



9. Europäische Konferenz zur Gesundheits- förderung in Haft

Dokumentation

Wien, 21./22. September 2017

“Man muss nur wollen!”
Umgang mit Suchterkrankungen
und Drogenkonsum in Haft!



9. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft

„Man muss nur wollen - Umgang mit
Suchterkrankungen und Drogenkonsum
in Haft!“

Europahaus Wien, 20.21. und 22.09.2017,



Dokumentation

Inhalt

Vorwort Prof. Dr. Heino Stöver	5
VORTRÄGE	
Wie zeitgemäß sind Gefängnisse? Dr. Thomas Galli, RA	9
Menschenrechte in Haft – Anspruch und Wirklichkeit Prof. Dr. Hans Wolff	17
Das Ende des Drogenkrieges? Prof. Dr. Heino Stöver	35
Drogenkonsum in europäischen Haftanstalten Gesundheitssituation und Hilfeangebote für DrogengebraucherInnen in Haft Dagmar Hedrich, Linda Montanari	59
Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug Kai Abraham	67
Wirksamer Infektionsschutz für Gefangene und Bedienstete Bärbel Knorr	77
ARBEITSGRUPPEN	
Physiotherapie mit Suchterkrankten im Maßnahmenvollzug Martin Kitzberger, Pascal Skopec	81
Patientenvertretung in Haft - was soll sie leisten, wer soll sie anbieten? Dr. Peter Kastner	85
Neue psychoaktive Substanzen und die Herausforderung für den Vollzug Dr. Mag. Barbara Gegenhuber	95

Probleme bei der Anwendung von Psychopharmaka im Gefängnis Dr. med. A. Frei	108
Suchtbehandlung in der JVA Realta Vera Camenisch	114
Ein Gefängnis ohne HCV-Infektion – Utopie oder Realität Professor Michael Levy	121
Multiprofessionelle Behandlung und Beratung des Verein Dialog in den Wiener Polizeianhaltezentren Dr. Walter North & DSA Christian Dörner	126
Yoga und Meditation mit Bediensteten und Inhaftierten Den Geist entrümpeln! Dr. Barbara Ryoshun Lutz	132
Auswirkungen einer Inhaftierung auf Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen Thomas Wilke	135
Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS) und Motivational Interviewing (MI) Christoph Straub	137
3. Johannes-Feest-Preis 2018 - Laudatio Prof. Dr. Heino Stöver	144
Auswertung der Teilnehmer-Rückmeldungen Autorinnen und Autoren	148 149
ANHANG Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger und Menschenrechte in deutschen Haftanstalten – ein Problemfall Heino Stöver, Bärbel Knorr, Florian Schäffler	152
Impressum	157
Unterstützer	158
Aktuelle Literatur	160

Vorwort

Die „9. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft“ fand vom 20. bis 22.09.2017 in Wien unter dem Titel: „Man muss nur wollen – Umgang mit Suchterkrankungen und Drogenkonsum in Haft!“ statt. Der Titel ist mehrdeutig zu verstehen: zunächst geht um einen ironischen Rückgriff auf Vorstellungen von „Sucht“ und „Suchtbeendigung“ in der Allgemeinbevölkerung – Suchtbeendigung scheint nur eine Frage des Wollens zu sein: Entweder man will, oder man will nicht! Damit werden professionelle, effektive und evidenz-basierte Hilfemaßnahmen in der Behandlung Suchterkrankung in Haft ausgeblendet. Genau diese Interventionen müssen in vielen Hafteinrichtungen aber noch erheblich ausgebaut werden, um den Bedarfen und den Risiken von Suchterkrankungen in Haft angemessen begegnen zu können. Man muss nur eben wollen!

Dieses „Wollen“ setzte den Rahmen für die Konferenz mit 132 TeilnehmerInnen vorwiegend aus Österreich, Deutschland, Luxembourg und der Schweiz. Bereits zum neunten Mal seit 2004 haben die Organisatoren eine Konferenz organisiert, die viele Menschen aus der Praxis in verschiedenen Veranstaltungsformen zum Konferenzthema versammelt. Am 20. 9. 2018 war eingeladen zu interessanten und gut besuchten Exkursionen in die Justizanstalten Wiens JA Josefstadt, Favoriten, Simmering und Mittersteig, sowie ins Schweizer Haus Hadersdorf. Dieses traditionelle Vorprogramm vermittelt interessante Einsichten in die unterschiedliche Praxis – bei gleichen Problemen - im Nachbarland.

Abgeschlossen wurde der Tag mit einer Diskussion in der Volksanwaltschaft zum Thema „Streitfall medizinische Versorgung“.

Unter der Moderation von Dr. Gertrude Brinek (Volksanwaltschaft, A-Wien) diskutierten Dr. Peter Kastner (Volksanwaltschaft, A-Wien), Prof. Dr. Hans Wolff (HUG, CPT-Mitglied, CH-Genf), Prof. Dr. Michael Levy (AUS-Sydney), Prof. Dr. Jörg Pont, Wien, und Bärbel Knorr, D-Berlin, über Problemlagen und Lösungsmöglichkeiten der medizinischen Versorgung Suchtkranker. Ethische Prinzipien und vor allem die Rolle der Medizin bildeten dabei besondere Schwerpunkte: Wie sind gesellschaftliche Mehrheiten für eine dem Äquivalenzprinzip entsprechende gesundheitliche Versorgung zu organisieren?

Die Konferenz zeichnet sich neben Praxisbesuchen durch einen Mix an Veranstaltungsformen aus: Plenarvorträge, Arbeitsgruppen, Corner Stone Labs (Blitzlichter), Lesungen, Videokonferenz und Fishbowl: Das Ziel ist es, möglichst viele Menschen einzuladen mitzudiskutieren, Erfahrungen vorzustellen und auszutauschen etc.

Es geht den Konferenzorganisatoren darum, unterschiedliche Umgangsweisen mit den überall präsenten Problemen von Suchterkrankten in Haft deutlich zu machen, so dass PraktikerInnen unterschiedlicher Professionen und Disziplinen davon lernen können.

Der Charme der Konferenzserie liegt in der Vielfalt: unterschiedliche TeilnehmerInnengruppen, Theorie-Praxis-Orientierungen, J(V)A-Besuche, Ausstellungen, Kontaktmöglichkeiten, Internationalität und Lokalität bieten vielfältige Anregungen und Netzwerkbildungen.

Die Diskussion nach der Videokonferenz mit Dr. Fadi Merouhi hat beispielsweise gezeigt, an welche Grenzen der medizinischen Ethik ärztliche Praxis in Haft stößt: Dr. Merouhi gibt sterile Einwegspritzen an drogenabhängige Gefangene in seiner Haftanstalt in Montpellier/Frankreich aus – gegen den Willen der Administration und seinem Eid verpflichtet. In vielen anderen Ländern wird die ärztliche Tätigkeit als Auftragsarbeit verstanden, abhängig vom Justizministerium vorgegebener inhaltlicher Rahmenbedingungen. Hier wurde der Widerspruch von einer dem Patienten verpflichteten medizinischen Versorgung und der justiz-definierten medizinischen Tätigkeit deutlich.

Weitere Widersprüche wurden in den Plenarveranstaltungsthemen angesprochen: Wie zeitgemäß sind Gefängnisse? (Dr. Thomas Galli RA, (D-Augsburg), der Anspruch und die Wirklichkeit von Menschenrechten in Haft (Prof. Dr. Hans Wolff (HUG, CPT-Mitglied, CH-Genf), sowie die Überlegungen zum Ende des Drogenkrieges Prof. Dr. Heino Stöver (Frankfurt University of Applied Sciences). „Vom Wollen zum Können“ war die philosophische Orientierung von Dr. phil. Suzann-Viola Renninger (Universität Zürich), die die Frage nach den Voraussetzungen und Methoden gesellschaftlicher Umwälzungen stellte.

Eingerahmt wurden die vielen Praxisthemen zu konkreten Herausforderungen der Suchtkrankenhilfe und Infektionsprophylaxe in den Haftanstalten der Arbeitsgruppen und Corner Stone Labs durch übergreifende Plenarvorträge zu den Themen Drogenkonsum in europäischen

Haftanstalten (Dagmar Hedrich (EMCDDA, PT-Lissabon), Zum Ausmaß sexueller Übergriffe auf Inhaftierte in den USA und Europa und ihren gesundheitlichen Auswirkungen (Wolfgang Wittmann (D- Bonn), Implementierung einer Suchtstatistik im deutschen Vollzug – Chancen und Hürden Kai Abraham (Senatsverwaltung für Justiz, D-Berlin, Wirksamer Infektionsschutz für Gefangene und Bedienstete Bärbel Knorr (Deutsche AIDS-Hilfe, D-Berlin) und den Möglichkeiten der Physiotherapie mit Suchtkranken im österreichischen Maßnahmen-vollzug (Mag. Dr. Martin Kitzberger (Leiter Forensisches Zentrum Asten/Österreich).

Unser besonderer Dank gilt der Sucht- und Drogenkoordination Wien sowie dem Justizministerium der Republik Österreich für die freundliche Unterstützung!

Wien, Berlin, Frankfurt, Genf, im Februar 2018

Barbara Gegenhuber, Bärbel Knorr, Heino Stöver und Hans Wolff



In der Volksanwaltschaft:

Michael Levy, Hans Wolff, Gertrude Brinek, Peter Kastner, Jörg Pont



Hans Wolff, Bärbel Knorr, Gertrude Brinek, Jörg Pont



Gertrude Brinek, Jörg Pont, Peter Kastner

Wie zeitgemäß sind Gefängnisse?

Dr. Thomas Galli, RA

Die spontane Antwort, die mir auf diese Frage eingefallen ist, ist wenig befriedigend. Diese Antwort lautet: „Es kommt darauf an, wen Sie fragen!“ Sofern Sie einen Menschen aus der bürgerlichen Mitte hierzu befragen, der nie unmittelbar mit dem Gefängnis zu tun hatte, der nie Opfer einer Straftat wurde, der nie selbst bestraft wurde, dann wird dieser Mensch vielleicht sagen: „Gefängnisse gibt es erstens gar keine mehr, das sind jetzt Justizvollzugsanstalten (bzw. in Österreich Justizanstalten), und diese sind zweitens notwendig zum Schutz der Allgemeinheit und um den Opfern zur Gerechtigkeit zu verhelfen“. Die Inhaftierten würden außerdem in der Haft so behandelt, dass sie nach ihrer Entlassung ein Leben ohne Straftaten führen können. Es käme also für alle etwas Vernünftiges dabei heraus.

Ein Mensch aus der bürgerlichen Mitte wird vielleicht auch sagen, „dass es den Inhaftierten tendenziell immer noch zu gut geht und dass immer noch zu viele Straftäter frei herumlaufen“. Ein nicht ganz unbeträchtlicher Anteil der bürgerlichen Mitte wird auch sagen: „Es ist mir egal, ob Gefängnisse zeitgemäß sind oder nicht – ich habe damit ohnehin nichts zu tun“.

Wenn Sie einen Inhaftierten oder einen Angehörigen eines Inhaftierten fragen, dann wird die Antwort in aller Regel lauten: „Gefängnisse sind in keinsten Weise zeitgemäß, sie machen viel kaputt und schaffen unter dem Strich nichts Positives“.

Wenn Sie ein Opfer (besser: Geschädigten) einer Straftat, vielleicht sogar einer schlimmen Straftat befragen, dann wird die Antwort vermutlich lauten: „Klar benötigen wir Gefängnisse. Ich bin froh, dass dieser Typ mir und auch anderen Personen nichts mehr tun kann. Allerdings finde ich es höchst ungerecht, dass sich um mich kein Mensch kümmert und „IN DEN“ hunderttausende von Euro für Therapien usw. gesteckt werden.“ Andere Opfer werden vielleicht sagen: „Mir ist völlig egal, was mit dem Täter passiert, kümmern sie sich mehr um mich.“

Sofern Sie jemanden befragen, der sich wissenschaftlich mit dem Thema Strafen und insbesondere der Freiheitsstrafe befasst, dann werden die meisten sagen, dass das Gefängnis als Institution überhaupt nicht mehr zeitgemäß ist, weil gesamtgesellschaftlich gesehen der Schaden größer als der Nutzen ist.

Das ist übrigens meiner Meinung nach eine interessante Frage, warum sich die Institution Gefängnis gegen das Wissen der meisten Experten so standhaft hält, und warum ganz allgemein unser Strafrecht oft rationalen Erkenntnissen sogar widerspricht. Was ich hier sage, ist meine persönliche Ansicht, aber nichts von dem, was ich sage, ist auch nur ansatzweise neu oder einzigartig. Seit Jahrzehnten haben Intellektuelle und Wissenschaftler (in Deutschland allen voran Johannes Feest) den Unsinn des Gedankens, Menschen zur Strafe in totale Institutionen einzusperren, fundiert entlarvt. Warum ändert sich dennoch nur sehr langsam etwas?

Wenn man das mit anderen Bereichen, z.B. der Medizin, vergleicht, dann werden dort wohl (zumindest tendenziell) keine staatlichen oder sonstigen Ressourcen in einer Art und Weise investiert, bei der medizinische Fachleute sagen, dass dies ganz und gar nicht die Gesundheit der Menschen steigert, sondern ihr vielmehr eher schadet. Warum ist das beim Strafen anders? Warum wird Expertenwissen beim Strafen so wenig berücksichtigt? Das hat sicher verschiedene Ursachen, die ich hier nur andeuten kann.

Zum einen gibt es weniger definierbares Expertenwissen als z.B. im Bereich der Medizin. Das Wissen darüber, wie z.B. ein Herz bei bestimmten Störungen operiert werden kann, ist einigermaßen definierbar und lässt sich dann auf eine Vielzahl von Einzelfällen anwenden. Beim Strafen geht es um das Verhalten und die Emotionen von Individuen, auch im Austausch mit einer unbestimmten Anzahl von anderen Individuen. Dieses Verhalten und diese Emotionen sind nicht annähernd berechenbar und definierbar. Zum Glück, möchte man sagen. Dennoch gibt es Menschen, die mehr wissen als andere über das Strafen, aber die haben es infolge dieser schweren Definierbarkeit oft schwer, diesem Wissen zur Geltung zu verhelfen. Auch sind im Bereich des Strafens sehr starke Emotionen mit im Spiel, vor allem die Angst und die Wut. Die Angst vor Krebs, Aids und anderen schlimmen Krankheiten dürfte allerdings mindestens ebenso groß sein wie die

Angst vor Straftaten, so dass dies allein die Irrationalität des Strafens nicht zu erklären vermag. Eher entscheidend scheint mir die Wut zu sein, die Aggressionen, der Vergeltungsdrang, der in uns allen steckt, und der es vernünftigen Argumenten oft schwer macht.

Vielleicht spielt sogar eine gewisse Straflust eine Rolle, das kollektive Ausüben von Aggressionen, symbolisch vertreten durch die Strafenden und Bestraften. Teilweise erinnert mich die öffentliche Diskussion über den Strafvollzug auch an den Profifußball. Profifußball ist in sich gesehen ja reichlich sinnlos (wobei die meisten Akteure offenbar von dieser Erkenntnis verschont bleiben), aber die Zuschauer können ihre Kampfeslust und ihre Aggressionen so mittelbar ausleben. Und, auch eine Parallele zum Strafvollzug, jeder hat das Gefühl zu wissen, was richtig wäre.

Eine Rolle für die eigene Irrationalität spielt aber auch die Institution Gefängnis selbst. Viele von Ihnen werden bestätigen können, wenn Sie als Wissenschaftler, als Medienvertreter, als Angehöriger, als interessierter Bürger Zugang zu einem Gefängnis bekommen wollen, dann ist es oft genauso schwierig, in ein Gefängnis hineinzukommen, wie es für die Gefangenen ist, aus einem herauszukommen. Ich kann im Rahmen dieses Vortrages nicht näher auf mögliche Ursachen und Zusammenhänge eingehen, aber letztlich prägen die Gefängnisse selbst auch ganz wesentlich ihr Bild nach außen: „wir resozialisieren die Inhaftierten und sichern die Allgemeinheit“. Und dieses Bild, dieses nach meiner Überzeugung falsche Bild, hat sich über Jahrzehnte und Jahrhunderte so tief in das gesamtgesellschaftliche Bewusstsein eingebrannt, dass es vernünftige Argumente sehr schwer dagegen haben.

Wenn Sie jemanden aus Saudi-Arabien oder anderswo fragen, wo Gefangene gefoltert und hingerichtet werden, dann wird er sagen, dass die Gefängnisse bei uns sehr zeitgemäß sind.

Und wenn Sie zu diesem Thema jemanden befragen, der selbst in einem Gefängnis tätig ist, dann werden Sie vermutlich als Antwort bekommen, dass Gefängnisse an sich durchaus benötigt werden, da dort viele „Typen“ eingesperrt sind, vor denen die Allgemeinheit geschützt werden muss. „AAAAber: wir brauchen viel mehr Personal!“ Das sind nur einige Beispiele für verschiedene und zeitgemäße Einstellungen gegenüber der Institution „Gefängnis“.

Ich denke, wir können uns der Frage „Wie zeitgemäß sind Gefängnisse“ nur einigermaßen zufriedenstellend nähern, wenn wir auf der einen Seite versuchen, diese verschiedensten Ansichten und die dahinter liegenden Interessen möglichst ausgewogen miteinander in Einklang zu bringen und dabei auf der anderen Seite alles, was uns als Wissen zur Verfügung steht, berücksichtigen.

Aufgrund meiner Erfahrung und aufgrund dem, was ich an Wissen bis jetzt erwerben konnte, bin ich persönlich der Überzeugung, dass gesamtgesellschaftlich gesehen der Schaden der „Institution Gefängnis“ größer ist als ihr Nutzen, dass man mit dem Gefängnis nicht das erreicht, was man damit eigentlich erreichen möchte, und dass man das auch nicht mit noch so viel Personal erreichen kann.

Wohlgemerkt kritisiere ich nicht die Menschen, die für den Strafvollzug arbeiten oder die Arbeit, die dort geleistet wird. Sie werden bestätigen können, dass es von der politischen Spitze bis hin zu den Mitarbeitern vor Ort, sehr viele höchst kompetente und engagierte Menschen gibt, die innerhalb des Systems dazu beitragen, dass es sich in eine sinnvolle Richtung fortentwickelt. Jeder hat hier natürlich nur einen begrenzten Wirkungsspielraum. Ein Justizminister, der sagt, „wir gehen jetzt mal neue Wege und sperren niemanden mehr zur Strafe in ein Gefängnis ein“ wird wohl die längste Zeit Justizminister gewesen sein. Und ein Mitarbeiter vor Ort kann die größten und besten Ideen zur Resozialisierung haben. Wenn dieser dann allerdings für 100 und mehr Leute zuständig ist, und einen Großteil seiner Zeit damit beschäftigt ist, Berichte zu schreiben und die Akten irgendwie zu füllen, gerät er auch an seine Grenzen.

Es geht also darum, das Prinzip Menschen zur Strafe in die „totale Institution Gefängnis“ einzusperren, in Frage zu stellen, und nicht die Menschen, die im Gefängnis arbeiten oder die Arbeit, die dort geleistet wird.

Im Rahmen dieses Vortrages kann ich leider nur kurz skizzieren, warum man mit diesem Prinzip nichts Positives erreichen kann. Man kann zunächst gar nicht oft genug betonen, weil es eben oft in Vergessenheit gerät: Die Frage, ob und wie lange jemand in Haft kommt, beurteilt sich im Wesentlichen nach der Schuld, die er auf sich geladen hat und die vergolten werden soll, indem dem Straftäter nun seinerseits ein Übel zugefügt wird.

Darin liegt schon das Grunddilemma! Nach allem, was man über die individuellen Ursachen von Straffälligkeit weiß, ist es bei der überwiegenden Mehrheit der Menschen viel sinnvoller, zu versuchen, die positiven Ressourcen, die in jedem Menschen liegen, zu stärken, als ihn repressiv zu behandeln und in die Schranken zu weisen.

Im Vollzug selbst hat sich dieser Ansatz schon durchgesetzt, aber dem sind sehr enge Grenzen durch den äußeren Rahmen gesetzt.

Die Maßnahme des „Einsperrens“ und „Wegsperrens“ an sich ist ein Zerstören von positiven Ressourcen. Im psychologischen Bereich (Stichwort „Selbstwertgefühl“) und im körperlichen Bereich. So profan, wie es klingt: jemanden in einem kleinen Haftraum über Monate oder Jahre einzusperren, ist schlicht ungesund. Sehr viele Inhaftierte müssen Psychopharmaka nehmen und leiden an zahlreichen körperlichen und psychosomatischen Beschwerden. Dazu kommt vieles, was Sie alle kennen, wie z.B. die Übertragung von Krankheiten etwa durch die mehrfache Verwendung von Tätowierwerkzeug. Viele Inhaftierte sind bereits drogensüchtig, wenn sie in Haft kommen, andere werden es erst in Haft. Dem kann im Kontext der Haft kaum ausreichend begegnet werden.

Auch im sozialen Bereich werden wichtige Ressourcen zerstört (Kontakte zur Außenwelt werden zerstört bzw. erschwert – Kontakte bestehen im Wesentlichen zu anderen Straftätern in Haft).

Es kann einfach keinen Sinn ergeben, Menschen in die Gesellschaft integrieren zu wollen und sie auf ein verantwortungsvolles Leben in Freiheit vorbereiten zu wollen, indem man sie aus dieser Gesellschaft herausnimmt und sie für Monate und Jahre einem völlig fremdbestimmtem Leben in Haft unterwirft. Ein Leben, von dem wir alle wissen, dass es mit dem Leben in Freiheit nun wirklich nichts zu tun hat.

Der Abschreckungsgedanke spielt gerade bei schweren Gewalt- und Sexualstraftaten kaum eine Rolle, weil diese aus sehr starken Affekten und Emotionen heraus begangen werden. In anderen Fällen denken die Täter, sie werden ohnehin nicht erwischt. Auch die Sicherheit ist nur sehr oberflächlich und kurzfristig erhöht, wenn Inhaftierte durch die Haft weiter an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden und somit

die Gefahr langfristig eher vergrößert wird, dass sie sich mit der Gesellschaft und ihren Werten nicht versöhnen.

Was bleibt, ist eine gewisse symbolische Wirkung der Gefängnisse hinsichtlich einer Stärkung des Vertrauens der Allgemeinheit in Recht und Gesetz. Und was vor allem bleibt, ist Vergeltung. Schuld und Vergeltung sind allerdings eher, wie ich finde, religiöse Kategorien, die in einer aufgeklärten Gesellschaft nicht zur Grundlage des Strafrechts gemacht werden sollten.

Nicht wenige versuchen (aus unterschiedlichen Motiven) die Frage über die Sinnhaftigkeit der Institution Gefängnis im Keim zu ersticken, indem sie die Behauptung aufstellen, es gäbe eben leider keine sinnvolleren Alternativen.

Dazu nur kurz einige Anmerkungen: eine Patentlösung im Umgang mit dem Thema Kriminalität, das den Konflikt im Kern trägt, kann es nicht geben. Es gibt sinnvollere, und weniger sinnvollere Wege.

Ich bin schon der Meinung, dass es sehr wenige Menschen gibt, die man nicht mehr auf den Rest der Menschheit loslassen sollte. Woran man das festmachen sollte, wer diese Menschen sind, ist sehr schwer zu sagen, da man letztlich mit psychologischen und psychiatrischen Prognosebegutachtungen künftiges Verhalten, zumal auf längere Sicht, nicht ausreichend sicher vorhersagen kann. Letztlich kann man es meiner Meinung nach im Wesentlichen nur an dem festmachen, was einer getan hat.

Bei Vorträgen und Diskussionen werde ich immer wieder mit der Frage konfrontiert, was ich denn vorschlagen würde, wenn es in Deutschland einen Anders Breivik gäbe, und ob ich den allen Ernstes mit Fußfesseln draußen herumlaufen und gemeinnützige Arbeit erledigen lassen würde. Solche Menschen gibt es natürlich, aber das sind nur sehr, sehr wenige. Diesen würde ich aufgrund ihrer Taten sagen: „Du kommst nie wieder in Freiheit. Wir können nicht wirklich sagen, wie gefährlich Du bist, und wir können es nicht wirklich wegtherapieren. Aber wir wollen von Dir überhaupt keine Gefahr mehr in Kauf nehmen müssen.“

Aber wir sind gut beraten, auch einen Anders Breivik menschenwürdig zu behandeln. Die Erfahrungen aus den USA und anderen Ländern zeigen, dass die Gewalt auch in der Bevölkerung zunimmt, wenn man anfängt, Gefangene zu misshandeln, zu foltern und umzubringen.

Die allermeisten Straftäter sind aber keine Schwerstkriminellen. Hier würde ich die gemeinnützige Arbeit als Hauptstrafe einführen, den Täter-Opfer-Ausgleich deutlich ausbauen, und die Therapie-, Behandlungs- und Ausbildungsmaßnahmen, die derzeit im Gefängnis durchgeführt werden, in einem ambulanten Kontext durchführen. Bei allen Risiken, die damit verbunden sind, insbesondere im Hinblick auf eine maßlose Ausweitung, hielte ich in bestimmten Fällen auch einen elektronisch überwachten Hausarrest (wie es ihn ja hier in Österreich schon gibt) für sinnvoller, als jemanden ins Gefängnis einzusperren.

Der Weg zu solchen Alternativen kann nur ein Prozess sein. Die Alternativen müssen auf-, und der Anwendungsbereich insbesondere der Freiheitsstrafe in Anstalten, schrittweise abgebaut werden.

Ich glaube, es besteht schon Anlass zum Optimismus.

Die Vollzugsgesetze in Deutschland sind weitgehend sehr fortschrittlich formuliert, der offene Vollzug ist oft (zumindest auf dem Papier) dem geschlossenen Vollzug vorzuziehen, die Ersatzfreiheitsstrafe ist in der Diskussion und der Justizminister von NRW hat beispielsweise den richtigen Vorstoß gemacht, die Beförderungerschleichung („Schwarzfahren“) vom Straftatbestand mit der Folge einer möglichen Freiheitsstrafe in eine Ordnungswidrigkeit umzuwandeln.

Zum Abschluss, meine sehr geehrten Damen und Herren, möchte ich unsere Eingangsfrage: „Wie zeitgemäß sind Gefängnisse?“, noch einmal klar und deutlich beantworten.

- Eine Institution, bei der die Suizidrate der Insassen dauerhaft deutlich über dem Durchschnitt liegt, kann nicht zeitgemäß sein.
- Eine Institution, deren Insassen zum großen Teil suchtkrank sind, ohne dass diese Krankheit behandelt wird, kann nicht zeitgemäß sein.
- Eine Institution, deren Mitarbeiter im Durchschnitt zum Teil mehr als 40 Tage pro Mitarbeiter/Jahr erkrankt sind, kann nicht zeitgemäß sein.
- Eine Institution, die keine belastbaren Nachweise für ihre Wirksamkeit erbringt, aber viele Milliarden jedes Jahr verschlingt, kann nicht zeitgemäß sein.

-
- Eine Institution, die nach außen ganz andere Ziele vertritt (nämlich insbesondere die Resozialisierung), als die, die nach innen gelebt werden (es darf nichts passieren, sonst gerät die Justiz unter Druck, d. h. der Justiz geht es nach innen vor allem um die Selbstabsicherung), kann nicht zeitgemäß sein.
 - Eine Institution, die die Ziele, die sie erreichen will, überhaupt nicht erreichen kann, weil sich diese Ziele zum Teil diametral widersprechen, kann nicht zeitgemäß sein.
 - Eine Institution, die es den Insassen über Monate oder Jahre verwehrt, sexuelle Kontakte mit dem anderen Geschlecht zu pflegen, kann nicht zeitgemäß sein.
 - Eine Institution, deren Ziel die Reduzierung eines Schadens für Mensch und Gesellschaft ist, eines Schadens, den sie dabei tatsächlich erhöht, kann nicht zeitgemäß sein.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich weiß nicht, wer diesen Begriff geprägt hat, aber ich finde ihn sehr treffend: das Gefängnis ist ein soziales Experiment. Wir wissen mittlerweile mehr als genug, um sagen zu können: das soziale Experiment Gefängnis ist gescheitert. Die beste Gesundheitsfürsorge in Haft, um zum Thema dieser Tagung aufzuschließen, wäre es, die Strukturen der totalen Institution Gefängnis aufzubrechen. Nicht aus sozialromantischen Gefühlen oder einer Ideologie heraus, und schon gar nicht aus einem falschen Verständnis für Straftaten heraus. Sondern aus der Erkenntnis heraus, dass wir so und auf alternativen Wegen weiteren Schaden und weitere Straftaten reduzieren könnten.

Wir haben in Österreich, Deutschland und Europa die wohl einmalige Chance, dieser Erkenntnis auch Taten folgen zu lassen. Die Menschen in Syrien z.B., wo täglich Tausende abgeschlachtet werden, haben **ganz** andere Probleme. Wir sollten diese Chance, diesen Luxus aber auch nutzen und nicht sinnlos vergeuden. Wenn es uns, meine sehr geehrten Damen und Herren, gelingt, ein Strafrecht zu etablieren, das auf Gefängnisse, wie wir sie jetzt kennen, weitgehend verzichtet, dann würde an diesem Weg, an dieser Idee, an unseren Erfahrungen die Menschheit profitieren. Daran müssen wir weiter hart arbeiten, und dafür müssen wir kämpfen.

Menschenrechte in Haft – Anspruch und Wirklichkeit

Prof. Dr. Hans Wolff

Menschenrechte in Haft



February 11th 1990: Mandela was released from a South African Prison, after spending 27 years of his life there, longer than all of you have been alive! Mandela was born on the 18th of July 1918 (I was about 10). He studies to become a lawyer, but soon became involved in the struggle against a system called 'Apartheid' that was introduced in his country in 1948. Do any of you know anything about what this system meant for black South Africans?

