

Gesundheit und Gesundheitsförderung im Strafvollzug

von Heino Stöver

„Totale Institutionen“, ein Begriff geprägt vom amerikanischen Soziologen Erving Goffman, zeichnen sich dadurch aus, dass alle Lebensäußerungen ausschließlich innerhalb eines bestimmten Settings gelebt werden: Arbeit/Ausbildung, Freizeit, Essen, Sexualität, Schlafen etc. Zumeist handelt es sich dabei um Zwangszusammenhänge: Gefängnis, psychiatrische Einrichtungen, Maßregelvollzug.

Totale Institutionen zeichnen sich durch eine Ressourcenverringerung ihrer Insassen aus: Das Leben soll reizarm gestaltet werden und aus Sicherheitsgründen wird in einem extremen Ausmaß das tägliche Leben bis in die kleinsten Details strukturiert. Das Ergebnis ist oftmals eine Antragsmentalität und eine ‚erlernte Hilflosigkeit‘ bei den Insassen.

Der Freiheitsentzug an sich, die Trennung von Partnern, Familien, Kindern ist ohnehin bereits schon sehr belastend. Ebenso das Ertragen von Schuld- und Schamgefühlen und das Wissen um Leid, das man anderen zugefügt hat. Hohe Belegungsdichte, geschlossene Räume, Unselbständigkeit aufgrund hierarchischer Strukturen führen zudem zu Stress und Gewalttätigkeiten. Bewegungsarmut, Langeweile und Perspektivlosigkeit kennzeichnen die alltägliche Lebenssituation. Mangelnde Einflussnahmemöglichkeiten bei alltäglichen Verrichtungen führen bei vielen Insassen zu Passivität und einem ‚Sich-Treiben-Lassen‘ in der Institution. Auch Gesundheit in totalen Institutionen wird zu etwas Verordnetem (deutlich am Begriff der „Gesundheitsfürsorge“ im Strafvollzugsgesetz), zur Beseitigung offenkundiger Erkrankungen oftmals unter Nichtberücksichtigung institutionsbedingter Krankheitsfaktoren.

Daher mag es nicht überraschen, dass in Gefängnissen gesundheitliche Vorbelastungen überproportional stark unter den Gefangenen verbreitet sind. Dazu ergeben sich gerade im Setting Gefängnis weitere Gefährdungen: virale Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV/AIDS), Tuberkulose, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, psychische und psychiatrische Probleme, Suizidgefährdungen, exzessiver Kaffee- und Nikotinkonsum etc. Dies bedeutet, dass vorhandene gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen der Insassen (Frauen wie Männer) nicht nur nicht gefördert, sondern im Sinne von geordneten Abläufen und engen Strukturen unterdrückt werden müssen. Totale Institutionen agieren in der Regel nicht ressourcenfördernd. Insofern ist die Förderung von gesundheitlichen Handlungskompetenzen dringend angezeigt, um die große Gruppe der Inhaftierten vor gesundheitlichen Schäden einer Inhaftierung zu bewahren.

Aber es sind nicht nur die Gefangenen, die im Setting Gefängnis gesundheitlich gefährdet sind, sondern auch die Beschäftigten, die in der Arbeitswelt von Gefängnissen psychischen oder physischen Schaden nehmen können. In nicht wenigen Gefängnissen liegt die Krankheitsrate unter Bediensteten bei 20 Prozent. Diese Perspektive ist bei der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung in totalen Institutionen sicherlich noch sehr neu und wenig dokumentiert.

Schließlich geht es bei einer Diskussion um Gesundheit im Gefängnis um die physischen,



Michael, England Art and Prison e.V.

baulichen Arbeits- und Lebensbedingungen. Viele Gefängnisse stammen noch aus dem ausgehenden 19. Jahrhundert, mit oftmals erheblichen Mängeln was Licht, Ventilation, etc. anbetrifft. Überbelegung ist zudem ein weit verbreitetes Problem, was das Leben der Gefangenen weiter einschränkt.

Insgesamt wird deutlich: Sowohl Gefangene als auch Bedienstete, das heißt alle Menschen, die in der totalen Institution Gefängnis arbeiten und leben (müssen), sind hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Diesen Zusammenhang kann man nur mit einer übergreifenden, setting-orientierten Gesamtstrategie wie der Gesundheitsförderung angehen. „Healthy Prisons“ sind zu diskutieren in Anlehnung an die fachlichen Diskussionen und Praxis der von der WHO unterstützten Gesundheitsförderungsbewegung in Schulen, Krankenhäusern, Städten. Ein systemischer Blick auf diese Einrichtungen ist gefordert, der lebensweltbezogen, fächerübergreifend und kontextorientiert Lebens- und Arbeitsqualitäts-

ten unter den gegebenen Bedingungen des Eingeschlossenseins weiterzuentwickeln hilft.

In mehreren Gesundheitsförderungsprojekten ist deutlich geworden, dass für die Stärkung protektiver Faktoren der Menschen die jeweiligen Lebens-, Arbeits-, Lern- und Vollzugsbedingungen mit berücksichtigt werden müssen. Das Konzept ‚Gesundheitsförderung‘ muss die Fragen stellen: Wie lassen sich die gesundheitliche Versorgung der Insassen, die gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen für die Bediensteten, die physisch-räumlichen Gegebenheiten so umbauen, dass alle dort lebenden und arbeitenden Menschen ihre gesundheitliche Situation verbessern, halten, jedoch nicht verschlechtern können?

In einigen Gefängnissen gibt es bereits eine Thematisierung von Gesundheit – in der Regel jedoch für Bedienstete: Bedarfserhebungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Ernennung von Gesundheitsbeauftragten, Integration von Sport- und Bewegungsmöglichkeiten in den Dienstplan, Obstschalen und Wasserspender sowie Schutz vor Passivrauch sind nur einige der Versuche „Betriebliche Gesundheitsförderung“ umzusetzen. Studien zu den hohen Krankheitstagen der Bediensteten zeigen jedoch, dass der Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung noch weitergehen und Stresserleben, Personalführung, organisationsbedingte Probleme mit in den Blick nehmen muss.

