

AIDS-FORUM DAH

Band

52

Substitution in Haft

Heino Stöver (Hg.)

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

November 2007
Bestellnummer: 302052

Redaktion: Heino Stöver (Bremen), Bärbel Knorr
Bearbeitung: Christine Höpfner
Gestaltung: moniteurs
Satz: Carmen Janiesch
Druck: Conrad GmbH
alle Berlin

Spenden an die DAH

Konto 220 220 220
Berliner Sparkasse
BLZ 100 500 00
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20
BIC: BELAEBEXXX
Online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden. Nähere Informationen unter <http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

- 5 Einführung
Heino Stöver und Bärbel Knorr
- 11 Standards der Substitutionsbehandlung
Jörg Gölz
- 23 Probleme und Praxis der Substitution im Justizvollzug
Karlheinz Keppler
- 41 Substitution und psychosoziale Betreuung am Beispiel der JVA Berlin-Tegel
Robin Walborn
- 49 Rechtsfragen zu Substitution und Haft
Christine Graebisch und Sven-Uwe Burkhardt
- 66 Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer
Bärbel Knorr
- 78 Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen
Heino Stöver
- 88 Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis
– ein Literaturüberblick
Heino Stöver und Anke Stallwitz
- 96 Autorinnen und Autoren

Einführung

Die Substitution ist eine seit Jahren anerkannte Behandlungsform bei Opiat-abhängigkeit. Zu ihren in zahlreichen Forschungsarbeiten belegten positiven Wirkungen und Eigenschaften¹ gehören unter anderem:

- » Reduktion des Heroinkonsums
- » Senkung der Zahl drogenkonsumbedingter Todesfälle
- » soziale und gesundheitliche Stabilisierung
- » hohe Haltekraft und Reichweite
- » Verringerung der Kriminalität
- » Reduktion der Zahl erneuter Inhaftierungen
- » Verringerung der HIV-Übertragungsrate.²

In der Praxis allerdings werden nicht alle Potenziale der Behandlung genutzt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb im Februar 2007 über 50 Expertinnen und Experten aus allen Substitutionsfeldern nach Berlin eingeladen, um Vorschläge für einen Ausbau der Behandlung und – vor allem – die Verbesserung

¹ siehe Substitutionsbibliografien www.archido.de und www.indro-online.de

² siehe mit weiteren Übersichten: Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): *Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitutionsbehandlung in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*. Freiburg: Lambertus 2005; mit Nachweisen insbesondere für das Setting des Justizvollzugs: Stöver/Stallwitz, S. 88 in diesem Band

ihrer Qualität zu diskutieren.³ Offengelegt wurden dabei zahlreiche rechtliche Hürden, die zur geringen Akzeptanz der Substitution seitens der Ärzteschaft beitragen, und zugleich erhebliche Versorgungslücken: Außerhalb des Justizvollzugs bestehe ein starkes Stadt-Land-Gefälle, und „hinter Gittern“ sei das Behandlungsangebot äußerst begrenzt. Die Behandlung mit Ersatzstoffen, so heißt es in den Empfehlungen der Expertenrunde, sei daher verbesserungswürdig und müsse auch für inhaftierte Opiatabhängige gewährleistet werden, sowohl durch die Fortführung einer bereits draußen begonnenen Substitution als auch die Möglichkeit eines Behandlungsbeginns in Haft.

Dass die Substitution auch im Gefängnis-Setting ein geeignetes und sinnvolles Angebot darstellt, hat man in verschiedenen, meist außerhalb Europas durchgeführten Studien bereits nachgewiesen. Angesichts der Tatsache, dass HIV- und vor allem Hepatitis-Infektionen bei Gefangenen überproportional häufig vorkommen, sterile Spritzbestecke und Desinfektionsmittel in den Haftanstalten Deutschlands (wie auch anderer Länder) jedoch nicht erhältlich sind, ist insbesondere die infektionsprophylaktische Wirkung der Substitutionsbehandlung hervorzuheben: Durch den Drogensatzstoff wird das Verlangen nach Opiaten reduziert und folglich auch das mit intravenösem Konsum verbundene Infektionsrisiko; dass sich die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen bei Drogengebraucher(inne)n innerhalb der letzten 15 Jahre fast halbiert hat, ist sicherlich auch darauf zurückzuführen. Aber auch die Gefängnisse profitieren von der Substitution:

- » Entzugssymptome lassen sich besser kontrollieren
- » der Drogenhandel und -konsum wird reduziert
- » die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht
- » die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge und ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich.

Alles spricht also dafür, dass die Substitution hinter Gittern genauso verfügbar sein sollte wie in Freiheit. Die Bundesregierung jedenfalls hat sich in verschiedenen internationalen Übereinkünften und Empfehlungen verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, so unter anderem in der Dubliner Erklärung von 2004, in deren Präambel Gefangene als die am stärksten bedrohte Gruppe genannt sind. Bis 2010, so heißt es unter „Aktion 9“, sorgen die Regierungen dafür, dass 80 % der besonders vulnerablen Menschen Zugang zu Präventionsangeboten erhalten, die sich als wirksam erwiesen haben – Spritzenumtauschprogramme und die Substitutionsbehandlung gehören dazu. In Deutschland ist man davon allerdings noch weit entfernt, und bis 2010 wird dieses Ziel wohl kaum erreicht werden. Zwar ist die Substitutionsbehandlung bei den Justizvollzugsanstalten besser gelitten als die

³ vgl. akzept e. V./Stöver, H. (Hg.): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung*. Berlin 2007 (www.akzept.org); Stöver, H./Michels, I. I.: *Die Substitutionsbehandlung in Deutschland: Erfolgsgeschichte mit Hindernissen*. In: Dr. med. Mabuse, 168, Juli/August 2007, S. 51-53 (Langfassung unter: www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/168_StoeverMichels.pdf)

Spritzenvergabe. Ein Behandlungseinstieg während der Haft oder die Fortsetzung einer in Freiheit begonnenen Behandlung ist trotzdem nur vereinzelt möglich. Und wo dies der Fall ist, wird die Substitution nur allzu oft zum Gegenstand von Konflikten zwischen den Behandelten und den Behandelnden, wenn es z. B. um Indikation, Dosierung, psychosoziale Begleitung oder die Modalitäten der Medikamentenausgabe geht. Unabhängige Instanzen, an die Patient(inn)en ihre Beschwerden richten können oder die für die Sicherung der Behandlungsqualität Sorge tragen, gibt es freilich nicht.

Sicher, während der Substitution kommt es oft auch zu Problemen – das größte dürfte der Beikonsum sein. Draußen wird dieser häufig über Beschaffungsdelikte finanziert, die dann wieder zu Haftstrafen führen. In den Gefängnissen landen folglich überwiegend jene Substituierten, die schon vor ihrer Inhaftierung zusätzlich Drogen konsumierten. Beim Justizvollzugspersonal entsteht dadurch leicht der Eindruck, die Behandlung sei nicht wirksam. Die ablehnende Haltung gegenüber der Substitution wird oft auch damit begründet, dass die Ersatzstoffe ja ebenfalls Drogen seien, die Behandlung also nicht auf Abstinenz ziele, dass die Behandlung personalintensiv und teuer sei oder dass ihre Durchführung spezielle ärztliche Qualifikationen erfordere, über die man nicht verfüge. Wenn überhaupt, werden deshalb meist nur solche Gefangenen substituiert, die neben ihrer Opiatabhängigkeit schwerwiegende Begleiterkrankungen aufweisen. Für alle anderen bleibt dann nur der Entzug von der Droge – der, falls kein Entzugsbett frei ist, kalt auf der Zelle durchzustehen ist – oder vom Substitutionsmittel, das meist viel zu schnell auf Null reduziert wird.

Dieser Band ...

... beleuchtet die verschiedenen Aspekte der Substitution in Haft, setzt sich mit den Gründen auseinander, die in den Gefängnissen Deutschlands ein bedarfsgerechtes Angebot be- oder verhindern, und skizziert die Bedingungen für eine erfolgreiche Durchführung der Behandlung in diesem Setting. Hier ein Überblick über die Beiträge:

Der Einstieg ins Thema erfolgt durch **Jörg Gölz**, der die außerhalb des Justizvollzugs geltenden Bedingungen „guter Praxis“ benennt, an denen sich die Substitution in Haft messen muss, um eine vergleichbare Qualität zu erreichen. Er verdeutlicht, dass die Behandlung keine einsame ärztliche Entscheidung ist, sondern Sache eines Teams, zu dem der Arzt und das Praxispersonal, die Drogenberatung und nicht zuletzt die Patient(inn)en gehören. Und was sich draußen bewährt hat, so Gölz, sollte auch hinter Gittern Geltung haben – freilich in modifizierter Form, um den Besonderheiten des Settings Rechnung zu tragen. Dass dies allerdings

einen Paradigmenwechsel erfordert, zeigt **Karlheinz Keppler** auf. Denn gerade im Justizvollzug wird nach wie vor dem Maximalziel „Abstinenz“ Vorrang vor den – auch kurzfristig erreichbaren – Zielen der Schadensminimierung gegeben. Folglich versteht man hier unter Substitution meist nur eine Entgiftungs- oder Überbrückungsbehandlung und nicht den längerfristigen Einsatz von Ersatzmitteln *ohne* primären abstinenztherapeutischen Anspruch. Für jede Behandlungsoption gilt jedoch, dass sie fachgerecht, sprich: dem aktuellen medizinischen Standard gemäß durchzuführen ist. Und dazu liefert Keppler auch gleich die entsprechenden Informationen: welche Medikamente zum Einsatz kommen und wie sie wirken, wie man sie bei Entgiftung und Dauersubstitution dosiert, wie der Patient auf den Ersatzstoff eingestellt wird, wie mit Mischkonsum umzugehen ist und was man bei Urinkontrollen beachten muss.

Einblick in die Realität des Gefängnisalltags sowie die Chancen und Grenzen der Substitution in Haft angesichts massiver Drogenprobleme und chronischer Personalknappheit gibt **Robin Walborn** am Beispiel der Justizvollzugsanstalt Berlin-Tegel. Auffällig ist die Hochschwelligkeit des Behandlungsangebots, weshalb es auch nicht verwundert, dass die nur in geringer Zahl angebotenen Substitutionsplätze fast zur Hälfte nicht belegt sind. Wie der Autor darlegt, wird die Behandlung als Belohnung für Wohlverhalten verstanden, und wer sie erhält, hat sich bereits von den anderen Drogenkonsument(inn)en distanziert. Eine dauerhafte räumliche Distanz zu den allgegenwärtigen Drogen ist in den meisten Anstalten aufgrund von Überbelegung und mangelnder Binnendifferenzierung jedoch nicht herstellbar. Substitution in der Totalität des Gefängnisses bedeutet zugleich, dass weder der Arzt noch die psychosoziale Betreuung frei gewählt werden kann und sogenanntes Fehlverhalten (vor allem Beikonsum) eher sichtbar und auch schneller sanktioniert wird als draußen.

Und was ist, wenn der Anstaltsarzt bzw. die Anstalt eine Substitution verweigert? Haben opiatabhängige Gefangene überhaupt ein Recht auf eine Substitutionsbehandlung? Mit dieser Frage setzen sich **Christine Graebisch** und **Sven-Uwe Burckhardt** auseinander. Die Autoren geben einen Überblick über den juristischen Meinungsstand zum Thema, untersuchen Begründungen, mit denen eine Substitution in Haft abgelehnt werden könnte, und gehen auf die Möglichkeiten zur rechtlichen Durchsetzung einer verweigerten Behandlung ein. Ihr Fazit: „Die bisherige Rechtspraxis in Deutschland bietet wenig Anlass zu Optimismus.“ Dennoch, so die Autoren, solle man nicht resignieren, denn es gebe ja noch die Möglichkeit von Musterprozessen, ein hierzulande noch wenig bekannter und erprobter Weg.

Wie man in den einzelnen Bundesländern mit der Substitution in Haft verfährt, hat **Bärbel Knorr** in einer schriftlichen Umfrage bei den Justizministerien der Länder ermittelt, deren Ergebnisse sie hier präsentiert. Ob die Behandlung

zum Angebot gehört, wann, wie lange und unter welchen Bedingungen substituiert wird, wie man es mit der psychosozialen Betreuung hält und auf welche Rechtsgrundlagen man sich stützt: all das, so zeigt die Autorin, wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Heterogenität kennzeichnet auch die Behandlungspraxis in den Gefängnissen der Europäischen Union, wie **Heino Stöver** anhand der Ergebnisse eines europäischen Forschungsprojekts zur Quantität und Qualität der Substitutionsbehandlung in Haft zeigt. Und fast überall wird die außerhalb des Justizvollzugs erreichte Substitutionsrate deutlich unterschritten. In der Regel reduziert sich die so häufig postulierte „Bekämpfung des Drogenproblems“ im Gefängnis auf Abstinenzappelle; evidenzbasierte Angebote auf dem Weg zu diesem langfristigen Ziel werden nicht unterbreitet. Mit dem Verzicht auf die Substitution werden die Chancen auf eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung der Gefangenen und eine Verbesserung des Gefängnisclimas jedoch vertan. Die von **Heino Stöver** und **Anke Stallwitz** in einem abschließenden Literaturüberblick skizzierten Forschungsberichte zu den positiven Wirkungen der Substitutionsbehandlung in Haft lassen dies noch einmal deutlich werden.

Mit diesem Band wenden wir uns an alle, die im Justizvollzug Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen tragen. Wir wünschen uns, dass er die fachliche Diskussion zum Thema befördert und zu einem (verstärkten) Engagement für die Etablierung der Substitution als Standardangebot in Haft ermutigt. Dafür gewinnen möchten wir vor allem die Anstaltsärztinnen und -ärzte, denn von ihrer professionellen Haltung zur Drogenabhängigkeit hängt es ab, ob sich auch für diejenigen Betroffenen neue Perspektiven eröffnen lassen, für die eine Abstinenz (vorerst) ein unrealistisches Ziel darstellt.

Bremen und Berlin im November 2007

*Heino Stöver, Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen
Bärbel Knorr, Bereich Drogen/Strafvollzug der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.*

Standards der Substitutionsbehandlung

Jörg Gölz

Einleitung

In den letzten 20 Jahren haben sich in Deutschland bestimmte Standards für die Substitutionsbehandlung drogenabhängiger Menschen entwickelt. Im Wesentlichen beruhen sie auf den Vorgaben aus folgenden Quellen:

- » *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger* (BÄK 2002)
- » *Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien)* (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2003)
- » *Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger (ASTO-Handbuch)* (ÄK Westfalen-Lippe 2001)
- » *Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zur postakuten Behandlung Opiatabhängiger* (Havemann-Reinecke u. a. 2004)
- » *Veröffentlichungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin* (Gözl 1999, Gözl 2000, Backmund u. a. 2006)

- » *Konsensus-Texte der Weltgesundheitsorganisation (WHO/UNODC/UNAIDS 2004)*
- » *Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) (Lander/Möller 2001).*
Die unterschiedlichen Interessen und Absichten der Urheber von Leit- und Richtlinien haben zu einer Sammlung oft inkonsistenter Verlautbarungen geführt. Die Grundsätze von Harm Reduction werden teilweise konterkariert durch Kontrollbedürfnisse im Betäubungsmittelverkehr, und praxisorientierte Regeln prallen auf Vorgaben, welche die Substitutionstherapie aus gesundheitspolitischen Gründen einschränken wollen. Doch trotz der ständigen Konkurrenz zwischen Prohibitivtendenzen, gesundheitspolitischen Sparwünschen, ideologischer Ablehnung und multiplen Gruppeninteressen (z. B. alleiniges Dispensierrecht der Apotheker^a) sind einigermaßen praktikable Standards zur Substitutionsbehandlung entstanden, die allerdings noch dringender Änderungen bei mehreren Alltagsroutinen bedürfen.

Voraussetzungen der Substitution

Institutionelle Seite

12

Substituierende Ärztinnen und Ärzte müssen prinzipiell bereit sein, Drogenkonsument(inn)en zu behandeln, und sollten keine ideologisch begründeten Widerstände gegen diese Form der Therapie haben. Darüber hinaus benötigen sie eine Fortbildung für die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“, deren theoretischer Teil von den Ärztekammern angeboten und deren praktischer Teil durch eine Hospitation in einer substituierenden Praxis erfüllt wird.

Eine Substitutionspraxis oder -ambulanz muss in ein Netz folgender Kooperationspartner eingebunden sein:

- » Drogenberatung
- » Einrichtungen zur Wochenendvergabe
- » psychiatrischer Konsiliardienst
- » infektiologischer Konsiliardienst
- » stationäre Abteilung zum Entzug von Beikonsum
- » ambulante oder stationäre Langzeittherapie
- » Schuldenberatung
- » Arbeitsagentur, ARGE, Jobcenter
- » Sozialamt
- » Jugendamt.

Die Organisation nach innen muss der besonderen Dynamik suchttherapeutischer Beziehungen gerecht werden. Dies geschieht durch regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen und eventuell durch externe Supervision. Nur so kann den Ma-

^a Nach dem derzeit gültigen Recht sind nur Apotheken, nicht aber Ärzte zur Abgabe (= Dispensierung) von Medikamenten (z. B. Substitutionsmitteln) berechtigt.

nipulationsversuchen von Drogenkonsument(inn)en begegnet und deren Tendenz zur reinen Bedürfnisbefriedigung eingeschränkt werden. Auch für die Mitarbeiter/innen des Praxisteamts gilt ein Verhaltenskodex, damit Drogenpatient(inn)en vor Willkürakten geschützt werden:

- » respektvolle Umgangsformen
- » Akzeptanz abweichender Lebensentwürfe
- » empathischer Kontakt ohne Identifizierung mit dem Patienten
- » Festhalten an eigenen Maßstäben
- » Kontrolle der eigenen Gegenübertragungsgefühle^b und Affekte
- » klare Zuordnung von Kontroll- und Handlungskompetenzen
- » diskreter Umgang mit Laborwerten und Diagnosen
- » Überwachung der Einhaltung des Regelwerks
- » sachliche Konfrontation bei Regelverstößen
- » Diskretion bei Urinkontrollen und der Abgabe des Substitutionsmittels
- » Urinabgabe unter Aufsicht nur durch Mitarbeiter/innen gleichen Geschlechts
- » Vermeidung von Verführungssituationen (frei liegende Rezepte, Wertgegenstände und Medikamente, leicht zugängliche Opiate)
- » Substituierte nicht allein am Tresen, im Sprechzimmer oder in Funktionsräumen zurücklassen.

Die Erstellung eines solchen Regelwerks allein schafft noch kein therapeutisches Milieu. Seine Einhaltung muss auch wirksam überwacht werden; Regelverstöße sind zu thematisierten, Sanktionen bekannt zu machen und bei Verstößen anzuwenden.