Menschenrechte und Gesundheit

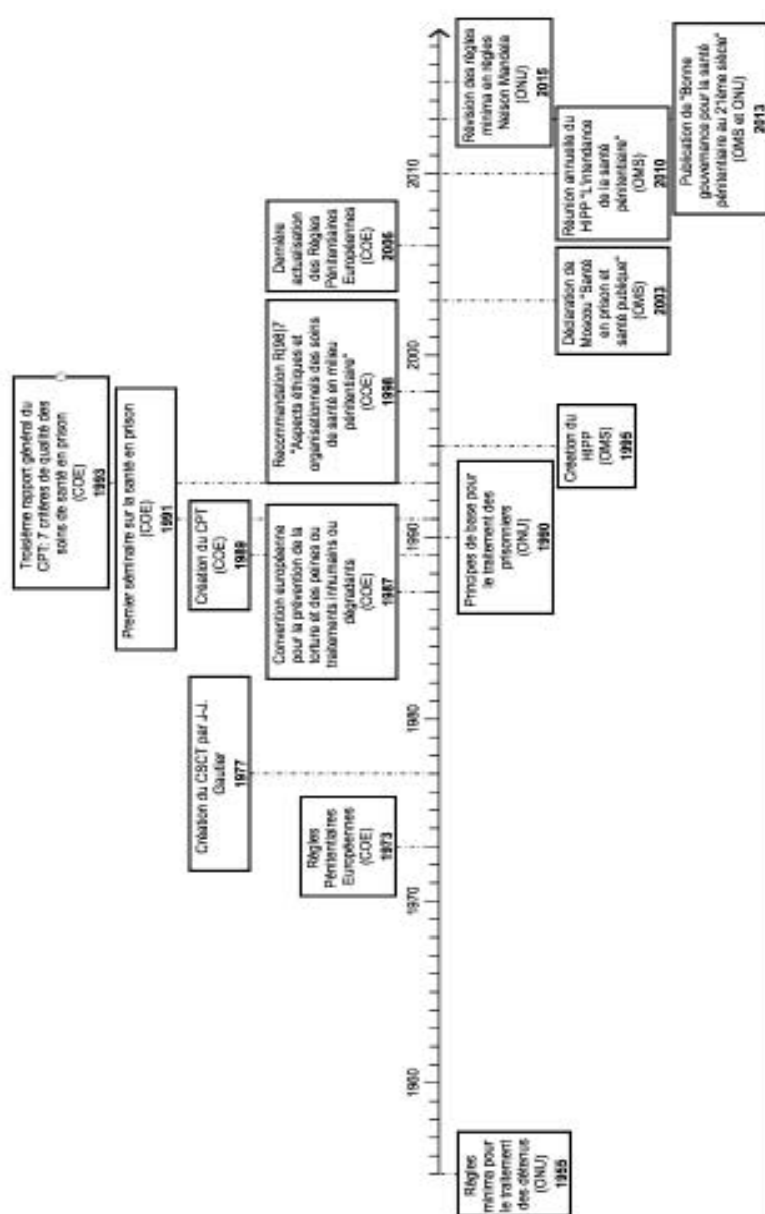
- 1948 The Universal Declaration of Human Rights
- 1976 International Covenant on Civil and Political Rights
- 1976 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

General Comment 14: Health rights

- 1981 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)

Health services to be consistent with the human rights of women:
Autonomy, Privacy, Confidentiality, Informed consent, and Choice

Gesetze/Konventionen/Regeln zur Gesundheit im Gefängnis



Monitoring bodies

World	Europe
ICRC 1864 United Nations (UN): - The Committee Against Torture (CAT) - Subcommittee on Prevention of torture (SPT), OPCAT 2006 	Council of Europe: Comittee for the prevention of torture (CPT) 



UN

1955: Standard minimum Rules (SMR) for the Treatment of Prisoners

1984: Convention against Torture (CAT)

2002: OPCAT (Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)

2015: UN SMR revised → «Mandela rules»

Europarat

1949: Strasburg, 47 Mitglieder

1973: « European prison rules »

1987: « European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment»



Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), Council of Europe

European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment 1987

- *1989, Strasburg
- Unabhängige Experten (1/Mitgliedstaat)
- Besuche, Inspektionen
- Berichte/ Empfehlungen/ Normen
- Kooperation (≠ juristisches Organ)
- Vertraulichkeit (§ 10.2 falls Nicht-Kooperation)
- Freier Zugang zu allen Orten/Dokumenten/Personen (Freiheit beraubt) (Gefängnisse, Polizeihaft, Migration-Anhaltezentren und - Flüge, Psychiatrie, Geriatrie)

Anspruch

- Haft: Bestrafung und Rehabilitierung
- Alternativen für Haft
- Integrierung und Anpassung von Minderheiten (Frauen, LGBT, geistige und körperliche Behinderung,...)
- 7 Grundregeln für Gesundheitsdienste im Gefängnis

Sieben Grundregeln für Gesundheitsdienste im Gefängnis

1. Häftlinge müssen jederzeit freien Zugang zur medizinischen Versorgung haben.
2. Die medizinische Versorgung muss derjenigen für nicht inhaftierte Personen entsprechen (Äquivalenzprinzip).
3. Jede medizinische Behandlung von Menschen in Haft setzt deren freiwillige und informierte Zustimmung voraus, wobei das Prinzip der Vertraulichkeit gilt (Berufsgeheimnis).
4. Menschen in Haft haben ein Recht auf gesundheitliche Aufklärung und auf Zugang zu den gängigen Mitteln zur Krankheitsverhütung.
5. Pflicht zur humanitären Unterstützung von besonders vulnerablen Gruppen.

-
6. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen unabhängig von allen Ebenen der Justiz und des Strafvollzugs arbeiten.
 7. Die mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Haft betrauten Personen müssen über die notwendigen professionellen Kompetenzen verfügen.

Wirklichkeit

Gefängnis Bevölkerung Europa

Durchschnitt/Jahr, 2007–09 und 2010–12 (pro 100 000 Bevölkerung)

A steadily increasing prison population

Prison population data comprise adult and juvenile convicted prisoners and pre-trial detainees in all types of prison establishments. Non-criminal prisoners held for administrative reasons (such as investigation of immigration status) are excluded.

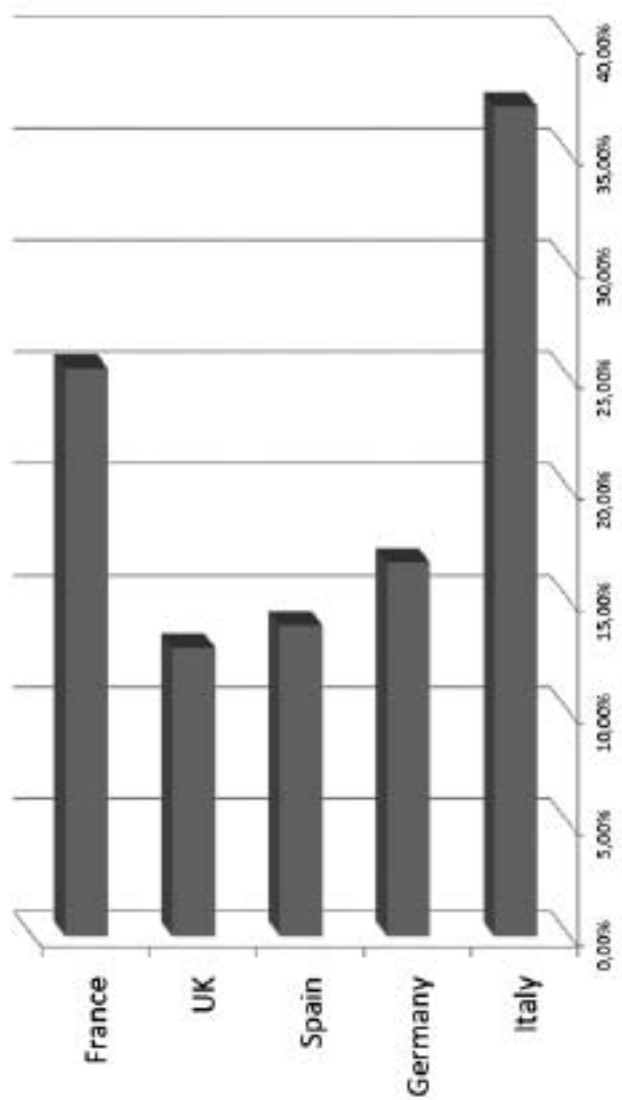
In 2012, there were about 643 000 prisoners in the EU-28 (excluding Scotland) and between 2007 and 2012 the total number of prisoners in the EU-28 (again excluding Scotland) rose by 7 % (see Table 9).

During this period, Malta's prison population increased by just over half (53 %) and those in Italy and Slovakia by just over one third (35 % and 34 % respectively).

Among the non-member countries shown in Table 9 large increases (in relative terms) were recorded for Liechtenstein (97 %), Montenegro (51 %) and Turkey (41 % between 2007 and 2011); note that there is a break in series that may in part explain the large increase in Montenegro.

An analysis of the number of prisoners relative to the overall population size is presented in Figure 5 as an average for the periods 2007–09 and 2010–12. For both of these periods the three Baltic Member States recorded the highest rates of prisoners per inhabitant: Latvia's rate remained stable between the two periods, Lithuania's rose, while that for Estonia fell. Excluding Scotland, for the period 2010–12 the EU-28 average stood at 128 prisoners per 100 thousand inhabitants, as opposed to 125 for the period 2007–09. The lowest rates in the period 2010–12 were in the Nordic Member States and Slovenia (between 60 and 72 prisoners per 100 thousand inhabitants).

Untersuchungshaft (% Gefängnispopulation)



Haftbedingungen



Migration und Haft



Ausweisung per Flugzeug – Schweiz



Haftbedingungen mal anders



OCTOBER 19, 2014

A LOOK AT LIFE INSIDE NORWAY'S HALDEN PRISON, WHERE THERE ARE NO BARS AND INMATES HAVE FLAT-SCREEN TVS INSIDE THEIR CELLS

NATHAN FRANCIS



A card game between inmates.
Knut Egil Wang for The New York
Times

Welcome to the world's nicest prison

By John D. Sutter, CNN

Updated 23:39 GMT (05:36 HKT) May 24, 2012



Gesundheit - Access to OST in the community and in prison



	Incidence of HIV/HCV	Needle sharing	Drug use	Injecting
Am Hasenberge (Germany) ⁶²	..	Strongly reduced	No increase	No increase
Basauri (Spain) ⁶³	No seroconversion	Strongly reduced	No increase	No increase
Hannöversand (Germany) ⁶¹	..	Strongly reduced	No increase	No increase
Hindelbank (Switzerland) ⁶³	No seroconversion	Strongly reduced	Decrease	No increase
Berlin, Germany (Lehrter Strasse and Lichtenberg) ⁶⁴	..	Strongly reduced	No increase	No increase*
Lingen 1 (Germany) ^{65,66}	No seroconversion	Strongly reduced	No increase	No increase
Realta (Switzerland) ⁶⁷	No seroconversion	Single cases	Decrease	No increase
Vechta (Germany) ^{65,66}	No seroconversion	Strongly reduced	No increase	No increase
Vierlande (Germany) ⁶⁸	No seroconversion	Little change or reduction	No increase	No increase

*Two people who had previously only inhaled heroin reported injecting drug use on single occasions. --=No data.

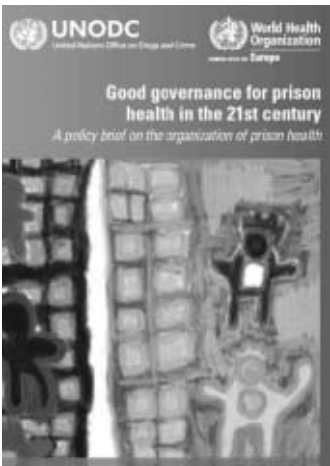
Table 2: Assessments of NSPs in prisons (country)

Global availability of needle and syringe programs (NSP) in the community and in prisons

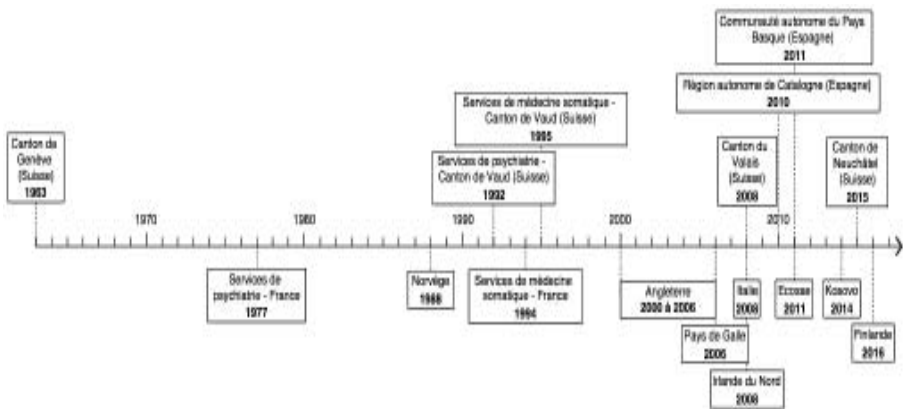


Unabhängigkeit der Gesundheitsdienste im Gefängnis

« Die Gefängnisgesundheitsdienste sollten völlig unabhängig von den Gefängnisverwaltungen sein und doch mit ihnen effektiv zusammenarbeiten»



Trend zur Unabhängigkeit der Gesundheitsdienste im Gefängnis



Was tun?

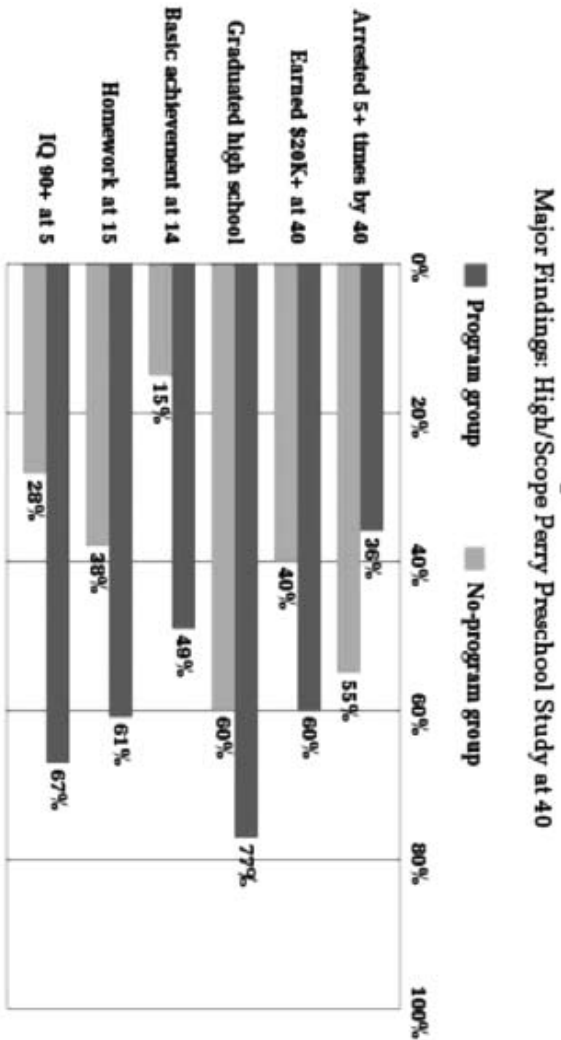
- Tokyo rules, 1986
United Nations Standard Minimum Regeln für Alternativen zur Inhaftierung
 - Beispiel Finnland, NL, D,...
- Vorrang der Menschenrechte
- Evaluierung der Effizienz der Inhaftierung
 - Rezidiv
 - Resozialisierung
- Prävention (soziale Kohäsion)

The Tokyo Rules list a wide range of dispositions other than imprisonment for the sentencing stage and which, if clearly defined and properly implemented, have an acceptable punitive element:

- (a) Verbal sanctions, such as admonition, reprimand, and warning;
- (b) Conditional discharge;
- (c) Status penalties;
- (d) Economic sanctions and monetary penalties, such as fines and day-fines;
- (e) Confiscation or an expropriation order;
- (f) Restitution to the victim or a compensation order;
- (g) Suspended or deferred sentence;
- (h) Probation and judicial supervision;
- (i) A community service order;
- (j) Referral to an attendance centre;
- (k) House arrest;
- (l) Any other mode of non-institutional treatment;
- (m) Some combination of the measures listed above.²⁵



Perry Preschool project
123 Kinder (4-5 Jahre), prekäre Verhältnisse (ohne Arbeit, Drogen,...)
Randomisiert in 2 Gruppen
Gruppe 1: nihil, Gruppe2: während 6 Montagen 4h/Tag Erzieher/in
40 Jahre follow up



Zum Schluss
Dokumentieren

Publizieren

Bad practice: Anklagen (Justiz/Medien,...)

Best practice: Verbreiten

Jede und jeder kann etwas tun.



« Das Wesen einer Zivilisation zeigt sich erst
durch den Besuch ihrer Gefängnisse »

Fiodor Mikhaïlovitch Dostoïevski



Hans Wolff



Heino Stöver



Thomas Galli

Das Ende des Drogenkrieges?

Prof. Dr. Heino Stöver

Definition: "Drogenkrieg"

- Drogenkrieg als Versuch! der Durchsetzung einer selektiven Prohibition psychotroper Substanzen.
- Die Durchsetzung erfolgt mit Legitimation dreier Suchtstoffkontrollübereinkünfte der UN.
- Die Durchsetzung der Prohibition erfolgt weltweit durch die Strafvollstreckungsagenturen.
- Sichtbar wird der Drogenkrieg in der Strafverfolgung und im Strafvollzug.
- Erfahrungen mit der Durchsetzung eines Prohibitionsmodells in den USA vor ca. 100 Jahren.

1. Alle reden vom Ende des Drogenkrieges...

aber....Weltweit...

- Philippinen: Jagd auf Drogendealer und –konsument_innen freigegeben: Lynchjustiz¹
- Kolumbien, Mexiko – Krieg gegen Drogenkartelle, Krieg der Drogenkartelle²
- Weltweit hilflose Versuche die Drogenprohibition durchzusetzen
- Symbolpolitik
- Selbst Todesstrafen (Iran) keine Abschreckung
- Missachtung und Erosion rechtstaatlicher Prinzipien und demokratischer Grundlagen

1 Kleim, M.: Mörderische Nüchternheit – Prohibition und Menschenrechte;

2 Stöver/Plenert 2015

„Rauschgiftdelikte in Deutschland...“¹

Rauschgiftkriminalität angestiegen

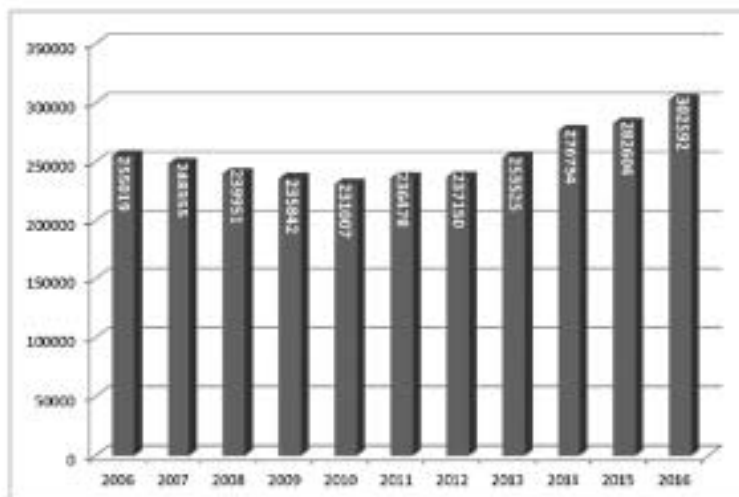
Die Zahl der in der PKS für das Jahr 2014 erfassten Rauschgiftdelikte beträgt 276.734 Straftaten. Dies entspricht einem Anstieg um rund 9 % gegenüber dem Vorjahr. Der Anstieg erstreckt sich sowohl auf die konsumnahen Delikte⁰¹ (209.514, + 10 %), die Handelsdelikte⁰² (48.880, + 4 %) und die sonstigen Verstöße⁰³ (18.340, + 8 %).

1 3. BKA (8.5.2017): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild



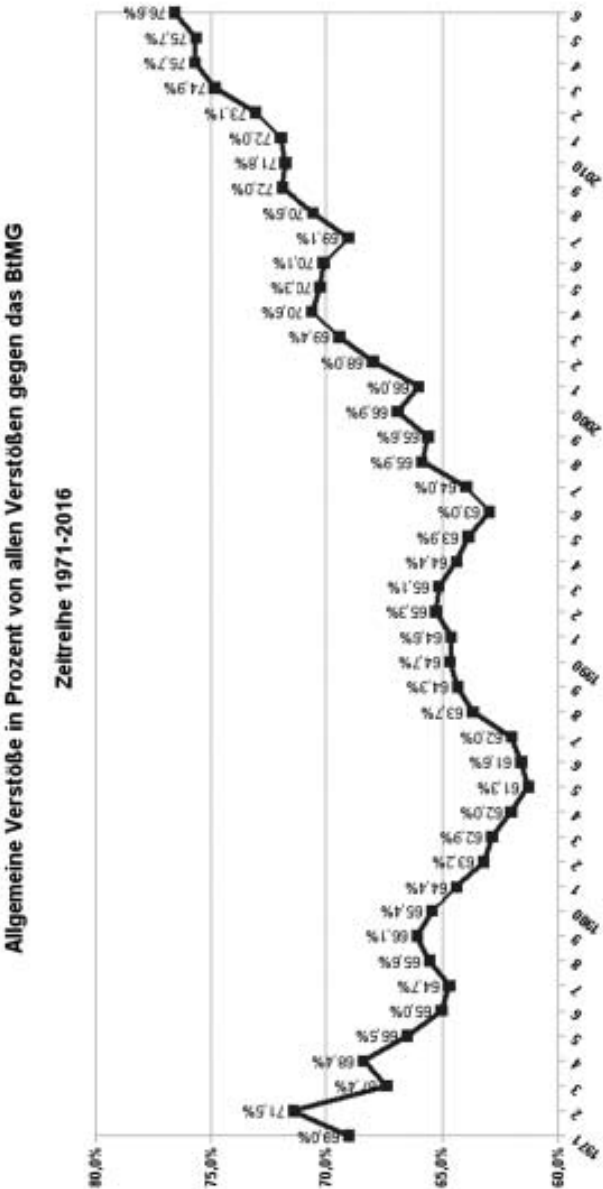
1 3. BKA (8.5.2017): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild

Deutschlandweit - „Rauschgiftdelikte“¹

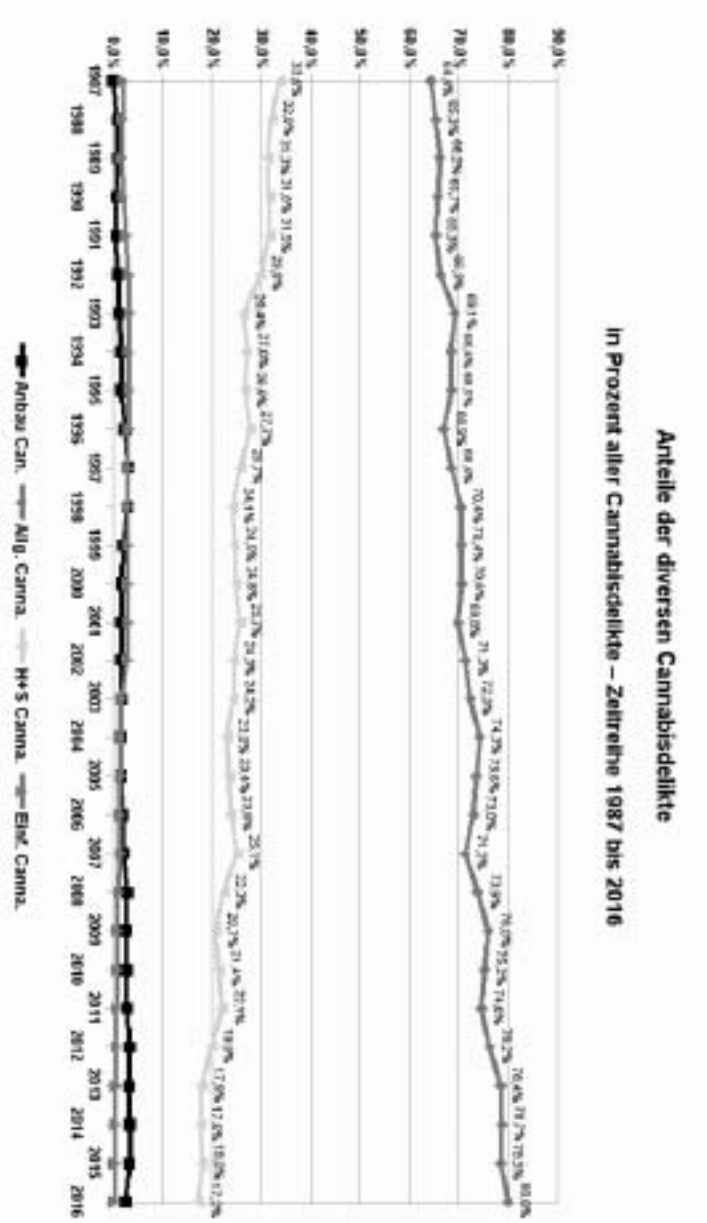


1 3. BKA (8.5.2017): Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebild

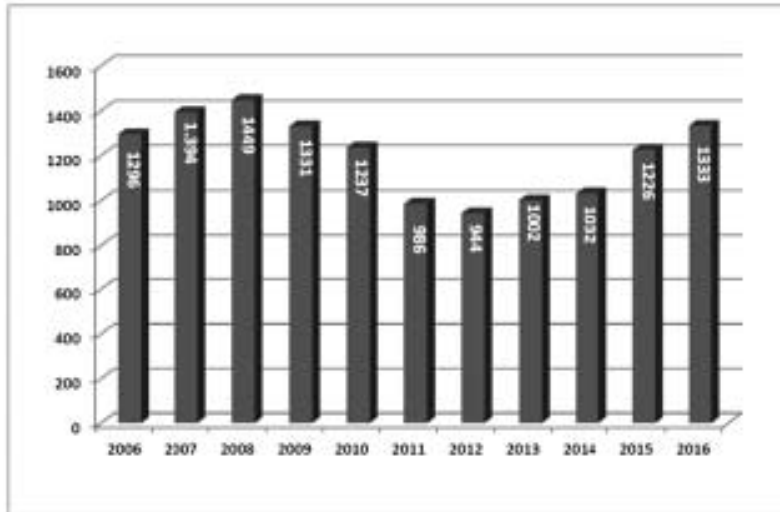
Entwicklung der 'konsumnahen Delikte'¹



'konsumnahen Delikte' = Exklusion



Drogen-bedingte Todesfälle



RKI „DRUCK-Studie“ (2017)



„DRUCK-Studie“ :
 Alter, Anzahl, Dauer
 d. Inhaftierungen
 „DRUCK-Studie“:
 HCV korreliert m.
 Haftdauer →

HCV korreliert mit
 Haftdauer ↓

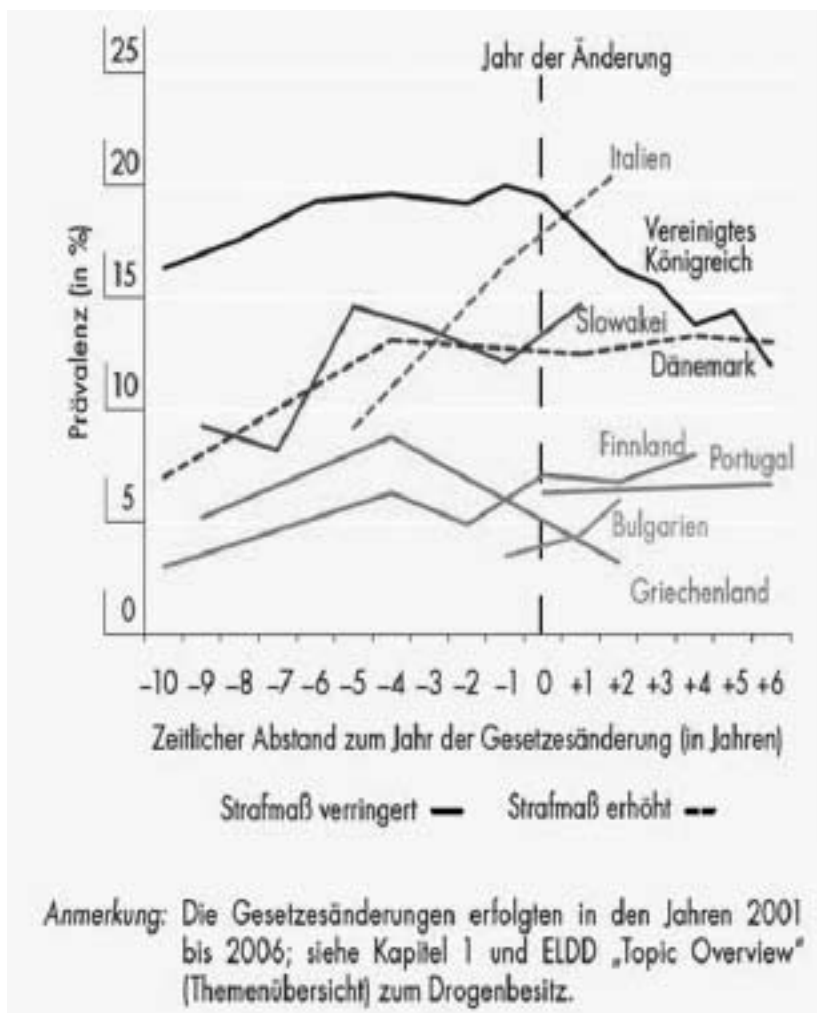
Tab. 5. Haftverfahrungen der jemals inhaftierten Teilnehmenden

	Gesamt N n=1.672	Männer N n=1.545	Frauen N n=127	
Alter bei erster Inhaftierung	Jünger als 18 Jahre	29,7 (26,9-35,5)	31,7 (28,9-38,6)	21,0 (10,7-33,3)
	18-34 Jahre	41,2 (35,7-47,0)	41,8 (37,4-46,6)	39,1 (29,6-47,1)
	35-34 Jahre	21,6 (17,8-26,0)	19,6 (13,6-34,2)	29,5 (16,7-38,8)
	35 Jahre und älter	7,6 (3,7-9,4)	6,9 (4,6-8,5)	10,5 (0,0-16,7)
Anzahl Inhaftierungen	1-2 Mal	30,8 (25,2-39,5)	28,3 (23,0-38,0)	42,3 (30,6-57,9)
	3-5 Mal	33,9 (25,1-45,2)	33,3 (22,0-48,5)	26,3 (16,3-51,4)
	6-10 Mal	23,0 (17,4-35,1)	24,6 (19,2-39,9)	16,6 (9,7-25,0)
	Mehr als 10 Mal	12,3 (1,9-30,0)	13,8 (0,8-22,6)	5,9 (0,0-14,8)
Gesamte Inhaftierungsdauer	Weniger als 1 Jahr	23,9 (18,5-34,0)	20,8 (14,8-31,0)	36,8 (13,4-47,4)
	1-5 Jahre	36,0 (27,1-42,7)	34,0 (26,1-43,7)	44,3 (32,3-61,3)
	Mehr als 5 Jahre	40,1 (25,5-53,6)	45,2 (28,7-59,1)	18,9 (5,4-15,9)

Tab. 6. Ergebnisse der multivariablen Analyse zu Haft und Hepatitis C
 n=1.998

		HCV-positiv	Modell ohne In-Haft-Risiko-Verhalten ¹		Modell mit In-Haft-Risiko-Verhalten ^{1,2}	
			OR	95% KI	OR	95% KI
Haftverfahrung ³	Keine (n=397)	48.6%	Ref.		Ref.	
	Kürzer und seltener (n=571)	56.0%	1.4*	1.0-1.9	1.3	1.0-1.8
	Kürzer aber häufiger (n=241)	66.4%	2.1***	1.4-3.0	1.8**	1.3-2.7
	Länger aber seltener (n=142)	76.1%	3.3***	2.0-5.4	2.7***	1.6-4.4
	Länger und häufiger (n=647)	79.1%	3.8***	2.7-5.3	2.8***	1.9-4.1

Kein Zusammenhang zwischen Änderungen in der Repression und Konsumprävalenz



2. Ein Ende des Drogenkrieges...

...im Gefängnis noch nicht zu spüren...!

www.harmreduction.eu

Verurteilung aufgrund drogen-bedingter Delikte

- Ca. 15-25% in Europa
- Höhere Zahl von Drogenabhängigen aufgrund von Beschaffungskriminalität:- Männer: ca. 30% - Frauen >50%
- NRW: Hälfte der Gefangenen vor Inhaftierung drogengefährdet, ein Drittel bei Haftantritt aktuelle Symptome akuter Drogenabhängigkeit¹

¹ Maelicke, B: Das Knast-Dilemma, 2015, S. 183

HIV und HCV – Erkrankungen unter inhaftierten Drogenabhängigen

- HIV+ unter Drogeninjizierenden in EU Gefängnissen: bis zu 40%
- HCV+ unter Drogeninjizierenden in EU Gefängnissen: bis zu 90%
- Odd Ratios Drogeninjizierenden mit und ohne Gefängniserfahrungen: **Ko-Infektionen:**
 - HIV: bis zu 3 OR SP: 90% HIV+ =>HCV+
 - HCV: bis zu 7 OR 30% HCV* auch HIV+

Hohe Infektionsgefahren nach Haftentlassung

Hohe Mortalitätsrisiken unmittelbar nach Haftentlassung

- England/Wales (erste Woche): X 29 (M) X 69 (F)
- DK (ersten 2 Wochen): X 62 (M/F).
- F (erstes Jahr): X 24 (M 15-34); X 274 (M 35-54)
- Irland: Vergleich drogen-bedingter Tod(DBT; mit/ohne Gefängniserfahrungen):
 - 28% of DBT eine Woche nach Haftentlassung
 - 18 % of DBT einen Monat nach Haftentlassung

Source: 2012 Selected Issue; TBC: Baussano, 2010; Psychiatric disorders: Palijan, 2009

Ein Krieg gegen die Drogen oder die Drogenkonsument_innen?

