Berlin gestalte sich die Situation des Sozial- und Pflegedienstes diesbezüglich schwierig, weil deren Mitarbeiter in der psychosozialen Betreuung mit Patienten arbeiten müssen, über deren Teilnahme am Programm nicht sie, sondern ausschließlich die jeweils substituierenden Ärzte entscheiden. In Bayern hingegen betreffe die Arbeit mit drogenabhängigen Gefangenen vor allem die externe Suchtberatung, die während der Haft Gespräche anbiete, in denen Klienten im Idealfall bei ihrer Abstinenz nach dem Entzug begleitet oder auf eine Therapie nach der Entlassung vorbereitet werden. Auch sei ein wichtiger Bestandteil der Arbeit externer Suchtberater, Inhaftierte bei ihrer zum Teil erstmaligen Erkenntnis zu begleiten, dass ihr Drogengebrauch problematisch war. Neben der OST wurde die Vergabe

von sterilen Spritzen an drogenabhängige Inhaftierte (in einer gewissen Häufigkeit) ausschließlich in Berlin thematisiert. Dies spiegelt die jeweiligen Ziele der Drogen- und Suchtpolitik wider: Während in Bayern neben der Repression noch Prävention und Behandlung als Grundpfeiler genannt werden, räumt Berlin auch der Schadensreduzierung einen hohen Stellenwert ein.

Die unterschiedliche Besprechung der Thematik kann jedoch auch daher rühren, dass ausschließlich in Bayern externe Mitarbeiter der Drogenberatung interviewt wurden, in Berlin konnten nur Mitarbeiter des justiziellen Sozialdiensts befragt werden. Vermutlich aus demselben Grund ist die Problematik der Beantragung von Therapie statt Strafe nur in Bayern thematisiert worden. Ein anderer Grund hierfür könnte sein, dass in Berlin sogar eine extramurale psychosoziale Begleitung der OST als Therapie statt Strafe möglich ist (Verwaltungsvorschrift für die staatliche Anerkennung von Einrichtungen zur Behandlung Drogenabhängiger nach § 35 und 36 des Betäubungsmittelgesetzes vom 01.02.2005) und somit die Verfahrenspraxis bezüglich § 35 BtMG, insbesondere der Beantragung, sich von der in Bayern unterscheiden kann. Allgemein lassen die Interviews darauf schließen, dass die Beantragung von Therapie statt Strafe in Berlin keinen großen Raum einnimmt.

5.2.3 Besonderheiten der Mitarbeiter der Drogenberatung

Häufig thematisiert von der Drogenberatung wurden Schwierigkeiten in ihrem „Hauptgeschäft“ [Jb1], den Anträgen auf Therapie statt Strafe. Diese würden häufig an der Kostenübernahme scheitern. Rentenversicherung und andere Kostenträger werden darum von der Drogenberatung sehr kritisch gesehen. Zusätzlich erschwert werde dieses Konglomerat durch justizielle Hintergründe, unter anderem relevante Details der Straftat und den genauen Wortlaut des Urteils. Diese Schwierigkeiten fasst ein Befragter folgendermaßen zusammen: „Einerseits find ich's auch ganz gut, dass die Beantragung auf § 35 nicht nur eine Formsache ist, sondern dass man sich auch drum bemühen muss. Blöd ist nur, dass man sich bemühen kann, machen kann und tun kann und man bekommt ihn trotzdem nicht“ [Jb5]. Zwar wurde die

Vermittlung in eine externe Therapieeinrichtung als relativ unproblematisch beschrieben. Voraussetzung dafür sei jedoch eine vorherige Kostenübernahme, so dass auch hier Schwierigkeiten entstehen. Ein Befragter äußert seine Bedenken hinsichtlich dieser erschwerten Bedingungen für Behandlungen auf der Basis von § 35 BtMG: „Wenn ich jetzt zum Beispiel diese Möglichkeiten einfach vermindere, dass jemand während der Inhaftierung auf Therapie gehen kann, dann spart sich ja die Rentenversicherung viel Geld“ [Kn4]. Dann sei zwar „eine andere Abteilung zuständig, aber das Problem ist gesellschaftlich gesehen verschärft vorhanden“ [Kn6]. Da Beratung während der Haft keine richtige Therapie darstelle („Wir machen keine Therapie“ [Ac9]), sondern eher eine Maßnahme der Therapievorbereitung, spiele die Vermittlung an externe Drogenberatungsstellen und andere Therapieeinrichtungen nach der Haftentlassung, auch unabhängig von Maßnahmen nach § 35 BtMG, eine wichtige Rolle in der Entlassungsvorbereitung. Damit verbundene Herausforderungen sind vermutlich die Ursache dafür, dass die Entlassung und die darauffolgende Freiheit oft kritisch zur Sprache kamen (z. B. „Draußen ist für die schwierig, dass sie einfach total überfordert sind.“ [Jk3]).

Eine weitere Schwierigkeit, die Drogenberater genannt haben, sei vor allem ihre spezielle Klientel. Diese stelle oft an sich eine Herausforderung dar, sei es wegen sozialer oder disziplinarischer Auffälligkeiten oder wenn sie zu Beginn der Behandlung „noch ein bisschen so am Rande drauf sind“ [Jn3]. Es wurde außerdem thematisiert, dass der Bereich Sucht ein unbefriedigendes Arbeitsfeld sein könne, denn „die Leute kommen wieder.“ [Gj8]. Zudem stand wiederholt die Frage im Raum, ob das Gefängnis der richtige Ort für jemanden sei, dessen grundlegendes Problem der Drogenkonsum sei.

Die Zusammenarbeit im Arbeitsalltag der Drogenberater finde mit Beamten statt, was aufgrund der verschiedenen Professionen Schwierigkeiten bergen könne: „Ein Vollzugsbeamter und eine Drogenberatung passen nicht immer so gut zusammen“ [Gd3]. Diese Kooperation wurde von der Subgruppe der Drogenberater dennoch

ganz überwiegend positiv eingeschätzt, insbesondere deutlich positiver als in der Gesamtstichprobe. Als sehr hilfreich wurde ein regelmäßiger Austausch des gesamten Teams der Station beschrieben, nicht zuletzt um sich kennen zu lernen und Vertrauen zueinander aufzubauen. Dies könne dabei helfen, dass „jeder in seiner Arbeit eben akzeptiert wird“ [Gd4].

Gespräche der Drogenberatung finden zum Großteil regelmäßig statt, also im Rahmen eines Beratungsprozesses. Zum Teil seien es aber auch nur einmalige Gespräche mit Inhaftierten zur Informationsvermittlung über Substanzkonsum und -abhängigkeit sowie über verfügbare Hilfsangebote. Aber auch die Aufklärung von Mitarbeitern der Justiz wurde von den Drogenberatern als Aufgabe genannt.

Die externe Suchtberatung wurde häufig als Schnittstelle zwischen verschiedenen internen und externen Diensten beschrieben. So arbeiten Suchtberater zunächst mit den Klienten selbst, setzen sich mit Kostenträgern auseinander, kooperieren zusätzlich aber auch mit Mitarbeitern des Justizsystems, Richtern und Anwälten sowie externen Therapieeinrichtungen und zum Teil auch Familienangehörigen. Dabei ergeben sich sehr unterschiedliche Anforderungen, die es miteinander zu vereinbaren und zu erfüllen gelte.

Betont wurde immer wieder, dass ein gewisser Konflikt für intramurale Berater darin bestehe, dass die beraterischen Prozesse zwar therapeutische Elemente beinhalten, jedoch keinesfalls als Therapie bezeichnet werden sollen. Therapie im Gefängnis sei kaum möglich und aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses vom Justizsystem auch nicht sinnvoll. Stattdessen könne nur Motivations- und Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit eine extramurale Therapie im Anschluss an die Haft durchgestanden werden könne. Da Aufklärung einen wichtigen Aspekt in der Tätigkeit der Drogenberatung darstelle, stellten sich einigen Interviewte die Frage, ob Informationsveranstaltungen (vor allem in persönlicheren Kleingruppen) die Drogenberatung diesbezüglich entlasten könnten, ohne dabei den Effekt für die Gefangenen zu schmälern. Gleiches galt für die Aufklärung über die Voraussetzungen für Therapie

statt Strafe. Ob grundlegende Bedingungen hierfür erfüllt seien, könne statt in persönlichen Beratungsgesprächen auch in allgemeinen Informationsveranstaltungen geklärt werden.

Die Wahrnehmung der Suchtberatung unter den Inhaftierten stellt eine weitere Schwierigkeit dar. Einige Inhaftierte sehen in ihr vorrangig die Chance auf frühzeitige Entlassung, beispielsweise nach § 35 BtMG. Demnach bestehe die Aufgabe der Suchtberatung zu Beginn des Kontakts auch in einer, unter Umständen sehr schwierigen, Abschätzung der tatsächlichen Therapiemotivation des Inhaftierten. Ebenso wurde wiederholt die Rolle des Beraters als Diagnostiker erwähnt, der eine mögliche Suchtdiagnose abklären solle. Berater sollten dahingehend gezielt geschult werden und entsprechende Materialien erhalten. Bisher bietet beispielsweise Nordrhein-Westfalen seinen Bediensteten im Justizvollzug eine voll finanzierte Ausbildung zum Suchtberater an (Justizverwaltungsvorschriften-Online 2014), und auch Rheinland-Pfalz bildet Bedienstete gezielt zu internen Suchtberatern aus (Justizblatt Rheinland-Pfalz 2001).

Thematisiert wurde von den Interviewten der Suchtberatung außerdem das Problem der Auslastung. Je nach Einrichtung könne ein Erstkontakt zum Teil erst nach Monaten stattfinden. Viele Inhaftierte hätten jedoch nach dem Entzug besonders großen Bedarf an begleitenden Gesprächen bei einer gleichzeitig (anfänglich) hohen Änderungsmotivation.

Als problematisch wurde außerdem der Umgang mit Untersuchungshäftlingen wahrgenommen, da diese unter besonderer Aufsicht der Justiz stehen, sodass vor allem die Inhalte der Drogenberatung von besonderem Interesse für den Richter seien.

5.3 Stärken und Schwächen der Gesundheitsfürsorge in Haft

Im Folgenden werden sowohl die Ergebnisse der quantitativen als auch der qualitativen Befragung herangezogen, um einige Themenbereiche zu diskutieren. Es sollen Arbeitsabläufe beschrieben, Stärken und Schwächen der Versorgung erläutert

und Veränderungsmöglichkeiten genannt werden. Abschließend werden Besonderheiten der Drogenberatung und Unterschiede zwischen Bayern, einem relativ restriktiven, und Berlin, einem relativ liberalen Bundesland, diskutiert.

5.3.1 Stärkung der Abstinenzmotivation

Ein nicht unerheblicher Teil der Klienten mit drogenbezogenen Problematiken sind aufgrund von Betäubungsmitteldelikten verurteilt (zur Häufigkeit von Inhaftierungen unter Drogenkonsumenten s. Bernard et al. 2013, RKI 2014a oder Stöver 2010a). Bezogen auf diese Subgruppe steht ein Leben ohne weitere Straftaten somit häufig im Zusammenhang mit einer zukünftigen Abstinenz (vgl. Nutt et al. 2010). Einige Klienten möchten während des Beratungsprozesses, meist zu Beginn, abklären, ob ihr Konsum als problematisch oder abhängig zu bezeichnen ist. Das Ergebnis der Diagnostik kann für die Konsumenten oder Abhängigen einen wichtigen Grundstein für den weiteren Umgang mit der Substanz und möglichen komorbiden Erkrankungen bilden (Geuter 2013). So kann eine möglicherweise erstmalige Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung ein Problembewusstsein schaffen und damit Veränderungsprozesse in Gang setzen. Auch kann die Thematisierung des Zusammenhangs zwischen Abhängigkeit und Delinquenz Veränderungen anstoßen und in der Folge die Abstinenzmotivation steigern.

Wie viele Studien zuvor schon, zeigt auch diese Erhebung, dass es für Inhaftierte in Deutschland möglich ist, auch in Haft Drogen zu konsumieren (z. B. Reber 2011; BMJ 2009; Eckert & Weilandt 2008). Diesbezüglich wurde die Bedeutung von Sanktionen des Drogenkonsums in den Interviews wiederholt betont. Diese sind essenziell, um für Disziplin unter den Inhaftierten zu sorgen und die Motivation der Mitgefangenen zum Konsumverzicht nicht zu untergraben (vgl. auch die Wirkung von Spritzenautomaten auf die Abstinenzmotivation, z. B. Gross 1998). Gleichzeitig haben Inhaftierte durch Regelbrüche und darauffolgende Sanktionen viel zu verlieren: Privilegien, Vollzugslockerungen oder auch einen Arbeitsplatz (EMCDDA 2002). Die genannten Sanktionen im Falle von Drogenkonsum werden beispielsweise im Voll-

zugskonzept Niedersachsens explizit erwähnt (Heister-Neumann 2004), und auch in einigen Strafvollzugsgesetzen der Länder (vgl. Kapitel 2.3.3). Gerade der Verlust des Arbeitsplatzes kann im Gefängnis empfindliche finanzielle Konsequenzen haben, sodass diese Form der Bestrafung von Drogenkonsum in Haft durchaus eine abschreckende Wirkung haben kann. Sämtliche genannte Sanktionen können dazu beitragen möglicherweise sogar erstmalig ein Problembewusstsein zu schaffen oder auch die Abstinenzmotivation zu steigern. Fraglich bleibt dabei natürlich, wie sich dies nach Haftentlassung weiterentwickelt, wenn der extrinsische Motivator wegfällt.

5.3.2 Arbeiten im System ‚Justiz‘

In den Interviews wurde wiederholt thematisiert, dass eine gute Zusammenarbeit mit den Beamten den Alltag der externen Berater erleichtern kann, unter anderem weil diese beiden Gruppen trotz ihrer verschiedenen Professionen im Alltag viel miteinander zu tun haben. Gerade externe Drogenberater nehmen sich häufig als Einzelkämpfer wahr und finden es schwierig, nicht zu einem System dazuzugehören, dem ansonsten alle am Arbeitsplatz angehören. Gleichzeitig sind sie mit den Nachteilen konfrontiert, die die Arbeit im Justizvollzug mit sich bringt: Wie die Gefangenen sind auch sie im Alltag eingesperrt und können somit deutlich schwieriger als extramurale Berater Kontakt nach draußen aufnehmen.

Eine Zusammenarbeit zwischen (sozial-)therapeutischen Mitarbeitern und Justizvollzugsbeamten kann sich auch aufgrund der unterschiedlichen Professionen schwierig gestalten. Sie wurde meistens mehr als „nebeneinanderher“ denn als „zusammen“ arbeiten beschrieben. Studien hierzu zeigen, dass insbesondere bei der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen die Klärung der Verantwortlichkeiten essenziell ist (Büscher 2011). Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen der einzelnen Professionen kommt es zwangsläufig zur Herausbildung berufsgruppenspezifischer Herangehensweisen und Perspektiven. Diese kann beispielsweise zwischen Justizvollzugsbeamten, Sozialarbeitern, medizinischem Pflegepersonal, Ärzten und Psychologen zu unterschiedlichen Einschätzungen bei der

Beurteilung der Situation individueller Patienten führen (Drinka & Clark 2000). Die Bedeutung dieser Thematik wird unter anderem dadurch unterstrichen, dass sie auch auf Fachkonferenzen wiederholt diskutiert wird, zum Beispiel auf dem Fachtag „Gesundheit und Haft“ im März 2012 in Berlin¹². Gleichzeitig wurde immer wieder erwähnt, dass die Zusammenarbeit zwischen ähnlichen Professionen, also beispielsweise zwischen Sozialdienst, Drogenberatung und externen Therapieeinrichtungen, grundsätzlich besser funktioniere – wahrscheinlich aufgrund der ähnlichen Herangehensweise, der beruflichen Haltung und möglicherweise auch weil die Art zu kommunizieren einander ähnlicher ist. Gerade der Sozialdienst stellt somit für externe Berater eine wichtige Verbindung zum Justizapparat dar. Problematisch hingegen wurde die Zusammenarbeit zwischen externen Mitarbeitern und dem ärztlichen Dienst beschrieben, dem laut einigen Interviews im Gefängnis eine Sonderstellung zukommt. Dementsprechend wird sich hier eine bessere und damit funktionalere Zusammenarbeit gewünscht.

Der gegenseitige Informationsaustausch stellt eine Gratwanderung dar. Zwar seien vor allem die Berater beim Erstkontakt darauf angewiesen, dass sie Eckdaten über Gefangene von den Beamten erfahren, andererseits wurde wiederholt betont wie wichtig es für die Berater sei, dass von den Beamten ihre Schweigepflicht akzeptiert werde. Möglicherweise aufgrund dieses asymmetrischen Informationsflusses wurde wiederholt thematisiert, wie wichtig eine Vertrauensbasis und ein regelmäßiger Kontakt zwischen Beamten und Beratern seien. Studien belegen, dass eine transparente Kommunikation Informationsasymmetrien abbauen kann und dass die Voraussetzung dafür ist, Vertrauen aufzubauen (Volkart 2008).

Außerdem wurde thematisiert, dass die Beamten unter finanziellen Engpässen im Justizsystem und mangelhafter Umsetzung in der Justizvollzugspraxis zu leiden haben. Wortwörtlich seien die Justizvollzugsbeamten die Personen „an der Front“ [li2], die von der Justiz „alleingelassen“ werden [Bg4]. Beispielsweise erhalten sie

¹² Das Programm kann unter http://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Termine/11-12-13_Programmflyer_Fachtag.pdf heruntergeladen werden.

häufig nur basale Schulungen zum Umgang mit Drogen und Drogenkonsumenten im Justizvollzug.

Grundsätzlich lässt sich daraus schließen, dass es hilfreich wäre, wenn die alltägliche Arbeit in festen, eingespielten Teams stattfinden würde. Vor allem die externen Mitarbeiter wünschen sich auf der einen Seite regelmäßige Besprechungen, in denen sie sich mit anderen Beratern austauschen können, auf der anderen Seite aber auch allgemein eine bessere Vernetzung mit dem Justizsystem, also auch mit den Beamten und dem Sozialdienst.

5.3.3 Aufklärung und Prävention

Prävention spielt eine wichtige Rolle, um Substanzkonsum zu reduzieren und gesundheitliche Schäden zu minimieren (vgl. Bühler & Thrul 2013). Spezielle selektive und indizierte Präventionsangebote für Personen in Haft, die als spezielle Risikogruppe gesehen werden können, stellen darum ein wichtiges Thema dar, vor allem um Rückfälle in den Drogenkonsum zu verhindern. Für drogenkonsumierende Gefangene ist die intramurale Drogen- und Sozialberatung von erheblicher Bedeutung. Sie finden sich in einer neuen Umgebung wieder, isoliert von ihrem bisherigen Leben, mit sehr eingeschränkten Möglichkeiten der Kontaktaufnahme. So kann zu Personen außerhalb des Gefängnisses nur in Form von Briefen und teilweise Telefonaten aktiv Kontakt aufgenommen werden. Aber auch intramural ist eine Kontaktaufnahme zum Personal, abgesehen von den Justizvollzugsbeamten, schwierig und vor allem bei Erstkontakten in der Regel nur durch Antragsscheine möglich. Aufgrund dieser Einschränkungen stammen, vor allem zu Beginn der Haftzeit, viele Informationen von erfahreneren Mitgefangenen. Dieses Informationsbedürfnis erst kürzlich Inhaftierter kann genutzt und von professioneller Seite befriedigt werden, um zu verhindern, dass Fehlinformationen weitergegeben werden.

Als hilfreich wird in der Drogenberatung erlebt, dass Beratungsgespräche nach dem ersten Kontakt je nach Wunsch des Gefangenen und abhängig von der Auslastung sowohl nach Bedarf als auch regelmäßig stattfinden können. Weitere Termine kön-

nen persönlich vereinbart werden und werden in der Regel von den Gefangenen zuverlässig wahrgenommen, da die Beratung als unterstützend empfunden wird und Abwechslung vom tristen Gefängnisalltag bietet. Viele Klienten möchten mithilfe des Drogenberaters abklären, ob eine Abhängigkeit vorliegt, ohne dabei Interesse an einem längerfristigen Beratungsprozess zu haben. Auch besteht die Möglichkeit zu einmaligen Gesprächen, um den Gefangenen Informationen bezüglich Drogen, Sucht und Infektionskrankheiten zu vermitteln, sie allgemein über die Wirkung von Drogen aufzuklären sowie auf die Gefahren von Überdosierungen nach Haftentlassung hinzuweisen.

In den Interviews wurde deutlich, dass Informationen zu bekommen und weiterzugeben essenziell für eine sinnvolle Nutzung der Freiheitsstrafe ist, nicht zuletzt in der Präventionsarbeit. Die Befragten wünschen sich darum noch mehr Möglichkeiten, Informationen an Inhaftierte vermitteln zu können – nicht nur in Form von Gesprächen während der Beratung, sondern auch in Informationsveranstaltungen und Gruppenarbeiten. Laut der Fragebogenerhebung unter den Justizministerien stehen theoretisch der überwiegenden Mehrheit der Inhaftierten Informationsmaterialien zur Verfügung. Jedoch stellt sich die Frage, wie effektiv diese Maßnahme sein kann. In Gefängnissen gibt es eine hohe Rate an Analphabeten (Bundesverband Alphabetisierung und Grundbildung e.V. 2014), einen hohen Anteil an schlecht Ausgebildeten (Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" 2012) und einen höheren Ausländeranteil als in der Allgemeinbevölkerung (22,8 % bzw. 9,4 %; Statistisches Bundesamt 2013d; 2012a) mit zum Teil ungenügenden Deutschkenntnissen, vor allem bei der Schriftsprache (BAMF 2008). Außerdem stellen Infomaterialien, die auf der Zelle liegen, Beweise für persönlich relevante Themenbereiche dar. Dies könnte für einige Inhaftierte ein Hinderungsgrund dafür sein, sich mit entsprechenden Materialien zu beschäftigen. Aus genannten Gründen könnte es abschließend empfehlenswert sein, Informationen in erster Linie in vertraulichen Gesprächen persönlich oder in Kleingruppen zu vermitteln. Maßnahmen zur Prävention werden in Haft bereits häu-

fig in Kleingruppen durchgeführt, was ein effektives Konzept darstellt und gleichzeitig für externe Berater deutlich effizienter ist als Einzelberatung.

Nicht nur die Vermittlung von Informationen an Gefangene, das heißt an die direkt Betroffenen, sondern auch an die Justizvollzugsbeamten ist essenziell (vgl. Weilandt 2000). Diese Berufsgruppe hat im Alltag den meisten Kontakt zu den Gefangenen und demnach auch zu drogenkonsumierenden oder -abhängigen Inhaftierten. Darum wird sich eine spezifische drogenbezogene Weiterbildung von Beamten gewünscht. Eine ausreichende Vermittlung von Informationen zu den Themen Drogen, Sucht und auch Infektionskrankheiten könnte den Beamten mehr Sicherheit im Umgang mit den betroffenen Gefangenen geben (vgl. Alarid & Marquart 2009). Dies kann entweder in Form von theoretischen Informationsveranstaltungen, praktischen Schulungen oder durch persönliche Gespräche und gezielte Beratung geschehen. Fast alle Bundesländer vermitteln ihren Vollzugsbeamten als Teil der Grundausbildung Kenntnisse in Bezug auf Drogen. Aufgrund der Bedeutung der Beamten im alltäglichen Kontakt mit den Inhaftierten wäre jedoch eine ausführlichere Ausbildung in drogenbezogenen Erste-Hilfe-Maßnahmen und auch als Multiplikatoren von Präventionskonzepten unter den Inhaftierten eine große Unterstützung für externe Dienste. Hoffnungsvoll stimmt dabei, dass kein einziges Bundesland angegeben hat, dass die Beamten überhaupt nicht geschult werden. Auch deren regelmäßiger Austausch mit den Fachdiensten und letztendlich ein regelmäßiger Kontakt der so geschulten Beamten mit den Gefangenen scheint darum eine sinnvolle Ergänzung zum Präventionsangebot von externen Diensten zu sein. Da das Ziel des Strafvollzugs unter anderem eine funktionierende Reintegration in die Gesellschaft ist, sind ausreichend Präventionsmaßnahmen zu sowohl gesundheitlichen als auch sozialen Aspekte essenziell.

Auch wird sich ein besserer Zugang zu Informationen über die Gefangenen für externe Mitarbeiter gewünscht, beispielsweise durch die Beamten. Gerade bei Erstkontakten zwischen Klient und medizinischem oder psychosozialen Personal sind

Informationen von den Justizvollzugsbeamten in der Regel hilfreich. Die Beamten erleben die Gefangenen im Alltag und lernen sie besser kennen als jeder andere Mitarbeiter der Justiz. Diese Informationen über die Gefangenen können unter Umständen hilfreich für andere Bedienstete und auch Externe sein. Darüber hinaus haben meist nur die Beamten Zugang zum justiziellen Informationssystem. Diese Informationen können bei Bedarf an andere Mitarbeiter weitergegeben werden. Bislang findet die Weitergabe vor allem offiziell in Form von schriftlichen Stellungnahmen statt. Ob es hier die Möglichkeit zum sogenannten kurzen Dienstweg gibt, bleibt zu klären, da es sich in der Regel um vertrauliche Informationen handelt. Erleichternde Mechanismen müssten abgesprochen und offiziell genehmigt werden. Dabei spielen die Justizvollzugsbeamten eine wichtige und emotional stark besetzte Rolle. Obwohl Suchtberater und Sozialdienst als Vertreter der Gesundheitsberufe im Justizsystem als glaubwürdige Quellen für präventive Botschaften wahrgenommen werden und sie aufgrund ihres Aufgabenbereichs einen guten Zugang zur Zielgruppe haben (vgl. Bühler & Thrul 2013), stellen die Justizvollzugsbeamten hier ein wichtiges Bindeglied dar, zum einen zwischen Externen und dem Justizsystem, zum anderen zwischen medizinischem oder psychosozialem Personal und Inhaftierten. Sie haben täglichen Kontakt zu den Gefangenen, lernen diese besser kennen als alle anderen Mitarbeiter und dienen den Inhaftierten als Ansprechpartner bezüglich dringlicher Fragen oder Anliegen. Aus diesem Grund stellt eine gute Zusammenarbeit zwischen Justizvollzugsbeamten, ärztlichem Dienst, Sozialdienst und externen Beratern einen wichtigen Grundpfeiler in der Prävention von Drogenkonsum (v.a. riskantem i.v. Konsum), Ansteckung mit Infektionskrankheiten und erneuter Straffälligkeit dar. Diesbezügliche kontinuierliche Schulungen der Beamten sind darum unverzichtbar.

5.3.4 Therapie statt Strafe – § 35 BtMG

Die Möglichkeit einer Alternative zur Gefängnisstrafe nach § 35 BtMG wird vor allem von den Drogenberatern, aber auch vom Sozialdienst grundsätzlich sehr positiv

bewertet, da in externe Therapieeinrichtungen vermittelte Straftäter zu einer Entlassung der intramuralen Berater führen. In einigen Interviews wurde jedoch deutlich, dass die aktuelle Verfahrenspraxis in der Beantragung des § 35 BtMG eher das Gegenteil bewirkt.

Zum einen wird die Antragsstellung in der Regel als sehr zeitintensiv wahrgenommen. Sie wird aufgrund von Änderungen in der Beantragungspraxis bei den Rentenversicherungsträgern stetig komplizierter. Erste Schwierigkeiten ergaben sich durch das Justizmodernisierungsgesetz von 2004 mit dem Wechsel der Verantwortlichkeit von den Staatsanwälten zu den Rechtspflegern. Zusätzlich erschwert wird die Beantragung des § 35 BtMG durch eine sehr restriktive Auslegung des Kausalzusammenhangs zwischen Straftat und Abhängigkeit. Seit dem BGH-Urteil vom 04.08.2010 (BGH, 04.08.2010 - 5 AR (VS) 22/10) gilt eine nach der Hälfte oder zwei Drittel des Strafmaßes unterbrochene Strafe (gemäß § 57 StGB), die nicht nach § 35 BtMG zurückstellungsfähig ist, als zu vollstreckende Strafe. Dies verhindert, dass eine weitere Strafe nach § 35 BtMG zurückgestellt werden kann und kann dazu führen, dass eine bereits erfolgte Zurückstellung widerrufen wird. Eine vorzeitige Entlassung nach § 57 StGB und ein frühzeitiger Therapiebeginn ist dadurch kaum noch möglich.

Grundsätzlich sind an der Beantragung von Therapie statt Strafe viele verschiedene Parteien mit unterschiedlichen Zielen beteiligt (Justiz, Rentenversicherung, Klient, externe Therapieeinrichtung etc.), die insbesondere von der Drogenberatung in Form des Antrags zusammengeführt werden müssen. Letztendlich spielt jedoch der Klient die entscheidende Rolle: Dass die Straftat, die zu seiner Inhaftierung geführt hat, in Verbindung mit einer Substanzabhängigkeit steht, ist nur eine Voraussetzung für die Bewilligung der Therapie. Darüber hinaus müssen Drogenberater und Richter von seiner Therapiemotivation überzeugt sein. Diese muss von einem in der Regel immensen Freiheitsdrang unterschieden werden, für den der Beginn einer Therapie oft nur als Mittel zum Zweck in Kauf genommen wird. Zwar ist Berufserfah-

rung den Suchtberatern hier eine große Hilfe, jedoch können selbst erfahrenen Beratern Fehler in der Einschätzung des Klienten unterlaufen.

Zum anderen wurde von Drogenberatern thematisiert, dass Anträge auf Therapie statt Strafe – was des Öfteren als Hauptgeschäft der Drogenberatung bezeichnet wurde – trotz der Wirksamkeit dieser Maßnahme (vgl. Zurhold et al. 2013) immer häufiger abgelehnt werden und die geleistete Vorarbeit sich immer seltener auszahlt. So ist für die Genehmigung des § 35 BtMG durch den Richter meist eine Voraussetzung, dass sowohl die Kostenzusage von der Rentenversicherung als auch ein Termin für den Beginn der Therapie vorliegen. Gleichzeitig aber ist die Beantragung zur Kostenübernahme bei den Rentenversicherungen erst dann möglich, wenn das juristische Verfahren beendet und das Urteil gesprochen ist. Möglicherweise liegt die Ursache hierfür darin, dass Sachbearbeiter der Rentenversicherung sich verständlicherweise davor scheuen, über die Grundlage für den Richterspruch zu entscheiden. Die Kontakte zwischen Drogenberatung und Rentenversicherung wurden dementsprechend als schwierig beschrieben und bedürfen einer Verbesserung.

Die Gesamtzahl der zum Stichtag 31.12. bestehenden Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht nach dem allgemeinen Strafrecht ist in den Jahren 2005 bis 2011 gestiegen (vgl. Tabelle 3). Einen noch stärkeren Zuwachs hat im selben Zeitraum die absolute Zahl der Strafaussetzungen nach §§ 35 und 36 BtMG verzeichnet, so dass der Anteil von Strafaussetzungen nach §§ 35 und 36 BtMG an allen Unterstellungen seit 2005 angestiegen ist. Differenziert man diese Angaben nach Bundesländern, ist zu sehen, dass die Anzahl der Strafaussetzungen nach §§ 35 und 36 BtMG in Berlin exakt gleich geblieben ist, während sie in Bayern seit 2008 kontinuierlich gesunken ist. Dies untermauert die Wahrnehmung der bayerischen Drogenberater, dass Vermittlungen in Therapie statt Strafe deutlich schwieriger geworden sind und auch seltener erfolgreich verlaufen (vgl. Tagung von BAS e.V. 2014). Demgegenüber ist die Zahl der in psychiatrischen Krankenhäusern (nach

§ 63 StGB) oder Entziehungsanstalten (§ 64 StGB) Untergebrachten seit 1987 bundesweit deutlich angestiegen (vgl. Abbildung 2). Dies könnte vor dem Hintergrund der sinkenden Zahl der Unterstellungen nach §§ 35 und 36 BtMG in Bayern ein Hinweis darauf sein, dass bei drogenabhängigen Straftätern immer häufiger nach § 64 StGB direkt die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt angeordnet wird und seltener die ausschließliche Verurteilung zum normalen Strafvollzug erfolgt.

Die Berater aus Bayern erhoffen sich dennoch mehr Erfolg bei der Vermittlung in Therapie statt Strafe. Betont wurde bei diesem Thema wiederholt, dass Berater hier nur Voraussetzungen schaffen, die letztendliche Entscheidung aber kaum beeinflussen können. Aufwendige Beantragungsprozesse, die nicht zum gewünschten Erfolg führen und als nicht kontrollierbar erlebt werden, führen bei den Beratern zu Unzufriedenheit mit ihrer Tätigkeit und zu Hilflosigkeit sowie langfristig zur psychischen Erschöpfung. Ähnliche Probleme wurden von den Befragten aus Berlin nicht thematisiert.

5.3.5 Maßnahmen der Schadensreduzierung

Maßnahmen zur Schadensreduzierung (abgesehen von der Opioid-Substitutionsbehandlung) wurden fast ausschließlich von Interviewten aus Berliner Justizvollzugsanstalten thematisiert. Dabei handelte es sich in erster Linie um die Bereitstellung von sterilen Spritzen mittels Spritzentauschautomaten, die nur in einer Berliner JVA existieren. Die günstige oder kostenfreie Abgabe von sterilen Spritzen an Drogenkonsumenten in Freiheit wird mittlerweile als Maßnahme der Schadensreduzierung nicht mehr angezweifelt (z. B. Gibson et al. 2001; Vlahov & Junge 1998; Jürgens et al. 2009; Dolan et al. 2003a; s. Kapitel 2.8.4). Aufgrund des zwangsläufig engen Zusammenlebens der Inhaftierten könnte Spritzentausch in Haft auch als präventive Maßnahme für Mitgefangene gelten. Befinden sich Spritzen im Haftraum, besteht immer ein gewisses Verletzungsrisiko – auch für Beamten oder Zellennachbarn, die keine Drogen konsumieren. Darum ist es im Sinne aller Beteiligten, wenn sich im Haftraum zum Konsum, aber auch im Falle einer zufälligen

Verletzung, keine gebrauchte, sondern eine sterile Spritze befindet. Zudem wurde in einzelnen Interviews geschildert, wie zum Teil mit gebrauchten und geteilten Spritzen in Haft verfahren wird. Diese werden beispielsweise in Boilern ausgekocht, die von der Gemeinschaft benutzt werden. Auch solch unhygienische Maßnahmen wären nicht nötig, wenn Gefangene Zugang zu sterilen Spritzen hätten.

Der Debatte, ob Gefangene Zugang zu sterilen Spritzen haben sollten, liegt unter anderem die häufige Annahme zugrunde, dass eine Bereitstellung von Spritzbesteck mit der Duldung des intramuralen Drogenkonsums gleichzusetzen sei (s. akzeptierende Drogenarbeit als eine Herangehensweise an dieses Dilemma, akzept e.V. & DAH 1999). Auch hier ist es also nötig, zum einen die Verantwortlichen, zum anderen die im Alltag betroffenen Mitarbeiter zu informieren und mögliche Bedenken zu diskutieren (vgl. Meyenberg et al. 1997). Zu den Befürchtungen zählen, dass die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen zu einem allgemein vermehrten und häufigerem injizierenden Substanzkonsum führt oder dass traditionelle Hilfen weniger in Anspruch genommen werden. Diese Befürchtungen haben sich in bisherigen Studien größtenteils nicht bestätigt (vgl. Vlahov & Junge 1998). Auch die Situation der Bediensteten müsste thematisiert, arbeitsorganisatorisch gut vorbereitet und eventuelle Ängste vor einer möglichen Bedrohung durch die Spritzen berücksichtigt werden. Studien konnten zeigen, dass Spritzentauschprogramme weder auf die Gesundheit von Inhaftierten und Personal, noch auf die Sicherheit einen negativen Effekt haben (vgl. Jürgen et al. 2009; Pepper 2007). Allgemein sollte der Konflikt aus bestehendem Kontrollauftrag und klarem Drogenverbot auf der einen Seite sowie dem Angebot zur Schadensreduzierung bei Drogenkonsum auf der anderen Seite mit allen Beteiligten ausführlich diskutiert werden. Prinzipiell ist jedoch auch hier das Äquivalenzprinzip zu beachten, nach dem drogenkonsumierende Inhaftierte ebenso wie Drogenkonsumenten in Freiheit Zugang zu sterilen Spritzen haben sollten.

