



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Drug use in prison

EMCDDA 2002 selected issue

*In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

## 2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Ein wichtiges Ergebnis ist zum Beispiel, dass die Haltequoten für die Behandlungsergebnisse oder den „Erfolg“ ausschlaggebend sind. Es stehen jedoch noch Erkenntnisse darüber aus, wie Patienten weiter behandelt werden können, oder mit anderen Worten, welche Elemente der Behandlung für die Erhöhung der Haltequote entscheidend sind. Den „aktiven Faktor“ bei jeder Art von Behandlung zu ermitteln, ist eine schwierige Aufgabe, und daher ist es unbedingt erforderlich, die Leistung der Behandlungsdienste und damit auch die Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Theoretisches Wissen und Erkenntnisse sind eine Sache, deren Umsetzung jedoch eine andere. Beispielsweise sind in der medikamentengestützten Behandlung begleitende psychosoziale Maßnahmen wichtig und tragen, wie die Forschung belegt, zum Erfolg bei, dennoch wird diese Erkenntnis in der Praxis immer noch nicht adäquat umgesetzt.

In den letzten Jahren wurde großes Gewicht auf die Ausweitung der Behandlungsdienste gelegt, ein Vorhaben, das im Großen und Ganzen auch erreicht wurde. Nunmehr besteht die Herausforderung darin, das Spektrum an Behandlungsdiensten zu erweitern und die eigentlichen Maßnahmen zu verbessern und damit ihren „Erfolg“ zu erhöhen.

### Drogenkonsum im Strafvollzug

Drogen und Drogenkonsum haben die Realität des Strafvollzugs in den letzten zwei Jahrzehnten grundlegend verändert. Heutzutage stehen alle europäischen Länder vor großen Problemen, die sich aus dem Drogenkonsum und drogenbedingten Infektionskrankheiten in Haftanstalten ergeben.

#### Drogennachfrage im Strafvollzug <sup>(61)</sup>

Es liegen kaum nationale Routineinformationen über den Drogenkonsum, die Konsummuster und die Auswirkungen des Drogenkonsums unter Haftinsassen vor. Die meisten innerhalb der EU verfügbaren Daten stammen aus Ad-hoc-Studien, die auf lokaler Ebene mittels einer kleinen Stichprobenerhebung unter Haftinsassen durchgeführt wurden. Daher ist es äußerst schwierig, Extrapolationen vorzunehmen.

#### Prävalenz von Drogenkonsumenten im Strafvollzug

In Bezug auf Drogenkonsum können Inhaftierte als besondere Risikogruppe eingestuft werden. Im Vergleich zur Außenwelt sind Drogenkonsumenten im Strafvollzug

tatsächlich überrepräsentiert. Der Anteil der Inhaftierten in der EU, die angeben, jemals eine illegale Droge konsumiert zu haben, schwankt je nach Haftanstalt und Land zwischen 29 und 86 % (über 50 % in den meisten Studien) (Abbildung 25). Wie auch außerhalb des Strafvollzugs ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz, jedoch weisen mehrere Studien ebenfalls auf einen hohen Heroinkonsum hin (fast 50 % der Inhaftierten oder in einigen Fällen sogar mehr).

Unterschiedlichen Studien zufolge berichten 6 bis 69 % der Haftinsassen von regelmäßigem und/oder schädlichem Konsum wie intravenöser Applikation, regelmäßiger Konsum oder Abhängigkeit.

#### Ausmaß des Drogenkonsums im Strafvollzug

Die Inhaftierung bedeutet nicht das Ende des Drogenkonsums. Aufgrund der geringen Verfügbarkeit von illegalen Drogen sind die meisten Drogenabhängigen jedoch gezwungen, ihren Konsum nach der Inhaftierung einzustellen oder zu reduzieren. Einige konsumieren hingegen weiterhin Drogen, mitunter sogar in einem noch größeren Umfang als zuvor; andere wiederum beginnen damit erst nach Haftantritt.

Drogenkonsum im Strafvollzug wird von 16 bis 54 % der Inhaftierten, regelmäßiger Drogenkonsum von 5 bis 36 % berichtet. Zwischen 0,3 und 34 % der Inhaftierten haben Erfahrung mit injizierendem Drogenkonsum im Strafvollzug.

Auch der Einstieg in den Drogenkonsum und die intravenöse Applikation findet während des Strafvollzugs statt. Mehreren Studien aus Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Österreich, Portugal und Schweden zufolge gaben zwischen 3 und 26 % der inhaftierten Drogenkonsumenten an, im Strafvollzug erstmals Drogen konsumiert zu haben, während 0,4 bis 21 % der injizierenden Drogenkonsumenten in der Haftzeit mit dem Injizieren begannen (NB, 2001; WIAD-ORS, 1998).