1. Die gesundheitliche Situation der Gefangenen

Drogenabhängigkeit

Drogenabhängige Gefangene machen einen Anteil von etwa 30 bis 40 Prozent an der Gesamtpopulation der Gefangenen in Deutschland aus. Auch andere substanzbezogene Störungen sind in Haft stark überrepräsentiert (vor allem bezüglich Alkohol- und Tabakabhängigkeit). Während in Freiheit in den letzten 30 Jahren erhebliche Fortschritte in der Suchtmedizin und den psychosozialen Interventionen gemacht worden sind, lassen sich diese Entwicklungen in Haft trotz weiter Verbreitung abhängiger und missbräuchlicher Konsummuster nicht in gleicher Weise wiederfinden. Während in Freiheit eine erhebliche Diversifizierung des Hilfesystems stattgefunden hat, setzt man im Strafvollzug immer noch vorwiegend auf die zentrale Strategie der Abstinenz. Insbe-

sondere der Zugang zu bewährten und anerkannten Hilfe- und Behandlungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich. Dies betrifft vor allem Pharmakotherapie (medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger) und die Infektionsprophylaxe (mit einer Abgabe von Schutzmitteln wie sterile Einwegspritzen). Vor allem evidenz-basierte Kernstrategien zur Behandlung der Opioidabhängigkeit werden in vielen Haftanstalten entweder erst mit einem Zeitverzug von vielen Jahren eingeführt, sind nicht flächendeckend oder in manchen Bundesländern gar nicht existent (zum Beispiel Bayern). Dies führt zu Behandlungsdiskontinuitäten mit zum Teil erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status in und nach der Haft.

Zwei multizentrische epidemiologische Studien zur suchtmmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug geben erstmals einen genauen Überblick über die Zahl aktueller/ehemaliger intravenöser Drogenkonsumenten und drogenassoziiert infizierter in deutschen Haftanstalten. Radun et al. (2007) fanden in ihrer Querschnittstudie unter 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6 Prozent (n=464). 17,6 Prozent aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), 0,8 Prozent mit dem humanen Immundefizienz Virus (HIV) infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6 Prozent), der jemals Drogen injizierte, war HCV-positiv und 1,6 Prozent waren HIV-positiv.

In ihrer Befragung von Anstaltsärzten in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte et al. (2009) diese Ergebnisse bestätigen: Der Anteil an aktuellen/ehemaligen intravenösen Drogenkonsumenten unter den Inhaftierten lag hier bei durchschnittlich 21,9 Prozent, die HCV-/HIV-Prävalenzraten bei 14,3 Prozent beziehungsweise 1,2 Prozent.

Beide Studien aus den Jahren 2007/8 unterstreichen: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind aktuelle/ehemalige intravenöse Drogenkonsumenten, HCV-/HIV-Infizierte in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (Tabelle 1). Diese Zahlen werden bestätigt von der EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), deren Schätzungen darauf hinauslaufen, dass mindestens die Hälfte der europäischen Gefangenenpopulation „drogenerfahren“ ist, viele davon mit einem problematischen und/oder intravenösen Konsum (s. EMCDDA 2006, S. 21).

Auf Basis der in Tabelle 1 genannten Werte muss man bei etwa 60.000 Strafgefangenen (Stand 31.3.2011) querschnittlich von ca. 15.000 (13.140-17.760) Opioidkonsumenten bzw. -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregel, Polizeiarrest) – im Verlaufe eines Jahres

Suchtmmedizinische Versorgungssituation

Während sich in Freiheit in den letzten 30 Jahren eine Vielzahl unterschiedlichster Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Methoden entwickelt hat (Suchtbegleitung, Harm Reduction, ambulante Therapie,

	i.v. Drogenkonsumenten	HCV	HIV
Haftanstalten^{1,2}	21,9 - 29,6%	14,3 - 17,6%	0,8 - 1,2%
Allgemeinbevölkerung	0,3% ³	0,4 - 0,7% ⁴	0,05%
Faktor	73- bis 98-fach	26- bis 32-fach	16- bis 24-fach

Tabelle 1: Anteil der i.v.-Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziiierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung; HCV: Hepatitis-V-Virus, HIV: Human Immunodeficiency Virus

von etwa doppelt so viel. Etwa jeder Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 150.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert (s. Stöver 2012, S. 75). Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsumenten im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen.

Während in den Gefängnissen der alten Bundesländer die Zahl an Opiatabhängigen deutlich überwiegt, finden sich in den Vollzugsanstalten der fünf ostdeutschen Bundesländer in etwa gleichem Maße Alkohol- und Drogenabhängige. Küfner (1998) geht davon aus, dass der Anteil Alkohol- und anderer Drogenabhängiger in deutschen Gefängnissen in der Summe etwa gleich hoch ist. Eine aktuellere Studie aus Westdeutschland (N=76) zeigt, dass alkoholbezogene Störungen (Abhängigkeit: 38,2 Prozent, Missbrauch: 21,1 Prozent) gegenüber Opiatabhängigkeit (28,9 Prozent) und /missbrauch (2,6 Prozent) sogar deutlich höher sind – trotz „beschützter Umgebung“. Die Lebenszeitprävalenzen in Bezug auf Alkohol liegen bei 46,1 Prozent (Abhängigkeit) und 25 Prozent (Missbrauch) (s. Schröder 2005). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung sind damit die alkoholbezogenen Störungen in Haft fünf- bis achtmal häufiger verbreitet (s. Meyer et al. 2000, Jacobi et al. 2001). Darüber hinaus zeigt ein nicht unerheblicher Teil von mehr als 22 Prozent eine polyvalente Substanzabhängigkeit, das heißt einen gleichzeitigen Konsum von mehr als drei Substanzklassen, der die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung erfüllt. Schließlich sind 79 Prozent der Gefangenen aktuelle Raucher. Der Anteil der aktuell rauchenden Jugendlichen und der Frauen liegt über dem der männlichen Gefangenen (s. Buth et al. 2013).

suchtmmedizinische Versorgung, vor allem Substitutionsbehandlung einschließlich Heroingabe etc.) (s. Jakob et al. 2013), ist das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Vollzug meist immer noch auf abstinenzorientierte Hilfen beschränkt. Dies geht einher mit der Setzung eines drogenfreien Gefängnisses und der Vorstellung, der Vollzug wäre ein geeigneter Ort, um die Drogenabhängigkeit erfolgreich zu überwinden. Gleichzeitig wird der Gesellschaft suggeriert, Gefängnisse seien drogenfrei, und ihr Sicherheitsauftrag werde erfolgreich erfüllt – eine Politik, die intra- und extramural eine große sozialpsychologische und politische Bedeutung erhält. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken kann in einer solchen Ausblendung von Ambivalenzen und Komplexitätsreduktion erfolgreich negiert werden.