Doch nicht nur Spritzentauschprogramme reduzieren das Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten, sondern auch die Abgabe von Kondomen (vgl. Holmes et al. 2004). Über die Hälfte der befragten Bundesländer gaben an, Kondome in Haftanstalten zu verteilen. Dies ist als guter Anfang zu werten, der auf jeden Fall ausgebaut werden muss, sodass alle Inhaftierten die Möglichkeit haben, gratis und vor allem anonym Kondome zu erhalten.

5.3.6 Testung auf und Behandlung von Infektionskrankheiten

Neben der Prävention von Ansteckungen mit Infektionskrankheiten spielt auch deren Behandlung eine große Rolle im Strafvollzug. Dafür ist zunächst entscheidend, dass eine Erkrankung diagnostiziert wird. Dabei spielt der Justizvollzug eine wichtige Rolle: Viele werden dort zum ersten Mal in ihrem Leben getestet (vgl. Rodriguez-Diaz et al. 2014). Trotz der Gefahr, dass die Testung auf die Inhaftierten wie ein Zwang wirken kann (Rosen et al. 2015), werden so genannte „opt-out“ Testungen empfohlen, die regelhaft durchgeführt werden, außer ein Gefangener spricht sich dagegen aus (z. B. Branson et al. 2006). Gerade wegen der nicht vorhandenen Möglichkeit zur freien Arztwahl und des Zwangskontextes (auch der Mitinhaftierten) ist ein besonderes Augenmerk auf die ärztliche Schweigepflicht zu legen (vgl. Stöver & Knorr 2013).

In der durchgeführten Erhebung wurde angegeben, dass nur die Hälfte der Inhaftierten bei Haftantritt auf Infektionskrankheiten getestet wird. Lediglich ein Bruchteil der Bundesländer testet routinemäßig bei Haftantritt, etwas mehr als die Hälfte gab an, während der Haft bei Verdachtsmomenten oder auf Wunsch des Gefangenen zu testen. Demnach können viele Infektionen unentdeckt und damit auch unbehandelt bleiben, nicht zuletzt, da oft keine Testung von Personen mit konventionellem Risikoverhalten stattfindet (vgl. Rosen et al. 2009).

Alle Bundesländer gaben an, bei einer Diagnose von HIV die entsprechende Behandlung anzubieten. Bis auf eines gaben auch alle Bundesländer an, die Behandlung gegen Hepatitis C anzubieten. Zwar kann auch in Freiheit ein wahrscheinlich

auftretendes erneutes Risikoverhalten, wie i.v. Konsum, ein Grund für eine Verweigerung der Behandlung sein (vgl. Deutsche Leberhilfe e.V. & hepatitisCkoalition 2003). Dennoch ist es als problematisch zu bewerten, dass ein Land eine Hepatitis C-Behandlung grundsätzlich ausschließt.

5.3.7 Opioid-Substitutionsbehandlung

In den Handlungsempfehlungen zur intramuralen OST der WHO und der UNODC (Kastelic et al. 2008) wird von einer zu schnellen Abdosierung abgeraten, da dies das Risiko eines Rückfalls steigert. Das Tempo der Entgiftung soll demnach gemeinsam mit dem Patienten bestimmt werden. Die in dieser Arbeit erhobenen Daten lassen jedoch darauf schließen, dass dies in der Praxis kaum umgesetzt wird: Nur elf Bundesländer bieten aufrechterhaltende OST an. Von diesen machten nur drei Angaben zur Dauer der OST. Diese variierte erheblich und ist zum Teil eher als zügige Abdosierung zu bewerten (s. Kapitel 5.1.4). Es bleibt also unklar, wie lange eine aufrechterhaltende OST in deutschen Justizvollzugsanstalten in der Regel dauert. Positiv ist anzumerken, dass alle Länder, die angaben eine aufrechterhaltende OST anzubieten, auch eine Psychosoziale Betreuung dazu bereitstellen.

Obwohl in Bayern in speziellen Fällen nach Haftantritt eine gewisse Zeit lang weiter substituiert werden kann, ist dies nach wie vor eher selten. Für gewöhnlich werden in Bayern Opioid-Substitutionsbehandlungen mit Haftantritt abgebrochen (Schäffler & Zimmermann 2012). Meist hängt die Entscheidung über entweder eine aufrechterhaltende Substitution oder eine Abdosierung beziehungsweise einen Entzug vom Strafmaß ab. Dies widerspricht jedoch der Erklärung der WHO Europe „Gesundheit im Strafvollzug als Teil der öffentlichen Gesundheit“ (2003). Demnach sind einem Inhaftierten unabhängig von seiner Rechtslage Behandlungen bereitzustellen.

Kritiker der Substitution in Haft aus Bayern erklärten in den Interviews, dass eine OST in Freiheit als Maßnahme der Schadensreduzierung eingesetzt werde, aber gewisse Folgen der Drogenabhängigkeit zwar in Freiheit, nicht jedoch in Haft eintreten können, wie beispielsweise Obdachlosigkeit, schlechte oder keine gesundheitli-

che Versorgung und damit einhergehende Verwahrlosung. Der Gefängnisaufenthalt kann somit als Chance zur (zum Teil erzwungenen, zum Teil freiwilligen) Abstinenz und damit auch – im Falle einer Inhaftierung aufgrund eines BtM-Delikts – als eine Rehabilitation der Straftat interpretiert werden.

Obwohl OST in Haft viele positive Einflüsse auf die Gesundheit und das kriminelle Verhalten der Substituierten hat (vgl. Kapitel 2.8.8) und Studien deutlich zeigten, dass eine OST während der Haft und nach Haftentlassung das Risiko von drogenbezogenen Todesfällen nach der Entlassung deutlich reduziert (s. Kapitel 2.8.9), wird Substitution in Haft von einigen Befragten aus Bayern als Kapitulation angesehen. Viele Mitarbeiter der intramuralen Gesundheitsversorgung sehen diese Behandlung als persönliche Niederlage an und wehren sich aus diesem Grund so vehement gegen die regelhafte Einführung der OST. Es existieren keine Zahlen darüber, wie viele Anstaltsärzte eine suchtmmedizinische Weiterbildung haben. Vermutlich gibt es aber einige, die in diesem Bereich nicht ausreichend ausgebildet sind, um eine fundierte medizinische Entscheidung über die Notwendigkeit einer OST zu treffen. Eine flächendeckende suchtmmedizinische Weiterbildung von Anstaltsärzten wäre somit wünschenswert. Auch könnten Sorgen zum Thema „Substitution als Kapitulation“ reduziert werden, indem umfassend über den Nutzen und die Effektivität von OST aufgeklärt werden. Intensive Schulungen und Weiterbildungen des ärztlichen Dienstes könnten hierzu beitragen.

Nichtsdestotrotz wurde von einem Teil der in Bayern Interviewten zunächst die Möglichkeit zur OST in Haft als Wunsch geäußert. Dies würde das Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten erweitern und ließe Inhaftierten und auch Beratern mehr Freiraum für eigene Entscheidungen.

Für den Fall, dass eine OST vom Justizsystem abgelehnt wird, sollte es zumindest eine medikamentöse Unterstützung während des Entzugs geben. Das Wissen um das aktuelle Vorgehen, wenn ein Drogenabhängiger inhaftiert wird – also die Erwartung des kalten Entzugs – verursacht Angst. Auch kann dieses Vorgehen unter Um-

ständen lebensgefährlich sein, etwa bei einer Herzschwäche, oder auch wenn Erbrochenes eingeatmet wird und zu einer Lungenentzündung führt (U.S. National Library of Medicine 2015). Doch nicht nur zu Beginn der Haftstrafe, beispielweise gleich in Anschluss an den Entzug, sondern auch während der Haft ist mehr kontinuierliche Betreuung von Drogenabhängigen erwünscht, nicht nur psychosoziale durch externe Berater, sondern auch medizinische und pflegerische durch die Krankenabteilung und den ärztlichen Dienst. Dies alles sind wichtige Punkte, die in der Überlegung, ob eine OST in Haft erwünscht ist oder nicht, eine Rolle spielen sollten. Jedoch sollten gemäß den Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Bundesärztekammer (2010) Patienten in Haft ebenso wie in Freiheit die freie Wahl haben, ob sie eine Behandlung wünschen oder darauf verzichten möchten.

Im Gegensatz zu Bayern spielt Substitution in den Berliner Einrichtungen, deren Mitarbeiter interviewt wurden, eine wichtige Rolle. Dort wird die Entscheidung über die Fortführung einer OST bei Haftantritt oder über einen Behandlungsbeginn während der Haft vom ärztlichen Dienst gefällt. Obwohl der Pflegedienst bei der alltäglichen Durchführung der Behandlung beteiligt ist, das heißt für die Ausgabe des Substituts verantwortlich ist, wird dieser Dienst nur wenig in die Entscheidung über Fortsetzung, Neubeginn oder Abbruch einer OST mit einbezogen. Zwar eröffnet diese Regelung drogenabhängigen Gefangenen in Berlin mehr Möglichkeiten als in Bayern, dennoch birgt sie, zum Beispiel bezüglich Regelbrüchen, auch gewisse Schwierigkeiten, vor allem für den Sozialdienst. Beispielsweise gestaltet sich die Vergabe mit Substituten in Tablettenform, wie Subutex, sehr schwierig. Immer wieder wird bei der Vergabe betrogen, und die Substanzen werden anschließend intravenös konsumiert oder weiterverkauft.

Dabei nimmt der Arzt als Schnittstelle zwischen Justizsystem und Patient eine wichtige Rolle ein, die ihn zu behandlungsleitenden Entscheidungen zwingt, zum Teil ohne dass er klare Vorgaben zur Orientierung hat. Darum ist es notwendig klare

Richtlinien vorzugeben, die nicht nur Patienten, sondern auch Ärzten und sonstigen Mitarbeitern Informationen und Entscheidungsgrundlagen liefern, beispielsweise für den Behandlungsbeginn und -abbruch. Gerade bei Regelbrüchen in der OST wünschen sich Mitarbeiter der Krankenpflege und des Sozialdiensts oft ein einheitlicheres und konsequenteres Vorgehen, zum Beispiel eine vorübergehende Beendigung der OST, während eine solche Entscheidung vom medizinischen Dienst selten durchgesetzt wird (zu den Empfehlungen bezüglich Abbruch der Bundesärztekammer, s. Kapitel 2.7.2). Konsequenzen in Form eines Abbruchs einer medizinischen Behandlung durchzusetzen kann für einen Gefängnisarzt ein durchaus schwerwiegender Konflikt sein, insbesondere aufgrund der fehlenden Möglichkeit der Inhaftierten zur freien Arztwahl. In Freiheit kann ein Patient nach Abbruch einer Behandlung durch den Arzt in eine andere Praxis wechseln. In Haft hingegen ist ein Patient voll und ganz auf den Gefängnisarzt angewiesen. Gefängnispezifische Richt- und Leitlinien können Unsicherheiten seitens des vollzuglichen Gesundheitspersonals entgegenwirken. Um den Anstaltsärzten mehr Sicherheit zu geben, sollten die Rahmenbedingungen, zum Beispiel Behandlungsstrategien, psychosoziale Begleitung oder Abbruchkriterien, unter den spezifischen Bedingungen in Haft klar beschrieben werden.

5.3.8 Entlassungsvorbereitung

Die Bedeutung einer funktionierenden Entlassungsvorbereitung, vor allem für Inhaftierte mit einer drogenbezogenen Problematik, wurde in den Kapiteln 2.8.9 und 2.8.10 ausführlich berichtet. In der Fragebogenerhebung unter den Justizministerien gaben vier Bundesländer an Entlassungsvorbereitung anzubieten, ohne diese jedoch genauer zu spezifizieren. Möglicherweise liegt dies an einem mangelnden Kenntnisstand der Ministerien, die keinen genauen Einblick in die Arbeit vor Ort haben. Als essenzieller Aspekt für eine gelungene Entlassungsvorbereitung spielt die Vermittlung in Therapie nach Haftentlassung eine wichtige Rolle. Nur vier Bundesländer gaben an, in externe Behandlung, zum Beispiel OST, zu vermitteln. Zwar

sollte die Vermittlung nicht die Hauptaufgabe der externen Suchtberatung im Justizvollzug darstellen. Dennoch sollte sie zu den Standardangeboten der Suchtberatung zählen. Auch hier könnte die nur seltene Angabe dieses Angebots dem mangelnden Kenntnisstand der Ministerien geschuldet sein.

Zur Entlassungsvorbereitung zählt außerdem die Vermittlung von Wohnraum, meist betreutes Wohnen, und dass auf die Rahmenbedingungen von weiterführenden Therapien vorbereitet wird (z. B. wie eine Therapie ohne disziplinarische Maßnahmen durchgestanden und wie ein gewöhnlicher Alltag bewältigt werden kann; Sack & Thomasius 2012). So soll bei Bedarf vor allem der Anschluss an eine Substitutionspraxis und psychosoziale Betreuung (PSB) sichergestellt sein, aber auch die Vermittlung in externe Drogenberatung und Spezialpraxen im Fall von chronischen Krankheiten wie beispielsweise Hepatitis oder HIV (zur Bedeutung der Behandlungskontinuität bei Infektionskrankheiten s. Kapitel 2.8.7). Jedoch wurde auch deutlich, dass sich gerade die Vermittlung in externe OST immer schwieriger gestaltet, da meist nur in größeren Städten ausreichend Plätze in Substitutionspraxen existieren. Obwohl ein Ortswechsel gerade bei einer Drogenentwöhnungsbehandlung indiziert ist, erschwert die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger eine Vermittlung in Therapieeinrichtungen in anderen Bundesländern (DRV 2015). Dementsprechend wurden bessere und auch mehr Möglichkeiten zur Vermittlung in Therapie nach Haftentlassung gewünscht.

Übergangsmanagement als besondere Form der Entlassungsvorbereitung gibt es laut Fragebogenerhebung nur in einem einzigen Bundesland. Da Kontinuität in der Behandlung einen sehr wichtigen Aspekt der Entlassungsvorbereitung darstellt, kann die kontinuierliche Betreuung durch denselben Berater während und nach der Haft eine entscheidende Unterstützung für den Klienten sein (British Department of Health 2010). Darum sollte diese Form der Betreuung ausgebaut werden.

Auch der OST kommt kurz vor der Entlassung eine besondere Rolle zu. Zwei Bundesländer nannten OST explizit als Maßnahme der Entlassungsvorbereitung und

einige Bundesländer bieten vor der Entlassung den Beginn einer OST oder die Hochdosierung des Substituts an, um einer Überdosierung nach Haftentlassung vorzubeugen (Winter et al. 2015; zur Bedeutung von OST zur Reduzierung des Risikos von drogenbezogenen Todesfällen nach Haftentlassung s. Kapitel 2.8.9). Diese Entwicklung ist sehr fortschrittlich und eine Weiterverbreitung in weiteren Bundesländern durchaus wünschenswert.

Am Tag nach der Entlassung müssen von den ehemals Inhaftierten darüber hinaus viele Ämtergänge erledigt werden. So muss zum Beispiel von den meisten beim Arbeitsamt Arbeitslosengeld beantragt werden, die Anmeldung bei der Krankenkasse erfolgen oder soziale Wohnhilfe beantragt werden. Erst nach der Haftentlassung können solche Anträge gestellt und die Anmeldungen vorgenommen werden. Dafür ist kaum eine Vorbereitung während der Haft möglich. Nur das vorherige Ausdrucken der Formulare und das gemeinsame Ausfüllen mit einem Berater ist möglich. Für die endgültige Antragsstellung ist in der Regel ein persönlicher Termin nach Haftentlassung im jeweiligen Amt nötig. Dies stellt die frisch Entlassenen vor Herausforderungen, die von einigen kaum bewältigt werden können, sodass die Haftentlassung in den Interviews sehr ambivalent bewertet wurde. Gewünscht wurde sich diesbezüglich, Anträge auch schon während der Haft stellen zu können, sodass vor allem die Krankenkassenanmeldung schon erledigt werden kann und auch frisch Entlassene schon einen Krankenversicherungsschutz aufweisen (zum fehlenden Krankenversicherungsschutz nach Haftentlassung vgl. Bürkle et al. 2010). Dies würde vor allem auch die reibungslose Fortführung der OST beziehungsweise deren Wiederbeginn nach Haftentlassung deutlich vereinfachen, was nicht zuletzt aufgrund des durchaus möglichen Suchtdrucks und der damit verbundenen Gefahr einer Überdosierung nach Haftentlassung zeitkritisch sein kann.

6 Kritische Diskussion

6.1 Quantitativer Teil

Der Fragebogen wurde an alle 16 Justizministerien der Bundesrepublik gesendet, von denen 14 die Anfrage beantworteten. Keine Rückmeldung ging von Hamburg und dem Saarland ein. Dies bedeutet eine sehr gute Response Rate von 87,5 %. Da die Bundesländer, von denen keine Rückmeldung eintraf, sehr klein sind und damit auch wenige Haftplätze haben, war anhand der eingetroffenen Antworten eine Aussage über bis zu 95 % der in deutschen Justizvollzugsanstalten inhaftierten Gefangenen und über bis zu 95 % (184 von 193) der deutschen Justizvollzugsanstalten möglich.

Die Fragebögen wurden in elf Fällen direkt von den Justiz- oder Gesundheitsministerien beantwortet, in nur drei Bundesländern wurden die Fragebögen an Justizvollzugsanstalten weitergeleitet. Ein Bundesland leitete die Anfrage an alle Justizvollzugsanstalten des Bundeslands weiter. Dementsprechend ist die Ausschöpfung dieser Erhebung als sehr hoch einzuschätzen: Aufgrund des föderalen Systems der Justizvollzugsverwaltung ist davon auszugehen, dass die Justizministerien der Bundesländer als Knotenpunkte fungieren und am ehesten über Informationen verfügen bezüglich der Personalstellen, Prävalenzen und Behandlungsangebote in ihrem Bundesland. Da jedoch die Ministeriumsmitarbeiter nicht vor Ort in den Justizvollzugsanstalten sind, ist auch davon auszugehen, dass sie in einige Tätigkeitsbereiche keinen praktischen Einblick haben. So war beispielsweise die Qualität der Antworten auf die Frage nach angewendeten Leitlinien sehr unterschiedlich, was möglicherweise dem fehlenden Praxiswissen der Ministeriumsmitarbeiter zugeschrieben werden kann.

Problematisch war trotz der hohen Response Rate ein mit durchschnittlich 50 % (zwischen 20 und 60 %) erheblicher Anteil von fehlenden Werten. Da jedoch bei bis zu 85 % (im Mittel 50 %) der unbeantworteten Items ergänzt wurde, dass diese

Werte gar nicht erfasst werden, kann man daraus schließen, dass die Fragebögen trotz des hohen Anteils an Missings nicht nachlässig ausgefüllt wurden, sondern den Justizministerien viele Angaben schlicht nicht vorlagen. Da die Ergänzung „wird nicht erfasst“ keine Antwortkategorie darstellte, sondern von manchen Ländern handschriftlich ergänzt wurde, ist davon auszugehen, dass einige Länder auf diesen Kommentar verzichtet haben. Es wird also von einem deutlich höheren Anteil als 50 % an nicht erfassten Informationen ausgegangen. Nichtsdestotrotz ist durch diesen hohen Anteil an fehlenden Werten die generelle Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt.

Die Prävalenzen von Infektionskrankheiten und Drogenkonsum wurden jeweils zum Haftantritt und während der Haft erfragt. In dieser Arbeit wurden die angegebenen Prävalenzen vor und während der Haft verglichen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Werte nicht durch wiederholte Messungen bei den gleichen Individuen beobachtet wurden, sondern in Messungen bei voneinander unabhängigen Stichproben von Gefangenen.

Außerdem wurden sowohl die Urinkontrollen zur Testung von Drogenkonsum als auch der Test auf Infektionskrankheiten in der Regel auf Verdacht durchgeführt. Da der Anteil der auf Drogen getesteten Gefangenen bei Haftantritt bekannt ist (ca. 30 %), kann eine sehr konservative Schätzung der konsumierenden Inhaftierten vorgenommen werden. Wenn man davon ausgeht, dass auch einige „unverdächtige“ Inhaftierte Drogen konsumieren, liegt die Dunkelziffer der bei Haftantritt konsumierenden Gefangenen deutlich über dem Wert von 14 %. Beim Vergleich der Prävalenzschätzungen in der Allgemeinbevölkerung mit der Prävalenz des Drogenkonsums im Gefängnis muss jedoch berücksichtigt werden, dass Letztere mithilfe von Daten aus Urinkontrollen geschätzt wurde. Auf diesem Wege können Drogen bei gelegentlichem Konsum nur bis zu vier Tage nachgewiesen werden (drogentester.com 2014). Die Prävalenzschätzung in der Allgemeinbevölkerung bezieht sich hingegen auf einen Zeitraum von 30 Tagen.

Zusätzlich ist zu beachten, dass vor allem die Drogentestungen während der Haft nur stichprobenartig vorgenommen werden. Eine konsumierte Droge ist jedoch nur eine gewisse Zeit (bei den meisten Drogen drei bis vier Tage) im Urin nachweisbar (drogentester.com 2014), sodass nur über diesen Zeitraum eine Aussage möglich ist. Da außerdem der Anteil der während der Haft getesteten Gefangenen nicht bekannt ist und hier zudem die Möglichkeit von wiederholten Testungen am gleichen Individuum besteht, ist eine Aussage über den tatsächlichen Anteil der Drogen konsumierenden Inhaftierten anhand der vorliegenden Daten kaum möglich. Sie liefern dennoch sowohl einen Eindruck über das Ausmaß des Problems von Drogenkonsum in deutschen Haftanstalten als auch einen interessanten Einblick in die Wahl beziehungsweise die Verfügbarkeit der Drogenart. Die Angaben hierzu stammen jedoch nur aus vier Bundesländern und können somit nicht ungeprüft auf das gesamte Bundesgebiet übertragen werden.

Grundsätzlich ist bezüglich der Prävalenz von Drogenkonsum im Gefängnis zu beachten, dass die so geschätzten Werte aufgrund von uneinheitlichen Methoden der Datenerfassung und Diagnostik über verschiedene Studien hinweg kaum vergleichbar sind. So werden nur sehr selten ICD-Diagnosen gestellt, der Forschungsgegenstand wird nur selten klar genug definiert und somit kann nicht ausreichend zwischen Abhängigkeit, Missbrauch, gelegentlichem, problematischem oder i.v. Konsum differenziert werden.

In dieser Studie wurden nur von fünf Bundesländern Daten zur Verbreitung von HIV und nur von zwei Bundesländern Daten zur Verbreitung von Hepatitis in Haft geliefert. Zudem erlaubt die Datenlage keine Einschätzung der Gesamtprävalenz von Infektionskrankheiten in Haft, sondern nur Aussagen über die Verbreitung unter den darauf getesteten Gefangenen, deren Anteil jedoch nicht bekannt ist. In der Regel wird auf Verdacht getestet, der zumindest für HIV häufig wohlbegründet zu sein scheint, da der Anteil positiver Tests mit 80 % sehr hoch ist. Trotz der beschriebenen Einschränkungen – denen auch andere Studien unterliegen – replizieren die in

dieser Studie erfassten Prävalenzen von Infektionskrankheiten im Gefängnis bisherige Schätzung zu deren Verbreitung.

Bezüglich der intramuralen Therapie von Infektionskrankheiten gab es Abweichungen in den Antworten der Bundesländer zwischen den Fragen zu intramuralen Therapieangeboten und intramuralen Angeboten zur Schadensreduzierung. Da bei beiden Fragen keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, sondern die Fragen offen gestellt waren, kann diese Diskrepanz daran liegen, dass zwischen den Bundesländern keine Einigkeit darüber besteht, ob die Behandlung von Infektionskrankheiten zur Schadensreduzierung zu zählen ist oder nicht. Eine andere Erklärung könnte sein, dass nicht nur Angebote der Schadensreduzierung, sondern auch andere Angebote bei der Aufzählung schlicht vergessen wurden.

Abschließend ist bezüglich der angebotenen Behandlungsmaßnahmen zu erwähnen, dass das Angebot einer bestimmten Maßnahme in einem Bundesland bei weitem nicht bedeutet, dass jede JVA aus diesem Bundesland diese Maßnahme anbietet, noch bedeutet es, dass jeder Gefangene Zugang zu der entsprechenden Maßnahme einer JVA hat. Theoretisch besteht zwar die Möglichkeit zur Verlegung in eine andere JVA desselben Bundeslands, die eine nötige Behandlungsmöglichkeit anbietet (§ 65 StVollzG; Art. 24 BayVollstrPI). Dies könnte in der Praxis aber problematisch werden, da eine JVA mit einer seltenen Maßnahme schnell überlastet wäre mit der Versorgung aller Betroffenen eines Bundeslandes.

6.2 Qualitativer Teil

Alle Personen, die im Rahmen des qualitativen Teils dieser Arbeit befragt wurden, sind im weitesten Sinne mit der Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten in Bayern und Berlin befasst. Sie weisen eine breite Streuung bezüglich ihrer fachlicher Expertise und des Fokus ihrer Arbeit auf. Aus ihrer Auswahl ergibt sich die Frage nach der Generalisierbarkeit der hier dargestellten Ergebnisse. Zweifelsfrei ist diese deutlich eingeschränkt. Diese Frage war jedoch für diese Erhebung nachrangig. Vielmehr ging es um eine erste Annäherung an das Thema der Gesundheitsfürsorge in Haft,

um zunächst einmal feststellen zu können, welche Aspekte dabei eine Rolle spielen. Mithilfe der Interviews sollte ein möglichst umfassender Einblick in die Erfahrungen und Einstellungen der Befragten erhalten werden, um so Problem- und Kompetenzbereiche zu identifizieren.

Da für die gesonderte Analyse der Subgruppe der externen Drogenberater nur Interviews aus Bayern zur Verfügung standen, beschränkt sich die Aussagekraft dieser Subgruppe selbstverständlich auch nur auf das Bundesland Bayern. Da jedoch bei der explorativen Vorgehensweise speziell des qualitativen Teils dieser Arbeit ohnehin nicht eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt wurde, stellt dies keine erhebliche Einschränkung für den Aussagewert der Ergebnisse dar.

Die interviewte Stichprobe setzte sich aus Teilnehmern der Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft und weitervermittelten Kollegen zusammen. Hierbei ist zu beachten, dass aufgrund der Auswahl ein Bias nicht auszuschließen ist. So ist davon auszugehen, dass Teilnehmer an Konferenzen mit dem Thema intramuraler Gesundheitsfürsorge in besonderer Weise an einer guten Versorgung Inhaftierter interessiert sind. Da zusätzlich zwei Mitarbeiter einer zufällig ausgewählten Einrichtung befragt wurden, wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß des Bias dadurch eingeschränkt wird. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass trotz – oder gerade wegen – der größtenteils motivierten und interessierten Stichprobe Problembereiche und Verbesserungswünsche deutlich artikuliert wurden.

Da die Erfassung von Stärken und Schwächen in der drogenbezogenen Gesundheitsversorgung von Inhaftierten ein wenig erforschter Bereich in Deutschland ist, waren bisherige Arbeiten auf diesem Gebiet nicht ausreichend, um einen theoretischen Zugang zu ermöglichen und beispielsweise eine quantitative Herangehensweise zu erlauben. Darum war die Fragestellung dieser Arbeit explorativer Natur: Ihr Hauptziel bestand darin, Themen zu formulieren und zu strukturieren, die bei der gesundheitlichen Versorgung von Inhaftierten seitens der Mitarbeiter eine Rolle spielen und diese Arbeit erleichtern beziehungsweise erschweren. Für diesen Teil

der Erhebung wurde daher ein qualitativer Ansatz gewählt, der für die Umsetzung dieses Ziels besonders geeignet erschien.

So fand die Datenerhebung in Form von semistrukturierten Interviews statt. Da es konkrete Themenbereiche gab, zu denen alle Interviewpartner Stellung beziehen sollten, orientierten sich die Befragungsthemen an einem Leitfaden. Dieser thematisierte die alltägliche Arbeit, die spezielle Arbeit mit Drogen konsumierenden beziehungsweise drogenabhängigen Inhaftierten und Veränderungswünsche. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit bestehen, auf Themen, die von den Interviewpartnern angeboten werden, eingehen zu können. Auf diese Weise wurden bereits vermutete Themenbereiche bestätigt, wie beispielsweise die Frage nach Substitution in Haft, fehlendes Übergangsmanagement oder die Bedeutung von Präventions- und Informationsveranstaltungen. Außerdem kristallisierten sich aber auch Problembereiche heraus, die vor den Interviews nicht als solche präsent waren, zum Beispiel der enorme Arbeitsaufwand durch die Beantragungen von Therapie statt Strafe.

Für die Auswertung der so erhobenen Daten bot sich die computergestützte qualitative Analyse nach GABEK[®] WinRelan[®] an. Mithilfe dieses Verfahrens bestand unter anderem die Möglichkeit, Themengebiete sowie deren Zusammenhang untereinander in Form von Netzwerkgrafiken darzustellen. Die zusätzliche Auswertung anhand der Bewertungskodierung konnte den so gewonnen Eindruck von Problem- und Kompetenzbereichen abrunden und bekräftigen.

7 Erklärungsmodelle für die mangelhafte Umsetzung der Behandlungsprogramme

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse dieser empirischen Arbeit vor dem Hintergrund von einerseits theoretischen Überlegungen zur Gerechtigkeit, andererseits auf der Basis von wissenschaftlichen Vorüberlegungen, insbesondere zur Ursache von strukturellen Defiziten in der intramuralen Gesundheitsversorgung, diskutiert werden.

7.1 Theorien zur Gerechtigkeit

Justizvollzugsanstalten als eine Art der totalen Institution stellen laut Goffman eine Unterform der sozialen Institution dar. In ihnen spielt Gerechtigkeit eine wichtige Rolle. Zum einen gilt diese als die „erste Tugend sozialer Institutionen“ (Rawls 2006, S. 8). Zum anderen verbüßen Insassen von Justizvollzugsanstalten dort eine Strafe, um eben jene Gerechtigkeit wiederherzustellen.

In verschiedenen Studien (z. B. Mikula et al. 1998; Scher 1997) zeigte sich, dass eine ungerechte Behandlung grundsätzlich eine Vielzahl von Reaktionen hervorrufen kann. Ungerechte Ereignisse werden als unmoralisch wahrgenommen, verhindern es Ziele zu erreichen und haben negativen Einfluss auf persönliche Beziehungen. Sie kann außerdem Wut und Schuldgefühle auslösen und diese Gefühle können besonders lang anhaltend und intensiv sein. Als ungerecht empfundene Interaktionen können somit das Miteinander in einer sozialen Einrichtung deutlich erschweren und nachhaltig schädigen.

Doch um zu verstehen, was „ungerecht“ bedeutet, muss zunächst dargelegt werden, was als „gerecht“ anzusehen ist. Es gibt verschiedene Formen von Gerechtigkeit. In der Literatur werden distributive, prozedurale und interaktionale Gerechtigkeit unterschieden (z. B. Mikula 1980; Schwinger 1980). Diese wurde vor allem im Kontext von wirtschaftlichen Organisationen erforscht (z. B. Maier et al. 2007; Cropanzana et al. 2007; Jacobs & Dalbert 2008; Fischer et al. 2008). Alle drei Formen

von Gerechtigkeit (s. Tabelle 19) spielen jedoch nicht nur in wirtschaftlichen Institutionen, sondern auch in sozialen Einrichtungen und damit in der totalen Institution Gefängnis eine relevante Rolle, denn sie stellen „verschiedene Mittel dar, den Gruppenprozess (emotionale Beziehungen und Bewältigung von Aufgaben) zu steuern“ (Schwinger 1980, S. 113). Diese Formen der Gerechtigkeit werden im Folgenden näher erläutert.

Tabelle 19 Dimensionen von Gerechtigkeit

Gerechtigkeits-Dimensionen	Prinzipien
Distributive Gerechtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Beitragsprinzip • Gleichheitsprinzip • Bedürfnisprinzip • Anrechtsprinzip • Ergebnisgerechtigkeit
Prozedurale Gerechtigkeit (Regelgerechtigkeit/ Gesetzesgerechtigkeit)	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinflussbarkeit • Konsistenz • Unvoreingenommenheit • Richtigkeit der Informationen • Korrekturmöglichkeiten • Einhaltung ethischer Standards
Interaktionale Gerechtigkeit	
<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonale Gerechtigkeit 	Wahrnehmung der sozialen Interaktion <ul style="list-style-type: none"> • Würde • Höflichkeit • Respekt
<ul style="list-style-type: none"> • Informationale Gerechtigkeit 	Kommunikation relevanter Informationen <ul style="list-style-type: none"> • Wahrheit • Begründung • Zeitnah

Cropanzana et al. 2007; Heidenreich 2011; Fischer 2009.

7.1.1 Distributive Gerechtigkeit

In sozialen Einrichtungen spielt die distributive Gerechtigkeit, also Gerechtigkeit bei der Verteilung von Gütern, eine besondere Rolle und sie wird sogar als ein grundlegender moralischer Wert in der Verteilung von Ressourcen bezeichnet (Yuqiao 2013). Dabei versteht man unter „Gütern“ alles, das als Ergebnis (mit einem be-

stimmten Wert) betrachtet werden kann (Maier et al. 2007), zum Beispiel eine finanzielle Entlohnung. Im Falle der vorliegenden Forschungsarbeit wird die Bereitstellung von Behandlungsangeboten als eine solche Ressource behandelt.

7.1.1.1 Beitragsprinzip

Gemäß dem Beitragsprinzip wird eine Verteilung dann als gerecht erlebt, wenn sie entsprechend dem geleisteten Beitrag zum Gruppenziel vorgenommen wird (Maier et al. 2007). Nach diesem Prinzip wird aufgeteilt, wenn die aufzuteilenden Güter durch unabhängige Arbeit erzielt wurden und die Menge der Güter vom Ausmaß der geleisteten Arbeit abhängt (Mikula 1980). Auf den Kontext Gefängnis übertragen bedeutet dies, dass Inhaftierten (qualitativ oder quantitativ) – entsprechend ihrem Beitrag an der Gesamtwirtschaft der Bundesrepublik – weniger zugeteilt werden soll als Personen der arbeitenden Allgemeinbevölkerung. Es kann außerdem bedeuten, dass unter den Inhaftierten diejenigen besser mit Gütern versorgt werden sollen, die mehr leisten, also beispielsweise intramural einer Beschäftigung nachgehen, als diejenigen, die dies nicht tun. Übertragen auf die Forschungsfragen dieser Arbeit könnte dies bedeuten, dass entsprechend des Beitragsprinzips eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schlechtere Versorgung von Inhaftierten mit Behandlungsangeboten als gerecht empfunden werden kann. Demnach wäre die Nicht-Beachtung des Äquivalenzprinzips, ein Phänomen das in dieser Arbeit mehrfach aufgezeigt wurde, als gerecht anzusehen.

7.1.1.2 Gleichheitsprinzip

Nach dem Gleichheitsprinzip hingegen sollten alle Parteien bei einer Verteilung den gleichen Anteil erhalten, sofern sie zu der gleichen Gruppe bzw. allgemeiner zur menschlichen Rasse gehören (Schwinger 1980). Dieses Prinzip wird häufig in sozialen Beziehungen gewählt. Dabei sind also die Ähnlichkeit der Gruppenmitglieder und positive affektive Beziehungen eine Voraussetzung (Mikula 1980). Geht man von diesem Prinzip aus, sollten sowohl im Vergleich zwischen Inhaftierten und der

Allgemeinbevölkerung als auch zwischen den Inhaftierten untereinander keine Unterschiede bezüglich Art und Ausmaß der Gesundheitsversorgung erkennbar sein. Bewertet man Gerechtigkeit nach diesem Prinzip, ist also die Einhaltung des Äquivalenzprinzips dringend erforderlich, um Gerechtigkeit herzustellen.

7.1.1.3 Bedürfnisprinzip

Gemäß dem dritten Prinzip distributiver Gerechtigkeit, dem Bedürfnisprinzip, sollten jedem seine Anteile entsprechend seiner Bedürfnisse zugewiesen werden (Schwinger 1980). „Das Bedürfnisprinzip erscheint schließlich dann angebracht, wenn der Aufteilende für das Wohlergehen der Empfänger verantwortlich ist und diese in der Befriedigung zentraler Bedürfnisse vollkommen von den zu verteilenden Gütern abhängig sind.“ (Mikula 1980, S. 152). Bezogen auf die Gesundheitsversorgung würde dies bedeuten, dass Personen mit einer höheren gesundheitlichen Belastung mehr Therapiemaßnahmen erhalten sollen als weniger belastete Personen. Da Inhaftierte deutlich stärker als die Allgemeinbevölkerung Drogen konsumieren und von Infektionskrankheiten betroffen sind (s. Kapitel 4.1.1), ist davon auszugehen, dass diese Population besonders viel gesundheitliche Versorgung benötigt. Zudem sind Inhaftierte ganz eindeutig in Bezug auf ihre Gesundheit, das höchste Gut, vollkommen von der Bereitstellung von Behandlungsangeboten abhängig und der Aufteilende, also das Justizsystem, ist definitiv für das Wohlergehen der Untergebrachten verantwortlichen (vgl. Goffman 1973).