### Gesundheitliche und rechtliche Folgen

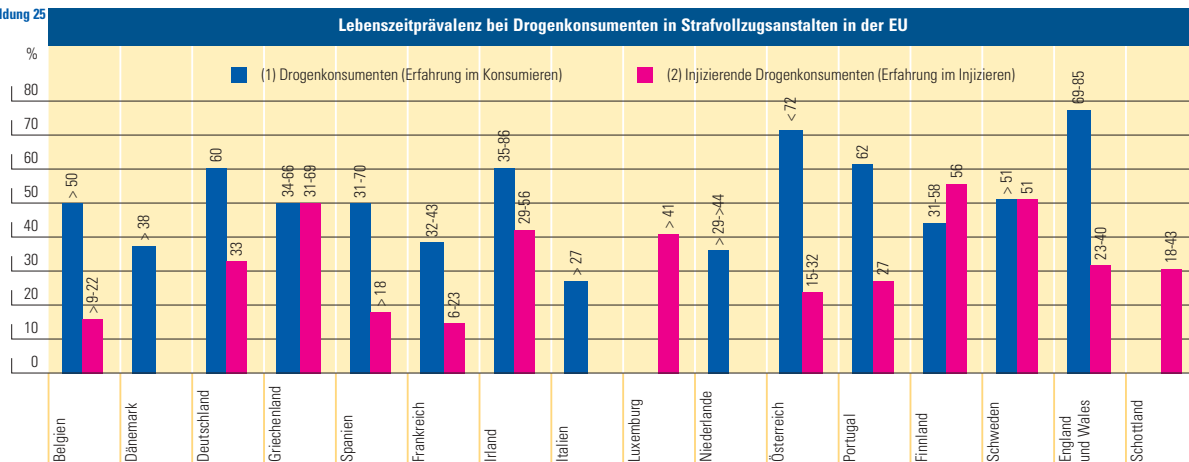
#### Risikoverhalten

Aus in Belgien, Deutschland, Griechenland, Frankreich, Irland, Luxemburg, Österreich und im Vereinigten Königreich durchgeführten Studien (Nationale Berichte, 2001) geht hervor, dass ein großer Teil der inhaftierten injizierenden Drogenkonsumenten Injektionszubehör austauscht. Im Strafvollzug geht intravenöser Drogenkonsum oft mit der gemeinsamen Benutzung von Drogenbesteck einher, und bis zu 100 % der injizierenden Dro-

<sup>(61)</sup> Siehe auch Tabelle: „Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in der EU“ (Online-Fassung).

## Ausgewählte Themen

Abbildung 25



**Anmerkungen:** Die Zahlenwerte wurden von Daten abgeleitet, die in den von den Mitgliedstaaten durchgeführten Erhebungen oder Studien enthalten sind. Die Online-Fassung des Berichts bietet Einzelheiten aus den Originaldatenquellen.  
 (1) (2): Einzelheiten in der Online-Fassung.  
**Quellen:** Nationale Reitox-Knotenpunkte; siehe auch Online-Tabelle „Anteil von Drogenkonsumenten unter Häftlingen in der EU“.

### Weibliche Drogenkonsumenten im Strafvollzug

Die Anzahl von Frauen in Haftanstalten ist niedriger als die Zahl der Männer. Nichtsdestoweniger scheint der Drogenkonsum unter den weiblichen Inhaftierten ein besonders akutes Problem zu sein. Sofern Daten zur Verfügung stehen, weisen sie auf einen höheren Anteil an Drogenkonsumenten unter weiblichen Inhaftierten hin, zieht man die Prävalenz des Drogenkonsums während der letzten sechs Monate in Dänemark, die Prävalenz des letzten Jahres und die Lebenszeitprävalenz des Heroinkonsums in Irland und den Anteil an Inhaftierten mit einem Drogenproblem und einem schweren Drogenproblem in Schweden in Betracht.

Was das Risikoverhalten im Strafvollzug betrifft, so zeigen Studien aus Deutschland (NB, 2001) und Frankreich (WIAD-ORS, 2001), dass sich mehr weibliche als männliche inhaftierte Drogenkonsumenten Drogen und Drogenbesteck teilen und sich prostituieren. Andere, in Österreich (NB, 2001) und in England und Wales (WIAD-ORS, 2001) durchgeführte Studien berichten hingegen, dass die gemeinsame Benutzung des Drogenbestecks unter männlichen Inhaftierten häufiger ist.

genkonsumenten berichten von diesem Tauschverhalten. Laut einer Studie aus Luxemburg (NB, 2001) werden in 70 % der Fälle Spritzen nur mit Wasser und in 22 % der Fälle überhaupt nicht gereinigt. Die vorhandenen Daten belegen, dass die gemeinsame Benutzung von Injektionszubehör in Haftanstalten häufiger als außerhalb der Gefängnismauern ist.

Eine multizentrische Studie, die von 1996 bis 1997 in

einigen Strafvollzugsanstalten in Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien, Portugal und Schweden durchgeführt wurde (WIAD-ORS, 2001), stellt fest, dass Tätowierungen und Piercings im Strafvollzug unter injizierenden Drogenkonsumenten häufiger sind als unter nicht injizierenden Drogenkonsumenten. Ferner geben injizierende Drogenkonsumenten in Belgien, Deutschland, Portugal und Schweden an, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr stärker verbreitet ist. Dies trifft für andere Länder nicht in gleichem Maße zu.

