Drogenkonsum in Geschichte und Gesellschaft | 2

Daniela Jamin | Heino Stöver [Hrsg.]

Zwischen Haft und Freiheit

Bedarfe und Möglichkeiten einer guten Entlassungsvorbereitung von Drogengebrauchenden

Nomos

Drogenkonsum in Geschichte und Gesellschaft

herausgegeben von
Prof. Dr. Heino Stöver
Dr. Ingo Ilja Michels

Band 2

Daniela Jamin | Heino Stöver [Hrsg.]

Zwischen Haft und Freiheit

Bedarfe und Möglichkeiten einer guten Entlassungsvorbereitung von Drogengebrauchenden

Nomos

Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISBN 978-3-8487-8074-7 (Print)

ISBN 978-3-7489-2460-9 (ePDF)

1. Auflage 2021

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2021. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 7

1 Aktuelle Praxis 11

1.1 Aktueller Umgang mit Drogengengebrauchenden bei Haftentlassung (Heino Stöver) 11

1.2 Suchtmittelbelastung von Inhaftierten – Ergebnisse aus der „Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebunden Suchtmittelproblematik im Justizvollzug“ am Beispiel Niedersachsens (Ulrike Häßler) 41

2 Überblick über Bedarfe, Bedürfnisse und Konsummuster 55

2.1 Illegale Substanzen im Jugendstrafvollzug – Prävalenz, Entwicklung und Prädiktoren des Konsums (Esther Bäumler) 55

2.2 Perspektive der Drogengebrauchenden und Fachkräfte – Ergebnisse des EU-Forschungsprojekts „My first 48 hours out“ (Daniela Jamin) 70

3 Verbesserte Handlungsmöglichkeiten für die Praxis 93

3.1 Medizin – Praxis der Substitutionsbehandlung in Haft (Karlheinz Keppler) 93

3.2 Soziale Arbeit; Drogenberatung, AIDS-Hilfe 103

3.2.1 Begleitung von drogengebrauchenden Frauen während und nach der Haft (Bianca Shah) 103

3.2.2 Vorbereitung der Haftentlassung bei Menschen mit chronischen Infektionserkrankungen (Bärbel Knorr) 116

3.2.3 Das „Therapie statt Strafe“-Prinzip (§ 35 BtMG) im niedersächsischen Justizvollzug- Entwicklungen, Stand und Chancen für die Resozialisierung (Jan Weber & Thimna Klatt) 123

3.2.4 Drogenhilfe nach Entlassung – Praxisbeispiel Bielefeld (Jan-Gert Hein und Mark Neidert) 163

3.3 Übergangsmanagement, Kooperation und Netzwerk 171
3.3.1 Übergangsmanagement. Erfolgserwartungen und Behandlungsabbruch einer stationären Suchtmitteltherapie (Ulrike Häßler & Marcel Guéridon) 171
3.3.2 Übergangsmanagement als Netzwerkaufgabe im Fokus von Gesundheit und Substitution (Farschid Dehnad) 191
3.3.3 Das PLUS für die Haftentlassung – Versorgungsverbesserung durch sektorübergreifende Netzwerke (Georg Moog & Thomas Walker) 209

Autor*innenverzeichnis 225

Vorwort

Zwischen Haft und Freiheit liegen Welten! Hier ein von der Totalen Institution Gefängnis (Goffman) vorgegebener Lebensrhythmus, dort ein relativ selbstbestimmtes Leben (sogar, wenn eine Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen vorliegt). Wie lassen sich Übergänge zwischen den Welten so organisieren, dass drogenabhängige Menschen möglichst wenig Schaden nehmen? Wie kann es gelingen, dass sie Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken entgehen und gut ankommen? Die Autor*innen dieses Bandes geben Anregungen – und Beispiele guter Praxis aus den unterschiedlichen Haftformen.

Zunächst wird die aktuelle Praxis vorgestellt; hierbei werden der aktuelle Umgang mit Drogengebrauchenden bei Haftentlassung und die Suchtmittelbelastung von Inhaftierten aufgezeigt. Im Anschluss folgt ein Überblick über Bedarfe, Bedürfnisse und Konsummuster von drogengebrauchenden Inhaftierten. Der Fokus liegt hierbei auf illegalen Substanzen im Jugendstrafvollzug und den Bedürfnissen, Bedarfen und Strategien von Drogengebrauchenden bei Haftentlassung: Welche Haft- und Entlassungserfahrungen bringen sie bereits mit, welche Ressourcen haben sie, um nicht sofort wieder einen Rückfall zu erleben.

Der größte Teil des Sammelbands beschäftigt sich mit Handlungsmöglichkeiten für die Praxis. Hier werden konkrete Handlungsmöglichkeiten in der Praxis aus multiprofessioneller Sicht sowie Beispiele guter Praxis vorgestellt.

Heino Stöver beschäftigt sich mit dem aktuellen Umgang mit Drogengengebrauchenden bei Haftentlassung vor dem Hintergrund der notwendigen Überleitungen in Therapien (z.B. HCV-Therapien), Fortführungen von Behandlungen (z.B. Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige) und Risikominimierung durch Angebote der Überlebenshilfe (z.B. Ausgabe des Take-Home-Naloxons).