Gemäß Bedürfnisprinzip gilt bezogen auf die Forschungsfragen eine Verteilung dann als gerecht, wenn sie Inhaftierten in Art und Umfang eine besonders gute Form der Gesundheitsversorgung zukommen lässt. Diesem Prinzip ist aufgrund der totalen Abhängigkeit des Inhaftierten vom Justizsystem der Vorrang vor anderen Prinzipien zu gewähren.

7.1.1.4 Anrechtsprinzip

Teilweise wird zusätzlich auch das Anrechtsprinzip erwähnt (Heidenreich 2011). Gemäß Anrechtsprinzip werden Güter aufgrund des sozialen Status verteilt. Eine sozialere Interpretation dieses Prinzips besagt, dass alle Bürger eines Staates das Recht auf eine Grundversorgung haben. Inhaftierte haben laut Goffman durch die Inhaftierung ihre Rolle und damit möglicherweise auch ihren sozialen Status verloren. Orientiert man sich hier also an der ersten Interpretation des Prinzips, bedeutet dies für die Versorgung Inhaftierter, dass es gerecht ist, wenn ihnen deutlich weniger Angebote zur Verfügung stehen als jedem Nicht-Inhaftierten, wobei sich auch in der Allgemeinbevölkerung die Versorgungslage entsprechend des sozialen Status unterscheidet. Eine solche Staffelung der Gesundheitsversorgung zeichnet sich in Freiheit teilweise in der unterschiedlichen Situation gesetzlich und privat Versicherter ab sowie ganz deutlich in der Versorgung mit Krankenbehandlungen, die keine Kassenleistung sind und darum nur für Personen in Frage kommen, die sie sich leisten können.

7.1.1.5 Ergebnisgerechtigkeit

Eine weitere Form der Verteilungsgerechtigkeit nach dem Gleichheitsprinzip stellt die Ergebnisgerechtigkeit dar. Sie besagt, dass Mitglieder einer Gesellschaft grundsätzlich im gleichen Maße vom Ergebnis dieser Gesellschaft profitieren sollen (Fischer 2009), mit der Besonderheit, dass nach diesem Ansatz beim „Verschulden eines Mitglieds“ (ebd. S.4) die Güterzuteilung entsprechend gekürzt werden soll. Dieses Gerechtigkeitsprinzip impliziert also eine Form der Strafe. Demnach könnte argumentiert werden, dass eine geringer Güterzuteilung, also eine in Art und Umfang reduzierte Form der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, durchaus als gerecht angesehen werden kann. Denn Inhaftierte haben sich immer etwas zu Schulden kommen lassen, das zu ihrer Inhaftierung geführt hat.

7.1.2 Prozedurale Gerechtigkeit

Prozedurale Gerechtigkeit bezieht sich auf den Prozess einer Entscheidungsfindung. Dieser wird dann als gerecht erlebt, wenn Einfluss genommen werden kann, den Entscheidungsträgern korrekte Informationen vorliegen, sie vorhandene Regeln einhalten und unvoreingenommen sind, wenn die Möglichkeit besteht Fehlentscheidungen im Nachhinein zu korrigieren und ethische Standards eingehalten werden (Maier et al. 2007). Dieses Gerechtigkeitskonzept wird häufig auch als Regelgerechtigkeit oder Gesetzesgerechtigkeit bezeichnet. Hier offenbart sich ein großes Problem bezüglich Gerechtigkeitsempfinden im Justizvollzug. In den Interviews wurde immer wieder angesprochen, wie willkürlich Entscheidungen zum Teil getroffen werden (müssen), weil keine verbindlichen Standards existieren.

7.1.3 Interaktionale Gerechtigkeit

Bei der interaktionalen Gerechtigkeit handelt es sich um eine Form der Gerechtigkeit, die insbesondere soziale Aspekte berücksichtigt. Sie unterteilt sich in die interpersonale und die informationale Gerechtigkeit. Die interpersonale Gerechtigkeit wird dann erlebt, wenn die Interaktionen während der Entscheidungsfindung als würdevoll, respektvoll und höflich erlebt werden (Maier et al. 2007; Cropanzana et al. 2007). Für die Wahrnehmung informationaler Gerechtigkeit benötigt es eine wahrheitsgemäße Kommunikation relevanter Informationen. Ferner sollte die Entscheidung gut begründet sein und zeitnah erfolgen. Diese beiden Unterformen interaktionaler Gerechtigkeit können sich bei der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Interaktion und Kommunikation zwischen dieser Person und der Rentenversicherung oder dem Personal der medizinischen Versorgung im Justizvollzug widerspiegeln. Die Kommunikationsmechanismen bezüglich der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten wurden im Kapitel 5.2.1 diskutiert. Beim Informationsfluss fiel die fehlende Reziprozität zwischen Inhaftierten und Beamten auf, was einen negativen Einfluss auf die Wahrnehmung interpersonaler Gerechtigkeit haben könnte.

7.1.4 Zur Anwendung der Gerechtigkeitsprinzipien

Verschiedene Theoretiker gehen davon aus, dass Ergebnisgerechtigkeit utopisch ist und daher der Regelgerechtigkeit der Vorzug gegeben werden soll. So vergleicht die Friedrich Naumann-Stiftung (2012) die beiden Form der Gerechtigkeit folgendermaßen: „Liberale Politik will Regeln festlegen, die für alle gelten, dem einzelnen aber die freie Entscheidung lassen. Sie will nicht ein bestimmtes Ergebnis von vornherein fixieren: Sie will also Regelgerechtigkeit, weil es Ergebnisgerechtigkeit nicht geben kann.“ Doch woher stammen diese Regeln? Nach Hayek (1980) stellen Regeln unser kulturelles Erbe dar. Sie haben sich durchgesetzt, weil sie sich für eine Gruppe von Menschen als effektiv herausgestellt haben. Sie haben sich entwickelt „weil die Gruppen, die danach verfahren, erfolgreicher waren und andere verdrängten“ (Hayek 1980, S. 35). Fuchs-Seliger vergleicht die Sichtweise Hayeks zur Entstehung von Regeln mit der „Entwicklung der Arten durch Darwin“ (Fuchs-Seliger 2007, S. 136). Regeln werden also so aufgestellt bzw. aufrechterhalten, dass sie der Gesellschaft möglichst effizient dienen.

Internationale Gesetzgeber fordern das Gleichheitsprinzip. Die Einhaltung des Äquivalenzprinzips wäre demnach im juristischen Sinne das einzig Gerechtigkeitsprinzip, das Anwendung finden sollte. Demgegenüber herrschen auf persönlicher Ebene oft die anderen Formen der distributiven Gerechtigkeit vor: in leistungsorientierten Kontexten eher das Beitragsprinzip, das Anrechtsprinzip oder die Ergebnisgerechtigkeit, in sozialen Kontexten eher das Bedürfnisprinzip. In einem Kontext Gerechtigkeit herzustellen, der einerseits geprägt ist durch die juristischen Rahmenbedingungen, im Alltag jedoch von Individuen mit eigenen Wert- und Moralvorstellungen geführt wird, stellt eine immense Aufgabe dar, die sicherlich nicht nur durch Zwang und Regeln, sondern vor allem auch durch Aufklärung und letztendlich Verständnis erfüllt werden kann.

Ob die hier diskutierten Formen der Gerechtigkeit und deren (Nicht-)Einhaltung unsere Gesellschaft effizienter machen, bleibt außerdem zu diskutieren. Betrachtet

man die durch Einsparungen im Justizsektor nötig werdenden gestiegenen Kosten für das Gesundheitswesen, ist eine dadurch gesteigerte Effizienz zumindest mit einem Fragezeichen zu versehen. Den Ansprüchen eines Sozialstaats wird es vermutlich eher nicht gerecht.

7.2 Strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft

Bei einer detaillierten Analyse der strukturellen Defizite und Barrieren wurden deutliche Defizite in der Umsetzung der Gesundheitsfürsorge deutlich (Thane 2013). Um die Frage nach den Barrieren für eine adäquate Gesundheitsversorgung und deren Ursachen zu beantworten, wurden aus der Analyse von Thane (2013) vier Bereiche für diese Arbeit extrahiert: Veränderungsprozesse, Gesundheit versus Sicherheit, die Einstellung gegenüber den Inhaftierten und die Erwartungen an den Strafvollzug. Diese Bereiche wurden um verfügbare Forschungsergebnisse ergänzt.

7.2.1 Veränderungsprozesse

7.2.1.1 Prozess der Reformbewegung

Gratz (2008 nach Thane 2013) beschreibt die Reformbewegung im Strafvollzug in vier Phasen. So kommt es zunächst zu einem Impuls, um den Strafvollzug menschengerechter und behandlungsorientiert zu gestalten (1). Im nächsten Schritt kommt es zwar zu bescheidenen Erfolgen in der Umsetzung (2), aus verschiedenen Gründen (z.B. knappe Mittel, gesellschaftliche Umbrüche oder veränderte Politik) jedoch überwiegend zum Scheitern der Maßnahmen (3) sowie anschließend zu einer Verschlechterung in den Haftbedingungen und/oder einer Zunahme an Repressionen (4). Diese Phasen von Reformbewegungen konnten im deutschen Strafvollzug bereits mehrmals beobachtet werden. Betrachtet man das Beispiel Sprizentausch (vgl. Kapitel 2.8.4), kann man den Prozess folgendermaßen beschreiben: Aufgrund der hohen Raten an i.v. Drogenkonsumenten sowie der hohen Prävalenz von Infektionskrankheiten in Haft wurde ein Modellprojekt zum Sprizentausch in Haft gestartet und es wurden infolgedessen in Gefängnissen dreier Bundesländer

Spritzentauschautomaten installiert (1). Anschließend kam es, abgesehen von dem Gefängnis in Hamburg, überwiegend zu Erfolgen in der Umsetzung (2). Obwohl der Spritzentauschautomat in einem Frauengefängnis in Berlin weiterhin existiert, muss die gesamte Maßnahme als gescheitert betrachtet werden. Als ein möglicher Grund hierfür werden von institutioneller Seite politische Probleme angeführt (Stöver & Heriga 2016) (3). 20 Jahre nach dem Modellprojekt ist die gesamtdeutsche Situation vergleichbar mit der Ausgangssituation vor dem Modellprojekt (4). Der Justizvollzug ist demnach besonders veränderungsresistent. Foucault sieht den Grund dafür darin, dass der Justizvollzug stark von Macht und Strategie geprägt ist (Foucault 1976).

7.2.1.2 Bürokratie versus Individualismus

Ein reibungsloser Ablauf in der JVA hat häufig Priorität vor Resozialisierungsbemühungen (Thane 2013). So existieren gewisse bürokratische Strukturen, die zwar funktionierende alltäglichen Routinen ermöglichen, gleichzeitig jedoch ein individuelles Eingehen auf einzelne Gefangene und deren Bedürfnisse erschweren. Der Bürokratismus kann damit Veränderungen ausbremsen, die aufgrund von Einzelfallentscheidungen eingeleitet werden würden. Demnach haben individuelle Einstellungen einen erheblichen Einfluss auf Veränderungsprozesse. So wurde der erste Spritzentausch in der Schweiz aus „Ungehorsam“ (Nelles & Stöver 2002, S. 157) begonnen, indem ohne Einverständnis der Anstaltsleitung Spritzen vom Gefängnisarzt an die Inhaftierten verteilt wurden. Auch die weitere Umsetzung von Spritzentauschprogrammen ist auf die Akzeptanz der betroffenen Mitarbeiter angewiesen und erfordert dementsprechend eine vorherige intensive Einbindung und Aufklärung (Thane 2013, S. 137), vor allem über Heroinabhängigkeit als „chronisch rezidivierende Erkrankung“ (Eder 2012, S. 206, nach Thane 2013) und die empirisch nachgewiesene Wirksamkeit von Substitutionsprogrammen. Da die großen Unterschiede zwischen verschiedenen Justizvollzugsanstalten vermutlich nicht zuletzt auf persönliches Engagement zurückgeführt werden können, wird deutlich, wie wichtig die in-

dividuellen Einstellungen der Mitarbeiter sind, um Reformprozesse voranzutreiben. Durch eine angemessene Einbindung, Information und die Möglichkeit den Prozess mitzugestalten, können Ängste der Mitarbeiter abgebaut und gleichzeitig deren Bereitschaft den Prozess voranzutreiben deutlich gesteigert werden (Thane 2013).

7.2.1.3 Mangel an finanziellen Mitteln

Von verschiedenen Seiten wird der Mangel an finanziellen Mitteln in der intramuralen Gesundheitsversorgung angeprangert (Thane 2013). Beim Einläuten von Veränderungsprozessen werden jedoch immer finanzielle Mittel benötigt. So werden häufig bauliche Veränderungen, eine Investition in Ausstattung oder Personal notwendig. Dennoch wird in Richtlinien und auch vom Europäischen Gerichtshof explizit darauf hingewiesen, dass ein Mangel an finanziellen Ressourcen keine mangelnde Gesundheitsversorgung in Haft rechtfertigt (z. B. CPT 2010; Morgenstern 2008, nach Thane 2013). Diesbezüglich muss man folglich von einer Patt-Situation sprechen, für die es zwar theoretisch Maßgaben gibt, die wiederum in der Praxis nicht umgesetzt werden können. Jedoch bleibt bei der Argumentation häufig unbeachtet, dass es im Vergleich zu den konventionellen Maßnahmen durchaus kostengünstigere Möglichkeiten gibt, die zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Haft führen würde, wie beispielsweise Alternativen zur Gefängnisstrafe (z. B. Kolind & Duke 2016) oder das Angebot schadensreduzierender Maßnahmen. Obwohl diese sowohl als kostengünstiger als auch als wirksam eingestuft werden, kommt es nicht zu deren flächendeckenden Einführung (Thane 2013).

Zudem gibt es Ansätze, die ganz gezielt die limitierten finanziellen Ressourcen nur für die Behandlung von Inhaftierte einsetzen, die ihre Motivation zur Teilnahme sowohl verbal zum Ausdruck bringen als auch durch ihr Verhalten untermauern. Diesen Ansätzen liegt jedoch auch der Widerspruch zu Grunde, dass die Gefängnissituation per se geprägt ist von Beschränkungen und damit dem Prinzip des eigenverantwortlichen Handelns entgegensteht.

7.2.2 Gesundheit versus Sicherheit

Als ein ebenso basaler wie entscheidender Faktor in Bezug auf Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Inhaftierten wurde der Ziel- und Rollenkonflikt des Personals genannt (Thane 2013): die sogenannte duale Loyalität der Mitarbeiter. Diese sind als Mitarbeiter sowohl des Gesundheitswesens als auch des Justizsystems gleichermaßen mit Fragen der Gesundheit und Sicherheit betraut. In der Regel werden dann Sicherheitsaspekte betont, nämlich der reibungslose Ablauf in der JVA. Demgegenüber steht der Gedanke, dass es sich bei Gesundheit bzw. Resozialisierung und Sicherheit nicht um einander widersprechende Ziele handelt. So können schadensreduzierende Maßnahmen, wie Opioid-Substitutionsbehandlung oder Spritzentauschprogramme, zu mehr Sicherheit in der JVA führen (s. Kapitel 2.8).

7.2.3 Einstellung gegenüber den Inhaftierten

7.2.3.1 Rache und Exklusion

Inhaftierung hat zwar offiziell die Funktionen der Sicherung und Resozialisierung. Darüber hinaus dient sie jedoch auch der Befriedigung von „Rachegeleüsten“ (Thane 2013, S. 122) und dient in der Folge als abschreckendes Beispiel. So steht das Gefängnis symbolisch für „Wer in mich hineingerät, dem geht es schlecht“ (Gratz 2008, S. 171 nach Thane 2013). Darum kommt es durch Gefängnisse, zu einer klaren Dichotomisierung diesseits und jenseits der Gefängnismauern in Gut und Böse (Foucault 1976). Gefängnisse dienen einem Ausschluss von störenden Mitgliedern der Gesellschaft, ebenso wie zur Rechtfertigung einer weniger guten Behandlung von Inhaftierten, denen als „böser“ Teil der Gesellschaft keine bessere Behandlung zusteht. In der Literatur wird diese Exklusion, neben den offiziellen Zielen der Resozialisierung und Sicherung, explizit als inoffizielles Ziel des Strafvollzugs genannt (Carlen 2002, nach Thane 2013). Entsprechend dem Rachegedanken fordert der „less eligibility“-Ansatz, dass der Lebensstandard von Inhaftierten unter dem liegen soll, der dem ärmsten Teil der Allgemeinbevölkerung offen steht. Auch dies impli-

ziert den Strafcharakter des Justizvollzugs (Thane 2013, S. 130). Dieser Ansatz ist demnach der Gegensatz zum Äquivalenzprinzip. In diesem Sinne kann auch die Rolle der Medien und dementsprechend die Rolle der Öffentlichkeit als nicht unerheblich eingestuft werden. So werden Kostenforderungen aus dem Strafvollzug, zum Beispiel für Umbaumaßnahmen oder Personal, in der Regel sehr kritisch gesehen und als unbeliebte Maßnahme eher vermieden (vgl. Rotthaus 2007, nach Thane 2013). In diesem Zusammenhang muss auch die prohibitionistische Drogenpolitik im Gefängnis erwähnt werden, die in ihrer Art und Ausführung als abstinenzorientiert und bestrafend diskutiert wird (Thane 2013). So kommt in Gefängnissen eine repressive Sicherheitspolitik zu Tragen, die begründet liegt in einer Risikoorientierung auf der einen Seite und einem Strafbedürfnis auf der anderen Seite.

7.2.3.2 Bereitstellung von finanziellen Mitteln

Entsprechend führt eine negative soziale Konstruktion, also das Bild der Gefangenen in der Öffentlichkeit, über den Umweg einer geringeren Finanzierung zu einer schlechteren Versorgung von Inhaftierten. So ist im ersten Schritt das Ansehen einer Zielgruppe entscheidend für die Bereitstellung von finanziellen Mitteln, im zweiten Schritt entscheidet eine angemessene Finanzierung über die erfolgreiche Umsetzung einer Maßnahme (Nicholson-Crotty & Nicholson-Crotty 2004). Betrachtet man beispielsweise die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel pro Gefangenen, so liegt Bayern deutlich unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt, was als Ausdruck der negativen Einstellung gegenüber Gefangenen gewertet werden kann (Thane 2013). Die Ausstattung mit finanziellen Mitteln spielt wiederum eine nicht irrelevante Rolle bei der Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen (s. Kapitel 7.2.1).

7.2.4 Unerfüllte Erwartungen an den Strafvollzug

Zuletzt bleibt die Frage unbeantwortet, warum die Gesundheitsversorgung in Gefängnissen in den meisten Fällen nicht dem Äquivalenzprinzip gerecht wird. In die-

sem Zusammenhang wird sogar von „imaginary penalties“ gesprochen, was auf die Diskrepanz zwischen Resozialisierungsziel und tatsächlicher Ausgestaltung des Strafvollzugs abzielt (Carlen 2008, nach Thane 2013). Bereits Goffman (1973) stellte fest: „Die Einsicht, daß totale Institutionen normalerweise recht weit hinter ihren offiziellen Zielen zurückbleiben, ist weit verbreitet“ (S. 87). Positiv umformuliert bedeutet dies: „Der Erfolg des Gefängnisses ist so überwältigend, daß es nach anderthalb Jahrhunderten von ‚Mißerfolgen‘ noch immer existiert, daß es immer noch dieselben Wirkungen hervorruft, und daß man die größten Skrupel hat, darauf zu verzichten“ (Foucault 1976, S. 357). Verbindet man die Ansätze von Goffman und Foucault, kann vom „erfolgreichen Scheitern“ (Gratz 2008, nach Thane 2013) gesprochen werden: Das Resozialisierungsziel wird nicht erreicht, dennoch wird die Einrichtung im selben Konzept fortgeführt wie bisher.

8 Fazit und Ausblick

In diversen Studien stellte sich heraus, dass die äquivalente Gesundheitsversorgung in Haft noch immer Wunschdenken ist. Sowohl die Qualität als auch die Differenziertheit der Angebote in Haft lässt nach wie vor zu wünschen übrig. Als Gründe dafür werden unter anderem eine häufige Überbelegung, Budgetkürzungen, ein einseitiger Fokus auf Angebotsreduzierung oder auch eine strukturell schlechte Abstimmung mit externen Service-Anbietern genannt (Decorte et al. 2006).

Die dargestellten Daten deuten darauf hin, dass es einen großen Anteil von Gefangenen mit psychotropen Substanzstörungen gibt, sowohl vor, meistens jedoch auch während der Inhaftierung durch einen fortgesetzten Konsum dieser Drogen. In dieser Arbeit wurde aufgezeigt, dass die suchtmmedizinische und infektiologische Versorgungssituation für die Population Drogen konsumierender Gefangener in Deutschland zum Teil gut, beispielsweise bezüglich psychosozialer Betreuung, in vielen Bereichen aber auch unzureichend ist, zum Beispiel was die Testung auf Infektionskrankheiten bei Haftentlassung anbelangt. Es wurde also deutlich, dass es zwischen Gesundheits- und Justizwesen durchaus unterschiedliche Auffassungen von äquivalenter Behandlung gibt. Enorme Probleme im Zusammenhang mit einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung bilden insbesondere die Übergänge von der Freiheit in die Haft (z. B. bzgl. OST) und wieder hinaus (z. B. bzgl. Krankenversicherungsschutz und Vermittlung in extramurale Therapie), die oft in Behandlungsabbrüchen, Unter- oder Fehlversorgungen münden.

Zwar müssen sich die Medizin und die psychosoziale Arbeit in Haft an den Richtlinien und Standards der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) orientieren, dies erfolgt jedoch in manchen Bereichen (z. B. Opioid-Substitutionsbehandlung) entweder nur mit einem erheblichen Zeitverzug oder entfällt ganz. Ein großer Teil der Gefangenen weist also Substanzstörungen auf, profitiert aber nur in sehr geringem Maße von den Fortschritten der Suchtmmedizin, das heißt bereits der Zugang zu

erprobten, bewährten und anerkannten Präventions-, Hilfe- und Behandlungsmethoden bleibt ihnen verwehrt, wie zum Beispiel die Möglichkeit zur Teilnahme an Spritzentauschprogrammen. Schließlich zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Verfügbarkeit, der Qualität und im Umfang der angegebenen Daten, und im Rückschluss daraus augenscheinlich auch im Umfang und in der Detailliertheit der dort vorliegenden Dokumentationen. Dem will aktuell ein Vorhaben der Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz entgegenwirken, indem sie ein bundesweit einheitliches Monitoring des Justizvollzugs vorantreibt (DBDD, persönliche Mitteilung 2015).

Kommt man nun zu dem Schluss, dass die drogenbezogene Versorgung von Inhaftierten nicht dem Standard entspricht, der Personen in Haft per Gesetz zugesichert ist beziehungsweise auch von europäischen Standards empfohlen wird, drängt sich zunächst die Frage nach dem Warum auf, die im vorangegangenen Kapitel versucht wurde zu beantworten. Diese Frage lässt sich aber auch durch die geführten Interviews beantworten: Dabei kristallisierte sich heraus, dass die Versorgung von Inhaftierten im Gefängnis, ihre Vermittlung in extramurale Therapie nach Entlassung und die Finanzierung beider Varianten der Behandlung höchst komplex sind. Ein Grund hierfür ist die teilweise problematische Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern des Justizsystems und sogenannten Externen. Doch auch die Verantwortungsdiffusion zwischen Renten- und Krankenversicherungsträgern erschwert eine ausreichende Vermittlung in Therapie nach der Entlassung. Dementsprechend kann die wahrgenommene Verschiebung hin zum Maßregelvollzug, vor allem vor dem Hintergrund der erschwerten Bedingungen für den § 35 BtMG, als durchaus erfreuliche Entwicklung beurteilt werden. Die Frage nach dem Warum lässt sich zum Teil aber auch mithilfe der Gerechtigkeitstheorien beantworten. Gemäß Beitragsprinzip, einer Form der Gerechtigkeit, die in leistungsorientierten Kontexten durchaus funktional sein mag, ist es als gerecht anzusehen, wenn Inhaftierten entsprechend ihrem Beitrag an der Gesamtwirtschaft der Bundesrepublik weniger zugeteilt wird als Personen

der arbeitenden Allgemeinbevölkerung. Dennoch kommt man nicht umhin, dass Einrichtungen des Strafvollzugs auch gemäß Goffman als soziale Einrichtungen angesehen werden können oder gar müssen, in denen die Güterzuteilung entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen vonstatten gehen sollte, nicht zuletzt da die Inhaftierten voll und ganz von der Güterzuteilung durch die freiheitsentziehende Einrichtung abhängig sind.

Nach der Frage nach möglichen Ursachen, die in dieser Arbeit teilweise beantwortet werden konnte, stellt sich die Frage danach, wie die Situation für drogenabhängige Inhaftierte verbessert werden kann. Um hierfür eine Lösung zu finden, muss man sich zunächst die Verantwortlichkeiten bezüglich der medizinischen Versorgung vor Augen führen: Für die medizinische Versorgung Inhaftierter liegt die Verantwortung bei den Justizministerien. Vor und nach der Inhaftierung ist dagegen das Gesundheitssystem zuständig, also die gesetzlichen Krankenversicherungen für die Finanzierung medizinischer Behandlung und die Rentenversicherungsträger für Rehabilitationsbehandlungen. Während der Haftzeit versäumte Behandlungen, die erst nach der Inhaftierung eingeleitet werden, müssen somit nicht vom Justiz-, sondern vom Gesundheitssystem getragen werden. So findet einerseits eine schlichte Verlagerung der Kosten von einem System auf ein anderes statt, gleichzeitig besteht aber auch die Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten oder einer Chronifizierung der jeweiligen Krankheit. Um eine Verschiebung der Verantwortlichkeit zu verhindern, die im Endeffekt auf dem Rücken der Patienten und auf Kosten der Gesellschaft ausgetragen wird, wäre es also sinnvoll, wenn Deutschland dem Vorbild von Finnland oder den Niederlanden folgen und auch die gesundheitliche Versorgung von Inhaftierten dem Gesundheitssystem zuordnen würde. Sowohl eine vorbildliche medizinische Versorgung während der Haftzeit, die möglicherweise Einsparungen nach der Entlassung bedeutet, als auch eine mangelhafte intramurale Versorgung, die für eventuell Mehrkosten nach der Entlassung sorgt, würden in diesem Modell vom selben System verantwortet werden. Das Gesund-

heitssystem würde demnach von Einsparungen profitieren und gleichzeitig Mehrkosten tragen müssen, sodass die Motivation für eine adäquate Versorgung in Haft nicht nur gesteigert werden, sondern auch realistischer umgesetzt werden könnte – und zwar durch ein System, das im Bereich der Gesundheitsversorgung bereits die nötige Expertise besitzt. In diesem Zuge könnte auch das Problem der dualen Loyalität abgemildert werden, wenn nämlich Mitarbeiter der medizinischen Versorgung nicht mehr vom Justizministerium angestellt sind, sondern ebenso Teil des Gesundheitssystems sind wie extramurale Ärzte. Möglicherweise könnte auch die Zusammenarbeit zwischen medizinischem und psychosozialen Personal verbessert werden, wenn diese dem gleichen System angehören. Darüber hinaus würde durch die Unterstellung der Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten unter das Gesundheitsministerium der Übergang von Haft in Freiheit vereinfacht werden: Wären die gesetzlichen Krankenversicherungen auch für Inhaftierte zuständig, könnte deren Versicherungsschutz nach der Haftentlassung nahtlos fortgesetzt werden, sodass die Versorgungskontinuität gewährleistet wäre.

Diese Arbeit konnte eine Vielzahl von Stärken und Schwächen der drogenbezogenen Gesundheitsfürsorge in Haft darlegen und Verbesserungsvorschläge ableiten. Diese Anstöße gilt es nun weiter zu verfolgen.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Bestehende Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht nach Straftaten gegen das BtMG (Allgemeines Strafrecht) zwischen 2005 und 2011 (jeweils am 31.12.).....	31
Abbildung 2	Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte. Bestand am 01.01.....	33
Abbildung 3	Metalinguistische Kodierung – Personenbezeichnung (Spalte 2) und Personenbezogene Kriterien (Spalte 3).....	111
Abbildung 4	Satztext und Schlüsselbegriffe	116
Abbildung 5	Kodierung von Bewertungen für Ist- (linke Spalte) und Soll-Situation (rechte Spalte).....	119
Abbildung 6	Erstellung einer Netzwerkgrafik – Parameter festlegen.....	123
Abbildung 7	Erstellung einer Netzwerkgrafik – Knoten erweitern.....	124
Abbildung 8	Überwiegend positive/negative Bewertung eines Schlüsselbegriffs in der Netzwerkgrafik	125
Abbildung 9	Ergebnisse von Drogentestungen in Haftanstalten auch nach Substanzen (Anteile unter allen positiven Tests).....	129
Abbildung 10	Netzwerkgrafik Justiz (Ist-Situation)	141
Abbildung 11	Netzwerkgrafik Justiz (Soll-Situation)	142
Abbildung 12	Netzwerkgrafik Information (Ist-Situation).....	144
Abbildung 13	Netzwerkgrafik Information (Soll-Situation)	144
Abbildung 14	Netzwerkgrafik Haftantritt (Ist-Situation).....	147
Abbildung 15	Netzwerkgrafik Haftantritt (Soll-Situation).....	147
Abbildung 16	Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Ist-Situation).....	150
Abbildung 17	Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Soll-Situation).....	150
Abbildung 18	Netzwerkgrafik Prävention (mit Erweiterungen)	153

Abbildung 19	Netzwerkgrafik Prävention (Ist-Situation)	154
Abbildung 20	Netzwerkgrafik Prävention (Soll-Situation)	154
Abbildung 21	Netzwerkgrafik zusammenarbeiten, besprechen, Kollege (Ist-Situation)	156
Abbildung 22	Netzwerkgrafik zusammenarbeiten, besprechen, Kollege (Soll-Situation)	157
Abbildung 23	Netzwerkgrafik Drogenberatung (Ist-Situation).....	159
Abbildung 24	Netzwerkgrafik Drogenberatung (Soll-Situation)	159
Abbildung 25	Netzwerkgrafik konsumieren (Ist-Situation).....	162
Abbildung 26	Netzwerkgrafik konsumieren (Soll-Situation).....	162
Abbildung 27	Netzwerkgrafik Substitution (Ist-Situation).....	165
Abbildung 28	Netzwerkgrafik Substitution (Soll-Situation).....	165
Abbildung 29	Netzwerkgrafik Ärztlicher Dienst, Substitution (Ist-Situation).....	168
Abbildung 30	Netzwerkgrafik Ärztlicher Dienst, Substitution (Soll-Situation)	169
Abbildung 31	Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Ist-Situation)	172
Abbildung 32	Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Soll-Situation)	172
Abbildung 33	Netzwerkgrafik Entlassung (Ist-Situation).....	174
Abbildung 34	Netzwerkgrafik Entlassung (Soll-Situation).....	174
Abbildung 35	Netzwerkgrafik Spritze (Ist-Situation)	176
Abbildung 36	Netzwerkgrafik Beamter (Ist-Situation)	178
Abbildung 37	Netzwerkgrafik Beamter (Soll-Situation).....	178
Abbildung 38	Netzwerkgrafik Rentenversicherung (Ist-Situation)	180
Abbildung 39	Netzwerkgrafik Rentenversicherung (Soll-Situation)	181
Abbildung 40	Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Ist-Situation).....	183
Abbildung 41	Netzwerkgrafik Paragraf 35 (Soll-Situation).....	183
Abbildung 42	Netzwerkgrafik Gespräch Erweiterungen in zweiter Ebene (Ist- Situation).....	185
Abbildung 43	Netzwerkgrafik Gespräch (Ist-Situation).....	186

Abbildung 44 Netzwerkgrafik Gespräch (Soll-Situation).....	186
Abbildung 45 Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Ist-Situation)	188
Abbildung 46 Netzwerkgrafik Schwierigkeit (Soll-Situation)	188
Abbildung 47 Netzwerkgrafik Entlassung (Ist-Situation).....	191
Abbildung 48 Netzwerkgrafik Entlassung (Soll-Situation).....	191
Abbildung 49 Informationsweitergabe im Justizvollzug	206
Abbildung 50 Kontinuum Abstinenz – Abhängigkeit	208

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Prävalenz von Infektionskrankheiten in der Allgemeinbevölkerung, unter Klienten der Suchthilfe und IDU's in Deutschland	14
Tabelle 2	Anzahl der Verurteilten, Freiheitsstrafen und Strafaussetzungen bei allen Straftaten und bei BtM-Delikten	26
Tabelle 3	Bestehende Unterstellungen nach allgemeinem Strafrecht zwischen 2005 und 2011 (jeweils am 31.12.).....	28
Tabelle 4	Strafvollzugsgesetze der Bundesländer	36
Tabelle 5	Prävalenz von i.v. Drogenkonsum	54
Tabelle 6	Prävalenz von Infektionskrankheiten intra- und extramural.....	57
Tabelle 7	Substituierte nach Bundesland	89
Tabelle 8	Prävalenz von Drogenkonsum bei Haftantritt, während der Haft und in der Allgemeinbevölkerung	130
Tabelle 9	Prävalenz von i.v. Konsum unter Inhaftierten	131
Tabelle 10	Testung auf Infektionskrankheiten und deren Prävalenz im Gefängnis	132
Tabelle 11	Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Inhaftierten, in der Allgemeinbevölkerung und unter IDU's in Freiheit.....	133
Tabelle 12	Medizinische und psychosoziale Versorgung in Haft	134
Tabelle 13	Schulung von Justizvollzugsbeamten	135
Tabelle 14	Intramurale Behandlungsangebote.....	136
Tabelle 15	Intramurale Angebote zur Prävention	137
Tabelle 16	Intramurale Angebote zur Schadensreduzierung	137
Tabelle 17	Angebote zur Entlassungsvorbereitung	138
Tabelle 18	Angewendete Leitlinien für intramurale Therapie	139
Tabelle 19	Dimensionen von Gerechtigkeit.....	242

11 Quellenverzeichnis

11.1 Gesetze und Verwaltungsvorschriften

1. Justizmodernisierungsgesetz vom 24. August 2004 (BGBl. I S. 2198).

Berliner Strafvollzugsgesetz – StVollzG Bln. Verkündet als Artikel 1 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Berliner Justizvollzugs vom 4. April 2016 (GVBl. S. 152).

Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 9. März 1994 (BVerfGE 90, 145).

Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 01. März 1994 (BGBl. I S. 358), das durch Artikel 4 Absatz 7 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist.

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vom 20.01.1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 20. Juli 2012 (BGBl. I S. 1639) geändert worden ist.

Bremisches Strafvollzugsgesetz (BremStVollzG) vom 25. November 2014 (Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen 2014, Nr. 132, S. 639), zuletzt geändert am 20.10.2015.

Dienstordnung für das Gesundheitswesen in den Justizvollzugsanstalten des Landes Brandenburg (DOG Brbg.), Allgemeine Verfügung des Ministers der Justiz vom 18. Februar 1993 (JMBl. S. 41), zuletzt geändert durch Allgemeine Verfügung vom 22. August 2005 (JMBl. S. 107) (4550-IV.6).

Dienstordnung für das Gesundheitswesen in den Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen (DOG), Allgemeine Verfügung des Justizministeriums vom 29. Dezember 2009 (4550-IV.85) (JMBl. NRW S. 26) in der Fassung vom 7. Mai 2010.

Dienstordnung für das Gesundheitswesen in den Justizvollzugsanstalten des Landes Sachsen-Anhalt (DOG LSA), Allgemeine Verfügung des Justizministeriums vom 10. Januar 1994 (4550-403.17) (MBl. LSA 1994, S. 316) zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 19. Oktober 2010 (JMBl. LSA 2010, S. 321).

Einunddreißigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (31. BtMÄndV) vom 31.05.2016 (BGBl. I S. 1282).