- Drogenabhängige bilden die größte Gruppe im Justizvollzug
- Entstehung von Handelspartnerschaften¹
- Bestrafung einer Erkrankung ("Drogenabhängigkeit")?
- D: Mehr Drogenabhängige in Haft als in Behandlung (>20.000)

- Hohe Rückfallraten
- Bestrafung der Armen?
- Symbolpolitik? Produktion, Regulation und Nutzbarmachung von Delinquenz: Haft isoliert z²

1 Graf/Dichtl/Stöver: Ergebnisse der DROK-Studie, 2017; 2 Foucault, M.: Überwachen und strafen 1975

Bestrafung der Armen im Kontext von staatlicher Symbolpolitik

- Das Gefängnis als Staubsauger für "Sozialmüll"¹
- Gefängnis trotz Ineffektivität effektiv:
- Produktion, Regulation und Nutzbarmachung von Delinquenz: Haft isoliert eine für alle sichtbare Gruppe und demonstriert die staatliche Fähigkeit zur Eingrenzung des Erbrechens¹

1 Wacquant, L.: Bestrafen der Armen. Zur neoliberalen Regierung der sozialen Unsicherheit; 2 Foucault, M.: Überwachen und Strafen 1975

Gesundheitliche und soziale Ungleichheit drogenabhängiger Gefangener

Kernaspekte der Infektionsprophylaxe:

- Spritzenvergabe in Haft
- Substitutionsbehandlung
- weitere harm reduction – Angebote

Beschränkter Zugang zu state-of-the-art Suchtmedizin und -therapie

- Substitutionsbehandlung
- Naloxonvergabe

Dreifache Diskriminierung drogenabhängiger Gefangener

1. Ausgrenzung

2. profitieren nicht ausreichend vom Fortschritt medizinischer Versorgung

3. diskriminiert im Haftalltag: Arbeit, Ausgang etc.

Stigmatisierung „Suchtgiftler“, „Narkoman“, „Junkie“

4. Drehtüreffekte und Verlust sozialer Kontinuität

Systematic OST review of prison¹

- Review of 21 studies (incl. 6 RCTs) shows that OST is effective among the prison population:

++reduced heroin use, injecting and syringe-sharing in prison, if doses adequate;

++increases in treatment entry and retention after release;

++ post-release reductions in heroin use;
+ pre-release OST reduces post-release deaths;
+/- evidence regarding crime and re-incarceration equivocal;
? lack of studies addressing effects on incidence HIV/HCV;
Disruption of continuity of treatment, especially due to brief periods of imprisonment, associated with very significant increases in HCV incidence.

1 Hedrich et al. 2012; Addiction

“Gesundheitliche Ungleichheit” - z.B. Bayern und NRW

Bayern: 3.000 Opioidkonsumenten in Haft: 46 Substitutionsbehandlungen

NRW: 6.000 Opioidkons. in Haft: ca. 1.600 Substitutionsbehandlungen

D: Insgesamt ca. 10-15% Abdeckungsrate in Haft – Durchschnitt in Freiheit 50%

A: 60%¹

1 Beck, Springer, Meyer-Thompson 2017, S. 50

Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte: Wenner vs. Deutschland (1.9.16)

- Manifeste und lange Opioidabhängigkeit
- Weigerung der Kontinuität der OST bei Haftantritt (bayr. Gefängnis)
- EUGMR stellte physische und psychische Belastungen der nicht behandelten Opioidabhängigkeit fest – inhumane Behandlung
- Verletzung der Menschenrechte (“inhumane und entwürdigende Behandlung”)

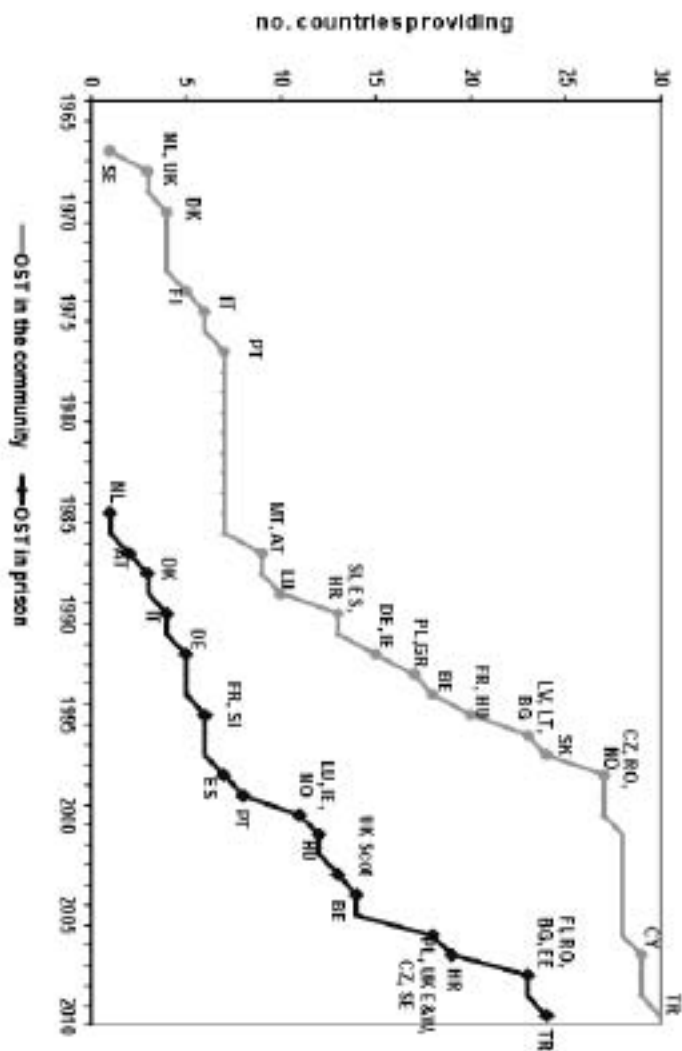
Auswirkungen auf die Substitutionspraxis in D und anderen europ. Ländern

30y OST in europäischen Gefängnissen^{1 1 Stöver/Casselmann et al. 2006}

- Abdeckung variiert erheblich
- Detoxifikations-Modelle heterogen
- Dauer der OST variiert
- OST in Haft als Rückfallprophylaxe
- OST variiert
- Von Land zu Land,
- Von Bundesland zu Bundesland, (z.B. Bayern und NRW)
- Von Gefängnis zu Gefängnis,
- Von Arzt zu Arzt – manchmal im selben Gefängnis...

Zeitverzug in der offiziellen Einführung von OST in Gefängnissen:

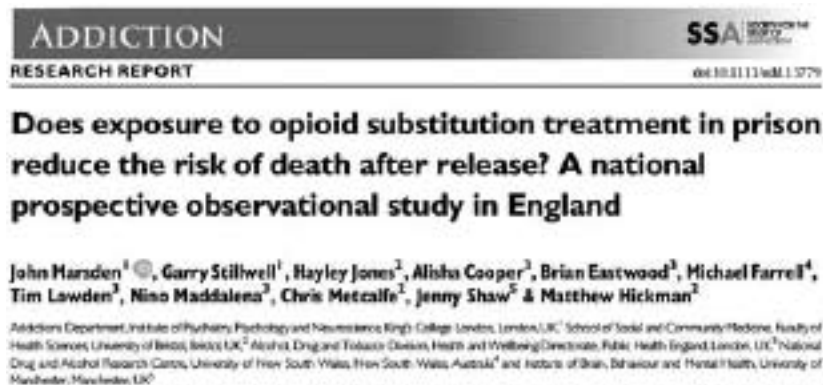
(Quelle: EMCDDA; D. Hedrich et al.2012,)



HIV-Prevention – The Comprehensive Package: 15 Key Interventions (UNODC/ILO 2012)

The comprehensive package consists of 15 interventions that are essential for effective HIV prevention and treatment in closed settings. While each of these interventions alone is useful in addressing HIV in prisons, together they form a package and have the greatest impact when delivered as a whole.

1. Information, education and communication
2. HIV testing and counselling
3. Treatment, care and support
4. Prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis
5. Prevention of mother-to-child transmission of HIV
- 6. Condom programmes**
7. Prevention and treatment of sexually transmitted infections
8. Prevention of sexual violence
- 9. Drug dependence treatment => Opioid Substitution Treatment**
- 10. Needle and syringe programmes**
- 11. Vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis**
12. Post-exposure prophylaxis
13. Prevention of transmission through medical or dental services
- 14. Prevention of transmission through tattooing, piercing and other forms of skin penetration**
15. Protecting staff from occupational hazards

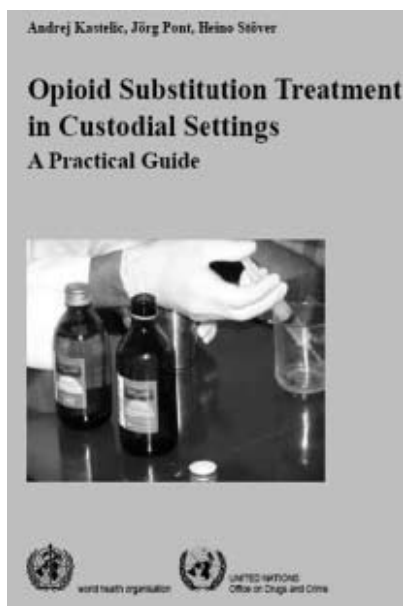


Wichtigstes Ergebnis:

OST in Haft (mit Methadon oder Buprenorphin) ist eine hoch effektive Intervention um drogen-bedingte Todesfälle unmittelbar nach Haftentlassung (4 Wo.) zu reduzieren: 75% Reduktion.

30y OST in europäischen Gefängnissen¹ Stöver/Casselmann et al. 2006

- Abdeckung variiert erheblich
- Detoxifikations-Modelle heterogen
- Dauer der OST variiert
- OST in Haft als Rückfallprophylaxe
- OST variiert
 - Von Land zu Land,
 - Von Bundesland zu Bundesland, (z.B. Bayern und NRW)
 - Von Gefängnis zu Gefängnis,
 - Von Arzt zu Arzt – manchmal im selben Gefängnis...



Editorial Group

Fabienne Hariga (UNODC HQ Vienna/Austria)
Karlheinz Keppeler (Women's Prison, Vechta/Germany)
Rick Lines (IHRA, London/United Kingdom)
Morg MacDonald UCE, Birmingham/United Kingdom)
David Marteau (Offender Health, London/United Kingdom)
Lars Møller (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen/DK)
Jan Palmer (Clinical Substance Misuse Lead, Offender Health London/United Kingdom)
Ambros Uchtenhagen (Zürich/Switzerland)
Caren Weilandt (WIAD, Bonn/Germany)
Nat Wright (HMP Leeds/United Kingdom)

Adopted to the national situation and translated into several languages

Prison-based needle and syringe programs (PNSP) – UNODC Handbook
In 60 prisons worldwide – in 9 countries.

Evaluations of PNSPs¹

- Scientific evaluations conducted in 11 prisons with syringe distribution programmes
- The provision of syringes did not lead to an increase in drug consumption or an increase in injecting
- Syringes were not used as weapons, and safe disposal of used needles was not a problem
- Syringe sharing disappeared almost completely
- In prisons where blood testing was performed, no new cases of HIV or Hepatitis infection were found

1 Stöver, H. & Nelles, J.: Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European Prisons. In: International Journal of Drug Policy Dec./2003, volume 14, Issues 5-6), pp 437-444

3. Das Ende des Drogenkrieges?

Vielleicht...!

Warum diskutieren wir jetzt (wieder) über „Legalisierung“ oder besser; „Regulierung“?

- Reformbewegungen in den USA und weltweit
- Zweifel am Erfolg strafrechtlicher Verfolgung
- Cannabis als Medizin
- Reformbewegungen in den Kommunen und Ländern





- ▶ Belgien
- ▶ Niederlande
- ▶ Portugal
- ▶ Schweiz
- ▶ Spanien
- ▶ Tschechien

Die Widersprüche werden immer deutlicher...

z.B. Niederlande: Coffeeshop-Modell



Warum gerade jetzt – wieder international?

- Alternative Kontroll-/Regulierungsmodelle: Washington, Colorado, Alaska, Oregon (11/14), Uruguay, Schweiz ...
- Washington D.C. u.a. legalisieren Eigenanbau (11/14)
- 8.11.16: Volksabstimmungen Cannabis als Genussmittel >21 J. (Kalifornien, Maine, Massachusetts und Nevada)
- 8.11.16: Cannabis als Medizin (Arkansas, Florida, Montana, Oklahoma und North Dakota)

- Abgabe von „medical marihuana“ in mehr als der Hälfte der US-Bundesstaaten
- Starke Hanfgemeinden/Verbraucherverbände
- Cannabis als Medizin – seit 1.3.2017 in Deutschland
- Menschenrechte: Eingriff des Staates in die Privatsphäre, Gängelung und unerlaubte Einmischung in die Privatsphäre der BürgerInnen.

Warum gerade jetzt – wieder national?

- ‚Opferlose Delikte‘ – allenfalls selbstschädigend:
=> geringes Unrechtsbewusstsein
- Verharmlosung durch Btm-Gesetzgebung
- Wachsender Konsens: Gesundheitsprobleme gesundheits- statt strafrechtspolitisch behandeln!
- Trotz BVG-Vorgabe (1994): keine bundeseinheitliche Festlegung über die Anwendung des § 31 a BtMG = Keine Gleichbehandlung bei Verfahrenseinstellungen =>

Die Prohibition fügt Ihnen und Ihrem Umfeld einen erheblichen Schaden zu

- viele kommunale Cannabisanträge (Düsseldorf, Frankfurt, Bremen, Köln, Hamburg, Heidelberg, Berlin...)
- 123 Strafrechtsprofessoren fordern Überprüfung der Wirksamkeit des BtMGs¹
- Cannabislegalisierung ist Beschlusslage von Die LINKE, Bündnis 90/Die Grünen, Piraten, FDP
- Koalitionsvereinbarungen: z.B. Bremen/Hamburg und Berlin =>

1 <http://schildower-kreis.de/resolution-deutscher-strafrechtsprofessorinnen-und-professoren-an-die-abgeordneten-des-deutschen-bundestages>

Rot-rot-grüne Koalitionsvereinbarung Berlin (Nov. 2016)

„...Die Koalition wird ein Konzept für die Durchführung eines wissenschaftlich begleiteten Modellprojekts zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene erarbeiten und sich für dessen gesetzliche Absicherung einsetzen. Die Möglichkeiten für Behandlungen mit Cannabis-Produkten insbesondere für Schmerzpatienten sind auszuweiten.“

Kosten der (Teil-)Prohibition

- etwa 10 % der gesamten öffentlichen Ausgaben für die öffentliche Sicherheit und Ordnung weisen einen Bezug zu illegalen Drogen auf
- Großteil des finanziellen Engagements des Staates fließt in repressive Maßnahmen zur Bekämpfung von Kriminalität im Zusammenhang mit illegalen Drogen (ca. 70%)
- Relation: ‚Repression - Hilfe‘ = ca. 7:3(Mostardt et al. 2010)
- Repression: ca. 4 Mrd. € /jährl.

Anhörung im Gesundheitsausschuss des dt. Bundestages¹ 5.11.2014

- Opposition fordert Politikfolgenabschätzung:
Wie wirksam ist das BtmG und welche Nebenfolgen/Gegenwirkungen hat es?
- Anhörung Gesundheitsausschuss Bundestag²
- 10 ExpertInnen: 9 fordern eine Überprüfung des BTmGs - überparteiliche Enquete-Kommission
- Antrag d. Opposition abgelehnt

1 <http://www.youtube.com/watch?v=iPqnmVI2YdM>

2 „Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittel-rechts überprüfen“ - BT-Drucksache 18/1613; 3 hib – heute im Bundestag Nr. 560; Neues aus Ausschüssen und aktuelle parl. Initiativen

Neulich in der Apotheken-Umschau...

Apotheken Umschau: Würden ein generelles Werbeverbot und ein einheitlich hoher Steuersatz auf alkoholische Getränke den Problemen nicht besser vorbeugen?

Marlene Mortler: Glauben Sie ihr Kind sagt, wenn Sie ihm alles verbieten: "Ja Mama, du hast recht."? Unser Land will und kann kein Verbotstaat sein. Kinder und Jugendliche müssen überzeugt werden - durch Aufklärung und Vorbilder.

Apotheken Umschau: Cannabis ist aber verboten, und da glaubt man an den Erfolg?

Marlene Mortler: Cannabis ist eine illegale Droge.

Positionspapiere und Stellungnahmen der Fachgesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG SAS)
- freie Träger der Berliner Suchthilfe
- Bayerische Akademie für Sucht-und Gesundheitsfragen
- Initiative deutscher Strafrechtsprofessorinnen und Strafrechtsprofessoren (SchildowerKreis)
- Bund Deutscher Kriminalbeamter
- Polizeigewerkschaften (DPolGund GDP)
- Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
- Deutscher Hanfverband
- Thomas Fischer, Vorsitzender Richter des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofs
- Kinder-und jugendpsychiatrische Fachgesellschaft und die Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP
- Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS)
- AWO Bundesverband

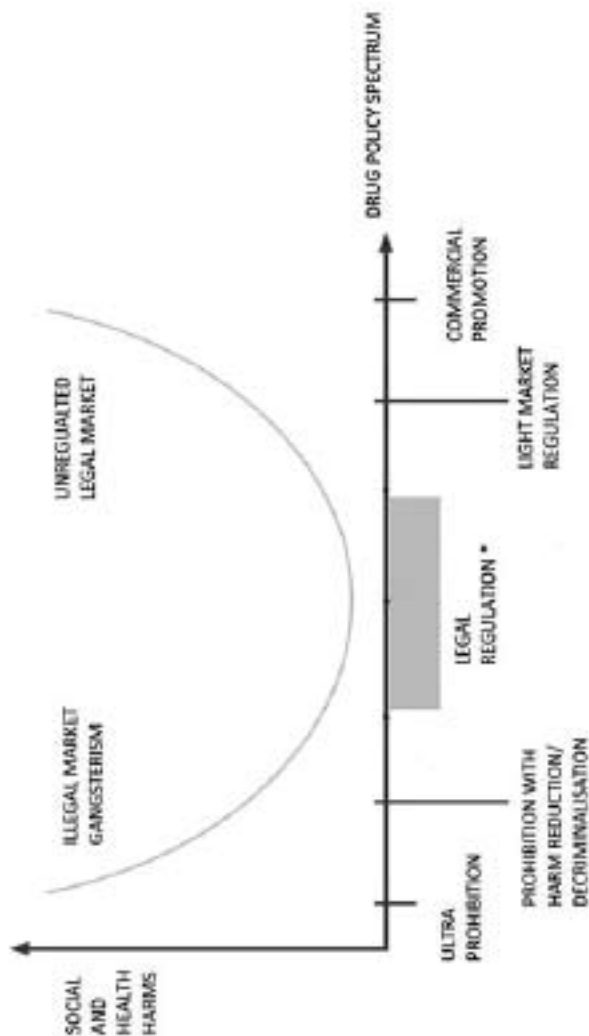
Weitgehende Übereinstimmung in folgenden Aussagen:
Strafverfolgung führt zu zusätzlichen Belastungen für Konsumierende“
und „Konsumierende sollten entkriminalisiert werden“

„Die generalpräventive Wirkung der Verbotspolitik ist nicht wissenschaftlich belegt bzw. sie ist gescheitert“ und „Eine Überprüfung bzw. Veränderung der aktuellen Gesetzeslage ist angebracht“

4. Das Ende des Drogenkrieges?

Regulieren, statt Kontrollversuche - Nur wie?

Auswirkungen der Drogenkontrolle ↓



TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION



Drug control exists on a continuum from heavily enforced prohibition at one end to commercial free markets at the other. The graphic shows how the extremes of either end are associated with the highest levels of health and social harm.

In the middle is best practice in responsible regulation.

This is because, ironically, neither prohibition nor free markets responsibly control production, supply or use.

On the left hand end prohibition gifts the drug market to organised criminals and unregulated dealers – violent profit maximising entrepreneurs.

At the other end the laissez faire commercialised markets for drugs such as alcohol tobacco and pharmaceuticals gift the market to non-violent, but often unprincipled profit maximising entrepreneurs.

What should be clear is that at both ends drugs are effectively deregulated.

The aim of effective drug control policy is to apply regulation responsibly in order to reduce health and social harms – to move toward the centre of the graphic.

So, technically there is flexibility in drug, except that the international conventions on drugs exclude legal regulation of drugs for non-medical use. The conventions allow drugs to be regulated only for scientific and medical use.

Rahmenbedingungen schaffen...

...für eine Regulierung - statt Schwarzmarkt

...für selbstbestimmte, informierte Entscheidung für oder gegen Drogengebrauch

...für effektive und effiziente Suchtkrankenhilfe und –prävention.

Public Health + Partizipative Gesundheitsförderung: „Betroffene zu Beteiligten machen“.

Akzeptanzorientierte, realitätsgerechte Gesundheitsförderung: „Vom Umgang mit dem Scheitern an den Idealen“.



Nach dem Krieg gegen die Drogen-
Modelle für einen regulierten Umgang
Hrsg. akzept e.V.

5 Modelle der Drogenabgabe



Was heisst Regulierung?

- **Regulierung ist die Norm – Prohibition die Ausnahme – und ein 'radikales Experiment'**
- Die Regulierung potentiell riskanter Produkte und Verhalten ist Aufgabe der Regierung
- Aktivitäten außerhalb regulierter Rahmenbedingungen bleiben verboten
- Regulierung ist grundverschieden von einem 'unregulierten' freien Märkten

Fazit

■ Polizeiliche Sicherstellungen sind kein Marktregulativ – wenig abschreckend – Schwarzmarkt hochattraktiv

■ kontinuierliche Zunahme von Verfolgung und Verurteilung von CannabiskonsumentInnen

Rund 80% aller Drogendelikte sind Konsumentendelikte

■ Hohe Bindung polizeilich-justitieller Arbeit an Drogen'bekämpfung' – OK = Drogen

-
- notorisches Scheitern kriminalrechtlicher Prohibition allenfalls selbstschädigenden Verhaltens
 - NPS: Reaktion auf Prohibition?
 - Opferproduktion statt Opferschutz
 - Selektive Wahrnehmung und Glaubenssätze statt Evidenz und Beteiligung der Fachwelt.
 - Staatlich geduldete Organisierte Kriminalität
 - Massive Glaubwürdigkeits-/Legitimationsverluste
 - Verhinderung einer sachlichen Auseinandersetzung
 - Behandlungs- und Beratungs - Deformationen
 - Hohe und langjährige Verelendung vieler DrogenkonsumentInnen
 - Kriminalisierung und Ausgrenzung haben konsumver-/kriminalitätsfestigende Auswirkungen
 - Regulierung ist die Norm – Prohibition die Ausnahme – und ein ‘radikales Experiment’
 - Vom „So-tun-als-ob...“ zum „Was-wäre-wenn...“

Was wird reguliert?

Produktion und Verkehr: wo und wieviel

Produkte: Dosierung, Vorbereitung, Herstellung, Preis und Verpackung

Verkäufer: Lizenzierung, Training, Ausbildung

Vergabeorte: bauliche Voraussetzungen, Erscheinungsbild, Öffnungszeiten

Käufer/Gebraucher: Wer hat Zugang? - Alterskontrollen, Ort des Drogengebrauchs

Flexible Antworten auf unterschiedliche Produkte in verschiedenen Umgebungen!

Mindestanforderungen der Regulierung

(n. Peter Raiser, DHS12.10.16)

- Schaffung von Strukturen in der Verwaltung zur Kontrolle des Marktes
- Staatliche Kontrolle über Bedingungen des Anbaus, des Großhandels und der Verkaufsstellen
 - Lizenzverfahren zur Steuerung der Verkaufsstellendichte und Verteilung
 - Kontrollen der Einhaltung des Jugendschutzes
 - Bestimmungen für eingesetztes Personal

-
- Bestimmungen über Höchstmengen
 - Sicherstellung der Produktsicherheit
 - Richtlinien und Grenzwerte für Wirkstoffgehalt, Züchtungen und Sorten
 - Begrenzung der Marktmacht von Marktteilnehmern.

Verbot der gesamten kommerziellen Kommunikation

(n. Peter Raiser, DHS12.10.16)

- Werbung im Fernsehen, Radio, Internet, auf Reklamewänden und über andere in der Öffentlichkeit sichtbare Medien
- Etikettierung und Verpackung, die verkaufsfördernde Elemente nutzt
- Platzierung und Vorstellung an Verkaufspunkten
- Werbung mit Mengenrabatt beim Kauf
- Verteilen von Proben im direkten Kontakt sowie sonstige „Promotion“
- Werbung mit Einsatz von Mobiltelefonen (z.B. SMS-Werbung, SocialMedia, virales Marketing)
- Sponsoring von Veranstaltungen (Sport- und Kulturveranstaltungen oder sonstige) und TV-Sendungen + Produktplatzierungen

Entkriminalisierung in der Schweiz

Von der Polizei beobachteter **Cannabiskonsum und/oder festgestellter Besitz von Cannabisprodukten bis zu einer Menge von insgesamt nicht mehr als 10 Gramm (zum Eigenkonsum)** können ab dem 1. Oktober 2013 im Ordnungsbussenverfahren (OBV) geahndet werden (Art. 28b ff. BetmG).

Das Cannabis wird vor Ort nicht gewogen.

Bei **Jugendlichen** verzeigt die Stadtpolizei wie bisher im ordentl. Verfahren (Rapport an die Jugendanwaltschaft).

Ist das Gewicht grenzwertig, wird das Cannabis auf der Wache gewogen. Dem Konsumenten wird eröffnet, dass je nach Ergebnis eine Ordnungsbusse ausgestellt, oder im ordentlichen Verfahren verzeigt wird.

Der THC-Gehalt spielt keine Rolle.

Drogenkonsum in europäischen Haftanstalten Gesundheitssituation und Hilfeangebote für DrogengebraucherInnen in Haft

Dagmar Hedrich, Linda Montanari, EMCDDA
unter Mitarbeit von Djamila Garcia, Eleni Kalamara & Luis Royuela

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EMCDDA emcdda.europa.eu

EU – dezentralisierte “Agentur”

Auftrag: objektive, zuverlässige, und vergleichbare Informationen
für Politik und Praxis.

Gegründet: 1993 in Lissabon; Mitarbeiter: 100;

Datenquellen: 30 nationale Knotenpunkte (EU-28, Norwegen und
Türkei)

Sammeln, Analysieren und Verbreiten von Daten, Verbesserung der
Datenvergleichsmethoden.

Rate: Gefangene per 100.000 Gesamtbevölkerung

EU: 125; Russland: 425; USA: 716

sehr variable Raten: von 53 (NL) bis 277 (Litauen)

1900 Gefängnisse (2014, SPACE)

Haftinsassen - Total prison population (am 1 Sept 2015) – SPACE 2017

In der EU 28 ca. 590.000 (exactly: 589.295) –

EU 30 approximately 770 000 (exact number 766.487)

Während die Vereinigten Staaten etwa 4,4 Prozent der Weltbevölke-
rung ausmachen, beherbergt die USA rund 22 Prozent der Gefangenen
der Welt.

Gefangene in 57 europäischen Ländern –

Quelle: <http://www.prisonstudies.org>

EU-28: ~ 590.000 (Stichtag 1. September 2015)

Profil: junge Erwachsene; 5% Frauen; 20% kurze Strafzeiten;
25% Untersuchungshaft; 15% Hauptdelikt Vergehen gegen
Drogengesetze.

Top 3: Russland, Türkei, UK

Quelle: CoE, SPACE I Survey

Hintergrunddaten: SPACE Survey, CoE

- EU vs RU und USA
- Steigende Anwendung von Alternativen zu Haftstrafen bei Drogenvergehen
- ansteigende Gefangenenanzahl in 14 Ländern
- Überfüllte Gefängnisse: >100 Insassen per 100 Gefängnisplätze in 8 Ländern
- 18% Ausländer: < 1% in PL & RO to > 50% in AT, EL, LU
- Drogenvergehen: <4% (PL,HU) - 31% (IT)

EMCDDA: Datenquellen zu Drogen und Gefängnis

(28 EU-Länder, Norwegen, Türkei)

A) Quantitative Daten:

1. Drogengebrauch unter Haftinsassen
2. Therapieanfragen im Gefängnis (Treatment Demand Indicator)
soziodemographische Daten, Gebrauchsmuster
3. Infektionskrankheiten im Gefängnis (*HIV, HBV, HCV*)
4. Vergehen gegen Drogengesetze

B) Qualitative Daten:

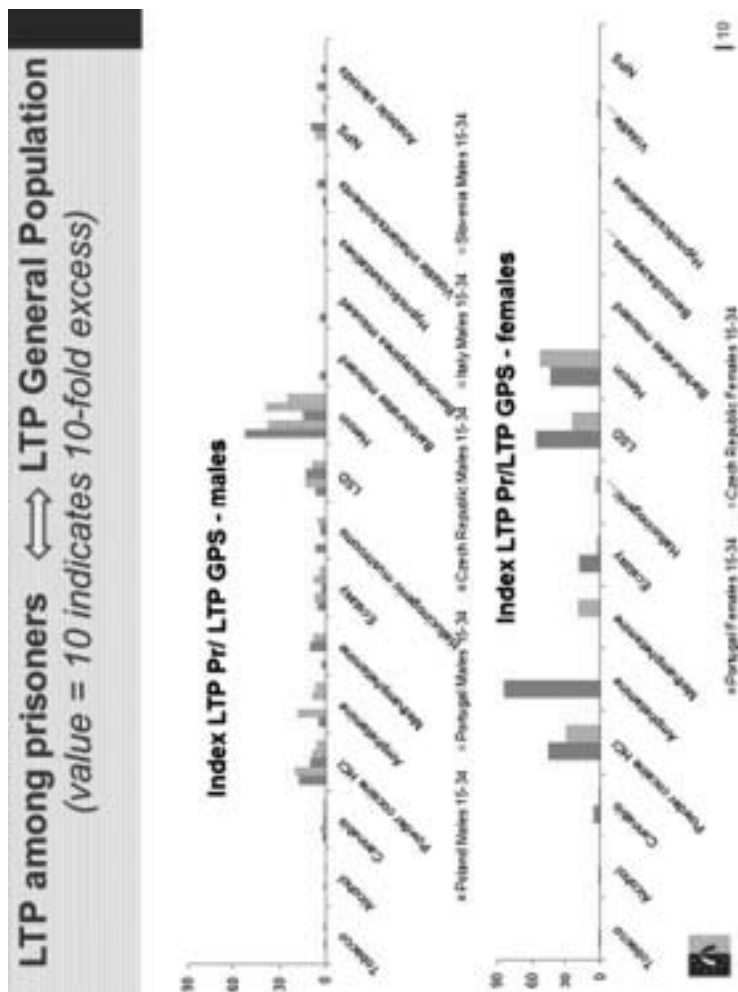
“Workbook on Prison”

- Nationales Profil and Organisation der Gesundheitsversorgung
- Drogengebrauch und drogenbezogene Gesundheitsprobleme bei Insassen
- Drogenhilfe in Haft
- Qualität des Hilfeangebots

DrogengebraucherInnen und Gefängnis

PDU ‘problem drug use’ Gebrauchsmuster = Langzeitgebrauch von Opiaten, Kokain, Amphetaminen; und jeglicher injizierender Substanzgebrauch

- 30%–75% von PDU waren bereits mindestens 1-mal inhaftiert / NO (Ravndal, Amundsen, 2010)
- 56% aller Drogengebraucher mit Gefängniserfahrung haben Drogen in Gefängnis injiziert / LU (Origer, et al., 2007)
- Hafterfahrung erhöht Vulnerabilität, Risiko erneut Drogen zu gebrauchen und Therapieabbruch-Risiko (Smyth, 2010)
- Im Gefängnis können DrogengebraucherInnen erreicht werden die nicht in Kontakt mit Drogenhilfe sind.



Haft und Gesundheit

Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern

Laurent Michel^{1,2,3}, Caroline Lons^{4,5,6}, Sara Van Mulders⁷, Julie Schilt⁸, Wilaver Versteegh⁹, Kerim Holm¹⁰, Tordis Toland¹¹, Felice Haus¹², Nadja Weltzien¹³, Andrea Maser¹⁴, Marie Jauffret-Roudie¹⁵, Olivier Maguier¹⁶, Patricia M. Centre^{17,18}, Cindy Brentan¹⁹ and Heino Stöver⁴

Gesundheitsrisiken

- Blut-übertragbare Krankheiten: HIV, Hepatitis B/C,
- Psychische Erkrankungen,
- Sexuell übertragene Krankheiten,
- Zahnprobleme,
- Tuberkulose (10-fach erhöhte Rate im Vergleich zur Gesamtbevölkerung),
- Soziale Verelendung (Schulabbruch, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Prostitution, Drogenhandel, etc.)
- erhöhtes Risiko des Drogentods.

Konsequent höhere Prävalenz von HIV, HCV, HBV und Tuberkulose bei Gefangenen als in der allgemeinen Bevölkerung über alle Regionen und vor allem in Gefangenen, die Drogen injizieren (Dolan, 2016).