Ulrike Häßler zeigt die Suchtmittelbelastungen von Inhaftierten am Beispiel des Niedersächsischen Justizvollzugs anhand der Ergebnisse aus der „Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebunden Suchtmittelproblematik im Justizvollzug“ auf. Danach waren zum aktuellen Stichtag 2020 rund 50 % der niedersächsischen Inhaftierten zum Haftantritt entweder abhängig von Drogen oder haben diese missbräuchlich konsumiert. Diese Ergebnisse bilden die Grundlage für eine systematische Ermittlung von Be-

handlungsbedarfen, v.a. im Bereich des Übergangsmanagements von drogenabhängigen Personen.

Esther Bäumler analysiert die Prävalenz, die Entwicklung und die Prädiktoren des Konsums illegaler Substanzen im Jugendstrafvollzug. Etwa 21,5–30 % der Jugendstrafgefangenen gebrauchen während ihrer Inhaftierung Drogen, v.a. Cannabis. Sie untersucht außerdem nach Geschlechtsunterschieden im Konsumverhalten junger Männer im Vergleich zu dem junger Frauen, nach Veränderungen des Konsums über die Haftzeit hinweg und analysiert Prädiktoren für den haftinternen Drogenkonsum.

Daniela Jamin beschäftigt sich mit den Perspektiven von Drogenkonsumierenden und Fachkräften bei Haftentlassung und referiert dabei die Ergebnisse des EU-geförderten Forschungsprojektes „My first 48 hours out". Besonders für Drogenkonsumierende birgt die Schnittstelle zwischen Haft und Freiheit ein erhöhtes Risiko im Zusammenhang mit erneutem Drogenkonsum (Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko) und massiven Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit.

Karlheinz Keppler zeigt als pensionierter Gefängnisarzt die aktuelle Substitutionspraxis auf und schildert hierbei insbesondere die Herausforderungen für Mediziner*innen im Kontext des Justizvollzugs. Hierbei legt er den Fokus auf die Praxis beim Eintritt in die Haft, während der Inhaftierungszeit und bei Haftentlassung.

Bianca Shah von der Frankfurter Anlaufstelle für straffällig gewordene Frauen beschreibt, wie Frauen so zu unterstützen und zu begleiten sind, dass sie sich nach ihrer Entlassung aus dem Gefängnis im kommunalen Hilfesystem zurechtfinden können und nicht wieder in ihre bekannte alte Umgebung zurückkehren müssen.

Bärbel Knorr von der Deutschen Aidshilfe untersucht die Vorbereitung der Haftentlassung bei Menschen mit chronischen Infektionserkrankungen. Gerade die Gruppe der Drogen gebrauchenden Gefangenen ist gekennzeichnet von hohen Infektionsrisiken durch fortgesetzten Konsum, starken physischen und psychischen Belastungen bis hin zu einer höheren Mortalitätsrate nach Haftentlassung. Chronische Infektionserkrankungen wie Hepatitis C, Hepatitis B und HIV sind in dieser Population verbreitet.

Jan Weber und Thimna Klatt beschäftigen sich mit den Entwicklungen, dem Stand und den Chancen des Prinzips „Therapie statt Strafe (§ 35)" für die Resozialisierung von Gefangenen am Beispiel des Niedersächsischen Justizvollzuges. Sie diskutieren mögliche Ursachen für den auffälligen Rückgang der Anwendung dieses Übertritts in eine Suchttherapie.

Jan-Gert Hein, Sozialarbeiter in der JVA Bielefeld-Brackwede und dort zuständig für die Drogenberatung untersucht die Angebote nach Haftent-

lassung am Praxisbeispiel Bielefeld. Netzwerkarbeit ist auch hier ein zentrales Thema.

Ulrike Häßler und Marcel Guéridon analysieren den Übergang von der Haft in die stationäre Entwöhnungsbehandlung (nach § 35 BtMG) und betrachten in diesem Zusammenhang die Erfolgserwartungen und Behandlungsabbrüche. Bundesweit werden ca. 230 Inhaftierte pro Monat aus der Haft heraus in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung entlassen.

Farschid Dehnad aus dem Niedersächsischen Justizvollzug berichtet von einem erfolgreichen Projekt aus Hannover, in dem bei dem Übergangsmanagement der Fokus auf Gesundheit und Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger gerichtet wird. Das wurde in einem weiten Netzwerk aller relevanten Akteur*innen realisiert.

Gero Moog und Thomas Walker berichten über die PLUS-Gesundheitsinitiative, die eine ganzheitliche Versorgung mit einem partizipativen Ansatz verfolgt: „Das PLUS für die Haftentlassung – Versorgungsverbesserung durch sektorübergreifende Netzwerke“ Die PLUS-Initiative* verfolgt das Ziel, die regionale Gesundheitsversorgung von Drogenkonsumierenden und Substituierten nachhaltig und strukturell zu verbessern. Ein 2014 gegründetes Netzwerk will gesundheitliche Chancenungleichheiten abbauen und die Betroffenen besser an das Versorgungssystem anbinden. Zu diesem Zweck werden niedrigschwellige Präventions- und Unterstützungsangebote initiiert, Zuweiser-Strukturen aufgebaut und Substitutionspatient*innen weiter stabilisiert.