Ergänzende Verwaltungsvorschriften zum Strafvollzugsgesetz (ErgVVStVollzG), Allgemeine Verfügung des Justizministeriums vom 25. April 1988 (V210 a/4430 - 98 SH - 18 SH) (SchiHA S. 73).

Erstes Gesetz zur Modernisierung der Justiz (1. Justizmodernisierungsgesetz) vom 24.08.2004, BGBl I, Nr.45, S. 2198 - Berichtigung vom 01.09.2004, BGBl I, Nr. 47, S. 2300.

Fachaufsicht über die Gesundheitsvorsorge der Gefangenen und die Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzte in den Justizvollzugsanstalten, den Jugendstrafanstalten und in der Jugendarrestanstalt des Landes Rheinland-Pfalz, Verwaltungsvorschrift des Ministeriums der Justiz und des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit vom 23.01.2002 (2413-5-3) (Justizblatt Rheinland-Pfalz, S. 47).

Freistaat Sachsen. Standards für den Sozialdienst des Justizvollzugs. Stand: Dezember 2008.

Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Mai 1975 (BGBl. I S. 1077), das durch Artikel 5 Absatz 1 des Gesetzes vom 10. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3799) geändert worden ist.

Gesetzbuch über den Justizvollzug in Baden-Württemberg (JVollzGB) vom 10. November 2009 (GBl. 2009, 545), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. November 2012 (GBl. S. 581).

Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe, der Jugendstrafe und der Untersuchungshaft im Land Brandenburg (Brandenburgisches Justizvollzugsgesetz – BbgJVollzG) vom 24. April 2013 (GVBl. I Nr. 14) (Sa BbgLR 481-1) zuletzt geändert am 10. Juli 2014 (GVBl. I Nr. 34).

Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe im Saarland (Saarländisches Strafvollzugsgesetz – SLStVollzG) (Art. 1 des Gesetzes) vom 24. April 2013 (Amtsblatt 2013, S. 116), zuletzt geändert durch Art. 2 Sozialdienstreformgesetz vom 21. Januar 2015 (Amtsbl. 2015, S. 187).

Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe in Schleswig-Holstein (Landesstrafvollzugsgesetz Schleswig-Holstein – LStVollzG SH) vom 21. Juli 2016 (GVObI. 2016, 618).

Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und des Strafarrests im Freistaat Sachsen (Sächsisches Strafvollzugsgesetz – SächsStVollzG), verkündet als Artikel 1 des Gesetzes über den Vollzug der Freiheitsstrafe und des Strafarrestes im

- Freistaat Sachsen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 16. Mai 2013 (GVBl. 2013 S. 250).
- Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe in Mecklenburg-Vorpommern (Strafvollzugsgesetz Mecklenburg-Vorpommern – StVollzG M-V) vom 7. Mai 2013 (GVOBl. M-V 2013, S. 322).
- Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der Sicherheitsverwahrung (Hamburgisches Strafvollzugsgesetz – HmbStVollzG) vom 14. Juli 2009 (HmbGVBl. 2009, S. 257), zuletzt geändert durch Art. 2 G vom 21.5.2013 (HmbGVBl. S. 211).
- Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe, der Jugendstrafe und der Sicherheitsverwahrung (Bayerisches Strafvollzugsgesetz – BayStVollzG) vom 10. Dezember 2007 (GVBl. S. 866, BayRS 312-2-1-J) zuletzt geändert am 13. Dezember 2016 (GVBl. S. 335).
- Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (BtMGuaÄndG) vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1801).
- Gesetz zur Regelung des Vollzuges der Freiheitsstrafe und zur Änderung des Jugendstrafvollzugsgesetzes in Nordrhein-Westfalen (StVollzG NRW) vom 13.01.2015 (Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.), Ausgabe 2015 Nr. 5 vom 26.1.2015 Seite 75 bis 98).
- Gesundheitsfürsorge für Gefangene und Folgeänderungen, Allgemeine Verordnung des Ministeriums der Justiz vom 19. Oktober 2010 (Az.: 4550-302.8) (JMBl. LSA 2010, S. 321).
- Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S. 1478) geändert worden ist.
- Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen. Beschluss der Bayerischen Staatsregierung vom 12. Juni 2007.
- Hessisches Strafvollzugsgesetz (HStVollzG) vom 28. Juni 2010 (GVBl. I S. 185), zuletzt geändert durch Art. 2 Zweites Gesetz zur Schaffung und Änd. Hessischer Vollzugsgesetze vom 5. März 2013 (GVBl. S. 46).
- Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das durch Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist.

Justizvollzugsgesetzbuch Sachsen-Anhalt (JVollzGB LSA) vom 18. Dezember 2015 (GVBl. LSA 2015, 666).

Landesjustizvollzugsgesetz (LJVollzG) vom 8. Mai 2013, verkündet als Artikel 1 des Landesgesetzes zur Weiterentwicklung von Justizvollzug, Sicherheitsverwahrung und Datenschutz vom 8. Mai 2013 (GVBl. S. 79).

Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz vom 21. November 2016 (BGBl. I S. 2615).

Niedersächsisches Justizvollzugsgesetz (NJVollzG) vom 14. Dezember 2007 (Nds. GVBl. Nr. 41/2007, S. 720), zuletzt geändert am 8. April 2014 (Nds. GVBl. Nr. 106/2014).

Richtlinie zur Anwendung des § 31a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes und zur Bearbeitung von Ermittlungsverfahren in Strafsachen gegen Betäubungsmittelkonsumenten, Gemeinsamer Runderlass des Ministeriums der Justiz und des Ministeriums für Inneres und Sport vom 21. Oktober 2008 (Az.: 4630-404.21) (JMBl. LSA 2008, S. 245, MBL. LSA 2008, S. 754).

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4382) geändert worden ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2598) geändert worden ist.

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das durch Artikel 5 Absatz 18 des Gesetzes vom 10. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3799) geändert worden ist.

Strafprozessordnung (StPO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), die durch Artikel 5 Absatz 4 des Gesetzes vom 10. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3799) geändert worden ist.

- Strafvollzugsgesetz (StVollzG) vom 16. März 1976 (BGBl. S. 581, 2088), das zuletzt durch Artikel 152 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist.
- Thüringer Justizvollzugsgesetzbuch (ThürJVollzGB) vom 27. Februar 2014 (Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen 2014, S. 13).
- Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 10. Dezember 2002 (BE GVBL 2002 Nr. 44, S. 366).
- Verwaltungsvorschrift Behandlung suchtmittelabhängiger Gefangener im Justizvollzug des Freistaats Thüringen (VwV Behandlung suchtmittelabhängiger Gefangener) vom 26. April 1995 (Az.: 4450-1/93) (JMBl. S. 29), außer Kraft – galt bis: 31.12.2013 (ThStAnz. S. 6 und S. 68).
- Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über das Gesundheitswesen im Justizvollzug vom 4. Juli 2011 (Az.: 4550/0507) (Die Justiz S. 200).
- Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über die Art und den Umfang der medizinischen Leistungen für die Gefangenen (VwV – medizinische Leistungen) vom 23. Februar 2011 (Az.: 4550/0506) (Die Justiz S.84).
- Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 (Az.: 4550/0495) (Die Justiz S.210).
- Verwaltungsvorschriften für die staatliche Anerkennung von Einrichtungen zur Behandlung Drogenabhängiger nach §§ 35 und 36 des Betäubungsmittelgesetzes vom 1. Februar 2005 (ABl.Nr.9 / 25.02.2005 S. 574).
- Verwaltungsvorschriften zu den Hessischen Vollzugsgesetzen (HVV), Runderlass des Hessischen Ministeriums der Justiz vom 13. November 2012 (Az.: 4400 - IV/D1 - 2010/4343 - IV/B) (JBMI. S. 695).
- Verwaltungsvorschriften zum Bayerischen Strafvollzugsgesetz (VVBayStVollzG), Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 1. Juli 2008 (Az.: 4430 - VII a - 4696/08) (JBMI. S. 89), zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 4. Januar 2013 (JMBl. S. 4).
- Verwaltungsvorschriften zum Strafvollzugsgesetz (VVStVollzG) (ABl. LSA 1990, S. 7), zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 26. Oktober 2004) (JMBl. LSA 2004, S. 251).
- Vollstreckungsplan für das Land Berlin, Ausführungsvorschrift zu § 152 StVollzG vom 25. Februar 2011 (ABl. S. 432), zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 12. März 2013 (ABl. 485).

Vollstreckungsplan für den Freistaat Bayern (BayVollstrPl) in der Fassung vom 1. Dezember 2011.

Vollzugsgeschäftsordnung (VGO) vom 01.07.1965, Allgemeine Verfügung des Justizministeriums vom 09. Dezember 1991 (1464-IV/179) (Die Justiz 1992 S. 41), zuletzt geändert durch Allgemeine Verfügung des Justizministeriums vom 15. November 1996 (1464-IV/179) (Die Justiz 1997 S. 6).

11.2 Literatur

Aceijas, C. & Rhodes, T. (2007). Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. International Journal of Drug Policy 18 (5) 352-358.

aerzteblatt.de (2012). Hepatitis C: Heilung auch ohne Interferon möglich [online]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49927/Hepatitis-C-Heilung-auch-ohne-Interferon-moeglich> [letzter Zugriff: 26-05-2015].

akzept e.V. (2011). Jahresbericht akzept e.V. für 2010. akzept e.V., Berlin.

akzept e.V. & DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (1999). Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. DAH, Berlin.

Alarid, L. & Marquart, J. (2009). Officer Perceptions of Risk of Contracting HIV/AIDS in Prison: A Two-State Comparison. The Prison Journal 89 (4) 440-459.

Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" (2012). Optimierung des Übergangsmagements in den bayerischen Justizvollzugsanstalten. Bericht der Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement". Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, München.

Azbel, L., Wickersham, J., Grishaev, Y., Dvoryak, S. & Altice, F. (2013). Burden of Infectious Diseases, Substance Use Disorders, and Mental Illness among Ukrainian Prisoners Transitioning to the Community. PLOS ONE 8 (3) 1-9.

Backmund, M., Meyer, K., Wächtler, M., & Eichenlaub, D. (2003). Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity. European Journal of Epidemiology 18 (6) 563-568.

Backmund, M., Hinrichsen, H., Rossol, S., Schütz, C., Soyka, M., Wedemeyer, H. & Soyka, M. (2006). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. Suchtmed 8 (3) 129-133.

- Backmund, M., Lüdecke, C., Isernhagen, K., Walcher, S., Rüther, T. & die Leitliniengruppe der DGS (2013). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung [online]. Verfügbar unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Leitlinien/Leitlinien_Substitution_der_DGS-29-01-2014.pdf [letzter Zugriff: 14/04/2015].
- BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2008). Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland [online]. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp14-sprachliche-integration.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Bayas, J., Bruguera, M., Martin, V., Vidal J., Rodes, J. & Salleras, L. (1993). Hepatitis B vaccination in prisons: The Catalonian experience. *Vaccine* 11 (14) 1441-1444.
- Bayrer, C., Jittiwutikarn, J., Teokul, W., Razak, M. H., Suriyanon, V., Srirak, N., Vongchuk, T., Tovanabuttra, S., Sripaipan, T. & Celentano, D. (2003). Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison-Associated HIV Risks in Thailand. *AIDS and Behavior* 7 (2) 153-161.
- Beckwith, C., Zaller, N., Fu, J., Montague, B. & Rich, J. (2001). Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System. *Acquired Immune Deficiency Syndromes* 55 (Suppl 1) S49-S55.
- Berliner AIDS-Hilfe e.V. (2012). Spritzentausch in der BAH & in Haft [online]. Verfügbar unter: <http://www.berlin-aidshilfe.de/angebote/spritzentausch-der-bah-haft> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Bernard, C., Werse, B. & Schell-Mack, C. (2013). *MoSyD Jahresbericht 2012. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Centre for Drug Research (CDR), Frankfurt.
- Binswanger, I. (2014). Commentary on Forsyth et al. (2014): Subgroup differences in post-release mortality – implications for access to diverse and effective treatments. *Addiction* 109 (10) 1684-1685.
- Binswanger I., Krueger, P. & Steiner, J. (2009). Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *Journal of Epidemiology & Community Health* 63 (11) 912-919.
- Binswanger, I., Stern, M., Deyo, R., Heagerty, P., Cheadle, A., Elmore, J. & Koepsell, T. (2007). Release from Prison – A High Risk of Death for Former Inmates. *The New England Journal of Medicine* 356 (2) 157-65.

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) & Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BMG, Berlin.
- BMJ (Bundesministerium der Justiz) (2009). Gesundheit im Justizvollzug. Indikatordatenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP). Erfassungsjahr 2008. BMJ, Berlin.
- BMJ (Bundesministerium der Justiz), Berlin, Bundesministerium für Justiz, Wien, and Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement, Bern (Hrsg.) (2014). Freiheitsentzug. Die Empfehlung des Europarates. Europäische Strafvollzugsgrundsätze 2006. Forum Verlag, Godesberg.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensform, Interaktion. In: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), S. 61-98. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Bonnycastle, K. D. & Villebrun, C. (2011). Injecting Risk Into Prison Sentences: A Quantitative Analysis of a Prisoner-Driven Survey to Measure HCV/HIV Seroprevalence, Risk Practices, and Viral Testing at One Canadian Male Federal Prison. The Prison Journal 91(3) 325-346.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Meltzer, H., Singleton, N. & C. Taylor (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. Addiction, 97 (12) 1551-1560.
- Brack, J. (2002). Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie. Suchttherapie Suppl. 2002, 3 (S3) S10.
- Brandolini, M., Novati, S., De Silvestri, A., Tinelli, C., Patruno, S., Ranieri, R & Emindari, E. (2013). Prevalence and epidemiological correlates and treatment outcome of HCV infection in an Italian prison setting. BMC Public Health 13, 981.
- Branson, B., Handsfield, H., Lampe, M., Janssen, R., Taylor, A., Lyss, S. & Clark, J. (2006). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings [online]. Verfügbar unter: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm> [letzter Zugriff: 06/06/2015].

- Braun, B., Brand, H. & Künzel, J. (2016). Deutsche Suchthilfestatistik 2015. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Braun, B., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2015). Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für externe Beratung im Strafvollzug. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- British Department of Health (2010). The Patel report: Reducing drug-related crime and rehabilitating offenders [online]. Verfügbar unter: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216012/dh_119850.pdf [letzter Zugriff: 07-07-2015].
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J. & Maden, A. (1998). Substance misusers remanded to prison – a treatment opportunity? *Addiction* 93 (12) 1851-1856.
- Buber, R., Gadner, J., & Ruso, B. (2004). Consumer behaviour in recreational areas of shopping malls: a mixed-model-research design. In: Applying qualitative Methods to Marketing Management Research, R. Buber, J. Gadner, & L. Richards (Hrsg.), S. 157-174. Palgrave MacMillan, New York.
- Buber, R. & Kraler, C. (2000). How GABEK and WinRelan[®] support qualitative research. In: GABEK II. Zur Qualitativen Forschung, R. Buber & J. Zelger (Hrsg.), S. 111-139. Studien Verlag, Innsbruck.
- Bullock, T. (2003). Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. In: Prisoners' drug use and treatment: seven research studies, Ramsay, M. (Hrsg.), S. 71-96. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London.
- Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Bundesärztekammer, Berlin.
- Bundesärztekammer (2015). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2014 [online]. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Bundesverband Alphabetisierung und Grundbildung e.V. (2014). Projekt RAUS. Resozialisierung durch Alphabetisierung und Übergangsmanagement für

- Straffällige. Willkommen beim Raus-Projekt [online]. Verfügbar unter: <http://www.raus-blick.de/> [letzter Zugriff:26-05-2015].
- Butler, T., Richters, J., Yap, L. & Donovan, B. (2012). Condoms for prisoners: no evidence that they increase sex in prison, but they increase safe sex. Sexually Transmitted Infections 89 (5) 377-379.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs". Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 46. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- 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 2010 (6) 23-27.
- Büscher, A. (2011). Internationale Beispiele für Kooperation in der Gesundheitsversorgung [online]. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Synopse_Prof._Dr._Buescher.pdf [letzter Zugriff: 11-07-2015].
- Calcaterra, S., Beaty, B., Mueller, S., Min S.-J. & Binswanger, I. (2014). The association between social stressors and drug use/hazardous drinking among former prison inmates. Journal of Substance Abuse Treatment 47 (1) 41-49.
- Chambers, M. (2010). The truth about drugs in prisons [online]. Verfügbar unter: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/mar/19/prison-mandatory-drug-testing-figures> [letzter Zugriff: 17-03-2015].
- Christensen, P., Fisker, N., Krarup, H., Liebert, E., Jaroslavtsev, N., Christensen, K. & Georgsen, J. (2004). Hepatitis B vaccination in prison with a 3-week schedule is more efficient than the standard 6-month schedule. Vaccine 22 (29-30) 3897-3901.
- Clark, B., 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.
- Copenhaver, M., Tunku, N., Ezeabogu, I., Kamarulzaman, A. & Altice, F. (2011). Adapting an Evidence-Based Intervention Targeting HIV-Infected Prisoners in Malaysia. AIDS Research and Treatment 2011 (2011) 1-14.

- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2002). Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. CPT, Straßbourg.
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2006). Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland vom 20. November bis 2. Dezember 2005. Nichtamtliche Übersetzung aus dem Englischen. CPT, Straßbourg.
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2010). CPT Standards. CPT, Straßbourg.
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2016). The CPT in brief [online]. Verfügbar unter: <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-leaflet.pdf> [Letzter Zugriff: 15/08/2016].
- Crewe, B. (2005). Prisoner society in the era of hard drugs. Punishment and Society 7 (4) 457-481.
- Cropanzana, R., Bowen, D. & Gilliland, S. (2007). The management of organizational justice. Academy of Management Perspectives 21 (4) 34-48.
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2012). Mecklenburg-Vorpommern: Keine Kennzeichnung HIV-positiver Gefangener mehr [online]. Verfügbar unter: <http://aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/mecklenburg-vorpommern-keine-kennzeichnung-hiv-positiver-gefangener-mehr> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) (2010). PEPFAR finanziert HIV-Therapie in Substitutions- und Sprizentauschprogrammen [online]. Verfügbar unter: <http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/pepfar-finanziert-hiv-therapie-substitutions-und-sprizentauschprogrammen> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- DAH (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) & AIDS-Hilfe Köln (2010). HIV und Hepatitis C. Medizinische Informationen zu HIV und Aids, 67. Aidshilfe Köln e.V., Köln.
- Davies, N. & Karstaedt, A. (2012). Antiretroviral Outcomes in South African Prisoners: A Retrospective Cohort Analysis. PLoS ONE 7 (3) 1-6.

- Decorte, T., Sheirs, V., Elst, D. V. & Muys, M. (2006). Provisions for Amphetamine Type Stimulant Users in European Prisons. BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.
- Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., Weatherburn, D., Gibson, A., Mattick, R., Butler, T. & Burns, L. (2014). The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. Addiction 109 (8) 1306-1317.
- Der Senat von Berlin (2002). Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen. Vom 10. Dezember 2002. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin 58 (44) 366-367.
- Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz (1977). Bericht über vorhandene Einrichtungen zur Betreuung Drogenabhängiger und zusätzliche Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenmißbrauchs. Drucksache 7/1046. Abgeordnetenhaus von Berlin, Berlin.
- Deutsche Leberhilfe e.V. & hepatitisCkoalition (2003). Wissenswertes zu Patientenrechten. Ein juristischer Ratgeber. Deutsche Leberhilfe e.V., Köln.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2014). Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe [online]. Verfügbar unter: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/cat_op_de.pdf [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (2013). Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 5 [online]. Verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_5_Medikamente.pdf [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Die Drogenbeauftragte des Landes Berlin (2014). Drogen- und Suchtpolitik [online]. Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/themen/drogen-und-suchtpolitik/> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). Neue-Psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) tritt in Kraft. Ein wichtiger Schritt bei der Bekämpfung von Rauschgiftkriminalität [online]. Verfügbar unter: <http://www.drogenbeauftragte.de>.

- de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2016/neue-psychoaktive-stoffe-gesetz-npsg-tritt-in-kraft.html [letzter Zugriff: 10-09-2017].
- Dolan, K., Bijl, M. & White, B. (2004). HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. International Journal for Equity in Health 2004 (3) 1-6.
- Dolan, K., Rutter, S. & Wodak, A. (2003a). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. Addiction 98 (2) 153-158.
- Dolan, K., Shearer, J., MacDonald, M., Mattick, R., Hall, W. & Wodak, A. (2003b). A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. Drug and Alcohol Dependence 72 (1) 59-65.
- Dolde, G. (2002). Therapie in Untersuchungs- und Strafhaft. In: Suchtprobleme hinter Mauern, R. Gassmann (Hrsg.), S. 131-144. Lambertus, Freiburg.
- Downey, L., Rosengren, D. & Donovan, D. (2001). Sources of motivation for abstinence: A replication analysis of the Reasons for Quitting Questionnaire. Addictive Behaviors 26 (1) 79-89.
- Drinka, T. & Clark, P. (2000). Health Care Teamwork. Interdisciplinary practice and teaching. Auburn House, Westport, Connecticut.
- drogentester.com (2014). Der Drogentest - THC, Kokain und Speed nachweisen [online]. Verfügbar unter: <http://www.drogentester.com/nachweisbarkeit-von-drogen> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., & Alcabes, P. (1998). Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. AIDS 12 (Suppl. A) 217-230.
- Drugscouts (2014). Sozialgericht stärkt drogenabhängige Häftlinge. Therapie-Träger muss zur vorzeitigen Haftentlassung beitragen [online]. Verfügbar unter: <http://www.drugscouts.de/en/node/15653> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- DRV (Deutsche Rentenversicherung) (2015). Wer für Sie zuständig ist [online]. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/04_Mitten_im_Leben/02_Wichtig_zu_wissen/03_wer_zustaendig_ist/wer_zustaendig_ist_node.html [letzter Zugriff 07-07-2015].
- Eckert, J. & Weilandt, C. (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". Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD), Bonn.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012). Prisons and drugs in Europe. Problems and Responses. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2002). Drogenkonsum im Strafvollzug. Gesundheitliche und rechtliche Folgen [online]. Verfügbar unter: <http://ar2002.emcdda.europa.eu/de/page71-de.html> [letzter Zugriff: 06/06/2015].
- European Commission (2002). Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Straßburg am 26. XI. 1987 [online]. Verfügbar unter: <http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/126.htm> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- European Parliament (2004). The rights of prisoners in the European Union. European Parliament, Straßbourg.
- Farrell, M. & Marsden, J. (2005). Drug-related mortality among newly released offenders 1998 to 2000. Home Office Online Report 40/05 [online]. Verfügbar unter: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr4005.pdf> [letzter Zugriff 22/02/2015].
- Farrell, M. & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. Addiction 103 (2) 251-255.
- Farrell, M., McAuley, R. & Taylor, C. (1998). An analysis of Mandatory Drug Testing. Research Findings. Home Office, London.
- Farrell, M., Strang, J. & Stöver, H. (2010). Hepatitis B vaccination in prisons: a much-needed targeted universal intervention. Addiction 105 (2) 189-190.
- Favrod-Coune, T., Baroudi, M., Casillas, A., Rieder, J.-P., Gétaz, L., Barro, J., Gaspoz, J.-M., Broers, B. & Wolff, H. (2013). Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. Swiss Medical Weekly 143, w13898.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction 101 (2) 181-191.
- Feaster, D., Grinstead Reznick, O., Zack, B., McCartney, K., Gregorich, S. & Brincks, A. (2013). Health Status, Sexual and Drug Risk, and Psychosocial

- Factors Relevant to Postrelease Planning for HIV+ Prisoners. Journal of Correctional Health Care 19 (4) 278-292.
- Ferranti, S. (2012). How to Make a Syringe in Prison [online]. Verfügbar unter: <http://www.thefix.com/content/make-syringe-prison-heroin90430> [letzter Zugriff 07-07-2015].
- Fetherston, J., Carruthers, S., Butler, T., Wilson, D. & Sindicich, N. (2013). Rates of injection in prison in a sample of Australian-injecting drug users. Journal of Substance Use 18 (1) 65-73.
- Fischer, B. (2009). Gerechtigkeit – Sozialstaatsprinzip. Zell a. H., Memory-Liga e.V.
- Fischer, L., Jacobs, G. & Hauser, F. (2008). Gerechtigkeitsempfinden in deutschen Organisationen – Determinanten und Konsequenzen. Wirtschaftspsychologie 10 (2) 112-127.
- Foucault, M. (1976). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, 14. Auflage. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Friedrich Naumann-Stiftung (2012). Politische Grundsätze [online]. Verfügbar unter: <http://www.freiheit.org/Politische-Grundsätze/43c63/> [letzter Zugriff: 12-02-2015].
- Fuchs-Seliger S (2007). Die ökonomische Bedeutung von Regeln und Werten. In: Welt im Wandel, Schönherr, K. & Sigg, W. (Hrsg.), S. 133-148. via-verbis-Verlag, Scheidegg.
- Gadner, J., Ohnesorge, D., Adler, T., & Buber, R. (2004). Repräsentation und Organisation von Wissen zur Entscheidungsunterstützung im Management. In: Fortschritte in der Wissensorganisation Band 8. Wissensorganisation in kooperativen Lern- und Arbeitsumgebungen, G. Budin & H. P. Ohly (Hrsg.), S. 175-186. Ergon Verlag, Würzburg.
- Geuter, J. (2013). Psychologische Diagnostik in der Sucht [online]. Verfügbar unter: http://www.hellweg-klinik-bielefeld.de/fileadmin/content/oerlinghausen/Weiterbildung/2013_01_16_Psychologische_Diagnostik_in_der_Sucht.pdf [letzter Zugriff: 07-07-2015]
- Gibson, D., Flynn, N. & Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. AIDS 15 (11) 1329-1341.

- Gilbert, R., Costella, A., Piper, M. & Gill, O. (2004). Increasing Hepatitis C vaccines coverage in prisons in England and Wales. Commun Dis Public Health 7 (4) 306-311.
- Goffman, E. (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, 19. Auflage. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Gogolishvili, D., Gliberman, J. & McCallum, J. (2012). Rapid HIV Testing in Correctional Facilities. Ontario HIV Treatment Network, Ontario.
- Gordon, M., Kinlock, R., 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.
- Gossop, M. (2000). Living with drugs. Aldershot, Ashgate.
- Gross, U. (1998). Wissenschaftliche Begleitung und Beurteilung des Spriztenschleppprogramms im Rahmen eines Modellversuchs der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg. Evaluationsbericht eines empirischen Forschungsprojekts. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Hannover.
- Hayek, F. (1980). Recht, Gesetzgebung und Freiheit. Band 1: Regeln und Ordnung. Verlag moderne Industrie, München.
- Hedrich, D. (2012). Opioid maintenance in European prisons: Is the treatment gap closing? Addiction, 107 (3) 461-463.
- Hedrich, D. & Pirona, A. (2012). Europäische Trends in der Gesundheitsversorgung Drogenabhängiger in Haft. In: Dokumentation der 6. Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Genf, 1. bis 3. Februar 2012, akzept e.V. et al. (Hrsg.), S. 76-92. akzept e.V., Berlin.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Möller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. Addiction 107 (3) 501-517.
- Heidenreich, E. (2011). Theorien der Gerechtigkeit. Verlag Barbara Budrich, Opladen.
- Heiler, K. (2013). Hepatitis [online]. Verfügbar unter: http://www.kliniken-suedostbayern.de/files/pdf_temporaer/Hepatitis%20C%202013%20Version%20Office%202007.pdf [letzter Zugriff: 29/04/2015].

- Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I. & Püschel, K. (2002). Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. Suchttherapie 3 (3) 162-167.
- Heise online (2015). Gegen Drogendrohnen: Update von DJI bringt Flugverbotszonen [online]. Verfügbar unter: <http://www.heise.de/newsticker/meldung/Gegen-Drogendrohnen-Update-von-DJI-bringt-Flugverbotszonen-2531432.html> [letzter Zugriff: 14/04/2015].
- Heister-Neumann (2004). Einheitliches Niedersächsisches Vollzugskonzept [online]. Verfügbar unter: <http://www.thomasfeltes.de/beijing/Vollzugskonzept%20Niedersachsen.pdf> [letzter Zugriff: 18-07-2015].
- Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., Lintzeris, N., Ritter, A. & Quigley, A. (2003). Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence [online]. Verfügbar unter: <http://www.health.vic.gov.au/dpu/downloads/guidelines-methadone.pdf> [letzter Zugriff 14/04/2015].
- Holmes, K., Levine, R. & Weaver, M. (2004). Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bulletin of the World Health Organization 82 (6) 454-461.
- Husmann, K. (2010). "Substitutionstherapie in der Haft. Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit", in *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft*.
- Husmann, K. & Render, I. (2010). "Die suchtmmedizinische Behandlung inhaftierter Drogenabhängiger", in *Drogen und Haft*.
- Hutchinson, S., Wadd, S., Taylor, A., Bird, S., Mitchell, A., Morrison, D., Ahmed, S. & Goldberg, D. (2004). Sudden rise in uptake of hepatitis B vaccination among injecting drug users associated with a universal vaccine programme in prisons. Vaccine 23 (2) 120-214.
- International Council of Prison Medical Services (1979). The Oath of Athens. Amnesty International, London.
- Izenberg, J., Bachiredy, C., Wickersham, J., Soule, M., Kiriazova, T., Dvoriak, S. & Altice, F. (2014). Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behaviour. International Journal of Drug Policy 25 (5) 845-852.

- Jacobs, G. & Dalbert, C. (2008). Gerechtigkeit in Organisationen. Wirtschaftspsychologie 10 (2) 3-13.
- Johnson, J., Peabody, M., Wechsberg, W., Rosen, R., Fernandes, K. & Zlotnick, C. (2015). Feasibility of an HIV/STI Risk-Reduction Program for Incarcerated Women Who Have Experienced Interpersonal Violence. Journal of Interpersonal Violence 30(18) 3244-66.
- Jovanovska, T., Kocic, B. & Stojcevska, V. (2014). Prevalence, Attitudes and Knowledge about HIV, HBV and HCV Infections among Inmates in Prisons Prilep and Bitola – a Pilot Study. Collegium Antropologicum 38 (2) 417-422.
- Justiz-und-Recht (2014). Verwaltungsvorschriften. Das verwaltungsinterne Recht im Netz [online]. Verfügbar unter: <http://justiz-und-recht.de/verwaltungsvorschriften/> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Justizblatt Rheinland-Pfalz (2001). Konzept für die Beratung und Behandlung suchtgefährdeter und süchtiger Gefangener im rheinland-pfälzischen Justizvollzug. Rundschreiben des Ministeriums der Justiz vom 31. Januar 2001 (4550 A - 5 - 8) [online]. Verfügbar unter: <http://www.mjv.rlp.de/Ministerium/Service/binarywriterservlet?imgUid=10f8c5cb-3b0b-4f53-ae37-c7e7af6dfafb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Justizministerium NRW (1992). AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages. Justizministerium NRW, Düsseldorf.
- Justizministerium NRW & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (Hrsg.) (2010). Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. Justizministerium NRW, Düsseldorf.
- Justizverwaltungsvorschriften-Online (2014). Ausführung des Landesprogramms gegen Sucht in Nordrhein-Westfalen. hier: Betreuung drogenabhängiger Gefangener in Justizvollzugsanstalten und Zusammenarbeit mit außervollzuglichen Institutionen. Gemeinsamer Runderlass des Ministeriums für Inneres und Justiz (4550-IV B. 65) und des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (V A 4-0392.3) - JMBl. NW S. 297 [online]. Verfügbar unter: <http://www.jvv.nrw.de/anzeigeText.jsp?daten=356&daten2=Vor> [letzter Zugriff: 26-05-2015].

- Justizvollzugsanstalt Bremen (2014). Übergangsmanagement. Der Übergang aus der Haft in die Freiheit... [online]. Verfügbar unter: <http://www.jva.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen127.c.1764.de> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. Lancet Infectious Diseases 9 (1) 57-66.
- Jürgens, R. & Betteridge, G. (2005). Prisoners Who Inject Drugs: Public Health and Human Rights Imperatives. Health and Human Rights 8 (2) 46-74.
- Kacanek, D., Eldridge, G., Nealey-Moore, J., MacGowan, R., Binson, D., Flanigan, T., Fitzgerald, C., Sosman, J., & the Project START Study Group (2007). Young Incarcerated Men's Perceptions of and Experiences With HIV Testing. American Journal of Public Health 97 (7) 1209-1215.
- Karakaya, S. (2009). Auswirkungen der Spritzenvergabe im Justizvollzug auf Drogenkonsumverhalten und Neuinfektionen mit Hepatitis B, C und HIV. Dissertation. Medizinischen Fakultät Charité, Universitätsmedizin Berlin.
- Kassl, S. (2000). Expertenbefragung und Experteninterview als empirische Forschungsmethoden am Beispiel von Diplomarbeiten. Diplomarbeit. Fachhochschul-Studiengang Internationale Wirtschaftsbeziehungen, FH Burgenland, Eisenstadt.
- Kastelic, A., Pont, J., & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. BIS-Verlag, Oldenburg.
- KBS Bayern (Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe) (2014). 15 Jahre Externe Suchthilfe im Strafvollzug [online]. Verfügbar unter: <http://www.kbs-bayern.de/home/15-jahre-externe-suchthilfe/> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Keppler, K., Knorr, B., & Stöver, H. (2011). Substitutionsbehandlung in Haft. In: Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung, I. Hönekopp & H. Stöver (Hrsg.), S. 79-97. Lambertus, Freiburg.
- Keppler, K. & Stöver, H. (2002). Zwei Systeme – eine Substitution. Von den Schwierigkeiten beim Wechsel Substituierter von der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gefängnis und umgekehrt. Suchttherapie 2002 (3) 168-172.
- Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B., & Reimer, J. (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Ein Übersichtsbeitrag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 53 (2/3) 233-244.

- KFN (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.) (2014). Das Spriztentauschprogramm im Hamburger Strafvollzug: Begleitforschung zu einem Modellversuch [online]. Verfügbar unter: http://www.kfn.de/Forschungsbereiche_und_Projekte/Abgeschlossene_Projekte/Spriztentausch_programm_im_Hamburger_Strafvollzug.htm [letzter Zugriff: 18/02/2015].
- Kinner, S., Moore, E., Spittal, M. & Indig, D. (2013a). Opiate substitution treatment to reduce in-prison drug injection: A natural experiment. International Journal of Drug Policy 24 (5) 460-463.
- Kinner, S., Forsyth, S. & Williams, G. (2013b). Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: why (good) methods matter. Addiction 108 (1) 38-49.
- Kivimets, K. & Uusküla, A. (2014). HIV testing and counselling in Estonian prisons, 2012 to 2013: aims, processes and impacts. Euro Surveillance 19(47) 31-37.
- Kleinig, J. (2006). Thinking Ethically About Needle and Syringe Programs. Substance Use & Misuse 41 (6-7) 815-825.
- Knight, K., Hiller, M., Simpson, D. & Broome, K. (1998). The validity of self-reported cocaine use in a criminal justice treatment sample. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 24 (4) 647-660.
- Knorr, B. (2011). Gesundheit und Prävention in Haft. In: Drogen - HIV/AIDS - Hepatitis. Ein Handbuch, D. Schäffer & H. Stöver (Hrsg.), S. 207-223. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Kolind, T., Asmussen Frank, V. & Dahl, H. (2010). Drug treatment or alleviating the negative consequences of imprisonment? A critical view of prison-based drug treatment in Denmark. International Journal of Drug Policy 21 (1) 43-48.
- Kolind, T. & Duke, K. (2016). Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy. Drugs: Education, Prevention and Policy 23 (2) 89-92.
- Kötter, L. (2010). "Herausforderungen im Umgang mit Drogenkonsum in Haft aus Sicht des Bundeslandes Hessen", in *Drogen und Haft*.
- Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des nds. Justizvollzuges (2006). Drogenverfahren von Inhaftierten im niedersächsischen Justizvollzug. Ergebnisse einer Zugangs- und einer Stichtagsstudie. Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzuges, Celle.
- Larney, S. (2010). Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. Addiction 105 (2) 216-223.