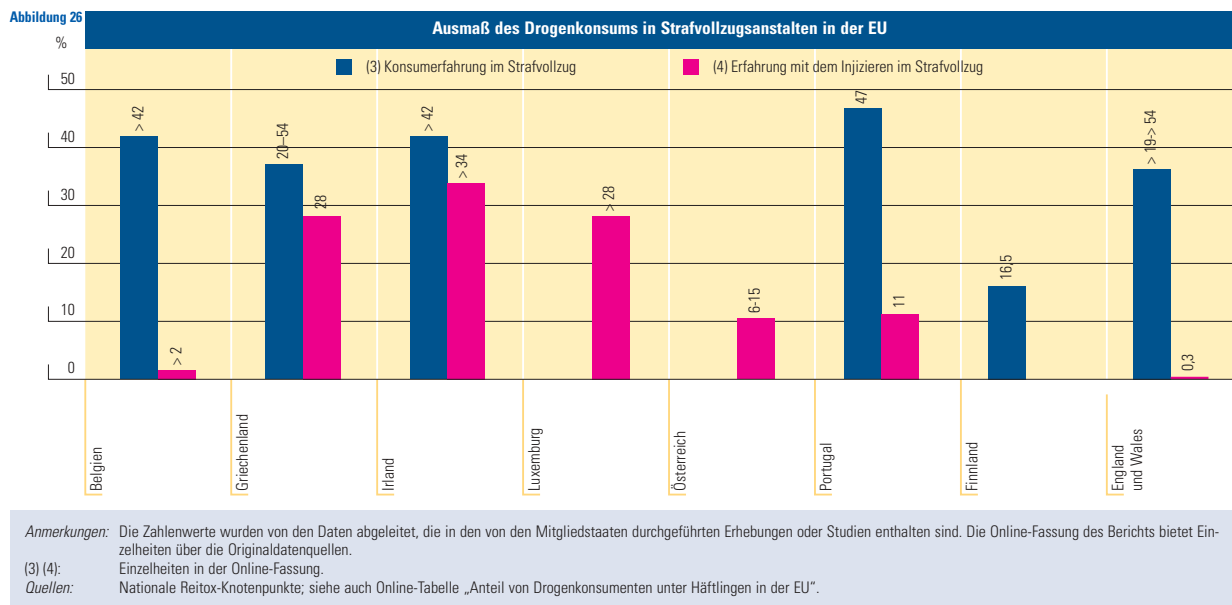
### Infektionskrankheiten

Daten über den HIV- und HCV-Status unter injizierenden Drogenkonsumenten im Strafvollzug wurden für Belgien, Deutschland, Spanien (nur HCV), Frankreich, Irland und Luxemburg (NB, 2001) vorgelegt. Sie stammen aus lokalen Studien, die in einigen Gefängnissen durchgeführt wurden, und sind daher nicht landesweit repräsentativ. Die Prävalenz von HIV unter injizierenden Drogenkonsumenten schwankt in den untersuchten Gefängnissen zwischen 0 und 13 %. Inhaftierte injizierende Drogenkonsumenten haben weitaus höhere HCV-Nachweisraten, und zwar je nach Strafvollzugsanstalt und Land zwischen 14 und 100 %. Wie auch außerhalb der Haftanstalten ist die Prävalenz von HIV und HCV bei injizierenden Drogenkonsumenten höher als bei nicht injizierenden Drogenkonsumenten.

### Sanktionen bei Drogenkonsum/-besitz

Gegen Häftlinge, die des Besitzes von illegalen Drogen überführt sind, werden im Allgemeinen im Rahmen der Gefängnisordnung Sanktionen oder Strafmaßnahmen verhängt. Der Vorfall kann in die Personalakte des Häftlings eingetragen werden. Die üblichen Sanktionen, die angewandt werden, sind Einschränkung der Rechte (Besuch von Freunden oder Familienangehörigen, Tele-

## 2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen



fonanrufe), Ausgangssperre, Ausschluss aus speziellen Behandlungstrakten und/oder Isolationshaft.

Drogenbesitz kann Auswirkungen auf die Ableistung der Strafe haben. In Dänemark besteht beispielsweise das Risiko, nach Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe nicht auf Bewährung freigelassen zu werden. Wenn im Vereinigten Königreich ein Urintest positiv ausfällt, kann die Strafe um mindestens einige Tage verlängert werden.

Gegen Häftlinge, die des Drogenbesitzes überführt werden, kann auch außerhalb des Verantwortungsbereichs der Justizvollzugsanstalt Strafanzeige erstattet und strafrechtliche Verfolgung eingeleitet werden.

### Beschaffbarkeit und Angebot von Drogen im Strafvollzug

#### Beschaffbarkeit von Drogen

Der Zugang zu illegalen Drogen ist in der Haftanstalt um vieles schwieriger als außerhalb. Nichtsdestoweniger sind illegale Drogen, wie berichtet wird, im Strafvollzug für alle, die Drogen konsumieren möchten, ohne weiteres zu beschaffen – vor allem Cannabis, Heroin und Medikamente (Benzodiazepine); gegen entsprechende Bezahlung ist alles erhältlich.

Häftlinge berichten über große Schwankungen in der Qualität, der Kontinuität und im Preis illegaler Drogen im Strafvollzug. Die Drogenpreise werden zwei- bis viermal höher als außerhalb der Haftanstalt veranschlagt, was die Ausgaben für Drogen um das Zehn- bis Zwanzigfache ansteigen lässt. Außer Geld sind weitgehend auch andere Bezahlungsarten üblich: Tausch von Dienstleistungen (Prostitution, Zellenreinigung) oder Waren

(Telefonkarten, Tabak) und/oder Beteiligung am Drogenvertrieb.

#### Schmuggel und Handel von Drogen

Im Gefängnis gibt es viele Wege, um Zugang zu Drogen zu erlangen. Alle Kontakte zur Außenwelt stellen Gelegenheiten dar, Drogen ins Gefängnis zu schmuggeln: während des Besuchs (in der Kleidung oder den Körperöffnungen der Besucher, in Esswaren), während des Transfers oder Transports zur Gerichtsverhandlung, nach einem Freigang und auf dem Postweg (Pakete). Drogen können in Bällen versteckt über die Gefängnismauern geworfen werden. Sie werden auch vom Haftpersonal eingeschmuggelt.

Der Drogenvertrieb und -handel erfolgt in den Haftanstalten und von Land zu Land auf unterschiedliche Weise. Belgien (NB, 2001) berichtet vom Handel auf individueller Ebene sowie von pyramidenartigen Netzwerken, in denen (wie auch außerhalb der Gefängnismauern) hochrangige Dealer den Drogenhandel organisieren, aber selbst keine Drogen konsumieren. In Deutschland (NB, 2001) wird von einem Kleinhandel (Ameisenhandel) berichtet, der auf viele Gefangene verteilt und über mehrere Kanäle und nicht zentral organisiert betrieben wird. Eine kürzlich im irischen Mountjoy-Gefängnis durchgeführte Studie (NB, 2001) beschreibt ein System, das auf persönlichen Absprachen basiert: Wer in der Außenwelt Zugang zu Drogen hat, schmuggelt sie in die Haftanstalt und verteilt sie auf sein persönliches Netz.