Wir hoffen, allen Leser*innen eine gute Grundlage für die Verbesserung des Übergangsmanagements zu geben und würden uns freuen, wenn Sie mit Anregungen, weiterführenden Materialien und Ideen auf uns zukommen würden!

Frankfurt am Main im Januar 2021

Daniela Jamin Prof. Dr. Heino Stöver

1 Aktuelle Praxis

1.1 Aktueller Umgang mit Drogengengebrauchenden bei Haftentlassung (Heino Stöver)

Einleitung

Trotz gegenläufig ausgerichteter Bestrebungen der Strafverfolgungsbehörden wird deutlich, dass der *Konsum illegaler und auch legaler Drogen für Inhaftierte in den letzten 30 Jahren zur Alltagsrealität* geworden ist – und zwar mit steigender Tendenz (Jamin/Stöver 2020 a+b; Stöver 2020; Gerlach/Stöver 2012; Thane 2013). Damit verbunden sind gesundheitliche Folgeprobleme für die Betroffenen (vor allem Abhängigkeiten, virale Infektionskrankheiten, Drogennot- und todesfälle, Komorbiditäten) und soziale Notlagen (Beschaffungsdruck im Gefängnis mit neuen Abhängigkeiten, Gewalt, Verschuldungen). Das Gefängnis bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen Drogenabhängiger ab: Drogennotfall, Drogentod in Haft, aber vor allem unmittelbar nach Haftentlassung, Zunahme der Zahl der Drogengebraucher*innen, Händlerhierarchien, verunreinigte und gestreckte Stoffqualitäten mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken (HIV/Hepatitiden) durch gemeinsamen Gebrauch insterilen Spritzbestecks, da offiziell keine sterilen Spritzen im Vollzug erhältlich sind. Die Organisation des Drogenkonsums, der Beschaffung, des Verkaufs von Gegenständen verbunden mit Bedrohungen – auch von Freunden und Familienangehörigen in Freiheit, Schuldeneintreiben und Erpressungen schafft ein Klima von Hektik, Dynamik, oftmals auch Gewalt, das von vielen als völlig vom Drogenthema dominiert erlebt wird.

Die Gruppe der Gefangenen, *die abhängig von einer oder mehrerer illegaler Substanzen sind*, bildet etwa ein Drittel im Männer- und mehr als die Hälfte im Frauenvollzug (Jamin/Stöver 2020a+b; Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel 2013). Für diese Gruppen stellt sich die Frage, ob die Abhängigkeit bei der Inhaftierung verschwiegen wird, um befürchteten Nachteilen während des Vollzugs der Strafe zu entgehen (Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierungen, oder davor von Mitgefangenen unter Druck gesetzt zu werden, keinen Zugang zu bestimmten Privilegien – wie z.B. Küchendienst – zu erhalten etc.). Allerdings sind viele Gefangene bereits in den Anstalten als

"Drogenabhängige/-gefährdete" bekannt oder es geht aus dem Urteil, persönlichen Angaben oder positiver Urinkontrollen bei Inhaftierung hervor. Kann die Abhängigkeit oder der fortgesetzte Missbrauch von Drogen verschwiegen werden, wird der oder die Gefangene versuchen Entzugssymptome selbst zu bewältigen, ggf. unter Zuhilfenahme bestimmter schmerzlindernder Substanzen. Möglicherweise ist auch bereits im Polizeiarrest ein Entzug durchgeführt worden. Wird der Drogenkonsum, die Abhängigkeit in der Eingangsuntersuchung benannt, kann der medizinische Dienst adäquate Entzugsbehandlungen einleiten. Dies ist vor allem für Opioidabhängige von besonderer Bedeutung, denn eine qualifizierte Entzugsbehandlung hier sieht die Anwendung anerkannter Substitutionsmitteln – wie Methadon oder Buprenorphin – in angemessenen Schritten vor (Keppler 2009; Kastelic et al. 2008).

Übereinstimmend wird heute *Drogenabhängigkeit als Krankheit* verstanden (Poehlke et al. 2020. Der vollzugliche Umgang mit Drogenabhängigen schwankt jedoch zwischen den Bewertungen „krank", „charakterschwach" und „kriminell". Die gleichzeitige Etikettierung als krank – infolgedessen nicht verantwortlich für das eigene Handeln- und als kriminell verursacht außer der Doppeldiskriminierung situative, interaktionelle und Verwirrung bei den Bediensteten. Bei den Betroffenen führt sie zu Verunsicherung über die eigene Identität und Rollenerwartung.

Kriminalisierung der Konsument*innen und Drogenkonsum in Haft

Der Prozess der Kriminalisierung der Konsumierenden illegaler psychoaktiver Substanzen hat in Deutschland ein hohes Ausmaß angenommen. Die Zahl der polizeilich festgestellten Rauschgiftdelikte steigt seit vielen Jahren kontinuierlich an (siehe Abb. 2) und belief sich 2019 auf 359.747 Fälle (Cousto/Stöver 2020: 120ff.). Bei den auf Cannabis bezogenen Delikten stieg im Zeitraum von 1993–2019 die Zahl der erfassten Delikte um mehr als das Vierfache, nämlich von 50.277 im Jahr 1993 auf 221.866 im Jahr 2019. Dies entspricht einem Anstieg um 341,3 Prozent, seitdem 1993 zum ersten Mal nach dem Beitritt der sogenannten „neuen Bundesländer" zur Bundesrepublik eine gesamtdeutsche Kriminalstatistik erschien.