Komplexe gesundheitliche Bedürfnisse

Bei Haftbeginn haben ca. ein Viertel der Insassen (16-51% M, 10-30% F) ein Alkoholproblem (letzte 12-Monate 'recent' alcohol-substance use disorder) und 30% (10-61%) der Männer und 51% (30-69%) der Frauen ein Drogenproblem (Fazel, 2017)

Begrenzte Datenlage für Europa: es fehlen repräsentative Studien, fast immer kleine Stichproben

- 6% - 48% aller Gefangenen haben jemals Drogen injiziert;
- Prävalenz von Infektionskrankheiten unter injizierenden Drogengebern (PWID) in Haft): HIV bis 18% (Lettland); und 97% HepC (Schweden); hohe Koinfektionsraten
- Vergleich PWID mit Gefängniserfahrung und ohne: Wahrscheinlichkeit einer HCV Infektion 2-7-fach erhöht

EMCDDA Statistical Bulletin, 2017

Gesundheitsversorgung im Gefängnis: wer ist verantwortlich?

In 10 Ländern sind die Gesundheitsbehörden verantwortlich:

Finnland, Frankreich, Italien, Kroatien, Norwegen, Rumänien, Slovenien, Schweden, Vereinigtes Königreich, Zypern [Spanien: in Vorbereitung] = 44% der Insassen in der EU-28

In 9 EU-Ländern wird Drogenhilfe in den Gesundheitsstrategien für Gefängnisse erwähnt: ES, FI, FR, IE, HR, HU, LV, PL, SE;

Drei Länder (LU, PT, NO) haben spezifische Drogenstrategien für's Gefängnis.

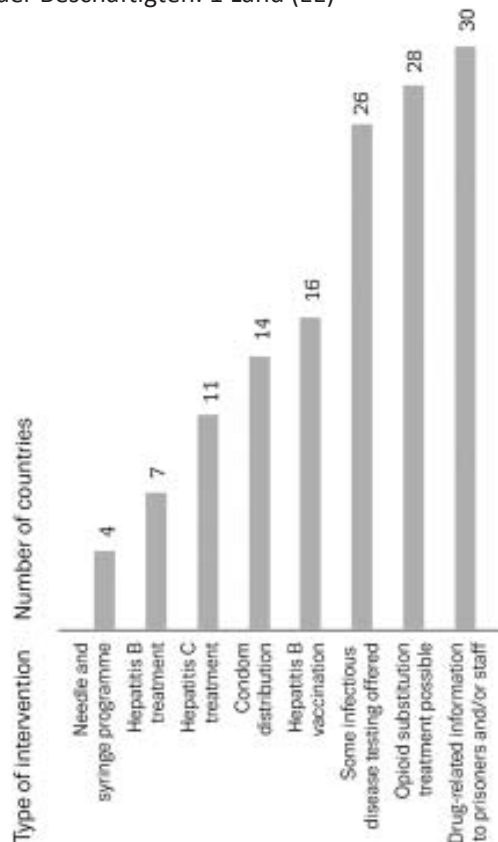
Drogenbezogene Gesundheitsdienste im Gefängnis

Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten

(Experten-Rating):

- Testen: HIV, Hepatitis B & C – unsystematisch und oft nur bei Symptomatik
- HVB: Impfprogramme in 13 Ländern
- HCV: Behandlungsangebot wird in 11 Ländern vorgehalten, jedoch typischerweise INF/Riba; ES, SE: Medikamente der neuen Generation (DAAs)
- HIV: Behandlungsangebot in 14 Ländern (e.g. Deutschland: 142 Patienten in 6 Bundesländern in Behandlung)
- Unspezifische "Sensibilisierungsmaßnahmen" in 15 Ländern
- Gezielte Ausbildung der Beschäftigten: 1 Land (EE)

Verfügbarkeit' von Interventionen zur Prävention von Infektionskrankheiten
In Haft →



Spritzenprogramme (12-Monats Bilanz):

Spanien (17 Gefängnisse: 4500 Spritzen getauscht), Luxembourg (40 kits ausgegeben, 1807 Spritzen getauscht), Deutschland (1 Automat, keine Daten). Rumänien: Programm wird nicht genutzt.

Methadon/Buprenorphin-Substitution (opioid substitution programmes OST):

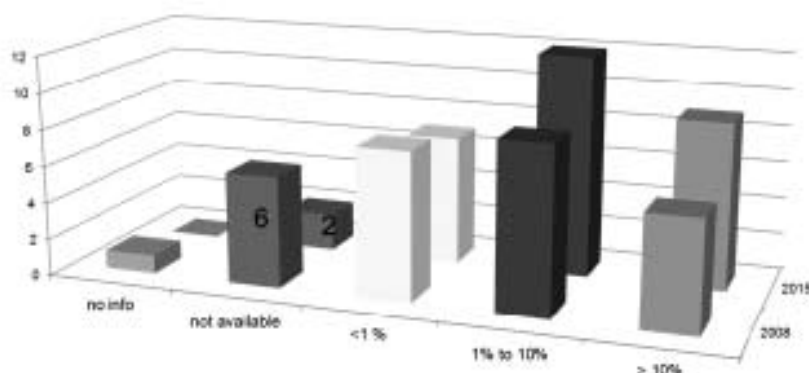
alle EU Länder ausser Litauen und Slowakei;

CY, CZ, LV: erlauben nur Weiterführung, nicht Neubeginn der Behandlung;

Spiegel der Versorgungslage ausserhalb Haft.

Substitutionsangebot im Gefängnis 2008/2015

Rate OST Patienten per 100 Gefangene als Indikator der Verfügbarkeit



Number of countries with high, moderate, low and no OST provision (rate per 100 prisoners), year 2008 and year 2015

Number of countries with low, moderate, high percentage of prisoner population receiving opioid maintenance treatment

Vordere Reihe: 1-6-8-9-6; Hintere Reihe: 0-2-7-12-9

Behandlungsangebot Drogentherapie

Trotz Verfügbarkeit von OST, bei abhängigem Opiatkonsum Entgiftung oft als 'Norm' (17 Länder).

Ambulante Therapie wird durch externe Drogenhilfe vorgehalten (23 Länder).

Stationäre Therapiemöglichkeiten beschränken sich meist auf therapeutische Gemeinschaften (9 Länder: BE, HR, CY, CZ, DK, DE, HU, RO, SL).

[Drogenfreie Zonen] in 9 Ländern.

Überdosis-Mortalität

Inhaftierung und Entzug reduzieren die Toleranz.

Extrem hohes Risiko von drogenbedingten Todesfällen ("Überdosis") in den ersten vier Wochen nach Haftentlassung aus Haft (Farrell & Marsden, 2008; Merrall, 2010; Binswanger 2013).

- Europäische Studien SMR nach Haftentlassung

(SMR - excess Mortalität im Vergleich zur standardisierten Gesamtbevölkerung des gleichen Geschlechts und Alters, ohne Autounfälle):

England/Wales (erste Woche): X 29 (M) X 69 (F)

Dänemark (erste 2 Wochen): X 62 M/F

Frankreich (erste 12 Monate): X12 (M) X 274 (F)

Norwegen (erste 2 Wochen): 85% (M), 69% (F) aller Todesfälle bedingt durch Drogenüberdosis.

Zusammenfassung

Drogengebraucher sind im Gefängnis überrepräsentiert; komplexe Gesundheitsbedürfnisse; Haftaufenthalt birgt erhöhtes Infektionsrisiko; Zugang zu Präventionsmitteln meist nicht gegeben; hohes OD Risiko nach Entlassung;

Äquivalenz der Gesundheitsangebote Europäischer Standard, jedoch selten konsequent umgesetzt; wenige Länder haben einen strategischen Ansatz mit ausreichendem Budget.

Manche Versorgungslücken scheinen sich langsam zu schließen – aber nicht überall;

Nachholbedarf bei
Infektionsprävention
& -behandlung;

Herausforderungen: Datenlage
verbessern, Thema Gesundheit
im Gefängnis bei

Entscheidungsträgern neu
beleben.

www.emcdda.europa.eu





Dagmar Hedrich



Plenarsaal

Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug

Kai Abraham, Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Berlin

Auslöser, Grundanliegen

115. Sitzung des Strafvollzugsausschusses der Länder im Mai 2012

- Präsentation der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung vorhandener Zahlen zum Themenkomplex Drogen/Sucht in den deutschen Justizvollzugsanstalten
- Diskussion zu den als fehlerhaft bewerteten Zahlen
- Auftrag des Strafvollzugsausschusses der Länder zur Bildung einer Länderarbeitsgruppe unter der Federführung von Berlin:

→ Vorbereitung und Umsetzung einer bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug.

Vorbereitung

- Bildung der Länderarbeitsgruppe unter Beteiligung aller Bundesländer
- Analyse der bisherigen Erhebungen zum Themenkomplex Drogen/Sucht in den Bundesländern
- Diskussion, Abstimmung und Entscheidung, welche Datensätze bundeseinheitlich zu erheben sind
- Diskussion, Abstimmung und Entscheidung, wann und in welcher Form die Datensätze zu erheben sind und wohin diese weitergegeben werden
- Beschluss des Strafvollzugsausschusses der Länder

→ Ab 2016 wird in allen deutschen Justizvollzugsanstalten eine einheitliche Erhebung von Daten zum Themenbereich Drogen/Sucht eingeführt.

Erhebungsgrundlagen	Zahlen (31.08. 2016)
Justizvollzugsanstalten in Deutschland	181
Belegung insgesamt (alle Vollzugsarten)	64.193
davon männliche Inhaftierte (Jugendliche, Erwachsene)	60.466
davon weibliche Inhaftierte (Jugendliche, Erwachsene)	3.727

Wichtige Grundlagen für eine einheitliche Erhebung
 Bereitschaft zur Erhebung in den einzelnen Justizvollzugsanstalten.
 Erkennen des Mehrwertes für die einzelne Justizvollzugsanstalt und die Landesjustizverwaltungen.
 Machbarkeit der Umsetzung in den einzelnen Justizvollzugsanstalten.
 Bisherige Erhebungen im Themenbereich als Übertragungsmöglichkeit.
 Kenntnisse über Diagnosekriterien nach ICD 10 (WHO).

Datensätze

Stichtagserhebung am 31. März des Jahres

Anzahl der suchtmittelabhängigen Inhaftierten/Verwahrten, mit
 Hauptsubstanz (Substanzabhängigkeit, Diagnosekriterien nach ICD 10)

Anzahl der Inhaftierten/Verwahrten mit Suchtmittelmisbrauch, mit
 Hauptsubstanz (Substanzmissbrauch, Diagnosekriterien nach ICD 10)

Anzahl der substituierten Inhaftierten/Verwahrten.

Vorlage Erhebung (Beispiel: Stichtagserhebung Substanzmiss-
 brauch männliche Inhaftierte)

Substanzmissbrauch: Anzahl der Inhaftierten / Verwahrten (m)											
	Art der Freiheitsentziehung	Insgesamt	Substituiert als "Opfer"	Sonstige Hauptsubstanzen							
				Alkohol	Heroin	Crackcocaïn	Indizin (Vergiftung)	Polio	andere Substanzen	unklassifizierte	andere Substanzen
				Alkohol	Heroin	Crackcocaïn	Indizin (Vergiftung)	Polio	andere Substanzen	unklassifizierte	andere Substanzen
Inhaftierte / Verwahrte	Unterstützungsfälle (24 bis unter 25 Jahre)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										
	Unterstützungsfälle (25 Jahre und über)										

Jahresverlaufserhebung Auswertung des Kalenderjahres

- Anzahl der medizinisch begleiteten Entgiftungen
- Anzahl der Entlassenen in eine stationäre/ambulante Suchtentwöhnungsbehandlung im Rahmen einer Zurückstellung der Strafvollstreckung gem. § 35 BtMG.

- Anzahl der Entlassungen in eine stationäre/ambulante Suchtentwöhnungsbehandlung im Rahmen einer Aussetzung des Restes der Strafe gem. §88 JGG oder § 57 StGB.

Mögliche Einschränkung in der Datenobjektivität

- Diagnosevergabe als individuelle Schwerpunktsetzung
- Beschränkung auf eine Diagnose mit einer Hauptsubstanz
- Zeitpunkt der Diagnosevergabe (bei Aufnahme, fortlaufend, anlassbezogen?)
- Auskunftsbereitschaft der Inhaftierten
- u.a.

→ Die bundeseinheitliche Erhebung wird nach zwei Jahren (2018) überprüft, gegebenenfalls geändert, erweitert oder eingeschränkt.

Datenempfänger

Die zusammengefassten Daten (ohne Länderaufschlüsselung) werden durch die Berliner Senatsverwaltung für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung weitergeleitet an:

- Alle Landesjustizverwaltungen
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
- Bundesministerium für Gesundheit
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
- Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.

Erhebungsumsetzung Berlin

Daten	Zuständig	Auswertung
Substanzmittelabhängigkeit	Med. Dienst	Basis-Web ÄD*
Substanzmissbrauch	Med. Dienst	Basis-Web ÄD
Substitution	Med. Dienst	Basis-Web ÄD
Med. begleitete Entgiftungen	Med. Dienst	Basis-Web ÄD
Entlassungen gem. § 35 BtMG	Sozialdienst	SoPart und VG
Bedingte Entlassungen	Sozialdienst	SoPart und VG
*Basis-Web und SoPart sind Fachverfahren zur personenbezogenen Datenerfassung		

Ergebnisse Berlin (Auszug)

Gesamtbelegung (ohne Arrestanten) am 31.03.2016: **3.992**

Substanzabhängigkeit m/w alle Vollzugsformen: 1.075 = 26,92 %

Substanzmissbrauch m/w alle Vollzugsformen: 499 = 12,50 %

Substanzbelastung insgesamt: 1.574 = 39,42 %

Substituierte unter den Substanzbelasteten m/w alle Vollzugsformen:

169 = 10,73 %

Der Berliner Justizvollzug



Justizvollzugsanstalten - Belegungsfähigkeit - Belegung

(Stand: Juni 2016)

Justizvollzugsanstalt Tegel	904	839
Justizvollzugsanstalt Moabit	918	889
Justizvollzugsanstalt Pötnerssee	500	455
Justizvollzugsanstalt Heidering	647	610
Justizvollzugsanstalt des Offenen Vollzugs Berlin	906	993
Justizvollzugsanstalt für Frauen Berlin	194	195
Jugendstrafanstalt Berlin	422	317
Jugendkammergericht Berlin	40	18
Gesamt:	4.613	4.016

Der Berliner Justizvollzug



JVA Tegel



↑JVA Moabit



JVA →
Plötzensee





JVA Heidering

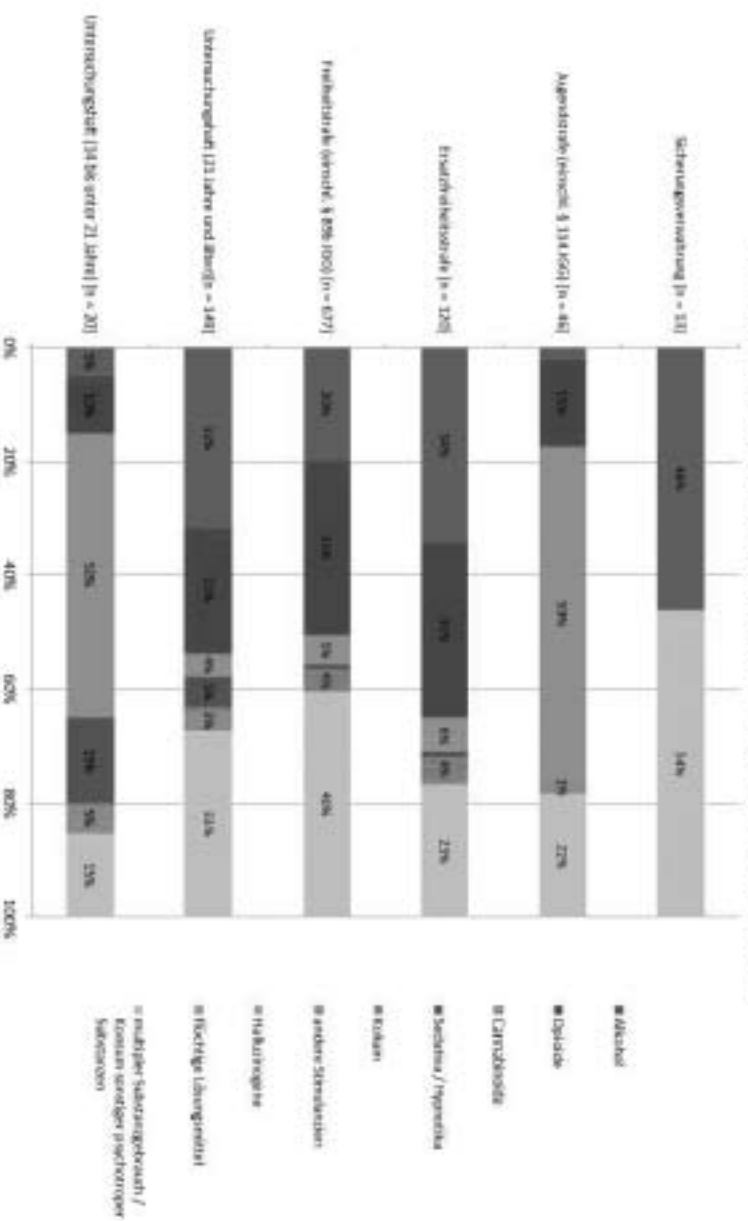


Jugendstrafanstalt

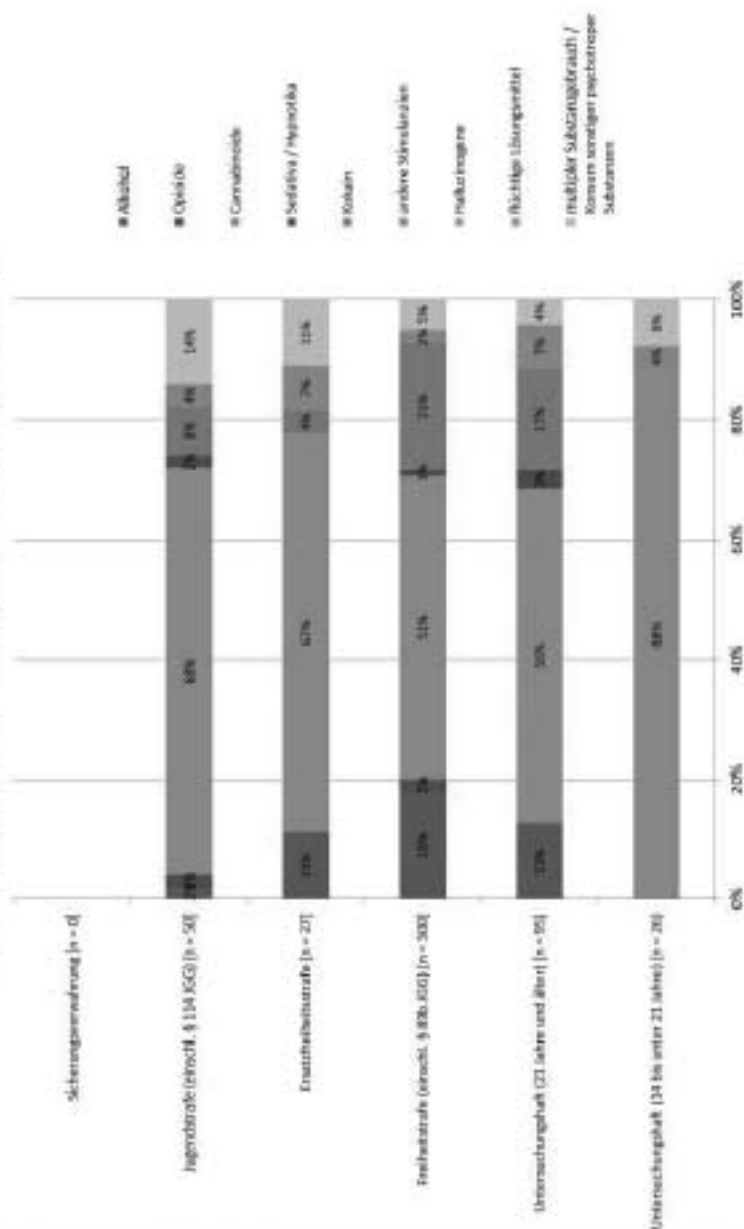
JVA Für Frauen



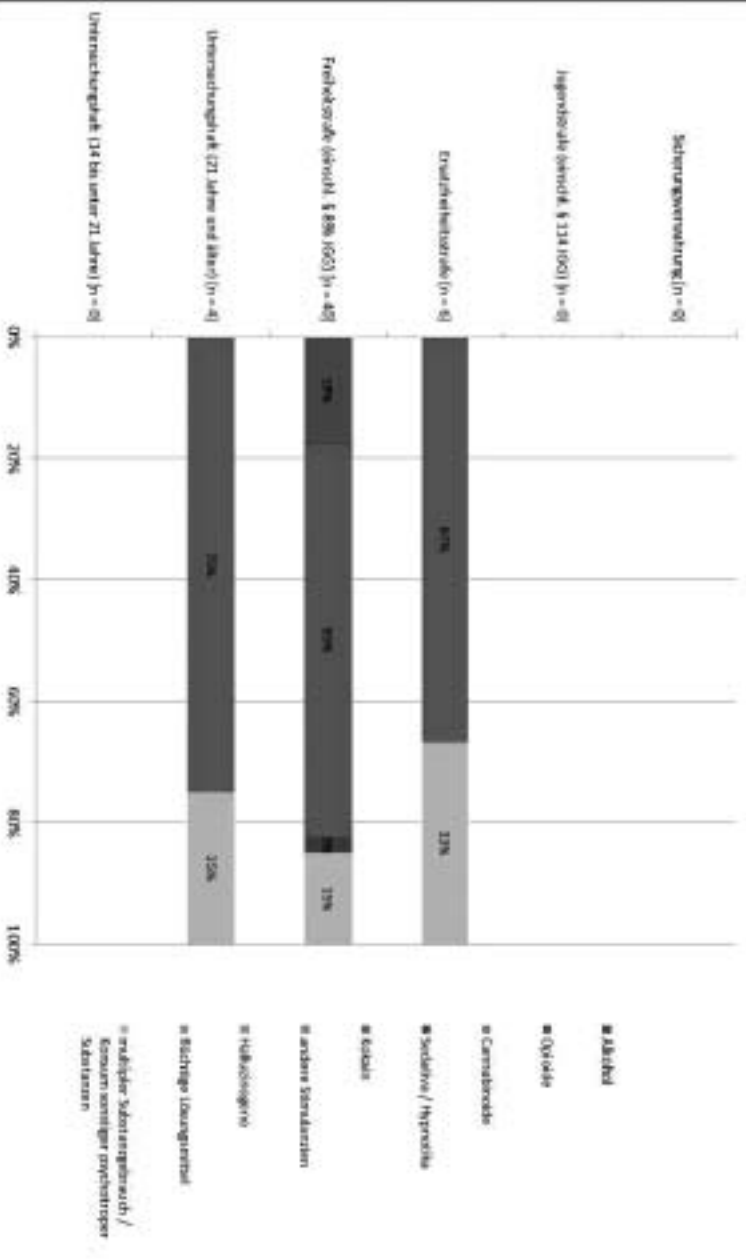
Substanzabhängigkeit - männliche Gefängene / Verwahrte



Substanzmissbrauch - männliche Gefangene / Verwahrte



Substanzabhängigkeit - weibliche Gefangene / Verwahrte



Problemsituation

- Zwei von 16 Bundesländern konnten die erste Stichtagserhebung am 31.03.2016 nicht umsetzen
- Somit konnten keine bundeseinheitlichen Daten weitergegeben werden
- Notwendigkeit der Abstimmung im auftraggebenden Gremium
- Information aller beteiligten Institutionen

Überprüfung einer notwendigen Nachsteuerung.



JVA des Offenen Vollzuges

Wirksamer Infektionsschutz für Gefangene und Bedienstete

Bärbel Knorr, Deutsche Aids-Hilfe

Daten Justizvollzug

62.865 Gefangene in JVA (Straf- und U-Haft), davon 5,7 % Frauen*, weitere ca. 11.000 im Maßregelvollzug**.

ca. 94.000 Erstaufnahmen (Zugang aus der Freiheit)*,

ca. 13 % befinden sich im offenen Vollzug.

Ca. jeder 10. Gefangene verbüßt Ersatzfreiheitsstrafe**

Quellen: * Statistisches Bundesamt 2017, ** Statistisches Bundesamt 2015

HIV und Hepatitis B und C im Vollzug (Studie RKI/WIAD, 2008)

	getestete Gefangene (n = 1.515)	Gefangene mit i.v. Drogenkonsum (n = 464)
Anti-HBc ^[1]	11 %	23,5 %
HBsAG ^[2]	2,2 %	3,1 %
Anti-HCV ^[3]	20,6 %	57,6 %
Anti-HIV	0,7 %	1,3 %

- 21 % der Drogengebraucher_innen in Haft benutzen gemeinsam Spritzen (16,3 % manchmal, 4,6 % immer)
- 30 % aller Gefangenen lassen sich in Haft tätowieren
- 4,7 % der Männer und 13,9 % der Frauen lassen sich in Haft piercen
- 4,7 % der Männer und 15,4% der Frauen teilen sich Rasierklingen.

Infektionsschutzgesetz §36 (1)Einhaltung der Infektionshygiene
„Folgende Einrichtungen legen in Hygiene-plänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infek-tionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:
.... 7. Justizvollzugsanstalten.“

Wichtige Voraussetzungen für einen guten Infektionsschutz:

Sie brauchen einen Plan

Sie brauchen UnterstützerInnen

Den Forscher in sich entdecken ... Die Analyse der Infektionsgefahren

- Daten systematisch zusammentragen.
- Die „Lebenswelt“ der Gefangenen berücksichtigen!
- Gesundheitsberichte erstellen.

Risiken erkennen und minimieren

- Verbote sind nicht immer „geeignete Ratgeber“
- Warum handeln Menschen so wie sie nun mal handeln?
- Gemeinsam auf Spurensuche gehen und Lösungen finden!
- Wie und mit welchen Utensilien konsumieren Gefangene Drogen?
- Wie tätowieren sie, welche Farben werden benutzt, wie erfolgt die Wundpflege?
- Wie schützen sie Rasierer, Nagelscheren, Zahnbürsten vor Fremdgebrauch?
- Wie können sich Gefangene beim Sex schützen?

Analyse, Bewertung, Risikominimierung

- Muss unter Beteiligung der Gefangenen und der verschiedenen Gruppen erfolgen.
- Ohne ihr Wissen und ihre Kenntnisse kann die Situation nicht ausreichend analysiert und praktikable Lösungswege gefunden werden.

Mögliche Wege:

Einsatz von Medikamenten

Hepatitis A/B-Impfung

Impfung – alles geregelt... Hepatitis-Impfung für Gefangene: In der STIKO-Empfehlung klar geregelt.

Gute Behandlung = bessere Aussichten

- HIV ist gut behandelbar, Infektionsrisiken werden gesenkt. Unter der Nachweisgrenze = „nicht infektiös“
- HCV –Behandlung: in 2-3 Monaten ist alles überstanden...

HIV-PrEP (Prä-Expositionsprophylaxe)

Generikum des Medikaments Truvada ab 09/2017 für 50,- € monatlich erhältlich.

HIV-negative Menschen können damit eine HIV-Infektion verhindern.

Einsatz nach Risikosituation, möglichst innerhalb von 24 Stunden, Einnahme erfolgt 4 Wochen.

HCV-Behandlung

- 2-3 Monate Behandlung
- Fast 100 % Heilung
- Behandlungskosten ca. 16.000 € im Monat

Vielfalt in der Substitution = bessere Erfolge

- Methadon, Polamidon, Buprenorphin, Substitol und Diamorphin können eingesetzt werden.
- PatientInnen profitieren von der auf sie zugeschnittenen Behandlung.

„Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“

- Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht!
- Gilt für das gesamte medizinische Personal.
- Gegenüber allen Beteiligten mitteilen und klar vertreten.
- Vertrauen schaffen!

Risikominimierung: Drogengebrauch

- Vergabe von Konsumutensilien (Spritzen, Nadeln und Zubehör)
- Safer Use Infos und Trainings
- Fachdienste: Austausch mit Projekten außerhalb, um sich über Entwicklungen und Neuerungen zeitnah zu informieren und Angebote anzupassen.
- Substitution entsprechend Gesetzgebung, Richtlinien und mit zugelassenen Substanzen.

Risikominimierung: Sex

- Langzeitbesuchsräume
- Sexualität thematisieren
- Kondome und Gleitmittel anonym und kostenfrei
- Hilfestellung bei sexueller Gewalt

Risikominimierung: Tätowieren und Piercen

- Tattooprojekt anbieten
- Verbotsregelung aufheben!
- Klare Position zur Behandlung
- Informationen über Risiken
- Akupunkturnadeln
- Bezug von Tusche
- Griffstücke und andere Einmalmaterialien
- Handschuhe, Folie
- Desinfektionsmittel.

Risikominimierung: Rasierer, Nagelschere, Zahnbürste

- Informationen über Risiken
- Klar abgegrenzte Bereiche bei Mehrfachbelegung
- Namentliche Kennzeichnung.

Tests und Impfungen

- Hepatitis A/B Impfangebot für alle Gefangenen im Zugang und ggf. späteren Zeitpunkt.
- Testangebot und –beratung für Bedienstete.
- Testberatung und Testung durch Externe, z.B. Gesundheitsamt.



Bärbel Knorr

Physiotherapie mit Suchterkrankten im Maßnahmen-vollzug

Martin Kitzberger, Pascal Skopec

Forensisches Zentrum Asten

Inbetriebnahme 2010,

Ausbau 2014/15

170 Therapieplätze,

multiprofessionelle Teams



Häufigste Störungsbilder im Maßnahmenvollzug nach § 21 StGB

Schizophrenien und verwandte Störungen,
Organische und substanzbedingte Störungen,
Intelligenzminderung,
Persönlichkeitsstörungen,
Affektive Störungen.

Der Alltag als professioneller „Tummelplatz“ - Erinnern,
Wiederholen und Durcharbeiten (Freud, Schriften 1913-1917, Bd. X)

- ▶ Der Klient erinnert nichts von dem Vergessenen oder Verdrängten, sondern AGIERT es aus; er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als TAT, er WIEDERHOLT es, ohne natürlich zu wissen, dass er es wiederholt.
- ▶ Je größer der Widerstand, desto mehr AGIEREN statt erinnern.
- ▶ Der Wiederholungszwang braucht „Tummelplatz“ - Handhabung der *Übertragung*, um zum Erinnern zu kommen (*soziale „Räume“ kreieren!*)
→ *Risikomanagement!*
- ▶ Den unbekannten Widerstand durcharbeiten → beschwerliche Aufgabe & Geduldsprobe (für alle),
aber: „größte Wirkung“ (auch: „Nachreifen“).

Benefits von Physiotherapie in MNV/Haft

Gefühl der Freiheit,

Erhöhte Körperwahrnehmung,

Steigende Bereitschaft zur Körperhygiene,

Soziale Integration,
Entflieht Psychopathologie,
Geregelter Tagesablauf/-struktur,
Sensorische Integration.

Physiotherapeutisches Angebot im FZA

Lockerungsstufe 2 / 1:

GeoCaching, Joggen, Nordic Walking, Radgruppe, Schwimmgruppe,
Sozialtraining Ausgang, Sozialtraining Tierheim.

Lockerungsstufe 3:

Basketball, Fußball, Bouldern, Gartengruppe, Entspannungstraining,
Spaziergruppe, Trainingstherapie, Tischtennis, Volleyball, WS
Gymnastik.

Wissenschaftlicher Hintergrund

1) Wang et al. (2014) Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis

Studie:

Metaanalyse von 22 (randomized controlled trials) Studien, welche den Zusammenhang von Training (physical exercise) und Faktoren im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch zwischen 1990 und 2013 untersuchten.

Ergebnis:

► *Erhöhung der Abstinenzrate* $P < .001$ (Abhängigkeit von illegalen Substanzen)

► *Linderung von Entzugerscheinungen* $P < .05$

► *Verringern der Angst* $P < .001$

► *Verringern von Depression* $P < .01$ (Abhängige von illegalen Substanzen und Alkohol).

2) Firth et al. (2016) Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta Analysis
10 Controlled Trials (davon 7 RCTs) Studien welche den Zusammenhang von Training und kognitiver Fähigkeit untersuchten Ergebnis:

► *Training verbessert die kognitiven Fähigkeiten* signifikant - desto größer die Umfänge, desto größer die kognitiven Fortschritte.

► Durch Physiotherapie betreute Workouts sind effektiver - Bewegung verbessert folgende kognitive Bereiche:

Arbeitsgedächtnis, soziale Fähigkeiten, Aufmerksamkeit/Wachsamkeit.