Drogenhandel im Strafvollzug ist den Berichten zufolge weitaus besorgniserregender als außerhalb des Strafvollzugs, da er zu Einschüchterung, Tyranisierung und Kriminalität führt.

## Ausgewählte Themen

Zur Verhinderung von Drogenschmuggel werden routinemäßig oder aufgrund von Verdachtsmomenten verschiedene Maßnahmen angewandt. Dazu gehören Zellen-durchsuchung, Leibesvisitation nach einem Freigang, Paketverbot, Besuchsüberwachung und Netzüberspannung des Gefängnishofes. Zur Reduzierung des Drogenangebots führte das Vereinigte Königreich kürzlich eine Reihe von Maßnahmen ein, wie etwa verstärkter Einsatz von Hunden, um Schmuggler abzuschrecken bzw. ausfindig zu machen, und Einlassverbot für Besucher, die beim Einschmuggeln von Drogen in die Haftanstalt erappt wurden.

Über Sicherstellungen illegaler Drogen innerhalb von Vollzugsanstalten oder in deren Eingangsbereich wird von vielen Ländern berichtet, in der Regel handelt es sich dabei jedoch um kleine Mengen. Bei Kontrollen werden auch Drogenbesteck, Chillums und anderes Zubehör gefunden.

### Maßnahmen zur Nachfragereduzierung im Strafvollzug

Die derzeitigen Maßnahmen zur Reduzierung der Drogennachfrage im Strafvollzug umfassen hauptsächlich die Verhinderung des Drogenkonsums durch verstärkte Kontrollen wie Zellendurchsuchungen und stichprobenartige Drogentests sowie Sanktionen oder Verlust von Vergünstigungen. In Schweden müssen sich Inhaftierte zum Beispiel durchschnittlich jeden Monat zwei bis drei Urintests unterziehen.

Angesichts der wachsenden Zahl von Drogenabhängigen haben die Strafvollzugssysteme spezielle Suchtbetreuungsstellen geschaffen (z. B. in den Niederlanden), in bestimmten Strafvollzugsanstalten einen zentralen Drogenhilfsdienst eingerichtet (in Irland und Österreich) oder aus externen Drogenstellen Fachkompetenz in Fragen der Suchtbetreuung „importiert“.

Seit 1995 ist in den Strafvollzugsanstalten eine Erweiterung der Dienste für Drogenkonsumenten und die Einführung von Maßnahmen zur Verhinderung der Übertragung von Infektionskrankheiten zu beobachten (Ambrosini, 2001). Im Vergleich zu den Gemeinden erfolgte dies allerdings mit erheblicher zeitlicher Verzögerung. Mit den gegenwärtigen Suchtbetreuungsdiensten kann der potenzielle Bedarf der Drogenkonsumenten, die schätzungsweise über 50 % aller Inhaftierten ausmachen, nicht gedeckt werden.

Da zahlreiche Drogenkonsumenten mehrmals mit denselben oder sogar noch gravierenderen Problemen im

Zusammenhang mit Drogensucht und Infektionskrankheiten in den Strafvollzug zurückkehren, sahen sich die Gefängnisverwaltungen gezwungen, Sucht, Drogenkonsum und die damit verbundenen Risiken und gesundheitlichen Folgen innerhalb des Strafvollzugs systematischer in Angriff zu nehmen. Eine neuere Entwicklung in vielen EU-Ländern, die dies zum Ausdruck bringt, ist die Annahme spezieller „Drogenstrategien im Strafvollzug“, die Bereitstellung von Leitlinien für die Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen im Strafvollzug oder die Ausarbeitung von Qualitätsstandards für bestimmte Hilfsdienste <sup>(62)</sup>. Drogenstrategien im Strafvollzug umfassen in der Regel eine ganze Reihe von Maßnahmen, wie Behandlung der Inhaftierten, Verhinderung des Drogenkonsums und Reduzierung des Drogenangebots.

### Suchthilfe

Die gesundheitliche Betreuung in den Strafvollzugsanstalten erfolgt herkömmlicherweise durch das interne Gesundheitspersonal, das dem Justizministerium untersteht. Bei der Betreuung von Drogenkonsumenten stützen sich die Strafvollzugssysteme in der gesamten EU und in Norwegen aber auch auf Fachkompetenz und Ressourcen von außerhalb. In dem Bestreben, das Gleichwertigkeitsprinzip der Behandlung („equivalence of care“) innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs durchzusetzen (Europarat, 1993; WHO, 1993), übertrugen Frankreich (1994) und Italien (2000) die Zuständigkeit für die Betreuung inhaftierter Drogenabhängiger auf das Gesundheitsministerium und beteiligten somit die örtlichen und regionalen Gesundheitsbehörden auf gesetzlicher Basis an der Betreuung. Auch in Irland (1999), Portugal (1999) und Spanien (2000) wurden konkrete Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Justizsystem und den öffentlichen oder nicht staatlichen Gesundheitseinrichtungen geschlossen, um die Qualität und den Umfang der Betreuung inhaftierter Drogenkonsumenten zu erhöhen.