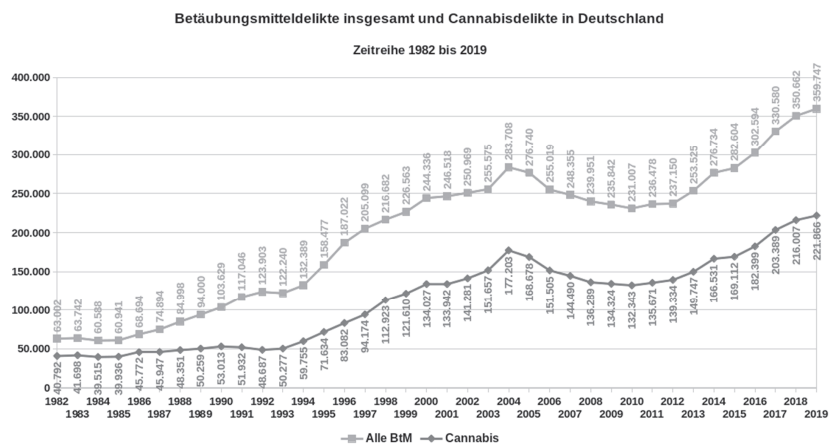
Obwohl mit dem BtMG in erster Linie Händler*innen und Schmuggler*innen verfolgt werden sollten, lag der Anteil der auf den Konsum bezogenen Delikte (allgemeine Verstöße gemäß § 29 BtMG) nie unterhalb von 60 Prozent. Bis kurz nach der Jahrtausendwende schwankte der besagte Anteil stets zwischen 60 Prozent und 70 Prozent (einzige Ausnahme 1972),

um dann im Jahr 2004 seit Jahrzehnten wieder die 70 Prozent Marke zu überschreiten. Im Jahr 2019 erreichte dieser Anteil den neuen historischen Höchstwert von 79,1 Prozent. Bei Cannabis-bezogenen Delikten liegt der Anteil der sog. konsumnahen Delikte (BKA), d.h. um Mengen zum Eigenbedarf, sogar bei 84 %.

Die Zahl der Tatverdächtigen wegen Verstoßes gegen das BtMG lag 2019 bei 284.390 Personen; ca. 30 % davon waren Jugendliche und Heranwachsende.

Die Repression gegen die Drogenkonsument*innen hat in den letzten Jahren ein Rekordniveau erreicht. Die Zahl der Delikte, die im Zusammenhang mit Cannabis standen, betrug 221.866, darunter entfielen auf sog. konsumnahe Delikte im Zusammenhang mit Cannabis und seinen Zubereitungen im Jahre 2019 186.367 Strafanzeigen. Damit ist ebenfalls ein neuer Höchststand erreicht und stellt ca. 51 % der gesamten Rauschgiftkriminalität.

Abb.2: Betäubungsmitteldelikte in Deutschland insgesamt und Delikte bezogen nur auf Cannabis (Cousto/Stöver 2020: 121)



Die häufigsten Formen der Verurteilungen nach dem BtMG sind Geldstrafen, Freiheitsstrafen auf Bewährung und Freiheitsstrafen ohne Bewährung. Im Jahr 2017 wurden 9.304 (18,2 %) derjenigen, die eine Straftat nach dem BtMG begangen haben, nach dem BtMG zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt.

Im Jahr 2018 wurden 64 350 Personen aufgrund eines BtMG-Verstoßes verurteilt (Statistisches Bundesamt 2018). Davon befanden befanden sich zum Stichtag 31.03.2019 insgesamt 6 796, d.h.13,4 % aller Gefangenen, in Einrichtungen des Freiheitsentzugs (50 589 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte insgesamt). Unklar ist, ob es sich dabei um Konsumierende, Abhängige oder Händler handelt. Man geht aber davon aus, dass ein erheblicher Teil, der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierter selbst Drogen konsumiert bzw. davon abhängig ist, und darüber hinaus weitere Drogenkonsumierende beispielsweise wegen Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, die in den Statistiken unter anderen Kategorien als BtMG-Verstößen aufgelistet werden (Jakob/Stöver/Pfeiffer-Gerschel 2013; Stöver 2012). Zudem sind vermutlich auch einige „unauffällige" Drogenkonsumierende inhaftiert, d.h. Personen, die noch nie wegen ihres Drogenkonsums polizeilich auffällig geworden sind, und auch solche, die erst in Haft beginnen Drogen zu nehmen (Thane 2013).