Patientenseite

Das Regelwerk für Patient(inn)en umfasst folgende Punkte:

- » Vereinbarung individueller Ziele und Teilziele
- » Verbot von Gewalt und Kriminalität
- » Verbot, sich unter Drogeneinfluss in der Praxis aufzuhalten
- » die Praxis ist kein Treffpunkt, sondern nur für die Methadoneinnahme da
- » Regeln fürs Verhalten im Haus der Arztpraxis (z. B. Hunde an bezeichneten Plätzen anleinen, Rauchen nur außerhalb des Treppenhauses, respektvoller Umgang mit Hausbewohnern)
- » Beachten der Vergabezeiten für das Substitutionsmittel
- » Regeln für Take-home-Dosierungen, die Versorgung im Urlaub und die Wochenendvergabe
- » Regeln für Dosisänderungen
- » keine Abgabe des Substitutionsmittels bei Beikonsum

b Gegenübertragung: Dieser aus der Psychoanalyse stammende Begriff bezeichnet eine Form der Übertragung, bei welcher der Arzt/Therapeut auf das Verhalten des Patienten reagiert und auf diesen seine eigenen Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche richtet. Dadurch verlässt er – in der Regel vorübergehend – seine objektive Position.

- »» Einhaltung der Termine beim Arzt und der Drogenberatung
- »» Regeln für den Arztwechsel
- »» Einwilligung in unangekündigte Urinkontrollen
- »» Einwilligung in Basisdiagnostik und Verlaufskontrollen (chronische Erkrankungen)
- »» abgestufte Sanktionen bei Regelverstößen.

Ein verbindliches Regelwerk zum Verhalten während der Substitutionsbehandlung ist unverzichtbar, da es sowohl für das Praxisteam als auch die Patient(inn)en Klarheit schafft. Jeder Patient ist bei Beginn der Behandlung damit vertraut zu machen und hat als Voraussetzung zur Behandlung das Regelwerk mit seiner Unterschrift zu akzeptieren. Nur so können Verstöße identifiziert und bearbeitet werden.

Indikation/Kontraindikation

Eine Indikation^c zur Substitutionsbehandlung liegt immer dann vor, wenn schadensmindernde Maßnahmen im somatischen, psychischen und sozialen Bereich notwendig erscheinen und beim Abhängigen der Wunsch nach Beendigung des Konsums illegaler Drogen und der damit verbundenen Begleitumstände und Gefahren besteht. Ob dieses Ziel eher durch eine Substitution oder eine Abstinenztherapie erreicht werden kann, hängt von den äußeren Bedingungen und dem Konsens zwischen Arzt und Patient ab.

Die einzige Kontraindikation^d für eine Substitutionsbehandlung sind individuelle Bedingungen, die eine zusätzliche Intoxikationsgefahr durch das Substitutionsmittel erwarten lassen. Dies ist der Fall bei unkontrollierbarem politoxikomanem^e Beikonsum.

Diagnostik, Therapieziele, Behandlungsplan

Eine umfangreiche Diagnostik somatischer und psychiatrischer Erkrankungen sowie die sozialen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten bilden die Basis eines realistischen Behandlungsplans. Die standardisierte Basisdiagnostik sollte folgende Daten und Befunde erfassen:

- »» biografische Anamnese, Berufsausbildung, aktuelle soziale Lage
- »» Suchtanamnese, Strafen, Bewährung, offene Verfahren
- »» medizinische Anamnese
- »» psychiatrischer und körperlicher Status

^c Indikation (= Anzeige): Grund oder Anlass, der die Durchführung einer medizinischen Maßnahme rechtfertigt

^d Kontraindikation (= Gegenanzeige): Grund oder Anlass, der gegen die Durchführung einer medizinischen Maßnahme spricht

^e politoxikoman: abhängig von mehreren verschiedenen Drogen

- » Labordiagnostik: Drogenscreening im Urin, großes Blutbild, Nieren- und Leberfunktion, chronische Viruserkrankungen (HIV, Hepatitis C und B)
- » EKG, Spirometrie^f.

Aufgrund dieser Datensammlung kann eine Koordinierung von medizinischer Behandlung, psychosozialer Stabilisierung und beruflicher Rehabilitation erfolgen. Die Planung hierzu sollte in einzelnen Teilschritten zeitlich festgehalten werden, um im Verlauf die Fortschritte überprüfen zu können.

Praxis der Substitutionsbehandlung

Behandlungsvertrag/Behandlungsausweis

Arzt, Drogenberater und Patient unterschreiben vor Beginn der Behandlung einen Behandlungsvertrag. In diesem Vertrag werden die Abgabemodalitäten, die Form der psychosozialen Betreuung, die vorläufige Dauer der Substitution, Abbruchgründe und die individuellen therapeutischen Ziele festgelegt. Besonders wichtig ist die schriftliche Bestätigung, dass auf die Gefahr der Intoxikation durch Beikonsum anderer atemdepressiver Substanzen hingewiesen wurde.

Der Patient erhält zusätzlich ein ärztliches Attest, in dem die tägliche Dosis und die Abgabemodalitäten vermerkt werden. Dieses Attest hat er in seiner Brieftasche leicht auffindbar aufzubewahren. Es dient zur Information anderer Kolleg(inn)en, z. B. bei Unfällen, Verhaftungen oder stationären Aufnahmen.

Substitutionsmittel, Dosisfindung

Derzeit sind folgende fünf Substanzen zur Substitution zugelassen:

- » D/L-Methadon
- » L-Methadon (Polamidon[®])
- » Dihydrocodein (DHC)
- » Buprenorphin (Subutex[®])
- » Buprenorphin + Naloxon (Suboxone[®])

D/L-Methadon und L-Methadon sind aktuell der Standard für Patient(inn)en, die noch eine dämpfende, gefühlabschirmende Wirkung der Opiate benötigen. L-Methadon verursacht deutlich weniger Nebenwirkungen (weniger Schwitzen, weniger Müdigkeit, weniger Übelkeit), ist aber in Dosierungen über 60 mg teurer als D/L-Methadon. Dihydrocodein ist nur noch in zu begründenden Ausnahmefällen als Substitut zugelassen. Buprenorphin eignet sich für Patient(inn)en, die in der beruflichen Rehabilitation einen klaren Kopf benötigen oder inzwischen so ausgeglichen sind, dass sie ihre Gefühlswelt wieder ohne Dämpfung ertragen können. Im März 2007 wurde Buprenorphin mit dem Opiatantagonisten Naloxon in den Handel gebracht (Suboxone[®]). Bei missbräuchlichem intravenösem Konsum der

^f Spirometrie: medizinisches Verfahren zur Messung und Aufzeichnung des Lungen- bzw. Atemvolumens

(vorher aufgelösten) Tablette wird Buprenorphin unwirksam, weil intravenös verabreichtes Naloxon den Opiatrezeptor besetzt.

Die Anfangsdosis wird nach folgenden Faustformeln ermittelt:

- » tägliche Heroinmenge in mg : 30 = L-Methadon in mg
- » tägliche Heroinmenge in mg : 15 = D/L-Methadon in mg
- » tägliche Heroinmenge in mg : 75 = Buprenorphin (nicht mehr als 24 mg/24 h)
- » tägliche Heroinmenge in mg = DHC-Menge in mg

Aus Sicherheitsgründen sollte man bei der Ersteinstellung zunächst nicht mehr als 60 mg D/L-Methadon, 30 mg L-Methadon oder 8 mg Buprenorphin verabreichen. Bei Entzugssymptomatik innerhalb weniger Stunden kann entsprechend nachdosiert werden.

Anpassung der Dosis, Interaktionen, Umstellen auf anderes Substitut

Im Verlauf der Substitution ist die einmal gefundene Dosis gelegentlich neuen Bedingungen anzupassen: Bei fieberhaften Erkrankungen mit beschleunigtem Stoffwechsel wird vorübergehend meist eine höhere Dosis benötigt, ebenso in länger andauernden außergewöhnlichen Anspannungs- und Stresssituationen. Eine Reihe von Medikamenten können den Opiatspiegel erheblich beeinflussen, indem sie die Abbauenzyme der Leber (überwiegend Cytochrom P450 3A) hemmen oder aktivieren:

16

beschleunigter Abbau durch:	verzögerter Abbau durch:
Rifampicin	Cimetidin
Rifabutin	Chinidin
Phenytoin	Beta-Blocker
Phenobarbital	Antidepressiva (SSRI)
Nelfinavir	Antimykotika
Nevirapine	Antiarrhythmika
Efavirenz	Indinavir
Carbamazepin	Saquinavir
	Amprenavir
	Lopinavir
	Delavirdin

Urinkontrollen

In unregelmäßigen Zeitabständen wird der Urin des Patienten kontrolliert. Das Screening umfasst folgende Substanzen:

Substanz	Nachweisdauer in Tagen	verfälschbar durch
L-Polamidon	bis 3	NaCl
D/L-Methadon	bis 3	NaCl
Buprenorphin	bis 4	nicht bekannt
DHC	1–3	NaCl
Amphetamine	1–3	NaCl
Heroin	1–3	NaCl/Bleichmittel
Kokain	2–4	NaCl
Barbiturate	1–21	Seife
Benzodiazepine	< 1–14	Seife
Cannabis	3–30	vermehrte Flüssigkeitsaufnahme + Entwässerungsmittel (z. B. Diuretika)

Bei Verdacht auf Alkoholkonsum empfiehlt sich auch die Bestimmung des Blutalkoholspiegels, um das Ausmaß des Beigebrauchs zu objektivieren.

Maßnahmen gegen manipulierte Urinkontrollen:

- » unregelmäßige, nicht angekündigte Urinkontrollen
- » Kontrolle auf Körpertemperatur
- » Kontrolle auf verfälschende Substanzen
 - >> Urin trübe: Flüssigseife
 - >> Urin-pH über 7: Bleichmittel, Augentropfen
 - >> spezifisches Gewicht > 1030: Natriumchlorid (NaCl)
- » Kontrolle auf Methadonmetabolite.

Anfangs sollten die Urinkontrollen wöchentlich einmal stattfinden. Nach einem Vierteljahr reichen dann ein bis zwei Kontrollen pro Monat. Sind diese Kontrollen regelmäßig negativ, reichen im weiteren 10–12 Kontrollen pro Jahr. Serien mit mehreren Urinkontrollen im Abstand von wenigen Tagen sind indiziert, wenn der Verdacht eines regelmäßigen Nebenkonsum bestätigt werden soll.

Umgang mit Nebenkonsum

Bei manifester Abhängigkeit von weiteren Drogen müssen diese erst einmal stationär entzogen werden, bevor mit der Substitution begonnen wird. Bei 50 % der Substituierten ist der zusätzliche Konsum anderer psychotroper Substanzen (z. B. Kokain, Alkohol) und Medikamente (z. B. Benzodiazepine) über lange Zeiträume die Regel. Sofern der Beikonsum nicht lebensgefährdend ist, sollte er zunächst nur Anlass sein, im Gespräch gemeinsam die Ursachen zu erforschen und eine allmäh-

liche Verhaltensänderung herbeizuführen. Liegt der Versuch einer Selbsttherapie mit ungeeigneten Mitteln vor, sollte der Arzt den Beikonsum durch eine medizinisch sinnvolle Therapie ersetzen. Erst wenn diese Maßnahmen nicht zu einer Änderung führen, ist der Abbruch der Substitution zu erwägen. Hier gelten aber keine festen Regeln, stattdessen ist individuell angepasstes Reagieren notwendig. Vor allem, wenn gleichzeitig eine soziale Reintegration und eine berufliche Rehabilitation gelungen ist, sollte ein fortgesetzter unproblematischer Nebekonsum nicht mit einem Therapieabbruch geahndet werden. Das Gleiche gilt bei multimorbiden^g Patient(inn)en, die pünktlich ihre Arzt- und Monitoringtermine^h einhalten. Die Erfüllung der fundamentalen Therapieziele ist entscheidend für die Aufrechterhaltung oder den Abbruch der Substitution, nicht der gelegentliche Beikonsum.

Abbruch der Substitution

Es gibt mehrere Gründe, die Substitutionsbehandlung abzubrechen. Schwere Verstöße gegen das Vertrauensverhältnis zwischen Praxismitarbeiter(inne)n und Substituierten – z. B. Diebstahl in der Praxis oder bei anderen Patient(inn)en, Gewaltandrohung oder Ausübung von Gewalt, Betrugsmanöver mit Rezepten oder Bescheinigungen, Dealen in der Praxis – führen zwangsläufig zum Abbruch der Substitution. Weitere Gründe sind ein lebensgefährdender Beikonsum, der trotz mehrerer Interventionen nicht aufgegeben wird, und das Bekanntwerden von Sachverhalten, die darauf hinweisen, dass eine Änderung des Lebensstils trotz Substitution nicht eintritt; typisch dafür sind fortgesetzte Kriminalität, Dealerei und Prostitution, obwohl der Grund für diese Form der Geldbeschaffung durch die Substitution nicht mehr besteht. Anlass für einen Abbruch ist ebenso, wenn im Behandlungsverlauf sichtbar wird, dass die vereinbarten Ziele nicht zu verwirklichen sind.

Kooperation mit Drogenberater(inne)n

Neben den Arzthelfer(inne)n oder Krankenpflegekräften sind die Drogenberater/-innen die wichtigsten Kooperationspartner der Ärztinnen und Ärzte bei der Substitutionsbehandlung.

Der Arzt muss dabei berücksichtigen, dass die Angehörigen dieser Berufsgruppe einen anderen Blickwinkel haben und berufsspezifisch andere Prioritäten setzen. Die übliche Weisungsbefugnis, wie sie gegenüber medizinischen Hilfsberufen besteht, findet hier keinen Platz. Der Arzt kann seine Koordinationsfunktion nur dann erfüllen, wenn er für die Vorschläge der Mitbetreuenden offen ist. Das Arbeitsverhältnis sollte von gegenseitigem Respekt für die Kenntnisse des anderen und wechselseitiger Anerkennung der Kompetenzbereiche geprägt sein.

Der Arbeitsstil beider Berufsgruppen bei drogenabhängigen Patienten/Klienten wird von jeweils unterschiedlichen Faktoren bestimmt:

^g Multimorbidität: gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen bei einer Person

^h Monitoring: Überwachung einer Maßnahme oder eines Prozesses, hier: der Substitutionsbehandlung

Ärztin/Arzt

- » geringe Nähe zur Lebenswelt Drogenszene
- » Vorsicht in Dosierungsfragen
- » eingengter Handlungsspielraum durch Betäubungsmittel- und BUB-Regelungen
- » Bedürfnis nach formaler Absicherung und konkretisierter Regelung der Behandlung
- » Wunsch nach Verständnis des Patienten für die ärztliche Haltung.

Drogenberater/in

- » langjähriger Umgang mit Drogenabhängigen
- » größere soziale Nähe zu den Klient(inn)en
- » mehr (oder der Wunsch nach) Gelassenheit und Toleranz gegenüber den Klient(inn)en
- » Handeln jenseits eines starren Regelsystems.

Aus diesen berufsspezifisch unterschiedlichen Haltungen ergeben sich in der Substitutionspraxis häufig Probleme. Eine Besinnung auf die jeweilige Kompetenz vermag dann ein ruhiges und produktives Arbeitsklima zu schaffen:

Kompetenzbereich des Arztes/der Ärztin

- » medizinische Diagnostik und Therapie
- » Kontrolle des Beigebrauchs
- » Dosierung des Substitutionsmittels
- » Führung in Krisensituationen.

Kompetenzbereich des Drogenberaters/der Drogenberaterin

- » lebenspraktische Unterstützung
- » Stabilisierungs- und Orientierungshilfe
- » Vertrauensperson
- » Kenntnisse des Drogenmilieus.

Gemeinsame Kompetenzen

- » Beurteilung von Zeichen des Beigebrauchs
- » Gespräche in Krisensituationen
- » Beurteilung von Entwicklungsverzögerungen.

Als zentrale Kooperationspartner in der Substitutionsbehandlung müssen sich Arzt und Drogenberater auf ihr therapeutisches Zusammenspiel besinnen und die Gefahr vermeiden, von den Patient(inn)en gegeneinander ausgespielt zu werden.

Unterschiede zwischen der Substitution innerhalb und außerhalb des Gefängnisses

Das Strafvollzugsgesetz fordert, dass die allgemeinen Lebensbedingungen in Haft sich nicht wesentlich von denen außerhalb des Strafvollzugs unterscheiden dürfen. Das gilt auch für die medizinische Versorgung. Also gibt es keinen Grund, weshalb die Standards der Substitutionstherapie nicht auch im Gefängnis Geltung haben sollten. Allerdings sind hier Modifikationen des Verfahrens notwendig, die den Zielen der Haft und den Abläufen im Haftalltag Rechnung tragen.

Der Zugang zur Substitutionsbehandlung in Haft variiert von Bundesland zu Bundesland, zwischen großstädtischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen und darüber hinaus auch noch von Anstalt zu Anstalt. Unabhängig von dieser oft auch ideologisch geprägten Heterogenität gibt es eine Reihe spezifischer Merkmale, aufgrund derer sich die Substitutionsbehandlung in Haftanstalten von der in Freiheit unterscheidet:

» Hohe Patientenzahlen, begrenzte Behandlungskapazitäten

Die Haft dient in erster Linie dem befristeten Freiheitsentzug und der Resozialisierung; die medizinische Behandlung chronischer Erkrankungen wird dabei zwangsläufig übernommen. Die Ärztinnen und Ärzte in den Haftanstalten haben es freilich mit weitaus größeren Patientenzahlen zu tun als die niedergelassenen Ärzte, die die Zahl neuer Drogenpatient(inn)en nach ihren eigenen Wünschen steuern können. Aufgrund der dünnen Personaldecke in den meisten Haftanstalten sind die Kapazitäten für die Substitution in Haft jedoch begrenzt – sämtliche Drogenkonsument(inn)en zu substituieren, die diese Behandlung wünschen, ist derzeit kaum möglich. In der JVA Moabit beispielsweise sind von den pro Jahr 1.100 neu aufzunehmenden Drogenabhängigen etwa 200 bereits draußen substituiert worden. Würde ein Arzt nur diese Gefangenen weiterbehandeln, läge er schon weit über der festgelegten Höchstgrenze von 50 Substitutionsbehandlungen, die er gerade noch bewältigen kann. Doch die Anstaltsärzte haben ja auch noch andere Häftlinge zu versorgen. Das Angebot einer fachlich ordnungsgemäßen Substitution erzwingt daher eine Begrenzung der Zahl der Substitutionspatient(inn)en. Dies müsste jedoch zugleich bedeuten, dass bei bestehender Indikation die Inhaftierung zurückgestellt wird, bis wieder ein Substitutionsplatz frei wird. Tatsächlich lösen lässt sich das Problem des beschränkten Behandlungszugangs jedoch nur durch eine Aufstockung des medizinischen Personals.