Zugrunde liegt dieser Politik ein fehlendes oder falsches Verständnis von Abhängigkeit. Insbesondere Opioidabhängigkeit ist als eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung zu verstehen. Rückfall (oder Beikonsum) sind zu erwarten und müssen in das Behandlungskonzept integriert werden. Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen während der Haftzeit reduziert oder sogar eingestellt wird, sind Rückfälle unmittelbar nach der Haftentlassung die Regel (Kompensationskonsum für die Zwangsabstinenz). Diese sind für Opioidkonsumenten sogar mit eindeutig erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden (s. Farrell/Marsden 2008). Insofern ist verstärkt daran zu arbeiten, das Verständnis für und den Umgang mit Suchterkrankungen bei Medizinern, Krankenpflegern, Direktoren und den weiteren Mitarbeitern im Gefängnis zu verbessern und aktiv und offensiv Suchtprobleme und -folgeprobleme in Haft anzusprechen.

Die häufige Eindimensionalität der Ausrichtung der Hilfen auf abstinenzorientierte Angebote (weil sie scheinbar mit dem Vollzugsziel des § 2 StVollzG: „auf ein Leben ohne Straftaten vorbereiten zu wollen“ identisch sind) blendet die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsnotwendigkeiten Gefangener mit langjährig fortgesetztem Drogenkonsum und damit zusammenhängenden Gesundheitsbelastungen aus. Abstinenz ist für viele dieser Gefangenen oft keine realistische Option mehr. Suchtbegleitung als eine offensiv auf Schadensbegrenzung abzielende Strategie ist innerhalb des Strafvollzuges so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet in deutschen Gefängnissen nur ein Schattendasein (s. Keppler et al. 2011).

Die hohe Zahl an intravenös Drogenabhängigen in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate Antworten. Dies gilt insbesondere, da das Setting Gefängnis zum einen – aufgrund der hohen Durchlaufquote für kurzzeitig Inhaftierte – eine große Bedeutung für die Gesundheit der übrigen Gesellschaft hat. Zum anderen können die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effizienten Therapien ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen implementiert werden, insbesondere die Opioidsubstitutionsbehandlung. Larney (2010) arbeitet die risikominimierende Bedeutung der Substitutionsbehandlung heraus: Das Risiko ‚intravenöser Drogengebrauch in Haft‘ wird bei Gefangenen in Substitutionsbehandlung je nach Studie um 55 bis 75 Prozent gesenkt, das Risiko „Spritzentausch in Haft“ um 47 bis 73 Prozent.

Ein Vergleich zwischen der aktuellen intra- und extramuralen suchtmmedizinischen Versorgungssituation fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Patienten unter Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den letzten fünf Jahren um 50 Prozent erhöht hat (auf 76.200 Patienten im Jahre 2011) und damit etwa 50 Prozent der geschätzten mind. 150.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht annähernd ab: Lediglich etwa 1.500 – 2.000 der geschätzten 15.000 -20.000 Opioidkonsumenten beziehungsweise -abhängigen in deutschen Haftanstalten befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2007; u. eig. Berechnungen). D.h. nur etwa jeder zehnte Gefangene profitiert von der Behandlung der ersten Wahl bei Opioidabhängigkeit. Schulte et al. (2009) konnten zeigen, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2 Prozent) überhaupt eine Opioidsubstitutionsbehandlung möglich ist. Als primäre Indikation steht dabei die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund.

Stöver (2010) zeigt, dass bei 70 Prozent der Patienten bei Haftantritt die Behandlung ab-

gebrochen wurde. Die Situation im Maßregelvollzug muss als noch prekärer eingestuft werden, was die Kontinuität der Substitutionsbehandlung anbelangt. Hier konzentriert sich die Diskussion noch erheblich um die Zulässigkeit dieser Behandlungsform (s. Stöver 2012a).

Die 2010 aktualisierten Bundesärztekammerrichtlinien (2010) weisen jedoch eindeutig den Weg in Richtung Behandlungskontinuität auch in Haft oder anderen Settings (z.B. Therapie). Doch dies wird erst in den nächsten Jahren eine Wirkung auf die Fortsetzung, der in Freiheit begonnenen Substitutionstherapien entfalten können. Was allerdings im hierarchisch geprägten Haftbereich zu wirken scheint sind klare Orientierungen der Justizministerien. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise hat eine Expertengruppe Behandlungsempfehlungen erarbeitet (Justizministerium NRW 2010), die ärztliche Reaktionen auf alle denkbaren Szenarien eines Drogen(misch-)gebrauchs aufführen. Diese Empfehlungen berücksichtigen einerseits die Therapiefreiheit der Anstaltsärzte, andererseits sind sie so dicht und umfassend verfasst, dass Ärzte nur mit guter Begründung eine Fortsetzung der Substitutionsbehandlung ablehnen können. Eines ist allerdings immer noch weit verbreitet: die fehlende suchtmmedizinische Fachkunde, die zwar jetzt gefördert, aber erst bei Neueinstellungen von Ärzten zur Voraussetzung gemacht werden kann. Wie schwierig die Einführung der Substitutionsbehandlung im intramuralen Setting ist, zeigt etwa die JVA Tegel in Berlin (lediglich etwa 59 von 1.700 Gefangenen werden substituiert, bei angemessenem weit höherem Bedarf). Es zeigt sich, dass das Aufbrechen einer ärztlich-pflegerischen Ablehnungs- und Widerstandskultur gegenüber der Substitutionsbehandlung oft jahrelang dauert. Es zeigt sich aber auch, dass die Gefangenen bei Bekanntwerden ihres Drogenstatus Nachteile für den Vollzug ihrer Strafe befürchten. Dies deutet auf die Notwendigkeit angemessener Implementation dieser Behandlungsform hin.