- Larney, S. & Dolan, K. (2009). A Literature Review of International Implementation of Opioid Substitution Treatment in Prisons: Equivalence of Care? European Addiction Research 15 (2) 107-112.
- Lesting, W. & Stöver, H. (2012). Gesundheitsfürsorge, §§ 56-66. In: Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. 6. Auflage, J. Feest (Hrsg.), S. 381-407. Heymanns Verlag, Köln.
- Liddicoat, R., Zheng, H., Internicola, J., Werner, B., Kazianis, A., Golan, Y., Rubinstein, E., Freedberg, K. & Walensky, R. (2006). Implementing a Routine, Voluntary HIV Testing Program in a Massachusetts County Prison. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 83 (6) 1127-1131.
- Lintzeris, N., Clark, N., Winstock, A., Dunlop, A., Muhleisen, P., Gowing, L., Ali, R., Ritter, A., Bell, J., Quigley, A., Mattick, R. P., Monheit, B. & White, J. (2006). National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of opioid dependence [online]. Verfügbar unter: [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/\\$File/bupren.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/$File/bupren.pdf) [letzter Zugriff: 14/04/2015].
- Long, J., Allwright, S. & Begley, C. (2004). Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. International Journal of Drug Policy 15 (2) 139-149.
- Lucas, K., Miller, J., Eckert, V., Horne, R., Samuel, M. & Mohle-Boetani, J. (2014). Risk, Feasibility, and Cost Evaluation of a Prisoner Condom Access Pilot Program in One California State Prison. Journal of Correctional Health Care 20 (3) 184-194.
- Maguire, H., Birthistle, K., Carrington, D. & McManus, T. (1995). HIV infection in prisons. Testing in prison is uncommon. British Medical Journal 310 (6989) 1265.
- Magura, S., Rosenblum, A., Lewis, C., & Joseph, H. (1993). The effectiveness of in-jail methadone maintenance. Journal of Drug Issues 23 (1) 75-99.
- Maier, G., Streicher, B., Jonas, E. & Woschée, R. (2007). Gerechtigkeitseinschätzungen in Organisationen. Diagnostica 53 (2) 97-108.
- Malacova, E., Butler, T., Richters, J., Yap, L., Grant, L., Richards, A., Smith, A. & Donovan, B. (2011). Knowledge of sexually transmissible infections: a comparison of prisoners and the general population. International Journal of STD & AIDS 22 (7) 381-386.

- Marushak, L. (2008). Medical Problems of Prisoners. US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Mendes dos Santos, M., Quintana, M. I., Gonçalves Moreira, F., Vernet Taborda, J. G., Jesus Mari, J. & Baxter Andreoli, S. (2014). Drug-Related Disorders and the Criminal and Clinical Background of the Prison Population of Sao Paulo State, Brazil. PLOS ONE 9 (11) 1-8.
- Merrall, E., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S. & Bird, S. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. Addiction, 105 (9) 1545-1554.
- Metz, V., Matzenauer, C., Kammerer, K., Winklbaaur, B., Ebner, N., Radler, D. & Fischer, G. (2010). Evaluation of Opioid-Dependent Prisoners in Oral Opioid Maintenance Therapy. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 12 (1) 5-16.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Interviews. In: Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), S. 423-435. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Meyenberg, R., Stöver, H. & Jacob, J. (1997). Auswertung und Diskussion der Zwischenergebnisse des Modellprojektes "Infektionsprophylaxe im niedersächsischen Justizvollzug". Kurzfassung eines Zwischenberichtes [online]. Verfügbar unter: <http://www.presse.uni-oldenburg.de/f-aktuell/96-065zw.htm> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J., Maguet, O., Calderons, C., Cohen, J. & Carrieri, P. (2011). Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI²DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 11 (400) 1-8.
- Mieg, H. & Näf, M. (2005). Experteninterviews in den Umwelt- und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung [online]. Verfügbar unter: http://www.mieg.ethz.ch/education/Skript_Experteninterviews.pdf [letzter Zugriff 25/02/2015].
- Mikula, G. (1980). Zur Rolle der Gerechtigkeit in Aufteilungsentscheidungen. In: Gerechtigkeit und soziale Interaktion, Mikula, G., S. 141-184. Verlag Hans Huber, Stuttgart.
- Mikula, G., Scherer, K. & Athenstadt, U. (1998). The role of injustice in the elicitation of differential emotional reactions. Personality and Social Psychology Bulletin 24 (7) 769-783.

- Mjaland, K. (2016). Exploring prison drug use in the context of prison-based drug rehabilitation. Drugs: Education, Prevention and Policy 23 (2) 154-162.
- mudra e.V. (2011). "Notfalltraining für Drogen-Konsumenten", in *BAS Fachtagung Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten*.
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2013). Jahresbericht 2012 der Bundesstelle und der Länderkommission. Berichtszeitraum 1. Januar 2012 - 31. Dezember 2012. Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, Wiesbaden.
- Nelles, J. & Stöver, H. (2002). Zehn Jahre Spritzenvergabe im Gefängnis: Ein Review der bisherigen Spritzenvergabeprojekte in der Schweiz, Deutschland, Spanien und Moldawien. Suchttherapie 2002 (3) 155-161.
- Nicholson-Crotty, J. & Nicholson-Crotty, S. (2004). Social Construction and Policy Implementation: Inmate Health as a Public Health Issue. Social Science Quarterly 85 (2) 240-256.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet 376 (9752) 1558-1565.
- OHCHR (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) (1982). Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [online]. Verfügbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MedicalEthics.aspx> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights) (1990). Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990 [online]. Verfügbar unter: <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Ohnesorge, D. (2004). Coding: a challenge for researchers. In: Applying qualitative methods to marketing management research, R. Buber, J. Gadner, & L. Richards (Hrsg.), S. 123-138. Palgrave MacMillan, New York.
- Palm, J. (2004). The nature of and responsibility for alcohol and drug problems: Views among treatment staff. Addiction Research and Theory 12 (5) 413-431.
- Penal Reform International (2001). Making standards work. An international handbook on good prison practice. Penal Reform International, London.

- Pepper, N. (2007). Syringe Exchange in Prisons: The International Experience. Harm Reduction Coalition, New York.
- Pfadenhauer, M. (2009). Auf gleicher Augenhöhe. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), S. 99-116. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Karachaliou, K., Schulte, L. & Dammer, E. (2016). Deutschland. Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015/2016). Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Raiser, P. (2011a). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), München.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2011b). Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2016). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015 [online]. IFT Institut für Therapieforschung, München. Verfügbar unter: http://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2015_Illegale_Drogen-Kurzbericht.pdf [letzter Zugriff: 18-02-2017].
- Pisu, M., Meltzer, M. & Lyerla, R. (2002). Cost-effectiveness of hepatitis B vaccination of prison inmates. Vaccine 21 (3-4) 312-321.
- Plourde, C., Brochu, S., Gendron, A. & Brunelle, N. (2012). Pathways of Substance Use Among Female and Male Inmates in Canadian Federal Settings. The Prison Journal 92(4) 506-524.
- Poethko-Müller, C., Zimmermann, R., Hamouda, O., Faber, M., Stark, K., Ross, R. S., & Thamm, M. (2013). Die Seroepidemiologie der Hepatitis A, B und C in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in

- Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2013 (5-6) 707-715.
- Pont, J. (2009). Ethische Grundlagen. In: Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen, K. Keppler & H. Stöver (Hrsg.), S. 20-28. Thieme, Stuttgart.
- Pont, J., Kastelic, A., Stöver, H., Ritter, C. & Knorr, B. (2012). Substitutionsbehandlung im Strafvollzug - Ein praktischer Leitfaden. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Prendergast, M., Li, L., Evans, E. & Hall, E. (2013). Consistency in Self-Reports of Drug Use Frequency by High-Risk Offenders Over a 5-Year Interval. The Prison Journal 93(4) 375-389.
- Radun, D., Weilandt, C., Eckert, J., Schüttler, C. G., Weid, F. J., Kücherer, C., & Hamouda, O. (2007). "Cross-sectional Study on Seroprevalence regarding Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV, Risk Behaviour, Knowledge and Attitudes about Bloodborne Infections among adult Prisoners in Germany - Preliminary Results", in *European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE)*.
- Rawls, J. (2006). Eine Theorie der Gerechtigkeit. Akademie Verlag, Berlin.
- Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Rich, J., Ching, C., Lally, M., Gaitanis, M., Schwartzapfel, B., Charuvastra, A., Beckwith, C. & Flanagan, T. (2003). A Review of the Case for Hepatitis B Vaccination of High-Risk Adults. American Journal of Medicine 114 (4) 316-318.
- Ritter, C., Broersb, B. & Elgerc, B. (2013). Cannabis use in a Swiss male prison: Qualitative study exploring detainees' and staffs' perspectives. International Journal of Drug Policy 24 (2013) 573-578.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012). DRUCK-Studie - Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland. Ergebnisse der Pilotierung eines Sero- und Verhaltenssurveys bei i. v. Drogengebrauchern. Epidemiologisches Bulletin, 33. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2013a). Hepatitis C. RKI-Ratgeber für Ärzte [online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html?nn=2389956 [letzter Zugriff: 26-05-2015].

- RKI (Robert Koch-Institut) (2013b). Weiterführende Analysen zur HIV-Inzidenz- und -Prävalenzschätzung 2012. Epidemiologisches Bulletin, 45. RKI, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2014a). DRUCK-Studie. 4. Newsletter, Januar 2014. DRUCK-Studie in Hannover und München abgeschlossen [online]. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Newsletter_01-2014.pdf [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- RKI (Robert Koch-Institut) (2014b). DRUCK-Studie - Drogen und chronische Infektionskrankheiten [online]. Verfügbar unter: <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/DruckStudie.html> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Rodriguez-Diaz, C., Rivera-Negro, R., Clatts, M. & Myers, J. (2014). Health Care Practices and Associated Service Needs in a Sample of HIV-Positive Incarcerated Men in Puerto Rico: Implications for Retention in Care. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care 13 (6) 492-496.
- Rosen, D., Golin, C., Grodensky, C., May, J., Bowling, J., DeVellis, R., White, B. & Wohl, D. (2015). Opt-out HIV testing in prison: informed and voluntary? Aids Care 27 (5) 545-54.
- Rosen, D., Schoenbach, V., Wohl, D., White, B., Stewart, P. & Golin, C. (2009). An Evaluation of HIV Testing Among Inmates in the North Carolina Prison System. American Journal of Public Health 99 (Suppl 2) S452-S459.
- Roy, K., Hay, G., Andragetti, R., Taylor, A., Goldberg, D., & Wiessing, L. (2002). Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: a review of the literature. Epidemiology and Infection 129 (3) 577-585.
- Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2012). Evaluation einer Therapievorbereitungsstation für drogenabhängige und -missbrauchende Gefangene. Centaurus Verlag, Herbolzheim.
- Sarrazin, C., Berg, T., Ross, S., Schirmacher, P., Wedemeyer, H., Neumann, U., Schmidt, H., Spengler, U., Wirth, S., Kessler, H., Peck-Radosavljevic, M., Ferenci, P., Vogel, W., Moradpour, D., Heim, M., Cornberg, M., Protzer, U., Manns, M., Fleig, E., Dollinger, M., & Zeuzem, S. (2010). Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion, AWMF-Register-Nr.: 021/012. Zeitschrift für Gastroenterologie 48 289-351.

- Schäfer, C. & Paoli, L. (2011). Betäubungsmittelrecht. 2. Auflage, C. H. Beck, München.
- Schäffler, F. & Zimmermann, S. (2012). Drogenabhängigkeit in bayerischen Haftanstalten – Darstellung und Diskussion ausgewählter Ergebnisse einer bayernweiten Umfrage bei ehemals inhaftierten, drogenkonsumierenden Menschen (n = 195). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit 2012 (9) 25-38.
- Scher, S. (1997). Measuring the consequences of injustice. Personality and Social Psychology Bulletin 23 (5) 482-497.
- Schulte, B., Stöver, H., Thane, K., Schreiter, C., Gansefort, D., & Reimer, J. (2009). Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates. International Journal of Prisoner Health 5 (1) 39-44.
- Schulte-Scherlebeck, C. (2010). Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Strafvollzug – Einblicke in Problematiken und Konfliktbereiche der praktischen Behandlungsumsetzung am Beispiel der Justizvollzugsanstalten im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Indro e.V., Münster.
- Schwinger, T. (1980). Gerechte Güter-Verteilungen: Entscheidungen zwischen drei Prinzipien. In: Gerechtigkeit und soziale Interaktion, Mikula, G. (Hrsg.), S. 107-140. Verlag Hans Huber, Stuttgart.
- Senior, J. & Shaw, J. (2007). Prison healthcare. In: Handbooks on Prisons, Jewkes, Y. (Hrsg.), S. 377-398. Willan Publishing, Portland.
- Simoni, J., Pearson, C., Pentalone, D., Marks, G. & Crepaz, N. (2006). Efficacy of Interventions in Improving Highly Active Antiretroviral Therapy Adherence and HIV-1 RNA Viral Load. A Meta-Analytic Review of Randomized Controlled Trials. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 43 (Suppl 1) S23-S35.
- Singleton, N., Farrell, M. & Meltzer, H. (1999). Substance misuse among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, London.
- Singleton, N., Farrell, M. & Meltzer, H. (2003). Substance misuse among prisoners in England and Wales. International Review of Psychiatry 15 (1-2) 150-152.
- Small, W., Wood, E., Betteridge, G., Montaner, J. & Kerr, T. (2009). The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV. 21 (6) 708-714.

- Solomon, L., Montague, B., Beckwith, C., Baillargeon, J., Costa, M., Dumont, D., Kuo, I., Ann Kurth & Rich, J. (2014). Survey Finds That Many Prisons And Jails Have Room To Improve HIV Testing And Coordination Of Postrelease Treatment. Health Affairs 33 (3) 434-442.
- Spaulding, A., Ballard Lubelczyk, R. & Flanigan, T. (2001). Can Unsafe Sex Behind Bars Be Barred? American Journal of Public Health 91 (8) 1176-1177.
- Spiegel online (2015). Schmuggel ins Gefängnis: Drogen per Drohne [online]. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/panorama/hamburg-drohne-mit-drogen-stuerzt-auf-gefaengnis-a-1014660.html> [letzter Zugriff: 17-03-2015].
- Stallwitz, A. & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons – A literature review. International Journal of Drug Policy 18 (6) 464-474.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S. & Bienzle, U. (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. Epidemiology and Infection 134 (4) 814-819.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2017). Gebiet und Bevölkerung [online]. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp [letzter Zugriff: 18-02-2017].
- Statistisches Bundesamt (2007a). Rechtspflege. Strafverfolgung 2005. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2006. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007c). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2006. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007d). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009a). Rechtspflege. Strafverfolgung 2007. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2008. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009c). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2008. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2010a). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2007. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010b). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2009. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010c). Rechtspflege. Strafverfolgung 2009. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010d). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2010. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011a). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2010. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011c). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2011. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011d). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2010. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011e). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012a). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2012. Fachserie, 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2011. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012c). Rechtspflege. Ausgewählte Zahlen für die Rechtspflege. Fachserie 10, Reihe 1. 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a). Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). 2011/2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2013b). Rechtspflege. Ausgewählte Zahlen für die Rechtspflege. Fachserie 10, Reihe 1. 2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013c). Rechtspflege. Bewährungshilfe. Fachserie 10, Reihe 5. 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013d). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Einbürgerungen. Fachserie 1, Reihe 2.1. 2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014a). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2013. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2012. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2014. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2013. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015c). Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug). 2013/2014. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016a). Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2015. Fachserie 10, Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016b). Rechtspflege. Strafverfolgung 2015. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016c). Rechtspflege. Strafverfolgung 2014. Fachserie 10, Reihe 3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Stiehler, M. (1999). AIDS- und Hepatitisprävention im sächsischen Justizvollzug. Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 42 (7) 577-582.
- Stöver, H. (2000). Healthy prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Schriftenreihe Gesundheitsförderung im Justizvollzug. BIS-Verlag, Oldenburg.

- Stöver, H. (2006). Europäische Perspektiven der Gesundheitsförderung im Gefängnis. In: Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft. Wien, April 2006. Dokumentation, akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., & Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Hrsg.), S. 19-44. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Stöver, H. (2010a). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Die IMPROVE-Studie. Blickpunkt Medizin zur Zeitschrift Suchttherapie 11 (1) 1-4.
- Stöver, H. (2010b). Leitlinien für die Substitutionsbehandlung in Haft [online]. Verfügbar unter: <http://www.subletter.de/sites/default/files/pdf/Archiv-pdf-Subletter-04-10.pdf> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Stöver, H. (2011). Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. European Addiction Research 17 (1) 44-54.
- Stöver, H. (2013). Drug use, mental health and drugs in prisons. In: Mental Health and Addiction in Prisons, Pompidou Group & Council of Europe (Hrsg.), S. 9-28. Council of Europe, Straßbourg.
- Stöver, H., Casselman, J. & Hennebel, L. (2006). Substitution treatment in European prisons: A study of policies and practices in 18 European countries. International Journal of Prisoner Health 2 (1) 3-12.
- Stöver, H. & Heriga, F. (2016). Prison-based needle and syringe programmes (PNSP) – Still highly controversial after all these years. Drugs: Education, Prevention and Policy 23 (2) 103-112.
- Stöver, H. & Knorr, B. (2013). HIV, Hepatitis und Haft [online]. Verfügbar unter: <http://www.hivandmore.de/archiv/2013-4/hiv-hepatitis-und-haft.shtml> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Stöver, H. & Michels, I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. Harm Reduction Journal 2010 (7) 17.
- Stöver, H. & Stallwitz, A. (2008). Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis - ein Literaturüberblick. In: Substitution in Haft, H. Stöver (Hrsg.), S. 88-95. Deutsche Aidshilfe e.V., Berlin.
- Stöver, H. & Thane, K. (2011). Towards a Continuum of Care in the EU Criminal Justice System. BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

- Strang, J. (2015). N-ALIVE. Randomised trial of take-home Naloxone to prevent heroin overdose deaths post-prison release [online]. Verfügbar unter: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/N-ALIVE.aspx> [letzter Zugriff 22/02/2015].
- Strang, J., Bird, S. & Parmar, M. (2013). Take-Home Emergency Naloxone to Prevent Heroin Overdose Deaths after Prison Release: Rationale and Practicalities for the N-ALIVE Randomized Trial. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 90 (5) 983-996.
- Sutton, A., Gay, N., Edmunds, W., Andrews, N., Hope, V., Gilbert, R., Piper, M. & Gill, O. (2006). Modelling the hepatitis B vaccination programme in prisons. Epidemiol Infect 134 (2) 231-242.
- Swann, R. & James, P. (1998). The effect of the prison environment upon inmate drug taking behaviour. The Howard Journal 37 (3) 252-265.
- Sylla, M., Harawa, N. & Grinstead, G. (2010). The First Condom Machine in a US Jail: The Challenge of Harm Reduction in a Law and Order Environment. American Journal of Public Health 100 (6) 982-985.
- Tartaro, C. & Levy, M. (2012). An Evaluation of an HIV Testing Program in the Jail Setting: Results and Recommendations. The Prison Journal 93 (1) 57-79.
- Taylor, A., Goldberg, D., Emslie, J., Wrench, J., Gruer, L., Cameron, S., Black, J., Davis, B. & McGregor, J. (1995). Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison. BMJ: British Medical Journal 310 (6975) 289-292.
- Thane, K. (2013). Strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft: Das Beispiel DrogenkonsumentInnen. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen.
- The New York Times (2015). White House Drone Crash Described as a U.S. Worker's Drunken Lark [online]. Verfügbar unter: <http://www.nytimes.com/2015/01/28/us/white-house-drone.html?smid=tw-share&r=2> [letzter Zugriff 14/04/2015].
- Theiner, J. (2015). Rauschgift-Drohne landet im Gefängnishof [online]. Verfügbar unter: http://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadtreport_artikel,-Rauschgift-Drohne-landet-im-Gefaengnishof-_arid,1033144.html [letzter Zugriff: 17-03-2015].
- Tresó, B., Barcsay, E., Tarján, A., Horváth, G., Dencs, A., Hettmann, A., Csépai, M., Győri, Z., Rusvai, E. & Takács, M. (2011). Prevalence and Correlates of

- HCV, HVB, and HIV Infection among Prison Inmates and Staff, Hungary. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 89 (1) 108-116.
- UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (1993). WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [online]. Verfügbar unter: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf [letzter Zugriff: 03-10-2016].
- UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2010). Call for urgent action to improve coverage of HIV services for injecting drug users [online]. Verfügbar unter: <http://www.unaids.org/en/Resources/PressCentre/Featurestories/2010/March/20100310IDU/> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- UNHCHR (United Nations Human Rights Office of the High Commissioner) (1976). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [online]. Verfügbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> [letzter Zugriff: 15/08/2016].
- United Nations (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 [online]. Verfügbar unter: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf [letzter Zugriff: 31/08/2016].
- United Nations (1955). Standard minimum rules for the treatment of prisoners, 30 August 1955 [online]. Verfügbar unter: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b36e8.html> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- United Nations (1990). Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990 [online]. Verfügbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx> [letzter Zugriff: 15/07/2016].
- United Nations (2016). Resolution adopted by the General Assembly on 17 December 2015. 70/175. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). Penal Reform International, London.
- United Nations General Assembly (1988). Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment. A/RES/43/173 [online]. Verfügbar unter: <http://www.un.org/documents/ga/res/43/a43r173.htm> [letzter Zugriff: 26-05-2015].

- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) & WHO (World Health Organization) (2009). HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Technical paper. UNODC, Wien.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) & WHO (World Health Organization) (2008). HIV and Aids in places of detention. A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings. UNODC, Wien.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), WHO (World Health Organization) & UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. UNODC, Wien.
- U.S. National Library of Medicine (2015). Opiate Withdrawal [online]. Verfügbar <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000949.htm> [letzter Zugriff: 07-07-2015].
- Van Dyken, E., Lai, F. Y., Thai, P. K., Ort, C., Bruno, R., Hall, W., Kirkbride, P., Müller, J., Prichard, J. (2014). Challenges and opportunities in using wastewater analysis to measure drug use in a small prison facility. Drug and Alcohol Review 35 (2) 138-147.
- Vereinte Nationen (1984). Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Abgeschlossen in New York am 10. Dezember 1984. Übersetzung [online]. Verfügbar unter: <http://www.volksgewerkschaft.de/PDF/folter-unmenschlich.pdf> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Vlahov, D. & Junge, B. (1998). The Role of Needle Exchange Programs in HIV Prevention. Public Health Reports 13 (Suppl 1) 75-80.
- Volkart, R. (2008). Transparenz, Vertrauen und Kommunikation: «In der Kürze liegt die Würze» [online]. Verfügbar unter: https://www.zora.uzh.ch/11796/2/Transparenz_Vertrauen_KommunikationV.pdf [letzter Zugriff 11-07-2015].
- Vorma, H., Sokero, P., Aaltonen, M., Turtiainen, S., Hughes, L. A., & 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.

- Wakeman, S., Bowman, S., McKenzie, M., Jeronimo, A. & Rich, J. (2009). Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription Before Release. Journal of Addictive Diseases 28 (2) 124-129.
- Weilandt, C. (2000). HIV- und Hepatitisprävention im Justizvollzug. Bundesgesundheitsblatt -Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 43 (1) 47-49.
- Welt online (2012). "HIV-Zwangsoouting" in Gefängnissen beendet [online]. Verfügbar unter: <http://www.welt.de/regionales/duesseldorf/article106140760/HIV-Zwangsoouting-in-Gefaengnissen-beendet.html> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Wheatley, M. (2007). Drugs in prison. In: Handbooks on Prisons, Jewkes, Y. (Hrsg.), S. 399-422. Willan Publishing, Portland.
- WHO (World Health Organization) (2006). Constitution of the World Health Organization [online]. Verfügbar unter: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [letzter Zugriff: 15/08/2016].
- WHO (World Health Organization) (2008). Erklärung von Trenčín. Psychische Gesundheit im Strafvollzug Angenommen in Trenčín, Slowakei, am 18. Oktober 2007. WHO, Genf.
- WHO Europe (World Health Organization Europe) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO Europe, Kopenhagen.
- WHO Europe (World Health Organization Europe) (2003). Prison Health as part of public health. Declaration. WHO, Kopenhagen.
- WHO Europe (World Health Organization Europe) (2005). Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. WHO Europe, Kopenhagen.
- WHO Europe (World Health Organization Europe) (2010a). The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. WHO Europe, Kopenhagen.
- WHO Europe (World Health Organisation Europe) (2010b). Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. WHO Europe, Kopenhagen.
- WHO Europe (World Health Organization Europe) (2014). Preventing overdose deaths in the criminal justice system. WHO Europe, Kopenhagen.
- WHO (World Health Organization), UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) & UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2007). Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Man-

- age HIV in Prisons – Provision of condoms and other measures to decrease sexual transmission. WHO, Genf.
- WHO (World Health Organization), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) & UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2007a). Interventions to address HIV in prisons – HIV care, treatment and support. WHO, Genf.
- WHO (World Health Organization), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) & UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2007b). Interventions to address HIV in prisons – Needle and syringe programmes and decontamination strategies. WHO, Genf.
- WHO (World Health Organization), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) & UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2007c). Interventions to address HIV in prisons – Prevention of sexual transmission. WHO, Genf.
- WHO (World Health Organization), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) & UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2004). Policy brief: Reduction of HIV transmission in prisons [online]. Verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WHO_UNODC_UNAIDS_2004_Prison_HIV_and_IDUS_in_prisons-EN.pdf [letzter Zugriff: 15/08/2016].
- Wickersham, J., Mushin Zahari, M., Azar, M., Kamarulzaman, A. & Altice, F. (2013). Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: Implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia. Drug and Alcohol Dependence 132 (1-2) 378-382.
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Hedrich, D., Guarita, B., van de Laar, M. J. & Vicente, J. (2011). Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010. Euro Surveillance 16 (48) 1-5.
- Williams, H., Axten, D., Makia, F., Naylor, E., Leonard, O., Teague, A., Kelleher, M. & Fox, J. (2012). The prevalence of HIV and hepatitis C in individuals leaving prison and entering drug and alcohol treatment services. Sexually Transmitted Infections 88 (7) 538.
- Williams, A., Marsden, J. & Strang, J. (2014). Training family members to manage heroin overdose and administer naloxone: randomized trial of effects on knowledge and attitudes. Addiction 109 (2) 250-259.

- Winstock, A., Sheridan, J., Lovell, S., Farrell, M. & Strang, J. (2000). National Survey of Hepatitis Testing and Vaccination Services Provided by Drug Services in England and Wales. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 19 (11) 823-828.
- Winter, R., Stoové, M., Degenhardt, L., Hellard, M., Spelman, T., Jenkinson, R., McCarthy, D., Kinner, S. (2015). Incidence and predictors of non-fatal drug overdose after release from prison among people who inject drugs in Queensland, Australia. Drug and Alcohol Dependence 153 (8) 43-49.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus Forschung, Frankfurt.
- WMA (World Medical Associations) (2014). WMA Statement on Body Searches of Prisoners [online]. Verfügbar unter: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/> [letzter Zugriff: 26-05-2015].
- Wolfe, M., Xu, F., Patel, P., O’Cain, M., Schillinger, J., Louis, M. & Finelli, L. (2001). An Outbreak of Syphilis in Alabama Prisons: Correctional Health Policy and Communicable Disease Control. American Journal of Public Health 91 (8) 1220-1225.
- Wolff, H. (2010). Substitution in Haft: Zeit zum Handeln! Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz. In: Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2010 in Berlin, akzept e.V. (Hrsg.), S. 55-64. akzept e.V., Berlin.
- Wolff, H., Sebo, P., Haller, D., Eytan, A., Niveau, G., Bertrand, D., Gétaz, L. & Cerutti, B. (2011). Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. BMC Public Health 11 (245) 1-13.
- Wright, N., French, C. & Allgar, V. (2014). The safe implementation of a prison-based methadone maintenance programme: 7 year time-series analysis of primary care prescribing data. BMC Family Practice 15 (64) 1-7.
- Writh, M., Mohammed, Z. & Hughes, G. (2014). Comparative prices of diverted buprenorphine/naloxone and buprenorphine in a UK prison setting: A cross-sectional survey of drug using prisoners. Drug and Alcohol Dependence 2014 (144) 254-258.
- Yap, L., Butler, T., Richters, J., Kirkwood, K., Grant, L., Saxby, M., Ropp, F. & Donovan, B. (2007). Do condoms cause rape and mayhem? The long-term effects of condoms in New South Wales’ prisons. Sexually Transmitted Infections 83 (3) 219-222.

- Yuqiao, X. (2013). The Basic Principles and value dimensions of achieving distributive justice through social institutions. Social Sciences in China 34 (4) 5-19.
- Zelger, J. (1999). Wissensorganisation durch sprachliche Gestaltbildung im qualitativen Verfahren GABEK. In: GABEK. Verarbeitung und Darstellung von Wissen, J. Zelger & M. Maier (Hrsg.), S. 41-87. Studien Verlag, Innsbruck.
- Zelger, J. (2008). The representation of Verbal Data by GABEK-Nets. In: GABEK III. Organisationen und ihre Wissensnetze, J. Zelger, M. Raich, & P. Schober (Hrsg.), S. 95-122. Studien Verlag, Innsbruck.
- Zelger, J., Fink, S., & Strickner, J. (2008). Darstellung von Erfahrungswissen durch GABEK. In: GABEK III. Organisationen und ihre Wissensnetze, J. Zelger, M. Raich, & P. Schober (Hrsg.), S. 143-159. Studien Verlag, Innsbruck.
- Zurhold, H., Verthein, U. & Reimer, J. (2013). Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtMG ("Therapie statt Strafe"): Wirksamkeit und Trends [online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Abschlussbericht_Medizinische_Rehabilitation.pdf [letzter Zugriff: 18-07-2015].

12 Anhang



Anhang A: Kurzfragebogen zur gesundheitlichen Situation Gefangener

Zur Beantwortung durch die Justizministerien der Länder

Code: _____

Allgemeine Informationen

a) Aus welchem Bundesland stammen die folgenden Daten?

b) Wer hat den Fragebogen beantwortet (Funktion)?

Falls dies möglich ist, bitten wir Sie, die folgenden Fragen jeweils bezogen auf das **letzte vorliegende Erhebungsjahr** (vorzugsweise 2010, am besten zum **Stichtag: 31.03.2010**) und **Ihr Bundesland** zu beantworten.

Bei der Beantwortung der Fragen geht es um Ihre **persönliche Einschätzung**.

1. Medizinische und psychosoziale Versorgung

Bitte gehen Sie bei der Beantwortung folgendermaßen vor: Eine Vollzeitstelle (=100%) entspricht 40 Std./Woche; Wenn z.B. eine Person mit einer 50% Stelle und eine Person mit einer 25% Stelle beschäftigt sind, ergäbe das einen Stellenanteil von 75%, d.h. 30 Std./Woche.

Medizinische Versorgung

a) Wie viele Ärzte mit der Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sind in Ihrer Einrichtung angestellt? _____ Std./Woche

b) Wie viel Personal (nur Ärzte und Pflegepersonal; in Std./Woche) ist insgesamt in den medizinischen Diensten der Gefängnisse beschäftigt?
_____ Std./Woche

- c) Zu welchen Anteilen (bezogen auf die Arbeitszeit in %) sind die medizinischen Dienste mit der medizinischen Behandlung von drogenkonsumierenden¹³ Gefangenen beschäftigt¹⁴? _____ %
- d) Falls die medizinische Behandlung von Drogenkonsumenten von externen Diensten übernommen wird: Wie viel Personal an Ärzten und Pflegepersonal (in Std./Woche) von externen medizinischer Einrichtungen steht für die Versorgung zur Verfügung? _____ Std./Woche

Psychosoziale Versorgung

- d) Zu welchen Anteilen (bezogen auf die Arbeitszeit in %) sind die medizinischen Dienste mit der psychosozialen Behandlung (z.B. Therapie, Beratung) von Drogenkonsumenten beschäftigt? _____ %
- e) Falls die psychosoziale Versorgung von Drogenkonsumenten von externen Diensten übernommen wird: Wie viel Personal (in Std./Woche) externer Suchthilfeeinrichtungen steht für die Versorgung von Drogenkonsumenten zur Verfügung? _____ Std./Woche

2. Wie werden die Justizvollzugsbeamten speziell für den Umgang mit drogenkonsumierenden Gefangenen geschult?

- Als Kursleiter für Präventionsprogramme für Gefangene
- Vermittlung von Kenntnissen in Bezug auf Drogen (z.B. Wirkung, gesundheitliche und soziale Folgen)
- Spezielle Erste-Hilfe-Maßnahmen (allgemeine Erste Hilfe ausgeschlossen)
- Andere Schulungsmaßnahmen:

- Gar nicht

3. Drogentests bei Haftantritt

- a) Werden bei Haftantritt Drogentests (z.B. Urin-, Blut-, Speichel-, Haartests) durchgeführt?
- Ja Nein (→ weiter zur **Frage 4**)

¹³ Unter Drogen wird hier verstanden: Opiate, Cannabis, Kokain, Amphetamine, Stimulantien, LSD, MDMA oder andere (synthetische) Drogen. Ausgeschlossen sind Alkohol und Tabak.

¹⁴ Bitte berücksichtigen Sie dabei nur die Behandlung von gesundheitlichen Folgeerscheinungen, die sich direkt aus dem Drogenkonsum ergeben (z.B. Spritzenabszesse, Behandlung von Überdosierungen, Entgiftung) oder Verletzungen unter Drogeneinfluss, nicht jedoch solche, die unabhängig vom Drogenkonsum eingetreten sind (z.B. Grippe, Verletzungen im nüchternen Zustand)

Falls Ja:

Bitte geben Sie im Folgenden bei jedem Wert an, ob er sich auf den Stichtag (Ergänzung eines „S“) oder die Gesamtzahl der Haftantritte im Jahr (Ergänzung eines „J“) bezieht.

b) Unter welchen Voraussetzungen geschieht dies?

Immer

Bei Verdacht/bekannter Vorgeschichte:

Bitte geben die **Anteil** der bei Haftantritt getesteten Gefangenen an:

_____ %

Kommentar:

c) Welcher Anteil von den unter Frage 3b genannten Gefangenen wurde bei Haftantritt...

(Bitte geben Sie den **Anteil** der positiv auf Drogen getesteten Gefangenen an.)

i) ... insgesamt positiv auf Drogen getestet? _____ %

ii) ... differenziert nach folgenden Substanzen positiv getestet? (Mehrfachnennungen sind möglich, d.h. die Gesamtsumme kann >100% betragen)

Cannabis _____ %

Kokain _____ %

Opioide _____ %

Amphetamine _____ %

Andere _____ %

4. Drogentests während der Haft

a) Werden während der Haft Drogentests (z.B. Urin-, Blut-, Speichel-, Haartests) durchgeführt? Ja Nein (→ weiter zu **Frage 5**)

Falls Ja:

b) In welchen Abständen? _____

Kommentar:

Bitte geben Sie im Folgenden bei jedem Wert an, ob er sich auf den Stichtag (Ergänzung eines „S“) oder die Gesamtzahl der Haftantritte im Jahr (Ergänzung eines „J“) bezieht.

c) Welcher Anteil von Gefangenen wurde...

(Bitte geben Sie den **Anteil** der positiv auf Drogen getesteten Gefangenen an.)

i) ... insgesamt positiv auf Drogen getestet? _____ %

ii) ... differenziert nach folgenden Substanzen positiv getestet?

Cannabis _____ %

Kokain _____ %

Opioide _____ %

Amphetamine _____ %

Andere _____ %

d) Welcher Anteil der Gefangenen gilt als injizierende Drogenkonsumenten?

(Bitte geben Sie den **Anteil** der betroffenen Gefangenen unter allen Gefangenen an.)

_____ %

5. Tests auf Infektionskrankheiten bei Haftantritt

a) Werden bei Haftantritt Tests auf Infektionskrankheiten durchgeführt?

 Ja Nein (→ weiter zu **Frage 6**)**Falls Ja:**

Bitte geben Sie im Folgenden bei jedem Wert an, ob er sich auf den Stichtag (Ergänzung eines „S“) oder die Gesamtzahl der Haftantritte im Jahr (Ergänzung eines „J“) bezieht.

b) Unter welchen Voraussetzungen geschieht dies?

 Immer Bei Verdacht/bekannter Vorgeschichte:Bitte geben den **Anteil** der getesteten Gefangenen bei Haftantritt an:

_____ %

Kommentar:

c) Wie viele Gefangene sind infiziert mit...

(Bitte geben Sie den **Anteil** der infizierten Gefangenen bei Haftantritt an.)

... HIV? _____ %

... Hepatitis B? _____ %

... Akuter Hepatitis C? _____ %

... Chronischer Hepatitis C? _____ %

... Tuberkulose? _____ %

6. Tests auf Infektionskrankheiten während der Haft

a) Werden nach Haftantritt Tests auf Infektionskrankheiten durchgeführt?