» Beeinträchtigt Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt

Inhaftierte Drogenabhängige (wie auch andere Gefangene) haben keine freie Arztwahl und die Anstaltsärzte keine freie Patientenwahl. In Freiheit suchen sich

die Patient(inn)en einen Arzt aus, mit dem sie zurechtkommen, und bitten um eine Substitutionsbehandlung. In Haft jedoch erhalten Drogenabhängige ihren Arzt kraft seines Amtes. Daraus ergeben sich in vielen Fällen schlechte Voraussetzungen für ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

» *Hohe Zahl von Gefangenen mit dissozialen Störungenⁱ*

Bei wiederholt inhaftierten Drogenabhängigen liegen häufiger dissoziale Störungen vor als bei jenen, die in die Praxen substituierender Ärzte kommen. Diese dringend Behandlungsbedürftigen finden schon draußen schwerlich einen Arzt, der sie in Behandlung nimmt – in den Anstalten jedoch werden sie selbst bei bestehender Indikation fast nie substituiert. Die hier erforderliche fachliche Unterstützung kann durch eine Kooperation zwischen Schwerpunktpraxen und Haftanstalten und die Mitarbeit von Anstaltsärzt(inn)en in den Qualitätszirkeln substituierender Ärzte sichergestellt bzw. verbessert werden.

» *Geringe Toleranz gegenüber Beikonsum*

Draußen erfolgreich Behandelte haben meist nur wenig Beikonsum und werden selten inhaftiert. In den Haftanstalten sind daher vor allem Substituierte anzutreffen, die schon draußen zusätzlich Drogen konsumiert haben und wegen Beschäftigungsdelikten inhaftiert wurden – wodurch der Eindruck entsteht, die Substitution sei keine geeignete Behandlungsform. Das in Haft häufig beeinträchtigte Arzt-Patient-Verhältnis, die kritische Einstellung vieler Anstaltsmediziner/innen gegenüber der Substitution sowie der Umstand, dass das Haftpersonal überwiegend mit Gefangenen mit problematischen Suchtverläufen konfrontiert wird, dürften die Hauptgründe sein, weshalb in Haftanstalten die Toleranz gegenüber Beikonsum geringer ist als in der freien Praxis. Wird bei Haftantritt Drogenkonsum nachgewiesen, werden diese Gefangenen häufig nicht weitersubstituiert. Beikonsum sollte jedoch nicht automatisch zum Behandlungsausschluss führen; vielmehr sollten geeignete Rahmenbedingungen für eine erfolgreichere Behandlung in Haft geschaffen werden. Nur so lässt sich der Drehtüreffekt (Entlassung/erneute Inhaftierung) verringern und eine wirkliche Chance für die Resozialisierung eröffnen.

» *Erschwerte Bedingungen für das Erlernen eines verantwortlichen Umgangs mit dem Substitutionsmittel*

In Haftanstalten ist es zum einen nicht möglich, mehrere Tagesdosen gemäß der Take-home-Regelung abzugeben, da der Häftling keinen sicheren Aufbewahrungsort dafür finden würde. Zum anderen werden Substituierte durch Mithäftlinge dazu verleitet, das Substitut wieder „abzuspucken“, um sie mit Opiaten zu versorgen. Als Ort der Einnahme bietet sich daher nur der Medizinische Dienst

ⁱ Eine dissoziale Störung ist gekennzeichnet durch Missachtung sozialer Verpflichtungen und Normen, eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten.

an, wo kontrolliert werden kann, ob die Dosis auch tatsächlich geschluckt wird. In jedem Fall ist vor der Haftentlassung mit den Patient(inn)en zu besprechen, wie ein verantwortlicher Umgang mit dem Substitutionsmittel gewährleistet werden kann. Auch hier ist eine Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sinnvoll.

Da auch von den Gefängnisverwaltungen eingeräumt wird, dass die Haftanstalt kein günstiges Umfeld für das Eingewöhnen in eine dauerhafte Abstinenz ist, werden viele Gefangene kurz vor der Entlassung wieder auf Methadon gesetzt, um sie vor den Gefahren eines Rückfalls zu schützen. Hier gibt es kaum Behandlungsbeschränkungen, da die Substituierten rasch in das Versorgungssystem der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte entlassen werden.

So manche Verbesserung in diesem System kann durch das Engagement des Personals der Haftanstalten herbeigeführt werden. Umfassende Veränderungen sind jedoch nur möglich, wenn die politisch Verantwortlichen die dazu notwendigen Entscheidungen fällen und die Mittel bereitstellen, die einen breiteren Zugang zur Substitution in Haft sichern könnten.

Literatur

22

ÄK Westfalen-Lippe 2001

Ärztekammer Westfalen-Lippe: ASTO-Handbuch. Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Münster 2001

Backmund u. a. 2006

Backmund, M./Hinrichsen, H./Rossol, S./Schütz, C./Soyka, M./Wedemeyer, H./Reimer, J.: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern. In: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 8(3), 129–133

BÄK 2002

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 22. März 2002). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 99(21), 1458–1461

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2003

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 100(3), 128–130

Gözl 1999

Gözl, J.: Der drogenabhängige Patient. Handbuch der schadensmindernden Strategien. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer 1999, 282–312

Gözl 2002

Gözl, J.: DGS-Leitlinien für die Basisdiagnostik, das Monitoring und die Behandlung der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten mit intravenösem Konsum. In: *Suchttherapie*, 3(S2), 98–103

Havemann-Reinecke u. a. 2004

Havemann-Reinecke, U./Küfner, H./Schneider, U./Günthner, A./Schalast, N./Vollmer, H. C.: AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. In: *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 50(4), 226–257

Lander/Möller 2001

Lander, C./Möller, H.: 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (15. BtMÄndV) vom 25.06.2001. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 98(33), 2082–2084

WHO/UNODC/UNAIDS 2004

World Health Organisation/United Nations Office on Drugs and Crime/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO 2004



Probleme und Praxis der Substitution im Justizvollzug

23

Karlheinz Keppler

Einführung

Drogen konsumierende Gefangene bestimmen heute den Alltag im Justizvollzug. Gefängnisärztinnen und -ärzte sollten sich daher als Suchtmediziner und Gefängnis-Krankenabteilungen als Sucht-Schwerpunktpraxen begreifen. Zu diesem Selbstverständnis gehört das Angebot aller in der Suchttherapie etablierten Behandlungsmöglichkeiten:

- » abstinenzorientierte Verfahren
- » Behandlung mit Opiat-Blockern
- » substituierende Verfahren unter Einsatz aller vorhandenen Ersatzstoffe
- » akzeptierende schadensminimierende Angebote.

Bereits 1994 wurde von Ulmer und anderen Autoren ein Paradigmenwechsel in der Behandlung der Opiatsucht in die Diskussion gebracht: Statt Abstinenztherapie als Therapie der ersten Wahl und Substitution in begründeten Einzelfällen forderten sie die Umkehrung dieser bisher geltenden Gewichtung. So stellte Ulmer fest:

„Drogenabhängigkeit ist fast immer eine schwere Krankheit. Bei der großen Mehrheit der Betroffenen ist sie mit keiner uns bekannten Methode schnell endgültig zu durchbrechen. Suchtverläufe erstrecken sich – egal, wie behandelt wird – durchschnittlich über viele Jahre. Wenn während dieser Zeit eine geduldige, über Jahre reichende Opiatbehandlung durchgeführt wird, hat dies eine entscheidende gesundheitliche wie psychosoziale Schutzwirkung und verkürzt insgesamt den Krankheitsverlauf. Deshalb ist diese Behandlung, die zudem für viel mehr Betroffene realisierbar ist als drogenfreie Therapieangebote, als Regeltherapie der ersten Wahl durchzuführen, während alle anderen Behandlungswege ausgesuchten Einzelfällen zu reservieren sind. Diese Konsequenz stellt eine Abkehr von einer lange geltenden Lehrmeinung dar. Aber ohne eine notwendige, grundlegende Neuorientierung zeichnet sich kein Weg ab, der einer größeren Zahl von Drogenabhängigen angemessene Hilfe ermöglicht“ (Ulmer 1994).

Dieser Paradigmenwechsel hat bisher weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch im Medizinsystem des deutschen Justizvollzugs stattgefunden. In Ansätzen scheint er lediglich auf der juristischen Ebene vollzogen. Körner fasste bereits 1993 die juristische Gesamtsituation der Methadonsubstitution zusammen:

„Gerade bei der Substitutionsbehandlung darf es nicht zu ärztlichen Sorgfaltpflichtverletzungen kommen. Andererseits darf sich kein Arzt einer Substitutionsbehandlung verschließen, wenn er damit das Leben oder die Gesundheit eines Opiatabhängigen retten kann. Früher prüfte der Straffjurist im Einzelfall, ob die Substitution eine Körperverletzung darstellt. Heute muss der Jurist darüber nachdenken, ob die unbegründete Verweigerung einer indizierten Substitution im Einzelfall eine Körperverletzung darstellen kann“ (Körner 1993).

Gerade der letzte Satz kann nicht ohne Auswirkungen auf die Zulassung Behandlungsbedürftiger zur Substitution im Bereich staatlicher Fürsorge – sprich: im Justizvollzug – bleiben.

Problemfeld Substitution in Haft

Mit dem Angebot einer Substitution setzt der Gefängnisarzt ein Zeichen der Akzeptanz, wodurch die Anbindung an die Medizin und das Vertrauensverhältnis zum Arzt in der Regel besser wird. Bei notwendigen medizinischen Behandlungen verbessert sich durch die Substitution auch die Compliance, die bei aufwendigen, teuren und manchmal für den Patienten belastenden Therapien besonders wichtig ist. Dies gilt vor allem für die HIV-Kombinationstherapien einschließlich

der notwendigen Kontrolluntersuchungen und für die Therapie der chronischen Hepatitis C. Grundsätzlich zielt eine Substitutionsbehandlung im Strafvollzug darauf ab, die Abhängigen gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, dass ihre Motivation, weitergehende Hilfsangebote anzunehmen, gestärkt wird. Zudem sollen die Nachfrage nach Opiaten und die Kriminalität im Justizvollzug reduziert werden.

Eine genaue Zahl der Substitutionspatient(inn)en in Haftanstalten liegt für Deutschland nicht vor. Aktuelle Schätzungen liegen bei etwa 600 bis 800 Personen (etwa 1% aller Inhaftierten) und damit weit unter dem zu erwartenden Bedarf angesichts der hohen Zahlen von Drogenabhängigen im Vollzug (siehe Stöver, S. 81 in diesem Band). Die Substitutionsbehandlung in Haft gilt nach wie vor als ein Problemfeld. Die Fortsetzung der Substitution sowohl beim Wechsel von der Freiheit in die Haft als auch umgekehrt ist oftmals mit Schwierigkeiten verbunden. Dazu zählen, trotz bundeseinheitlicher rechtlicher Regelungen:

- » unterschiedliche Vorschriften und eine heterogene Behandlungspraxis in den einzelnen Bundesländern
- » Widerstände einzelner Gefängnisärzte gegen eine Substitution in Haft
- » zum Teil unzureichende Vernetzung und Kooperation mit externen Ärzt(inn)en, Drogenberatungsstellen und Aidshilfen
- » geringer fachlicher Austausch substituierender Ärztinnen und Ärzte mit Kolleg(inn)en innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs
- » Abbruch von außerhalb des Vollzugs durchgeführten Behandlungen bei Inhaftierung
- » keine adäquate Entzugsbehandlung
- » Begrenzung der Substitution auf einen bestimmten Zeitraum (etwa sechs Monate) oder auf bestimmte Situationen (z. B. Vorbereitung auf die Entlassung).

Diese Situation findet sich in ganz Europa. Auch in Ländern, in denen der Strafvollzug zentral organisiert ist, wird die Substitution der Therapiefreiheit der einzelnen Ärztinnen und Ärzte überlassen. Dabei ist sie eine Behandlungsform, die gerade für den Justizvollzug besonders gut geeignet ist, weil die für die Substitution und psychosoziale Betreuung benötigten Ressourcen – im Umgang mit Süchtigen erfahrene Mediziner/innen, Krankenpflegepersonal, Suchtberatung, Psychologischer Dienst, Tagesstrukturierung usw. – im Grunde bereits vorhanden sind, wenngleich sie meist nicht ausreichen, um alle drogenabhängigen Häftlinge zu substituieren, die dies wünschen (siehe Gözl, S. 20 in diesem Band). Zudem befindet sich gerade in den Gefängnissen eine Klientel, die für die Substitution besonders in Frage kommt: intravenös Opiatabhängige mit langen Drogenkarrieren und mehreren vergeblichen Abstinenztherapie-Versuchen.

Gesetzliche Regelungen und Richtlinien zur Substitution

Die Substitution innerhalb und außerhalb der Gefängnisse unterscheidet sich sowohl hinsichtlich der Behandlungspraxis als auch des rechtlichen Reglements (Althoff/Schmidt-Semisch 1992). Nur die übergeordneten Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG, siehe Bundesgesetzblatt 1994) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (siehe BtMVV 2005) gelten für die Substitution sowohl im Gefängnis als auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im BtMG sind die Rechtsgrundlagen für die Substitution niedergelegt. Die Abgabe von Substitutionsmitteln durch den Arzt zur Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit ist unter den dort genannten Voraussetzungen zulässig. In der BtMVV sind die Einzelheiten der Substitution näher geregelt. Neben den Verschreibungshöchstmengen der einzelnen Substitutionsmittel ist festgelegt, für welche Zwecke sie verschrieben werden dürfen und unter welchen Bedingungen eine Substitution zulässig ist (z. B. Behandlungskonzept, kein Beikonsum, Mitgaberegung). Zugleich wird auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft verwiesen, und die Bundesärztekammer wird in die Pflicht genommen, auf dieser Grundlage Empfehlungen für das Verschreiben von Substitutionsmitteln zu erarbeiten. Festgelegt ist außerdem, dass alle Patient(inn)en beim Substitutionsregister der Bundesopiumstelle unverzüglich an- und abzumelden sind und dass substituierende Ärzte – bis auf definierte Ausnahmen – über die Fachkunde „Suchtmedizin“ verfügen müssen.

Für die Substitution in Haft und in Freiheit gelten allerdings je eigene Richtlinien. Die im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegten „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinien; KBV 2003) gelten nur für die Substitution im System der gesetzlichen Krankenversicherung und unterscheiden sich zum Teil von den im Justizvollzug geltenden „Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ der Bundesärztekammer (BÄK 2002). In einigen Bundesländern allerdings ist die Substitution in Haft über Erlasse geregelt, in denen ausdrücklich auf die Vorgaben der BUB-Richtlinien verwiesen wird.

Im Justizvollzug sollte die Substitution grundsätzlich den gleichen Regeln und Standards folgen wie im vertragsärztlichen System. Dafür sprechen vor allem drei Gründe:

- » Die Forderung nach Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs wird erfüllt.
- » Die Befolgung der gleichen Regeln und Standards wie draußen sichert den Gefängnisarzt in seiner medizinischen Arbeit ab.
- » Der Wechsel der Patient(inn)en vom einen System (gesetzliche Krankenversicherung) ins andere (freie Heilfürsorge im Gefängnis) bei Inhaftierung und Haftentlassung wird einfacher (vgl. Abschnitt „Problemfälle“; S. 37 f.).

In der Substitutionsbehandlung eingesetzte Substanzen

In Deutschland werden in erster Linie D/L-Methadon, L-Methadon (L-Polamidon®) und Buprenorphin (Subutex®) eingesetzt. Kodein ist als Substitutionssubstanz vom Gesetzgeber mit so starken Restriktionen belegt worden, dass es kaum noch zur Substitution verwendet wird, und Levacetylmethadol (Orlaam®) wurde mittlerweile vom Markt genommen, nachdem bei einigen Patient(inn)en als Nebenwirkung gravierende Herzrhythmusstörungen aufgetreten waren. Das Kombinationspräparat aus Buprenorphin und Naloxon (Suboxone®) ist in Deutschland seit März 2007 auf dem Markt. Naltrexon (Nemexin®) nimmt als so genannter Opiatblocker eine Sonderstellung ein und ist kein Substitutionsmittel im eigentlichen Sinne.

Die verwendeten Substitutionssubstanzen besetzen die Opiatrezeptoren und sorgen so dafür, dass die „Gier“ nach Opiaten unterdrückt wird, sodass Abhängige ohne großen Druck auf Heroin verzichten können. Mittlerweile ist unstrittig, dass sich in den wissenschaftlich begleiteten Substitutionsprojekten zahlreiche positive Auswirkungen der Behandlung gezeigt haben: Sie hat eine hohe Haltequote, durch den Wegfall des Beschaffungsdrucks sinkt die Rate krimineller Delikte, die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wird ermöglicht, das Freizeitverhalten ändert sich, die Kontakte zur Drogenszene werden weniger und die sozialen Kontakte außerhalb der Szene nehmen zu, der körperliche und psychische Zustand bessert sich, der Beigebrauch illegaler Drogen sinkt. Auch bei langjähriger Einnahme von Substitutionsmitteln lassen sich keine Folgeschäden nachweisen. Sinnvoll ist diese Behandlungsform außerdem im Hinblick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis.

D/L-Methadon, L-Methadon

Bereits 1941 synthetisierten die Wissenschaftler Max Bockmühl und Gustav Ehrhart für die Farbwerke Hoechst die Substanz Methadon. Dieses sogenannte Razemat setzt sich ungefähr im Verhältnis 1:1 aus einem linksdrehenden (R-[-]-Methadon, L-Methadon, Levomethadon) und einem rechtsdrehenden Isomer (S-[-]-Methadon, D-Methadon, Dextromethadon) zusammen. Da die Wirkungen und Nebenwirkungen fast ganz auf dem linksdrehenden Isomer beruhen, isolierte die Hoechst AG das L-Methadon und brachte es unter dem Handelsnamen L-Polamidon® auf den Markt. Bis März 1994 war es das einzige legale Methadon in Deutschland. Erst mit der Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1994 wurde das Razemat D/L-Methadon ein verkehrs- und verschreibungsfähiges Betäubungsmittel, das außerdem ausdrücklich zur Substitution zugelassen wurde.

Durch Methadon ist die Umstellung von meist intravenös konsumiertem Heroin auf ein oral einzunehmendes Medikament möglich geworden. Aufgrund der Halbwertszeit genügt eine einmalige Gabe pro Tag. Methadon wird meistens flüssig eingenommen. Die im Deutschen Arzneimittel-Codex festgelegte 1%ige gel-

be Lösung mit der Kennzeichnung NRF 29.1 ist die am häufigsten verwendete D/L-Methadon-Lösung. Unter dem Handelsnamen Methaddict® sind auch Methadon-Tabletten mit 5, 10 und 40 mg auf dem Markt, die sich als Substitutionsmittel allerdings nicht durchgesetzt haben.

Kodein

Auch Kodein (Dihydrocodein, DHC) besetzt die Opiatrezeptoren und unterdrückt so den Opiathunger. Auf Grund der kurzen Verweildauer im Körper sind allerdings drei und mehr Dosierungen pro Tag nötig – ein vergleichsweise aufwendiges Verfahren, weshalb Kodein in Deutschland nicht mehr zur Anwendung kommt. Es darf nur noch in Ausnahmefällen eingesetzt werden, wenn dafür ein medizinischer Grund (z. B. eine Methadon-Allergie) besteht.