In den meisten, wenn nicht sogar in allen europäischen Strafvollzugsanstalten, spielen externe Drogenspezialisten eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Drogenkonsumenten. Dennoch weisen der Umfang und das Niveau der Hilfsdienste in den Vollzugsanstalten zwischen den einzelnen Ländern und innerhalb dieser erhebliche Unterschiede auf. Bemerkenswerte Ausnahmen hinsichtlich des Angebots an Hilfsdiensten sind: Schottland, wo es in jeder Haftanstalt Drogenberater gibt; Spanien, wo in 71 von 73 Vollzugsanstalten Hilfsdienste vorhanden

<sup>(62)</sup> Tabelle 13 OL: Jüngste Strategien gegen Drogen in Haftanstalten, Ministerialrichtlinien und Drogenhilfe in der EU und Norwegen (Online-Fassung).

## 2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

sind; Schweden, wo im Jahr 2000 ein Drittel der geschätzten Zahl der Inhaftierten mit Drogenproblemen an Programmen zur Therapiemotivation teilnahm; England und Wales, wo alle Vollzugsanstalten seit 1999 mit externen Fachteams (CARAT – Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) zusammenarbeiten, die sich um die Bedürfnisse der Drogen konsumierenden Inhaftierten von der Aufnahme bis zur Nachbehandlung kümmern – jedoch sind offenbar nicht genügend Überweisungsmöglichkeiten vorhanden (Spacca, 2002). In Schottland können die Inhaftierten nun während der ersten 12 Wochen nach der Entlassung Übergangshilfe erhalten, um ihre Rückkehr in die Gemeinde zu erleichtern.

Das Angebot der externen Stellen umfasst allgemeines Informationsmaterial über Drogenprävention sowie Aufklärung zur Risikoverminderung, Programme zur Therapiemotivation und zur Vorbereitung auf die Entlassung, einschließlich Vermittlung in eine von der Gemeinde getragene Behandlung und Nachsorge. In Belgien und Griechenland sind Nichtregierungsorganisationen (NRO) bisher die Primäranbieter der wenigen Dienste, die den Drogenkonsumenten im Strafvollzug zur Verfügung stehen. In Deutschland sind bereits seit Mitte der 80er Jahre externe Drogenstellen und spezielle interne Drogenhilfsdienste in Strafvollzugsanstalten tätig. Im Jahr 2000 stellten über 350 Drogenberater ihre Dienste in deutschen Vollzugsanstalten zur Verfügung, allerdings unterscheidet sich der Umfang dieser Dienste in den einzelnen Bundesländern. In Frankreich stellte die Beteiligung externer Spezialisten auch im Jahr 2000 eine wichtige Tendenz dar; und in Italien verzeichnete der öffentliche Drogendienst Ser.T. infolge der ihm vor kurzem übertragenen Zuständigkeit für inhaftierte Drogenkonsumenten einen deutlichen Anstieg der Klientenzahl. In der spanischen nationalen Drogenstrategie (2000-2008) ist die Einbeziehung externer Spezialisten in die Betreuung von Drogenkonsumenten im Strafvollzug als eine Schwerpunktaufgabe definiert. Die mehrjährigen Kooperationspläne zwischen Strafvollzugsanstalten und Nichtregierungsorganisationen führten dazu, dass in mehr als der Hälfte der Suchtbetreuungsdienste (GAD) in spanischen Strafvollzugsanstalten externe NRO-Spezialisten tätig sind.

### *Angebotene Dienste*

In den meisten Vollzugsanstalten in der EU und in Norwegen ist offenbar schriftliches Informationsmaterial zu Drogen und drogenbedingten Infektionskrankheiten vorhanden, jedoch besteht kaum die Möglichkeit, Fragen der Prävention systematisch und wiederholt in einem persönlichen Gespräch anzusprechen. Oft bedarf es dazu der

Initiative der externen Stellen oder einzelner Strafvollzugsmitarbeiter.

Entgiftung wird in der Regel durch die medizinischen Dienste der Haftanstalten oder in speziellen Entgiftungsstationen angeboten, jedoch mangelt es häufig an Qualitätsleitlinien. Von einem Programm, im Rahmen dessen jährlich 1 200 bis 1 500 Gefangene entgiftet wurden, heißt es, dass es unstrukturiert und ohne entsprechende Kontrolle, ohne Nachsorge oder mittel- bis langfristige Planung zur Verfügung gestellt worden sei (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). Jedoch wird jetzt mit der Einführung von Qualitätsstandards begonnen, zum Beispiel sind nach der Strafvollzugsordnung vom Dezember 2000 alle Haftanstalten in England und Wales verpflichtet, qualifizierte Entgiftungsdienste anzubieten.

In manchen Ländern sind externe Stellen auch unmittelbar an der langfristigen Suchtbehandlung beteiligt. Beispiele hierfür sind die kleinen intramuralen Programme für Drogenkonsumenten in Dänemark und Norwegen, die von speziellen externen Drogendiensten angeboten werden („Importmodell“), und die Substitutionstherapie in spanischen, französischen und italienischen Haftanstalten. Die großflächige Erfassung in Spanien wurde durch den massiven Einsatz externer Drogendienste erreicht.

In neun Ländern der EU wurden innerhalb der Vollzugsanstalten abstinenzorientierte Therapieprogramme entwickelt, und in Norwegen wird ein Programm zur Therapiemotivation angeboten. Im Vergleich zur geschätzten Zahl der Gefangenen mit einem Drogenproblem stehen insgesamt nur sehr wenig Plätze zur Verfügung. In Spanien nahmen jedoch im Jahr 2000 8 984 Gefangene an den 18 angebotenen abstinenzorientierten Behandlungsprogrammen teil, und im Zeitraum 2000-2001 wurden in England und Wales 3 100 Teilnehmer an den 50 vorhandenen intensiven Therapieprogrammen registriert. In Schweden sind 10 % der Gefängniseinrichtungen mit einer Aufnahmekapazität von 500 Inhaftierten für die freiwillige und zwangsweise Behandlung von Drogenkonsumenten (Lysen, 2001) reserviert, und in Finnland nehmen 18 % der Neuzugänge an Programmen zur Drogen- oder Alkoholrehabilitation teil (Jungner, 2001). In der österreichischen Justizanstalt Favoriten, die ausschließlich auf die Behandlung von Abhängigen spezialisiert ist, stehen 110 Therapieplätze zur Verfügung; in Dänemark sind es 30 Plätze und in Irland neun. Das norwegische Programm zur Therapiemotivation kann jährlich 18 Gefangene aufnehmen<sup>(63)</sup>.