Über Berlin hinaus zeigt eine bundesweite Übersicht, dass die Versorgungslage mit der Substitutionsbehandlung sehr heterogen ist, geprägt durch ein Nord-Süd-/West-Ost-Gefälle (s. Jakob et al. 2013). In Bayern mit etwa 9.000 Gefangenen und justizintern angenommenen 3.000 Drogenabhängigen beispielsweise gibt es so gut wie keine Behandlungsmöglichkeiten. Bayern sieht die Substitutionsbehandlung nicht als eine adäquate Therapie an (Süddeutsche Zeitung 2011) – dies führte dazu, dass zwei Gefangene gegen den Freistaat klagen, um eine Substitutionsbehandlung zu erhalten, bzw. fortzusetzen.

Die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele sind oft deutlich abstinenzorientiert. Entzugsbehandlungen allein führen jedoch in vielen Fäl-

len zu Rückfällen und drogenkonsumbedingten Überdosierungen nach Haftentlassung. Opioidsubstitution als Dauerbehandlung ist effektiver als Entzugsbehandlung; dies drückt sich in einer Förderung der Haltekraft in der Drogenbehandlung in Haft und der (anschließend) Abstinenz von anderen illegalen Drogen aus (s. Pont et al. 2012).

Die Substitutionsbehandlung ist schließlich nicht nur nützlich für die Gefangenen, sondern auch für die Strafvollzugsinstitution: Sie bietet einen täglichen Kontakt zwischen Gefangenen und medizinischer Abteilung und fördert zugleich die Vermittlung anderer gesundheitsrelevanter Botschaften und Verhaltensweisen. Eine Erhöhung der Zahl an Substituierten in Haft erfordert jedoch Investitionen in Personal und deren Ausbildung und Qualifizierung sowie eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit (s. Stöver et al. 2008).

Die Suchtbehandlung spielt eine große Rolle in der Gefängnismedizin: Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug umfasst die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen. Diese gesundheitlichen Störungen der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen großen Teil der medizinischen Leistungen. Eine Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg zeigte, dass dort 76 Prozent aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt wurden (s. Tielking 2003).

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem öffentlichen Druck, das Gefängnis als drogenfreien Raum zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten offensiv Hilfen an: Dies wird oft mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf die Undurchlässigkeit des Gefängnisystems gleichgesetzt. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Da „nicht sein kann, was nicht sein darf“, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen der Erwartung an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages und den Realitäten eines verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums vieler Gefangener und zum Teil politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens. Reaktionen darauf folgen in der Regel zwei unterschiedlichen Mustern; (i) intensivierte Abgrenzung des intra- und extramuralen Raums oder (ii) Entwicklung von realitätsadaptierten und bedürfnisgerechten Hilfen im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Ordnung sowie medizinischem Versorgungsauftrag. Sofern mit dem ersten Ansatz Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hinter-

grund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel einer weitgehenden Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde diese Reaktion auch zu Lasten nicht betroffener Gefangener gehen. Der zweite Ansatz sollte pragmatische und realistische Ziele verfolgen, das heißt sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen machbar sein. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsumenten im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Eine haftinterne Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz gegenüber dem Konsum: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren den Anstaltsalltag und den Umgang mit Drogen gebrauchenden Gefangenen.

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel nicht als „lockerungsgerecht“ betrachtet werden, das heißt, sie können ihr Handeln in der Freiheit nicht erproben, weil ihnen permanent eine Sucht- beziehungsweise Rückfallgefährdung sowie eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr unterstellt wird.

Medizinische Rehabilitation: „Therapie statt Strafe“

Wenn die Strafe nicht mehr als zwei Jahre beträgt kann eine medizinische Rehabilitation begonnen werden – die Strafe wird zurückgestellt. Von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz wurde in einer Auswertung des Vergleichs von Patienten mit und ohne Haft hintergrund festgestellt, dass bei der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich Abstinenz und (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit grundsätzlich keine Unterschiede bestehen: „Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahme ist vor allem eine kriteriengeleitete, konsequente und für die Gefangenen transparente Bewilligungspraxis, da durch eine von den Häftlingen wahrgenommene Unklarheit Motivationsdefizite und damit Drehtüreffekte entstehen können.“ (Kulick 2010). Eine Generalisierung der Ergebnisse auf das gesamte Bundesgebiet ist jedoch nicht möglich.

Die Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen offenbart allerdings eine Vielzahl von Problemen: Viele Staatsanwaltschaften und Gerichte legen 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 meh-

re 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“ (Koch 2010, S. 24). Inzwischen haben bereits einige Justizministerien Anweisungen erlassen, die Vollstreckungspraxis der Rechtsprechung des BGH anzupassen (z.B. Niedersachsen mit Schreiben an die JVA's, v. 3.2.2011). Auch bei der bedingten Entlassung aus der Haft nach §§ 57 StGB bzw. 88 JGG werden Probleme sichtbar: Durch die Rechtspraxis beim §57 StGB i.V. mit §12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI sind Rentenversicherungsträger zum Teil nicht mehr bereit eine Zusage für die Kostenübernahme der Rehabilitation zu geben, sondern erst dann, wenn die Strafvollstreckungsbe-

„Es entsteht ein Teufelskreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt.“

hörde 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.“ (ebda S. 24). Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, dass die Zahlen der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug (Unterbringung nach § 64 StGB) seit Jahren kontinuierlich ansteigt. Der tatsächliche Kausalzusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit ist also bei der strafrechtlichen Prüfung durch Staatsanwaltschaften/Rechtspflegern zu beachten.

Infektiologische Versorgungssituation

Wie in der Suchtmedizin zeigen sich auch Probleme bei der Behandlung von HCV-/HIV-Infektionen in Haft. Die Versorgungsleistung besteht hier - bis auf wenige Ausnahmen - vornehmlich in der Therapieweiterführung außerhalb von Haftanstalten begonnener HAART²- bzw. antiviraler Behandlungen³. Im Rahmen der Berichterstattung des Reitox-Knotenpunktes⁴ fand 2011 eine Befragung der Bundesländer unter anderem zur Ver-
2 Der Begriff Hochaktive antiretrovirale Therapie (abgekürzt HAART für englisch highly active antiretroviral therapy) bezeichnet eine Kombinationstherapie aus mindestens drei verschiedenen antiretroviralen Medikamenten (ARV) zur Behandlung der HIV-Infektion, die unbehandelt fast immer zum Ausbruch von AIDS führt.

3 Die antivirale Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin entspricht dem gegenwärtigen medizinischen Standard zur Behandlung chronischer HCV-Infektionen.