Ja Nein (→ weiter zu **Frage 7**)

Falls Ja:

b) In welchen Abständen? _____

Kommentar:

Bitte geben Sie im Folgenden bei jedem Wert an, ob er sich auf den Stichtag (Ergänzung eines „S“) oder die Gesamtzahl der Haftantritte im Jahr (Ergänzung eines „J“) bezieht.

c) Wie viele Gefangene sind infiziert mit...

(Bitte geben Sie den **Anteil** der infizierten Gefangenen an.)

... HIV? _____ %

... Hepatitis B? _____ %

... Akuter Hepatitis C? _____ %

... Chronischer Hepatitis C? _____ %

... Tuberkulose? _____ %

7. Therapieangebote

Stehen folgende Therapieangebote für drogenkonsumierende Gefangene zur Verfügung?

Wenn ja: Wie viel Personal (in Std./Woche, zur Berechnung siehe Beispiel unter Frage 1) gibt es dafür und wie hoch ist die (geschätzte) Auslastung (in %)?

	Ja	Nein	Personal (in Std/Woche)	Auslastung (in %)
a) Substitutionsbehandlung				
b) Entgiftung				
c) Psychosoziale Betreuung				
d) Antivirale Therapie (HCV)				
e) Antiretrovirale Therapie (HIV)				

8. Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger

Wenn Substitutionsbehandlung angeboten wird (sonst weiter mit **Frage 9**):

- a) Welche Art der Substitutionsbehandlung wird angeboten (z.B. Aufrechterhaltung, Abdosierung, Hochdosierung vor Entlassung)? _____

- b) Wie lange dauert eine Substitutionsbehandlung in Ihren Gefängnissen durchschnittlich? _____

9. Manuale oder Leitlinien

An welchen Manualen oder Leitlinien orientieren Sie sich bei der Durchführung der unter den Frage 7 und 8 genannten Therapieangebote? (z.B. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin zur Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenösen Drogengebrauchern) _____

10. Weitere Angebote

Welche Angebote für Gefangene gibt es zu...

- a) ... Prävention (z.B. Infomaterial, Kurse/Schulungen, Impfungen [TBC, HAV/HBV])? _____

- b) ... Harm Reduction (z.B. Tests auf / Therapie von Infektionskrankheiten, Spritzentausch, Bleaching, Gratiskondomvergabe)? _____

- c) ... Entlassvorbereitung (z.B. Aufsubstituieren, um die Gefahr einer Überdosierung nach Haftentlassung zu reduzieren)? _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang B: Interviewleitfaden

1. Welche Aufgaben kommen Ihnen in der Gesundheitsversorgung von Drogenkonsumenten in Haft zu?
2. Schildern Sie bitte Ihren ersten Kontakt zu einem Drogen konsumierenden Häftling.
 - a. Wie wird Ihnen dieser Häftling vermittelt (bei Haftantritt, während der Haft)?
 - b. Gibt es für Drogen konsumierende Häftlinge gesonderte Eingangsuntersuchungen?
3. Schildern Sie bitte einen normalen Arbeitstag, speziell Ihren Kontakt zu aktuell Drogen konsumierenden Häftlingen.
 - a. Mit wem arbeiten Sie zusammen?
 - b. Wie viel Zeit haben Sie für einen Klienten/Patienten?
4. Was funktioniert in Ihrer Arbeit gut? Was erleichtert Ihnen den Alltag?
 - a. Was davon ist allgemeiner Natur?
 - b. Was davon hat speziell mit dem Setting Gefängnis zu tun?
5. Welche Hindernisse gibt es? Was erschwert die Versorgung?
 - a. Was davon ist allgemeiner Natur?
 - b. Was davon hat speziell mit dem Setting Gefängnis zu tun?
6. Was könnte getan werden, um Ihnen Ihre Arbeit zu erleichtern (z.B. organisatorisch, rechtlich, finanziell)?
7. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen, um Ihren Arbeitsalltag angenehmer (oder effektiver) zu gestalten?
8. Wie bereiten Sie die Gefangen auf die Haftentlassung vor?
9. Sonst noch was?

Anhang C: Informationsblatt zum Projekt**Interviews zum Thema drogenbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten**

Die Interviews führe ich für die **Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht** (DBDD) in München. Wir haben uns im letzten Jahr schwerpunktmäßig mit der **drogenbezogenen Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten** beschäftigt. Dazu haben wir in 2011 eine Umfrage unter den Justizministerien der Länder durchgeführt.

Nun interessiert uns die Sicht der **Personen „an der Front“**. Hierzu wollen wir mit Personen sprechen, die direkt mit Drogen konsumierenden Inhaftierten zusammenarbeiten und im weitesten Sinne mit deren medizinischen und/oder psychosozialen Versorgung zu tun haben, also Berater, Psychotherapeuten, Ärzte, Bewährungshelfer, Pflegepersonal etc. Zusätzlich würde uns auch die Perspektive der Inhaftierten interessieren.

Da wir zu dieser Perspektive noch wenig Vorwissen haben, bietet sich eine qualitative Herangehensweise an. Darum haben wir uns dazu entschieden, uns dieser Thematik mithilfe von **leitfadengestützten Interviews** zu nähern. Diese sollen **drei Bereiche** betreffen: die alltägliche Tätigkeit in der medizinischen oder psychosozialen Versorgung von Drogen konsumierenden Inhaftierten, was dabei gut funktioniert und was die Arbeit schwierig macht bzw. wie man sie weiter erleichtern könnte. Dabei geht es ausschließlich um die **eigene Wahrnehmung und Erfahrung**. Es gibt dabei also kein „Richtig“ oder „Falsch“.

Die Interviews sollen maximal **eine Stunde** dauern. Zusätzlich wird es einen kurzen **Fragebogen** geben, wo es um eine **Experteneinschätzung** der Interviewten gehen soll (bzgl. Auslastung des Personals, Drogenkonsum unter Gefangenen, Drogentestungen, Infektionskrankheiten und drogenbezogene Gesundheitsangebote).

Die Interviews werden **mit einem Diktiergerät aufgezeichnet** und anschließend transkribiert. Der Auswertung wird absolut **anonym** erfolgen, d.h. weder die Namen der Befragten noch die der Institutionen werden preisgegeben. Für die Auswertung ist allerdings nötig, die Funktion des Interviewpartners zu speichern (z.B. externe Beratung im Strafvollzug, Pflegepersonal, Gefängnisarzt etc.). Für die Interviewtermine werde ich zu meinen Interviewpartnern fahren. Für diese fällt also kein zusätzlicher Aufwand an.

Hier noch einmal eine kurze Zusammenfassung meines langen Textes:

Um was geht es? Die Sicht der Personen an der Front zum Thema drogenbezogene Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten

Was haben wir geplant? Leitfadengestützte Interviews, die ca. 60 Minuten dauern werden und mit einem Diktiergerät aufgezeichnet werden; einen kurzen Fragebogen für die Experteneinschätzung des Interviewten bzgl. Drogenkonsum und diesbezügliche Versorgungsangebote im Gefängnis

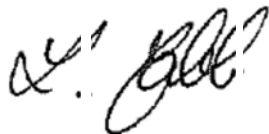
Wen möchten wir hierzu interviewen? Personen, die mit Drogen konsumierenden Inhaftierten zusammenarbeiten und im weitesten Sinne mit deren medizinischen und/oder psychosozialen Versorgung zu tun haben

Um was wird es in den Interviews gehen? Die alltägliche Tätigkeit in der medizinischen oder psychosozialen Versorgung von Drogen konsumierenden Inhaftierten, was dabei gut funktioniert und was die Arbeit schwierig macht bzw. wie man sie weiter erleichtern könnte. Es geht also um die Gesundheitsfürsorge von Inhaftierten aus der Perspektive der Beteiligten (Gesundheitspersonal und Häftlinge). Die Auswertung erfolgt absolut **anonym**.

Wenn es darüber hinaus Fragen gibt, stehe ich selbstverständlich gerne zur Verfügung. Ich bin per E-Mail (jakob@ift.de) und telefonisch (**089/360804-44**) zu den normalen Bürozeiten in der Regel sehr gut erreichbar.

Ich freue mich über jeden einzelnen Teilnehmer sehr. Je mehr verschiedene Sichtweisen wir zu hören bekommen, umso umfassender wird unser Gesamteindruck und umso fundierter werden damit auch die Ergebnisse sein.

Darum bedanke ich mich schon einmal für Ihr Interesse und verbleibe mit freundlichen Grüßen



Anhang D: Vollständige Satztexte

Aa4

oder es geht dann um eine längerfristige Beratung, die dann im Idealfall natürlich auch in eine Weitervermittlung in eine weiterführende Behandlung nach der Haft, entweder nach §35, was schwierig geworden ist, oder zum 2/3-Zeitpunkt [§57] oder zur Verhandlung.

Ab4

Weil da [§35, ambulante Therapie] muss für die Staatsanwaltschaft dann wirklich alles passen. Also da darf nicht irgend eine Kleinigkeit unklar sein und wie es aktuell ist, ob das überhaupt noch relevant wäre momentan, kann ich Ihnen gar nicht sagen, weil das ist einfach so schwierig in der Zwischenzeit, dass das eigentlich... Den Idealklient habe ich leider selten, wo das funktionieren könnte

Ab6

das andere ist dass es jetzt auch hier [bzgl. §35] eine höchstrichterliche Entscheidung gab, die wurde natürlich nicht offen, öffentlich kommuniziert, aber da gab es vor zwei, drei Jahren einfach so eine Änderung in der Verfahrenspraxis.

Ac2

Also das sind einfach so diese Dinge, die das Ganze erschweren – Kostenträger kommen auch noch hinzu: die Rentenversicherungen haben auch den Zugang aus der Haft erschwert. Also die Rentenversicherungsträger, vor allem bei §57, bei Entlassung auf 2/3 ist es eigentlich so, dass die Kostenträger sagen, da gibt es keine Kostenübernahme mehr. Weil die nicht wollen, dass die Entscheidung über die Entlassung geknüpft wird an das Vorhandensein einer Kostenübernahme. Also, das ist –wird noch unterschiedlich gehandhabt, vor allem in Alkoholbereich ist das schwierig. Im Drogenbereich gibt es noch Verhandlungsmaße.

Ac4

Weil klar, die Leute können jetzt, sobald sie draußen sind, in Freiheit, können sie dann wieder Anträge stellen. Da ist eine andere Rechtsgrundlage eingetreten, aber das halte ich aufgrund meiner Erfahrung nicht für sinnvoll, wenn man das so herbeiführt. Wenn die Richter auch sagen würden: O. k., Sie bekommen jetzt vier Wochen Zeit, da kümmern Sie sich darum. Der andere Weg ist der bessere.

Ac5

Also, das kann [bei einzelnen Gesprächen] bei der Vermittlung bleiben, kann sein, dass jemand kommt und hat so die vage Vorstellung, vielleicht geht doch was über §35. Der, der eine ganz andere Deliktart hat, und sich dann eben im Erstgespräch herausstellt, also über diesen Weg wird nichts gehen. Und das sind dann natürlich häufiger Leute, die nicht so motiviert sind an der Problematik an sich zu arbeiten. Die wollen halt nur abklären was geht und wenn nichts geht in diese Richtung, dann kommen sie auch nicht mehr. Ansonsten sind Erstgespräche oder Einzelkontakte.

Ac7

Aber manchmal geht es [im Gespräch] auch nur um eine Abklärung oder eine Information. Die Leute wollen einfach nochmal Information bezüglich ihrer Sucht, ihres Konsums und Information über Hilfsangebote, sind aber nicht interessiert weiter an Beratung teilzunehmen.

Ac8

Es kann zum Beispiel sein, dass jemand kommt, der vorher ab und zu Cannabis konsumiert hat, und der will einfach wissen, hat er jetzt ein Problem oder nicht. Einfach so eine Einschätzung, will eine Einschätzungswert haben. Aber, ob das jetzt behandlungsbedürftig ist, ob er da weiter dranbleiben sollte, solche Fragestellungen tauchen da auf. Ist aber nicht so häufig. In der Regel kommt es schon zu längeren Kontakten.

Ac9

Also früher war es tatsächlich so, dass dieser Vermittlungsprozess im Mittelpunkt stand, aber das hat sich in den letzten Jahren verschoben, das ist eher mehr Beglei-

tung in Haft, auch – wir machen keine Therapie, aber leicht therapeutisch angelegte Gespräche mit einzelnen Elementen. Also Begleitung in der Haft, aber auch Aufarbeitung der Suchtgeschichte. Es ist ja genügend Zeit. Die meisten, oder viele arbeiten nicht, dann sind die auch ganz froh wenn was passiert.

Af7

Mit den Beamten natürlich, muss man auch irgendwie kooperieren. Ja gut, wir holen die [Gefangenen] selber, aber es ist keine direkte Zusammenarbeit, ich würde mal sagen eine richtige Neben-Einander-Zusammenarbeit. Wir müssen die informieren, wenn wir Gefangene holen natürlich trotzdem. Wir können nicht einfach jemanden mitnehmen und da gibt es je nach dem schon auch einen Austausch.

Af9

und genauso ist es, wenn ich das Gefühl habe, mit dem ist irgendwas, dass ich das den Beamten auch mitteile. Dass die mal ein Auge darauf haben, weil die sind am nächsten dran und sehen Inhaftierte am meisten, die haben den engsten Kontakt. Und von dem her ist das eher auch so eine informelle Zusammenarbeit. Da gibt es jetzt nichts wo man sagt, das ist so institutionalisiert, sondern wir sprechen halt dann mit den Beamten je nach Bedarf.

Ag8

Eher schwierig sind natürlich – ist sehr individuell. Es gibt ein paar, so einen Prozentsatz von 10% bis 20% der Klienten, die sind einfach im Kontakt sehr schwierig. Die sind entweder schon sehr lange in der Szene drin. Ich hatte heute wieder einen, der hat 1970 angefangen und ist seitdem dabei. 15 Jahre Knast und dann alles, das ganze Programm. Das sind sehr... Der hat in seinem Leben noch nie eine Therapie gemacht. Das ist sehr ungewöhnlich und möchte es jetzt doch mal probieren.

Ah6

Aber das zeigt ja auch, ich habe jetzt nicht so akut Angst, aber dann kann man die Arbeit [Beratung] auch nicht machen. Und in der Regel ist es schon so, dass ein bisschen Vorinformationen auch bekommt, wer kommt da jetzt, ja.

Ai4

Und mit denen [Dienstleiter; Beamter] haben wir natürlich teilweise auch zu tun, wir machen Gruppen und da sind wir natürlich auch darauf angewiesen, dass uns das ermöglicht wird und wir die Klienten sprechen können oder so eine Gruppe auch aufnehmen können.

Ai5

Ja, gut läuft sicherlich die Zusammenarbeit mit den Therapieeinrichtungen. Da ist schon eine, also jetzt zumindest bei mir, dass sehr, wenn man langjährig, lange Jahre, diese Arbeit macht, dann kennt man natürlich die Leute, die sie auch brauchen. Vieles möglich organisatorisch, vielleicht jetzt für Leute, die neu einsteigen auch eine bisschen schwieriger ist, aber Gott sein Dank, bei mir läuft es auf jeden Fall gut. Wenn es jetzt darum geht, mal kurzfristig einen Therapieplatz zu bekommen. Ja, das ist eigentlich schon ziemlich viel Gutes.

Ai7

Gerade hier dauern die Entscheidungen auch sehr lange bis §35 bewilligt wird oder abgelehnt. Ablehnen geht meistens relativ schnell, Bewilligungen zwei bis drei, vier Monate und das heißt dann oft, dass wir dann die Therapieantrittsdaten dann immer wieder neu den Termin vereinbaren müssen. Das ist natürlich schwierig.

Ai9

Früher haben die Staatsanwälte direkt noch über §35 entschieden, jetzt machen das Rechtspfleger und seitdem, das ist, weiß nicht, fünf, sechs, sieben Jahre, kann ich gar nicht genau sagen, dass sich das System geändert hat. Und seitdem ist es einfach ein bisschen schwieriger geworden.

Aj4

Und es gibt noch andere Staatsanwaltschaften, da läuft das schon ein bisschen anders. Und das ist eigentlich, aus meiner Sicht im §35 das Sinnvolle, dass man sich austauscht und auch das mal auf dem kürzeren Dienstweg vielleicht hinkriegt. Das ist eher schwierig geworden.

Aj5

Ja, also sicherlich, wenn es jetzt um Vermittlungen geht, dann schließt sich eigentlich an, dass da halt einfach mehr möglich sein sollte, dass es eben nicht so blockiert ist, dass wenige Leute aus Haft auf Therapie kommen. Das macht es sicherlich schwierig und ist auch nicht sinnvoll.

Ak8

Also, was vielleicht noch – das ging vorhin ein bisschen unter. Was schon noch speziell ist in unserer Tätigkeit bei dieser Hilfsorganisation ist: Wir machen als einzige von den Drogenberatern Gruppen. Das ist uns sehr wichtig für unsere Arbeit und jetzt halt seit 1 1/2 Jahren machen wir ein spezielles Rückfallprophylaxetraining. Und das hat sich als sinnvoll erwiesen.

Ak9

Da [in dem Rückfallprophylaxetraining] haben wir 16 Module, wo man dann Themen, die rund um den Rückfall angesiedelt sind, unterschiedlich beleuchten, also auch mit Rollenspielen und halt so Geschichten. Und das ist was, was auf jeden Fall ein sehr wichtiges ergänzendes Modul neben der Einzelberatung ist. Wäre mir auch zu wenig, jetzt nur Einzelberatung zu machen.

Al3

[im Abschlussgespräch geht es um] Überdosis und dann auch so eine kurzer Rückfallprophylaxeeinheit noch mal. Also was kann ich tun, wenn der Fall eintritt. Das man das einfach noch mal bespricht, wer ist Ansprechpartner - wie kann mit bestimmten Dingen umgegangen werden. Also das gehört schon dazu, zu einem ordentlichen Abschluss. Kommt immer darauf an, wer kommt da. Das brauche ich jetzt mit einem Kiffer nicht besprechen.

Al5

Ja, ich denke, was auch noch ein großes Thema ist Substitutionen in Haft – Aber ich denke, das können sie auch mit dem medizinischen Dienst besprechen. Schwierig ja. Also in JVA 1 [gibt es das] nur, wenn jemand eine kurze Freiheitsstrafe ver-

büßt, maximal drei Monate. Also, wenn jemand vorher substituiert war, kommt in Haft verbüßt eine kurze Geldstrafe, dann kann unter bestimmten Voraussetzungen nahtlos weiter substituiert werden. In U-Haft eigentlich nicht, da wird nur entzogen. Ja, mehr oder weniger kalt. Genau, solche Geschichten [z.B. Dextraneurin]. Was, was da – das wechselt auch immer wieder, was mir gerade im Angebot haben, aber wenig.

AI7

Also ich stehe der Sache [kaum Substitution] schon auch nicht gänzlich ablehnend gegenüber, dass ich sage du darfst nicht, aber flächendeckend würde ich nicht gut heiße, weil die Leute einfach auch mal wieder clean werden. Und das ist schon auch ein Wert an sich für Leute, die eben seit 20 Jahren Opiate nehmen und es ist keine Perspektive da.

AI8

O. k. aber nicht junge Leute [die eine Perspektive haben], die das erste Mal in Haft sind vielleicht vorher kurz substituiert waren, die sollte man einfach auch mal wieder rausholen aus dem Ganzen und höre es auch von so vielen, die sagen, mei bin ich froh, dass es mal los bin. Diese Chance würde man ihnen nehmen, weil die würden natürlich, klar sagen im Falle des Entzugs, klar: her damit. Das ist ja menschlich, ist ja logisch auch. Dann sind wir durch. Veränderungen finden eh nicht statt. Die werden super drauf sein, werden weiter substituiert. Erst mal ja [birgt es eine Chance], erst mal zumindest, wieder einen klaren Kopf zu haben.

Bd8

Unser Konzept für die Präventionsveranstaltung ist möglichst kleine Gruppen und das in einem Workshop-Charakter zu machen, um eben auch persönliche Fragen der Betroffenen zulassen zu können.

Be4

Wenn die Therapie funktioniert dann ist die Viruslast unter der Nachweisgrenze und dann ist kein Virus mehr nachweisbar in allen Körperflüssigkeiten. Wie will er denn

einen anderen anstecken? Aber jemand, der nicht – also der in der primär infektiösen Phase ist und noch gar keine Antikörper hat, der hat eine Viruslast von mehreren Millionen mitunter, manche auch weniger, und entsprechend infektiös ist er dann. Also das kapieren die Leute nicht und das sind wichtige Informationen, denke ich, und die kann man einfach nur im kleinen Gruppen...

Be9

Auch eine schwierige Geschichte [Auswahl der Teilnehmer für die Präventionsveranstaltungen]. Also ganz wichtig ist uns, dass es freiwillig ist. Dass es keine Zwangsveranstaltungen sind, sondern, dass es freiwillig ist.

Bf1

Auf der anderen Seite Freiwilligkeit [Teilnahme an Präventionsveranstaltungen] ist in einem Ambiente in dem alles auf Druck aufgebaut ist und Leute sich lethargisch abwenden von allen Angeboten, die in ihnen von einer totalitären Anstalt angeboten werden. Dann kommt meistens niemand. Also auch das ist wirklich schwierig und dann muss man manche Tricks anwenden.

Bf5

Sehr unterschiedlich [funktioniert die Zusammenarbeit mit dem Vollzugsdienst], also normaler Weise geht es überhaupt nicht und ist normal in Haft. Das ist wirklich ganz unterschiedlich.

Bf8

Darum ist es uns auch ganz wichtig eben immer diese jährlichen Aktionen in der Justizvollzugsschule, dass wir dort den Leuten klarmachen: ihr seid unsere Stütze, dass wir an die Leute rankommen. Und wenn ihr das nicht auf die Reihe kriegt, dann kommen wir da nicht rein. Und das funktioniert, also es trägt jetzt langsam Früchte.

Bg4

Dann, dass sie [die Beamten] alleingelassen werden von der Justiz. Also jede Änderung, jede Dings muss alles sparsam. Es wird immer groß dieses Sicherheitslogon

da verbreitet von der Justizministerin, aber investiert wird da nix. Das wird auf dem Rücken des Personals ausgetragen, diese ganze Geschichte.

Bg5

Dass die [Beamten] da natürlich keinen Bock haben noch zusätzliche Runden zu drehen, damit irgendwelche Ehrenamtlichen – so werden wir genannt, wenn wir von außen kommen, dann irgendwelches Zeug machen, was einfach nur Mehrarbeit bedeutet. Ist das klar, dass das dann auf der Strecke bleibt.

Bg6

Es geht immer nur dann... wenn man das positiv sagt: Wenn ein Vollzugsbeamten oder eine Sozialarbeiterin da Interesse dran hat und persönlich engagiert ist, dann wird das stattfinden. Wenn das nicht so ist, dann geht das in die Hose.

Bh8

Und es ist einfach ein System, wie man jetzt wieder hört, dass selbst oft auch die eigenen Beamten nicht verlässlich erachtet oder dass man sich darauf verlassen kann, dass da alles ordentlich ist. Da ist mir das lieber, ich werde kontrolliert und kann vorweisen ich habe nichts zu verbergen, als dass mir nachher irgendetwas in die Schuhe geschoben wird. Da haben wir alle kein Problem damit und das ist dann auch gut.

Bi6

Das hat auch eigentlich in jeder Haftanstalt funktioniert, dass wir auch ohne Beamten im Zweiergespräch miteinander sprechen können, auch bei Untersuchungshäftlingen, wo das manchmal ein bisschen heikler ist, dass der Untersuchungsrichter natürlich wissen will, wann wer da mit wem was austauscht. Dass da nichts verdunkelt wird und so. Da haben wir schon mittlerweile... Das funktioniert in aller Regel.

Bk3

Was nicht funktioniert ist manchmal so die Zusammenarbeit zwischen uns und dem medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst ist immer eine eigene Hoheit in der Haftanstalt, da ist auch der Anstaltsleiter nicht weisungsbefugt.

BI1

Also es gilt das Äquivalenzprinzip in Haft, was quasi die Leute drinnen genauso behandelt werden sollen wie draußen. Und da haben wir unterschiedliche Auffassungen wie die Justiz.

BI9

Also auch bei der Substitution, das ist ja auch der Punkt, um den wir immer wieder streiten. Auch da entscheidet ein Laie [Anstaltsarzt], sag ich mal, darüber, ob Substitution notwendig ist oder nicht. Also diese Entscheidung könnte ich dann auch treffen, wenn ich die Ideologie habe, Abstinenz ist eh das Bessere, dann weiß ich schon jetzt, wie die Entscheidung ausfällt.

Bm1

Und dann kann ich [als Gefängnisarzt] schon sagen, das ist Einzelfallentscheidung [Substitution], ich habe gar keine Ahnung, was ich da entscheiden soll und da machen die es sich zu einfach. Und ich finde das ist lebensgefährlich für den ein oder anderen. Da ist gerade ein Entzug gestorben, oder die Herzprobleme wurden nicht in den Griff gekriegt und dann gestorben.

Bn7

Also, dass die schnell dann ihre Krankenkassenkarte haben und schnell zum Arzt können und schnell Untersuchungen machen lassen können, eine Weiterbehandlung sicher gestellt ist. Gerade auch im Bereich der Drogen und Substitutionsgeschichten muss es ja eigentlich von einem Tag auf den anderen geklärt sein.

Bo8

Ja. Ja also jedes Unternehmen, das mehr als 60% Ausschuss oder Rückholware produziert, würde irgendwie dicht gemacht werden und wir haben hier 60% bei den Erststraftätern und 80% und mehr bei den Mehrfachstraftätern oder Wiederholungsleuten. Also diese Drehtür ist vorprogrammiert und offensichtlich trägt die Justiz nicht dazu, um neue oder wiederholte Straffälligkeit zu verhindern. Also muss man sich etwas an dem System überlegen.

Cb6

[Wie der Entzug geschieht] Das ist im Einzelfall sehr unterschiedlich. Manchmal mit medikamentöser Unterstützung, bei bestimmten Fällen ist es auch möglich, eine ausschleichende Substitution... also das ist jetzt nicht verboten bei uns, sondern es ist halt einfach bei uns nicht üblich, kommt also sehr selten vor, das ist je nach Fallkonstellation ist das sehr unterschiedlich.

Cb9

Ja, das [ob eine ausschleichende Substitutionsbehandlung gemacht wird] hängt vom Gesundheitszustand des Einzelnen ab, wenn er schon ne Substitution bekommt, dann wird man die natürlich jetzt auch nicht einfach so absetzen, sondern wird halt versuchen, das dann zu reduzieren, bis auf Null.

Cc2

Also ich seh da keinen Sinn darin [in der Substitution], warum soll ich... Ich will ja einen Zustand der Drogenfreiheit erreichen, dafür arbeiten wir ja, und ich mein, der Gefangene kommt zu uns, weil er Drogen konsumiert hat, die meisten jedenfalls, manche natürlich auch nur wegen Beschaffungskriminalität oder ähnlichen Begleitumständen... ja...

Cc3

Und, ja, eine Substitution soll ja draußen einer Verelendung entgegenwirken und die jetzt bei uns nicht eintritt, weil er bei uns ja versorgt ist und... wenn er nicht aktiv danach trachtet auch keine Drogen einfach so bekommt...

Cd3

Ja, insgesamt funktioniert es eigentlich, das ganze System funktioniert schon. Insbesondere die Entgiftung ist eigentlich immer unproblematisch.

Cd6

Und zu diesen [mit externen Drogenberatern] unterversorgten zählt also auch diese JVA, also... insofern könnte also da auch von der Krankenabteilung Druck wegge-

nommen werden, wenn halt andere Beratungsangebote mit größerem Umfang zur Verfügung stehen.

Ce2

ansonsten die Zusammenarbeit funktioniert schon und auch die interne Kommunikation, die funktioniert in aller Regel und wir haben ja auch ein Computer Kommunikations... also Informationssystem über die einzelnen Gefangenen, zu dem die Bediensteten Zugriff haben, wo die Informationen immer abgerufen werden können unter anderem... eben der Sicherheitsvermerk Btm und...

Ce8

Naja, also... Zur Zeit ist es hier schwierig, die Leute auf Therapie zu bringen, weil das ist natürlich ein Teil der Arbeit hier der Drogenberater, also es wird immer schwieriger Kostenträger zu finden. Für eine Therapie nach der Entlassung [nach Paragraph 35]. Ja. Ja gut, das Problem stellt sich auch bei beabsichtigten Therapien als Auflage für eine vorzeitige Entlassung, da gibt's das Problem auch.

Cf2

Und wenn halt insgesamt von dieser Möglichkeit der therapeutischen Behandlung nach §35... in mehr Fällen Gebrauch gemacht werden würde, würde uns das wesentlich entlasten. So haben wir halt immer so zwischen 30 und 40 Gefangene pro Jahr, die nach 35 auf Therapie gehen und das ist nicht so viel.

Cg9

Und jetzt ist es [Verstoß gegen das Btm] eine Randerscheinung, mehr oder weniger, zu allgemeiner Kriminalität, sei es im Straßenverkehr, sei es Diebstahl, was alles dazukommt. Es gibt da keine Lösung. Das ist ein gesellschaftliches Problem, ... für uns wäre natürlich eine Lösung, wenn der Drogenkonsum straffrei wäre, dann ... aber ich weiß nicht, ob das gut wär.

Ci1

Und wie gesagt, die Zulassung von externen Mitarbeitern, wir haben ja zum Beispiel einen externen Mitarbeiter, der schon seit vielen Jahren eine Drogengruppe macht,

also Motivationsveranstaltung auch für Drogenleute. Neulich haben wir das erstmals gemacht, weil das da in dem Fragebogen auch irgendwo auftaucht, allerdings für Bedienstete, so spezielle Erste Hilfe Maßnahmen für Drogentäter. Und... Für die Inhaftierten, ja.

Db6

Also man muss, wenn es ein Gefährlicherer ist oder einer mit Vermerken, dann kann das auch mal sein, dass irgendwie zwei Beamte vor meiner Tür stehen bleiben und die Tür dann aufbleiben muss, weil eben... Angst vor Übergriff oder der Sachen haben... Also da wird halt sehr viel Wert auf Sicherheit gelegt, was natürlich auch gut ist, aber es hat eben in der Beratung auch seine Nachteile.

Db7

Zu meinem Sicherheitsbedenken oder –denken mach das ... Also ich fände es zwar schon irgendwie ein bisschen befremdlich, wenn einem da [bei der Beratung] zugehört wird und man dann überwacht wird [von den Beamten]. Man denkt ja auch: oh was muss der [Gefangener] angestellt haben, dass da die Maßnahmen ergriffen werden.

Db9

Das ist noch nie passiert. Also, dass wirklich jemand vor der Tür steht, das war auch sehr selten. Aber man wird darauf hingewiesen. Und manchmal ist es auch sehr hilfreich, wenn man jemanden nicht kennt und man fragt einen Beamten: He wie ist der drauf und so. Und wenn dann einer sagt, ja es ist besser wenn Sie ihn mit einem Beamten sprechen oder die Tür einen Spalt aufmachen oder. Also es gibt da mehrere Möglichkeiten und auch, es kommt immer auch auf den Grund drauf an, warum man den spricht.

Dc2

Wir können den Beamten eigentlich nicht in die Arbeit dreinreden, sicher nicht. Man kann in die Justiz nicht... Die einzigste Verbindung zur Justiz ist eigentlich der Sozialarbeiter der Justiz, mit dem haben wir direkten Kontakt, Abteilungsleiter in Fragen

der Entlassungsvorbereitung, Ausgänge und Anstaltsleiter als Beschwerdestelle. Die drei Berührungspunkte haben wir mit den Beamten. Denen können wir nicht reinreden, die können uns nicht reinrede. Das ist einfach eine Kooperation.

Dd8

Wenn es jetzt schon reingeht in diese, wenn es wirklich ein stinknormaler Regelvollzugler, der zum fünften Mal da ist, immer wieder dasselbe – dann kommt es darauf an, will er denn überhaupt etwas gegen die Sucht machen? Oder wollen die halt einfach ihre Drogen nehmen, also sehen keinen Sinn drin da irgendwas dran zu ändern, dann sehe ich da auch keinen Sinn drin die darauf irgendwie zu motivieren.

De4

Genau, also es gibt verschiedenste Möglichkeiten, eben. Wenn es wirklich schlimm ist, und der der irgendwie offen Therapie statt Strafe will oder so was, dann vermitteln wir ihn weiter; sage ich: hier Suchtberatung ist ihre Ansprechstelle. Bei mir ich kann ihnen da leider nicht weiterhelfen. Ich habe zu wenig Erfahrung auf dem Gebiet und bin dafür auch nicht zuständig. Dann muss ich die weitergeben. Wenn ich was machen kann, versuche ich es

Df1

Was ich zur Vermittlung noch sagen kann, was gut läuft, das ist eben, also in der JVA 1 eben zu den eigenen Kollegen, aber auch zu den anderen Suchtberatungen von anderen Trägern usw. Die Vermittlungen laufen super und die Gespräche untereinander laufen auch gut. Natürlich muss man schauen Schweigepflicht, Schweigepflichtsentbindungen, aber das ist in der Regel überhaupt kein Problem.

Df5

Wir haben hier lange Zeit so eine Austausch-Selbsthilfegruppe für jegliche Situationen dann draußen angeboten. Ja, ich weiß nicht genau, welche Therapieformen es geben würde, die das Angebot noch erweitern. Also auf jeden Fall mehr und nicht nur diese Vermittlung in Therapie statt Strafe.

Dg9

Aber grundsätzlich glaube ich, ist es [Problem] eben erst Mal die Ausstattung und wie man da drin behandelt wird. Also dieses Extern-sein und irgendwie nicht dazu gehören und – na ja – das macht die Sache schon oft schwierig. Das ist zwar schon ein kollegiales Verhältnis, aber es könnte einfach viel besser sein.

Dh3

Wenn wir Zugriff zum IT Vollzug hätten könnten wir unsere Arbeit besser ziehen und wir könnten auch Dinge einspeisen, die vielleicht dem Vollzug helfen würden. Also da einfach die Vernetzung verbessern und uns nicht so als Fremdkörper im Justizsystem anzusiedeln. Das wäre verbesserungsfähig, auf jeden Fall.

Dh5

[Wunsch] Besseren Zugang zu Daten zu den Gefangenen, Räumlichkeiten, zur Struktur, einfach Informationen und – für eine ganzheitliche Beratung brauche ich ganzheitlichen Zugang und nicht nur eine Einbahnstraße quasi. Das wäre gut.

Ea6

Also die Kombination war halt das eigentlich Tragische. Die Kombination aus übelst entzünftig und erstmals kurz vor der Haft oder auf dem Weg in die Haftanstalt. Da assoziiert man ja die übelsten Sachen, also die haben sich hinterher nicht bewahrt.

Ee5

Nein, die ganze Zeit keine. Du hast halt nur Kontakt zu deinem Wächter oder halt zu den Hauseln, haben die geheißen, zu den Häftlingen die halt Hausarbeiter sind; so das Essen ausgeben und so. Zu denen hast du halt Kontakt. Du kannst nicht irgendwie ans Telefon gehen und die Drogenberatung oder den Sozialdienst anrufen, sondern du kannst halt immer wieder anmelden, dass du Interesse hättest an einem Gespräch und kannst halt warten.

Ee7

Aber das wär halt grad bei so einem erstmaligen Haftantritt und bei kaltem Entzug wäre halt so ein generelles Erstgespräch [bei der Drogenberatung] schon eine feine Sache gewesen.

Ee9

Da hörst du auch nichts. Du erfährst ja nichts und kriegst keine Info, ob der Brief raus ist oder die Karte und wie lang das dauert. Oder wie lang es dauern kann bis dann ein Antwortbrief dich im Knast erreicht. Ne, du bist halt da total isoliert und kannst vielleicht dich auf Infos irgendwie beziehen, die du halt von deinen Mithäftlingen bekommst, die da mehr Erfahrung haben.

Ef2

Und dann halt irgendwie – oder gerade eben wenn schon nicht Substitution oder nicht warmer Entzug, dann halt zumindest irgendwie eine Psychosoziale Begleitung oder irgendwie jemand der halt diesen Wahnsinn mit auffangen hilft, der auf einen einstürzt.

Ef7

Ja auf jeden Fall [Wunsch], also nicht kalt entgiften zu müssen, warm entgiften zu können oder halt am besten weiter substituiert zu werden.