Buprenorphin

Buprenorphin (Subutex®) ist der neueste Ersatzstoff und wird in Deutschland seit einigen Jahren zur Substitution eingesetzt. In Frankreich, wo Subutex® das Mittel der ersten Wahl ist, sind mittlerweile mehr als 70.000 Patient(inn)en damit behandelt worden. Das als Sublingual-Tablette verabreichte Medikament verweilt sehr lange im Körper und hat nur sehr geringe atemdepressive Wirkung – eine tödlich endende Atemdepression durch Buprenorphin ist nahezu unmöglich. Buprenorphin wirkt antidepressiv, sodass sich die Stimmung bei depressiven Patient(inn)en oft bessert. Sein sedierender Effekt ist wesentlich schwächer als der von Methadon, sein euphorisierender Effekt dagegen nur etwas geringer. Die Toleranzentwicklung ist eher zu vernachlässigen, und das Abhängigkeitspotenzial ist geringer als bei Methadon, weshalb den Patient(inn)en die Abdosierung von Buprenorphin leichter fällt. Wird in der Schwangerschaft mit Buprenorphin statt mit Methadon substituiert, hat das Kind nach der Geburt wesentlich weniger oder keine Entzugserscheinungen; bei Kindern, deren Mütter mit Methadon behandelt wurden, treten dagegen deutliche Entzugserscheinungen auf (Fischer u. a. 2000). Eine Studie zur Fahrtauglichkeit (Kagerer u. a. 2002) erbrachte unter Buprenorphin deutlich bessere Ergebnisse als unter Methadon: höhere Stresstoleranz, bessere Werte für Leistung, geringere Ermüdungserscheinungen bei mehr Konzentrationsvermögen mit der Folge von weniger Fehlern. Auch das Risiko, dass schwerwiegende Herzrhythmusstörungen auftreten, ist bei Buprenorphin geringer als bei Methadon. Die Umstellung von Heroin oder Methadon auf Buprenorphin ist nahezu problemlos möglich.

Buprenorphin wird derzeit in den Gefängnissen weniger häufig zur Substitution eingesetzt als draußen. Viele Anstaltsärzte bemängeln, dass die Einnahme der Sublingualtablette nur sehr eingeschränkt kontrollierbar ist: Da das Missbrauchspotenzial für Buprenorphin vor allem im intravenösen Gebrauch liegt, versuchen

manche Patient(inn)en, eine Resorption der Tablette zu verhindern und diese möglichst intakt aus dem Behandlungsraum zu bekommen. Abhilfe schaffen kann die (aufwendige) Nachbeobachtung oder das – eigentlich nicht zulässige – Zerstoßen (crushing) oder Teilen der Tabletten (erhältlich in Dosierungen mit 0,4 mg, 2 mg und 8 mg). Dieses Verbot relativiert sich allerdings, wenn man sieht, dass nicht wenige Patient(inn)en die Tablette selbst mit dem Daumennagel in Teile zerbrechen, um so eine bessere Verteilung im sublingualen Mundraum zu erreichen. Wichtig ist die konsequente sublinguale Anwendung. Wird die Tablette geschluckt, wird sie über den Darm resorbiert und dann in der Leber durch den „first-pass-effect“ nahezu völlig verstoffwechselt und dadurch unwirksam gemacht.

Suboxone®

Suboxone® ist ein Fertigarzneimittel mit einer fixen Kombination des Wirkstoffs Buprenorphin und dem Opiat-Antagonisten Naloxon (siehe unten) im Verhältnis 4:1. Die Sublingual-Tablette gibt es mit 8 mg Buprenorphin und 2 mg Naloxon sowie 2 mg Buprenorphin und 0,5 mg Naloxon.

Beim intravenösen Gebrauch von Suboxone® löst der darin enthaltene Opiat-antagonist eine Entzugssymptomatik aus, weshalb der intravenöse Missbrauch bei diesem Präparat mit hoher Wahrscheinlichkeit rapide sinken wird. Die Wirkung von Suboxone® lässt sich wie folgt zusammenfassen: Sublingual (also korrekt) eingenommen wirkt es wie Buprenorphin, intravenös gespritzt (also nicht korrekt eingenommen) wirkt es wie der Opiatantagonist Naloxon. Zu Suboxone® ist ein erster „Europäischer öffentlicher Beurteilungsbericht“ (EPAR) der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA (European Medicines Agency) im Internet einsehbar (<http://www.emea.europa.eu>).

Naloxon und Naltrexon

Bei diesen Substanzen handelt es sich um sogenannte Opiatblocker. Die Therapie mit Opiatblockern ist keine Substitution im eigentlichen Sinn. Dennoch soll sie hier erwähnt werden, weil sie Ähnlichkeiten mit dieser aufweist (regelmäßige, zum Teil tägliche Einnahme), Relevanz in der praktischen drogentherapeutischen Arbeit hat und eine zusätzliche Option in der Behandlung einer Opiatabhängigkeit darstellt.

Wirkung und Einsatz

In letzter Zeit wurde in der Presse wiederholt behauptet, eine neuartige Substanz ermögliche den Opiatentzug „im Schlaf“ und Heilung von der Sucht. Neu ist jedoch weder die Idee eines solchen Effekts noch die Substanz selbst und deren Einsatz als Medikament bei Opiatabhängigkeit. Bereits Jean Cocteau, selbst opiatabhängig, äußerte in den 1930er Jahren, dauerhafte Abstinenz sei dann erreichbar,

wenn es eine Substanz gäbe, welche die Wirkung von Opium verhindere. Diese Idee führte zur Entwicklung von Opiatantagonisten; ein erstes Medikament dieser Art wurde allerdings schon 1915 entwickelt.

Die beiden heute verfügbaren Blocker-Substanzen unterscheiden sich in einigen Punkten:

- » Naloxon (Narcanti®) wird in die Vene gespritzt, die Wirkung setzt schnell ein, die Wirkdauer ist kurz (ca. 20 Minuten).
- » Naltrexon (Nemexin®) wird als Tablette geschluckt, die Wirkung setzt langsamer ein als bei Naloxon, die Wirkdauer ist jedoch deutlich länger (mehrere Tage).

Grundsätzlich gibt es je nach Ausgangslange zwei Wege des Einsatzes dieser Medikamente:

- » *Situation 1:* Hat der Patient Opiate/Opioide konsumiert, sitzen diese an den Opiatrezeptoren und wirken. Gibt man jetzt den Blocker, verdrängt dieser die Opiate durch seine wesentlich höhere Rezeptorbindung, wodurch die Opiatwirkung vollständig aufgehoben wird – der Patient kommt schlagartig in eine Entzugssituation. Bei einer lebensbedrohlichen Überdosierung hat die Aufhebung der Opiatwirkung lebensrettende Funktion, weshalb Notärzte in solchen Fällen das schnell wirkende Naloxon einsetzen. Weil Naloxon nur kurze Zeit wirkt, können überdosierte Patient(inn)en unter Beobachtung des Notarztes bleiben.
- » *Situation 2:* Setzt man bei sicher opiatfreien Patient(inn)en einen Blocker ein, dockt er auch hier an den Opiatrezeptoren an und blockiert diese, sodass bei danach konsumierten Opiaten die von den Abhängigen gewünschten Wirkungen ausbleiben. Dieses Wissen ist für viele eine Hilfe, auf Heroin zu verzichten. Bei Patient(inn)en, die noch keine sehr lange Drogenkarriere hinter sich haben (möglichst weniger als 5–7 Jahre) und abstinenzfähig und abstinenzmotiviert sind, ist Naltrexon der Vorzug zu geben. Wichtig ist, dass die Patient-Therapeut-Beziehung tragfähig ist und die Patient(inn)en sozial integriert oder zumindest integrierbar sind. Auch in typischen Überbrückungssituationen (z. B. Warten auf einen Therapieplatz für eine Langzeitbehandlung) ist der Einsatz von Naltrexon sinnvoll.

Obwohl Naltrexon in deutschen Haftanstalten bereits eingesetzt wird, liegen dazu noch keine Auswertungen oder Veröffentlichungen vor.

Behandlungsoptionen

Eine Substitution kann entweder kurzzeitig als Entzugs- oder Überbrückungsbehandlung oder als länger dauernde Behandlung durchgeführt werden.

Unter der *kurzzeitigen Substitution* wird meist die reine Entgiftung verstanden, bei welcher der Heroinentzug mittels einer langsam reduzierten Dosis des Sub-

stituts erfolgt. Auch im Gefängnis ist eine fachgerecht durchgeführte Entgiftung wichtig, dient sie doch vor allem dem Wohl des Patienten. Außerdem liegt mittlerweile aus Großbritannien ein erstes Urteil vor, in dem ehemaligen Häftlingen eine finanzielle Entschädigung für erlittene Entzugssymptome bei einem kalten Entzug im Gefängnis zugestanden wurde (siehe Graebisch/Burkhardt, S. 49 in diesem Band; http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/6142416.stm). Anstaltsärztinnen und -ärzte müssen eine medizinische Betreuung vorhalten, die sich an den aktuellen medizinischen Standards orientiert – aktueller Standard für den Opiatentzug ist die Behandlung mit einem Ersatzstoff.

Derzeit üblich ist der Einsatz von Methadon oder Buprenorphin oder einer Kombination der beiden Mittel: zunächst wird mit Methadon entzogen, dann auf Buprenorphin umgestellt, das schließlich abdosiert wird. Neben der Entzugsbehandlung sind weitere kurzzeitige Behandlungen in Überbrückungssituationen üblich, z. B. in der Wartezeit vor Antreten einer Abstinenztherapie oder während kurzer Gefängnisaufenthalte. Die Substitutionsdauer ist hier auf einige Wochen beschränkt.

Längerfristige Substitutionsbehandlungen können entweder auf das Erreichen von Abstinenzzielen (gegebenenfalls auch nach Jahren) oder – ohne primären abstinenztherapeutischen Anspruch – auf Entlastung der Patient(inn)en in ihrer oftmals schwierigen Lebenssituation. Hier soll durch die Behandlung der Opiathunger gestillt, der Konsum illegaler Drogen unterbunden, auf die Bewältigung des Alltags in Freiheit vorbereitet (im Hinblick auf Arbeit, Kindererziehung usw.) und schadensminimierendes Verhalten ermöglicht werden. Langzeitbehandlungen im Gefängnis gibt es in unterschiedlichen Variationen: als Fortführung einer bereits „draußen“ begonnenen Substitution, als Neueinstellung in Haft oder auch als längerfristige Vorbereitung auf die Entlassung.

Die Substitution in deutschen Gefängnissen ist derzeit in aller Regel eine reine Entgiftungs- oder Überbrückungsbehandlung oder zielt (langfristig) auf Abstinenz. Die reine Versorgungssubstitution ohne Abstinenzanspruch mit dem Ziel von Schadensminimierung hat sich in deutschen Haftanstalten offiziell (noch) nicht durchgesetzt – trotz der mittlerweile unbestrittenen Erfolge dieser Behandlungsform.

Auswahl des individuell richtigen Medikaments und Dokumentation

Aus den vorhandenen Substitutionsmitteln sollte für jeden Patienten das für ihn geeignete Medikament ausgewählt werden. Oft ist auch ein Wechsel hilfreich, beispielsweise von Methadon auf Buprenorphin.

Bei mehr als 20 Patient(inn)en empfiehlt sich die Anschaffung von Dosier- und Dokumentationssystemen, mit denen die Methadonlösung dosiert, die Vergabe von Buprenorphin oder anderen Medikamenten dokumentiert und die Buchführung erledigt werden kann. Zugleich übernehmen sie die Betäubungsmitteldokumentation.

Dosierung bei Entgiftung und Dauersubstitution

Entgiftung von Heroin

Bei der Entgiftung von Heroin muss die vorher konsumierte Menge der Droge erfragt werden. Die Angaben hierzu sind meist jedoch sehr ungenau (1 Päckchen, 1 Tütchen, 1 Briefchen usw.), außerdem kann der Reinheitsgrad und damit der tatsächliche Heroingehalt sehr stark schwanken. Hilfreich ist die Information, wie oft täglich konsumiert wurde und auf welche Art (sniefen, von Folie rauchen, intravenös spritzen). Gibt ein Patient z. B. an, er habe täglich drei Gramm Heroin konsumiert und die Droge dreimal täglich in die Vene gespritzt, so ist unwahrscheinlich, dass tatsächlich ein ganzes Gramm Heroin pro Injektion auf dem Löffel aufgekocht wurde. Dagegen spricht die Angabe, man habe pro Tag mindestens 15-mal Heroin geraucht, eher für eine höhere Konsummenge. Weitere Anhaltspunkte liefern der Heroinnachweis im Urin und das klinische Bild (Intoxikationszeichen).

Da sich die Heroinmenge so ausgesprochen schwer bestimmen lässt, bei zu hoher Methadon-Entzugsmedikation jedoch die Gefahr einer Überdosierung mit folgender Ateminsuffizienz besteht, hat sich diese Praxis bewährt: Der Patient wird zunächst mit 20 mg D/L-Methadon dosiert, kann sich aber bei nicht ausreichender oder wieder abklingender Wirkung erneut vorstellen. Dann wird die Entzugssituation anhand folgender Parameter beurteilt: Weitstellung der Pupillen (Mydriasis), Schweißigkeit der Haut (z. B. auf dem Rücken), schneller Herzschlag (Tachykardie) und vermehrte Darmperistaltik. Bei Vorliegen aller oder einiger dieser Anzeichen wird in 10-mg-Schritten aufdosiert. Klagen die Patient(inn)en, ohne dass objektivierbare Entzugerscheinungen vorliegen (meist aus Angst vor möglicherweise auftretenden Entzugssymptomen), wird durch das Gespräch auf sie einzuwirken versucht. Ist schließlich am ersten oder zweiten Tag die Abschlussdosis erreicht (in der Regel nicht mehr als 30–50 mg D/L-Methadon), wird die Dosis alle zwei Tage um 5 mg reduziert. Bei objektivierbarer Entzugssymptomatik kann der Entzug auch gestreckt werden (z. B. alle drei Tage 5 mg weniger); erneut aufzudosieren ist in der Regel nicht sinnvoll.

Eine Heroin-Entgiftung ist auch mit Buprenorphin möglich. Wichtig dabei ist, dass der letzte Konsum ausreichend lange zurückliegt. Wenn sich erste Entzugssymptome entwickeln, kann mit der Aufdosierung begonnen werden: möglichst großzügig (z. B. 4 mg pro Gabe) und über den ersten Tag verteilt (im Abstand von zwei oder drei Stunden); am ersten Tag können durchaus 12 oder 16 mg erreicht werden. Nach ca. 1,5 Tagen kann nach einer kurzen Steady-State-Phase^a mit der Abdosierung begonnen werden (alle zwei Tage 1 mg weniger). Beim Einsatz von Suboxone® ist die Gefahr einer Ateminsuffizienz aufgrund des darin enthaltenen Teilantagonisten Naloxon im Regelfall nahezu ausgeschlossen. Wegen der Nalo-

^a steady state = (engl.) gleich bleibender Zustand, hier: eine annähernd gleich bleibende Wirkstoffkonzentration im Blut

xon-Wirkung fällt vielen Patient(inn)en außerdem der Entzug von Buprenorphin leichter als von Methadon, weshalb in letzter Zeit zunehmend nach der Abdosierung von Methadon auf Buprenorphin umgestellt wird, womit die endgültige Entgiftung erfolgt.

Entgiftung von Methadon

Die Entgiftung von ärztlicherseits verabreichtem Methadon erfolgt entweder auf Wunsch des Patienten oder zwangsweise, z. B. aus disziplinarischen Gründen. Auch in diesen Fällen hat sich eine Abdosierung um 5 mg alle zwei Tage bewährt. Je nach Ausgangsdosierung und wenn der Patient die Entzugsdauer verkürzen will, ist zu Beginn auch eine schnellere Abdosierung denkbar – bei 120 mg D/L-Methadon z. B. 10 mg weniger pro Tag. Danach kann auf Buprenorphin umgestellt werden. Dies empfiehlt sich vor allem bei möglichst niedriger Methadon-Dosis (<30 mg), nachdem ausreichend Zeit zwischen der letzten Methadon-Gabe und der ersten Buprenorphin-Gabe vergangen ist. Ein exaktes Zeitfenster zu benennen ist schwierig, umso wichtiger ist die klinische Beurteilung. Am problemlossten ist die Umstellung auf Buprenorphin bei beginnender Entzugssymptomatik. Dann kann, wie oben beschrieben, zunächst zügig aufdosiert und nach einer kurzen Steady-State-Phase entgiftet werden.

Die Einstellung auf Methadon oder Buprenorphin bei Dauersubstitution

Sowohl die Einstellung auf Methadon als auch auf Buprenorphin ist problemlos möglich. Befand sich der Patient bei der Inhaftierung bereits in Substitution, kann nach Klärung der Dosishöhe und des Substitutionsverlaufs mit dem externen Kollegen in der Haftanstalt weiterbehandelt werden. Hat der Patient draußen Heroin konsumiert und ist dies nachgewiesen (z. B. über eine Urinuntersuchung), kann bei Umstellung auf Methadon mit einer Dosis von maximal 20 mg begonnen werden. Gegebenenfalls können nach einigen Stunden nochmals 20 mg nachdosiert werden; gute Anhaltspunkte dafür liefert die klinische Beobachtung der objektiven Entzugssymptomatik (Mydriasis, Schweißigkeit, Tachykardie, vermehrte Darmperistaltik).

Wird von Heroin auf Buprenorphin umgestellt, empfiehlt sich ein ausreichend großer Zeitabstand zum letzten Heroinkonsum. Da dieses Zeitfenster individuell sehr unterschiedlich sein kann, sollte auch hier das Einsetzen der Entzugssymptomatik beobachtet werden. Die Aufdosierung kann z. B. mit 4 mg beginnen, die Zweitgabe ist nach etwa 2 Stunden möglich (vgl. auch Abschnitt „Entgiftung von Heroin“, S. 32).

Ist der Patient drogenfrei, äußert aber Suchtdruck und sieht für sich in bestimmten Situationen (z. B. Lockerungen, Haftentlassung) eine große Rückfallgefährdung, kann er nach nachgewiesener Opiatfreiheit (Urinuntersuchung)

auf Buprenorphin eingestellt werden. Das Aufdosieren ist z. B. in 2-mg-Schritten möglich, man kann aber auch eine Initialdosis von 4 mg verabreichen. Der Vorteil von Buprenorphin gegenüber Methadon liegt in der geringen Sedierung; die Patient(inn)en erscheinen bei der Aufdosierung daher nicht erkennbar sediert oder intoxikiert. Mit Methadon sollte daher entsprechend vorsichtig aufdosiert werden (in 10- oder 20-mg-Schritten), sonst besteht die Gefahr, dass die Patient(inn)en auf ihre Umgebung „methadonbreit“ wirken, was die Substitution beim Vollzugspersonal schnell in Misskredit bringt.

Mischkonsum

Mischkonsum, also die parallele Einnahme verschiedener psychotroper Substanzen, erzeugt häufig Unsicherheit im ärztlichen Handeln. Was bei Mischkonsum zu tun ist, hängt davon ab, ob die betreffende Person gleichzeitig substituiert wird oder nicht.