Hellmann et al. zeigen in ihrer Untersuchung auf, dass Drogendelikte der Anlass für die gegenwärtige Haftstrafe bei 19,5 % der Männer, 26,2 % der Frauen und 15,4 % der Jugendlichen war (Hellmann et al. 2014). In Baden-Württemberg (Reber 2011) haben laut einer Untersuchung 21 % der Inhaftierten kurz vor ihrem Haftantritt illegale Substanzen konsumiert, v.a. Cannabis (40 %) und Opiate (19 %). In niedersächsischen JVA's berichteten rund 40 % einen Konsum von illegalen Drogen kurz vor Haftantritt, vor allem von Marihuana (27 %) und Opiaten (17 %). In einer großangelegten Studie des Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands mit 1.582 befragten Inhaftierten wurde die Lebenszeitprävalenz von Gefangenen für verschiedene Substanzen wie folgt ermittelt: 66 % Cannabis, 37 % Heroin, 45,3 % andere Drogen. Von den befragten Inhaftierten gaben an in Haft schon konsumiert zu haben: 40,7 % Cannabis, 25,2 % Heroin, 23,9 % andere Drogen (Eckert/Weilandt 2008). Hierbei gibt jeweils ein kleiner Anteil (1,8 %-3,5 %) an, diese Substanzen nur in Haft zu konsumieren (ebd.).

Gegenwärtig muss man bei etwa 50.589 (31.3.2019) Strafgefangenen und Sicherungsverwahrten (Statistisches Bundesamt 2020) von ca. 30 % opioiderfahrenen Gefangenen (ca.15.000) ausgehen (ohne Maßregelvollzugsanstalten, Polizeiarrest) – im Verlaufe eines Jahres von etwa doppelt so vielen. Etwa jeder Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 160.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert. Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsument*innen im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen (Stöver 2012).

Die repräsentative "DRUCK"-Studie des Robert Koch Instituts (2016) beschreibt den Prozess der Kriminalisierung von Drogenabhängigen: Von den mehr als 2.000 in Freiheit befragten Drogenabhängigen waren 81 % bereits inhaftiert. Die mittlere Haftdauer betrug fünf Jahre, im Mittel waren die Befragten 5,6 Mal inhaftiert. Drogenabhängige verbüßen also überwiegend Kurzstrafen, zu einem erheblichen Teil auch Ersatzfreiheitsstrafen, weil sie die Geldstrafe nicht zahlen können (Hößelbarth/Stöver/Vogt 2011). Die hohe Anzahl der Strafen bewirkt erhebliche Brüche vor allem im Übergang von der Haft in die Freiheit, wo Wohnungs- und v.a. Krankenversicherungsprobleme entstehen. Laut einer Problemanzeige der Sucht-Fachverbände dauert es oft mehrere Wochen bis die Inhaftierten nach der Entlassung wieder gesetzlich krankenversichert sind. Dies stellt insbesondere für chronisch Kranke mit hohem Medikamenten- bzw. Behandlungsbedarf ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar.

Die hohen Hafterfahrungen zeigen, dass soziale Exklusion zum regelhaften Teil der Biographie vieler Drogenkonsumierenden wird – im Verlauf ihrer Drogenkarriere scheint der Haftaufenthalt früher oder später kaum vermeidbar mit entsprechendem Risikoverhalten während der Haft und Stigmatisierungen nach der Haftentlassung.

Laut der Daten der „DRUCK"-Studie haben 30 % der jemals Inhaftierten in Haft Drogen injiziert, und 11 % der je Inhaftierten mit intravenösem Drogengebrauch haben in Haft ihren i.v.-Konsum begonnen. Boys u.a. (2002) berichten, dass über ein Viertel der Heroinkonsumierenden angab, mit dem Konsum in Haft begonnen zu haben. In einer anderen britischen Studie gab rund ein Fünftel der intramuralen Drogenkonsumierenden an, den Konsum, v.a. von Heroin, in Haft begonnen zu haben (Singleton/Farrell/Meltzer 2003). Von Inhaftierten mit einer gegenwärtigen medizinischen Problematik gaben rund 40 % an, Drogen missbräuchlich oder abhängig zu konsumieren (Marushak 2008). Studien in Europa fanden, dass bis zu 60 % der intravenös (i.v.) Drogenkonsumierenden auch nach einer Inhaftierung weiterhin i.v. Drogen konsumieren (Stöver/Weilandt/Zurhold et al. 2008).

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei drogenbezogenen Delikten im Wesentlichen um Kurzstrafen handelt, d.h. aber auch gleichzeitig, dass die Übergänge von der Freiheit in die Haft und von der Haft in die Freiheit erhebliche gesundheitliche und soziale Risiken bergen, insbesondere was fatale Überdosierungen, Infektionsrisiken unmittelbar nach Inhaftierung und Haftentlassung anbelangt (WHO 2014), aber auch den Wohnungsverlust, Wiedereintritt in die gesetzliche Krankenversicherung. Der Strafvollzug – das zeigen diese Daten – wird zu einer

Durchgangsstation, zu einem wichtigen Teil der Biographie für die meisten Drogenkonsumierenden.

Damit wird deutlich, dass eine Inhaftierung ein hohes Risiko darstellt, gesundheitlich risikoreiche Konsumpraktiken einzuüben, die nicht nur hohe Drogennotfall- sondern vor allem Infektionsrisiken bergen (UNODC 2016).