<sup>(63)</sup> Tabelle 14 OL: Abstinenzorientierte Behandlung und drogenfreie Trakte in Haftanstalten in ausgewählten Ländern der EU und Norwegen (Online-Fassung).



## Ausgewählte Themen

Mit Ausnahme von Griechenland, Schweden und zwei deutschen Ländern (Bayern und Baden-Württemberg) steht nunmehr in den Justizvollzugsanstalten in allen EU-Ländern und in Norwegen Substitutionstherapie zur Verfügung. Doch auch in den Ländern, in denen sich ein großer Teil der problematischen Drogenkonsumenten außerhalb des Strafvollzugs in Substitutionstherapie befindet, wird von den Vollzugsanstalten oft eine Entgiftungstherapie angeboten. In Deutschland und in den Niederlanden z. B. wird die Quote in den Vollzugsanstalten auf 1 bis 4 % geschätzt (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001), gegenüber 30 bis 50 % in den Gemeinden. In den meisten Vollzugsanstalten ist eine Substitutionstherapie nur bei kurzfristigen Haftstrafen, für schwangere Drogenkonsumentinnen und Langzeitabhängige oder für Drogenkonsumenten mit gravierenden psychischen oder physischen Problemen vorgesehen. Der Beginn einer Substitutionsbehandlung im Strafvollzug ist selten, obwohl dies in den meisten Ländern gesetzlich möglich ist. Eine große Ausnahme stellt Spanien dar, wo die Substitutionsraten innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs übereinstimmen<sup>(64)</sup>.

In zehn EU-Ländern und in Norwegen gibt es drogenfreie Trakte oder Haftanstalten – vorwiegend zum Schutz nichtabhängiger Häftlinge vor Drogen. Einige von ihnen bieten jedoch auch Abhängigen eine Therapie an. Gefangene, die sich in einer methadongestützten Substitutionstherapie befinden, sind in der Regel von den drogenfreien Abteilungen ausgeschlossen. Die zwanzig drogenfreien Abteilungen für Suchtberatung in holländischen Gefängnissen sind auf 446 Gefangene ausgerichtet, dennoch blieb 1999 ein Drittel ihrer Kapazität ungenutzt. In Schweden gibt es 356 Plätze in drogenfreien Behandlungsabteilungen, während in Finnland, wo gegenwärtig 10 % aller Gefängnisabteilungen drogenfrei sind, eine Erweiterung auf 50 % angestrebt wird. In Por-

tugal wurden vor kurzem sieben drogenfreie Behandlungsabteilungen mit 195 Plätzen ihrer Bestimmung übergeben, was als „großer Erfolg“ bewertet wurde. Zwei weitere Abteilungen sind geplant (siehe Tabelle 14 OL). Eine Analyse der Forschungsarbeiten über Suchthilfe im Strafvollzug (Rigter, 1998) führte jedoch zu der Schlussfolgerung, dass weltweit Mangel an zuverlässigen, validierten Resultaten besteht.

### Prävention von Infektionskrankheiten

Die Verhütung der Ansteckung mit auf dem Blutweg übertragbaren Krankheiten während der Inhaftierung ist ein vorrangiges Ziel verschiedener europäischer Strafvollzugssysteme – auch zur Vermeidung der deutlich höheren Arzneimittelkosten für die Behandlung drogenbedingter Infektionskrankheiten (z. B. HAART, Interferon), die von den Strafvollzugsanstalten zu tragen sind.

Viele Länder sind bestrebt, sich an die allgemeinen Prinzipien und besonderen Empfehlungen der WHO-Leitlinien zu HIV-Infektion und Aids im Gefängnis zu halten (WHO, 1993). Einige risikoreduzierende Maßnahmen lassen sich jedoch nur schwer umsetzen, da sie politisch belastet sind, von Seiten des Personals auf Widerstand stoßen und als unangemessen für das Strafvollzugsumfeld empfunden werden. Einen Überblick über ausgewählte Präventionsmaßnahmen der WHO-Richtlinien und den Umfang, in dem sie in der EU und in Norwegen umgesetzt werden, bietet die nachstehende Tabelle. Auch wenn diese Maßnahmen in vielen Ländern immer noch nicht in ausreichendem Maße angewandt werden, hat es doch einige Fortschritte gegeben<sup>(65)</sup>. Nadelaustauschprogramme können nunmehr in allen spanischen Haftanstalten<sup>(66)</sup> angeboten werden, und in Luxemburg und Portugal wird deren Einführung diskutiert. Immer mehr Länder empfehlen, den Haftinsassen Zugang zu verdünnter Chlorbleiche zu ermöglichen, eine Maßnahme, die sich durchzusetzen beginnt.

<sup>(64)</sup> Tabelle 15 OL: Substitutionsbehandlung im Strafvollzug in der EU und in Norwegen (Online-Fassung).

<sup>(65)</sup> Zu Informationen über die Situation bis 2000 siehe [http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific\\_demand.html#table2](http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2)

<sup>(66)</sup> Ausgenommen die Vollzugsanstalten in Ceuta und Melilla. Die autonome Gemeinschaft Katalonien ist selbst für die Verwaltung ihrer Vollzugsanstalten zuständig.