Eg9

Na ja. Ach so ja, das weiß ich jetzt nicht so, ob das in dem Rahmen, da drinnen überhaupt möglich wäre [von Drogen wegzukommen]. Weiß ich nicht, aber es. Also ich bin mir sicher wäre ich substituiert gewesen da drin, dann hätte ich keinen, oder zumindest nicht einen so immensen Suchtdruck verspürt bei der Haftentlassung. Und mein erster Weg wäre sicher nicht der gewesen, zu meinem Dealer.

Fa5

Da kann man natürlich jetzt überweisen an die Drogenberatungsstellen innerhalb der JVA, die aber alle unterschiedlich arbeiten. Also ich arbeite mit so Leute familientherapeutisch, kinesiologisch, weil grad die Kinesiologie halt eine gute Möglich-

keit ist bei Drogenverhalten. Und so habe ich mit denen auch Kontakt – und eben draußen auch noch sehr lange.

Fe9

Und das hat auch so eine Dynamik. Was ja auch noch dazu kommt: die, die konsumieren, die wollen ja auch gar nicht, dass jemand aussteigt. Also, dann wird – Das erste wird einem geschenkt. Das ist ja wirklich so der Einstieg, dass der wieder draufkommt. Also das ist so schwierig auszusteigen. Ja das sind doch meine Freunde, also, sagen die dann. Oder: ich kann doch nicht einfach vorbeigehen und die nicht grüßen.

Ff3

Die entgiften [im Gefängnis] selber, oder die schauen, ob sie sich irgendwie Drogen beschaffen. Es ist wirklich von Anstalt zu Anstalt sehr unterschiedlich. Wenn die wirklich krasse Entzugerscheinungen haben, die dann schon irgendwie ärztlich Aufsicht brauchen und so haben, dann kommen die z. B. in der U-Haft oft, wie jetzt in der JVA 1, auf die Krankenabteilung und werden dann schon noch mal betreut.

Ff4

Aber, dass sie dann, wenn sie in JVA 2 sind, das kommt genauso – also es kommen die Leute an wirklich reihenweise zu uns auch draußen, wenn die drinnen konsumiert haben; also, wenn sie davor konsumiert haben, können sie, wenn sie wollen, auch drinnen konsumieren. Da finden die ihre Wege und dann wird es danach auch genauso weitergehen. Also wenn sie, wenn sie wirklich drauf sind und wollen, dann kommen die da drinnen irgendwie dran [an Drogen].

Ff7

Da [in JVA 2] gibt es ja keine U-Haft, weil das ist ja in der Haft passiert. Und wenn dann jemand substituiert war und total affig ist, dann muss der das schon mit sich selber ausmachen. Und da gibt es natürlich auch Krampfanfälle und so Geschichten. Wenn sie es dann mitkriegen, schaffen sie es schon dass z. B. noch ein Zweiter mit dabei ist. Aber normalerweise muss der schon mit sich zurechtkommen.

Ff9

Methadon [Entzug] kann sechs bis acht Wochen dauern und dann kommt es immer wieder. Also man denkt einmal entgiftet und dann gibt es Tage, da kann man nicht aufstehen und ist total deprimiert, weil das so hinterfotzig, das kommt mit Gewalt immer wieder. Das dauert ewig. Dadurch ist bei dieser Sucht, Methadon die schlimmste Ersatzdroge, die es gibt. Die macht die Leute total fertig.

Fg7

Also grundsätzlich kriegt keiner was [bei der Drogentherapie im Gefängnis]. Also, da wo wir jetzt sind, das ist für alle gleich. Man kann jetzt auch nicht so sagen, wir machen ja keine Drogentherapie. Es ist im Rahmen der Entlassvorbereitung haben wir auch über Drogen geredet.

Fh4

Und die werden, also ich glaube, am wenigsten schaffen es da Leute von den Drogen wegzukommen. Und ich glaube auch, so wie es bei uns ist, dass auch Substitution nicht helfen würde. Weil so, wie da die Zustände sind, würden die mit den Substitutionsmitteln wieder dealen... Also, da bin ich mir auch nicht sicher. In andere Knäste kann ich mir das gut vorstellen, aber.

Fi9

Die [Justizvollzugsbeamten] sind wirklich sauer. Die fühlen sich dann auch persönlich angegriffen [wenn jemand Drogen konsumiert]. Also die Beamten da drinnen beraten, was gut wäre [als Sanktion].

Fj1

Das ist ein geschlossenes System, die Justiz. Alle Mitarbeiter der Justiz. Und wir sind die, die außen rum irgendwie. Und da haben wir gar nichts drin verloren. Da kann es auch mächtigen Ärger geben.

Ga2

Aber prinzipiell eben wart ich, dass die Leute sich bei mir melden mit einem Antrag und... genau. Und dann schau ich einfach, was bei denen so das Thema ist. Klar,

geht es viel um das Juristische eben auch. Warum jetzt jemand hier ist und wie weit da der Konsum mit der Straftat auch in Zusammenhang steht.

Ga4

Ja einfach durch Gespräche mit dem Jugendlichen [finde ich das raus; Konsumverhalten] und es ist ja oft so, dass die vorher auch noch nie mit jemanden über ihren Konsum gesprochen haben, dass sie jetzt auch noch nicht an einer Beratungsstellen auch waren. Da muss man sich so ein bisschen vortasten bei denen. Genau. Und dann vermittele ich schon auch eine Therapie, wenn das irgendwie Sinn macht. Stationäre oder ambulante, also je nach dem was strafrechtlich halt auch zu tun ist. Genau.

Ga6

Und wenn jetzt der Sozialdienst eben auch feststellt, da könnte Drogenkonsum im Raum stehen bzw. die fragen die Leute auch konkret danach, dann kriegen die auch schon oft so den Tipp: Ja wenden Sie sich mal an die Drogenberatung.

Ga9

Das ist in dem Sinn klar dann net anonym, weil da [auf dem Antragschein] steht sein Name drauf. Und wenn der draufschreibt er möchte zur Drogenberatung. Dann liest das der Beamte. Das ist – ja. Also prinzipiell kann oder könnte auch des schon schwierig sein, aber ja... Also habe ich jetzt noch nicht so die Erfahrung gemacht. Genau.

Gb7

Nö, also eben halt über Beamte, ja, dass die halt auch mal sagen Mensch geh doch mal zur Drogenberatung, zum Beispiel. Das tät ihr vielleicht ganz gut oder ich glaub´ du könntest mit der vielleicht ganz gut reden – so. Ja eben über Beamte, Sozialdienst, dass die Leute selber auf mich zukommen.

Gc1

Also ich erleb die eigentlich als so sehr, schon sehr motiviert. Also, wenn jemand dann mal bei mir dann ist, dann bleiben auch die meisten schon in Beratung. Also

sprich, dass ich die dann regelmäßig zum Gespräch hol. Und klar es geht dann irgendwann auch um ganz andere Themen – eben über Familie, Freunde und was halt so dazugehört. Also ja, wenn das Vertrauensverhältnis dann so ganz gut ist, dann kommen die gern

Gc2

Ja, also jetzt hier speziell habe ich halt schon mit den Beamten viel zu tun [zusammen arbeiten] im Jugendbereich und eben mit der Kollegin vom Sozialdienst. Ich glaub aber auch, dass das im Jugendbereich schon ein bisschen anders läuft, sag ich mal, wie im normalen Vollzug, weil halt, ja so Jugendliche doch mehr Ansprache halt auch brauchen und da irgendwie.

Gc3

Ja ich find da auch die Beamten [im Jugendbereich] anders. Also die beschäftigen sich schon, finde ich, viel mit den Jugendlichen, reden mit ihnen viel oder spielen Tischtennis. Oder ja, es gibt hier auch mehr Sportaktivitäten, als das jetzt so im Rest der JVA oft ist - in so einer Erwachsenenabteilung.

Gc4

Also ne. Das ist hier ein festes Team [aus Beamten], was früher auch glaube ich mal anders war, aber man dann auch gemerkt hat, dass das bei Jugendlichen irgendwie net gut ist. Also, es gibt halt hier so ein festes Team von acht Beamten, die dann auf ihre zwei Seiten aufgeteilt sind und genau die sind hier immer da.

Gc5

Ja und grad bei der Alkoholberatung habe ich dann doch immer wieder auch was zu tun. Wenn bei einem zum Beispiel das jetzt unklar, welcher Konsum steht da jetzt im Vordergrund. Da tauschen wir uns schon aus. Ja oder wenn eben jemand mit einer Alkoholproblematik bei mir landet und ich muss dem halt sagen: Ne, bin jetzt die Falsche, du musst zu meiner Kollegin.

Gc6

Genau. Ja oder wenn halt eher mit meinen anderen Kolleginnen von der externen Suchtberatung...Da hab ich schon Kontakt. Wir treffen uns auch einmal im Monat hier in der JVA in einem Team, wo wir halt alle zusammenkommen, um so Haftanstaltsübergreifendes so zu sagen zu besprechen. Genau. Psychologischer Fachdienst mal, ab und zu auch.

Gc8

Hier in der Jugendabteilung ist es auch so, dass es einmal in der Woche so ein Team [Teambesprechung] gibt, wo eben alle Beamten, die im Dienst sind, dabei sind, die Kollegin vom Sozialdienst, ich von der Drogenberatung und auch jetzt in Zukunft eine Psychologin. Und da werden dann alle Jugendlichen durchgesprochen, was es bei jedem da so gibt. Also da findet halt auch ein Austausch statt.

Gd3

Also. Ja, finde ich jetzt für hier [Jugendvollzug] schon eine Besonderheit, weil im Strafvollzug des net immer ganz so ist, eben so der Austausch mit den Beamten und auch mit dem Sozialdienst. Also da gibt es irgendwie keine Probleme. Weil das sind doch unterschiedliche Professionen, ein Vollzugsbeamter und eine Drogenberatung passt nicht immer so zusammen.

Gd4

Ja, aber es ist irgendwie so, dass jeder in seiner Arbeit eben akzeptiert wird [Vollzugsbeamter; Drogenberatung]. Und jetzt net irgendwie so Haltungen wie scheiß Drogenberatung, ja bringt ja irgendwie eh nix oder so. Gut, die fallen dann doch irgendwann mal [lacht].

Gd9

Das fällt mir dann auch oft auf, dass die Leute [Drogenkonsumenten], die bei mir in Beratung sind, schon oft schwierig sind, ja. Also mit denen ist oft was. Eh, dass die halt ständig irgendwelche Disziplinarmaßnahmen haben oder auch im Arrest sitzen oder oder oder. Und es gibt hier aber trotzdem relativ viele von denen im Gefängnis. Also deswegen ist das halt so...

Ge1

Klar, ob die [Drogenkonsumenten] immer hier [im Gefängnis] richtig sind, da lässt sich dann auch wieder darüber streiten. Klar, die haben Straftaten begangen, kommt ja auch drauf an, was es halt eben ist. Klar, aber die haben halt noch ihre Abhängigkeit mit dabei und das ist halt immer so ein bisschen schwierig. Weil das Klientel sagt ja auch oft selber, ich gehöre nicht hier her. Ich bin net so kriminell wie hier, keine Ahnung, mein Zellennachbar, der jemanden umgebracht hat oder was weiß ich, sondern ich habe ein Drogenproblem.

Ge3

Und Betäubungsmittel sind halt Betäubungsmittel und sind halt illegal und wenn man halt in dem Rahmen sich betätigt und erwischt wird, dann hat man halt ein Problem. Also, hätt ich jetzt dann ja auch. Wurscht, ob ich jetzt abhängig wäre/bin oder halt net. Aber das ist halt so.

Ge4

Aber es ist mit den Leuten hat net immer so ganz einfach dann in Haft zu arbeiten. Und ich glaube, manche ruhen sich glaube ich schon ein bisschen auf ihrer Erkrankung halt aus, in dem Sinn oder die tragen es dann gern so vor sich her. Ja, ich bin doch suchtkrank, um mich muss man sich doch jetzt kümmern. Und ich brauche eine Therapie und die müssen mir jetzt eine Therapie zahlen. Also, solche gibt es dann natürlich auch. Fordernd sind die, genau.

Ge5

Also deswegen finde ich eben persönlich ganz wichtig, dass die Zusammenarbeit halt einfach gut klappt. Und ja, und dass auch meine Schweigepflicht akzeptiert wird. Von meinem drum herum. Weil die wissen. Die Beamten sagen dann schon immer. Mei, mich tät ja schon interessieren, wer jetzt hier in Haft konsumiert oder so [Neugier]. Und mich tät es interessieren, was du da weißt.

Ge7

Ja, was ist schwierig? Ich habe schon mit ganz vielen Leuten einfach zu tun zum Teil. Also klar, sind auch meine Kolleginnen von meinem Träger total wichtig, die hier auch noch sitzen. Man ist schon ein Einzelkämpfer auf seine Art und Weise. Also ich bin hier halt mitten in einem Systemdrum-herum, wo alle anderen ja, die gehören ja alle zur Justiz, sag ich jetzt mal, ich ja net.

Ge9

Ja. Also, klar die Klientel ist schwierig, haben Eigenheiten. Mei, die sind halt wie sie sind, sag ich jetzt mal. Also, das ist für mich... Den Job habe ich mir selber rausgesucht. Das finde ich dann in Ordnung, sag ich jetzt mal, aber klar, ich mein innerhalb von dem [Justiz-]System zu arbeiten ist prinzipiell schon anstrengend. Ja, weil oft vieles net so funktioniert, wie man sich das einfach gern wünscht.

Gf1

Ja, einfach so diese große Unklarheit, die die ganze Zeit herrscht, ja speziell in U-Haft. Ja man weiß nicht, ob des alles klappt. Ja, ob das mit einer Therapie klappt. Eben, bis zu einer Verhandlung kriegt man ja keine konkreten Aussagen, oftmals von irgendjemand. Dann hatten wir oft Schwierigkeiten mit dem Kostenträger überhaupt eine Therapie finanziert zu bekommen [solange das Urteil nicht gesprochen ist].

Gf2

Also, bzw. im Jugendbereich finde ich ist das trotz alledem alles noch einfacher, wie jetzt bei meinen Kollegen im Erwachsenenbereich. Da ist es schon viel zäher, sag ich mal, noch alles. Ja, also auch so mit dem Paragraph 35 dann wirklich durchzubekommen ist bei mir nicht so schwierig.

Gg8

Weil man halt doch in Haft sehr abgeschottet ist. Also das Schwierige ist ja wirklich, dass wenn ich jetzt keine Besuchsgenehmigung oder Sonderbesuchsgenehmigung, oder wie auch immer, mit irgendwelchen Leute ausmache, kommt man ja einfach net zu mir in mein Büro rein. Also d. h. ich bin eigentlich, wie mein Klientel ja auch,

abgeschottet. Und ich bin einfach die meiste Zeit hier drin und das ist manchmal irgendwie schwierig.

Gh3

Ja, kommt halt eben drauf an, wohin die entlassen werden. Wenn die jetzt in eine Therapieeinrichtung gehen, dann da als Schwerpunkt eben Vermittlung in Therapie. Und was ist da wichtig. Wie übersteh ich überhaupt eine Therapie ohne, dass ich rausfliege usw. Da gibt es dann schon ein gezieltes Vorgehen.

Gh6

Also wenn krieg ich oft im Nachhinein mal was mit. Also, dass die sagen: ja ich habe fei scho mal konsumiert vor drei oder vier Wochen. So, dass man das im Nachhinein erzählt kriegt. Wo die das her haben will ich ehrlich gesagt nicht wissen, weil es ist für mich einfach schwierig. Also klar, der muss es sich irgendwie dann hier beschafft haben.

Gi2

Ja, finde ich schon, weil ich oft dann auch merke, ich muss irgendwie viel mehr erklären, wie was läuft und dass man das überhaupt generell versteht. Ja, generell eben Leuten, die so fragen, weil es ein spezielles System ist und weil es halt da einfach spezielle Regeln gibt und das jetzt nix mit einer Drogenberatungsstelle draußen zu tun hat. Also mein Klientel ist im Endeffekt klar das Gleiche. Und wenn die jetzt hier bei mir drinsitzen; glaube ich mache prinzipiell die gleiche Arbeit wie jetzt jemand draußen, wobei halt da ganz viel so Justizthemen doch mitreinspielen.

Gi4

Oder halt dieses „Oh Gott ich habe jetzt irgendwie einen Entzug gemacht, ich gecheckt ich hab scheinbar doch ein Problem. Das habe ich draußen noch gar nicht kapiert. Also es dauert immer so eine Weile bis die Leute hier so angekommen sind. Das kann man ganz gut bei denen beobachten. Und am Anfang ist das alles generell, finde ich, so chaotisch. Ich glaube, das ist das, was ich dann auch merk.

Gj7

Ich arbeite ja in diesem System und ich finde jetzt net nur alles schlecht. Also das ist irgendwie... Klar es ist hart, sag ich mal eingesperrt zu sein und auch zu kapieren, glaube ich, dass einem der Konsum, wenn es jetzt jemand wirklich ist, der klassische Beschaffungskriminalität jetzt begangen hat, dass einen der Konsum so weit gebracht hat, dass man im Gefängnis gelandet ist.

Gj8

Aber das [die Inhaftierung] ist oft der einzigste Moment, wo die Leute auch wirklich checken, o.k., jetzt müssen wir scheinbar doch irgendwie mal was anders machen. Und viele versuchen es auch eifrig. Aber ich weiß net im Suchtbereich klar. Es ist halt schwierig. Die Leute kommen halt wieder. Das ist glaube ich für einen selber schwierig an der Arbeit. Das muss man halt...

Gj9

Klar und dann ist auch meistens irgendwas net so... Das ist halt das Doofe. Wenn der hier... [Wenn die Leute wieder kommen, inhaftiert werden] Dann hat er meistens die Therapie abgebrochen, neue Straftaten begangen. Es ist jetzt meistens net so glorreich. Genau. Da haben wir die Leute [die eine Therapie nach Paragraph 35 abgebrochen haben] auch wieder.

Gk1

Aber es ist manchmal auch net schlecht, wenn die Leute öfters hier her kommen und ich hab immer das Glück, die jedes Mal wieder zu haben, kann man gut mit ihnen arbeiten. Weil man kennt sich dann ja auch schon und oftmals erzählen die dann einem: Ja, ja bei der letzten Haft, da habe ich noch zu Ihnen gesagt, das mache ich dann alles so. Und dann war ich draußen... und dann erzählen die, wie es draußen war. Und ja, das ist eigentlich dann auch nicht schlecht, sag ich jetzt mal. Es wäre blöd, wenn dann auch oft so Kontaktabbrüche stattfinden.

Gk2

Ja, [draußen ist für die schwierig] dass sie einfach total überfordert sind. Also auch mit diesen Bewährungen. Das ist schon gar nicht ohne. Klar es ist toll, dass man

rauskommt, aber die haben halt auch viele Auflagen, da müssen sie sich halt um alles möglich kümmern. Und dann, klar, klappt schon das erste net so g'scheit. Keine Ahnung, mit der Wohnung wird es schwierig oder dann gibt es Stress wieder mit den Eltern oder mit Freunden. Dann kommt der Kumpel und sagt: komm, jetzt machen wir mal g'scheite Party. Und wie es halt dann so ist. Und dann...

Gk4

Das Problem ist, dass halt die Leute [nach der Entlassung] bei einer Beratungsstelle gut aufgehoben wären, aber da müssen sie einen Weg dahin finden. Ja, oder [sie werden an eine Beratungsstelle vermittelt] wenn es halt eine Auflage ist. Klar, wenn man wieder draußen ist, dann ist man halt wieder draußen, gell.

Ha2

Manchmal geht es noch darum – die werden ja meistens ganz plötzlich irgendwie verhaftet und dann geht es oft darum, noch irgendwelche Sachen an andere Berater weiterzugeben oder zu kucken, ob sich noch jemand um die Wohnung kümmern kann; oder solche Geschichten. Kommt aber nicht so häufig vor. Das sind dann eher Klienten, die wir dann schon sehr, sehr gut kennen und lange kennen.

Hb7

Was bekannt ist, ist, dass halt in JVA 5... die für so Kurzzeitgefangene Substitution anbieten, also ich glaube bis zu, entweder drei oder sechs Monate in JVA 5 Häftlinge werden in der Regel weitersubstituiert. Das ist die einzige, das einzige Gefängnis, was mir bekannt ist, das es so macht. Alle anderen entziehen im Gefängnis und auch JVA 5 entzieht, wenn die Haftstrafe länger ist.

Hb8

Das [keine Substitution im Gefängnis] ist schon bekannt und da versuchen wir dann schon manchmal darauf hinzuarbeiten, dass die vielleicht vorher noch die Entgiftung machen und dann anschließend von der Entgiftung dann halt ins Gefängnis sich stellen, oder so.

Hc1

Und es wird wohl auch relativ schnell entzogen [im Gefängnis]. Also innerhalb von wenigen Tagen, teilweise schon auch warm oder ich glaube überwiegend warm, aber halt viel, viel, viel schneller, als wenn man auf eine Entgiftungsstation geht. Und das ist natürlich schon anstrengend, das mach den Leuten schon auch Angst. Das sind halt die Aussagen von den Klienten, aber da...

Hc6

Was man immer mal wieder hört, ist schon so, dass man eventuell einen Stempel hat, wenn man so als Drogie oder als Junkie bekannt ist. Das ist wohl, das höre ich ab und zu ein bisschen, dass das dann manchmal ein bisschen schwieriger ist. Aber könnte damit zusammenhängen, dass manche dann wirklich auch den Entzug da noch draußen machen.

Hd6

Ich denke schon, dass die schon mal beim Arzt vorgestellt werden. Was ich aber mitkriege ist oft, dass sie so erzählen, dass sie halt nicht ernst genommen werden. Auch wenn sie dann offen machen, wie viel sie denn konsumiert haben und wie ihre Methadoneinstellung war und wie sie denn denken, dass das mit dem Entzug einigermaßen klappen würde.

Hg7

Also, was meiner Meinung nach ganz klar fehlt, ist eine Substitution in Haft. Es heißt ja... laut Gesetz steht auch einem Haftgefangenen die gleicher Versorgung zu, wie einem Nichtgefangenen, die er draußen auch erfahren würde.

Hg8

Sucht ist als Krankheit anerkannt, Methadon ist als Substitut einfach immer noch das Mittel der Wahl und ich denke ein langjähriger Abhängiger, der schwerst abhängig ist, sollte auch im Gefängnis die Möglichkeit haben, wenn er möchte, substituiert zu werden. Das ist so ganz klar von meiner Seite. Das fehlt einfach, das ist nicht umgesetzt.

Hi4

Also wir sehen ja auch hin und wieder Leute nach Haftentlassung wieder hier. Ich würde sagen, in so eine Diskussion gehört das ruhig rein: Es gibt auch Leute, denen es nach der Haft besser geht als vorher. Also weil sie halt da vielleicht auch einfach nicht so konsumieren können, wie sie es draußen konsumiert haben. Das sind dann vor allem die, die halt wahnsinnig durcheinander und polytox unterwegs waren. Halt alles nehmen, was sie kriegen.

la2

[Wir] beraten [die Gefangenen] bezüglich Vollzugplanung, ja was da auf ihn zukommen wird und geben diese Information auch mit Einverständnis des Gefangenen weiter an die Drogenberatung, die eigentlich ohne uns mehr oder weniger hilflos wäre, was diese Gesamtplanung angeht, was mit dem Gefangenen passiert.

lb5

Darunter fallen auch diese Behandlungsmaßnahmen Soziales Kompetenztraining, Antigewalttraining, spezielle, ich würde sagen Drogengruppe, das ist eine therapievorbereitende Gruppe, von 4 x 2 Stunden, die ein ehrenamtlicher Mitarbeiter macht. Ja der schon sehr erfahren ist in der Gruppenarbeit. Und diese Dinge laufen dann in der Freizeit der Gefangenen; während der Freizeit.

lc9

In der Konferenz [Vollzugsplanung] jetzt mal? Also grundsätzlich arbeite ich mit jedem hier zusammen. Weil das geht nicht, ich kann hier nicht isoliert arbeiten. Aber in der Konferenz, die über eine vorzeitige Entlassung nicht entscheidet, sondern empfiehlt dem Richter oder Staatsanwaltschaft eine Zurückstellung der Strafvollstreckung oder auch Vollzugslockerung. Es geht ja dabei auch um Lockerungen in der Regel - vermehrt, ja.

ld4

Nach vier, fünf Monaten in der Regel, kommt er zum Erstgespräch [bei der externen Drogenberatung]. Manchmal auch früher, wenn es eilig ist. Ja. Wenn jemand jetzt

nur ein paar Monate hat, dann kann die Drogenberatung auch nicht vier, fünf Monate warten ihn zum Gespräch einzuladen. Aber so läuft das in der Regel.

lg8

Klar, kommt es auch vor, dass jemand eben entlassen hat und das vorrangig.... und das halt über den Weg in die Therapie versucht. Also das muss man auch sehen. Das muss man dann einschätzen: wie oft war er schon in Haft? wie viele Therapien hat er hinter sich? Ging er regelmäßig zur Drogenberatung? Die schreiben unter Umständen dann auch was für ihn, ja – wenn sie meinen er sei besonders motiviert. Also solche Faktoren spielen dann schon eine große Rolle in der Konferenz.

lh8

Wir wissen wie... wir uns zu helfen wissen usw., wie man den Gefangenen helfen kann. Das erkennen wir, denke ich, doch relativ schnell aufgrund unserer langjährigen Erfahrung und vor allem auch der Umgang mit, klar, der Institution ist wichtig – mit dem Stationsbeamten, mit dem Betriebsbeamten muss man Kontakt halten, damit das alles läuft.

li3

Da bin ich auch auf diese Information angewiesen. [Wir sind da im Kontakt]. Wir holen auch schriftliche Stellungnahmen, dann ein. Vom Arbeitsbeamten und Stationsbeamten.

li7

Das ist auch wichtig, dass der Abteilungsleiter dann, dass... keine utopischen Dinge angehen will, sondern man muss halt sehen, ja mit dem Mann kann man realistisch zusammenarbeiten, der sieht auch meine Bedürfnisse, meine Anliegen. Sonst komme ich nicht weiter. Genau [verschiedene Perspektiven]. Man ist ständig eigentlich im Konflikt mit den anderen Bediensteten.

li9

Erschweren würde ich nicht sagen, aber wenn ich hier zum Beispiel das Anliegen der Drogenberatung sehe, die würden also nicht nur hier tätig sein, sondern es

müsste so eine Art Übergangsmanagement geben für diese Abhängigen, ja. D. h., dass sie Kontakt halten könnten mit dem draußen entweder in Freiheit oder in der Therapieeinrichtung, dass man sich da mehr austauscht, aber das ist ja eigentlich nicht möglich.

Ik2

Also diese Polytoxikomanie, also jeder nimmt gerade alles, was ihm in die Hände kommt und dann auch noch verbunden mit anderen Straftaten, Körperverletzung und Sexualdelikte bis hin zu Betrug und, und Spielen und alles Mögliche. Das ist alles so vermischt, ja. Den reinen Abhängigen gibt es kaum mehr.

II7

Das ist halt das Problem bei den Drogenabhängigen, wo bringen wir die dann unter, wenn sie keine Therapie machen. Gott sei Dank haben die meisten Angehörige oder irgendwelche Familienmitglieder, die sie aufnehmen. Ja, aber die Wohnungssuche ist lang schon ein Problem.

Im1

Aber ich denke in der Regel ist die Haft – besteht während der Haft die Möglichkeit weg zu kommen. Zumindest mal den körperlichen Entzug zu machen und sich mit anderen Dingen zu befassen außer den Drogen. Und ich erlebe das auch im Alltag, ja.

Im4

Aber es gibt auch Selbststeller, die Drogen genommen haben und dann kommen sie halt in die Krankenabteilung [für den Entzug]. Und in der Regel fragen sie da auch schon am ersten Tag nach einem Sozialarbeiter, was los ist mit der Therapie [§35]. Das ist so das erste. Erst selber sich stellen, sich positiv hinstellen und dann gleich nach Therapie fragen.

Im8

Aber irgendwie ist es [Substitution] eine Kapitulation. Klar ich kann es mir leicht machen und die Leute versorgen mit Methadon oder was weiß ich, mit Subutex und

dann läuft das hier während der Haft ohne Probleme. Oder ich kann versuchen, welchen zu helfen, ja. Ohne Drogen zurechtzukommen. Ich denke, das sollte nicht aus dem Auge verloren werden.

Ja6

Natürlich in anderen Abteilungen ist es ein bisschen schwierig Kontakt aufzunehmen. Es gibt nette Beamten, die mich dann anrufen, wenn irgendwie ein Termin nicht eingehalten werden kann. Dass sie sich schon entschuldigen und sagen ich kann nicht kommen. Und manchen machen es im Nachhinein oder manche schreiben einfach ein Antragsschreiben, in dem halt draufsteht: War beim Anwalt, konnte den Termin nicht wahrnehmen, möchte einen neuen.

Ja7

Oder auch, dass die Erstkontaktaufnahme ist ja auch in Form eines Antragsscheins. Genau, mit einem Antragsschein. Bei uns ist das sehr zeitnah, dass wir auch antworten sobald ich den Antragsschein habe, kriegen die von mir eine schriftliche Info, dass ich ihren Antragsschein bekommen habe, mit einem Termin drauf.

Jb1

Also ich hab drüben die Arbeiter. Da sind viele Strafhäftlinge. Ich mach ganz normale Suchtberatung... Unser Hauptgeschäft liegt in der Vermittlung in therapeutische Einrichtungen. Was jetzt bei uns immer ein bisschen wieder schwierig geworden ist... weil ja der Paragraph 35 BtMG nicht mehr so einfach zu bekommen ist.

Jb4

Auch wenn irgendwo im Urteil, zum Beispiel Gewinnerzeugung steht, dann haben die schon gar keine Chance mehr [auf §35]. Auch wenn ein Hauch von Gewinnerzeugung drin steht, was früher also, wo ich angefangen hab, es war, 2000, überhaupt gar kein Problem war. Das ist halt einfach, mittlerweile, also, dass es eine Formsache war.

Jb5

Einerseits find ich's ganz gut, dass es [Beantragung §35] nicht nur eine Formsache ist, sondern dass es auch wirklich, dass man sich auch drum bemühen muss, blöd ist nur, dass man sich bemühen kann, machen kann und tun kann und man bekommt ihn trotzdem nicht. Ne, also, das ist, ja, bisschen schwierig auch für uns.

Also meine Arbeit hat sich schon verändert, weil ich nicht mehr so eine gewisse Sicherheit geben kann auch.

Jb6

Da ist ein Unterschied für mich zwischen Hauptaufgabe und Hauptgeschäft. Bei uns ist ja U-Haft, es kann ja auch dann, kommt die Verhandlung und nach der Verhandlung gibt's dann die Möglichkeit, halt, die Leute auch, wenn sie günstig verläuft auch in Therapie [§35] zu schicken. Das ist ein bisschen...

Jb9

Also, das ist so ein 35er Prozess dauert also wenn's von der Behandlung, bis zur Vermittlung, wenn's funktioniert, also sagt die, die, Staats-, Staatsanwaltschaft sagt so zwischen zwei und drei Monaten, die man drauf rechnen muss, für die Bearbeitung des 35ers.

Jc1

Ich sag auch Geschäfts- ist was anderes als Hauptaufgabe, weil Hauptaufgabe sehe ich schon in der Beratung und in diesem, dem Anregungsprozess, etwas zu verändern. Das seh ich schon als Hauptaufgabe an. Unser Hauptgeschäft, auch für die Kostenträger, ist, dass wir so viel wie möglich vermitteln. Das ist für mich schon so ein bissl ein Unterschied, ne.

Jc3

Wir entscheiden die Vermittlung nicht, ob jemand vermittelt wird oder nicht, entscheiden wir letztendlich nicht. Wir können die Voraussetzungen schaffen, dass des funktioniert, von der Suchtberatung her. Aber, was der Anwalt und die Justiz dann letztendlich entscheiden, ob der Richter das Urteil so schreibt, dass auch der 35er genehmigt werden kann, liegt nicht unserer, liegt nicht unserem Einflussbereich.

Jc6

Hier drinnen nimmt man jeden, jeden Strohalm, um raus zu kommen und draußen hat man nochmal eine ganz andere Möglichkeit, sich frei zu entscheiden. Natürlich gibt's auch Bewährungsauflagen, dass, dass man eine Therapie machen muss, ja. Dann ist es auch wieder eine Sache der Justiz, wird auch nicht unbedingt unser Vorschlag befolgt. Das ist halt bisschen schwierig.

Je2

Ja, die [Externe] sind zuständig für die, für die Krankenstation... weil da wird wenig sein, weil ja dort eigentlich noch nie viel läuft. Haben ja mit sich zu tun. Die, also die Leute kommen rein, die machen den Entzug, manche machen den auch auf Abteilung, die kriegen wir so halt mit, auf den, auf den Stationen und manche gehen halt auf die, auf die Krankenstation und da ist halt also... die Kollegen [Externe] zuständig.

Je3

Also in der täglichen Arbeit, arbeite ich natürlich mit Stationsbeamten zusammen. Klar, ich muss melden „Ich hol mir den“, „ich nehm mir den“...manchmal kriegt man auch Rückmeldung, wo drauf steht, also Rückmeldung, wo, wie, „Er ist schlecht drauf“ oder, oder, „Viel Spaß mit dem“, ne, also grad, wenn man ihn das erste Mal holt, ne, kriegt man manchmal so ein paar, so ein paar Infos zugeschickt. Manchmal auch so ein bisschen, ja kokettieren.

Jf3

Also, was gut läuft ist, dass, ich durch die langen Dienstjahre, die ich hier schon habe, ein Vertrauen besitze. Also, die haben ein Vertrauen in mich. Also die, die Beamten, so, wissen genau, wer ich bin und ich brauche mich nicht vorstellen, „Ich bin die und die“, sondern, dass das automatisch läuft, externe Suchtberatung und, wenn ich jemanden brauche, dann krieg ich ein auch, ne. Ohne, dass mich jemand komisch anschaut oder so.

Jg4

Auch wenn da vielleicht nicht so weltbewegendes, was besprochen wird. Aber ich denk, es ist immer wichtig, sich auch mal zu sehen, zu wissen, wie man aussieht. wenn man denn auch, mehr Einzelkämpfer ist, ne? Und auch, so Sachen, wo man halt einfach gemeinsam kämpfen muss, oder gemeinsam was einbringen muss, dass man sich dann halt einfach trifft und auch abspricht.

Jg7

Also, die Arbeit erschwert für mich halt einfach, die ganzen Kontakte mit den Rentenversicherungen. Bei manchen gibt's halt, bei manchen geht's das recht schnell, dass man halt einfach auch Kostenzusage beantragt und man kriegt sie, so wie früher, und bei manchen halt einfach nicht.

Jg9

Die ganze Sache mit den ganzen, Strafrestaussetzungen, 2/3-, Halbstrafe, also Paragraph 57 Strafgesetzbuch, ist schwierig, ja, berührt mich nicht so, weil ich nicht so viele Strafhaftler habe, hier im U-Haftgefängnis jetzt hier, find ich ne, ist eine schwierigen Aspekt. Wenn man keine Kostenzusage hat, ist es halt schwierig zu vermitteln.

Jh3

Im Gegensatz 57 gibt's kein Paragraph, um da für die 57er die Kosten, zu bekommen für die Rentenversicherungen und die Krankenversicherungen. Genau, naja übergangsmäßig ist die Rentenversicherung zuständig, erstmal. Rentenversicherung, wenn die nicht zuständig ist, dann Krankenversicherung, wenn keine Krankenversicherung gibt, dann, geht er zurück.

Jh5

Na, außer die sozialtherapeutischen Einrichtungen, Übergangswohngemeinschaften, die zählen nicht, das wird automatisch vom Vollzug finanziert. Naja automatisch... muss man auch beantragen, aber es ist der Vollzug zuständig.

Jh8

Naja, es ist immer der Paragraph 35, der immer wieder genehmigt werden muss. Also es gibt viele Leute, die eigentlich, auf den Prozess der Vermittlung halt einfach einwirken, ne. Irgendwie, Rentenversicherung, also jetzt Kostenträger allgemein, dann auch die ganze Justiz, die halt einfach, Voraussetzungen schaffen, dass man's nicht bekommt oder bekommt, ne. Genau, und das ist eigentlich das, was, was hauptsächlich ist, ne.

Ji3

Zwischen der Justiz, ne, den Vollstreckungskammern und auch zwischen den, der Ermittlungskammer, die halt alle das, das Gericht sprechen und den Kostenträgern und den Einrichtungen, wir sitzen da so, in, in der Mitte und, und, aber, im Grunde hab ich die Möglichkeit, an allen Stricken zu ziehen, die ziehen alle an uns.