4 Beim Reitox-Knotenpunkt handelt es sich um Europäische Informationsnetzwerk zu Drogen und Drogenabhängigkeit

sorgung Gefangener mit antiretroviraler und antiviraler Behandlung statt. Zwar gaben alle Bundesländer an eine antiretrovirale und teilweise auch eine antivirale Behandlung anzubieten, jedoch konnte kein Bundesland über den Umfang der durchgeführten Therapien Auskunft geben (s. Jakob et al. 2013).

Die Justizvollzugsanstalten arbeiten in der Regel mit Schwerpunktpraxen zusammen. Da Gefängnisse jedoch oft weit außerhalb der Städte liegen (oder außerhalb von Städten mit Schwerpunktpraxen), macht dies (bewachte Transporte erforderlich, was oftmals schwierig zu organisieren ist und erhebliche Kosten verursacht (ähnliche Probleme stellen sich im Maßregelvollzug). Diskontinuitäten in der Medikation verschreibung und -einnahme in der Haftsituation resultieren oftmals aus Verlegungen von einer Haftanstalt in die nächst-

Gefängnisse sind wichtige Orte, um Tests auf HCV-/HIV-Infektionen anzubieten und durchzuführen. Ein generelles Screening findet jedoch in Haft trotz günstiger Umstände nicht statt. Dies wäre aber Voraussetzung für Interventionen wie Beratungen und Behandlungen. Obwohl die diesbezügliche Ansprache von intravenös Drogenabhängigen in Gefängnissen effektiv und kostengünstig ist (s. Sutton et al. 2006), zeigten Schulte et al. (2007), dass eine Testung lediglich an Hand individueller Kriterien durchgeführt wurde. Strategische und übergreifende Konzepte wurden nicht vorgefunden.

Obwohl bekannt ist, dass eine HCV-/HIV-Infektion bei substituierten Drogenabhängigen effektiv behandelt werden kann, wurde in der Studie von Schulte et al. (2007) eine unterstellte schlechte Compliance⁵ dieser Personengruppe als wesentliche Zugangsbarriere für eine solche Behandlung gefundet. Aktuelle medizinische Leitlinien schließen Drogenkonsumenten als für eine antivirale HCV-Behandlung geeignet ein. Ein Ergebnis dieser Analyse ist, dass substantielle Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Zugang intravenös Drogenabhängiger zu HCV- und HIV-Therapien in Haft zu verbessern.

Die Situation bzgl. Hepatitis A- und B – Impfung ist in den Bundesländern sehr heterogen: Es gibt sowohl offensive Impfangebote, als auch sehr defensive (s. Lesting/Stöver 2012).

Trotz angenommener hoher Verbreitung riskanten i.v. Drogenkonsums in Haft ist die Infektionsprophylaxe völlig unterentwickelt. Lediglich die JVA für Frauen in Lichtenberg/Berlin bietet - seit mehr als 15 Jahren - einen Spritzenumtausch an, das sind ca. 0,5 Prozent

(siehe: www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network)

5 In der Medizin spricht man von Compliance bzw. Kompliance des Patienten als Oberbegriff für dessen kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie. Der Begriff kann mit „Therapietreue“ wiedergegeben werden.

aller Haftanstalten. Politisch scheint diese Versorgung nicht durchsetzbar und offenbart damit einerseits die wohl größte Versorgungslücke und -ungleichheit zur Situation in den Kommunen und andererseits die völlige Abhängigkeit gesundheitlicher Versorgung von politischem Kalkül und Populismus (s. Stöver 2013).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Zugangshürden im Strafvollzug zu erprobten, bewährten und anerkannten Behandlungsmethoden und -zielen in der intramuralen Sucht- und Infektionsmedizin erheblich höher sind als in Freiheit. Diese unterschiedlichen Behandlungsstandards innerhalb und außerhalb von Haftanstalten sind nicht nur aufgrund des Gleichstellungsgebots rechtlich und ethisch bedenklich, sondern auch aus medizi-

Ausgangslage und als Prognoseinstrument zur Steuerung von Versorgungsleistungen in deutschen Haftanstalten regelhaft eingesetzt werden.

Mortalitätsprophylaxe

Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumenten von Opioiden ist die Phase nach Entlassung aus einem Haftaufenthalt. Speziell die erste Woche nach der Haftentlassung unterliegt nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemein-

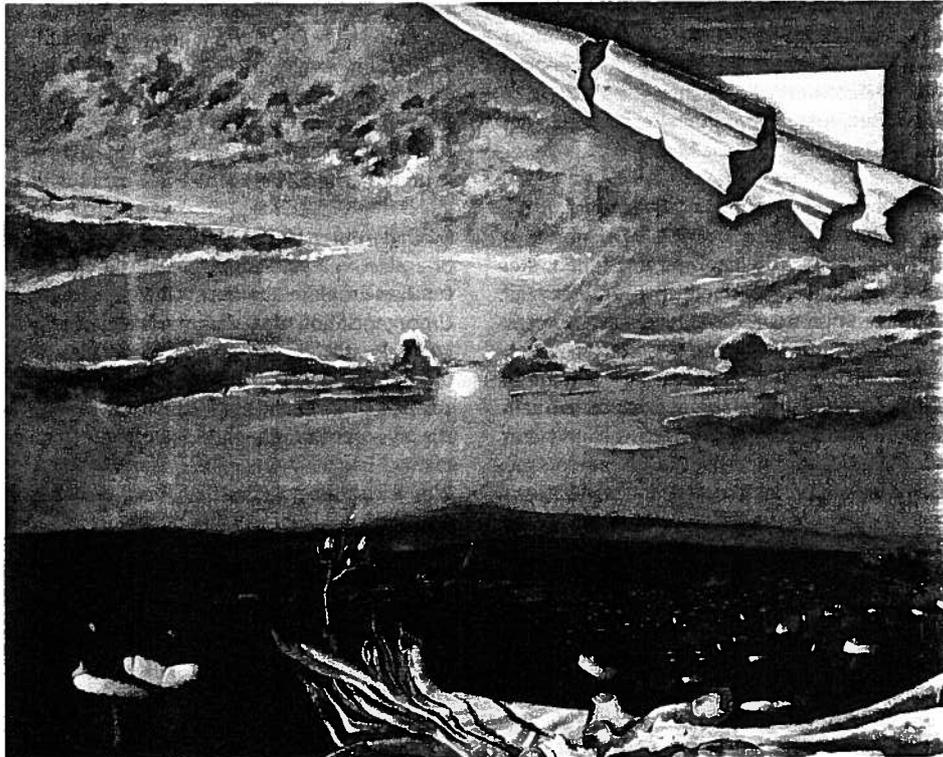
erseits ergeben sich mit einer Naloxon⁶-Mitgabe und einem vorangegangenen Training neue – bisher völlig ungenutzte – Möglichkeiten einer wirksamen Mortalitätsprophylaxe (s. Wakeman et al. 2009).