## 2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

**Tabelle 2**

Übersicht über ausgewählte Präventionsmaßnahmen zur Verhütung blutübertragbarer Krankheiten in Strafvollzugsanstalten in der EU und in Norwegen				
	Information/Aufklärung	Hepatitis-B-Impfung	Bereitstellung von Desinfektionsmitteln	Nadel-/ Spritzenaustausch
Belgien	++ aber nicht in allen Gefängnissen	+ Protokoll wird vom Gesundheitsministerium entwickelt	+	0
Dänemark	0	++ jedoch in sehr geringem Umfang	++ mit Anweisungen	0
Deutschland	+	n. v.	+	+
Griechenland	+ aber Bereitstellung primär durch externe Dienste	+ nur 1 Gefängnis	+ nur eine Haftanstalt	0
Spanien	++	++ und gefördert	++	++
Frankreich	+	++	++	0
Irland	0	++	+ jedoch ++ von der Review Group on Prison Health Care 2001 empfohlen	0 Review Group on Prison Health Care empfiehlt wegen des Anfallsrisikos keinen N/S-Austausch
Italien	0	n. v. (Pflichtimpfung mit 12 Jahren, gesamte Bevölkerung, eingeführt Anfang der 90er Jahre)	++	0
Luxemburg	+	++	0	0 wird diskutiert
Niederlande	+	++	++	0
Österreich	+	+ (!)	++ mit Anweisungen zur Reinigung	0
Portugal	+	++ nationales Impfprogramm	++ in der Praxis +	0 wird diskutiert
Finnland	+	++	++	0
Schweden	0 hängt von der Vollzugsanstalt ab	0 Entscheidung über die allgemeine Einführung der Impfpflicht steht noch aus	0	0
Vereinigtes Königreich	+	++ (Schottland)	++ England/Wales: kein leichter Zugang. Nach einer Pilotstudie werden Tabletten zur Verfügung gestellt Schottland: ++ mit Anweisungen	0
Norwegen	n. v.	n. v.	0 Gesundheitsbehörden forderten die Vollzugsanstalten auf, Chlorbleiche zur Verfügung zu stellen	0

Anmerkungen: n. v. = Daten nicht verfügbar

**Information/Aufklärung**

- 0 Allgemeines schriftliches Informationsmaterial
- + Speziell für den Strafvollzug entwickeltes schriftliches Informationsmaterial
- ++ Gefängnispezifisches Material plus Safer-Use-Aufklärung (zumindest theoretisch)

**Hepatitisimpfung**

- 0 nicht systematisch
- + nur in wenigen Vollzugsanstalten
- ++ in allen Vollzugsanstalten

**Desinfektionsmittel**

- 0 nicht verfügbar
- + in einigen Vollzugsanstalten
- ++ in allen Vollzugsanstalten

**Nadel-/Spritzenaustausch**

- 0 nicht vorhanden
- + in wenigen Vollzugsanstalten
- ++ in allen Vollzugsanstalten

**Quellen:**

Nationale Reitox-Berichte, 2001.  
European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille, Dezember 2001.  
(!) Spirig, H. und Ess-Dietz, O., „Preventive measures in Austrian Prisons“, in WIAD-ORS.

### Quellen — Kapitel 3

Akram, G., und Galt, M., „A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs“, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Bd. 6 (2), 1999, S. 215-225.

Ambrosini, F., „Europäisches Netzwerk zur Drogen- und Aids-Hilfe im Strafvollzug“, in Jacob, J., Keppler, K. und Stöver, H. (Hrsg.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche Aids-Hilfe, Berlin 2001, S. 106-113.

Bellis, M. A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M., „Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nightlife resort“, *International Journal of Drug Policy*, Bd. 11, 2000, S. 235-244 (\*).

Bennett, G. A. und Higgins, D. S., „Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK“, *Addiction*, Bd. 94 (8), 1999, S. 1179-1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B., A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. und Öjehagen, A., *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Schweden, 2001.

Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G. und Strang, J., *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, London 2000.

Calafat, A., Bohm, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossman, P., van de Wijngaart, G. und Zavatti, P., *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea und Europäische Kommission, Valencia 1999.

Club Health conference Proceedings, 2<sup>nd</sup> International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24.-27. März 2002 Rimini, Regione Emilia Romagna und John Moores University, 2002.

Costa, N., Padua, J., Correia, M., „Um ano de Naltrexona“, *Toxicodependências*, Band 6 (1), 2000, S. 51-60.

Darke, S., Ross, J., Zador, D. und Sunjic S., „Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996“, *Drug and Alcohol Dependence*, Bd. 60, 2000, S. 141-150.

Decorte, T., „Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp“, Doktorarbeit, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven 1999.

Department of Justice, Equality and Law Reform, „Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan“ (unveröffentlicht) (\*).