Ji4

Was auch gut läuft, das was ich auch dazu sagen muss, ist die Sache mit den Therapieeinrichtungen, da ist da wirklich auch eine gute Kooperation mittlerweile da. Am Anfang meiner Tätigkeit nicht so, da ging's um die Therapiefahrten, dass wir die Leute immer in die Therapie fahren sollten. Was ja grade unsere Vermittlungszeiten sehr zeitaufwändig ist. Da hab ich manchmal eine Woche nur Therapiefahrten gemacht und die Gespräche hier blieben eigentlich liegen, was aber eigentlich unsere Aufgabe ist.

Ji8

Was sich auch noch erschwert hat, ist, dass wir schwieriger Einrichtungen belegen können die außerhalb von Bayern sind, außer er ist halt jemand von Hamburg oder von Kiel oder von, von Nordrhein-Westfalen wo eine andere Rentenversicherung zuständig ist, da ist es natürlich klar dass die auch natürlich in ihrem Kreis die Einrichtung belegen wollen.

Ji9

Aber wenn wir eben... sobald er sagt er will weg, raus aus Bayern, na, dann ist es für uns sehr, sehr schwierig, halt in eine Einrichtung außerhalb von Bayern zu bele-

gen. Weil die Rentenversicherung dann sagt, wie wenn die Rentenversicherung Bayern Süd zum Beispiel zuständig ist, sagen die ne, sollen innerhalb von Bayern gehen.

Jk3

Da wird sag ich mal das Ziehen einer Fahrkarte zum Problem, und zum Schweißausbruch, weil sie nicht wissen wie sie's machen sollen, kommt darauf an, wie lange sie, wie bereit die jetzt sind... Es gibt auch welche, die haben jetzt sechs Monate hier gesessen, dann, die hab ich zur S-Bahn begleitet, um sie in die Soziotherapieeinrichtung zu bringen, die waren am Hauptbahnhof durchgeschwitzt. Vor lauter Aufregung, und Stress.

Jl3

Also ich würde mir wünschen, dass es wieder wie früher einfacher wird, Kostenzusagen für den 35er zu bekommen. So wie es, sag ich mal, 2000 gewesen ist, wo es eigentlich fast eine Formsache war dass der 35er mitgekommen, ... beantragt wurde, wurde dann meistens genehmigt, es ist wenig abgelehnt worden, und so weiter.

Jl8

Das, glaub ich, genießen auch viele. Zu merken, dass der Körper sich wieder gut anfühlt, dass sie wieder anfangen zu trainieren, sie kriegen wieder Muskeln, haben wieder ein Gefühl, sie fühlen wieder, sie weinen wieder, sie träumen wieder, also das ist erst mal wieder ein neues, eine gute Sache für die. Also das find ich nicht schlecht.

Jn1

Also, viele machen es [Entgiftung] ja hier, ne... Also hier auf der Abteilung, da machen sie es halt einfach kalt. Nicht in der Krankenabteilung, manche machen es auch einfach hier, weil sie halt einfach nicht auf die Krankenabteilung wollen, weil sie das wissen, wie es da abläuft. Weil da sind große Zimmer mit vielen Leuten... Da sind, glaub ich 6 Betten drin, also recht große Zimmer und sie dürfen nicht rauchen. Und Entzug ohne Nikotin ist, glaub ich, noch schwieriger...

Jn3

Manche machen's [Entzug] hier und dann hab ich sie oft, dann sind sie noch drauf also ein bisschen so am Rande... Und dann machen sie die ersten Gespräche, das ist natürlich immer so ein bisschen schwierig... Die machen's halt... Also grade auch bei Heroin ist das nach einer Woche gegessen... Dann fangen sie an, sich zu erholen und dann dauert es so drei Monate, bis sie ganz...

Jn4

Kommt drauf an, was sie konsumiert haben, bei Opiaten zum Beispiel, wenn sie Subutex konsumiert haben, dauert es sehr lange, bis sie wieder richtig fit werden, bei Heroin... naja, so nach zwei, drei Monaten an, fangen sie an wieder so richtig fit zu werden...

Jn9

Ja, aber die meisten sagen, dass es halt einfach, auch für sie erstaunlich ist, wie kurz der Entzug ist, und dass er gar nicht so schlimm ist. Also es kommt ganz oft rüber, ich hab mir es schlimmer vorgestellt, den Entzug, oder so. Also das find ich immer ganz erstaunlich, jetzt auch daher, dass es nicht so lange ist und dass man davor keine Angst haben braucht, dass man auch aussteigen kann einfach und einen Entzug machen kann.

Jo1

Dass es [Entzug] nicht so schlimm ist. Also zumindest in Haft, da können sie nicht anders, ich meine woanders draußen ist es natürlich schlimmer. Genau. Also wenn man eingesperrt ist, wenn es nicht anders geht, dann steht man die Dinge viel einfacher durch als wenn man immer weiß, ich könnte jetzt anders handeln.

Jo4

Also es [Gefängnis] hat eine Chance, ich finde schon, es hat eine Chance, viel Erfahrungen, die sie auch machen, viel gute Erfahrung, wenn sie auch zur Suchtberatung gehen. Wenn sie natürlich nicht zur Suchtberatung gehen, oder zumindest, ja,

eine Suchtberatung ist ja auch schwierig in den anderen Haftanstalten, die haben ja auch oft sehr lange Wartezeiten usw.

Jo5

Da haben sie halt in dieser akuten Zeit, haben sie keine Begleitung oft [wegen langen Wartezeiten], oder nur schwierig, obwohl die sind ja meistens dann in U-Haft, die sind ja meistens gut bestückt und das ist auch gut so, dass wir die Leute auch rechtzeitig bekommen, weil auch in dieser Akutzeit die Änderungsbereitschaft gewiss auch am größten wird, da geht was. Deswegen, umso länger die Haft dauert, umso weniger geht da, weil's halt auch immer schwieriger wird, die...

Jo8

Also ich denke, dass wirklich, also hab ich ja auch schon gesagt und ich möchte es, glaub ich, noch einmal sagen, dass überhaupt Therapie im Strafvollzug für mich persönlich sehr fraglich ist, ob es wirklich gut ist, egal was für eine es auch ist, weil da immer dieses Abhängigkeitsverhältnis da ist.

Jp2

Ich mach ja keine Therapie, für mich geht's ja hauptsächlich um die Außenorientierung und um die Situation der Menschen, die hierher kommen mal einfach zu nutzen, wo die Veränderungsbereitschaft sehr groß ist. Es ist einfach so, sind natürlich abgeschlossen und sie wollen was verändern, weil sie hier raus wollen.

Jq3

So viel zum Thema, was ich arbeite. Ich mach keine Therapiearbeit, auch wenn es sich manchmal so anfühlt. Ne, also meine... die Psychologin sagt immer, ich mach Therapie, weil die Gespräche sind therapeutische Gespräche, natürlich, das ist therapeutisch, aber im Prinzip mach ich keine Therapie, das würde ich draußen auch so machen, wie ich es hier mache. Da würde ich glaube ich meine Arbeitsweise nicht verändern.

Kb7

Immer mehr, es wird immer beschwerlicher. Es wird einerseits immer schwerer durch die zuständige Rentenversicherung, die immer mehr – ich sag mal – Hürden aufbaut, immer neue Bestimmungen einbringt.

Kc1

Ab 2011 hat die Rentenversicherung gesagt oder bestimmt, verordnet, dass eben die Kostenanträge nur noch bearbeitet werden, wenn ein rechtskräftiges Urteil vorliegt. Vorher wird dieser Antrag gar nicht bearbeitet, wird dann eben als abgelehnt zurückgeschickt. Das ist jetzt beispielsweise seitens der Rentenversicherung erschwert worden.

Kc5

Und jetzt in jüngster Zeit ist es auch im November oder Dezember 2011 geschehen, wieder seitens der Rentenversicherung gibt es ein neues Formular G435. Da geht es darum, dass die Justiz hier im Vorfeld, bevor der Kostenantrag gestellt wird, benennen muss, ob die Möglichkeit zum §35 oder zum §57 besteht, ob eben noch auch dann Verhandlungen anstehen.

Kc6

Und erst dann wenn auch dieses Formblatt [G435 für die Rentenversicherung] ausgefüllt wurde, dann wird der Antrag bearbeitet. Das ist jetzt irre kompliziert, weil dieses Formular ist gar nicht so einfach, wer füllt das aus.

Kd2

In aller Regel gehen die Leute mit §35 auf Therapie. Und das sind wenige geworden, verdammt wenige im Vergleich noch zu den letzten Jahren vorher. Und der §57, der ist ja schon seit Langem oder seit 2011 kaum mehr umsetzbar.

Kd5

Es wirkt sich so aus, dass natürlich weniger Vermittlungen stattfinden. Dass die Vermittlungen einfach auch dann durch dieses Prozedere viel länger dauern, sich über Monate hinzieht, vielleicht, dass es jetzt sechs Monate dauert bis der Kostenantrag und bis dann alles gemacht ist im Kostenantrag.

Ke2

Ich sag mal, die sind eher... wenn jemand hier konsumiert und es kommt raus, dann gibt es sofort Sanktionen. Und die sind dann glaube ich anscheinend ziemlich, was ich höre, das kann ich ja auch nicht beurteilen, ist halt eins zu eins. Aber halt nicht zögerlich, was Sanktionen anbelangt.

Ke3

Und wenn jetzt jemand z. B. arbeitet und hat das und das erreicht hier und sich ganz, sagen wir mal, eingerichtet, dass er ganz gut damit umgehen kann im Knast zu sitzen, dann achtet er schon sehr darauf, dass nicht bemerkt wird, dass er was genommen hat, weil sonst geht's zu UK und dann geht er in den Arrest, oder er bekommt Sonstiges, keine Arbeit mehr. Also er kann sehr schnell sehr viel verlieren.

Kf7

Und dann gibt es ja auch immer die Angebote oder auch den Bedarf, dass wir seitens des Trägers Informationsgespräche führen, z.B., wenn andere hier von der JVA in die Beratungsstelle kommen und der Kollege einen Vortrag hält.

Kf8

Oder was angedacht ist, vielleicht dann auch, wenn der Bedarf vorhanden ist oder die Bereitschaft, dass den Beamten hier, die da tätig sind auch Informationen weitergeben, was Abhängigkeit ausmacht. Was es da zu beachten gibt oder wie auch immer. Nee, Informationsveranstaltung. Natürlich persönliche Gespräche, wenn jemand möchte, natürlich auch, jederzeit gerne.

Kf9

Aber so, der Gedanke ist auch das anzubieten, dass - oder da hat auch die Anstaltsleitung das vor Kurzem so angesprochen, von ihrer Seite auch, dass erwünscht ist, dass wir mehr, dass auch die Beamten mehr Information bekommen. Einfach durch die Information dann auch vielleicht mehr Sicherheit erlangen, wie umzugehen ist mit Abhängigen. Oder vielleicht dann auch, ja einfach Erfahrung machen können.

Kg3

Und wie die Beamten mit uns umgehen, das ist ja auch wieder ganz unterschiedlich. Es gibt manche... ja... manchmal ist es nervig. Manchmal muss man auch was aushalten oder sich auch denken, was soll das.

Kg9

Und auch hier, wir sind zu zweit hier und, wie gesagt in der U-Haft sind wir häufiger länger und auch mitten drin. Und das heißt, wir müssen uns hier jetzt erst mal so richtig finden, wie man damit umgeht. Also auch seitens der Beamten, zu denen auch wir immer Kontakt aufnehmen.

Kh8

Und das, sage ich mal, spüre ich zumindest jetzt subjektiv gesprochen, auch meine Kollegen. Da gibt es auch Leute mit Widerstand, die das nur nicht so angeben. Aber das hat sich auch schon ein bisschen verbessert. Also es tut sich was. Und ich denke, es geht schon in die richtige Richtung. Das wird in einem halben, dreiviertel Jahr dann auch einfach dazugehören. Und auch immer mehr angenommen wird, von einem Großteil zumindest.

Kj6

Das ist halt genau das Problem - von außen kommt es eigentlich letztendlich - dass einfach es immer mehr erschwert wird seitens der Rentenversicherungsanstalten oder eben auch der Justiz, die das immer mehr erschwert einfach, das Ziel erreichen zu können. Therapie statt Strafe machen zu können.

Kj9

Genau. Ich sage mal in dem Sinne findet eigentlich keine Zusammenarbeit statt. Also ich habe es vor Kurzem mal probiert, die Ärztin darauf anzusprechen oder habe sie angesprochen, ob sie nicht gleich schon den Arztbrief schreiben kann, weil wir jetzt die Therapie den Kostenantrag stellen konnten, da die Verhandlungen sehr spät stattgefunden hat, also schon viel Zeit im Vorfeld vergangen ist.

Kk4

Nee, weil es gibt auch keine Kommunikation zwischen den Ärzten und uns. Und das ist wohl schon ja, vielleicht immer so oder lange so. Also auch mit Kollegen, die haben da nicht mehr Erfahrung oder... bzw. nicht eine größere Zusammenarbeit oder überhaupt Zusammenarbeit.

Kk6

Und es werden auch Kurzzeitstraftäter, ich glaube bis zu einem viertel Jahr letztendlich, können die Möglichkeit haben, dass sie auch substituiert werden durchgehend. Sie müssen halt zum einen vom vorherigen Substitutionsarzt einen Bescheid mitbringen, dass er zum einen substituiert wurde und auch wieder substituiert werden kann, wenn er raus kommt.

Km7

Und in dem Zusammenhang war auch schon, dass wir halt dann da bei dem Arzt anrufen und nur vereinbaren können, dass halt dann der Klient gleich nach dem Knast, nach der Entlassung zu ihm kommt bzw. erst Mal sich krankenkassenmäßig anmeldet, über die ARGE, meist über ALG2 und danach dann gleich nüchtern zum Arzt kommt, um dann wieder halt die Substitution beginnen zu können und das überhaupt wieder anlaufen zu lassen.

Kn3

Ja ich sage mal was, was ich jetzt eigentlich auch schon... ich würde mir wirklich wünschen, dass da von den Trägern, von der Justiz einiges verändert werden würde zu Gunsten der Klienten, weil ich den Eindruck habe, dass hier alles zum Teil erschwert wird. Ich vermute aus finanziellen Gründen, dass man einfach hier Kosten versucht zu reduzieren.

Kn4

Ja wenn ich jetzt z.B. diese Möglichkeiten einfach vermindere, dass jemand während der Inhaftierung auf Therapie gehen kann. dann spart sich ja die Rentenversicherung viel Geld, weil die Leute dann erst mal nicht auf Therapie gehen.

Kn6

Somit hätte gerade die Rentenversicherung gut Geld gespart, weil jetzt ist eine andere Abteilung zuständig, aber das Problem ist gesellschaftlich gesehen verschärft vorhanden. Und auch für den Einzelnen natürlich. Und das ist halt ärgerlich, schade.

Ko9

Und dann haben sie ein Ziel, ein Vorhaben, wollen auf Therapie gehen und dann erschwert man ihnen das und womöglich aus Kostengründen, dass man verschiedene...

Kp6

Ja, vielleicht. Genau es gibt eben auch Gruppenangebote, die wir hier machen, was das Arbeitsfeld anbelangt. Wir machen auch Rückfallspräventionsgruppen. Jetzt vielleicht gerade noch mal gesprochen auch von Leuten, die nicht auf Therapie können, aber doch was tun wollen. Dann gibt es die Möglichkeit, das Angebot von uns Drogennotfallgruppe. Es gibt dann noch...

Kp8

Eine Infogruppe ist dann auch noch vorhanden, d.h. denen zeigen dann, wenn die Warteliste zu groß wird, dann machen wir die Informationsgruppe schon mal. In der Gruppe einen Kontakt zu den Leuten hier zu beginnen und einfach mal auch hier Information weiterzugeben was den §64 anbelangt, also diesen Maßregelvollzug und den §35 und den §57, damit die schon ein bisschen so vorab sortieren können oder halt die dringenden Fragen beantwortet werden können.

La1

Also, ich bin hier Gruppenleiter der Substitutionsstation, die is zuständig für 30 Inhaftierte, dabei sind im Substitutionsbereich nur Inhaftierte untergebracht, die sich in ner Substitutionsbehandlung befinden und zeitgleich is meine Aufgabe die psychosoziale Betreuung während der Substitutionsbehandlung sicherzustellen.

La7

Der dritte Weg wäre, jemand, hat [in Haft] eine nachgewiesene Drogenabhängigkeit, bewirbt sich über seinen zuständigen Sozialarbeiter, in der Substitutionsbehand-

lung, dann würde der Arzt während seiner Sprechstunde die medizinische Seite abklären, der zuständige Sozialarbeiter / Gruppenleiter, würde die vollzugs-ergänzenden Erkenntnisse mitteilen, und hier würde ne Entscheidung getroffen werden: Wird derjenige in die Substitutionsbehandlung hier aufgenommen oder nicht? Das wäre der dritte Weg, wie jemand in die Behandlung gelangt.

Lb5

Also wenn fest steht z.B., dass der Inhaftierte die Substitutionsbehandlung nur nutzt, um den Vollzugsbereich zu wechseln, also wir haben hin und wieder, jetzt in letzter Zeit öfter Fälle, dass sich Leute in die Substitutionsbehandlung begeben, um dann, wenn sie in diesem Substitutionsbereich sind, zwei Wochen später zu sagen, sie beenden die Substitution.

Lc2

Na, den Substitutionsvertrag, der auch draußen unterschrieben werden muss, zwischen Arzt, PSB und Patienten und dann gibt's ja Richtlinien und es is natürlich praktischer, sich sein Substitut schwarz zu besorgen, weil dann muss ich mich ja an keine Richtlinien halten.

Lc6

[Erwartet wird vom Inhaftierten,] Dass er sich [nach Entlassung] um ne externe Drogenberatung bemüht, dass er sich um einen Arzt, der ihn weiter substituiert, bemüht, dass er sich um ne psychosoziale Betreuung anschließend bemüht.

Ld1

Ja, das bedeutet er [Substitutionsarzt] macht einmal die Woche einen sogenannten, Besprechungstag, wo die Substituierten die Möglichkeit haben, und nich nur die Möglichkeit haben, sondern auch die Pflicht haben, beim Arzt zu erscheinen und mit ihm zu sprechen. Alle. Alle Substituierten. Alle, einmal die Woche. Alle 60. Vorstellung beim Arzt, der hat genau sein Büro hier unterm Ring.

Ld2

Und die Inhaftierten... Das ist natürlich auch eine Problematik, die befinden sich im Arbeitsprozess, das heißt, wenn sie sich in die Substitutionsbehandlung begeben, ist Mittwoch ein sogenannter Therapietag, der auch nicht finanziell entlohnt wird oder so. Für diesen Tag erhält er kein Geld.

Le3

Oder auch solche Geschichten wie Arbeit oder Schulungen, die sich halt oft krank melden, was erstens natürlich dem Ruf der Station schadet, weil's da schon immer schwierig ist, diese Leute irgendwo unter zu bekommen und, wenn die natürlich dann ihrer Arbeitspflicht nicht nachkommen wegen fadenscheinigen Geschichten, dann [bei häufigen Krankmeldungen] holen wir die natürlich erst rein und sagen: „So geht's nicht! Krank sein kann jeder mal und wenn man Probleme hat...“

Lg1

Vielleicht ergänz ich noch eine Sache dazu, es gibt auch noch einen anderen Arbeitskreis, Arbeitskreise gibt's wie Sand am Meer. Es gibt auch einen älteren Arbeitskreis auf der pflegerischen [...]AG Substitution. Also, wo wir versuchen wollen im Endeffekt, die Substitution für den kompletten Vollzug zu vereinheitlichen. Dass wir das nehmen, was da ist und geschaut wird: „Wo müssen wir noch dran arbeiten?“, „Wo könnte man was verbessern? Was verändern?“ Dann sind wir gerade dabei, einen neuen Behandlungsvertrag zu erstellen, der dann für den kompletten Vollzug einheitlich ist.

Lg9

Dann wird gefragt, wie aussieht mit substituierenden Ärzten draußen, ob's da schon irgendwelche gibt, oder wie sie an ihr Substitut draußen gekommen sind, dann versucht man natürlich die dementsprechende Adresse herauszubekommen, um dann schon ein bisschen Vorarbeit zu leisten, wenn wieder eine Entlassung ansteht.

Lh8

Einen wichtigen Punkt, oder einen besonders wichtigen Punkt finde ich, dass derjenige eigentlich, wenn er in den Substitutionsbereich aufgenommen wird oder wenn er aus einer Anstalt hierher verlegt wird, dass er sich recht zeitnah um einen Substitutionsarzt nach seiner Entlassung bemüht, selbst wenn er mehrere Jahre vor sich hat.

Lh9

Viele Inhaftierte verbüßen Ersatzfreiheitsstrafen und wir haben es immer wieder erlebt, dass auf einmal Geld da war, woher auch immer, Mutti hat die Geldstrafe bezahlt und so weiter. Derjenige, wo ne Blitzentlassung erfolgt ist, der jetzt zu entlassen war. Dann ist es natürlich äußerst ungünstig, weil er kriegt hier sein Substitut, hat aber keinen Substitutionsarzt draußen.

Li1

Und hier haben wir im Moment die Situation, dass es sehr, sehr schwer ist, jemanden in die Substitutionspraxen zu vermitteln, weil die Substitutionspraxen einfach voll sind. Wir haben hier Schwerpunktambulanzen, die nur substituieren. Wir haben aber auch praktische Ärzte, niedergelassene Ärzte, die substituieren.

Li2

Durch die Bank sind eigentlich alle [Substitutionspraxen] bis zur Hutschnur oben voll. Und es braucht wirklich immenser Vorarbeit, jemanden noch in Substitutionsbehandlung draußen unterzubekommen. Das lässt sich in den wenigsten Fällen wirklich von einem Tag auf den andern regeln.

Lj1

Und das ist natürlich auch für den Inhaftierten ein Problem. Es kommt nicht jeder unbedingt aus der Großstadt und es will vielleicht auch nicht jeder unbedingt hier bleiben, weil sie sich natürlich aus den alten Strukturen herausbewegen möchten.

Die Substitutionsbehandlung gibts hier.

LI3

Also es gibt ein großes Interesse an der Substitution in Haft. Das ist gewachsen in den letzten Jahren, find ich schon so. Viele Einrichtungen besuchen uns, von draußen, die eigentlich mit entlassenen Inhaftierten auch arbeiten. Ein paar Einrichtungen waren hier mit großen Delegationen, die sich hier die Substitution angeguckt haben.

Lp2

Da kommen wir jetzt auch an nen wesentlichen Punkt, was Konsequenz in der Substitutionsbehandlung betrifft. Und ich glaube, dass da auch viel Frust bei den Kollegen her kommt, weil sie sich als hilflos in der Substitutionsbehandlung empfinden. Alles wird vom Arzt gesteuert, kontrolliert und entschieden. So empfinden sie das. Seh ich nich unbedingt so. Es wird sehr viel unterschieden.

Lp4

Wir haben sehr wohl nen Einfluss drauf und möchten da unseren Einfluss auch stärken, wer im Substitutionsbereich is oder nich, weil das nämlich ne vollzugliche, die Unterbringung is ne vollzugliche Maßnahme, keine medizinische Maßnahme. Und da müssen wir als Team, mich, der nich der Arzt is, unsere Position stärken.

Lp5

Weil natürlich versteh ich das auch aus ärztlicher Sicht, warum jemand bei bestimmten Auffälligkeiten trotzdem weiter in der Substitutionsbehandlung verbleiben muss, weil... Was is die Konsequenz? Also er kann sich hier zum Beispiel keinen andern Substitutionsarzt suchen.

Lp6

Die Abhängigkeit besteht auch weiter fort, auch die Konsequenzen der Abhängigkeit für den Vollzug, weswegen man ihn ja eigentlich mal in die Substitution genommen hat, die bestehen weiter fort. Also was is für den Vollzug nun gefährlicher? Wenn derjenige bei der Vergabe betrügt, oder wenn der in seinem Haftraum Spritzen hat, die er in Boilern auskocht, wenn er sich mit Drogen verschuldet und so weiter und so fort.

Lq7

Ja, irgendwo muss man da Konsequenzen setzen, weil draußen kann der Arzt dann sagen „Such dir ne andere Praxis“. Und die Möglichkeit haben wir ja nicht. Wir müssen ihn ja weiter substituieren, wir müssen ihm aber auch aufzeigen „Hier hast du was falsch gemacht.“. Ja, hier gibt es klare Regeln, du hast sie auch unterschrieben...

Lr5

Aber, muss man so sagen, hier entscheidet der Arzt auch oftmals entgegen manchmal unserer Meinung, denjenigen doch jetzt raus zu nehmen aus dem Programm. Es wäre an der Zeit, ihn doch drin zu behalten, und ein Grund wäre zum Beispiel problematischer Beikonsum.

Ls3

Aber manch einer muss wirklich erfahren auch, dass dieses Programm auch zu Ende sein kann, wenn er mit diesem Problem weiterkommt [...] Ja. Und das ist das große Problem, was Frust auf der Inhaftiertenseite, aber auch auf der Bedienstetenseite erzeugt, weil natürlich die Inhaftierten, die grade laufen sich durch diese ewigen Chancen, die sie erhalten, die nicht grade laufen, erhalten, natürlich frustriert sind.

Ls5

Oder bei Betrugsversuchen... Meistens bei Betrugsversuchen, wo dann der Arzt [hochdosiert]... Dass der Inhaftierte sagt ich habe das gemacht, weil ich mir das, zum Beispiel Subutex, durch die Nase ziehe, weil es dann stärker wirkt und ich mehr davon brauche. Und das ist natürlich in manchen Fällen vielleicht anzuzweifeln, weil nämlich eine Woche später beim nächsten Betrugsversuch ne ganz andere Geschichte dazu kommt.

Ls6

Und wenn der Arzt immer runter schleicht, mit dem Substitut, dann geht's dem erstaunlich meistens besser als wenn sie voll drauf sind, mit der höheren Dosis. Denn

das haben wir jetzt schon bei einigen festgestellt, wo man einfach für sich zu der Erkenntnis gekommen ist, dass Subutex im Vollzug einfach total schwer zu händeln ist.

Lt7

Und zukünftig, also das ist Zukunftsmusik, wollen wir auch den medizinischen Bereich und den vollzuglichen Bereich mehr trennen. Also schon mehr zusammenarbeiten, aber doch die Einflussnahme auf die unterschiedlichen Sachen. Weil wir festgestellt haben, dass mit dem Arzt zusammen gewisse Entscheidungen konträr getroffen werden, also nicht gemeinschaftlich getroffen werden.

Lu5

Man muss halt auch sehen, dass es hier ein Stationsgefüge gibt und das muss auch funktionieren. Und wenn das Stationsgefüge auseinander gerät oder ins Wanken gerät, dann gerät die ganze Substitutionsbehandlung ins Wanken, weil beides ist miteinander verknüpft. Und, das ist schwierig und das ist an Personen gebunden, das ist an Kapazitäten gebunden, das ist an ein Haus gebunden.

Lu7

Es ist auch die Frage ob man da auf einen Nenner kommen kann, weil es natürlich unterschiedliche Herangehensweisen an diese Substitutionsbehandlung gibt. Aus medizinischer Sicht kann ich die Entscheidung des Arztes vollkommen nachvollziehen. Ich würde in seiner Position wahrscheinlich genauso entscheiden.

Lu8

Nun gut, aber ich bin nicht der Arzt, ich bin der Vollzug, und dementsprechend sehe ich eher meinen Part dabei und das ist eben ein anderer und das geht vielleicht manchmal nicht unbedingt immer eins zu eins zusammen.

Lv2

Auch wenn man sich so mit anderen Anstalten unterhält, ob Sie mit anderen Anstaltsärzten, gerade dieser Aufnahmebereich ist natürlich noch etwas schwieriger, das ein bisschen dann rauszufiltern und... Da steht's natürlich auch und fällt's mit dem

Team. Und ob das nun das medizinische Team is, wo man Aufbauarbeit leisten muss bezüglich Substitution oder ob's vollzugliche Seite is...

Lv5

Also wir haben auch relativ viel Freiraum, externe Veranstaltungen zu nutzen. Wir bekommen sie nich immer finanziert, das is eher n Problem, aber die Möglichkeit, Fachaustausch, also Fachtagung und so weiter zu nutzen, die wird unschon eingeräumt, auch gemeinschaftlich. Also viele Sachen besuchen wir zusammen und das is richtig gut.

Lw4

Also was ich mir definitiv wünschen würde, wären mehr Informationsveranstaltungen für die Kollegen, sei es vom Vollzug oder vom medizinischen Dienst. Einfach, dass bezüglich dieser ganzen Infektionsgeschichten zum Beispiel, die ja mit dieser Erkrankung [Drogenabhängigkeit] zusammenhängen oder allgemein Sucht. Was bedeutet das? Was heißt das für diesen Menschen?

Lx1

Ein Projekt von uns zukünftig, zum Beispiel, wo wir n Problembereich sehen, is die KV. Inhaftierte, die entlassen werden, die sind ja versichert, krankenversichert über die Justiz, so lange sie hier sind. Und wenn sie rausgehen, kriegen sie am Tag der Entlassung letztmalig ihr Substitut verabreicht.

Lx2

Um aber in ner Substitutionspraxis aufgenommen zu werden, am nächsten Tag [nach der Entlassung], müssen sie ne bestehenden Krankenversicherungsschutz nachweisen. Das is für viele gar nich leistbar, sofort. Weil sie nämlich über das Jobcenter... Also sie müssten ja an dem Tag der Entlassung das Jobcenter abklappern, die müssen die Krankenversicherung abklappern, die müssen zum Substitutionsarzt.

Lx9

Also ich beneide manchmal die Kollegen, die dann um 14.00 Uhr frei haben, sagen „Man, is schon fünf nach Feierabend, jetzt muss ich aber raus.“ Ja, da gucken wir wahrscheinlich nach zwei Stunden nach Feierabend auf die Uhr und sagen „Na, jetzt muss ich aber auch mal langsam Feierabend machen.“ Und es bezahlt einem ja keiner. Man muss schon die Arbeit mögen [Motivation]. Und grade die Arbeit dann mit Substituierten.

Ly5

Was relativ schwierig is, was wir vielleicht so noch nicht besprochen haben, is dass relativ schwer externe Kräfte dafür zu begeistern sind oder zu gewinnen sind. Also ich hab ja vorhin schon mal erzählt, die finanziellen Mittel sind da. Auch ne Aufwandsentschädigung zu leisten und so weiter...

Ly6

Aber es fällt mir relativ schwer, Kräfte oder einfach Trainer zu gewinnen. Zum Beispiel bestimmte Gruppenangebote anzubieten. Ich denke, das lebt auch davon, dass halt externe Kräfte beteiligt werden, dass externe Kräfte ihren Beitrag leisten.

Ly8

Weil viele substituierte Inhaftierte gehen in betreute Wohneinrichtungen. Die allerwenigsten gehen wirklich in die heimischen vier Wände, die noch da noch existieren. Es kommt eher seltener vor, es kommt vor, aber es kommt eher seltener vor.

Mc8

Schwierig ist es bei Frauen, die wegen Ersatzfreiheitsstrafen einsitzen, da ist das Ziel oft nur abzusetzen und zu warten, ob sich etwas Überzeugendes an die Haft anschließen lässt.

Me3

Wenn sich nicht an die Regeln gehalten wird, nimmt man das wahr, muss wieder gangbar gemacht werden. Wenn bei speziellen Frauen ein Regelverstoß festgestellt wird, bei Haftraumkontrollen Spritzen gefunden werden, kann es disziplinarisch gehandelt werden.

Na4

Im Drogenbereich beschränkt sich das [Resozialisierung] meistens darauf, Motivationsarbeit zu leisten, was Therapie anbelangt, also externe, hier drin bieten wir keine Therapie an, und die Entlassungsvorbereitung, also sprich in die Therapie oder ins betreute Wohnen oder was auch immer.

Nc7

Und ihnen wird erklärt, wie sie damit umzugehen haben. Also dass das Etui an einer bestimmten Stelle im Haftraum aufzubewahren ist und dass dort immer eine sterile, verpackte Spritze drin zu sein hat, also spricht wenn ich die benutzt habe, muss ich die sofort eintauschen und eine sterile neue in dieses Etui legen.

Nd2

Also ich versuch dann immer Aufklärungsarbeit zu leisten und sag, es hat hier ja niemand einen Zauberstab, krank sind Sie dennoch, abhängig und d.h. Sie sind vor nem Rückfall nicht gefeit und dann ist das ja schöner, wenn Sie ne sterile Spritze haben als wenn nicht.

Nd9

Also da [im Basisbereich] gibt's öfter Frauen, die sich dann nicht dran halten. Und teilweise auch nur Spritzen ziehen, um die weiterzugeben in die Aufnahme, dort gibt's keinen Automaten und da Tauschgeschäfte vorzunehmen oder auch schon aufgezogen zu verkaufen. Das sind so Auswüchse.

Ne3

Ich find es [den Spritzenautomaten] gut. Ja, also ich finde es nahezu skandalös, dass wir die einzige Anstalt sind, definitiv. Was wir eigentlich gewährleisten müssen, ist eine Gesundheitsversorgung, wie ich sie draußen auch hätte.

Ne4

Und es ist mittlerweile Standard, dass wenn ich abhängig bin und intravenös konsumiere, mir auch sterile Spritzen zur Verfügung stellen, an allen möglichen Stellen

hier in der Stadt. Also es gibt hier auch Automaten auf der Straße, wo ich sterile Spritzen ziehen kann.

Ne9

D.h. die Kollegen, die dort gearbeitet haben, waren auf einmal mit einer veränderten Klientel konfrontiert, die sie vorher nicht kannten und aber auch nicht wollten. Das ist einfach speziell mit abhängigen Menschen zu arbeiten. Das war, glaub ich, das erste Problem.

Ng4

Die Arbeit schwer macht manchmal die Arbeitsbelastung an sich. Also in der Vergangenheit beispielsweise, dadurch dass wir so klein sind, haben wir auch so einen Ein-Mann, Ein-Frau Betriebe. Und jetzt ist in der Aufnahme die Kollegin erkrankt, seit einem Monat etwa und ist jetzt auch noch den ganzen Monat über krank und d.h. das muss aufgefangen werden von allen anderen.

Ng5

Und d.h. [bei Krankheit von Kollegen] ich habe nicht nur meine 20 Frauen von der Station, sondern noch 30 von der Aufnahme. Und jeden Tag mit Fluktuation und dann kommt man nicht mehr wirklich hinterher. Also ich hab jetzt die letzten Wochen den Eindruck gehabt, ich hab auf meiner Station gar nichts mehr gemacht. Das macht's schwer. Ja, das [Gespräche] fällt dann mitunter hinten drüber. Wenn's zu viel dann wird.

Ng6

Also was mir jetzt grad noch einfällt, was manchmal die Entlassung von Frauen ganz schwierig macht, ist diese Fragmentierungen in der öffentlichen Hand. Ich weiß jetzt nicht, wie ich das anders ausdrücken soll. Z.B. ich entlasse eine Frau und die muss am ersten Tag ihrer Entlassung ganz viele Wege beschreiten.

Ng7

Also sie muss [nach ihrer Entlassung] zum Jobcenter gehen, um einen ALG II Antrag zu stellen, sie muss zur Versicherung, um wieder erneut versichert zu sein, sie

muss dann ins betreute Wohnen, muss dann evtl. noch zur sozialen Wohnhilfe, um sich da die Kostenübernahme holen, weil alles andere vorher nicht geht.

Nh1

[Vorbereiten auf die Entlassung] Naja, indem ich beispielsweise Anträge mit denen vorher schon ausfülle, also ausdrücke und ausfülle und denen Adressen gebe, wo sie tatsächlich überall hingehen müssen. Ja, in dem Sinne, das ist relativ wenig, was da geht.

Nh3

[Wünschen] Dass die Entlassungsvorbereitung besser zustande käme, dadurch dass verschiedenste Ämter auch im Vorfeld schon arbeiten würden. So diese Segmentierung würde ich auflösen wollen.

Nh7

Wir haben allerdings keine Möglichkeit, wenn wir extrem psychisch auffällige Frauen haben, die eigentlich eher in der Psychiatrie gut aufgehoben wären, da haben wir keine Möglichkeiten. Die bleiben bis zum Schluss meistens hier und wir können nur schlecht damit umgehen.

13 Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Arbeit ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Alle den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen wurden als solche kenntlich gemacht.

Lisa Jakob