Fallbeispiel 1

Anamnese:

- ▶ ca. 30 Jahre alt, im SÖ Europa geboren, 3 jüngere Geschwister
- ▶ Familie im 6. Lebensjahr nach Österreich geflüchtet
- ▶ Anhaltend betrunkenen und gewalttätiger Vater
- ▶ Drogenkonsum ab Oberstufe, HTL wurde abgebrochen
- ▶ diverse Jobs wegen andauerndem Drogenkonsum abgebrochen.

Delikte & Symptomme:

- ▶ Vordelikte: Diebstähle, Körperverletzungen (Raufereien) unter Konsum von Drogen und Alkohol
- ▶ Mord an seiner Mutter durch mehrere Messerstiche
- ▶ akustische und optische Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Angstzustände zum Tatzeitpunkt
- ▶ Subotex, Extasy und Kokain wurden zuvor konsumiert.

Im Vollzug

- ▶ Anfangs mangelnde Körperhygiene und Sauberkeit im Zimmer
- ▶ Dienste wurden oft vergessen oder verweigert
- ▶ Nach zwei Jahren Wechsel in sozialtherapeutischen Bereich, zeigte angepasstes, freundliches Verhalten
- ▶ Dienste wurden selbstständig und gewissenhaft erledigt
- ▶ Mai 2016 unbegleitete Ausgänge mit Angehörigen
- ▶ **Übergewicht wurde stark reduziert (30kg) – Sport trat mehr in Vordergrund - nahm 1x/Woche an einem 1-stündigen Lauftraining teil**
- ▶ Herbst 2016 mehrere ein- und zweiwöchige UduS
- ▶ Seit 6. Februar 2017 stationäre Drogentherapie.

Fallbeispiel 2

Familienanamnese:

- ▶ Männlich, aktuell Mitte 20, geboren in Österreich
- ▶ Keinen Kontakt zu seinem Vater seit 3. Lebensjahr
- ▶ Mit 10 Jahren Cannabiskonsum und Unterbringung in Heim/ Erziehungsprobleme
- ▶ ab 13 Ecstasy und ab 15 sämtliche verfügbaren Drogen (LSD, Methamphetamine, Heroin etc.)
- ▶ Hauptschule abgebrochen, Regelverstöße - aus Schülerheim entlassen, Lehre als Maurer versucht und abgebrochen.

Delikte:

► Vordelikte: Verstöße gegen Suchtmittelgesetz, gefährliche Drohung, versuchten Widerstand gegen die Staatsgewalt und schwere Körperverletzung

► mehrmalig gefährliche
Drohungen.

Im Vollzug:

► Anfangs instabiler, gedrückt bis gehoben, läppische Affektlage
► erschafft sich durch Halluzinationen eine eigene Welt, zudem diverse Regelverstöße wie Alkoholschmuggel, Drohungen und verbale Übergriffe auf Mitpatienten und Pflegepersonal, Therapie konsequent verweigert

► Mehrmalige Abbrüche von Lockerungen/positiven Drogenharntest

► 2015 Überstellung in das FZA

... (Zeit)... Teilnahme an vereinzelten Therapien

► die Therapieteilnahme wurden langsam regelmäßiger

► es folgte Lockerungsstufe 2 und die Verlegung in den sozialtherapeutischen Bereich

► Steigerung seiner Leistungsfähigkeit und Setzen eigener neuer Ziele
=> Lockerungsstufe 1 und UdU, wieder retour.

Personenzentrierte Hilfeplanung (Masanz 2011), das individuelle Setting für DRAUSSEN

Die Betroffenen benötigen von DRINNEN nach DRAUSSEN...

► Vorgespräche/eigenes Bild und klare Übergänge

► Klare Zuweisungen und Rückmeldungen → Vernetzungstreffen (Systemkooperation!)

► (Multiprofessionelle) Begleitung und Feedback

► Skills-Übergabe bezüglich möglicher Problembereiche

► Auch hier: Sich entwickeln dürfen, Vertrauen, Beziehung, sicherer Raum → funktioniert bei stat. & ambulanten Suchteinrichtungen.

[https://www.vice.com/de_at/article/43gigg/auf-unbestimmte-zeit-
eingesperrt-der-massnahmenvollzug-in-osterreich](https://www.vice.com/de_at/article/43gigg/auf-unbestimmte-zeit-eingesperrt-der-massnahmenvollzug-in-osterreich)

Patientenvertretung in Haft

- was soll sie leisten, wer soll sie anbieten?

Dr. Peter Kastner, Volksanwaltschaft Wien

1. Einleitung

Seit mehr als 10 Jahren gilt in Österreich in allen Bundesländern die Patientencharta. Dabei handelt es sich um eine Vereinbarung nach Art 15a unseres Bundes-Verfassungsgesetzes, einen sogenannten Gliedstaatsvertrag, den die Gebietskörperschaften Bund und Länder miteinander geschlossen haben. Nach dessen Artikel 29 sind „zur Vertretung von Patienteninteressen ... unabhängige Patientenvertretungen einzurichten“. Die Einrichtungen sind „weisungsfrei zu stellen und zur Verschwiegenheit zu verpflichten“.

Sie sollen Auskünfte erteilen, Beschwerden nachgehen, Mängel und Missstände aufdecken und Empfehlungen zu deren Behebung aussprechen. Zudem sollen sie professionelle und kostenlose Rechtsverfolgung anbieten. Ausdrücklich gewünscht ist, dass sie mit Patientenselbsthilfegruppen die Zusammenarbeit suchen.

2. Einrichtungen in den Ländern

Derartige Patientenvertretungen hat jedes Bundesland eingerichtet. Zwar sind sämtliche Einrichtungen kraft Gesetzes weisungsfrei gestellt. In ihrem Aufgabenbereich und Wirkungsbefugnissen unterscheiden sie sich aber erheblich.

a) Zuständigkeit

Während die Zuständigkeit der Patienten-anwaltschaft in Niederösterreich auch Pensionisten- und Pflegeheime umfasst, können sich Patientenvertreter in Kärnten und Tirol nur an den Träger einer Krankenanstalt wenden¹. In Kärnten wurde für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen eine eigene Pflegeanwaltschaft eingerichtet². In Tirol gibt es einen Heimanwalt³.

Im Burgenland trifft auch niedergelassene Ärzte eine Auskunfts- und Unterstützungspflicht⁴. In der Steiermark und Wien sind sie zur Abgabe

¹ § 92 Abs 1 NÖ KAG; § 1 Abs 1 K-PPAG; § 1 Abs 2 Tir PV-G.

² §§ 4 ff K-PPAG.

³ § 8 Tir HeimG 2005.

⁴ § 3 Abs 2 Bgld GPB-A-G.

einer Stellungnahme einzuladen⁵. Doch selbst soweit sich keine Regelungen finden, lassen sich freiberuflich tätige Angehörige von Gesundheitsberufen regelmäßig auf die Beantwortung von Anfragen oder ein vermittelndes Einschreiten der Patientenanwaltschaft ein.

b) Kooperation mit Ombudsstellen

Bisweilen gibt es in den Bundesländern zusätzlich in jeder Krankenanstalt eine Informations- und Beschwerdestelle oder direkt vor Ort eingerichtete Ombudsbüros⁶. Sie sind Serviceeinrichtungen der Rechtsträger der Krankenanstalten und diesen gehorsamspflichtig. Mit den Patientenanwaltschaften kooperieren sie. Auch besteht ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch.

c) Tätigkeitsbereich

Alle genannten Einrichtungen sind auf Beratung und Aufklärung ausgerichtet⁷. Sie gehen Beschwerden nach und streben eine gemeinsame Aufarbeitung von Konflikten an. Meist geht es um unhöfliche Umgangsformen oder unterbliebene Aufklärungen. Die Patientenvertretungen tragen zur Bewusstseinsbildung bei und machen den Verantwortlichen die subjektive Sicht des Patienten begreiflich. Betroffenen vermitteln sie den Zugang des Arztes und glätten so manche Vertrauenskrise. Bisweilen sind es Missverständnisse, die Anlass zu einer Beschwerde gaben. Sie auszuräumen, gelingt in einem klärenden Gespräch.

Liegt ein offenkundiger Behandlungsfehler vor, werden Direktverhandlungen mit den Haftpflichtversicherungen geführt, mit dem Ziel, Schadenersatzansprüche außergerichtlich zu bereinigen. Im Fall von Auffassungsunterschieden oder widersprüchlichen Gutachten werden im Auftrag des Patienten Schieds- oder Schlichtungsstellen angerufen. Findet deren Spruch nicht Akzeptanz, schließen oft weitere Verhandlungen an⁸. Zur Parteienvertretung vor Gericht sind die Patientenanwälte aber nicht befugt.

⁵ § 2 Abs 5 Stmk LGBI 2009/21; § 3 Abs 2 Wr LGBI 2011/18.

⁶ § 11 OÖ KAG 1997; § 3 VlbG Patienten- und KlientenschutzG.

⁷ Zu Leitbild und Arbeitsweise *Bachinger*, Außergerichtliche Streitbeilegung, in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer* II/60, II/64 ff; *Jahn*, Konfliktlösung 47 ff.

⁸ *Bachinger*, Die Patientenanwaltschaften in Österreich, in *Kern/Kopetzki* 87 (92).

3. Patientenanwälte in den Psychiatrien

Echte Vertretungsmacht haben demgegenüber jene Personen, die sich um psychisch Kranke kümmern, die ohne ihr Verlangen, meist gegen ihren Willen, auf einer psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt aufgenommen wurden und dort angehalten werden⁹. Mit den vorhin genannten „Patientenanwälten“ haben sie nur den Namen gemein.

a) Organisation

Diese Personen werden hauptamtlich für einen Verein tätig, der den Kranken vertritt. Ihr Handeln wird dem Verein zugerechnet.

Gegenwärtig gibt es zwei derartige Vereine¹⁰. Ihre Eignung wurde per Verordnung festgestellt. Sie unterstehen der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Justiz und werden von ihm finanziert¹¹.

Der Verein ist für die Aus- und Fortbildung seiner Mitarbeiter verantwortlich. Er weist sie Gerichtssprengeln zu, in denen die Spitäler liegen. Dem Vorsteher des Bezirksgerichtes wie dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt sind diese Personen namhaft zu machen¹². Sie sind damit als „Patientenanwalt“ bestellt. Patientenanwälte agieren unabhängig. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Namen sind in einer elektronischen Ediktsdatei zu führen¹³.

b) Vertretungsverhältnis

Die Patientenanwälte fungieren als gesetzliche Vertreter jener Kranken, die ohne oder gegen ihren Willen eingewiesen wurden oder während der Dauer ihres Aufenthaltes Zwang unterworfen werden. Das Vertretungsverhältnis endet, sobald der Angehaltene eine Person seines Vertrauens bevollmächtigt. Handelt es sich dabei um einen Rechtsanwalt oder Notar, erlischt die Vertretungsbefugnis des Patientenanwalts dem Gericht gegenüber. Der Krankenanstalt gegenüber bleibt sie solange aufrecht, als der Untergebrachte nicht anders verfügt¹⁴.

⁹ §§ 13 ff UbG. Zu den Konstellationen einer Freiheitsbeschränkung *Engel*, Unterbringungsrecht, in *Resch/Wallner* Rz 2 f. Zu Zahlen s. die Broschüre des Vereins VertretungsNetz: Patientenrechte in der Psychiatrie, 12.

¹⁰ § 3 VO BGBl II 2007/117: Institut für Sozialdienste (für VlbG); Verein VertretungsNetz (für alle übrigen Bundesländer).

¹¹ §§ 1, 5 Abs 1, 8 Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz; § 13 f UbG.

¹² § 13 Abs 3 UbG.

¹³ § 89j GOG; www.edikte.justiz.gv.at.

¹⁴ § 16 Abs 2 UbG.

Personen, die im Spital auf eigenes Verlangen Aufnahme fanden, können den Patientenanwalt zur Wahrung ihrer Interessen bevollmächtigen.

c) Wirkungsbefugnisse

Das Attest über die Erstuntersuchung erhalten die Patientenanwälte automatisch mit der Verständigung von der Aufnahme eines neu eingewiesenen Patienten¹⁵. Darüber hinaus können sie jederzeit in die Krankengeschichte Einsicht nehmen und sich Auszüge daraus erstellen lassen. Auf Verlangen ist ihnen das Parere vorzulegen. Zudem machen sie sich ein Bild, wie es sich aus den Daten der Aufnahmeuntersuchung, dem Medikamentenblatt und der Pflegedokumentation ergibt.

Sodann suchen sie das persönliche Gespräch mit ihrem Klienten, um sich einen Ersteindruck zu verschaffen. Sie erläutern dem Unterbrachten den weiteren Gang des Verfahrens, informieren ihn über seine Rechte und vertreten ihn anschließend, sowohl in der ersten Anhörung wie in der mündlichen Verhandlung, vor Gericht. Im gerichtlichen Verfahren kommt den Patientenanwälten ein Antrags-, Frage- und Rechtsmittelrecht zu. Auch haben sie die Möglichkeit, die Bestellung eines zusätzlichen Sachverständigengutachtens zu verlangen¹⁶.

Allfällige weitere Beschränkungen während der Dauer des Aufenthalts, sei es, dass der Patient fixiert wird, das Zimmer nicht verlassen darf oder Kontakte mit der Außenwelt unterbunden werden¹⁷, sind dem Patientenanwalt umgehend zu melden. Dieser kann eine gerichtliche Überprüfung initiieren. Über den Krankheitsverlauf und den Heilungsprozess ist der Patientenanwalt auf Wunsch zu informieren. Er kann jederzeit bezüglich der Medikation oder Therapien das Gespräch mit den behandelnden Ärzten suchen und auch sonst alle Erleichterungen empfehlen, die dem Unterbrachten seinen Aufenthalt im Spital erträglicher machen. Neben der Wahrung der rechtlichen Interessen

¹⁵ § 10 Abs 2 UbG.

¹⁶ Zu alledem *Beermann* in *Koppensteiner/Zierl*, Praxisleitfaden Unterbringungsrecht (2012) Kap V Rz 36 ff, 45 ff.

¹⁷ Weitere Bsp aus der Rsp bei *Beermann* aaO Rz 64 ff; *Engel* in *Resch/Wallner* Rz 90 ff. *Halmich*, Unterbringungsgesetz (2014) 261, 275 ff.

kommt dem Patientenanwalt also eine weitreichende Betreuungsfunktion zu¹⁸.

Diese umfasst seit Juli 2010 auch die Pflicht, Angehörigen für allgemeine Auskünfte über die Unterbringung oder den Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung zur Verfügung zu stehen¹⁹.

4. Zur Situation von Personen in Haft

All diese Möglichkeiten stehen den Insassen des Straf- und Maßnahmenvollzuges nicht offen. Sie sind, so sie nicht über die finanziellen Mittel für einen gewillkürten Vertreter verfügen, auf sich gestellt.

Patientenvertretungen der Länder sind für den Bereich der hoheitlichen Vollziehung des Bundes nicht zuständig. Die Vertretungsmacht der Patientenanwälte wiederum beschränkt sich auf Angehaltene in einer Psychiatrie. Und sich wechselseitig vertreten dürfen Insassen ebenfalls nicht. Selbst wenn die Vertretung unentgeltlich erfolgen sollte²⁰, ist sie nicht zulässig. Für Häftlinge besteht nämlich ein allgemeines Geschäftsverbot²¹.

Bleibt also nur der anwaltliche Verfahrenshelfer. Seine Unterstützung ist auf gerichtliche Verfahren beschränkt. Im Vollzugsalltag kann er keine Hilfe leisten. Seine Bestellung setzt Mittellosigkeit voraus. Sie hat der Betroffene zu bescheinigen. Zudem muss es sich um eine „schwierige Sach- und Rechtslage“ handeln, die ohne das professionelle Einschreiten eines berufsmäßigen Parteivertreters nicht gelöst werden kann²². Beides prüft das Gericht in jedem einzelnen Fall.

Hinzu kommt, dass Strafgefangene über die Art der ärztlichen Behandlung nur eine Aufsichtsbeschwerde erheben können. Auf deren Erledigung besteht kein Rechtsanspruch. Auch erhält der Insasse keine im Rechtsmittelweg bekämpfbare Entscheidung²³. Im Fachschrifttum

¹⁸ ErläutRV 464 BlgNR 17. GP 16, 24. Zurückhaltender *Kopetzki*, Grundriss des Unterbringungsrechts³ (2012) Rz 485.

¹⁹ § 15 Abs 2 UbG idF BGBl I 2010/18.

²⁰ Zum Verbot der „Winkelschreiberei“ s Art III Abs 1 Zif 1 EGVG.

²¹ § 30 StVG.

²² § 17 Abs 1 Zif 3 StVG iVm § 61 Abs 2 Zif 4 StPO. Auf Art 47 Abs 3 GRC kann sich der Insassen nur berufen, wenn es sich um die Durchsetzung eines gemeinschaftsrechtlichen Anspruches geht (Übergabehaft, europäischer Haftbefehl); *Stuefer/Schöch*, Handbuch Strafvollzug (2017) 143.

²³ §§ 120 Abs 1, 122 StVG.

wurde dieses Manko zuletzt als „unerträglich und sachlich durch nichts zu rechtfertigen“ bezeichnet²⁴.

5. Volksanwaltschaft

In dieser Situation bleibt oft nur der Gang zur Volksanwaltschaft. Die Einrichtung wurde 1977 geschaffen und 1981 in der Verfassung verankert. Ihre Anrufung steht jedermann offen, der behauptet, von einem „Missstand in der Verwaltung“ betroffen zu sein, dem er selbst rechtlich nicht (mehr) abhelfen kann. Die Volksanwaltschaft hat jede solche Beschwerde zu prüfen. Der Betreffende hat das Recht, vom Ergebnis der Prüfung und abschließenden Beurteilung in Kenntnis gesetzt zu werden²⁵.

Die Volksanwaltschaft ist von Verfassung wegen unabhängig. Ihr sind sämtliche Auskünfte zu erteilen. Auf verschwiegenheitsrechtliche Bestimmungen kann sich die befassende Behörde nicht berufen²⁶. Zur Abstellung festgestellter Missstände hat die Volksanwaltschaft den mit den obersten Verwaltungsgeschäften betrauten Organen Empfehlungen zu erteilen. Diesen Empfehlungen ist Rechnung zu tragen oder binnen 8 Wochen schriftlich zu begründen, weshalb an dem kritisierten Verhalten festgehalten wird²⁷.

a) Nachprüfende Kontrolle

In Angelegenheiten des Straf- und Maßnahmenvollzuges wendet sich die Volksanwaltschaft an das Bundesministerium für Justiz, das im Dienstweg die zuständige Justizanstalt befasst. Geht es um Fragen der Gesundheitspflege, wird vor Konzipieren eines Antwortschreibens regelmäßig der Chefärztliche Dienst bzw. Chefzahnärztliche Dienst eingebunden. Die Chefärztin hat ihren Sitz in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im Bundesministerium für Justiz²⁸. Ihr kommt neben der Überwachung der Medikamentengebarung auch eine Clearingfunktion zu.

²⁴ Kopetzki, in ÖJK (Hrsg) Freiheitsentzug und Menschenrechte (2017) 159 (163).

²⁵ Art 148a Abs 1 B-VG.

²⁶ Art 148a Abs 6, 148b Abs 1 B-VG.

²⁷ Art 148c B-VG; § 6 VAG.

²⁸ § 13 StVG idF BGBl I 2015/13.

b) Erweiterter Aufgabenbereich

Seit 1.7.2012 bekleidet die Volksanwaltschaft zudem die Funktion des Nationalen Präventionsmechanismus und vereint so präventive mit nachprüfender Kontrolle²⁹. Ihre Besuche in den Justizanstalten nimmt die Volksanwaltschaft mit Hilfe multiprofessionell zusammengesetzter Kommissionen wahr, die die Einrichtungen nahezu ausnahmslos unangekündigt visitieren. Den Kommissionen ist, neben dem vertraulichen Gespräch mit Insassen, Zugang zu allen Unterlagen zu gewähren. Hierzu zählen auch die angeforderten Krankengeschichten, die in der österreichischen Vollzugsverwaltung elektronisch geführt und archiviert werden. In sie können die Experten selbständig Einsicht nehmen. Auf Wunsch sind ihnen Auszüge zu erstellen³⁰. Die Besuche dienen einer Verbesserung des Systems. Nur insoweit können sich die Kommissionen Einzelschicksale annehmen.

b) Verschränkung der Einrichtungen

Zwar kann die Volksanwaltschaft bei entsprechend klarer Sach- und Rechtslage dem Bundesminister für Justiz empfehlen, Ansprüche anzuerkennen und damit langwierige Prozesse zu vermeiden. Anders als die Patientenanwälte in den Psychiatrien hat sie aber keine Befugnis, Betroffene vor Gericht rechtsfreundlich zu vertreten. In einer Ausweitung der Befugnisse der Patientenanwaltschaft, wie sie in einem vor wenigen Wochen vorgestellten Entwurf eines Maßnahmenvollzugsgesetzes vorgesehen ist³¹, wird daher keine Konkurrenz gesehen, sondern eine sinnvolle Ergänzung eines für die Insassen von Justizanstalten defizitären Rechtsschutzsystems.

²⁹ S BGBl I 2012/1 (OPCAT-Durchführungsgesetz).

³⁰ Zum Ablauf eines Besuchs und der Auswertung des Protokolls *Kastner*, „Schutz und Förderung der Menschenrechte“ im Strafvollzug, JSt 2013, 22 (23 ff); *ders.*, Wahrnehmungen der Volksanwaltschaft zum Maßnahmenvollzug, JSt 2013, 152 (153 f).

³¹ S hierzu den Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Strafgesetzbuch, die Strafprozessordnung 1975, das Strafvollzugsgesetz und das Gebührenanspruchsgesetz geändert werden und ein Bundesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender vorbeugender Maßnahmen nach § 21 StGB (Maßnahmenvollzugsgesetz – MVG) erlassen wird (Maßnahmen-Reform-Gesetz 2017), abrufbar unter www.bmj.gv.at.

6. Resümee und offene Fragen

So erfreulich diese jüngste Entwicklung anmutet: Noch wirft sie mehr Fragen auf als sie beantwortet. Deutlich wird dies anhand der Befugnisse der Patientenanwaltschaft. Sie sind nach dem Entwurf zum Maßnahmenvollzugsgesetz enger gefasst als in dem in Geltung stehenden Unterbringungsgesetz. So ist bezüglich Beschränkungen, die Untergebrachte nach § 42 ff des Entwurfes, insbesondere nach dessen §§ 44 und 45, hinzunehmen haben, - anders als nach den §§ 33 f UbG - eine Verständigungspflicht des Patientenanwalts nicht vorgesehen³². Hat die Patientenanwaltschaft aber keine Kenntnis von einer Beschränkung, kann sie den Untergebrachten beim Verfassen von Einsprüchen nicht unterstützen. Kommt es deshalb zu keinen gerichtlichen Verfahren und können dort die Vertretungsbefugnisse der Patientenanwälte nach § 72 des Entwurfes nicht eingelöst werden, bleibt der Rechtsschutz ineffektiv und fällt hinter dem nach § 38a UbG zurück.

Bei völlig gleichen Lebensbedingungen erscheint es nicht denkbar, eine Rechtfertigung für eine unterschiedliche Behandlung lediglich in dem Grund sehen, kraft dessen der Patient in der Einrichtung angehalten wird. Allerdings würde selbst eine völlige Gleichschaltung der Befugnisse das Problem nicht lösen, blieben doch Insassen des Strafvollzuges von der Zuständigkeit der Patientenanwaltschaft weiterhin ausgeschlossen.

Das führt zu der grundsätzlichen Frage: Soll Patientenvertretung ereignisbezogen einsetzen und als gewillkürte Vertretung an eine Beauftragung durch den Patienten gebunden bleiben; ein Auftrag, der so wie er gegeben wird, auch jederzeit wieder eingeschränkt oder zurückgenommen werden kann? Oder soll die Patientenvertretung als ein gesetzliches Vertretungsverhältnis, unabhängig vom Willen des Patienten, mit der Aufnahme in der Einrichtung beginnen und mit der Entlassung aus ihr enden? Von der Antwort auf diese Frage hängt ab, wer die Vertretung übernehmen soll.

Entscheidet man sich für eine laufende Begleitung, wird man um die Betrauung einer professionellen Institution nicht umhin kommen. Der Vorteil ist die Fachkunde ihrer Mitglieder, die auf Fragen medizinischer

³² Eine amtswegige Verständigung hat lediglich dann zu erfolgen, wenn dem Untergebrachten für mehr als 48 Stunden Fesseln angelegt werden oder er mechanisch fixiert wird; § 55 Abs 7 Entw.

und pflegerischer Behandlung und Betreuung spezialisiert sind, und dem Bedürftigen zielgerichtet Hilfe anbieten können. Der Nachteil liegt neben den nicht unerheblichen Kosten, die für eine permanente Betreuung anfallen, in einer gewissen Bevormundung des Insassen, der den ihm zugewiesenen gesetzlichen Vertreter akzeptieren muss und nur durch Bestellung eines gewillkürten Vertreters entgehen kann.

Vor den Verwaltungsbehörden kann man sich von jeder eigenberechtigten Person vertreten lassen³³. Das spart Kosten und ist zweckmäßig. Vor den ordentlichen Gerichten ist das nicht erlaubt³⁴. Wer einen Verteidiger seiner Wahl beauftragt, muss auch dessen Kosten übernehmen. Das kann nur, wer über die entsprechenden finanziellen Mittel verfügt. Das neue Erwachsenenschutz-Gesetz³⁵, wie es am 1.8.2018 in Kraft tritt, bietet keine Abhilfe. Es deckt den Kreis der zu Vertretenden nicht vollständig ab. Nicht jede Person, die in Haft ist, leidet an einer „psychischen Krankheit oder einer vergleichbaren Beeinträchtigung in ihrer Entscheidungsfähigkeit“³⁶.

Hinzu kommt, dass für gesundheitliche Belange im Strafvollzug, anders als in der Freiheit, ein Vertretungszwang eingeführt würde. Weder mit dem Gleichheitssatz noch mit dem Grundrecht auf Selbstbestimmung über das eigene körperliche und geistige Wohlbefinden, wie es sich aus Art 8 EMRK ergibt, ließe sich eine derartige einfachgesetzliche Regelung vereinbaren.

Der gordische Knoten „Patientenvertretung in Haft“ ist daher weit komplexer als man auf den ersten Blick vermuten möchte. Mit einem einfachen juristischen Schwertstreich lässt er sich nicht lösen.

³³ § 10 Abs 1 Satz 1 AVG.

³⁴ S § 48 Abs 1 Zif 5 StPO; § 27 Abs 1 ZPO (absolute Anwaltspflicht ab 5.000 EUR Streitwert).

³⁵ So der Kurztitel der Sammelnovellen, wie sie in BGBl I 2017/59 kundgemacht wurden.

³⁶ § 264 ABGB idF BGBl I 2017/59.



v.l.n.r.: Michael Levy, Hans Wolff, Gertrude Brinek, Peter Kastner, Jörg Pont



Barbara Gegenhuber

Neue psychoaktive Substanzen und die Herausforderung für den Vollzug

Dr. Mag. Barbara Gegenhuber, MA, Schweizer Haus Hadersdorf

Was verstehen wir unter neuen psychoaktiven Substanzen?

- Legal Highs
- Designerdrogen
- Räuchermischungen, Badesalze, Pflanzendünger, Partypille
- Research Chemicals („Forschungschemikalien“, zumeist mit präzisen Angaben)

= Narkotische oder psychotrope Substanzen.

Nicht in Einheits-Übereinkommen über Betäubungsmittel 1961 und der Konvention über psychotrope Substanzen 1971 gelistet.

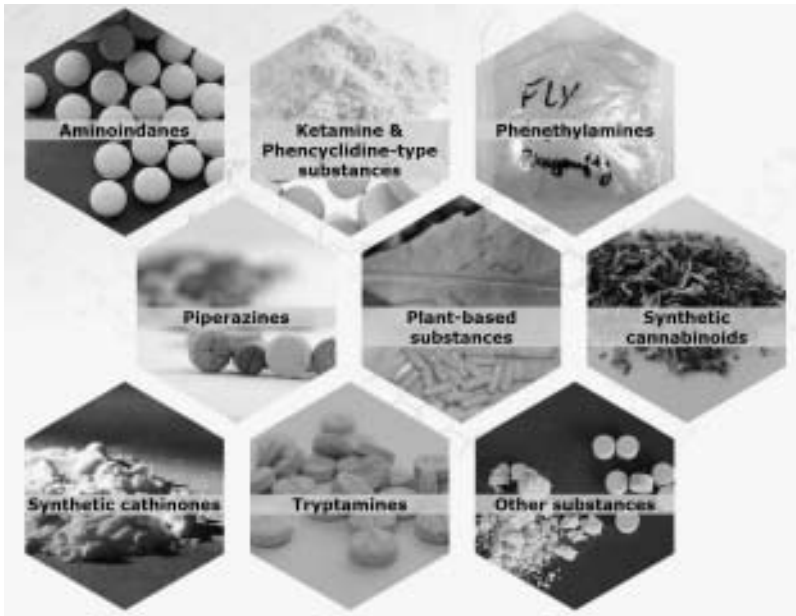
Ähnliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit wie die klassifizierten Substanzen.

Chemische Familie	Wirkungen	Alternative zu	Beispiele	Anzahl ¹
Phenethylamine	stimulierend, halluzinogen	Kokain, MDMA, Amphetamine, LSD	PMMA, 4-MTA, Bromo-DrageeFLY	++
Synthetische Cathine	stimulierend	Kokain, MDMA, Amphetamine	Mephedron, Methylen, MDPV, 4-MEC	++
Piperazine	stimulierend	Kokain, MDMA, Amphetamine	BZF, mCPP, TFMPF	+
Tryptamine	halluzinogen	LSD, andere Halluzinogene	5-MeO-DMT, DPT	+
Synthetische Cannabinoide	mit Cannabis vergleichbar	Cannabis	Spice, Jamaican Gold, Yucatan Fire [®]	+++
Andere	stimulierend, betäubend, halluzinogen	Kokain, Heroin, Ketamin usw.	DMAA, Phenazepam, AH-7921	++

¹ Vergleich der absoluten Zahl identifizierter Substanzen pro Familie.

Es handelt sich um Bezeichnungen, unter denen Erfrischungsmischungen mit diesen Substanzen verkauft werden. Die synthetischen Cannabinoide tragen oft Bezeichnungen wie MJ-210, JWH-018 oder SF-K03-02.





Am Anfang war das Spice

NPS – Entwicklung

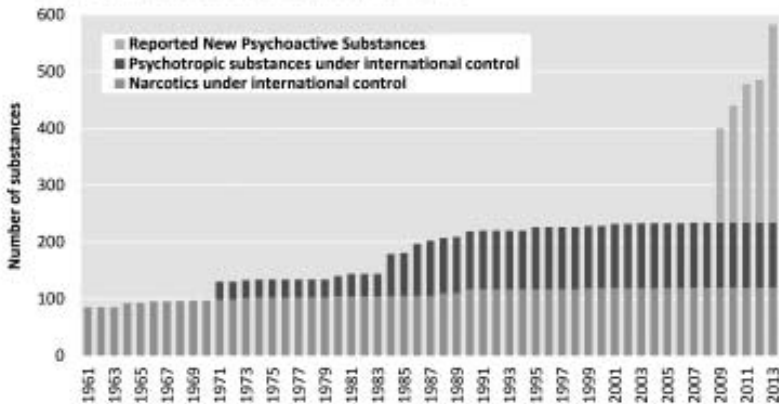
2008: Spice unter Beobachtung der EMCDDA und im Interesse der Behörden.

2008: Identifizierung der psychoaktiven Inhaltsstoffe von Spice: JWH-018 (Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)methanone).

Ab 2009 Deutliches Ansteigen der Produkt- und Substanzvielfalt
Neben synthetischen Cannabinoiden immer mehr andere Wirkstoffgruppen. Vertrieb über Head Shops und Internet.