Mischkonsum ohne Substitution

Festgestellter *Mischkonsum bei der Aufnahme* in die Haft hat in der Regel die Frage nach einer adäquaten Entzugsbehandlung zur Folge. Bewährt hat sich hier der „fraktionierte Entzug“, bei dem die einzelnen Substanzen bzw. Substanzgruppen nacheinander entzogen werden. Dabei empfiehlt es sich, mit derjenigen Substanz zu beginnen, die das gefährlichste Entzugssyndrom verursacht. Ein mögliches Schema wäre z. B.: 1. Alkohol, 2. Benzodiazepine, 3. Opiate. Während des Entzugs der ersten Substanz sollten die anderen Substanzen weiter in ausreichend hoher Dosierung gegeben werden. Ist der Entzug von der ersten Substanz abgeschlossen, wird die zweite Substanz abdosiert, während die dritte weiterhin gegeben wird. Als Substitutions- bzw. Entzugssubstanzen für Alkohol gelten Distraneurin® oder Diazepam, für Benzodiazepine Diazepam oder Oxazepam, für Opiate Methadon oder Buprenorphin.

Wird *Mischkonsum während der Haftzeit* festgestellt, folgt die Entzugsbehandlung den gleichen Regeln. Allerdings ist hier zu klären, ob sie in dieser Situation überhaupt angeboten werden sollte: Bei Engpässen in der Drogenversorgung könnte die Behandlung ja auch im Sinne einer „Zwischenversorgung“ missbraucht werden.

Beikonsum während der Substitutionsbehandlung

Wird bei der Aufnahme eines/einer Substituierten Beikonsum festgestellt, stellt sich die Frage, ob die Behandlung in Haft fortgesetzt werden soll oder nicht. In jedem Fall sollten der Arzt und die Suchtberatung der Anstalt klare und nachvollziehbare Regeln für den Umgang mit Beikonsum während der Substitution

festlegen, z. B. sofortiger Abbruch der Behandlung, vorläufige Weiterbehandlung, Weiterbehandlung mit Auflagen.

Regeln muss es ebenso für die Substitution während der Haftzeit geben (neben den genannten z. B. Abbruch der Behandlung mit Wiedereinstellung auf das Substitut nach einer Wartezeit, Thematisieren des Beikonsums in der Suchtberatung, abgestufte Reaktionen je nach konsumierter Substanz und deren klinischer Auswirkung). Soll die Substitution beendet werden, ist in aller Regel kein fraktionierter Entzug (siehe oben) erforderlich, da die betreffenden Substanzen meist nur über kürzere Zeiträume konsumiert wurden. Daher wird lediglich der Entzug vom Substitutionsmittel erforderlich sein.

Urinkontrollen

Auch inhaftierte Substituierte müssen auf Beigebrauch anderer psychotroper Substanzen (inklusive Alkohol) getestet werden.¹ Festgelegt ist das zum einen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (§ 5), zum anderen in den Richtlinien der Bundesärztekammer. Zur Frequenz, Häufigkeit und Vorgehensweise, die nicht festgelegt sind, gibt es verschiedene Empfehlungen (Bühringer u. a. 1995a; Bühringer u. a. 1995b; Külpmann 1994; Drasch 1982).

Urinkontrollen dürfen nicht vorhersehbar sein, sondern müssen unangemeldet und unregelmäßig durchgeführt werden. Ist darüber ein Beikonsum nachweisbar, sollte dieser immer im Zusammenhang mit dem klinischen Bild gewichtet werden. Ein Zufallsfund bei klinisch unauffälligen Patient(inn)en sollte allenfalls besprochen werden, aber nicht zu promptem Ausschluss führen.

Die Ergebnisse von Untersuchungen des Urins auf psychotrope Substanzen sind nie zu 100 % sicher. Bei jedem dieser Testverfahren gibt es eine bestimmte Rate falsch positiver oder falsch negativer Befunde. Auch in anderer Hinsicht sind Urinkontrollen störanfällige Verfahren: Sie können trotz größter Aufmerksamkeit der beaufsichtigenden Person manipuliert oder verfälscht werden (Hagemann/Siegrist 1990). Außerdem kann es vorkommen, dass Urinproben von den mit der Abnahme und Verarbeitung betrauten Mitarbeiter(inne)n verwechselt werden. Bei bestimmten Substanzen sind trotz langer Konsumpause noch positive Befunde möglich (aufgrund der Rückverteilung aus dem Körperfett). Besonders problematisch ist der Opiattest: Da er alle opiatähnlichen Substanzen erfasst, lässt ein Opiatnachweis keinen Rückschluss auf Heroinkonsum zu. Dieser muss daher immer durch eine zusätzliche Untersuchung nachgewiesen werden (Schmoldt 1994).

¹ Benzodiazepine über längere Zeit zu verschreiben, ist unzulässig, außer wenn sie psychiatrisch verordnet und zwingend notwendig sind, wobei es heute allerdings eine Vielfalt medikamentöser Alternativen gibt. Der kurzzeitige Einsatz von Benzodiazepinen ist nur mit einer medikamentengestützten Entgiftung von Alkohol, Benzodiazepinen oder anderen Substanzen (z. B. Kokain, Amphetamine) kompatibel.

Alle üblichen Testverfahren – ganz besonders die sogenannten Schnelltests – sollten nur mit großer Vorsicht interpretiert werden. Der Vorwurf des Beigebrauchs oder des Konsums illegaler Drogen mit den entsprechenden Konsequenzen ist im Gefängnis nur statthaft, wenn die Befunde durch aufwendige spektrometrische Verfahren gewonnen wurden. Die üblicherweise eingesetzten Suchtests (Immunoassays) liefern in 85–95 % der Fälle richtige Werte. Noch ungenauer sind Schnelltests, der Nachweis aus den Haaren (Wagner/Möller 1995) oder der „Drugwipe“ zum Nachweis im Schweiß oder auf der Haut. Durch eine normale Urinkontrolle kann lediglich festgestellt werden, dass jemand Beigebrauch hatte, nicht aber, wie häufig und in welcher Menge konsumiert wurde. Er sagt also nichts darüber aus, ob und welche Fortschritte der Patient gemacht hat. Bei gleichzeitiger Einnahme des HIV-Medikaments Sustiva fällt der THC-Suchtest positiv aus; Klarheit darüber, ob tatsächlich Cannabis konsumiert wurde, erhält man nur über eine Gas-Chromatografie.

Wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung ist die klare Trennung zwischen vollzuglichen und medizinischen Urinkontrollen: Erstere ordnet die Haftanstalt an, um zu prüfen, ob heroinabhängige Häftlinge abstinent waren und lockerungsg geeignet sind (Hafturlaub, Ausgang, Verlegung in den offenen Vollzug usw.). Medizinische Urinkontrollen setzt der Anstaltsarzt an, um substituierte Patient(inn)en auf Beikonsum zu untersuchen. Diese sollten außerdem strikt von Urinuntersuchungen getrennt werden, die rein diagnostischen Zwecken dienen (Urinstatus, HCG-Schwangerschaftstest, Uricult zum Nachweis pathogener Keime usw.).

Psychosoziale Betreuung

Grundsätzlich besteht Einigkeit, dass neben der Vergabe des Substituts auch begleitende psychosoziale Maßnahmen sinnvoll sind. Die Ziele der Substitutionsbehandlung – Verbesserung der sozialen Möglichkeiten und Ressourcen, Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit – lassen sich mit psychosozialer Betreuung eher und besser erreichen als ohne sie.

Obwohl die psychosoziale Betreuung als Komponente der Substitutionsbehandlung allgemein anerkannt ist und in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung auch gefordert wird, gibt es außerhalb der Gefängnisse vielfach Zwangslagen, in denen auf diese Maßnahme verzichtet wird. Bühringer u. a. (1995a) nennen hierfür finanzielle Gründe, fehlende Fachkompetenz und mangelnde konzeptionelle Überlegungen. Im Justizvollzug dagegen sind die dafür benötigten personellen, instrumentellen und organisatorischen Ressourcen zumindest zum Teil bereits vorhanden. Doch auch hier ist das Bild der psychoso-

zialen Betreuung sehr unterschiedlich. Angesichts der Vielfalt möglicher Angebote – materielle Grundsicherung (Ausbildung, Beruf, Wohnraumbeschaffung, Schuldenregulierung), niedrighschwellige Kontakt- und Gesprächsangebote, medizinische Versorgung, Krisenintervention, Entwicklung von Lebensperspektiven, Psychotherapie – und angesichts klammer öffentlicher Kassen müsste differenziert werden, welcher Patient in welchem Maß für welche Form der psychosozialen Betreuung in Frage kommt. Die Ausarbeitung entsprechender Kriterien steht noch aus.

Als Grundlage für die psychosoziale Betreuung im Justizvollzug formulierte Fritsch (1996) verschiedene Postulate, die auch heute noch Gültigkeit haben:

- » Die politisch Verantwortlichen und die Entscheidungsträger in den Justizvollzugsanstalten müssen das Substitutionsprogramm insgesamt mittragen.
- » Den Beteiligten muss bewusst sein, dass die Substitution eine verbesserte Kriminal- und Sozialprognose zur Folge hat.
- » Die Verantwortung für die Substitution und die psychosoziale Betreuung obliegt den Anstaltsärzt(inn)en.
- » Eine ausreichende Anzahl kompetenter Mitarbeiter/innen auch aus anderen Bereichen muss zur Verfügung stehen; sie alle unterliegen der Schweigepflicht.
- » Ein verantwortlicher und im Einzelfall flexibler Umgang mit den Substitutionsregeln muss innerhalb des Behandlungsteams besprochen und entschieden werden.
- » Angebote der psychosozialen Betreuung müssen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Problemfälle

Schwierigkeiten bereitet immer wieder die Fortführung der Substitution beim Wechsel ins Gefängnis und in die Freiheit. Folgende Beispiele sollen für das Problem sensibilisieren und helfen, Verbesserungen auf den Weg zu bringen:

- » Ein im kassenärztlichen System substituierter Patient wird inhaftiert. Obwohl die Substitution nachweislich einwandfrei gelaufen ist, wird ihm wegen der ablehnenden Haltung des Anstaltsarztes („Methadon ist eine Kapitulation vor der Sucht“) keine Weiterbehandlung angeboten. Dem Patienten bleibt nur noch der Klageweg. Entsprechende Urteile sind bereits ergangen. So heißt es in einer Urteilsbegründung des Landgerichts Dortmund (1995), es könne nicht den Arzt dazu verurteilen, jemanden zu substituieren, wohl aber den Justizvollzug, eine solche Behandlung zu ermöglichen. Das kann die Verlegung in eine andere Anstalt bedeuten. Ähnlich entschieden haben das Oberlandesgericht Frankfurt und das Landgericht Bochum.

- » Eine Patientin wird draußen „privat“ substituiert, das heißt, sie bezahlt die Behandlung aus der eigenen Tasche. Sie wird in einer Anstalt inhaftiert, die nur Patientinnen aus dem kassenärztlichen System mit entsprechender Anmeldung weitersubstituiert. Da bei dieser Patientin keine Anmeldung vorliegt, wird sie von Methadon entzogen.
- » Um seine Chancen für eine Substitution in Haft zu erhöhen, hat sich ein zum Strafantritt geladener Patient wenige Tage vor der Inhaftierung noch schnell „ansubstituieren“ lassen. Da die Substitutionsplätze in der Haftanstalt begrenzt sind, wird er vom Gefängnisarzt wegen der kurzen Vorbehandlung nicht weitersubstituiert.
- » Eine schwangere Drogenabhängige wurde „draußen“ von ihrer Ärztin auf Buprenorphin eingestellt, um beim Kind Entzugssymptome zu vermeiden (siehe Abschnitt „Buprenorphin“, S. 28). Nach Einlieferung in eine Frauenhaftanstalt wird das Medikament abgesetzt, da man dort noch keine Erfahrungen mit Buprenorphin gemacht hat.
- » Ein Patient wurde zur Vorbereitung auf die Entlassung substituiert. Als die Entlassung näher rückt, stellt sich heraus, dass für ihn kein Platz bei einem niedergelassenen Arzt in seiner Heimatregion verfügbar ist – alle Plätze sind belegt. Der Grund dieser Mangelsituation ist, dass sich viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht an der Substitution beteiligen wollen.
- » Ein Patient wird in seiner Haftanstalt substituiert, will sich jedoch in eine näher beim Wohnort seiner Familie gelegene Haftanstalt verlegen lassen. Weil dort aber keine Substitution möglich ist, verzichtet der Patient auf eine Verlegung.

Fazit

Der Zugang zur Substitutionsbehandlung in Haft und der Umgang mit Substituierten variiert von Bundesland zu Bundesland und von Anstalt zu Anstalt. Dass sich diese Behandlungsform auch und gerade für inhaftierte Opiatabhängige eignet und nicht nur für die Substituierten, sondern auch für die Haftanstalt als Ganzes positive Effekte hat, ist bisher weder von der Politik noch von der Justiz erkannt worden. Das zeigt sich unter anderem daran, dass die bisher erstellten Richtlinien und Standards für die medizinische wie auch die psychosoziale Seite der Behandlung den Justizvollzug vollständig ausklammern.

Im Interesse eines bundesweit einheitlichen Behandlungsangebots für Opiatabhängige in Haft ist es daher unerlässlich, sich um einen breit getragenen fachlichen Konsens zu bemühen. Der erste Schritt auf diesem Weg könnte eine detaillierte Bestandsaufnahme „Substitution im Justizvollzug“ im Sinne einer Expertise sein. In einem zweiten Schritt könnte untersucht werden, welche Faktoren für die

landes- bzw. anstaltsspezifische Situation der Substitution in Haft verantwortlich sind. In einem dritten Schritt sollten konsensfähige Minimalstandards (Leitlinien) für die Substitution im Justizvollzug erarbeitet werden (z. B. für Indikation, Prozedere, Inhalte des Behandlungsvertrags, psychosoziale Betreuung), wobei auch spezielle Problemstellungen zu berücksichtigen sind. Als Letztes müssten Maßnahmen zur selbstverwalteten ärztlichen Effizienzkontrolle und Qualitätssicherung installiert werden. Durch die Einrichtung ärztlicher Qualitätszirkel könnte schließlich für den fachlichen Austausch gesorgt werden – ein weiterer wichtiger Beitrag für eine einheitliche Handhabung der Substitution.

Eine emanzipierte Anstaltsmedizin sollte nicht auf Vorgaben des Gesetzgebers, der Politik, der Ministerialbürokratie oder von Entscheidungsträgern des Justizvollzugs warten. Leitlinien und Standards für eine fach- und sachgerechte medizinische Behandlung können nur von kompetenten Mediziner(inne)n entwickelt werden.

Literatur

Althoff/Schmidt-Semisch 1992

Althoff, M./Schmidt-Semisch, H.: Methadon-Substitution im Strafvollzug. Kritische Überlegungen zwischen Theorie und Pragmatismus. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 15(1), 23–28

Körner 1993

Körner, H. H.: Kann die Verweigerung der Substitution eine Körperverletzung darstellen? Die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen. In: *Medizinrecht*, 7, 257–260

Bundesgesetzblatt 1994

Bundesgesetzblatt: Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz-BtMG). 1994, 1/13, 359–383

BtMVV 2005

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV): Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln, zuletzt geändert am 10. März 2005.

http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/index.html

Bühringer u. a. 1995a

Bühringer, G./Künzel, J./Spies, G.: Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 55. Baden-Baden: Nomos 1995

Bühringer u. a. 1995b

Bühringer, G./Gastpar, M./Heinz, W./Kovar, K.-A./Ladewig, D./Naber, D./Täschner, K.-L./Uchtenhagen, A./Wanke, K.: Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen. Stuttgart: Enke 1995

KBV 2003

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 100(3), A-144-6, B-132-4, C-128-30

BÄK 2002

Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Stand 22.03.2002
<http://www.bundesaerztekammer.de>

Drasch 1982

Drasch, G.: Drogennachweis in Praxis, Krankenhaus und Führungsaufsicht. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 58, 551–556

Fischer u. a. 2000

Fischer, G./Johnson, R. E./Eder, H./Jagsch, R./Peter-nell, A./Weninger, M./Langer, M./Aschauer, H. N.: Treatment of opioid-dependent pregnant women with buprenorphine. In: *Addiction*, 95(2), 239–244

Fritsch 1996

Fritsch, K. J.: Psychosoziale Begleitung substi-tuierter Insassen der JVA Bremen. In: Gerlach, C./Kurz-Lund, G./Stöver, H. (Hg.): *Psychosoziale Betreuung Substituierter. Inhalte, Organisation, Finanzierung*. Fortbildung in der Drogenarbeit, Bd. III. Bremen: Selbstverlag, 85–87

Hagemann/Siegrist 1990

Hagemann, P./Siegrist, M.: Verfälschungssstoffe beim Drogennachweis. In: *LaboratoriumsMedizin*, 14, 116–120

Kagerer u. a. 2002

Kagerer, S./Backmund, M./Walcher, S./Soyka, M.: Substitution mit Buprenorphin und Fahr-tauglichkeit – Ergebnisse einer experimentellen Studie. In: *Suchtmedizin*, 4(1), 17–24

Külpmann 1994

Külpmann, W.-R.: Feststellung des Beigebrauchs bei der Methadon-Substitutionsbehandlung von i.v. Heroinabhängigen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 91(4), C-149–151

Landgericht Dortmund 1995

Landgericht Dortmund: Beschluss vom 1.12.1994 – 9 StVk 71/94 UN. In: *Strafverteidiger*, 3, 143–144

Schmoldt 1994

Schmoldt, A.: Aktuelle Fragen zur Drogenanalytik. In: Syva (Hg.): *Symposium „Stand der Levometha-donsubstitution in Hamburg“*; 26. November 1994. Hamburg: Selbstverlag Syva, 1–17

Ulmer 1994

Ulmer, A.: Ärztliche Behandlung von Drogen-abhängigen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 91(16), B-838–840

Wagner/Möller 1995

Wagner, H.-J./Möller, M. R.: Asservierung von Haa-ren zum Nachweis chronischen Drogenkonsums. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 92(44), B-2169–2171. Mit einem Nachtrag im Deutschen Ärzteblatt 1996, 93(13), B-658

Substitution und psychosoziale Betreuung am Beispiel der JVA Berlin-Tegel

Robin Walborn

In der JVA Berlin-Tegel, der größten Strafvollzugsanstalt Deutschlands, sind auf sechs Häuser (Teilanstalten) verteilt ca. 1.700 Männer inhaftiert, 400 davon in Haus II, dem sogenannten Kurzstraferhaus (Stand April 2007). Wir haben es gewissermaßen mit einer kleinen Stadt innerhalb Berlins zu tun, in der sich soziale Probleme der Welt „draußen“ nicht nur widerspiegeln, sondern massiv konzentrieren. Schließlich befinden wir uns im geschlossenen Strafvollzug, in welchem Männer wegen unterschiedlichster Delikte einsitzen: Diebstahl und Raub, Betrug und Erpressung, Erschleichen von Leistungen (Schwarzfahren), Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, Körperverletzung, Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch, Totschlag und Mord, um nur einige Straftaten zu nennen.