Psychische Störungen und Erkrankungen

Psychische Erkrankungen oder Störungen sind schwer von psychosomatischen Auffälligkeiten zu unterscheiden. Sie werden durch psychopathologische Merkmale definiert, die erst nach einer ausführlicheren Diagnostik und gegebenenfalls durch Hinzuziehung weiterer Befunde festgestellt werden können. Die Einweisung durch den Anstaltsarzt sollte unter zur Verfügungstellung der bisherigen Vorgeschichte und unter Mitteilung der Symptome und Verhaltensauffälligkeiten erfolgen (zur Lage der psychiatrischen Versorgung im Vollzug vgl. Konrad 2011). Eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus aus disziplinarischen Gründen ist ausgeschlossen (Bisson 1997, S. 14, 16, 17). Stellt der Anstaltsarzt fest, dass der Vollzug oder ein Vollzugskrankenhaus bei einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung oder einer Störung mit Krankheitswert für einen Gefangenen keine geeignete therapeutische Maßnahme anbieten kann, so hat er bei der Anstaltsleitung darauf hinzuwirken, dass eine psychotherapeutische Behandlung – unabhängig von den anfallenden Kosten – auch außerhalb des Vollzuges zur Verfügung gestellt wird, damit eine Entlassung nicht erfolgt, ohne dass eine medizinisch indizierte Intervention stattgefunden hat.

Schwierigkeiten des Vollzuges im Umgang mit psychisch gestörten Personen sind der Öffentlichkeit besonders deutlich geworden am Beispiel psychisch gestörter Sexualstraftäter, die nach der Entlassung rückfällig geworden sind. Diese Beispiele zeigten die Überforderung des Vollzuges mit der Behandlungsbedürftigkeit bzw. -notwendigkeit dieser Gefangenen. Dies resultiert zum einen aus der Tatsache, dass psychisch gestörte Straftäter zu einer Freiheitsstrafe und nicht zu einer Unterbringung mit psychiatrischer Hilfe und Behandlung verurteilt werden, weil die Erkrankung vermeintlich nicht die Voraussetzungen einer Unterbringung erfüllt. Zum anderen werden die psychischen Erkrankungen nicht genügend berücksichtigt oder gar erkannt und sicher diagnostiziert. Schließlich zeigt sich zum Teil erst in der Strafhaft die psychische Störung, verschlimmert sich dort oder entsteht gar erst angesichts pathogener Haftbedingungen.

Diese psychischen Störungen in der Strafhaft sind für Bedienstete und Mitarbeiter des medizinischen Dienstes nicht immer klar erkennbar. In Haftanstalten ist es für die Verant-



Juhan, Ungarn

Art and Prison e.V.

nischer und gesundheitsökonomischer Perspektive kontraproduktiv. Therapieabbrüche und Therapieaufschübe innerhalb von Haftanstalten führen zu Mehrkosten und Fehlallokation öffentlicher monetärer Ressourcen. So werden die auch von politischer Seite unbestrittenen Erfolge in der suchtmedizinischen und infektiologischen Versorgung Opioidabhängiger durch eine restriktive medizinische Versorgung innerhalb der Haftanstalten in diesen nicht effizient erreicht. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, um bestehende Versorgungsunterschiede schnellstmöglich zu beseitigen. Maßgebend sind dabei die aktuellen medizinischen Standards, repräsentiert durch die aktuellen Richt- und Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Opiatabhängigen. Zudem müssen endlich die Standards der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung als Analyseinstrument zur Beschreibung der

bevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind. Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4-7fach erhöht beschrieben (WHO 2010). In Deutschland fehlen dazu Daten aus den letzten Jahren. Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahre 2008 registrierten Drogentodesfälle in den zwei Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13 Prozent; (s. Heinemann/Stöver 2012). In diesem Zusammenhang ist einerseits die Behandlungskontinuität mit einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor Haftentlassung für eine Mortalitäts-/Morbidityprophylaxe für die besonders vulnerable Phase nach Haftentlassung von besonderer Wichtigkeit. Ande-

⁶ Naloxon wird in der Notfallmedizin als Antidot bei Opiatüberdosierung durch entsprechende Drogen bzw. Medikamente, wie Heroin und Methadon, verwendet.

wortlichen nicht immer einfach zwischen haft- und persönlichkeitsbedingten Störungen und entsprechenden vollzuglichen Auffälligkeiten durch unerklärliches Verhalten zu unterscheiden. Viele Gefangene weisen eine Drogenabhängigkeit und Komorbidität auf, und leiden massiv an den Folgen des Freiheitsentzuges. Zudem sind Gefangene oft belastet durch Persönlichkeitsstörungen und sind eigentlich behandlungsbedürftig. Diese psychiatrischen Auffälligkeiten werden oft eher als Sicherheitsproblem, als Störung eines geordneten Vollzuges, denn als Symptom einer zugrunde liegenden Erkrankung betrachtet. Krisensituationen unter Gefangenen können lediglich in einigen Bundesländern in den für psychisch kranke und auffällige Gefangene vorgesehenen Sonderabteilungen des Strafvollzuges untergebracht werden. Häufiger werden diese Auffälligkeiten jedoch zum Problem der Anstaltsmedizin, die oftmals mit der Verschreibung von Psychopharmaka reagiert.

Die Verlegungsmöglichkeiten in psychiatrische Kliniken scheitern oftmals einerseits an den Vorbehalten der psychiatrischen Einrichtungen, die den Krankenhauscharakter und ihren Ruf nicht durch die Aufnahme von Strafgefangenen gefährden wollen, andererseits an den rechtlichen Bedenken der konkreten Unterbringungspraxis. Lesting (1992) weist auf das „Abschiebespiel“ zwischen Vollzug und psychiatrischen Kliniken (geschlossene psychiatrische Anstalt/ Maßregelvollzug nach § 63 StGB, psychiatrisches Landeskrankenhaus nach PsychKG bzw. die jeweiligen Unterbringungsgesetze), hin deren Interesse oft jeweils darin besteht, sich dieser Gefangenen möglichst schnell wieder zu entledigen. Er plädiert daher für eine Strafunterbrechung nach § 455 Abs. 4 StPO (Lesting 1992, S. 81 f. m. w. N.).