Fig. 3: Number of new psychoactive substances not under international control and substances controlled under the international drug conventions, 1961-2013

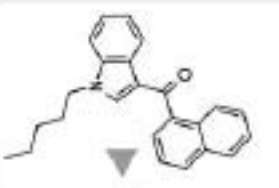
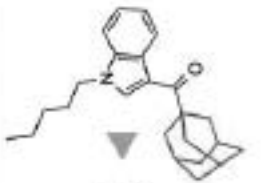
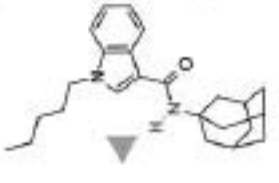
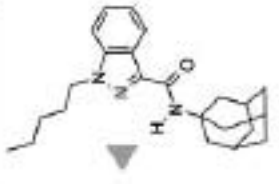
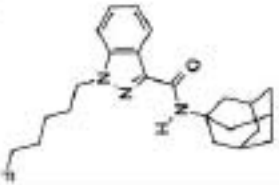


Wie legal sind Legal Highs?

Die rechtliche Situation in Österreich

- 2009: Spice vom BMG auf Grundlage des Arzneimittelgesetzes verboten
- Verbot des Inverkehrbringens, der Einfuhr und des Verbringens von Räuchermischungen, die Naphtalen-1-yl-(1-pentylidol-3-yl)-methanon/JWH-018 enthalten
- Folge: laufend neue synthetische Cannabinoide:
 5-(1,1-Dimethylheptyl)-2-(3-hydroxycyclohexyl)-phenol (CP 47,497),
 5-(1,1- Dimethylhexyl)-2-(3-hydroxycyclohexyl)-phenol (CP 47,497-
 C6-Homologe), 5-(1,1- Dimethyloctyl) Dimethyloctyl)-2-(3-
 hydroxycyclohexyl) hydroxycyclohexyl)-phenol (CP 47 497 CP 47,497-
 C8-Homologe Homologe) 5 , 5-(1 1, - Dimethylnonyl)-2-(3-
 hydroxycyclohexyl)-phenol (CP 47,497-C9-Homologe), (Naphthalin-1-
 yl)(1-pentyl-1H-indol-3-yl)methanon (JWH-018), 9-(Hydroxymethyl)-
 6,6- dimethyl dimethyl-3-(2-methyloctan methyloctan-2-yl)-6a 7 10
 10a 6a,7,10,10a-tetrahydrobenzo[c]chromen
 tetrahydrobenzo[c]chromen-1-ol (HU- 210), (Naphthalin-1-yl)(2-
 methyl-1-propyl-1H-indol-3-yl)methanon (JWH-015),
- → Einzelerfassung der Substanzen nicht sinnvoll

FIGURE 5
Rapid replacement of synthetic cannabinoids on the European market

	Substance	JWH-015	JWH-018 adamantyl derivative	JWH-018 adamantyl carboxamide (Apcin)	AKB48 (Fluorene)	3F-AKB48
	Year of first detection	2008	2011	2012	2012	2013
	Number of seizures in 2013	152	8	98	404	3 362
						
						

Die rechtliche Situation in Österreich

Einfache Umgehung der Bestimmungen möglich durch

- Überaus große Anzahl von Chemikalien
- Veränderungen an der Molekularstruktur zur Schaffung immer wieder neuer chemischer Verbindungen
- Neben synthetischen Cannabinoiden immer mehr andere Wirkstoffgruppen

→ Substanzen müssen eindeutig definiert sein, um kontrollierbar zu sein

→ 1.1.2012: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) und Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV).

Zielsetzungen des NPSG

- Gesundheitsschutz
- Eindämmung des Angebotes
- Zugang erschweren
- Entschleunigung
- Keine Kriminalisierung der KonsumentInnen

Begriffsbestimmung §1 NPSG

- „Neue Psychoaktive Substanz“ eine Substanz oder Zubereitung, die die Fähigkeit besitzt, bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeizuführen und nicht der Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961, BGBl. Nr. 531/1978, oder dem Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, BGBl. III Nr. 148/1997, unterliegt;

- „psychoaktive Wirkung“ die mit Halluzinationen oder Störungen der motorischen Funktionen, des Denkens, des Verhaltens, der Wahrnehmung oder der Stimmung einher gehende Anregung oder Dämpfung des Zentralnervensystems;

- „Substanz“ eine synthetisch hergestellte chemische Verbindung;

- „Zubereitung“ ein Gemisch oder eine Lösung, das oder die eine Neue Psychoaktive Substanz oder mehrere solcher Substanzen enthält.

Strafbestimmungen §4 NPSG

Produktion und Handel soll eingedämmt werden:

§ 4 NPSG Gerichtliche Strafbestimmungen

(1) Wer mit dem Vorsatz, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine mit Verordnung gemäß § 3 bezeichnete oder von einer gemäß § 3 definierten chemischen Substanzklasse umfasste Neue Psychoaktive Substanz mit dem Vorsatz erzeugt, einführt, ausführt oder einem anderen überlässt

oder verschafft, dass sie von dem anderen oder einem Dritten zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung im menschlichen Körper angewendet wird, ist mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu bestrafen.

(2) Hat die Straftat den Tod eines Menschen oder schwere Körperverletzungen (§ 84 Abs. 1 StGB) einer größeren Zahl von Menschen zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren zu bestrafen.

Einziehung - §5 NPSG

1) Eine mit Verordnung gemäß § 3 bezeichnete oder von einer gemäß § 3 definierten chemischen Substanzklasse umfasste Neue Psychoaktive Substanz ist – sofern nicht bereits die Voraussetzungen der Einziehung nach § 26 StGB vorliegen – auch einzuziehen, wenn keine bestimmte Person wegen einer Straftat nach § 4 verfolgt oder verurteilt werden kann, es sei denn, der oder die Verfügungsberechtigte macht einen rechtmäßigen Verwendungszweck glaubhaft und bietet Gewähr dafür, dass die Substanz nicht zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung im menschlichen Körper angewendet wird.

(2) Für das Verfahren gelten die §§ 443 bis 446 der Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631/1975, entsprechend. Für die Anwendung der StPO ist eine Neue Psychoaktive Substanz als Gegenstand zu behandeln, dessen Besitz allgemein verboten ist.

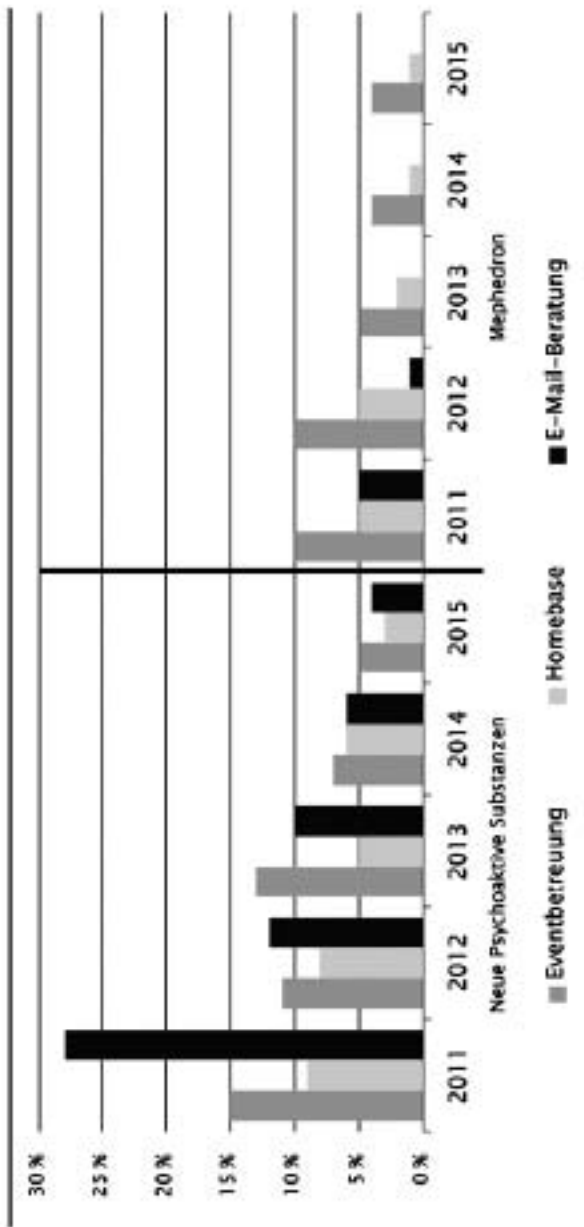
Anzeigen nach dem NPSG in Österreich

§	Jahr	Sämtliche Delikte			Davon Verurteilungen		
		Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
§4 NPSG	2012	46	41	5	26	22	4
§4 NPSG	2013	66	59	7	37	32	5
§4 NPSG	2014	48	43	5	24	20	4
§4 NPSG	2015	34	33	1	20	19	1

Delikte nach NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtlich Delikte 2012 bis 2015.

Quelle: Statistik Austria, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Abbildung 3.11:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2015



Quelle: SHW 2015d

NPS - Harmlos oder hochriskant?



On-Site Drug testing; Prävention; Information zu NPS

Suchtergebnis	
Datum	22.7.2017
Event	Comic Day & Night Pool Festival - 22.07.2017
gekauft als	Cocain
Strichmarke	k.A.
Konsistenz	k.A.
Farbbeschreibung	normal
Farbe	weiß
erwartetes Ergebnis	
Ergebnis der Probe	



ChEckIT!		3 Probennummer
Testergebnis		Cocain gekauft als
erwartete Inhaltsstoffe	Menge	
Cocain	779,06 mg/g	
andere Inhaltsstoffe	Menge	
Bemerkung		
Diese Probe enthält jene Substanz, die erwartet wurde.		

Suchtergebnis	
Datum	22.7.2017
Event	Comic Day & Night Pool Festival - 22.07.2017
gekauft als	Speed
Strichmarke	k.A.
Konsistenz	k.A.
Farbbeschreibung	normal
Farbe	weiß
unerwartetes Ergebnis	
Ergebnis der Probe	



ChEckIT!		32 Probennummer
unerwartetes Testergebnis		Speed gekauft als
erwartete Inhaltsstoffe	Menge	
Amphetamin	295,15 mg/g	
andere Inhaltsstoffe	Menge	
Coffein	483,44 mg/g	
Bemerkung		
Vorsicht! Diese Probe enthält eine oder mehrere unerwartete Substanzen.		

Suchergebnisse	
Datum	21.7.2017
Ereignis	Electric Day 8. Night Pool Festival - 22.07.2017
Droge(n) als	XTC
Strichformate	B.A.
Legen vor/nach	Links
Mikrokette	Tablette
Form	B.A.
Durchmesser (mm)	11,5
Dicke (mm)	4,7



Chiedkitty	
Warnung!	14 Prohibitivverbot XTC Gefahrliche Substanz
erwartete Inhaltsstoffe	Menge
MDMA	211,03 mg
andere Inhaltsstoffe	Menge
Bemerkung	

Achtung!!!
Die Inhaltsstoffe dieser Probe sind
gesundheitlich besonders bedenklich!



AKTUELLES DRUG CHECKING ERGEBNIS AUS INNSBRUCK

Räuchermischung mit synthetischem Cannabinoid ADB-Fubinaca als Cannabis verkauft

September 2015

In Innsbruck wurde in einer vermeintlichen Cannabis-Probe das synthetische Cannabinoid ADB-Fubinaca (13 mg/g) analysiert. Die Probe enthält **KEIN THC**! Es dürfte sich um eine Räuchermischung handeln.

Die Cannabis-Probe wurde ausnahmsweise im Rahmen des Drug Checking-Programms analysiert, da **mehrere Personen nach dem Konsum mit Herzrasen, Übelkeit, Benommenheit und Halluzinationen ins Krankenhaus Innsbruck eingeliefert werden mussten!**

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Substanz am Innsbrucker Schwarzmarkt zirkuliert!!



Wie bei den meisten Research Chemicals existieren zur Substanz keine verlässlichen Informationen zu Wirkung, Risiken, Wechselwirkungen mit anderen Substanzen oder Langzeitfolgen, ADB-Fubinaca gilt bei KonsumentInnen als sehr potentes synthetisches Cannabinoid.

Bereits im Mai 2015 wurde in Ungarn in einer vermeintlichen Ecstasy-Tablette ADB-Fubinaca analysiert. 15 Personen mussten nach Konsum der Tablette (Logo: „Facebook bzw. „Like“; Farbe: blau) ins Krankenhaus eingeliefert werden. Die Personen klagten über Benommenheit, Atemwegsbeschwerden, niedrigem Blutdruck, Übelkeit, Unruhe sowie akustischen und visuellen Halluzinationen.

Early Warning System der EMCDDA

- Informations- und Frühwarnsystem
- Neue psychoaktive Substanzen
- Hochdosierungen, Verunreinigungen etc. von bekannten Substanzen
- Informationen über riskante Konsummuster
- Einbindung aller relevanten Behörden, Institutionen
- GÖG als zentrale Drehscheibe

Problematik, Risiken und Gefahren

- Hohe Quantität verfügbarer Substanzen
- Leichte Verfügbarkeit (Internet, Darknet, illegaler Drogenmarkt)
- (Wahrgenommene) Legalität
- Psychoaktives Potenzial synthetischer Cannabinoide in der Regel höher als das von THC
- Nebenwirkungen

Achtung! Notfälle nach Konsum von Räuchermischung



Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht warnt vor der Räuchermischung „Mocarz“: in Polen sind hunderte von Menschen mit Vergiftungserscheinungen in Spitäler eingeliefert worden, nachdem sie „Mocarz“ konsumiert hatten.

Informationen des National Institute of Medicines in Warschau zu Folge wurden im Produkt, wie bei anderen Räuchermischungen auch, wechselnde Inhaltsstoffe festgestellt: JWH-203, JWH-081, JWH-019 (getestet 2010), UR-144 und 5F-AKB48 (getestet 2014) und UR-144 und 5-FUR-144 (XLR-11) (getestet 2015). Neueren Analysen zu Folge könnte das synthetische Cannabinoid MDMB-CHMICA nachgewiesen werden. Die für diese Analysen verwendeten Proben stammten von Personen mit Vergiftungserscheinungen. Dennoch ist noch nicht endgültig geklärt, ob alle Fälle mit der Substanz MDMB-CHMICA in Zusammenhang gebracht werden können.

Wir raten dringend vom Konsum von „Mocarz“ ab!

Nebenwirkungen

- Kreislaufbeschwerden, Mundtrockenheit, Übelkeit, Schweißausbrüche, Bluthochdruck, Brustschmerzen, unerwünschte Halluzinationen, psychotische Zustände, Panikattacken, Herzrasen und Herzrhythmusstörungen bis hin zur Bewusstlosigkeit, Agitation, Ohnmacht, schwere Vergiftungen mit Kreislaufzusammenbrüchen, Tachykardie, Toleranzentwicklung, abhängigkeiterzeugend, fragliche Neurotoxizität, Aggression, etc...
- Risikoabschätzung weitgehend nicht möglich (schwankende Wirkstoffkonzentration, Unklarheit über Inhaltsstoffe etc.) → NPS sind harmlos bis höchst gefährlich
- Konsum synthetischer Cannabinoide kann zu schweren Vergiftungen und Todesfällen führen (EMCDDA)
- Aber: Wenig gesichertes Wissen!

Problematik, Risiken und Gefahren

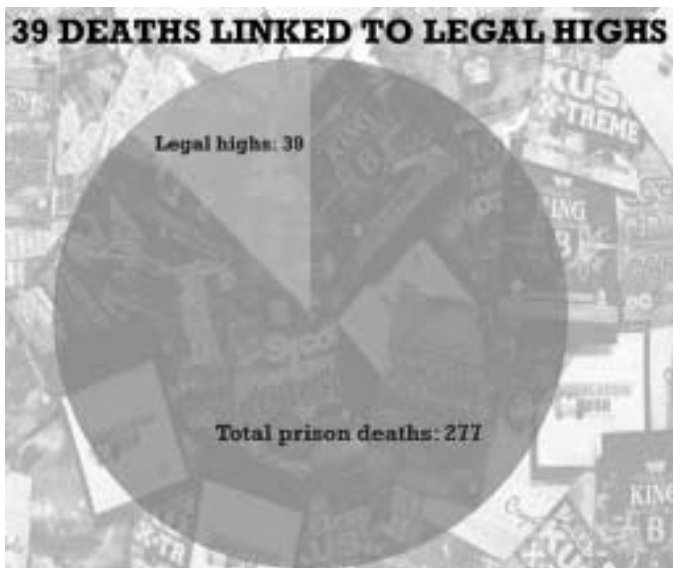
- Komplette Erfassung aller Substanzen im Drogenscreening nicht möglich
- Synthetisches Cannabis wird über herkömmliches THC Screening nicht erfasst

- Testung auf einen (kleinen) Teil der gängigsten synthetischen Cannabinoide möglich, Kostenfrage! Da wasserlöslich relativ kurze Nachweisbarkeit (2-4 Tage)
 - Bei Stimulanzien teilweise geringe Kreuzreaktivität mit Amphetamin/Metamphetamin Tests
 - Hochspezifische sensitive Analytik erforderlich.
 - Wenig Information über neuro-pharmakologische Wirkungsweise, Langzeittoxizität, Wechselwirkungen etc.
 - Prävention schwierig
- Grundlegendes Risiko: Mangelnde Erfahrung und fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse über Wirkungsweisen und Langzeitfolgen.

NPS und Gefängnis

Number of prison deaths linked to new psychoactive drugs rises to 79

Figure for England and Wales since 2013 went up by 21 in latest revision, watchdog tells MPs, saying system is still in crisis



Und was nun? Empfehlungen für die Praxis

- Schadensminimierung
- Stärkung des Risikobewusstseins zur Senkung der Risikobereitschaft
- Risikomündigkeit von wesentlicher Bedeutung → freier, öffentlicher, anonymer Zugang zu Informationen
- Drug Checking
- Konzentration auf Motive und Umstände statt auf Substanzen.

Links:

<http://mindzone.info/>

<http://checkit.wien/>

<https://www.praevention.at/>



Probleme bei der Anwendung von Psychopharmaka im Gefängnis

Dr. med. A. Frei, Leiter Fachstelle Forensik Psychiatrie Baselland

1. Einleitung
2. Kasuistiken Herr D., Herr O., und Herr T.
3. Diskussion

1. Einleitung

Basel-Land: Ein gemischt ländlich-städtischer Kanton



Psychiatrie Baselland, Hauptgebäude



Haft, welche kantonal / regional abgedeckt werden muss

- **Untersuchungs- und Sicherheitshaft:** Nähe zu Staatsanwaltschaft wegen der laufenden Strafuntersuchung
- **Zwischenplatzierungen (Strafen, Massnahmen):** warten auf einen Vollzugsplatz, ev. Abklärungen. Das müsste nicht lokal sein, aber es gibt meist keine anderen Lösungen
- **Kurze Freiheitsstrafen:** müssten nicht lokal vollzogen werden, aber die Konkordatsanstalten nehmen solche Fälle nicht auf

Gefängnisse BL

- **Arlenheim:** zurzeit Freiheitsstrafen; 34 Plätze
- **Liestal:** zurzeit U-Haft; 31 Plätze
- **Muttenz:** U-Haft, Freiheitsstrafen, auch Frauen; 47 Plätze
- **Sissach:** zurzeit Vollzug (BS); 16 Plätze
- **Laufen:** zurzeit Vollzug (BS); max. 12 Plätze
- **Total:** 140 Plätze, davon z.Zt. 65 UH / 75 Vollzug

Sonderfälle

- **Gesicherte Unterbringung und Behandlung psychisch Auffälliger:** U-Haft oder Massnahmen-vollzug, bedingt hoch spezialisierte Institutionen bezüglich Sicherheit und Behandlung
- **Ausschaffungshaft:** dafür gibt es keine Konkordatsanstalten => Kantone müssen selber Lösungen finden, wichtig: darf nicht mit U-Haft und Vollzug zusammengelegt werden
- **Frauen:** alle genannten Kategorien separat von den Männern, wenig Fälle => regionale Lösungen gefragt
- **Jugendliche:** getrennt von Erwachsenen und betreut, wenig Fälle => regionale Lösungen gefragt

Kasuistik Herr D., geb. 1979

Herr D. ist im Alter von sechs zusammen mit seinem jüngeren Bruder von Spanien in die Schweiz eingereist. Der Vater habe viel Alkohol getrunken und ihn und den Bruder geschlagen. Sie seien meistens alleine zuhause gewesen und Herr D. habe auch kochen müssen. Im Alter von acht Jahren sei er zusammen mit dem Bruder in ein Kinderheim gekommen, wo er bis zum Alter von 13 oder 14 Jahren geblieben sei. Damals habe er angefangen zu kiffen und auch erste eigene Delikte in Form von Diebstählen begangen. Schliesslich wurde er in ein Jugendheim bis zum 18. Lebensjahr platziert. Ab dem Alter von 18 Jahren begann er, Kokain zu konsumieren.

In der Folge wurde Herr D. zwischen 1999 und dem Jahr 2013 insgesamt acht Mal, unter anderem wegen Raub, anderen Eigentumsdelikten und Betäubungsmitteldelikten verurteilt. Im Jahre 1999 erfolgte die Einweisung in ein Therapiezentrum für junge Erwachsene, wo Herr D. bis ins Jahr 2002 blieb. Es folgte im Jahre 2003 eine Verurteilung wegen Erpressung und Betäubungsmitteldelikten, im Jahre 2006 wegen gewerbs- und bandenmässigen Diebstahl, bandenmässigen Raub usw. Damals erhielt Herr D. eine Freiheitsstrafe von dreieinhalb Jahren. Im Jahre 2008 wurde er wegen Eigentumsdelikten etc. erneut zu einer Freiheitsstrafe verurteilt. Im Jahr 2010 erfolgte eine Kurzstrafe wegen Übertretung gegen das BetmG und er wurde des Landes verwiesen. Im Jahre 2012 wurde er wegen rechtswidriger Einreise und im gleichen Jahr wegen Geldfälschung zu einer Geldstrafe verurteilt. Zuletzt wurde er im Jahr 2013 wegen rechtswidriger Einreise und Aufenthalt zu einer Gefängnisstrafe verurteilt.

Im Dezember beging Herr D. einen Raubüberfall auf eine AVIA-Tankstelle. Er wurde erneut verhaftet und ein forensisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben. Der Gutachter stellte fest, dass davon ausgegangen werden könne, dass Herr D. seit Jahren Kokain sowie Opioide in Form von Methadon und Benzodiazepinen missbräuchlich konsumierte. Daneben konsumierte er auch THC sowie seltener Alkohol. Im Jahre 2011 kam es zu einer Zunahme des Kokain-Konsumes. Der Gutachter kam zum Schluss, dass Herr D. an einer Polytoxikomanie (ICD-10: F19.22) leide. Diese Polytoxikomanie sei mittelstark ausgeprägt. Dazu sei es zu einer dissozialen Entwicklung gekommen. Die Rückfallgefahr für drogenassoziierte Delikte wurde als

hoch angesehen und eine stationäre Massnahme in einer für die Behandlung von Drogendelikten spezialisierten Einrichtung empfohlen. Herr D. trat schliesslich am 05.05.13 in eine stationäre Behandlung ein. Zu diesem Zeitpunkt erhielt Herr D. 40 mg Methadon. Schon bald nach dem Eintritt in die Drogentherapiestation kam es zu mehreren Entweichungen. Die Massnahme wurde schliesslich als gescheitert angeschaut und Herr D. zum Verbüssen der Reststrafe in ein Untersuchungsgefängnis verlegt, wo ich ihn kennenlernte. Der Patient beklagte sich, er falle ihm die Decke auf den Kopf. Er drohte, die Zelle anzuzünden. Aufgrund der allgemeinen Biografie mit Herkunft aus problematischen Familienverhältnissen, Schulversagen und kaum korrigierbarer, teils impulsiv durchgeführter Kriminalität und Vorliebe für Kokain, welches eine beruhigende Wirkung auf ihn habe, habe ich zwei Selbstbeurteilungsbögen, die ADHS-Selbstbeurteilungsskala sowie die Wender Utah Rating Scale durchführen lassen. Beide Proben ergaben einen hoch auffälligen Wert. Aus diesem Grunde stellte ich die Diagnose eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms bzw. ADHS (ICD-10: F90.1). In der Folge startete ich eine Behandlung mit Methylphenidat, indem ich lege artis bei 1 x 5 mg einmal/d für 2 Tage, dann 2 x 5 mg/d für 2 Tage, dann 2 x 10 mg begann. Als Herr D. auf 2 x 10 mg/d gelangt war, musste er mit einer Tachykardie notfallmässig ins Kantonsspital Liestal auf die Intensivstation überwiesen. Die Untersuchung ergab einen ubiquitär erhöhten Tonus sowie eine Tachykardie. Ich habe Herrn Dr. in der Folge auf der Medizinischen Notfallstation aufgesucht, wo er mir eine Erklärung für seinen plötzlichen Zustand gegeben hat.

Kasuistik Herr O., geb. 1979

Herr O. (aus Nigeria) wurde am 02.08.2017 beobachtet, wie er sich in der Öffentlichkeit auffällig benahm. Er wurde von der Polizei kontrolliert und hatte mehrere Kondome mit Kokain auf sich. Er wurde von der Staatsanwaltschaft vernommen, wo er als nicht ansprechbar imponierte und auf die Notfallstation des Kantonsspitals verbracht wurde. Im EKG zeigte sich ein tachykarder Sinusrhythmus, der Patient war leicht erregt und nicht explorierbar. Im CT des Abdomens fanden sich zwei fragliche rundlich bis ovalär configurierte, drei Zentimeter messende, isodense, auf Fremdkörper verdächtige Strukturen, die

aufgrund des Verlaufes inklusive leichter Tachykardie als Artefakt gewertet wurden.

Der Patient wurde in der Folge vom Notfallpsychiater gesehen, der Hafterstehungsunfähigkeit annahm. Die Staatsanwältin war aber nicht bereit, den Patienten in eine Psychiatrische Klinik einweisen zu lassen. Bei meiner eigenen Exploration stach der Patient im Überwachungsraum an die Wand und sprach mit seinem Spiegelbild. Immer wieder versuchte er, auf das Lavabo zu klettern. Auf Ansprache durch das Zellengitter antwortete er nicht. Der Patient wurde schliesslich unter Bewachung auf die Notfallstation des Regionalspitals und am folgenden Tag, als ein Bett frei wurde, in die Bewachungsstation der Universitätsklinik Bern überwiesen, da sich mittlerweile eine Rhabdomyolyse gebildet hatte.

Gefängnisärztliches Vorgehen in einer vergleichbaren Situation:
Diagnose ?

Kasuistik Herr T.

Herr T. stammt aus Rumänien, wo er zwei Kinder (ein halbes Jahr und zweieinhalb Jahre) und eine Frau hat. Herr T. habe mit drei Jahren erleben müssen, wie der Vater die Mutter ermordet hat. Der Vater sei in der Folge in Haft gekommen. Herr T. wuchs beim Muttersbruder auf, wo er es gut gehabt habe. Herr T. wohnte in einem kleinen Dorf in Rumänien und konnte keine Schule besuchen. Er hat sich mit Schwarzarbeiten über Wasser gehalten. Auch in Rumänien war er bereits im Gefängnis. Schon damals unternahm er einen Suizidversuch durch Erhängen. Auch ist selbstverletzendes Verhalten seit jüngster Kindheit ein Thema. Tatsächlich wies er diverse, tiefe symmetrische Schnitte am linken Unterarm auf. Auch hatte Herr T. einmal eine Bauchoperation, wo er bis heute an seiner Narbe manipuliert.

Herr T. sei von zwei Kumpanen in Rumänien gefragt worden, ob er in Deutschland Geld verdienen wolle. Man sei nach Lörrach an der Schweizer Grenze gefahren und habe ihm eröffnet, dass er bei Einbrüchen Schmiere stehen solle. Im Endeffekt wurde er beim Einbruch in der Schweiz aufgegriffen. Seit Anfang 2016 lebt Herr D. im Untersuchungsgefängnis Liestal.

Nachdem er zuvor aus dem Gefängnis Genf mit seiner Familie hatte telefonieren können, wurde ihm das nicht mehr gestattet, was zu diversen psychiatrischen Interventionen führte.

Es wurde eine Behandlung mit Mirtazapin 15 mg sowie wegen Albträumen Clomipramin 25 mg in die Wege geleitet. In der Folge suchte Herr T. während zwei Monaten die psychiatrische Visite nicht mehr auf. Anlässlich einer Visite im Dezember erklärte Herr T., es ginge ihm ganz gut. Am 16.01.2017 meldete er sich erneut und berichtete, er habe jetzt eine Arbeit als Kalfaktor, müsse deswegen aber in einer Einzelzelle leben. Er habe Panikattacken und er habe es nur dem Herrgott zu verdanken, dass er sich über Silvester nicht umgebracht habe. Da zum Kalfaktor-Dasein automatisch eine Einzelzelle gehört, habe ich dem Aufsichtspersonal die Problematik der latenten Suizidalität und der Einzelzelle einerseits, das Privileg des Kalfaktortums andererseits besprochen.

Fünf Tage wurde Herr T. tot in seiner Zelle aufgefunden. Die gerichtsmedizinische Obduktion ergab eine Überdosis an Morphin.

Frage: Suizid oder Unfall?

Diese Kasuistiken wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert.



Straßjustizzentrum Muttentz

Suchtbehandlung in der JVA Realta Vera Camenisch

Substitution mit retardierten Morphinen und Diamorphin



JVA Realta – Drogenpolitik innerhalb der Mauern

Gegenwärtig Teilnahme an Substitutionsbehandlung:

Methadon	6
Buprenorphin	0
Morphinpräparate (Sevre Long, MST)	6
Diaphin	5
Gegenwärtig abstinenter (Gefängnis)	2
Anzahl eingewiesene Personen mit einer Opiatabhängigkeit JVA Realta (Ende Juli 2017)	18

JVA Realta Drogenpolitik

1990 - Einführung Substitutionsbehandlung (zu "Platzspitz-Zeiten"); einhergehend mit den Gründungen der Ambulatorien für eine opiatgestützte Behandlung in den Städten

1995 - Einführung HIV- und Hepatitisauklärung

- in Kooperation mit der Aids-Hilfe

- Abgabe persönlicher Apotheke mit Kondomen.

1997 - Umgang mit Drogen – 1. Konzeption, Spritzenabgabe

2001 - Einführung der medizinischen Opiatabgabe mit 10 Behandlungsplätzen.

2004 - Umgang mit Drogen – 2. Konzeption

2010 - Interner Gesundheitsdienst mit Pflegefachfrauen

2012 - NADA-Ohrakupunktur

2014 - Umgang mit Drogen – 3. Konzeption

Grundsätze

Zu unserer Grundhaltung gehört eine aktive Herangehensweise an Menschen, die einen Suchtmittelkonsum praktizieren. Alltägliche entstehende Reibungsflächen zu nutzen und der Wille, wissenschaftliche und therapeutische Erkenntnisse in unsere Handlungsweise einzubeziehen, bestimmen unsere Arbeit.

Wir orientieren uns am heute in der Gesundheitswissenschaft vorherrschenden Public-Health-Ansatz. Dieser berücksichtigt die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum, dem sozialen Umfeld und dem Suchtmittel oder dem Suchtverhalten.

Drogenkonsum hinter Gittern ist verboten.

Wieviel Rauschgift wird in den Gefängnissen konsumiert? Offizielle Antwort: null (Statistiken gibt es nicht).

Verschiedene Kantone in der Schweiz wehren sich gegen den Plan des BAG – im Rahmen der neuen Epidemien-Verordnung - in den Gefängnissen eine "saubere" Drogeninjektion zu ermöglichen (befürchteter Missbrauch der Spritze für Tätowierungen und Gewaltanwendung).

Aber: Wo es Drogenabhängige hat, hat es auch Drogen.

Menschen, die ein oder mehrere Suchtmittel in abhängiger oder suchtartiger Art konsumieren, sind Menschen, welche an einer Krankheit leiden. Der süchtige Mensch ist nicht willensschwach, sondern krank. Der Konsumverzicht, die Abstinenz ist das oberste Ziel.

Beim ersten Behandlungskontakt stehen aber oft die Stabilisierung des Konsums und die Motivationsarbeit im Vordergrund.

Die Vollzugszeit in der JVA Realta kann einen Beitrag zur Zielerreichung leisten.

Suchtbehandlung und Prävention in der JVA Realta

In unserer Grundstruktur halten wir uns an das 4-Säulen-Modell des Bundesamts für Gesundheit:

Prävention ⇒ Therapie ⇒ Schadenminderung ⇒ Repression

Wir wollen diese Grundstruktur für alle uns bekannten Substanzen anwenden. Unter anderem für Nikotin, Alkohol, Cannabis, Opiate, Benzodiazepine, Amphetamine, Designerdrogen/Ecstasy, GHB/GBL und Schnüffelfstoffe. Abhängig von der pharmakologischen Wirkung einer Substanz kommen unterschiedliche Säulen zum Tragen.