## Ausgewählte Themen

- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, London 1999.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. und Alcabas, P., „Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV“, *Aids*, Band 12 (Ergänzungsband A), 1998, S. 217-230.
- DrugScope, *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, 8. Ausgabe, DrugScope, London 2001 (\*).
- EBDD, *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg 2000.
- Edmunds, M., Hough, M., und Urquia, N., *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80*, Home Office Police Research Group, London 1996 (\*).
- ESPAD, Bericht 1999 „Alcohol and other drug use among students in 30 European countries“, Schwedischer Rat für Informationen über Alkohol und andere Drogen (CAN), die Pempidou-Gruppe des Europarates, 2000.
- Europarat, *Empfehlung R (93)6 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über vollzugsrechtliche und kriminologische Aspekte der Kontrolle übertragbarer Krankheiten – insbesondere Aids – und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Probleme im Gefängnis*, Europarat, Straßburg 1993.
- Farrell, M., „Ecstasy and the Oxygen of Publicity“, *British Journal of Addiction*, Bd. 84, 1998, S. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., und Strang, J., „Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules“. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Bd. 6 (1), 1999, S. 61-69 (\*).
- Gossop, M., Marsden, J. und Stewart, D., *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, London 2001.
- Gossop, M., Marsden, J. und Stewart, D., *NTORS at one year – The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, London 1998.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. und Segar, G., „Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)“. *British Journal of Psychiatry*, Bd. 173, 1998.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J. und O' Brien, C. P., „Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction“, Artikel in *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*, USA, 1997.
- Haw, S., *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/Aids and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edinburgh 1993.
- Heroinstudie (2002), die offizielle Webseite enthält Informationen über den Heroinversuch in Deutschland unter: <http://www.heroinstudie.de>.
- Hunt, N., „Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey“, 2<sup>nd</sup> International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24.-27. März 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna und John Moores University, 2002.
- Jungner, M., „Behandlung von Rauschmittelmisbrauch in finnischen Strafvollzugsanstalten“, in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/Aids Services in Prison*, Ausgabe 9 und 10, November 2001, S. 12-13.
- KETHEA – NSPH, „Effectiveness-evaluation of the KETHEA's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA)“, National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Athen 2001.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R., *An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU*, EBDD, Lissabon 2001.
- Leccese, A. P., Pennings, E. J. M., und De Wolff, F. A., *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden 2000.
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. und Dole, V. P., „Methadone Maintenance“, Artikel in *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*, USA, 1997.
- Lysen, L., „Das schwedische System und die Erfahrungen in der Strafvollzugsverwaltung Gävle bei der Handhabung von Drogenproblemen in der Haftanstalt“, in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/Aids Services in Prison*, Ausgabe 9 und 10, November 2001, S. 10-11.
- McElrath, K. und McEvoy, K., *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast 1999.
- NB, 2001 = Nationale Berichte 2001 dieser Länder an die EBDD: Kapitel 13 (12 für Norwegen und 18 für Finnland).
- Neale, J., „Don't overdo it: overdose prevention and extent“, *Druglink*, Bd. 16, Juli/August 2001, S. 18-22.
- ONS (Office for National Statistics), „Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998“, *Health Statistics Quarterly* Nr. 7 (Herbst 2000), S. 59-62, Office for National Statistics, London 2000b.
- ONS (Office for National Statistics), „Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999“, *Health Statistics Quarterly* Nr. 9 (Frühjahr 2001), S. 70-72, Office for National Statistics, London 2000c.
- ONS (Office for National Statistics), „ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7“, *Health Statistics Quarterly* Nr. 5 (Frühjahr 2000), S. 57-60, Office for National Statistics, London 2000a (\*).
- Pedersen, M. U., *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning, 2000.
- Reitox, Nationale Berichte, 2001.
- Rigter, H., *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbo's-instituut, Utrecht 1998 (\*).
- Seppälä, P., Kiielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa. [Verbotene Substanzen und ihre Bedeutung in der Technokultur]. *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (4), 1999, S. 359-368 (\*).
- Snippe, J. und Bieleman, B., „Opiate users and crime in the Netherlands“ in Korf, D. und Riper, H. (Hrsg.), *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, Universität Amsterdam (SISWO), Amsterdam 1997.
- Sonntag, D. und Künzel, J., „Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?“ *Sucht*, Band 46 (Sonderheft 2), 2000.
- Spacca, E., Personal communication von Edoardo Spacca, Koordinator des European Network of Drug Services in Prison (ENDSP), Cranstoun Drug Services in London, 2002.
- Stöver, H., *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, EMCDDA Scientific Report, Lissabon und London 2001.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M., „Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses.“ *Drug and Alcohol Review*, Bd. 18, 1999, S. 253-261 (\*).
- Strang, J., Seivewright, N. und Farrell, M., „Oral and intravenous abuse of benzodiazepines“ in Hallstrom, C. (Hrsg.), *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford 1993.
- Taylor, A., Frischer, M., und Goldberg, D., „Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow“, Brief an den Herausgeber, *British Medical Journal*, Bd. 313, 30. November 1996, S. 1140-1141.

## 2002 Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU und in Norwegen

Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S., „Katamnese nach antagonistisch-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug“, *Sucht*, Band 47 (3), 2001, S. 189-200.

Turnbull, P., Mc Sweeney, T. und Hough, M., „Drug Treatment and Testing Orders - the 18-Month Evaluation“, *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London 2000.

Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. und Ree, J. M. V., „Medical co-prescription of heroin – two randomised controlled trials“, Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Niederlande, 2002.

Vermaas, P., „Drugs en geweld, ‘Poligebruikers’ zijn onvoorspelbaar en agressief“ *Algemeen Politieblad*, Nr. 10, 1999 (\*).

WHO Global Programme on Aids, *Guidelines on HIV infection and Aids in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (und Neuauflage UNAIDS/99.47/E), 1993. Die Pdf-Datei kann unter <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html> heruntergeladen werden.

WHO, *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, 1994 (\*).

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis prevention in Prisons, *Annual Report to the EC*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille 1998.

WIAD-ORS, European Network on HIV/Aids and Hepatitis Prevention in Prisons, *Final Progress Report*, WIAD: Bonn & ORS: Marseille 2001.

Wirth, U., „Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung. Eine Studie des Anton Proksch-Instituts“, Anton Proksch-Institut, Wien 2001.

Weitere Informationen zu Drogenhilfsdiensten im Strafvollzug bietet das European Network of Drug Services in Prison (ENDSP – früher ENDHASP) auf folgender Webseite: <http://www.crans-toun.org>

(\* In den nationalen Berichten zitiert.