Der *Anteil von Frauen mit Drogenkonsumerfahrungen und Drogenkonsumproblematik* ist unter Inhaftierten hoch. In Deutschland wird davon ausgegangen, dass ca. 50 % der inhaftierten Frauen einen problematischen Drogenkonsum bzw. eine Abhängigkeit aufweisen (Stöver/Trautmann 2009). Eine Untersuchung im Bremer Frauenvollzug ergab einen Anteil von 73 % Drogenkonsumentinnen der am Stichtag inhaftierten Frauen für den geschlossenen Vollzug (Kolte/Schmidt-Semisch 2006). Insbesondere jüngere Frauen unter 30 konsumieren zu einem größeren Anteil Drogen als ältere Frauen (Plugge/Yudkin/Douglas 2009: 215). Drogenkonsumierende inhaftierte Frauen sind mit einer Vielfalt an Problemlagen konfrontiert. Dazu gehören die instabile familiäre Situation, eine ungenügende Schul- und Berufsbildung, finanzielle Abhängigkeiten von staatlichen Versorgungsleistungen, Drogenkonsum als Bewältigungsverhalten, eine hohe Zahl an Vorverurteilungen und wiederholte Hafterfahrungen, die Häufung psychischer Problemlagen, sowie die Vielzahl an schwerwiegenden Infektionen und Erkrankungen (Kolte/Schmidt-Semisch 2006: 21f.).

Gesundheitliche Chancenungleichheit

Eine Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe bedeutet für Drogenabhängige nicht nur soziale Exklusion und regelhaft ein Leben in relativer Einkommensarmut, sondern darüber hinaus auch den Ausschluss von gewohnten oder notwendigen suchtmedizinischen Angeboten. Während bspw. in Freiheit ca. 40–50 % aller Opioidabhängigen von der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger mit Agonisten oder Partialagonisten einer mittlerweile breiten Medikamentenpalette (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine, Diacetylmorphin, Codein) profitieren, sind es in Haft nur ca. 23 % aller opioidabhängigen Gefangenen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019; Stöver 2014), denen dann auch nur eine eingeschränkte Medikamentenpalette zur Verfügung steht (Stöver 2013). Sie profitieren also nicht, bzw. nicht ausreichend vom Fortschritt der Suchtmedizin/-therapie und bleiben ausgeschlossen von modernen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten.

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem Druck der Öffentlichkeit, das Gefängnis als „drogenfreien Raum“ zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten adäquate Hilfen an: Dies wird oft gleichgesetzt mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf Undurchlässigkeit des Gefängnissystems. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Unter diesem Umstand, dass eigentlich „nicht sein kann, was nicht sein darf“, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen einerseits den Erwartungen an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages und andererseits den Realitäten eines verbreiteten Drogenkonsums vieler Gefangener und z.T. politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens. Gegenüber diesen Entwicklungen existieren lediglich zwei Reaktionsmuster: Zum einen kann versucht werden, den Strafvollzug noch weiter abzuschotten. Sofern dadurch Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel von weitgehender Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde dies zu Lasten auch Nicht-Betroffener Gefangener gehen. Zum anderen kann man innerhalb des Spannungsfeldes von Sicherheit und Ordnung auf der einen und Hilfsangeboten auf der anderen Seite realitäts- und bedürfnisgerechte Hilfen entwickeln. Diese sollten pragmatische Ziele verfolgen und machbar sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen sein. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsumierenden im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz des Konsums: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren klar den Anstaltsalltag und die Umgangsweise mit den drogengebrauchenden Gefangenen.

Drogenkonsumierende und -abhängige Gefangene werden systematisch von Schutzmitteln und -möglichkeiten ausgeschlossen und können sich deshalb nicht wirksam vor Infektionskrankheiten schützen. Evidenz-basierte Strategien, wie die Spritzenvergabe auch in Haft (Stöver/Knorr 2014; Stöver/Hariga 2015) als wirksame Mittel zur Reduktion der Verbreitung von viralen Infektionskrankheiten und des illegalen Drogenkonsums, sind in Deutschland äußerst selten: Lediglich die Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin gewährt den Gefangenen seit etwa 20 Jahren einen Zugang zu

sterilen Spritzbesteck (Staack 2014), was bedeutet, dass nur etwa 0,5 % aller Haftanstalten eine effektive Infektionsprophylaxe betreiben.

Ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeit des Umgangs mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel als „nicht lockerungsgeeignet" betrachtet werden, so dass hier von einer Schlechterstellung gegenüber anderen Gefangenen ausgegangen werden kann. Da von Seiten des Vollzuges gemutmaßt wird, es würde zu einem Konsum illegalisierter Substanzen während der Lockerung oder des Urlaubs kommen, wird dies häufig abgelehnt. Somit kommt für diese Gefangenengruppe auch die vorzeitige Entlassung häufig nicht zum Tragen, da hierfür die Voraussetzung einer Bewährung unter Lockerungen gilt. Dies kann für Gefangene ein Argument sein ihre Konsumerfahrungen der JVA zu verschweigen, wenn es möglich ist (Stöver 2016).