Das 4-Säulen-Modell wird in der JVA Realta wie folgt umgesetzt:



⇒ Prävention

Suchtmittelfreie Eingewiesene sollen vor einer Suchtentwicklung geschützt werden; Informations- und Beratungsgespräche, Verlegung auf geschlossene Abteilung.

HIV- und Hepatitispräventive Massnahmen:

- Obligatorische Informationsveranstaltung für alle Eingetretenen.
- Abgabe eines Merkblattes bei Eintritt in verschiedenen Sprachen.
- Spritzentausch über Automaten und Gesundheitsfachpersonal.
- Auf Wunsch Abgabe eines Spritzenset bei Eintritt.

⇒ Therapie

- Abbau von Substitutionsmitteln (Methadon, Heroin etc.) auf Wunsch mit Suchtberatung oder psychotherapeutischer Behandlung.
- Suchttherapie bei den forensischen Fachleuten.
- Vermittlung von Entzugsmöglichkeiten in Kliniken und stationären Therapien nach Haftende.

⇒ Repression

- Drogenbesitz: Opiate und Kokain werden ab 1 gr. und THC ab 10 gr. angezeigt.
- Im Urlaubsprozedere wird über Urinproben ermittelter Drogenkonsum mit einer Urlaubsverschiebung von einer Woche sanktioniert.
- Wird der Substanzkonsum als **risikorelevant** für Delikte gegen Leib und Leben oder die sexuelle Integrität gewertet, wird Urlaubssperre diskutiert.

Heroingestützte Behandlungen in der Schweiz

Rechtliche Verankerung.

1994 wurde die erste Behandlungsstelle zur Abgabe von Diamorphin in Zürich eröffnet.

2000 STA Schöngrün SO gibt als erste JVA Heroin an Gefangene ab.

2001 folgt die JVA Realta.

2007 mit der Revision des BetmG wird die 4-Säulen-Politik wie auch die Heroingestützte Behandlung gesetzlich verankert.

2017 insgesamt gibt es in der Schweiz 15 Institutionen, welche Heroin abgeben.

Eine davon ist die Heroinabgabe in der JVA Realta.



Eine Heroinabgabe findet auch in einem Alters- und Pflegeheim statt.

Zielsetzung

Es soll schwer heroinabhängigen Personen geholfen werden, die mit anderen drogentherapeutischen Angeboten nicht erreicht werden. Strikt reglementierte, kontrollierte Verschreibung von pharmazeutischem Heroin, eingebettet in eine umfassende psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung.

- Anhaltende therapeutische Einbindung
- Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit
- Verbesserung der sozialen Integration
- Distanzierung von der Drogenszene
- Verhinderung der Beschaffungskriminalität
- Risikoarmer Konsum von psychoaktiven Substanzen
- Dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum als langfristiges Ziel, Konsumstabilität als erstes Ziel

Endziel der Suchtbehandlung und Suchtberatung ist die Abstinenz. Erste und oft auch einzige realistische Zielsetzung, ist die Veränderung im Sinne einer Konsumstabilität bzw. eine Reduktion des Konsums von nicht ärztlich verordneten Substanzen.

Die erlernte Selbststeuerung des Substanzkonsums soll weiteres deliktisches Verhalten verhindern oder zumindest vermindern.

Aufnahmekriterien

- Mindestalter 18
- Schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens 2 Jahren
- Mindestens 2 nachweisbare, abgebrochene oder erfolglos absolvierte Behandlungsversuche
- Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich
- Speziell im Gefängnis: Weiterführung der Behandlung muss nach Strafvollzug möglich sein (wir wollen eine Indikation und auch eine Machbarkeit auch über den Strafvollzug hinaus).

Aufnahmeverfahren

Patientengespräch von zuständiger Ärztin / Arzt und der Betriebsleitung. Bei Erfüllen der Aufnahmebedingungen und bestehen einer Indikation muss Antrag an Bundesamt für Gesundheit gestellt werden. Der Patient muss Vorbehandlungen bestätigen lassen, Behandlungsvertrag und –Vereinbarung sichten und Einverständnis abgeben.

Vorhandensein einer Krankenversicherung (ansonsten gibt es keinen Kostenträger).

Liegt eine Patientenverfügung BAG vor kann die Behandlung beginnen.

HeGeBe in der JVA Realta – eine Innenansicht ↓



Meinungen aus der JVA Realta / Betreuung- und Sicherheit

Negatives:

Behandlungen sind zeitintensiv, pro Tag zwei Fixzeiten.

Eine Suchtanimation für Mitgefangene könnte entstehen.

Auftrag zur Verhinderung von Schmuggel kann schwierig sein.

Angebot bei suchtfreien Gefangenen umstritten.

Bei Zwischenfällen Ansteckungsrisiko mit gefährlichen Krankheiten.

Positives:

Gewährleistet Übersicht über den stattfindenden Konsum.

Die eingewiesene Person kann besser «gesteuert» werden.

Weniger Suchtdruck führt zu besserem Vollzugsverhalten.

Eine Minimierung der übertragbaren Krankheiten wird erreicht.

Substanzkonsum unter Kontrolle erhöht die Sicherheit.

Spritzutensilien sind unter Kontrolle.

Quelle: Heroingestützte Behandlung im Freiheitsentzug, J. Bänninger 2016

Kostenverteiler:

Krankenkassenpauschale Fr 46,50/d

Beitrag Vollzugsbehörde an Spezialvollzug Fr 35,00/d

Selbstkostenanteil Patient Fr 20,00/Mt



TeilnehmerInnen



Michael Levy

Ein Gefängnis ohne HCV-Infektion – Utopie oder Realität

Professor Michael Levy

Australian National University, Canberra

Hepatitis C

At least 6 genetic variants, which respond to specific treatments differently.

Genotype 3 may carry a higher probability of developing hepatic cell carcinoma.

DAAs curative, high therapeutic profile; truly short treatment.

Sofosbuvir marketed in the US in 2013.

Pre-cirrhotic treatment is critical.

Pre-treatment assessment of cirrhosis is essential.

Post-treatment surveillance is critical, NOT ONLY IF cirrhosis was present pre-treatment; remember the enduring risks of re-infection.

Abdominal ultrasound necessary only if cirrhosis or a space occupying lesion are a possibility.

Fibroscan useful when the chance of cirrhosis is medium (< 35 years of age, the risk of cirrhosis is low).

AST to platelet ratio (APRI) is sufficient instead of fibroscan, especially in younger patients (i.e prisoners).

Hepatitis C in Australia

► Australian Government has committed \$1 billion for HCV treatment – irrespective of severity of disease, including prisoners; “silent” on re-treatment of reinfection.

► 5-year agreement with pharmaceutical industry, from 1 March 2016.

► A 12 week, curative course of treatment costs ~\$110,000.

► There were ~233,000 Australians infected with hepatitis C, ~9,000 new infections annually prior to 2016.

► Prior to March 2016, <3,000 were receiving treatment (annually); interferon-based treatments were unpopular, selective and cure was not guaranteed.

► Between March 2016 and July 2017, nearly 22,500 Australians received treatment (~1,000 were prisoners).

► Treatment should occur in a setting where re-infection is minimised.

How can this be achieved in prison?

- ▶ Bring your contacts for treatment (snow-ball recruitment within networks).
- ▶ Re-treat reinfection (\$100,000 *per* episode ??).
- ▶ Continue to re-test, post-treatment.

Hepatitis C in Australian Prisons

People who inject drugs are transmitters of HCV.

Prisoners are amplifiers of transmission as prisons are 'world class' needle exchanges {NOT}.

Is re-infection a problem?

Australian Prisons

- ▶ Cost free to the prisoner-patient
- ▶ Public health v clinical need
- ▶ Snow-ball recruitment by 'the treated'
- ▶ The final stage – toward elimination
- ▶ The enduring fractures in the chain of transmission



Alexander Maconochie Centre

The testing programme for hepatitis C has identified 107 infections in 95 people, since the AMC was commissioned. (February 2017)

- ▶ 22 are considered to be in-custody transmissions
- ▶ 41 are considered 'indeterminate' as to environment of transmission (either custody or community), and
- ▶ 44 were determined as in-community infections.

2010 – prevalence of HCV Ab – 48% (presumed PCR positivity ~35%).

Interferon treatment offered, but poor uptake.

3rd generation treatment – very poor results.

March (actually April) 2016 – DAA treatments commenced.

October 2016 – 20% PCR positive

August 2017 – 3% PCR positive

With access to Direct Acting Anti-viral treatments for hepatitis C infection, we have developed:

A nurse lead model of care.

Supported by pharmacy.

Access to specialist care for complex cases (extremely rare), and

A small group of doctors, familiar with the authorisation process.

“Extreme” cases:

Since 1 March 2016:

- ▶ 113 treatment authorities obtained
- ▶ 2 patients did not have a 12 week sustained viral response – 1 was a re-infection, the 2nd ???
- ▶ 2 patients released to freedom before End of Treatment
- ▶ ~\$A 6,000,000 estimated Rx costs
- ▶ PCR prevalence reduced from 30% to 3%! In just less than 18 months.

Treating Hepatitis C in Prison

BENEFITS

Proximity of the health service to the patient.

Support from mental health, close at hand.

“Shared Care” is tailored to the environment – efficiency.

Supervision of every dose – compliance, side-effects.

Peer support.

Alcohol is reasonably well controlled.

Access to pharmacotherapies – but not in all jurisdictions.

Less ‘chaos’ benefits individuals with poorer social function (*sic*: compliance).

Aboriginal incarceration cannot be ignored.

RISKS

- ▶ Access to the full range of harm minimisation strategies is limited
- ▶ Re-infection is a real risk
- ▶ Side-effects of treatment in a closed environment, .. too easily ‘punished’

- Transition to community / loss to follow-up
- Will DAAs find a “price” in the prison-drug market?

1 visit -> treatment.

The future of fibroscan; escorts to appointments.

Sterilised environment – by when, how maintained?

Treat 40/1000 for 15 years will halve prevalence – is this acceptable?

Issues for Consideration

- HCV prevalence
- HCV incidence
- Transmission – oh no!!!!
- Treatment access – who is in, who is out?
- Treatment compliance – do all doses need to be supervised?
- “These treatments are side-effect free” – oh no!!
- Therapeutic prevention v harm minimisation

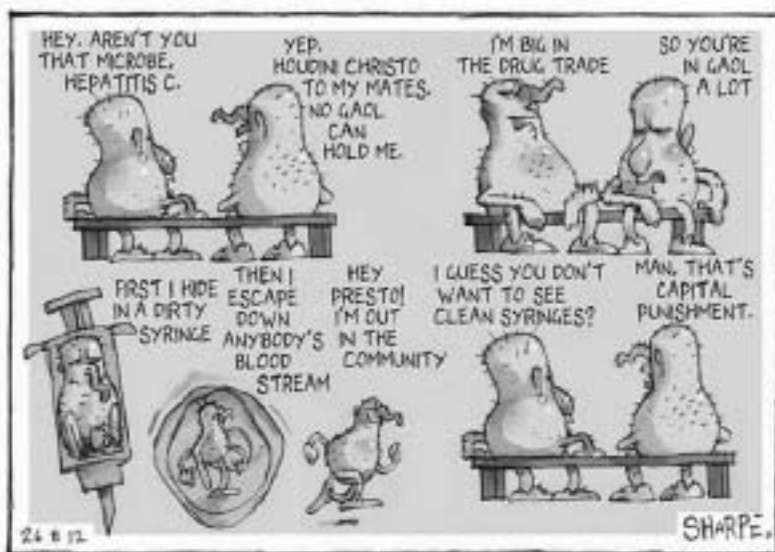
Is HCV elimination possible? Without treating prisoners?

Drug prices – a shackle, or?

Screening policies – opt-in, opt-out, targeted (on risk disclosure, or)

What is the “market price” of a DAA tablet in prison?

Canberra Times - 26 August 2012 ↓



... and what about that Needle Exchange?

- ▶ Government commitment
- ▶ Australian Medical Association and the Public Health Association of Australia support
- ▶ Mixed support from detainees
- ▶ Muted support from Non-Government Organizations
- ▶ Mixed messages from the *Canberra Times*
- ▶ Vehement opposition from prison officers

Early access to these medications has already raised some interesting issues for prisoner health services:

Harm minimisation implementation in Australian prisons will be reassessed by custodial authorities, utilising a limited evidence base and an existing flawed paradigm; and

Hepatitis C will continue to reveal strengths and weaknesses in the Australian health/ corrective services interface.



Multiprofessionelle Behandlung und Beratung des Verein Dialog in den Wiener Polizeianhaltezentren

Dr. Walter North & DSA Christian Dorner

Verein Dialog

- Gemeinnütziger Verein
- Angebote kostenlos (Außer teilw. Angebote der Suchtprävention und Früherkennung)
- KundInnen sind unsere AuftraggeberInnen, definieren die Ziele und nehmen prinzipiell unsere Angebote freiwillig in Anspruch – Ausnahme diverse Auflagen und Weisungen nach dem SMG.
- Inhalte unterliegen Verschwiegenheitspflicht
- Multiprofessioneller Behandlungsansatz: SozialarbeiterInnen, FachärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PsychologInnen, TrainerInnen u.a. (aktuell sind im Verein Dialog 120 MitarbeiterInnen tätig).



Standorte

1979 - Integrative Suchtberatung Hegelgasse – seit 2012 Sitz der Geschäftsführung

1995 - Sucht und Beschäftigung SUB (vormals Needles or Pins)

1999 - Integrative Suchtberatung Wassermanngasse ISW - Ambulanz (2., 20., 21. & 22. Bezirk)

2005 - Integrative Suchtberatung Gudrunstraße ISG – Ambulanz (4., 5., 10., 12.-14. & 23. Bezirk)

2006 - Suchtprävention und Früherkennung

2012 - Integrative Suchtberatung Döblerhofstraße IS3 – Ambulanz (1., 3., 6.-9., 11. & 15.-19. Bezirk)

2017 - Integrative Suchtberatung Modecenterstraße ISM – Ambulanz, Zusammenführung von IS3 und SUB.

Angebotsschwerpunkte

Integrative Suchtberatung Modecenterstraße (3. Bezirk)

- Familienberatungsstelle, Frauensache
- Schwerpunkt Eltern mit Kindern und Frauen
- Videodolmetsch
- Offene Zeitschiene

-
- Sucht und Beschäftigung (3. Bezirk)

Arbeitsmarktpolitischer Schwerpunkt, Workshops, Kurse.

- Integrative Suchtberatung Wassermannsgasse (21. Bezirk)

„beyond the line“ für KokainkonsumentInnen

Angehörigengruppe, Psychotherapiegruppe, Offene Zeitschiene.

- Integrative Suchtberatung Gudrunstraße (10. Bezirk)

Schwerpunkt Jugendliche, Hepatitis C Projekt, Videodolmetsch

Offene Zeitschiene.

- Suchtprävention und Früherkennung (1. Bezirk)

Seminare, Workshops, Pilot- und Modellprojekte.

Betreuungen:

6.019 KlientInnen (23% weiblich)

472 Angehörige (67% weiblich)

Insgesamt: 6.491 Personen

PAZ: 2145 KlientInnen

Suchtprävention:

517 Seminare und Vorträge

6.645 Personen erreicht, davon 3.081 Jugendliche

Geldgeber

Der Verein Dialog wird zum Großteil aus öffentlichen Mitteln finanziert:

- Sucht und Drogenkoordination Wien (SDW)
- Bundesministerien
- Wiener ArbeitnehmerInnenförderungsfonds
- Europäischer Sozialfonds
- Arbeitsmarktservice

Dazu kommen Erträge aus der SPF und Spenden.

Dialog im PAZ wird finanziert durch das BMI und die SDW.

Qualitätsmanagement

Zertifizierung nach ISO 9001:2015.

Beschreibung von Angeboten und Abläufen in Prozessform

- KlientInnen- und KundInnen-Prozess
- Entwicklung und Innovation
- Unterstützungsprozess Daten
- Unterstützungsprozess Personalmanagement



Dialog im PAZ (Polizei-Anhalte-Zentrum)

1999 – Beginn der suchtmmedizinischen Behandlung

2000 – Sozialarbeit für weibliche InsassInnen im PAZ Rossau

2005 – psychiatrische und suchtmmedizinische Behandlung in beiden PAZ

2006 – Sozialarbeit für männliche Insassen im PAZ Rossau

Entwicklung Dialog im PAZ

Die medizinische Versorgung der InsassInnen der beiden PAZ erfolgte durch PolizeiamtsärztInnen, zumeist AllgemeinmedizinerInnen.

Substanzabhängige InsassInnen wurden in der Vergangenheit an Spezialambulanzen bzw. öffentliche Krankenhäuser gebracht und mussten von Polizeibeamten bewacht werden.

Aufgrund unserer Tätigkeit vor Ort konnte eine deutlich verbesserte zeitnahe Behandlung und eine massive Kostenreduktion erzielt werden. Anfänglich mussten bei allen Beteiligten unseres Projektes bestehende Vorurteile überwunden werden. Je mehr unsere Tätigkeit in den Alltag in den Polizeianhaltezentren integriert wurde, umso besser und reibungsloser funktionierte die Zusammenarbeit zwischen PolizistInnen, PolizeiamtsärztInnen, PolizeisanitäterInnen und MedizinerInnen sowie SozialarbeiterInnen des Dialog.

Inzwischen ist unsere Tätigkeit ein europaweit anerkanntes Best – Practice Modell, eine einzigartige Kooperation zwischen einer NGO aus dem Suchthilfenetzwerk und der Polizei.

Wir kooperieren eng mit dem VMÖ (Verein Menschenrechte Österreich), und der Diakonie und Caritas die ihrerseits die Schubhaftbetreuung & Rechtsberatung durchführen. Die MitarbeiterInnen des VMÖ stehen uns für telefonische oder persönliche Dolmetschungen zur Verfügung.

Darüber hinaus haben unsere ÄrztInnen seit 2016 die Möglichkeit auch ein Videodolmetschsystem zu nutzen.

Grund für eine Anhaltung sind nicht bezahlte Verwaltungsstrafen (u.a. Strafen im Zusammenhang mit dem KfZ, Parkometerstrafen, illegale Prostitution u.v.m.) und Personen die in Schubhaft genommen werden.

Dialog im PAZ – Angebote medizinisch

Seit vielen Jahren bietet der Verein Dialog suchtmmedizinische und psychiatrische Behandlung im Rahmen medizinischen Konsiliartätigkeit, in beiden Polizeianhaltenzentren Wiens an fünf Tagen pro Woche an. Sowie bei Bedarf auch in der Familienunterkunft Zinnergasse.

- Fortsetzung bestehender Substitutionsbehandlungen sowie Neueinstellungen.
- Behandlung von Entzugssymptomen (Alkohol, Benzodiazepine).
- Teilentzugsbehandlungen (Alkohol, Benzodiazepine, Kokain).
- Behandlung psychiatrischer Grunderkrankungen.
- Entlassungsmanagement und Organisation der Weiterbehandlung.
- Harm Reduction Aufklärung.
- Vermeidung des Konsums illegaler Substanzen.

Dialog im PAZ – Angebote sozialarbeiterisch

Die sozialarbeiterische Beratung findet nur im PAZ Wien Rossau, an drei Vormittagen in der Woche, statt. Inhaltlich geht es um alle Lebensbereiche bzw. Herausforderungen welche die InsassInnen an uns herantragen. Im Wesentlichen handelt es sich um den Umgang mit Ämtern und Behörden, soziale Problemlagen und Krisen, Kontakt zu den Familien ermöglichen und die Organisation weiterführender Betreuungsangebote.

- Geschlechtsspezifische Einzelberatungen.
- Möglichkeit zum Telefonieren (auch Ausland).
- Geldaushilfen.
- Kleidungs Spenden.
- Utensilien zum brieflichen Kontakt.
- Frauensache am Standort ISM (Nachbetreuung für Frauen).

Opioidkonsum Tschetschenen, Georgier

Tschetschenen	Georgier
Manifester Opioidkonsum	Unregelmäßiger Opioidkonsum
PTSD, massive Traumatisierungen	Depressive Störungen
Moslemischer Hintergrund	Christlicher Hintergrund
Intensive Identifikation mit	Geringe Identifikation
Herkunftsland	Handel geduldet
Handel verpönt	Sprachkompetenz auch Englisch
Sprachkenntnisse in Betreuung	Selten Ängste vor Verfolgung
nötig	Einwanderung 2003-2005
Massive Ängste vor Verfolgung	
Konstanter Zustand	

Gemeinsamkeiten:

Beginn des Opioidkonsums in instabiler Form im Heimatland.

Je länger der Aufenthalt in Österreich umso manifester der Konsum.

Schwierigkeiten die Substitutionsbehandlung anzuerkennen.

Soziale Probleme durch Status als AsylwerberInnen.

Misstrauen in Gesundheitssystem und Behörden.

AsylwerberInnen aus dem Maghreb

Überdurchschnittlich häufig Benzodiazepinabhängigkeit.

Cannabinoidkonsum.

Vorliebe für Clonazepam (Rivotril), Einreise über Italien.

Ganz selten anderer Substanzkonsum.

Sehr häufig Impulskontrollstörungen. Spannungslösungsversuch.

Andere Gruppen

- Polnische Staatsbürger mit hoch problematischem Alkoholkonsum, die teilweise bis zu 10x pro Jahr abgeschoben werden, teilweise im Unterstandslosenmilieu, teilweise deutliche psychiatrische Grunderkrankung (Schizophrenie, Depression,...).

- Suchtmittelkonsumierende Frauen aus Tschechien, Slowakei, Ungarn, die in Österreich der Geheimplstitution nachgehen. Teilweise hoch problematischer Mischkonsum (Opioide, Amphetamine, Benzodiazepine, Alkohol,...).

- nur punktuelle psychiatrische und suchtspezifische Behandlung.

- immer wieder Entzugsphasen.

- wiederkehrende traumatisierende Gewalterfahrungen.

dialog: Herkunftsländer I

Afghanistan	China
Ägypten	Deutschland
Albanien	Elfenbeinküste
Algerien	Finnland
Angola	Frankreich
Armenien	Gabun
Aserbaidschan	Gambia
Bahamas	Georgien
Bangladesch	Ghana
Bosnien-Herzegowina	Guinea
Bulgarien	Indien
Chile	Indonesien

© 2017 dialog: Herkunftsländer I

© 2017 dialog: Herkunftsländer I

dialog: Herkunftsländer 2

Irak	Mauretanien
Iran	Mazedonien
Israel	Moldawien
Italien	Mongolei
Kamerun	Nepal
Kasachstan	Nigeria
Kenia	Österreich
Kroatien	Pakistan
Libanon	Polen
Libyen	Portugal
Litauen	Rumänien
Marokko	Russland

ForumDialog, 2017, www.dialog-on.at

HERKUNFTSLEISTUNGS

dialog: Herkunftsländer 3

Senegal	Thailand
Serbien	Tschad
Sierra Leone	Tschechische Republik
Simbabwe	Tunesien
Slowakei	Türkei
Slowenien	
Somalia	
Spanien	
Sri Lanka	
staatenlos	
Sudan	
Syrien	

ForumDialog, 2017, www.dialog-on.at

HERKUNFTSLEISTUNGS

Homepage: www.dialog-on.at



Arbeitsgruppe „Yoga und Meditation mit Bediensteten und Inhaftierten“ Den Geist entrümpeln!

Dr. Barbara Ryoshun Lutz

- Unter dieser Bezeichnung stellte Dr. Barbara Ryoshun Lutz ihre Praxis der *Soto Zen Meditation* vor, welche sie in der Jugendanstalt Hameln, Tündernstraße in Niedersachsen, Deutschland sowohl mit inhaftierten jungen Männern als auch mit Bediensteten der Justiz seit nunmehr mehreren Jahren teilt.

Nicht selten werden wilde Fantasien durch diese Begrifflichkeiten geweckt, die sich aber sehr schnell als solche erweisen, wenn man sich auf eine Einführung in diese Praxis wirklich einlässt. Soto Zen Meditation ist eine einfache und sehr subtile Praxis zugleich, an welcher alle Menschen ohne Vorbedingungen willkommen sind teilzunehmen. Es sind keinerlei Glaubenserklärungen oder Abänderungen von religiösen Anbindungen erforderlich. Da zudem der nonverbale Anteil in der Gewichtung überwiegt, erweist sich die Praxis nahezu unabhängig vom Sprachvermögen und -verständnis der Teilnehmenden. Einfach sitzen, einfach tun. Leichter gesagt als getan: ohne kompetente Anleitung bezüglich der verschiedenen, möglichen Meditationshaltungen und des Sich-Einlassens auf das „Sitzen“ geht es nun aber doch nicht!

Am besten zu vergleichen ist diese Praxis mit dem Entrümpeln von Kellern, Dachböden oder vollgekrumten Räumen jeglicher Art, nur dass es sich in diesem Fall um den eigenen Körper/Geist handelt. Wir entlassen verkrustete Verhaltensmuster, die uns blockieren, Energie kosten und unseren Mitmenschen und unserer Umwelt Schaden zufügen, wie zum Beispiel vorschnelles Aburteilen, Hass entwickeln und nähren, in Eifersucht versinken, vor Neid erblassen, in Geiz ersticken, nach Vorteilen gieren, in Schadenfreude schwelgen etc.!

In Konsequenz erfahren wir erweiterte Handlungsspielräume, werden kooperativer, stresstabiler, friedlicher und verspüren in jeder Hinsicht auffrischenden Rückenwind für die Bewältigung unserer alltäglichen Herausforderungen.

Und dies sind nur die „Nebenwirkungen“, die hier angeführt werden sollen, da die entscheidende Annäherung an einen vitalen, inneren Punkt der Wandlung unbewusst, automatisch und ganz natürlich

stattfindet. Diese innere Wandlung lässt unsere bisherigen, oft irrigen Vorstellungen über die Welt nicht nur in Teilen, sondern in Gänze verblassen und öffnet uns erfrischend die Augen für ein Realitäts-erleben, das uns bisher verschlossen blieb.

Aus der Selbsterfahrung mit der Praxis des Sitzens als auch aus dem wissenschaftlich gesicherten Wissen bezüglich der Plastizität des Gehirns und den Wirkungen der Meditation heraus, nimmt Meditation für ernsthaft Praktizierende den gleichen Stellenwert ein wie zum Beispiel das Zähneputzen, welches ja auch geduldig gelehrt, erlernt und ein Leben lang durchgeführt werden muss!

So wie es inzwischen selbstverständlich geworden ist, dafür Sorge zu tragen, dass wir niemanden mit unserem Mundgeruch belästigen, so selbstverständlich sollte es werden, dass wir unsere Mitmenschen so wenig wie möglich mit den „geistigen Mundgerüchen“ unseres ungeschulten Geistes heimsuchen, die – wie bereits erwähnt - da wären: Gier, Neid, Hass, Verblendung, Eifersucht, Geiz etc.!

Menschen sitzen da allesamt in einem Boot. Entrümpeln wir gemeinsam!

Die Praxis in der Jugendanstalt Hameln wird unter Einbezug der Teilnehmenden fortlaufend dokumentiert und nach Kräften wissenschaftlich begleitet.





In der Volksanwaltschaft



Arbeitsgruppe

Auswirkungen einer Inhaftierung auf Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen

Thomas Wilke

Gesetzliche Grundlage für freiheitsentziehende Anstalten

Jugendgerichtsgesetz (JGG) und Vollzugsgesetze der Länder.

Erziehungsgedanken im JGG: Befähigung, straffrei zu leben.

Allgemeine Gestaltungsmaxime

- Anlehnung an allgemeinen Lebensverhältnisse
- Entgegenwirkung schädlicher Folgen
- Eingliederungsgrundsatz

Programme in Jugendarrest- und Jugendstrafanstalten zu Partnerschaft und Sexualität

Programme und Projekte werden nur vereinzelt durchgeführt, Themen werden kaum in der Literatur diskutiert.

Aus mindestens zwei Gründen irritierend:

1. Kernaufgabe des Jugendalters: Aufnahme von intimen Beziehungen
2. Studien belegen, dass funktionierende Partnerschaften das Rückfallrisiko senken.

Auswirkung einer Inhaftierung auf Sexualität

Eine Inhaftierung bedeutet für Jugendlichen:

1. Verlust an heterosexuellen Beziehungen, ggf. inklusive sozial-räumliche Trennung von Partnern
2. Beschränkung der möglichen sexuellen Verhaltensweisen auf Selbstbefriedigung und homosexuelle Aktivitäten.

Auswirkung einer Inhaftierung auf Selbstbefriedigung

Diego (21 Jahre):

„Dass man sich selbst befriedigt, das kommt da schon vor. Äh ich fand es relativ eklig immer, weil wenn zum Beispiel ein Porno kam oder so im TV, dann wusste man halt, dass der ganze Knast eigentlich gerade wickelt so und das ist halt ziemlich widerlich. Naja, aber so ist das dann halt und so viel zu der Sexualität im Gefängnis und, ja.“

(Homo-) Sexualität in Haft und sexuelles Stigma

„Da hab ich auch meine Erfahrungen gesammelt. Naja also das heißt sexuelle Erfahrungen im Knast NATÜRLICH NICHT, aber da ist also, muss man auch sagen, im Gefängnis ist es nicht so, wie man denkt, dass man

dass es so Vergewaltigungsübergriffe gibt oder so. Gibt es eigentlich nicht, also hab ich nicht davon mitbekommen.“

Partner*innen als soziale Unterstützung

„Und dann hat natürlich mich meine Freundin auch besucht. Und meine Freundin hat sich wirklich in der Zeit STARK um mich gekümmert. Auch ihre Mutter von meiner Freundin hat mir Geld geschickt. Und sie war halt auch öfter da, hat mich besucht, ist aus Berlin fast zehn Stunden nach (JVA in NRW) gefahren und auch nach (JVA in Niedersachsen) ist sie gekommen.“

Partner*innen als Mitbestrafte

Interviewer: "Also wie war es denn eigentlich für sie, als du dann in Haft gegangen bist?"

Tilo (19 Jahre): „Die Welt ist zusammen gebrochen. Ich kann das alles ein bisschen besser verstecken. Sie hat immer noch was in sich drinnen, was sie tagtäglich daran erinnert und so traurig macht, obwohl es schon vorbei ist ja eigentlich so. Soweit.“

Partnerbeziehungen als Rückfallprävention

Mehmet (19 Jahre):

„Und für sie war alles kein Problem, weil ich ihr versprochen habe, dass ich nie wieder was machen werde. Nie wieder Scheiße bauen werde. Und dieses Versprechen hält sozusagen die ganze Beziehung.“

Mögliche Angebote zu Partnerschaft und Sexualität im
Jugendarrest und in der Jugendstrafanstalt

Sexuelle Bildungsprogramme/-projekte

z. B. zu Geschlechterbeziehungen; Prävention von Partnergewalt, HIV/STI, Schwangerschaft, sexueller Gewalt; Umgang mit sexueller Situation in Haft, sexuelle Stereotype im Zusammenhang mit Haft etc. Programme/Projekte zur Unterstützung von Paarbeziehungen.

z. B. Langzeitbesuche, Paarseminare etc.

Bei Bedarf: Freiwillige Sexual- und Partnerberatungen.

Diskussionsfragen

- Was sind Ihre Erfahrungen mit inhaftierten Jugendlichen?
- Was sind Ihrer Meinung nach Hindernisse für die Umsetzung von Projekten und Programmen?
- Welche Art von Projekten und Programmen halten Sie für sinnvoll?

Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS) und Motivational Interviewing (MI)

Christoph Straub

Was meint „zieloffene Arbeit“?

Motivational Interviewing: Wie kann ich jemanden motivieren?

Kontrollierter Konsum: Wie und auf welchen Wegen?

„Zieloffene Suchtarbeit bedeutet, mit Menschen an einer Veränderung ihres Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, dass sie sich selbst setzen.“ *Körkel, 2014*

KlientInnen verfolgen selbstbestimmt eigene Ziele im Umgang mit ihrem Konsum – z.B. abstinent leben oder sozial unauffällig konsumieren. Das tun sie sowieso!

Arbeit wird es durch:

Herbeiführen eines Selbstklärungsprozesses:

- Eigene Haltung in Bezug auf den Konsum und verschiedene Konsumziele?
- Wissen über unterschiedliche Ziele vorhanden?
- Bereitschaft vorhanden, offensiv und sanktionsfrei mit dem Klienten über den Konsum und verschiedene Konsumziele ins Gespräch zu kommen?

Führen eines zieloffenen Dialogs gemäß Motivational Interviewing.