Zum Drogenproblem in der JVA Tegel

Wer sich näher mit dem Strafvollzug befasst, muss feststellen, dass das Drogenproblem dort gravierend und die Anzahl der Strafgefangenen mit manifester Dro-

genabhängigkeit längst unüberschaubar geworden ist. Auch in der JVA Tegel lässt sich ihre Zahl nur schwer benennen; diesbezügliche Schätzungen von verschiedenen Befragten (z. B. JVA-Mitarbeitern und Inhaftierten) gehen weit auseinander. Laut einer Befragung, die der Autor im März 2007 bei neun Berliner Drogenberatungsstellen¹ durchführte, werden derzeit allein im Haus II etwa 50 Opiatabhängige von Mitarbeiter(inne)n dieser Einrichtungen betreut. Wie viele Opiatabhängige in anderen Teilanstalten untergebracht sind, ist nicht bekannt, doch dürfte es sich in den Häusern I (mit Clearing-Station, siehe unten) und III („Langstraferhaus“) um vergleichbare Zahlen handeln. Insbesondere im Haus III ist von einer relativ hohen Zahl auszugehen: Dort befinden sich Gefangene, die Haftstrafen von weit über zwei Jahren verbüßen; für die Drogenabhängigen unter ihnen kommt eine (externe) „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtmG – wenn überhaupt – erst nach einem langen, oft mehrjährigen Haftaufenthalt in Frage.

Unüberschaubar geworden ist ebenso die Verfügbarkeit illegaler Drogen. Opiatabhängige Gefangene spritzen sich teuer erstandenes, stark verunreinigtes Heroin mit mehrfach und gemeinsam benutztem Spritzbesteck; die Kanülen werden dafür wieder scharf gefeilt. Das Risiko einer Infektion mit HIV und Hepatitis-Viren ist unvergleichlich hoch. Die Vergabe steriler Einwegspritzen, ein in der Regelversorgung außerhalb der Haft selbstverständliches Angebot des Gesundheitsschutzes, gibt es in Justizvollzugsanstalten nicht.

Drogenabhängige Gefangene geraten oft in einen Teufelskreis, aus dem sie alleine nur sehr selten auszubrechen vermögen. Weil sie abhängig sind, konsumieren sie Drogen. Sie erhalten weder Arbeit noch Vollzugslockerung, da sie aufgrund ihres Suchtproblems dafür als ungeeignet gelten. Sie verbleiben im reinen Verwahrvollzug, in dem sie sich ohnmächtig fühlen. Was bleibt, ist das Bedürfnis nach Betäubung, um der als aussichtslos empfundenen Lage und dem eintönigen Dasein im Regelvollzug zu entfliehen. Die Beschaffung von Drogen führt nicht selten zu Problemen wie Überschuldung und zu – häufig auch gewaltsamen – Konflikten mit anderen Inhaftierten. Wird Gefangenen die Beschaffung oder der Gebrauch von Drogen nachgewiesen, drohen empfindliche Disziplinarmaßnahmen und Strafanzeigen. Bei unerlaubtem Besitz von Betäubungsmitteln werden zusätzliche mehrmonatige Haftstrafen verhängt, was im Szenejargon als „Nachschlag“ bezeichnet wird.

Durch die viel beklagte Personalknappheit im chronisch überbelegten Strafvollzug spitzt sich die Situation drogenabhängiger Gefangener weiter zu. In der JVA Tegel wird zwar versucht, dem „Drogenproblem“ zu begegnen: Im Haus I gibt es eine „Clearingstation“ mit 44 Haftplätzen, in die „geeignete“ Drogenabhängige aufgenommen werden sollen. Damit sind Gefangene gemeint, die sich bereit erklären, an ihrem Drogenproblem zu arbeiten bzw. sich innerhalb von neun Monaten zu entscheiden, wie sie zukünftig mit ihrer Suchterkrankung umgehen wollen.

¹ Zwei der befragten Einrichtungen machten hierzu bisher keine Angaben.

Viele Gefangene versuchen auch hier, von der Möglichkeit „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG Gebrauch zu machen. Inhaftierte, denen Dealerei nachgewiesen wurde, kommen dagegen auf die abgesonderte „Abschirmstation“. Dadurch sollen einerseits die Versorgungswege gekappt werden, andererseits wird auf die Gefangenen eingewirkt, vom Handel mit Betäubungsmitteln Abstand zu nehmen und am Drogenhandel Beteiligte zu „outen“.

Wie aber die Realität der aktuell Drogen konsumierenden und drogenabhängigen Gefangenen zeigt, kann dem Drogenproblem mit den vor allem auf Repression bauenden Möglichkeiten der Justizvollzugsanstalten nicht angemessen begegnet werden. Zwar bemühen sich so manche der im Strafvollzug tätigen Sozialarbeiter/innen um die „Resozialisierung“ der Strafgefangenen, doch in den Genuss spürbarer Verbesserungen kommen vor allem diejenigen, die keine akute Suchtproblematik aufweisen. Der weitaus größere Teil der von Drogenproblemen betroffenen Gefangenen erhält dagegen keine adäquate Unterstützung.

Drogenberatung durch externe Beratungsstellen

Neben den anstaltsinternen Hilfsangeboten für drogenabhängige Gefangene steht in der JVA Tegel die von Mitarbeiter(inne)n städtischer Drogenberatungsstellen geleistete aufsuchende Arbeit. Die Beratung bezieht sich vornehmlich auf Hilfs- und Unterstützungsangebote, die nach der Haftentlassung einsetzen (für die Vollzugsplanung sind die JVA-Mitarbeiter/innen zuständig) und richtet sich an alle Gefangenen der JVA, die, unabhängig vom jeweiligen Haftgrund, ein Drogen- oder Suchtproblem artikulieren.² Das Angebot wird von Konsumenten unterschiedlichster Drogen – vor allem Heroin, Kokain, Amphetaminderivate und Cannabis, aber auch Mischkonsum und Alkohol – in Anspruch genommen. Dabei handelt es sich um Gefangene, die entweder aktuell Drogen konsumieren oder es schaffen, in Haft (weitgehend) abstinent zu bleiben.³

Der Kontakt zu einer externen Drogenberatung wird – nach einem entsprechenden Vormeldeantrag – entweder von den Gefangenen selbst hergestellt (brieflich oder telefonisch) oder vom Sozialen bzw. Medizinischen Dienst vermittelt. Nach Zustandekommen des Kontakts wird in einer Sprechstunde ein Erstgespräch mit dem Gefangenen geführt, in dem das Anliegen des Klienten und die für die Beratungsarbeit relevanten Informationen ermittelt werden.

In den allermeisten Fällen wird eine externe Entwöhnungsbehandlung gewünscht. Eine solche Maßnahme sieht das Gesetz unter bestimmten Voraussetzungen als „Therapie statt Strafe“ vor. Die „Zurückstellung der Strafvollstreckung“

² Die Beratung durch Externe kann in allen Teilanstalten genutzt werden. Im Vergleich zu Haus I (Clearing-Station), Haus II („Kurzstrafershaus“ mit Substituierstation) und Haus III („Langstrafershaus“) ist in den anderen Häusern der Beratungsbedarf allerdings weitaus geringer.

³ Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen schließt eine aktuelle Abstinenz das latente Fortbestehen einer psychischen Drogenabhängigkeit nicht aus. Dies wird besonders deutlich bei Drogenabhängigen, die den Heroinkonsum in Haft einzustellen vermögen, ihn in Freiheit jedoch wieder aufnehmen.

gemäß § 35 BtmG kommt allerdings nur dann in Betracht, wenn die Strafe bzw. der Strafrest einer Vollstreckungssache zwei Jahre nicht übersteigt und wenn erwiesen ist, dass die Straftat, die zur Verurteilung führte, aufgrund der fortbestehenden Drogenabhängigkeit begangen wurde (Kausalzusammenhang). Hier kommt der Drogenberatung die Aufgabe zu, eine entsprechende Einschätzung vorzunehmen, den Klienten über geeignete Therapiemöglichkeiten zu informieren und zu beraten, das Antragsverfahren für eine Therapiekostenübernahme einzuleiten⁴, mit der Therapieeinrichtung einen Aufnahmetermin zu vereinbaren und die Beantragung der Strafzurückstellung zu koordinieren. Mit der Therapieplatzzusage einschließlich verbindlichem Aufnahmetermin und mit der Kostenübernahme ist der Beginn einer der Rehabilitation dienenden Behandlung gewährleistet – eine weitere gesetzliche Voraussetzung für eine Zurückstellung der Strafvollstreckung gemäß § 35 ist damit erreicht. Die Vollstreckungsbehörde kann nun mit Zustimmung des Gerichts am vereinbarten Tag des Therapieantritts den Klienten aus der Haft entlassen.

Bei manchen der Ratsuchenden handelt es sich um Substituierte; auch sie bringen in der Regel das Anliegen einer vorzeitigen Haftentlassung nach § 35 BtmG vor. In diesem Fall ist jedoch eine andere Maßnahme vorgesehen, nämlich Psychosoziale Betreuung (PSB) statt Strafe, welche die vorzeitige Entlassung und die Fortsetzung der Substitution ermöglicht.

Wenn Opiatabhängige im Wege des § 35 BtmG zur Substitution/PSB oder zu einer Entwöhnungstherapie vorzeitig aus der Haft entlassen werden und schließlich eine straffreie Lebensführung sowie einen erfolgreichen Behandlungsverlauf oder -abschluss nachweisen können, wird der zurückgestellte Strafrest zur Bewährung ausgesetzt.

44

Die Substituiertenstation in Haus II der JVA Tegel

In Haus II, dem „Kurzstrafershaus“, befindet sich auch die vom Anstaltsarzt, einem Arzt für Allgemeinmedizin, geleitete Substituiertenstation mit 17 Haftplätzen, auf der sich zurzeit etwa 10 Substituierte befinden⁵ (allerdings wird auch in anderen Häusern vereinzelt substituiert). Das spezielle Behandlungsangebot dieser Stati-

4 Um eine Kostenübernahme zu erhalten, ist eine Zusammenarbeit zwischen externer Drogenberatung und zuständigem Anstaltsarzt unerlässlich. Zum Therapieantrag verfasst die Drogenberatung einen Bericht über die psychosozialen und biografischen Hintergründe (Sozialbericht), und der Arzt nimmt hierzu anhand medizinischer Befunde Stellung (Befundbericht). Beide Berichte dienen als Entscheidungsgrundlage für die Bewilligung der Therapiekosten. Anders als ihre niedergelassenen Kolleg(innen) können Anstaltsärztinnen und -ärzte ihren Befundbericht allerdings nicht mit dem Kostenträger abrechnen. Dadurch und aufgrund des Fehlens der freien Arztwahl bei permanenter Überbelegung und Personalknappheit wird die Therapiebeantragung mitunter zu einem zähen Unterfangen. Leider passiert es auch immer wieder, dass der Arzt anderer Auffassung als die Drogenberatung ist und die beantragte Maßnahme nicht befürwortet. Wiederholt stattfindende Arbeitsgespräche zwischen beiden Seiten dienen zur Verbesserung der Zusammenarbeit.

5 Da die Substituiertenstation nicht ausgelastet, die JVA Tegel jedoch überbelegt ist, werden die entsprechenden Hafträume auch für nicht substituierte Gefangene genutzt.

on gilt als unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung Opiatabhängiger – nicht zuletzt im geschlossenen Strafvollzug.

Aufgenommen in die Substituiertenstation werden

- » „bereits substituierte Inhaftierte von der Zugangsstation,
- » Inhaftierte aus allen Teilanstalten, die den Wunsch haben, substituiert zu werden, einen Strafrest von nicht mehr als 2 Jahren und nicht weniger als 6 Monaten haben...“⁶

Von einer Aufnahme ausgeschlossen sind dagegen Inhaftierte, die

- » „psychotische Erkrankungen aufweisen,
- » akut suizidgefährdet sind,
- » erhebliche Schwierigkeiten in der Kommunikation haben (keine Deutschkenntnisse),
- » mangelnde Vereinbarungsfähigkeit und Desinteresse im Hinblick auf das Substituiertenkonzept/Zusatzvereinbarung aufweisen,
- » akuten Beikonusum von Drogen, auch THC, aufweisen (positive Urinproben)...“⁷

Die Inhalte und Ziele der Substitutionsbehandlung sind

- » „enge medizinische Betreuung durch den Anstaltsarzt,
- » enge psychosoziale Betreuung durch Gruppenleiterin,
- » Verbesserung und Stabilisierung der Gesundheit und der Lebensqualität drogenabhängiger Inhaftierter,
- » Wegfall der Beschaffungskriminalität,
- » drogenfreies und somit nach Haftentlassung straffreies Leben des Substituierten.“⁸

Gegenüber den anderen Gefangenen der Teilanstalt genießen die auf der Substituiertenstation Inhaftierten gewisse Privilegien: Die Aufschlusszeiten werden großzügiger gehandhabt, und mit den Substituierten werden regelmäßig Gespräche geführt. Die psychosoziale Betreuung (siehe unten) setzt so manche Hilfestellung um, die anderen Inhaftierten vorenthalten wird.

Im Vergleich zur Gesamtzahl der Inhaftierten ist die Anzahl substituiert Gefangener allerdings verschwindend gering. Angesichts der mutmaßlich sehr hohen Anzahl intravenös konsumierender Heroinabhängiger und der damit verbundenen hohen Gesundheitsrisiken im Strafvollzug erscheint dies erklärungsbedürftig. Die nichtmedizinischen, beispielsweise auf das Strafmaß bezogenen Zugangsvoraussetzungen dürften dabei ebenso eine Rolle spielen wie die Tatsache, dass bei Gefangenen, die bereits außerhalb der Haft substituiert wurden, das Substitut in der Untersuchungshaftanstalt Moabit „ausgeschlichen“ wurde. Dass in der JVA Tegel allerdings für etliche heroïnabhängige Gefangene eine eindeutige Indikation für eine Substitution besteht, diese aber nicht durchgeführt wird, gehört zu den vielen Widersprüchlichkeiten innerhalb des Justizvollzugs.

⁶ siehe www.berlin.de/jva-tegel > Teilanstalt II > Belegungsstruktur und Konzeption der Teilanstalt II, 2,3

⁷ ebd.

⁸ ebd.

Psychosoziale Betreuung

Flankierend zur Substitutionsbehandlung durch den Anstaltsarzt werden mit den Inhaftierten im Rahmen der psychosozialen Betreuung (PSB) regelmäßige Einzelgespräche geführt. Für die PSB ist ausschließlich die Gruppenleiterin zuständig (siehe auch „PSB ‚drinnen‘ und ‚draußen‘“, S. 47). Bei konkreten Anlässen werden Vollversammlungen der Substituierten einberufen. Die Bereitschaft zur Teilnahme an diesen Maßnahmen ist verbindlich und Voraussetzung für die Aufnahme in die Substituiertenstation.

Die PSB soll den substituierten Häftlingen in ihrer individuellen Problemlage unterstützend zur Seite stehen. Dabei darf man nicht vergessen, dass sie sich hier in einem Bedingungsgefüge befinden, dem sie nicht entinnen können. Zwar ist die Substituiertenstation im „drogenarmen“ B-Flügel untergebracht, doch auch dort sind Drogen erhältlich. Angesichts dessen wird die Bezeichnung „drogenarm“ von den „Insidern“ unter den Strafgefangenen kopfschüttelnd belächelt. Jedenfalls werden Drogenabhängige, die ihren Drogenkonsum regulieren, reduzieren oder gar einstellen möchten, in der JVA auf eine besonders harte Probe gestellt.

Bei bestehender Opiatabhängigkeit kann die Vergabe eines Opiat-Ersatzstoffes zumindest helfen, unter den Bedingungen des Strafvollzugs zu bestehen. Körperliche Entzugserscheinungen werden genommen, nicht aber der psychische Suchtdruck, das Verlangen nach der spezifischen Wirkung des Heroins. Hier will die psychosoziale Betreuung ansetzen: Regelmäßige Gespräche mit der Sozialarbeiterin sollen dazu dienen, eine akute Rückfallgefährdung zu überwinden. Im Strafvollzug arbeitet jedoch auch die PSB unter verschärften Bedingungen. Die Sozialarbeiterin weiß, dass Substituierte – wie die anderen Inhaftierten auch – letztlich auf sich gestellt sind. Zwar können sie sich mit all ihren Problemen an die PSB wenden, doch wenn es dabei um den Konsum illegaler Drogen geht, fällt es schwer, sich vertrauensvoll an Betreuende zu wenden, die gleichzeitig Mitarbeiter/innen des Strafvollzugs sind. Der Beikonsum von Cannabis bei gelungenem Verzicht auf Heroin mag „draußen“ als ein vergleichsweise geringes Problem gelten; in Haft jedoch riskiert man damit die Beendigung der Substitutionsbehandlung. Zeigt sich der Gefangene einsichtig und stellt seinen Cannabiskonsum nachweislich ein, verbleibt er auf der Substituiertenstation. Bei fortgesetztem Cannabiskonsum und „mangelnder Problem-Einsicht“ wird das Substitutionsmittel allerdings „ausgeschlichen“. Das passiert umso schneller, wenn der Beigebrauch „harter“ Drogen nachgewiesen wird. Die Beendigung der Substitution bedeutet in aller Regel einen heftigen Rückschlag, der angesichts des eintönigen Regelvollzugs und der Verfügbarkeit von Drogen massive Gesundheitsrisiken mit sich bringt: Rückfall in den Drogenkonsum, Injektionen mit gemeinsam gebrauchten Spritzutensilien, Inkaufnahme von Infektionsgefahren usw.

Eine spezielle Maßnahme der Entlassungsvorbereitung bei substituierten Gefangenen ist die Sicherstellung der Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt, wofür der substituierende Anstaltsarzt Sorge trägt. Bei der Vermittlung in eine Arztpraxis wird auch die externe Drogenberatung genutzt. Eine Kooperation zwischen anstaltsinternen Diensten und externen Einrichtungen besteht ebenso hinsichtlich der Wohnraumbeschaffung.

PSB „drinnen“ und „draußen“

In der ambulanten Drogenhilfe Berlins ist es schon lange üblich, die psychosoziale Betreuung von Substituierten durch spezielle PSB-Mitarbeiter/innen durchführen zu lassen. Im Gegensatz zur allgemeinen Drogenberatung ist die PSB eine leistungsfinanzierte Maßnahme und wird in Berlin durch die Eingliederungshilfen der Bezirkssozialämter auf Grundlage des SGB XII finanziert. Während Erstere allen Menschen zur Verfügung steht, die Probleme im Umgang mit illegalen Drogen haben, kann die PSB nur von substituierten und opiatabhängigen, nicht in Haft befindlichen Klient(inn)en in Anspruch genommen werden.

Die Drogenberater/innen haben – unabhängig davon, ob sie innerhalb oder außerhalb von Haftanstalten arbeiten – unter anderem die Aufgabe, die Klient(inn)en im Anschluss an einen Beratungsprozess in weiterführende Maßnahmen zu vermitteln: in eine stationäre Entzugsbehandlung, in abstinenzorientierte Therapien oder zu substituierenden Ärzt(inn)en und in die PSB. Eine speziell für die PSB entwickelte Hilfebedarfshebung ist obligatorischer Bestandteil des Antrags auf Kostenübernahme und zugleich Leitfaden für die Betreuer/innen und Klient(inn)en im Sinne eines individuellen Hilfeplans. Wie auch in anderen Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe gilt für die Inanspruchnahme der PSB der Grundsatz der Freiwilligkeit: Der Klient soll sich vertrauensvoll an seinen Betreuer wenden können. Je nach individuellem Hilfebedarf des Klienten und je nach Profession des Mitarbeiters kann die PSB eher sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen oder eher psychologischen/psychotherapeutischen Charakter haben.