Drogenbedingte infektiologische Folgeerkrankungen: HIV/AIDS, HCV, Tuberkulose, sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

Seit Mitte der 80er Jahre ist der Justizvollzug zunehmend mit der Verbreitung *viraler und bakterieller Infektionskrankheiten* wie HIV/AIDS, Hepatitiden (A, B und C), STIs und Tuberkulose konfrontiert. Die anfängliche Hysterie ist mehr und mehr einer nüchternen Betrachtung der tatsächlichen Gefährdung für (Mit-)Gefangene und Bedienstete gewichen. Anfängliche Rufe nach Isolation und Zwangstestung aller Gefangenen sind weitgehend verstummt. Der Normalisierungsprozess gegenüber HIV/AIDS drückt sich aus in dem Abbau diskriminierender formaler Umgehensweisen in den Verwaltungsvorschriften vieler Justizbehörden (Stöver/Lines 2006). Mehr und mehr setzt sich – allerdings mit erheblichem Zeitverzug – auch in den Gefängnissen die Wahrnehmung von HIV/AIDS als einer chronischen, aber behandelbaren Krankheit durch.

Trotzdem bestehen nach wie vor erhebliche Problembereiche für HIV-Infizierte oder bereits an AIDS erkrankte Gefangene. Dazu kommt, dass mit der langjährigen Fixierung auf HIV/AIDS den ebenso existentiell bedrohlichen Hepatitis-Infektionskrankheiten (B u. C) zu wenig Beachtung geschenkt wurde (vgl. *Aktionsbündnis HCV* 2013). Die Herausforderung für den Strafvollzug und die Gesundheitsfürsorge lautet daher: Bekämpfung der Infektionskrankheiten allgemein und nicht mehr nur von HIV. Eine vormalige Inhaftierung hebt das Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten erheblich (Bayrer et al. 2003: 153).

Die hohe Verbreitung von Infektionskrankheiten bedeutet aber auch für das Übergangsmanagement, dass sowohl eine Kontinuität der Behandlung viraler und antiviraler Infektionskrankheiten als auch nach Haftentlassung Angebote zur HIV/HCV-Testung und Beratung sichergestellt werden müssen.

Überdosierungen: insbesondere an der Schnittstelle Haft – Freiheit

Im Vollzug ändern sich nicht nur Verfügbarkeit, Reinheit und die Kosten der Drogen, sondern häufig auch die Motive, die präferierte/n Substanz/en, die Häufigkeit sowie die Applikationsform (Thane 2013: 73). Mit jeder zusätzlichen Droge wird das Risiko einer Überdosierung verdoppelt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2016: 38f.). Ausschlaggebend ist jedoch die *gesunkene Toleranz des Körpers gegenüber den Opiaten*, welche sich nach längeren Abstinenzphasen, sowie dem veränderten Konsum in Haft einstellt. Binswanger zeigt in einer Studie auf, dass viele Inhaftierte die geringe Kenntnis über eine verminderte Toleranz der Drogen gegenüber als Hauptursache eines Drogennotfalls nennen (vgl. Binswanger 2014; Merral et al. 2010). Des Weiteren spielt das Umfeld, in das die Gefangenen entlassen werden, eine entscheidende Rolle. Stressoren infolge des Haftaufenthaltes, wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Bezüge und soziale Isolation stellen ein signifikantes Rückfallrisiko dar (Schäffer/Höpfner 2011; Binswanger 2014). Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach erzwungenen Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Nach längeren Abstinenzphasen, wie zum Beispiel bei einem Haftaufenthalt üblich, steigt das Risiko einer Überdosierung an. Laut Schätzungen der WHO (WHO Regional Office for Europe 2012) sterben ca. 20 % aller sogenannten Drogentoten aufgrund eines Rückfalls aus „erzwungener Abstinenz“. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumierende harter Drogen ist die Phase nach Entlassung aus der Haft. Besonders die ersten 7 Tage nach Entlassung unterliegen nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind. Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten und zweiten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4–7-fach erhöht beschrieben). Das Risiko sinkt wöchentlich um 50 %

ab und stabilisiert sich nach vier Wochen (WHO Regional Office for Europe 2012; Stöver/Hariga 2015). Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle in den 2 Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13 %). Ein solcher Abgleich wird allerdings nicht systematisch durchgeführt. Es wird davon ausgegangen, dass zu den typischen Umständen des Drogentodes kurz nach Haftentlassung intravenöser Konsum, prekäre Wohnumstände, Arbeitslosigkeit sowie psychiatrische Komorbidität mit Suizidalität gehören. In einer bereits länger zurückliegenden Analyse der Hafterfahrung von Drogentodesfällen aus dem Zeitraum 1990 bis 1997 in Hamburg zeigten sich assoziiert mit einem zeitnahen Tod nach Gefängnisaufenthalten im Vergleich zu späteren Todesfällen die Faktoren jüngeres Lebensalter bei Haftende, häufige Haftaufenthalte in der Vorgeschichte, hohe Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes (Heinemann/Kappos-Baxmann/Püschel 2002).

Übergangsprobleme und Übergangsübungen

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

einüben können und somit wenig Chancen auf einen geregelten Wiedereinstieg in die Gesellschaft haben.