Ungeachtet aller rechtlichen und verfahrenstechnischen praktischen Schwierigkeiten mit psychisch kranken Gefangenen kann sich der Strafvollzug der Behandlungsbedürftigkeit dieser Gruppe nicht entziehen, weil § 56 Abs. 1 ausdrücklich die Verantwortung der Strafvollzugsbehörden für die „geistige Gesundheit“ einschließt. Das Äquivalenzprinzip verlangt die Fürsorge für eine therapeutische Behandlung entsprechend den außerhalb des Vollzuges geltenden anerkannten Regeln und Standards für die jeweiligen Erkrankungen. Dies kann nur im engen Austausch mit den entwickelten professionellen Versorgungsstrukturen in der Kommune oder des jeweiligen Bundeslandes gelingen. Entscheidende Bedeutung kommt der Gefängnispsychiatrie zu, die mit der Behandlungsmöglichkeit außerhalb des Normalvollzuges/innovativen Wohn- und Behandlungsmöglichkeiten und der vorzeitigen Entlassung zumindest über einige Mittel verfügen.

2. Die Situation der Bediensteten

Die Studie „Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug“ (Schwarz/Stöver 2010) konnte feststellen, dass die gesundheitlichen Beschwerden der einzelnen Mitarbeiter stark ausgeprägt sind, insbesondere berichten die Befragten häufig über Rücken-, Gelenk- und Magenschmerzen, sowie über Verdauungs- und Kreislaufstörungen. Die einzelnen Geschlechter unterscheiden sich in der Art der Häufigkeit von körperlichen Beschwerden. So leiden die befragten Frauen häufiger an Rückenschmerzen, Kreislauf- und Schlafstörungen, Verspannungen, Müdigkeit und Angst bei der Arbeit als Männer. Diese hingegen äußern eher Gelenk- und Magenschmerzen, sowie Verdauungsstörungen.

Die Forderungen nach einer Umgestaltung des Arbeitsplatzes, der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation sind deutlich erkennbar. Des Weiteren erhoffen sich mehr als die Hälfte der Bediensteten von den Vorgesetzten ein Verhalten mit mehr Sozialkompetenz.

Besonders die psychischen Belastungen, die durch Hektik, Zeitdruck, große Arbeitsmengen und ein hohes Arbeitstempo entstehen, stellen ein großes gesundheitliches Problem dar. Männer empfinden die Arbeit mit den Vorgesetzten und die Zahl der Überstunden problematisch, fühlen sich überarbeitet, glauben eher einer Lebensgefahr ausgesetzt zu sein und tauschen sich öfter mit den Kollegen über berufliche Probleme aus. Die befragten Frauen fühlen sich von Lärm, Hygiene und schlechter Beleuchtung gestört und werden durch Zeitdruck, große Arbeitsmengen, Genauigkeit und Leistungsdruck stärker beansprucht.

Neben diesen, durch die Arbeit selbst bedingten Faktoren, ist vor allem die Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten eine Belastung, da diese den Mitarbeiter/innen selten die Zeit geben, persönliche Gespräche zu führen. Zudem sehen mehr als die Hälfte das Vertrauensverhältnis zu ihren Vorgesetzten gestört und fühlen sich von ihnen ungenügend motiviert.

Die Belastungen, die durch die Arbeit mit den Gefangenen entstehen, wie z. B. Zellenkontrollen, negative Mitteilungen an die Insassen, Aggressionen zwischen und von den Gefangenen, sind im Gegensatz zu den vormals genannten Belastungen und Beanspruchungen nicht so stark ausgeprägt.

Schlussfolgerungen

Die gesundheitlichen Probleme der Gefangenen und Bediensteten sind immens und für die Gefangenen stellt sich die Frage, ob die international, und auch Deutschland verpflichtenden – Standards nach „Äquivalenz“, d.h. medizinische/gesundheitliche Versorgung entsprechend des Standards in der Kommu-

ne/des Landes eingehalten werden können? Insbesondere anhand der genannten Beispiele werden die strukturellen Probleme und Schwierigkeiten deutlich, die vor allem aus dem von der öffentlichen Gesundheitsversorgung entkoppelten Parallelsystem intramuraler Gesundheitsversorgung entstehen. Kernprobleme dieses Parallelsystems bleiben das Herausfallen der Gefangenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (mit erheblichen Problemen des Zeitverzugs wieder in die Krankenkasse aufgenommen zu werden), der Wegfall der freien Arztwahl damit verbundene Probleme des Misstrauens gegenüber dem Einhalten der ärztlichen Schweigepflicht und der Vertraulichkeit des Umgangs mit sensiblen Daten und der erhebliche Zeitverzug in der Einführung von State-of-the-Art-Medizin⁷. Insbesondere der Zugang zu erprobten, bewährten und anerkannten Hilfe- und Behandlungsmethoden in Haft ist im Vergleich zur Situation in Freiheit in manchen Bereichen vor allem der Suchtkrankenversorgung völlig unzulänglich. Dies führt zu Behandlungsdiskontinuitäten mit zum Teil erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status in und nach der Haft. Modelle einer Überwindung der sicherheitsorientierten Anstaltsmedizin mit dem strukturellen Problem dualer Loyalitäten und einer Umorganisation der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung vom Ministerium der Justiz zu den Gesundheitsministerien zur besseren Einhaltung des Äquivalenzprinzips, werden gerade stark diskutiert.

Die enormen Fehlzeiten der Bediensteten sind ein Alarmsignal. Strukturelle und systematische Anstrengungen müssen unternommen werden, um die Situation für Bedienstete zu verbessern. Betriebliche Gesundheitsförderung kann wesentlich dazu beitragen. Eigens geschaffene Zentren zur Stärkung der Gesundheit von Bediensteten, wie im Gesundheitszentrum für Bedienstete des Niedersächsischen Justizvollzuges⁸, leisten einen erheblichen Beitrag dazu.