Das bedeutet: Die Zielfrage einladend ins Gespräch einbringen.

MI ist...

...Autonomie wahrend und nicht bevormundend

...partnerschaftlich und auf Augenhöhe

...entlockend und nicht konfrontierend

...Anteil nehmend.

Menschen motivieren ist oft eine „mission impossible“, weil Motivation schwer erkennbar / diagnostizierbar ist (*Wie sind Sie gerade motiviert?*)

- die Absicht, jemanden motivieren zu wollen, oft demotivierend wirkt (*Ich unterstelle einer Person, dass sie nicht so will, wie ich will, dass sie wollen soll ...*).



Was ist Motivational Interviewing?

Klassische Definition

„*Motivational Interviewing ist eine **klientenzentrierte** und **zielgerichtete** Methode der **Gesprächsführung**, die die **intrinsische** Motivation fördern will, durch Erkundung und Auflösen von **Änderungsambivalenzen** des Klienten.*“ (Miller/Rollnick, 2002)

Das für eine Indikationsentscheidung zentrale Kriterium sollte die Zielwahl der PatientInnen (inkl. Selbstwirksamkeitserwartung) darstellen – aus ethischen Gründen (Selbstbestimmungsrecht) und wegen der zu erwartenden Wirksamkeit:

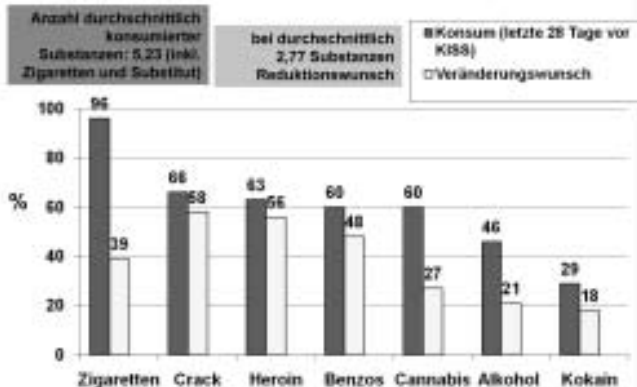
“Acceptance of a service user’s ... drinking goal is likely to result in a more successful outcome” (Heather et al. 2006, S. 24). Französische Alkoholismusbehandler der SFA (74,5% Ärzte, 10,2% Psychologen):

1. Indikationskriterium „Zielwunsch des Patienten“,
2. „perception of self-efficacy“ (Luquiens et al. 2011).

Systematische Zielabklärung

[illegible]

Konsumhäufigkeiten und Veränderungswünsche zu Beginn der Studie (in %, N=113)



Vorhalten evidenzbasierter, d.h. wissenschaftlich abgesicherter therapeutischer Maßnahmen/ Programme für unterschiedliche Ziele

- Abstinenz,
- kontrollierter Konsum,
- Schadensminimierung.

Die entsprechenden Maßnahmen/ Programme können je nach Arbeitskontext

- vollständig vor Ort umgesetzt werden
- in Ausschnitten umgesetzt werden.

Vorteile zieloffener Herangehensweise

Viele Menschen sind änderungs- aber nicht abstinenzbereit.

Einhaltung des bioethischen Prinzips der Autonomiewahrung.

Einhaltung des ethischen Grundsatzes „Sollen setzt Können voraus“.

Zieloffenheit fördert den therapeutischen Prozess.

KT als Einstieg zum Ausstieg.

Selbstkontrollprogramme sind wirksam (Walters 2000, Marlatt & Witkiewitz, 2002, Saladin & Santa Ana 2004).

Anschluss an internationale Standards (z.B. Europäische Zulassungsbehörde für Medizinale Produkte EMA 2010).

Was meint „zieloffene Arbeit“?

Motivational Interviewing: Wie kann ich jemanden motivieren?

Kontrollierter Konsum: Wie und auf welchen Wegen?

Selbstkontrollierter Konsum liegt vor, wenn eine Person ihr Konsumverhalten an einem **zuvor** festgelegten Konsumplan bzw. an Konsumregeln ausrichtet.

Praktisch gesehen, bedeutet kontrollierter Konsum vor allem eine (wöchentliche) Festlegung der Konsummenge:

- ▶ maximale Konsummenge pro Tag
- ▶ maximaler Gesamtkonsum pro Woche
- ▶ Anzahl abstinenter Tage

Und ggf. den Kontext festzulegen, wie etwa:

- ▶ *Wann will ich konsumieren - wann nicht?*
- ▶ *Wo will ich konsumieren - wo nicht?*
- ▶ *Mit wem will ich konsumieren - mit wem nicht?*

Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT)
(Körkel & Projektgruppe kT, 2001)

Ambulantes Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (EkT)
(Gehring & Projektgruppe kT, 2003)

WALK-Handbuch: Wohnungslosigkeit und ALKohohl.

KISS - „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“
(Körkel & GK Quest Akademie, 2007³)



Trainermanual, Teilnehmerhandbuch
CD-ROM mit Arbeits- und Info-Blättern



1-2 Einzel-Vorgespräch(e)

Festlegung der Konsumeinheiten

Bestandsaufnahme des Konsums (Konsumtagebuch)

Diagnostik (Konsum, Lebenssituation, körperlicher Zustand, Ziele)

Verbündete gewinnen.

12 Module (Gruppe)

Grundwissen über Substanzen

2. Pro & Kontra Veränderung
3. Konsum-Bilanz
4. Zielfestlegung (wochenweise)
5. Strategien zur Zielerreichung
6. Umgang mit Risikosituationen
7. Ausrutscher meistern
8. Freizeitgestaltung
9. Erkennen von Belastungen
10. Bewältigung von Belastungen
11. Soziale Kompetenzen („Nein-Sagen“)
12. Erreichtes sichern.

Was können wir in der Praxis tun? Was braucht es, um einen ehrlichen, offenen Dialog über den Konsum zu ermöglichen, der dazu einlädt, sich über Veränderung Gedanken zu machen?

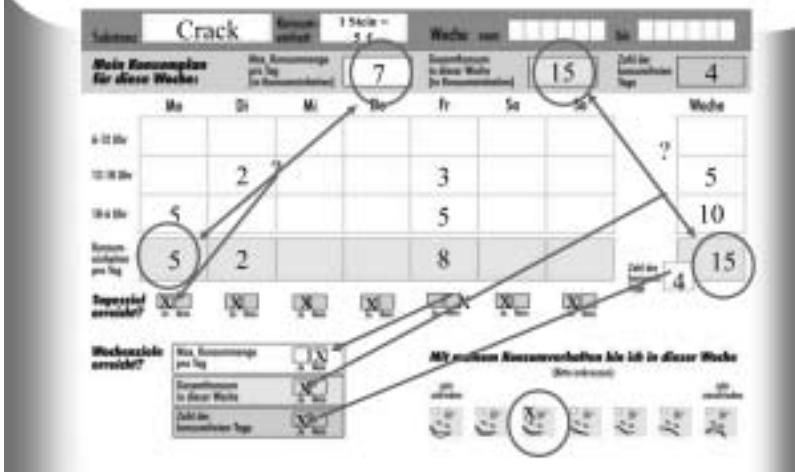
Könnten Sie einen typischen Konsumtag einer Ihrer Klienten ausfüllen? (Formular im Trainer-Manual und www.gesundinhaft.eu).

 **Pocket-Konsumtagebuch**

Konsum von KISS-Begriffen

Wähle von:

Substanz	Einheit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	Su	Wochen	Soll der Konsum sein								
Crack	0-10																	
	10-20		3			5			8									
	20-30	7				5			12									
Gesamtwertung pro Tag										7	3		10		20	4		
Cannabis	0-10	2	1	1		1	1	1	7									
	10-20		1	3	2	2	2	2	12									
	20-30	1	1	1	2	1	1	1	8									
Gesamtwertung pro Tag										3	3	5	4	4	4	4	27	0
Alkohol	0-10	2		2		1	2	2	9									
	10-20		2	1	2	1		1	7									
	20-30																	
Gesamtwertung pro Tag										2	2	3	2	2	2	3	16	0



Das bedeutet für die Praxis?

- Konkrete Programme zur Konsumveränderung anzubieten
- Motivierende Gesprächsangebote vorzuhalten
- Ein Menschenbild zu pflegen das veränderungsfördernde Interventionen willkommen heißt
- Einen veränderungsfördernden Rahmen schaffen.



Foyer

3. Johannes-Feest-Preis 2018

Der Namensgeber des Preises,

Prof. Dr. Johannes Feest (* 21. November 1939 in Berlin) ist



Kriminalwissenschaftler und Rechtssoziologe. Feest studierte Rechtswissenschaft in Wien und München sowie Soziologie in Tübingen und an der University of California, Berkeley. Von 1974 bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand 2005 war er Professor für Strafverfolgung, Strafvollzug und Strafrecht an der Universität Bremen. Von 1995 bis 1997 leitete er das International Institute for the Sociology of Law im baskischen Oñati. Im Ruhestand kümmert er sich verstärkt um Fragen des

Strafvollzuges und der Sicherungsverwahrung. Ganz entscheidend für die deutsche Debatte um humanen Strafvollzug ist der von ihm herausgegebene Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (2012: 6. Auflage. Heymann Verlag: Köln). Dieser Kommentar hat Eingang gefunden in die deutsche Rechtsprechung mit Wirkung auf alle Facetten des Strafvollzuges. Richtungsweisend sind seine frühen Arbeiten zur Definitionsmacht der Polizei und ihre Strategien der Strafverfolgung und soziale Selektion (bereits 1972), sowie zum Rechtsschutz im Strafvollzug (1997). Seine internationale Netzwerkarbeit hat sehr zu einer Erweiterung der Strafvollzugshorizonte beigetragen.

Unermüdlich, vorbildlich und sehr wirkungsvoll hat Johannes Feest dazu beigetragen, dass Straftäter menschwürdig behandelt werden. Er hat mit seinen kritischen Gedanken Strafvollzugspolitik wesentlich verändert! Und: er hat tausende von Briefen an Gefangene geschrieben und an die, die sie gefangen halten!

Der Johannes Feest – Preis wird auf den „Europäischen Konferenzen zu Gesundheitsförderung in Haft“ vergeben. Der Preis zeichnet Personen und Initiativen und Institutionen aus, die sich ganz wesentlich um eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Gefangener verdient gemacht haben, und damit diesem Thema zu mehr Aufmerksamkeit verholfen haben.

Laudatio

Prof. Dr. Heino Stöver

Der dritte Preisträger des Johannes Feest – Preises – nach Professor Dr. Jörg Pont aus Wien und Bärbel Knorr aus Berlin - ist eine Person, die sich intensiv um die Gesundheitsförderung in Haft bemüht hat, und zwar sowohl in der täglichen Praxis als auch der konzeptionellen Weiterentwicklung.

Und das auf eine Art und Weise, vor der sich die Preis-Jury mit hohem Respekt verneigt.

Mit dieser Person wird auch eine Profession ausgezeichnet, die oft droht in der Diskussion nicht erwähnt zu werden, die aber für die Gefangenen immer die erste Anlaufstelle darstellt: die Profession der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen.

Am Vorabend des Kongresses in der Volksanwaltschaft in Wien sagte der australische Arzt und Gesundheitsexperte Prof. Michael Levy: „The nurse is the centre of treatment“. Diese Aussage trifft sehr gut die Mittelpunkt Funktion, die Krankenpfleger oft im Vollzugsalltag für die Gefangenen einnehmen: Sie sind Versorger, Zuhörer, Kümmerer, Macher, Vertreter und Übersetzer der Ärzte gleichermaßen, sie stellen Verbindungen zum Vollzug und zu Einrichtungen in Freiheit her.

Weil KrankenpflegerInnen so selbstverständlich gute Arbeit leisten, hat man sich daran gewöhnt und spricht nicht groß drüber!

Unser diesjähriger Preisträger ist ein sehr mutiger Vertreter seiner Profession, voller Respekt für die Patienten, voller Kooperationsbereitschaft und kollegialer Unterstützung. Er schafft die Balance – wie viele KrankenpflegerInnen – zwischen den verschiedenen Erwartungen: Gefangene, Ärzte, Vollzug, Leitung, Externe Organisationen.

Der Preisträger schreibt dazu selbst:

„Zwar sieht man in ihm auch immer den Mitarbeiter des Gefängnis-systems, aber doch auch einen, dem man trotzdem vertrauen kann. Die wichtigsten Grundregeln für den Pflegeberuf in einer Justizvollzugs-anstalt sollten sein: Der respektvolle Umgang miteinander, sich Zeit zu nehmen für den Patienten, den Gefangenen als Mensch zu sehen und

die Zufriedenheit in sich selbst zu finden“.³⁷ Er hat sich sehr um ein professionelles Selbstverständnis der Kranken-pflegerInnen im Justizvollzug bemüht und um eine Selbstorganisation dieser Profession.

Er ist mutig und kämpferisch und legt sich auch mit dem Justizministerium seines Bundeslandes an, etwa wenn es um neue Behandlungen geht, oder wenn es um Prävention und Prophylaxe geht, die ungewöhnlich ist: in lebhafter Erinnerung bleibt seine Konzeption um ein Spritzenaustauschprojekt für ‚seiner‘ Anstalt, die von einem Justizminister der Partei Bündnis 90/Die Grünen allerdings mit Hinweisen auf die Nicht-Durchführbarkeit angesichts des Personals abgelehnt wurde. Und auch ansonsten hat er ‚sein‘ Justizministerium immer mal wieder in Erklärungsnot gebracht.

Den Preisträger in ‚seiner‘ Anstalt besucht zu haben, hat viele der professionsspezifischen Stärken spüren lassen: Wie selbstverständlich er die Balance zwischen den verschiedenen Professionen und Interessen in Haft bewältigt hat, wie sicher er im Spagat war.

Auch nach seiner Pensionierung war die Arbeit nicht beendet: seine Mitarbeit an der Charta der Bundesregierung zu „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“³⁸ (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.; Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.; Bundesärztekammer) hat die Situation im Vollzug beschrieben: wie auch hier Menschen schwerkrank sind und besonderer Hilfen bedürfen.

Der dritte Preisträger des Johannes-Feest-Preises ist der

Krankenpfleger Wilfried Weyl aus Butzbach!

Er ist jemand, dem die Bedarfe der Menschen in Haft, die oft aus ressourcenarmen Schichten der Gesellschaft kommen, Ausgegrenzte und Stigmatisierte am Herzen liegen, und mit Herzblut viel für deren Unterstützung tut und getan hat.

Wir brauchen Menschen wie ihn, um - lassen Sie es mich philosophisch ausdrücken - vom Wollen zum Können zu kommen...

Die Preis-Jury beglückwünscht Wilfried Weyl zu dem 3. Johannes-Feest-Preis!

³⁷ In: Keppler, Stöver (Hrsg.; 2009): Gefängnismedizin

³⁸ <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf>



Preisverleihung



Wilfried Weyl, Heino Stöver

Rückmeldungen der KonferenzteilnehmerInnen - Auszüge

- 1) Erwartungen an die Konferenz erfüllt?: 2/3 sehr gut, 1/3 gut.
- 2) Zufriedenheit mit den Inhalten: 2/3 sehr gut, 1/3 gut.
- 3) Zufriedenheit mit der Organisation: 2/3 sehr gut, 1/3 gut.

Besonders gefallen haben:

Die Führung JA Favoriten im Vorprogramm;

Die Themenauswahl und Vielfalt an Vorträgen;

Die Vorträge: Menschenrechte in Haft, Ende des Drogenkrieges,
Wirksamer Infektionsschutz, der philosophische Vortrag;

Die Lesung ‚Schwere der Schuld‘

Die Kompetenz und Vortragsstärke der ReferentInnen.

Der Mix aus Theorie und Praxis;

Möglichkeiten zum länderübergreifenden Austausch und Netzwerken.

Grundsätzliche Erläuterungen zu einigen Themen.

In den Arbeitsgruppen: praktische Anwendung und Übertragbarkeit.

Kritik

wurde an den zu dicht gedrängten Inhalten geübt und an der zu knappen Zeit für die Lesung – Diskussion und Austausch danach kamen zu kurz.



In der Volksanwaltschaft

Autorinnen und Autoren

Kai Abraham

Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz, Abteilung III, Referent
im Referat Justizvollzug
Salzburger Straße 21-25, 10825 Berlin, Tel.:030-9013-3268
kai.abraham@senjust.berlin.de

Vera Camenisch

Leiterin Sozialdienst, Betriebsleiterin heroingestützte Behandlung
Justizvollzugsanstalt Realta, Postfach 156, CH-7408 Cazis
vera.camenisch@ajv.gr.ch, gesundheitsdienst.realta@ajv.gr.ch

Christian Dorner

Diplomsozialarbeiter, Hausleitung dialog im PAZ dialog: Integrative
Suchtberatung
Modecenterstraße 14, A -1030 Wien, T +43 1 205 552 300
christian.dorner@dialog-on.at

Dr. med. Andreas Frei

Forensischer Psychiater Psychotherapeut FMH, Psychiatrie Baselland
CH – 6005 Luzern
Andreas.frei@pbl.ch

Dr. Thomas Galli RA

Bahnhofstraße 12,D- 86150 Augsburg, Tel.: 0821 / 153974
info@galli-riedl.de

Dr. Mag. Barbara Gegenhuber, MA

Geschäftsführerin SHH - SCHWEIZER HAUS HADERSDORF
Stationäre und ambulante Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen
A – 1140 Wien. Mauerbachstraße 34. T +43 1 979 10 83 – 29
www.shh.at, barbara.gegenhuber@shh.at

Dagmar Hedrich

Head of sector • Health consequences and responses Public health unit
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisbon, Portugal
www.emcdda.europa.eu ; Dagmar.Hedrich@emcdda.europa.eu

Dr. Peter Kastner

stellvertretender Geschäftsbereichsleiter in der Volksanwaltschaft
Volksanwaltschaft, A - 1015 Wien, Singerstraße 17
peter.kastner@volksanwaltschaft.gv.at

Mag. Dr. Martin Kitzberger

Leiter Forensisches Zentrum Asten
Technologiestrasse 5, A - 4481 Asten, Tel.: +43 7224 66160 7910
martin.kitzberger@justiz.gv.at

Bärbel Knorr

Deutsche AIDS-Hilfe, Strafvollzug Abteilung Strukturelle Prävention 2
Bereich: Drogen & Strafvollzug
Wilhelmstraße 138, D -10963 Berlin, Tel: +49 (0)30 690087-45
www.aidshilfe.de, baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. Michael Levy

Australian National University, Canberra
Michael.Levy@act.gov.au, michaelherbertlevy@outlook.com

Dr. Barbara Ryoshun Lutz

Lärchenstr. 15, 30161 Hannover
www.fruehlingsmond.com, balutz@gmx.de

Dr. Walter North

FA f. Psychiatrie und Neurologie, Ärztlicher Leiter PAZ dialog: Integrative
Suchtberatung: Geschäftsführung. Hegelgasse 8/11, A -1010 Wien,
Modecenterstraße 14, 1030 Wien, T +43 1 205 552 300
Walter.North@dialog-on.at

Dr. Nadine Ochmann

Universität Bremen FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Grazer Str. 2, D - 28359 Bremen
nochmann@uni-bremen.de

Prof. Dr. Jörg Pont

Brachtlgasse 20A, A - 1230 Vienna
joerg.pont@meduniwien.ac.at

Pascal Skopec

Forensisches Zentrum Asten (s.o.)

pascal.skopec@justiz.gv.at

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences

Fachbereich 4 Faculty „Health and Social Work“

Nibelungenplatz 1; 60318 Frankfurt/M, Tel. 069 -1533-2823

hstoever@fb4.fra-uas.de

Christoph Straub

GK Quest Akademie GmbH, Maaßstraße 28, D-69123 Heidelberg,

Tel. ++49 (0)6221 - 739 20 37

www.gk-quest.de, straub@gk-quest.de

www.motivational-interview.de, www.kiss-heidelberg.de

Dr. Katja Thane

Universität Bremen, FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Grazer Str. 2, 28359 Bremen

thane@uni-bremen.de

Wilfried Weyl

ehemal. Pflegedienstleiter JVA Butzbach

An der Prinzenmauer 2, D -35510 Butzbach

W.Weyl@gmx.de

Thomas Wilke

Goethe Universität, D-Frankfurt im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Reichenberger Str.179, 10999 Berlin, Tel. 0157 757 44 23 0

thomas.wilke@berlin.de

Prof Dr. Hans Wolff

CTP Mitglied, Division of Correctional Medicine and Psychiatry Geneva

University Hospitals

Ch. du Petit-Bel-Air 2 - CH-1225 Chêne-Bourg, Tel : +41 (0)22 305 52 18

hans.wolff@hcuge.ch

Anhang

Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger und Menschenrechte in deutschen Haftanstalten – ein Problemfall

Heino Stöver, Bärbel Knorr, Florian Schäffler

(Nachdruck aus „4. Alternativer Drogen und Suchtbericht 2017“)

Der Fall

Der Europäische Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) befasste sich in einem jüngsten Fall (WENNER vs. GERMANY³⁹) mit einem langjährig heroinabhängigen Mann, der seit 1975 an einer Hepatitis C Infektion leidet und seit 1988 HIV-positiv ist, und dem, trotz 17-jähriger Opioid-Substitutionstherapie (OST), diese Behandlung bei Haftantritt in einer bayrischen Justizvollzugsanstalt (JVA Kaisheim) verwehrt wurde. Den Empfehlungen eines 2010 erstellten externen internistischen Konsils, die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung zu überdenken, folgte der Anstaltsarzt nicht.

Der Antrag des Klägers auf Behandlung mit Substitutionsmedikamenten wurde von der Anstalt abgelehnt. Die Justizvollzugsbehörde hielt die Substitutionsbehandlung weder für notwendig noch geeignet. Auch in einem ähnlich gelagerten Fall entschied die JVA Kaisheim in gleicher Weise. Beide Gefangenen beschränkten den Klageweg. Die Beschwerde wurde in beiden Fällen sowohl vom Landgericht Augsburg als auch vom Oberlandesgericht München verworfen.

Dabei ließen die Begründungen an einer besonderen Kenntnis in der Behandlung Drogenabhängiger zweifeln und drückten eine Haltung gegenüber suchtmittelabhängigen Menschen aus, die mehr als fraglich erscheint, denn, so das Gericht, „der nicht therapierbare Kläger mit seiner antisozialen Persönlichkeit solle die einmalige Chance nutzen und sich in dem drogenfreien Raum von seiner Sucht befreien“ „Wer in diesem Verbund von Beratungs- und Behandlungsangebot in Verbindung mit einer nahezu lückenlosen und engmaschigen Kontrolle illegale Drogen konsumiert, sucht bewusst die Illegalität...“ und „Wer wie der ASt [Antragsteller] durch jahrzehntelange Resistenz gegenüber jedweder Therapiemaßnahme sein völliges Desinteresse an einer

³⁹Application n. 62303/13) vom 1.9.2016

([http://hudoc.echr.coe.int/eng/#{%22itemid%22:\[%22001-165758%22%22\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng/#{%22itemid%22:[%22001-165758%22%22]}))

therapeutischen Aufarbeitung seiner kriminalitätsmitbegründenden Suchtproblematik offenbart, kann nicht erwarten, dass die Vollzugsbehörde verpflichtet wäre, ihm die Zeit seiner Inhaftierung mit Drogensatzstoffen zu „überbrücken“ ...“.

Das Bundesverfassungsgericht lehnte am 10. April 2013 die Annahme der Verfassungsbeschwerde einer der Gefangenen ab. Der Betroffene wandte sich daraufhin erfolgreich an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR).

Beschlussbegründung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR)

In seiner Beschlussbegründung führte der EGMR am 1.9.2016 aus, dass in 41 der 47 Mitgliedstaaten des „Council of Europe (CoE)“ Opioid-Substitutionstherapien (OST) in Freiheit, in 30 von 47 auch in Haft existieren. Er entschied nicht, ob der Antragsteller tatsächlich eine OST benötigte, betonte aber die Notwendigkeit, dass zur Sicherung der erforderlichen medizinischen Behandlung durch die zuständigen Behörden ein/e unabhängige/r Arzt/Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Opioidabhängigkeit hinzuzuziehen ist. Darüber hinaus stellte der EGMR fest, dass eine Abstinenztherapie einen radikalen Wechsel in der medizinischen Behandlung des Antragstellers bedeutet hätte. Der EGMR begründete dies damit, dass laut der Ärzte in der vorangegangenen Entziehungsanstalt diese Therapieform versagt hat. Der EGMR war nicht überzeugt, dass der Antragsteller eine umfassende und angemessene medizinische Behandlung im Vollzug - vergleichbar mit einer in Freiheit durchgeführten Behandlung - erfahren hatte.

Etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen sind intravenös konsumierende Drogenabhängige oder zumindest konsumerfahren. Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jede_r zweite Gefangene als „drogengefährdet“, jede_r Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen wird (Stöver 2012). Gegenwärtig muss man bei etwa 63.600 Straf- und Untersuchungsgefangenen (Bundesärztekammer 2010) querschnittlich von ca. 15.000 (13.140-17.760) Opioidkonsumierenden bzw. -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregel, Polizeiarrest) - berücksichtigt man die Fluktuation im Vollzug, dann im Verlaufe eines Jahres von etwa doppelt so vielen. Etwa

jede_r Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 150.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit an einem Stichtag inhaftiert. Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsumierende im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen. Während man in Freiheit davon ausgeht, dass sich etwa 50% der Opioidabhängigen in einer OST befinden, sind es in Haft nur ca. 15% (bei ca. 2.300 Patient_innen). Gefangene profitieren also nur unzureichend vom medizinischen Fortschritt in der Drogentherapie.

Die Substitutionsbehandlung – auch in Haft ein wichtiger Baustein der Suchttherapie

Eine wesentliche Erweiterung des therapeutischen Spektrums in der Behandlung Opioidabhängiger ist durch die Substitutionsbehandlung erreicht worden. Sie kann seit ihrer Einführung eine erhebliche Reduktion des Konsums illegaler Opioide, Erfolge bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage und bei der sozialen Stabilisierung vorweisen (Stöver/Michels 2010). OST kann dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Es gibt Hinweise darauf, dass OST sich auch günstig auf kriminelles Verhalten auswirkt und drogenbedingte Bestrafungen, kriminelles Verhalten und damit das Risiko einer erneuten Inhaftierung reduziert, ebenso wie die Verstrickung in intramurale Subkulturen und die Wahrscheinlichkeit nach der Haftentlassung gegen Bewährungsaufgaben zu verstoßen (Pont/ Kastelic/Stöver et al. 2012). Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein 75% geringeres Risiko haben, in den ersten 4 Wochen nach Haftentlassung zu versterben (Marsden et al. 2017), sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben, v.a. bei OST in Verbindung mit einer Psychosozialen Begleitung (PSB; (Deimel/Stöver 2015)), und dort auch länger verweilen sowie unter aufrechterhaltender OST generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen bzw. erst später rückfällig werden als nicht Substituierte (Keppler/Knorr/Stöver 2011). Zusätzlich zu all diesen Vorteilen verhindert die Fortsetzung einer in Freiheit begonnen OST einen Anstieg von Hepatitis C-Neuinfektionen in Haft (Hedrich/ Alves/Farrell et al. 2012).

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

Gemäß dem Äquivalenzprinzip gelten auch intramural die 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Bundesärztekammer 2010). Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine OST von gegenwärtig abstinenter Opiatabhängigen in beschützender Umgebung wie Krankenhaus oder Gefängnis eingeleitet werden.

Sowohl die Fortführung als auch der Beginn einer Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) nach Haftantritt werden somit von der Bundesärztekammer in begründeten Fällen explizit empfohlen. Dies bedeutet, dass die Substitutionsbehandlung vor der Haftentlassung auch als Mortalitäts-/Morbidityprophylaxe für die besonders vulnerable Phase nach Haftentlassung eingesetzt werden kann.

Das EGMR-Urteil wird dazu führen, dass in den Ländern und Bundesländern mit eingeschränkter Substitutionsbehandlung, schon aufgrund der zu erwartenden Rechtsbeschwerden von Gefangenen, die Behandlungsangebote neu bewertet werden. Das Urteil betont das Äquivalenzprinzip der Gesundheitsversorgung in Freiheit und in Haft und erklärt die unterbliebene Begutachtung der Notwendigkeit der OST als Menschenrechtsverletzung.

Literatur

Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet, online verfügbar unter:

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/illigale-drogen/substitutionsgestuetzte-behandlung-opiatabhaengiger/richtlinie/>; letzter Zugriff: 08.05.2017.

Deimel D; Stöver H. (2015): Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger –Theoretische Verortung,

Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben. Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation (Sonderheft) 2015;28: 19-26

Hedrich D, Alves P, Farrell M et al. (2012): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction* 2012 Mar;107(3): 501-17

Kepler K, Knorr B, Stöver H. (2011). Was eine Substitutionsbehandlung leisten kann – Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen in Haft. In:

Hönekopp I., Stöver H, Hrsg. Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg i.B.: Lambertus, 2011: 81-97

Marsden, J., Stillwell, G., Jones, H., Cooper, A., Eastwood, B., Farrell, M., Lowden, T., Maddalena, N., Metcalfe, C., Shaw, J., Hickman, M. (2017): Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England. *Addiction* Feb 4 2017. doi: 10.1111/add.13779

Pont J; Kastelic A; Stöver H et al. (2012): Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe; 2012, online verfügbar unter:http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/broschuere_Substitution_in_Haft_2012.pdf; letzter Zugriff: 08.05.2017.

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

Stöver H; Michels II (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal* 2010; 7:17, online verfügbar unter:<http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17>; letzter Zugriff: 08.05.2017.

Impressum

Veranstalter und Programmkomitee

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Berlin, Prof. Dr. Heino Stöver,

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Berlin, Bärbel Knorr

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genf, Prof. Dr. Hans Wolff

Institut für Suchtforschung (ISFF) an der Frankfurt University of Applied Sciences, Prof. Dr. Heino Stöver

Schweizer Haus Hadersdorf (SHH), Wien, Dr. Barbara Gegenhuber

Organisation

akzept e.V. Christine Kluge Haberkorn

Südwestkorso 14; 12161 Berlin

akzeptbuero@yahoo.de

www.akzept.org

www.gesundinhaft.eu



Dokumentation

Gestaltung und Satz: Christine Kluge Haberkorn

Cover: Katja Fuchs, Mainz

Druck: Druckerei Dressler, Berlin

Fotos: Bärbel Knorr, Berlin

© bei den Autoren

Die Konferenz wurde ermöglicht durch die Unterstützung der Kooperationspartner

- Bundesministerium für Justiz Wien
- Volksanwaltschaft Wien
- Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH



sucht und drogen
koordination wien

Stadt+**Wien**



Unterstützer – Industrieausstellung



CompWare Medical GmbH

Robert-Bunsen-Str. 4, 64579 Gernsheim
www.CompwareMedical.de

Mundipharma Gesellschaft mbH

Apollogasse 16-18, A - 1170 Wien



G.L. Pharma GmbH

Schlossplatz 1, A - 8502 Lannach

nal von minden GmbH

Friedenstrasse 32,
D - 93053 Regensburg



Protzek Gesellschaft für



Biomedizinische Technik mbH
Tüllinger Str. 36a
D - 79539 Lörrach



Aktuelle Literatur

Pont, J.; Kastelic, A.; H. Stöver.; Ritter, C.; Knorr, B. (2018):
Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden.
Hrsg.: **Deutsche AIDS-Hilfe Berlin**



Risikominimierung im Strafvollzug 2017 – Arbeitsmaterialien zur HIV-
Prävention für Praktiker/innen. Hrsg.: **Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin**

BIS Verlag der Carl-von- Ossietzky -Universität Oldenburg:

Schriftenreihe Gesundheitsförderung im Justizvollzug

Heino Stöver: Gesundheit von Männern in Haft, 2016

1 Online-Ressource (129 Seiten) **ISBN: 978-3-8142-2352-0**

Gesundheit von Männern in Haft

Schriftenreihe "Gesundheitsförderung im Justizvollzug" ; Band 30

129 Seiten: Illustrationen, Diagr., **ISBN: 978-3-8142-2352-0 : 14.80 €**

Katja Thane:

Kein Entkommen?!- strukturelle Bedingungen der intramuralen

Gesundheitsversorgung von DrogenkonsumentInnen

Schriftenreihe "Gesundheitsförderung im Justizvollzug"; 29, 2015

281 S., Print-Version und Online-Ressource (PDF-Datei: 281 S., 1,5 MB).

ISBN: 978-3-8142-2318-6 : 19,80 Euro