Auch innerhalb des Strafvollzugs besteht eine personelle Trennung zwischen der PSB für Substituierte und der Drogenberatung. Die PSB wird ausschließlich von Mitarbeiter(inne)n des Justizvollzugs durchgeführt und ist Bestandteil der Vollzugsplanung. Wie bei allen Inhaftierten gilt es daher auch bei den Substituierten, auf ein bestimmtes Vollzugsziel hinzuarbeiten. Es liegt sozusagen in der Natur der Sache, dass die haftinterne PSB einen grundlegend anderen Charakter als die PSB in Freiheit hat: Der Klient verbringt die meiste Zeit in seinem abgeschlossenen Haftraum, und sein Leben findet in einem starren, stark hierarchisch organisierten Alltag statt. Die Substitutionsbehandlung ist hier noch stärker an Bedingungen gekoppelt als „draußen“, und „Fehlverhalten“ kann sehr schnell zu ihrer

Beendigung führen. Die Erfordernisse von „Sicherheit und Ordnung“ sind allen anderen Aspekten übergeordnet, obwohl auch im Justizvollzug die Notwendigkeit von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes gerade für intravenös konsumierende Gefangene erkannt wird.

In Haft wie in Freiheit soll die PSB Substituierte begleiten, beraten, betreuen und unterstützen und zur Verbesserung der Lebensqualität der Klient(inn)en beitragen; sie ergänzt somit die medizinische Seite der Substitution. Deren Bedeutung ist klar definiert; was die PSB zu leisten vermag, hängt dagegen sehr vom individuellen Hilfebedarf des Klienten ab – und nicht zuletzt von dessen Bereitschaft, seine persönlichen Probleme zu bearbeiten.

Chance Substitution

Mit Substitutionsmitteln kann die eigentliche Suchterkrankung nicht geheilt werden; durch ihre Gabe in Verknüpfung mit sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Unterstützung wird jedoch der Zugang zu sucht- und psychotherapeutischen Hilfen ermöglicht. Der mittel- bis langfristige Ausstieg aus der Sucht kann erfahrungsgemäß ein realistisches Ziel der Substitutionsbehandlung sein. Doch anders als bei einer abstinenzentrierten Therapie steht hier die Suchtbewältigung nicht zwingend im Vordergrund: Die langjährige und international erfolgreich erprobte Substitutionspraxis setzt vorrangig auf die kurzfristig erreichbaren Behandlungsziele Schadensminimierung und Gesundheitsförderung, Verbesserung der sozialen Situation, psychische Stabilisierung und Entkriminalisierung. Innerhalb wie auch außerhalb der Gefängnismauern muss die Substitution daher ein Hilfsangebot sein, das dem Schutz der Gesundheit und der Wahrung der Menschenwürde drogenabhängiger Menschen Priorität einräumt.

Angesichts der hohen Morbidität und Mortalität bei intravenös konsumierenden Drogenabhängigen und der hohen Anzahl von Inhaftierten, die „hinter Gittern“ weiterhin Drogen spritzen oder damit beginnen, ist der Ausbau dieses Angebots im Strafvollzug dringend geboten. Auf diese Weise könnte die Verbreitung von HIV, Hepatitiden und anderen Infektionskrankheiten wirksam eingedämmt und die Zahl der Drogennotfälle verringert werden. Würden mehr opiatabhängige Gefangene substituiert, könnte außerdem der Heroinschwarzmarkt zumindest zurückgedrängt werden; die Entstehung eines Methadonschwarzmarkts ließe sich durch entsprechende Ausgabemodalitäten vermeiden.

Wenn die Gefängnismauern für die Einfuhr von Drogen schon so durchlässig sind, müssen hinter diesen Mauern auch die zum Schutz der Gesundheit notwendigen Hilfs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen. Neben der Substitutionsbehandlung sollte dazu selbstverständlich auch die Vergabe steriler Spritzen gehören.

Rechtsfragen zu Substitution und Haft

Christine Graebisch und Sven-Uwe Burkhardt

„Gefangene erhalten Schmerzengeld in noch unbekannter Höhe, weil sie in Haft gezwungen wurden, keine Drogen mehr zu nehmen“, meldete die *Times* im November 2006.¹ In Großbritannien hatten ca. 200 ehemalige Gefangene gegen die Regierung geklagt, weil sie mit Haftbeginn zu einem kalten Entzug gezwungen worden waren, obwohl sich wohl die meisten vor ihrer Inhaftierung in einem Methadon-Substitutionsprogramm befunden hatten. Die Schadensersatzzahlungen – pro Person etwa 5.600 € zuzüglich Anwaltskosten – waren das Resultat eines außergerichtlichen Vergleichs. Das britische Home Office (Innenministerium) hätte sich auf einen solchen Vergleich nicht eingelassen, wenn es der Klage der Gefangenen, in welcher der erzwungene (Methadon-)Entzug als ärztlicher Behandlungsfehler und als Menschenrechtsverletzung bewertet wurde, nicht gute Erfolgschancen beigemessen hätte.² Öffentlichkeit und Medien reagierten mit Unverständnis und Empörung auf die Schadensersatzzahlungen.³

Auf den ersten Blick erstaunt die Vergleichsbereitschaft des Home Office. Wahrscheinlich hätte eine deutsche Regierung ein solches Verfahren in Erwar-

¹ Vgl. *The Times* vom 13.11.2006, 11

² Vgl. *The Independent* vom 14.11.2006, 26, und 15.11.2006, 30

³ Vgl. *Daily Telegraph* und *Daily Mail* vom 13. bis 17.11.2006

tung ihres schlussendlichen Obsiegens durch alle Instanzen gefochten. Schließlich würde ein Erfolg der Kläger demgegenüber die Anerkennung eines einklagbaren Anspruchs auf (Substitutions-)Behandlung voraussetzen, dem dann auch nicht die Besonderheiten der Haftsituation entgegengehalten werden dürften. Man sollte sich die Haltung des Home Office allerdings nicht zu schnell mit Spezifika des britischen Rechts erklären. Möglicherweise ist die Sensibilität für solche Menschenrechtsverletzungen in Großbritannien nur deshalb höher, weil der Staat bereits 2003 vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) wegen Verstoßes gegen Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) zu Schadensersatzzahlungen in Höhe von 22.900 € (zuzüglich Anwaltskosten) verurteilt worden war. In diesem Fall hatte eine Gefangene nach Strafantritt unter schweren, nicht hinreichend behandelten Entzugserscheinungen gelitten, an denen sie kurze Zeit später infolge weiterer Komplikationen verstorben war (McGlinchey u. a. v. the United Kingdom, Verfahren 50390/99, Urteil vom 29.04. 2003).

Art. 3 EMRK verbietet eine unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung. Die in der EGMR-Rechtsprechung dazu etablierten Standards müssen auch in Deutschland beachtet werden. Wir werden im Folgenden der Frage nachgehen, wie sich ein Anspruch auf Substitutionsbehandlung auch hierzulande begründen lässt. Die gesetzliche Ausgangslage ist allerdings schwierig, denn Restriktionen werden für gewöhnlich sowohl aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) als auch aus dem Strafvollzugsgesetz (StVollzG) abgeleitet. Abschließend werden wir dann auf §§ 35–38 BtMG eingehen, die den rechtlichen Rahmen dafür bieten, Rechtsverletzungen in der Praxis erheblich zu reduzieren, indem durch eine Substitution vielfach schon auf die Haft selbst verzichtet werden könnte.

Recht auf Substitution in Haft?

Voraussetzungen einer Substitutionsbehandlung

Die Voraussetzungen einer Substitutionsbehandlung sind in § 13 II 1 BtMG und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt. Weiterhin existiert die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (RMvV), die in Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) Nr. 2 die substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger regelt und seit dem 1. April 2006 in Kraft ist. Diese sog. RMvV-Substitution⁴ ist zwar kein Gesetz, hat aber enorme praktische Bedeutung, weil mit ihr festgelegt wird, welche Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden müssen. Sie wird zudem allgemein dahingehend verstanden, dass sich in ihr anerkannte medizinische Behandlungsmaßstäbe widerspiegeln.

⁴ früher BUB-Richtlinie, Deutsches Ärzteblatt 2006, 182

Allgemeine Voraussetzung einer Substitutionsbehandlung ist das Vorliegen einer Indikation. Diese kennt gemäß § 5 I BtMVV drei Gruppen: 1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes, 2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder 3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt. Weiterhin erfordert § 5 II 1 Nr. 6 BtMVV, dass der substituierende Arzt über eine von der Ärztekammer anerkannte Qualifikation verfügt (Fachkunde Suchtmedizin).

Aus der BtMVV ergeben sich rechtlich keine Besonderheiten für die Substitution in Haft. Jedoch können sich Einschränkungen bezüglich der RMV-Substitution ergeben, regelt diese doch direkt nur die kassenärztliche Behandlung. Allerdings werden in der RMV-Substitution auch ärztliche Standards der Regelbehandlung näher konkretisiert. Zudem soll sich die Gesundheitsbehandlung in Haft an der Regelbehandlung in Freiheit orientieren, wie sich schon aus den vielfach mit den für die gesetzliche Krankenversicherung übereinstimmenden Gesetzesformulierungen im Strafvollzugsgesetz ergibt (zu der aus verfassungsrechtlichen Gründen bestehenden Unabänderlichkeit der Orientierung an der extramuralen^a Gesundheitsversorgung auch durch Landesvollzugsgesetze vgl. Meier 2005).

Nicht weiter eingehen werden wir auf die auf Länderebene bestehenden untergesetzlichen Ausführungsvorschriften, die den „Normalfall“ der Substitution in Haft regeln sollen. Die bestehenden Substitutionsprogramme variieren dabei stark von Bundesland zu Bundesland und auch von Haftanstalt zu Haftanstalt (vgl. hierzu Keppler/ Knorr/ Stöver 2004).

Überblick über den juristischen Meinungsstand zum Recht auf Substitution in Haft

Außerhalb des Vollzugs werden Probleme mit dem behandelnden Arzt meistens nicht über den Klageweg, sondern schlicht durch einen Arztwechsel gelöst. Weil das Recht auf freie Arztwahl durch das Strafvollzugsgesetz eingeschränkt wird, ist dieser Ausweg in der Haft aber zumeist nicht möglich. Deshalb stellt sich hier die Frage, inwieweit der Anstaltsarzt als „Zwangsansprechpartner“ der Gefangenen (Keppler 1996, 111) gerichtlich dazu verpflichtet werden kann, eine Substitution durchzuführen. Die dazu im Folgenden dargestellten Überlegungen gelten daher nicht für Freigänger, die in einem pflichtversicherten Arbeitsverhältnis stehen. Diese haben gemäß § 62 a StVollzG das Recht auf freie Arztwahl, können sich also, juristisch betrachtet, einfach draußen einen Arzt für die Substitution suchen. Praktisch stellt sich aber einerseits das Problem, einen Arzt zu finden, der dazu bereit ist, andererseits kann die Anstalt mit einem Verlust des Freigängerstatus aufgrund (frei gewählter) Substitution drohen.

a extramural = außerhalb der Mauern, hier: der Gefängnismauern (intramural = innerhalb der Mauern)

In der rechtswissenschaftlichen Literatur zum Strafvollzug herrscht die Meinung vor, dass die Substitutionsbehandlung als Teil der Gesundheitsvorsorge (§§ 56, 58 StVollzG) dem Gefangenen zu gewähren ist (Feest [Hg.] 2006: Boetticher/Stöver vor § 56 Rn. 45; Schwind/Böhm/Jehle [Hg.] 2005: Riekenbrauck § 56 Rn. 8; Kubink 2002, 268; a. A. Weber 2003, § 5 BtMVV Rn. 104). Der Gefangene soll die Anstalt nicht kränker verlassen, als er sie betreten hat, was insbesondere Bedeutung für diejenigen hat, die bereits vor der Inhaftierung substituiert wurden (vgl. auch Kubink 2002, 268 f. m.w.N.).

Wichtiger für die Durchsetzungschancen bei Gericht ist allerdings, den Umgang der Rechtsprechung mit dieser Frage zu betrachten. Dabei sind im Wesentlichen zwei Klagewege denkbar: Der zivilrechtliche auf (nachträglichen) Schadensersatz (wie in England) und der strafvollzugsrechtliche zur Strafvollstreckungskammer, auf dem noch während der Haftzeit versucht werden kann, eine Substitution zu erzwingen. Soweit ersichtlich, wurde seither in Deutschland ausschließlich (und nur selten) der zweite Weg beschritten. Veröffentlicht sind dazu wohl nur zwei Entscheidungen (LG Dortmund StV 1995, 143 und OLG Hamburg StV 2002, 265), wobei das OLG Hamburg teilweise auch die aufgehobene und unveröffentlichte Entscheidung des LG Hamburg wiedergibt.

Das LG Dortmund wie auch das LG Hamburg hatten den Eilanträgen von Gefangenen stattgegeben, die bereits vor Haftantritt mit Methadon substituiert worden waren und bei denen ein ausschleichendes Absetzen erfolgte (Hamburg) bzw. erfolgen sollte (Dortmund). Den Anträgen der Gefangenen wurde (vorläufig) stattgegeben, weil die hinzugezogenen medizinischen Gutachter Gesundheitsschäden durch die Beendigung der Substitution vorhersagten, denen der Vollzug mit der Weiterbehandlung entgegentreten müsse.

Aus medizinischer Sicht sind generelle Zweifel an der Angemessenheit einer Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit auch nicht (mehr) vertretbar. In der für eine Evidence-based Medicine maßgeblichen Datenbank der Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) findet sich eine Vielzahl von Studien, die höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und den Erfolg von Substitutionsbehandlungen belegen. Es handelt sich zudem um einen auch in Deutschland praktizierten Behandlungsstandard, wie sich unter anderem aus der RMV-Substitution ergibt. Wie etabliert gerade die Substitution mit Methadon mittlerweile ist, zeigt sich auch daran, dass sie in der deutschen Studie zur Behandlung Schwerstabhängiger mit Heroin (www.heroinstudie.de) als Vergleichsmaßstab für den Erfolg des neuen Ansatzes gewählt wurde.

Das OLG Hamburg stellt die medizinische Notwendigkeit der Substitution auch nicht in Abrede. Es behauptet aber, dass es sich bei der Substitution um keine rein ärztliche Entscheidung, sondern um eine Maßnahme des Vollzugs handle. Mit dieser Rechtsposition wird der Anstalt zugebilligt, allgemeine Vollzugsziele

le auf Kosten der medizinischen Einzelfallentscheidung zu verwirklichen. Es sei im Vollzug nicht mit einer Verelendung der Betroffenen zu rechnen, die außerhalb den wesentlichen Grund für eine Substitution darstelle. Das OLG liest weiter aus § 2 StVollzG, dass der Vollzug auf ein späteres „Leben ohne jedweden Drogenkonsum“ vorzubereiten habe, obwohl doch im Gesetz nur von einem „Leben ohne Straftaten“ die Rede ist. Ein solches ist aber entgegen den Behauptungen des OLG über eine Substitution besser – weil realistischer – erreichbar als über eine reine Abstinenzperspektive (vgl. z. B. Kubink 2002, 268 f.). Die Letztere ist aus betäubungsmittelrechtlicher Sicht langfristig keineswegs ausgeschlossen. Dass der Strafvollzug in seiner Zielsetzung aber bescheidener sein muss, ergibt sich bereits aus der Verfassung. Wie das Gericht seine Position mit dem ebenfalls herangezogenen Grundsatz des § 3 StVollzG, nach welchem das Leben in Haftanstalten an die Lebensverhältnisse draußen angeglichen werden soll, ausgerechnet im Fall einer bereits außerhalb des Vollzugs Substituierten vereinbaren will, bleibt völlig unbeantwortet. Stattdessen gibt es der Anstalt vollumfänglich Recht, deren Arzt die Substitution nach einem „Ausschleichen“ abgebrochen hatte. Die Gefangene habe vor dem Ausschleichen regelmäßigen Beikonsum von Cannabis und Benzodiazepinen gehabt, die Substitution habe daher für sie eine Gefahr für Leib und Leben dargestellt. Eine Substitution wurde aber von Gutachter und Landgericht gerade deswegen für geboten gehalten, weil sich die Gefangene nach dem „Ausschleichen“ in der Anstalt illegal mit Methadon und Benzodiazepinen versorgt hatte, womit die bekannten noch größeren Gesundheitsgefahren – u.a. die Übertragung von Infektionskrankheiten durch den Konsum dieser Substanzen mit gemeinsam gebrauchten Spritzen – verbunden sind. Diesem Gegenargument begegnet das OLG Hamburg mit der längst überholt geglaubten Mär, „dass eine etwaige jederzeitige Verfügbarkeit von Drogen im Vollzug kein nicht beherrschbares Naturereignis darstellte, sondern durch geeignete Maßnahmen deutlich reduziert werden könnte“.

Bemerkenswert an der Entscheidung ist auch die Hervorhebung des Abstinenzparadigmas, obwohl die Substitution im vorliegenden Fall – soweit ersichtlich – zur Unterstützung der Behandlung von neben der Opiatabhängigkeit bestehenden Krankheiten erfolgte (§ 5 I Nr. 2 BtMVV) und nicht zur Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz (§ 5 I Nr. 1 BtMVV).

Die Entscheidung des OLG Hamburg ist schließlich auch noch unter Rechtsschutzgesichtspunkten höchst problematisch. Die anstaltsärztliche Entscheidung wird nämlich als gerichtlich nur beschränkt überprüfbar bewertet. Begründet wird dies gerade damit, dass vollzugsärztliche Entscheidungen von der Anstalt unter Vollzugsgesichtspunkten (nicht medizinischen) abänderbar seien. Diese Position verwehrt Gefangenen gerichtlichen Rechtsschutz gegen einen die Substi-

tution verweigernden Anstaltsarzt und stellt zudem einem substitutionswilligen Anstaltsarzt den Ermessensspielraum einer Anstalt entgegen, der nur im Extremfall (einer „Ermessensreduzierung auf Null“) eine gerichtlich berücksichtigungsfähige Grenze findet.

Zu beachten ist dabei, dass diese Entscheidung des Hanseatischen Oberlandesgerichts rechtliche Bedeutung sogar über Hamburg hinaus hat. Gemäß § 121 II GVG besteht nämlich für ein anderes Oberlandesgericht, das im Ergebnis von dessen Rechtsposition abweichen will, die Pflicht zur Vorlage an den Bundesgerichtshof (BGH). In der Praxis bietet sich aber für ein OLG meistens der Ausweg, zu begründen, weshalb es sich bei der von ihm entschiedenen Frage um einen ganz anderen Fall handelte, zumal der BGH offenbar wenig Neigung verspürt, über Singvögel, CD-Player und sonstige Alltagsfragen des Vollzugs zu entscheiden (vgl. BGH NSTZ 2000, 222). Vor diesem Hintergrund ist auch trotz eigentlich bestehender Vorlagepflicht zum BGH eine vom OLG Hamburg abweichende OLG-Entscheidung ohne Vorlage zum BGH möglich.