⁷ Medizin, die sich an dem neusten Stand der Wissenschaft ausrichtet.

⁸ http://www.bildungsinstitut-justizvollzug.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=24202&article_id=83426&psmand=181&mode=print

Prof. Dr. Heino Stöver
Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung
Fachhochschule Frankfurt
am Main



Literatur

- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet
- Buth, S./Stöver, H. und C. Ritter (2013): Tabakprävention in Gefängnissen. Eine Befragung von Gefangenen zum Tabakgebrauch und zu Möglichkeiten und Hindernissen einer Reduktion des Rauchens in Haft, in: Suchttherapie (im Druck)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006): Annual Report, Lissabon
- Farrell M./ Marsden J. (2008): Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales, in: *Addiction*, Nr. 103, S. 251 – 255
- Heinemann, A./Stöver, H. (2012): „Risikosituation Toleranzbruch: Analyse von Drogentodesfällen nach Haftentlassung in Deutschland – Vorstellung eines Studienkonzepts“, 6. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft/ Jahrestagung der Konferenz Schweizerische Gefängnisärzte/Jahrestagung des Forums der Gesundheitsdienste des Schweizerischen Justizvollzugs, Genf, 1. bis 3. Februar 2012
- Jacobi, F./Wittchen, H. U./Hölting, C. et al. (2001): Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS), in: *Psychological Medicine*, Nr. 34, S. 597 – 611
- Keppler, K./Knorr, B. und H. Stöver (2011): Substitutionsbehandlung in Haft, in: Hönekopp, I./ Stöver, H. (Hg.): *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung*, Freiburg, S. 79 – 97
- Larney, S. (2010): Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review, in: *Addiction*, Nr. 105, S. 216 – 223
- Jakob, J./Stöver, H. und T. Pfeiffer-Gerschel (2012): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme, in: *Sucht* 1/2013
- Justizministerium NRW (2010): Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug, Düsseldorf
- Küfner, H. (1998): Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtgefährdete und suchtkranke Gefangene in bayerischen Justizvollzugsanstalten, in: *Sucht*, Nr. 44, S. 406 – 408
- Kulick, B. (2010): „Hilfe oder Drehtüre - §35 aus Sicht der Leistungsträger“, in: *Drogen und Haft. Präsentation auf dem DBDD workshop Drogen und Haft, Berlin, 19.11.2010*
- Lesting, W./Stöver, H. (2012): Gesundheitsfürsorge, §§ 56 - 66, 158, in: Feest, J. (Hg.): *Kommentar zum Strafvollzugsgesetz*, Köln
- Meyer, C./Rumpf, H. J./Hapke, U. Et al. (2000): Lebenszeitprävalenz Psychischer Störungen in der Erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studi, in: *Der Nervenarzt*, Nr. 7, S. 535 – 542
- Pont, J./Kastelic, A./Stöver, H./Ritter, C. et al. (2012): Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, auch im Internet unter: www.aidshilfe.de/sites/default/files/broschuere_Substitution_in_Haft_2012.pdf
- Radun, D./Weilandt, C./Eckert, J. et. al. (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. Vortrag, European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology Stockholm
- Schröder T. (2005): Psychische Erkrankungen bei männlichen Gefangenen im geschlossenen Vollzug, Inauguraldissertation, Lübeck
- Schulte, B./Stöver, H./Thane, K. et al. (2009): Substitution treatment and HCV/HIV-infection in a sample of 31 German prisons for sentenced inmates, in: *International Journal of Prisoner Health*, Nr. 5 (1), S. 39 - 44
- Schulte B./ Schreiter C./ Schnackenberg K et al. Suchtmedizinische und infektiologische Versorgung zur HCV/HIV in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten – Ergebnisse einer Befragung von Anstaltsärzten (Poster auf dem 8. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker (1.–3. Juli 2007 in München)
- Schwarz, K., Stöver, H (2010): Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug: Das Beispiel der Arbeitssituation der Justizvollzugsbediensteten in der JVA Bremen – Oslebshausen. Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 19, Oldenburg: BIS-Verlag.
- Stöver H. (2007): Substitution in Haft. Berlin: AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe, 2007. Bd. 52, auch im Internet unter: www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/forum-52substitution-in-haft.pdf
- Schulte, B./Schreiter, C./ Schnackenberg, K. Et al. (2007): Suchtmedizinische und infektiologische Versorgung zur HCV/HIV in bundesdeutschen Justizvollzugsanstalten – Ergebnisse einer Befragung von Anstaltsärzten (Poster auf dem 8. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin in München Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker, München, 1. Bis 3. Juli 2007
- Stöver, H. et al. (2008): Reduction of Drug-related Crime in Prison: The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners, Bremen (BISDRO)/Bonn (WIAD)
- 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, in: *European Addiction Research*, Nr. 17, S. 44 - 54
- Stöver, H. (2012): Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen, in: *Suchttherapie* 13, S. 74 - 80
- Stöver, H. (2012a): Nichts zu tun wäre das Teuerste – Prison Health is Public Health, in: Vitos Klinik (Hg.): *Viren und Drogen bleiben nicht hinter Gittern*. 1. Hadamarer Forensik-Tagung, S. 5 - 9
- Stöver, H. (2013): Konsum? Entzug? Substitution? Drogengebraucher/innen in Haft, in: DAH (Hg.): *Beratung und Betreuung in Haft*, Handbuch, Berlin (im Druck)
- Schwarz, K./Stöver, H. (2010): Stress und Belastungen im geschlossenen Justizvollzug: Das Beispiel der Arbeitssituation der Justizvollzugsbediensteten in der JVA Bremen – Oslebshausen, in: Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 19
- Süddeutsche Zeitung, 24. August 2011, S. 1
- Sutton, A. J./Edmunds, W. J. und O. N. Gill (2006): Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison, in: *BMC Public Health*, Nr. 6, S. 170
- Tielking, K./Becker, S. und H. Stöver (2003): Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg, Oldenburg
- UNAIDS (2007): Overview of the global AIDS epidemic . 2007 ; Retrieved 29. May 2013, from <http://www.unaids.org/en/>
- Wakeman, S. E./Bowman, S. E./McKenzie, M. Et al (2009): Preventing Death Among the Recently Incarcerated: An Argument for Naloxone Prescription Before Release, in: *Journal of Addictive Diseases*, Nr. 28, S. 124 – 129