Die meisten Landesstrafvollzugsgesetze treffen keine Aussagen über die *Gewährung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub speziell bei drogenabhängigen Gefangenen* (anders in Hessen § 13 Abs. 5, Nr. 3 HStVollzG). Verwaltungsvorschriften ohne gesetzliche Entsprechung können auch keine Einschränkungen rechtfertigen (vgl. die alte Kommentierung zu § 11 StVollzG). Maßnahmen der Gewährung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub, speziell bei drogenabhängigen Gefangenen, werden in der Praxis oft abgelehnt. Hintergrund dieser Einschränkungen ist die Sorge der Anstalt, dass konsumierende Gefangene die Lockerung missbrauchen könnte. Sie gelten von vorneherein als weniger einschätzbar als nicht-konsumierende Gefangene. Meist wird ausschließlich mit dem Wortlaut der VV das Versagen der Lockerungen begründet, obwohl es rechtlich unzulässig ist und jeder Einzelfall individuell gerechtfertigt werden müsste. Infolge dieser Handhabung scheidet für Drogenabhängige vielfach auch eine vorzeitige Entlassung aus, die im Allgemeinen nur genehmigt wird, wenn sich die Inhaftierten vorab in den unterschiedlichen Stufen der Lockerungsmaßnahmen bewährt haben (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) 2012). Eine Haftentlassung zur Hälfte der Strafe erfolgt nur vereinzelt, wobei die Drogenabhängigen reelle Erfolgsaussichten zur Entlassung nach zwei Dritteln der Haftzeit haben (meist geknüpft an die Auflagen, eine Therapie zu absolvieren). Vorzeitige Entlassungen richten sich nach dem Abhängigkeitsgrad und der positiven Sozialprognose durch den Sozialdienst und die externe Drogenberatung. Bspw. wurde in Hessen im Jahr 2009 eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG in 300 Fällen, eine Strafaussetzung zur Bewährung nach § 57 StGB (oftmals verbunden mit einer Therapieauflage) in ca. 80 Fällen berichtet. Für Inhaftierte, die entweder bereits vor der Haft substituiert wurden oder erst im Gefängnis damit begonnen haben, sind die Aussichten auf eine Befürwortung einiger Maßnahmen (bspw. Ausgang, Hafturlaub) eher günstig. Die Chancen auf eine Gewährung erhöhen sich zudem, wenn Einrichtungen schriftlich einladen oder Ausgänge für Ämtergänge beantragt werden. Vor der Entlassung müssen viele Angelegenheiten persönlich geregelt werden (bspw. Anträge beim Arbeitsamt, Vorstellungsgespräche). Ohne dementsprechende Vollzugslockerungen ist dies aber nicht möglich. Somit beginnt der Neustart in Freiheit mit einer Vielzahl von unerledigten Aufgaben.

Angesichts mangelnder Handlungsalternativen und sozialer Kontakte sowie persönlicher Defizite endet dies vielfach im erneuten Anschluss an

die Drogenszene. Diese Desintegration gilt es durch eine angemessene Entlassungsvorbereitung zu verhindern.

Übergangsstrategien

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

Bei der *bedingten Entlassung* aus der Haft nach §§ 57 StGB bzw. 88 JGG werden ebenfalls Probleme sichtbar: Durch die Rechtspraxis beim § 57 StGB i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI sind Rentenversicherungsträger z.T. nicht mehr bereit eine Zusage für die Kostenübernahme der Rehabilitation zu geben, sondern erst dann, wenn die Strafvollstreckungsbehörde mitteilt, dass der § 57 StGB Anwendung findet. „Daraus entsteht ein Teufelskreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt und nicht selten dazu, dass gar keine Reha-Maßnahme mehr angetreten wird." (Bürkle et al. 2010: 34). Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, dass die Zahlen der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug (Unterbringung nach § 64 StGB) seit Jahren kontinuierlich ansteigt (Seifert/Leygraf 1999). Der tatsächliche Kausalzusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit ist also bei der strafrechtlichen Prüfung durch Staatsanwaltschaften/Rechtspflegern zu beachten.

Therapievorbereitende Kurse, Therapiemotivationsgruppen etc. sollen die Gefangenen auf eine mögliche Abstinenztherapie vorbereiten. Diese Angebote existieren in den meisten Justizvollzugsanstalten. Ein Beispiel hierfür

ist die Therapiemotivationsgruppe in der JVA Wittlich: „Ziel der Therapiemotivationswohngruppe ist, die Inhaftierten für eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer drohenden, bzw. bereits manifesten Abhängigkeitsproblematik zu motivieren“ (Leitges/Reineh 2012: 28). Durch die in dieser Wohngruppe vorgeschriebene Abstinenzüberprüfung mittels Urinkontrollen (*ebd.*) wird das Therapieziel der Abstinenz jedoch bereits zur Voraussetzung der Teilnahme an der Motivationsgruppe. Ein Vorschlag aus Schottland hierfür sind Assessment Instrumente, die die Veränderungs- und Therapiemotivation abschätzen sollen, damit sich die begrenzte Behandlungskapazität auf diese motivierten Gefangenen konzentrieren kann (McIntosh 2006).

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

Unter *Contingency Management* werden Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen unmittelbar Wohlverhalten zu belohnen. Der Leitgedanke dabei ist: Es muss sich für den inhaftierten Drogengebraucher lohnen, auf Drogen zu verzichten und abstinent zu leben. In einer Kosten- und Nutzenrechnung spielen attraktive Angebote die Hauptrolle – Vergünstigungen, Privilegien, mehr Lebensqualität für den Haftaufenthalt, Pakete, Besuche etc.

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

– Arbeit an der Drogenproblematik,
– Heranführen an Arbeit und soziale Pflichten,