Zudem ist der Entscheidung des OLG Hamburg die bereits einleitend erwähnte McGlinchey-Entscheidung des EGMR entgegenzuhalten. Dort wurde (mit sechs zu einer Richterstimme) festgestellt, dass die Hinnahme schwerer Entzugsercheinungen (Erbrechen, Durchfall und damit verbundener massiver Flüssigkeits- und Gewichtsverlust) eine Verletzung von Art. 3 EMRK (unmenschliche/erniedrigende Behandlung/Bestrafung) darstellt. Gleichzeitig wurde (einstimmig) eine Verletzung von Art. 13 EMRK festgestellt, da es an einer wirksamen Rechtsbeschwerdemöglichkeit fehlte. Indem das OLG Hamburg die Ablehnung einer Substitution (selbst bei schwerwiegenden Begleiterkrankungen) akzeptiert und zudem gerichtlicher Überprüfbarkeit entzieht, verletzt es die vom EGMR aufgestellten Grundsätze sowohl in materieller als auch in formeller Hinsicht.

Hervorzuheben sind bei der Entscheidung des EGMR noch drei weitere Aspekte. So wurde ausdrücklich festgestellt, dass die Gefangene selbst einen Heroinentzug wünschte und sie auch Lofexodin zur Linderung der Entzugssymptome erhielt. Jedoch war die gewählte Medikation gerade nicht ausreichend, um den schweren Entzugssymptomen entgegenzuwirken. Weiterhin betont der EGMR nachdrücklich, dass der spätere Tod der Gefangenen für seine Entscheidung keine Rolle gespielt habe. Zudem klingen in dem Urteil schon Zweifel an, ob die Betroffene überhaupt haftfähig war und ob es sinnvoll war, in ihrem Fall eine viermonatige Freiheitsstrafe wegen Diebstahls zu vollstrecken, da bei der zugrundeliegenden Urteilsfindung auch eine Bewährung (Probation Order) mit Therapieweisung erwogen worden war. Letzteres verweist auf die Notwendigkeit, von vornherein Alternativen zur (Substitution in der) Haft zu finden, worauf unten mit Blick auf §§ 35–38 BtMG noch einzugehen ist.

Auseinandersetzung mit Begründungen des Anstaltsarztes/der JVA zur Ablehnung einer Substitution

Die Rolle des Anstaltsarztes

Die Rolle des Anstaltsarztes ist zwiespältig: Einerseits ist er der zunächst einzige Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen von Gefangenen, andererseits ist er in die Anstaltshierarchie eingebunden und hat verschiedenste Überwachungsaufgaben (vgl. zur Problematik allgemein Hillenkamp 2005a; Feest [Hg.] 2006: Boetticher/Stöver vor § 56 Rn. 5 ff., § 158). Bei der Beschreibung dieser Doppelrolle werden in der Regel die Freiheiten betont, die ein Arzt außerhalb des Gefängnisses hat, um dann deren Beschränkbarkeit innerhalb zu betonen, wobei zumeist an Beschränkungen gedacht ist, welche die Anstalt zu Lasten des Gefangenen fordert. Das bedeutet dann aber auch, dass die Anstalt gerichtlich verpflichtet werden kann, den Anstaltsarzt anzuweisen, eine im Interesse des Gefangenen liegende Behandlung durchzuführen, wie das LG Dortmund (StV 1995, 144) betont, wenn schon der einzelne Anstaltsmediziner selbst wegen seiner Stellung als Arzt nicht verpflichtet werden kann (so etwa Sönnken 2004; mit Recht kritisch zu der verbreiteten Rechtskonstruktion, die dem ärztlichen Handelnden rechtliche Außenwirkung und damit Eigenverantwortlichkeit abspricht: Feest [Hg.] 2006: Boetticher/Stöver § 158 Rn. 2, und Hillenkamp 2005, der für ein „Primat der Medizin“ in einem Strafvollzugsrecht der Zukunft plädiert).

Vor diesem Hintergrund werden nun einzelne Argumente angesprochen, mit denen ein Arzt eine Substitution ablehnen könnte (vgl. zu solchen in der Vollzugspraxis Keppler/Knorr/Stöver 2004, 205 ff.). Was sich daraus für rechtliche Konsequenzen ergeben, beschreiben wir zum besseren Verständnis zunächst für den Arzt außerhalb und dann für den Arzt innerhalb der Anstalt. Für Letzteren gehen wir entgegen dem OLG Hamburg davon aus, dass es sich bei der Frage nach Substitution um eine rein medizinische handelt (vgl. zur Kritik an den medizinischen Aussagen des Urteils Ullmann 2003). Im Lichte der McGlinchey-Entscheidung des EGMR kommt man aber ansonsten auch zu keinem abweichenden Ergebnis.

Mangelnde Qualifikation des Arztes oder fehlende Kapazitäten

Ein Arzt könnte die Substitution mit dem Argument ablehnen, dass er nicht über die vorgeschriebene Fachkunde Suchtmedizin verfüge, er also nicht berechtigt sei, die Substitution durchzuführen. Die Behandlung ist aber nur dann eine Straftat (Körperverletzung), wenn er auch faktisch nicht über die entsprechende Qualifikation verfügt, bei bloßem Fehlen des formalen Nachweises handelt es sich lediglich um eine Ordnungswidrigkeit (§ 17 Nr. 10 BtMVV i.V.m. § 32 I Nr. 6 BtMG). Möglich gemäß § 5 III BtMVV ist jedoch eine Substitution von maximal drei Patienten auch für Ärzte ohne diese formale Qualifikation, soweit ein formal qualifizierter Arzt als sogenannter Konsiliarius mitwirkt. Ist auch diese Möglichkeit nicht reali-

sierbar, müsste ein Arzt draußen den substitutionswilligen Patienten an geeignete Kollegen verweisen.

Die fehlende formale bzw. tatsächliche Qualifikation der Anstaltsärzte scheint auf den ersten Blick eine Substitutionstherapie in Haft unmöglich zu machen, weil von ihnen natürlich nicht verlangt werden kann, eine Straftat oder Ordnungswidrigkeit zu begehen. Das ist allerdings unzutreffend. Gemäß § 158 I StVollzG ist die Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug zwar primär hauptamtlichen Anstaltsärzten anzuvertrauen, kann aber auch nebenamtlich oder vertraglich verpflichteten Ärzten übertragen werden, insbesondere bei mangelnder fachärztlicher Kompetenz des Anstaltsarztes. Das Regel-Ausnahme-Verhältnis ist dabei in der Praxis ohnehin bereits vielfach konterkariert (Hillenkamp 2005, 28). Die JVA muss also externe Ärzte hinzuziehen. Eine andere Frage ist dabei, ob die Anstalt nicht gut beraten ist, aufgrund eines großen Bedarfs an Substitution die Fortbildung angestellter oder die Einstellung bereits fortgebildeter Ärzte anzustreben. Nicht anders als bei fehlender Fachkunde stellt sich die Situation bei fehlender tatsächlicher Qualifikation dar, z. B. fehlender Erfahrung mit einem bestimmten Substitutionsmittel.

Ähnlich liegt die Problematik, wenn zwar Ärzte vorhanden sind, die über die Fachkunde Suchtmedizin verfügen, die bei ihnen vorhandenen Substitutionsplätze aber nicht ausreichend bemessen sind, um all diejenigen Gefangenen zu versorgen, bei denen eine Indikation nach § 5 BtMVV gegeben ist. Auch dann ist ein externer Arzt hinzuzuziehen, sei es als Konsiliarius oder als die Substitution durchführender Arzt. In der Praxis werden aber nicht nur fehlende Plätze in der ärztlichen Substitution, sondern auch im vorgesehenen psychosozialen Begleitprogramm (psychosoziale Betreuung, PSB) als Ablehnungsgrund herangezogen. Hier muss zunächst einmal betont werden, dass das Gesetz keineswegs zwingend in jedem Fall eine PSB voraussetzt. Gerade unter den Bedingungen des Strafvollzugs kann vielfach davon ausgegangen werden, dass ohnehin bereits ein größeres Maß an Behandlung und Betreuung gegeben ist als draußen.

Außerhalb der Haft ist es bei fehlenden Kapazitäten schwierig, die Versorgung sicherzustellen. Zwar können Ärzte nur ausnahmsweise verpflichtet werden, eine bestimmte Behandlung anzubieten. Das ist allerdings immer dann der Fall, wenn der Patient bei einer Ablehnung ohne die notwendige Hilfe bleiben würde (Quaas/Zuck 2005, § 13, Rn. 16 m.w.N.). Das wird ausdrücklich auch für die Behandlung HIV-infizierter Patienten (trotz des eventuell höheren Infektionsrisikos für den Arzt) angenommen. Die schwierige Frage allerdings, welcher Arzt nun wozu genau verpflichtet werden kann, ist bislang noch unbeantwortet (der Arzt ohne tatsächliche Fachkunde nur im Rahmen eines Notfalls, da er sich ansonsten strafbar machen würde; wenn der Arzt mit Fachkunde schon ausgelastet ist, kann es aber auch nicht sein, dass ausgerechnet er weiter gehend verpflichtet werden

kann). Unabhängig davon hat die Kassenärztliche Vereinigung einen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag (§§ 72 ff. SGB V), das heißt, sie muss Maßnahmen ergreifen, welche die Versorgung langfristig sicherstellen. Ein entsprechender Auftrag kommt innerhalb des Vollzugs der Anstaltsleitung zu (und dieser ist in der kleinteiligen Anstalt natürlich viel leichter realisierbar als bezogen auf alle Ärzte einer KV außerhalb). Sie kann daher nur dort, wo dieser Auftrag kurzfristig einmal trotz Bemühungen nicht erfüllt werden kann, zu der in § 65 StVollzG vorgesehenen Hilfsmaßnahme der Verlegung in ein Haftkrankenhaus, eine besser geeignete Anstalt oder ein Krankenhaus außerhalb des Vollzugs greifen. Bei der Verlegungsentscheidung gilt es aber auch, die Wirkung auf die sozialen Kontakte – insbesondere die Erreichbarkeit durch Verwandte und Freunde – zu berücksichtigen (BVerfG, Beschluss v. 27.06.2006, Az. 2 BvR 1295/05) und abzuwägen gegen die eventuell bestehenden Schwierigkeiten, vorübergehende Hindernisse zu beseitigen, die der Sicherstellung der Substitutionsversorgung in der eigenen JVA entgegenstehen. Als Alternative ist dabei immer auch die Haftentlassung zu erwägen (vgl. LG Dortmund StV 1995, 144).

Dass die tatsächlichen Gegebenheiten in der jeweiligen JVA ebenso wenig wie eine als selbstverschuldet wahrgenommene Drogenabhängigkeit ein Argument darstellen, mit dem Mängel in der Versorgung gerechtfertigt werden können, geht auch aus der McGlinchey-Entscheidung des EGMR hervor. Dort wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leiden im Wesentlichen durch den Heroinentzug selbst hervorgerufen waren, das Verhalten der Anstalt also gerade nicht kausal für die Schmerzen und Gesundheitsschäden war. Die Anstalt habe es aber unterlassen, ausreichend auf die Leiden zu reagieren und damit gegen Art. 3 EMRK verstoßen (McGlinchey u.a. v. the United Kingdom, para. 57).

Ablehnende Haltung des Arztes aus ethischen Gründen

Ein Arzt, der die Substitutionsbehandlung aus grundsätzlichen Erwägungen ablehnt („Methadon ist die Kapitulation vor der Sucht“; vgl. Keppler/Knorr/Stöver 2004, 205), könnte sich sogar strafbar machen. Während in der Vergangenheit diejenigen Ärzte strafrechtlich verfolgt wurden, die eine Substitution vornahmen (vgl. dazu etwa Kapuste 2005), kann deren Ablehnung aus heutiger Sicht möglicherweise als Körperverletzung bewertet werden (Körner 1993). Im Jahre 1991 hatte der BGH allerdings die wegweisende Entscheidung getroffen, dass nicht schon die Abweichung von den Methoden der Schulmedizin eine Strafbarkeit (damals nach dem BtMG) begründen könne, wenn Außenseitermethoden (damals noch: die Substitution) angewendet würden. Das sollte man umgekehrt heute auch dem Arzt zugute halten, der einer Abstinenztherapie den Vorzug gibt, zumal er sich in einem strafrechtlichen und ethischen Spannungsfeld bewegt, das dem bei der Abtreibung vergleichbar ist. Auch dort macht sich aber ein diese verweigernder Arzt

nicht strafbar. In Betracht kommen aber dennoch unten noch zu diskutierende zivilrechtliche Schadensersatzansprüche, insbesondere wenn eine Aufklärung über den eigenen Außenseiterstatus und die anderorts mögliche Standardbehandlung unterbleibt.

Einer JVA allerdings erwachsen noch ganz andere (öffentlich-rechtliche) Pflichten, eine angemessene medizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Das kann man sich leicht am Beispiel eines Anstaltsarztes verdeutlichen, der sich ausschließlich homöopathischen Verfahren verschrieben hat. Dafür mag es gut nachvollziehbare Gründe geben, und vielleicht wird sich eines Tages die Homöopathie wegen ihrer insgesamt niedrigen Eingriffsintensität als der Schulmedizin überlegen herausstellen. Dennoch wäre ein solcher Arzt im Vollzug untragbar, da die Gefangenen nicht wie Patienten draußen (jenseits hier ausgeklammerter Notfälle) einen anderen Arzt aufsuchen können. Dieser Arzt wäre somit ungeeignet, den medizinischen Auftrag des StVollzG für die JVA zu erfüllen, den diese dann anderweitig sicherstellen müsste. Keineswegs aber folgt aus der individuellen Behandlungsfreiheit des Arztes – und seiner auch hier befürworteten Straflosigkeit der Ablehnung – etwa, dass die Anstalt damit der Notwendigkeit enthoben wäre, die auch draußen übliche medizinische Standardversorgung anzubieten. Es heißt nur, dass sie, eben weil sie den einzelnen Arzt nicht mit Strafgewalt zu einer bestimmten Behandlung zwingen kann, verpflichtet ist, andere Möglichkeiten zu schaffen.

Beigebrauch

Zu einer rechtlich sorgfältigen Substitution gehört auch die Kontrolle auf Beigebrauch, schon deshalb, damit der Arzt gegebenenfalls über mögliche gesundheitliche Risiken aufklären kann und in der Lage ist, die Menge und Art des Substitutionsmittels anzupassen, d.h. das Substitutionsmittel entweder zu verringern oder auch zu erhöhen oder es zu wechseln, damit ein möglicher Druck zum Beikonsum reduziert wird (vgl. zur Kritik am „Unwort Beigebrauch“ und den Umgang damit aber Westermann 2005). Erst wenn der Beigebrauch nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet (§ 5 II 1 Nr. 4c BtMVV), ist (extramural) ein Abbruch der Substitution gefordert. Die Beurteilung, wann eine solche Gefährdungslage vorliegt, ist grundsätzlich Teil der ärztlichen Therapiefreiheit, bedarf aber der Abwägung zwischen Gesundheitsgefahren bei (gegebenenfalls veränderter) Weiterführung der Substitution und den Folgen eines Abbruchs. Bei den möglichen Folgen eines Therapieabbruchs sind nicht nur Gesundheitsschäden im engeren Sinne zu berücksichtigen, sondern auch Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens.

Wie draußen ist der Abbruch der Substitution auch in der Haft die letzte Möglichkeit, auf Beigebrauch zu reagieren (Kubink 2002, 267). Auch hier ist zwischen

möglichen gesundheitlichen Folgen einer Fortführung und eines Abbruchs der Substitution abzuwägen. Entsprechend geben die österreichischen Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten unter „Ethische Grundsätze der Substitution“ vor, dass – da gelegentliche Rückfälle zum Wesen der Suchtkrankheit gehören – dann geklärt werden müsse, ob die Dosierung ausreicht oder gegebenenfalls auf ein anderes Substitutionsmittel zurückzugreifen sei (vgl. Pont/Resinger/Spitzer 2005).

Sicherheitsargumenten einer Anstalt, die Erhöhung der Anzahl von substituierten Gefangenen erhöhe in der Anstalt auch die Menge der illegal und unkontrolliert zirkulierenden Betäubungsmittel, ist entgegenzuhalten, dass es im Verantwortungsbereich der Anstalt liegt, entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen, etwa die Einnahme der Substitutionsmittel unter Aufsicht.

Rechtsschutz

Um sich gegen die Verweigerung einer Substitution, eines bestimmten Substitutionsmittels oder einer nur ausschleichenden Substitution zu wehren, gibt es mehrere rechtliche Möglichkeiten, die sich entweder auf die Gegenwart beziehen (vollzugsrechtlich, d. h. Erzwingen der Substitution) oder nachträglich zur Anwendung kommen (zivilrechtlich, d. h. Schadensersatz/Schmerzensgeld, bzw. strafrechtliche Verfolgung der Verantwortlichen).

Vollzugsrecht

Zur rechtlichen Durchsetzung einer vom Anstaltsarzt/der JVA abgelehnten Substitutionsbehandlung gibt es die Möglichkeit des (schriftlichen) Antrags auf gerichtliche Entscheidung gemäß § 109 StVollzG bei der Strafvollstreckungskammer des jeweils zuständigen Landgerichts. In einigen Bundesländern (Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein) ist zuvor jedoch die Einlegung eines Widerspruchs gegen die Ablehnungsentscheidung erforderlich (§ 109 III StVollzG), über den vor Anrufung des Gerichts entschieden sein muss. Es besteht aber die Möglichkeit – zeitgleich mit dem Antrag auf gerichtliche Entscheidung bzw. dem Widerspruch –, bei der zuständigen Strafvollstreckungskammer einen Antrag auf einstweilige Anordnung gemäß § 114 II und III StVollzG einzureichen.

Der Antrag auf eine einstweilige Anordnung bedarf wiederum der Begründung, wieso dem Antragsteller ein Abwarten der Entscheidung im normalen Ablauf nicht zugemutet werden kann. Dass nicht abgewartet werden kann, da es sich bei der beantragten Substitution um eine akut notwendige medizinische Maßnahme handelt, ist vor allem dann offensichtlich, wenn die Fortführung einer vor der Haft bestehenden Substitution verweigert wird bzw. wenn ansonsten ein kalter Entzug droht (insbesondere vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des EGMR). Aber auch in anderen Fällen ist einstweiliger Rechtsschutz aufgrund der mit dem illegalen Konsum verbundenen Gesundheitsrisiken zu gewähren.

Dass Strafvollstreckungskammern tatsächlich zu anderen Ergebnissen als die Anstaltsärzte gelangen können und sie diese auch zur Durchführung einer Substitution verpflichten, zeigen die Entscheidungen der Landgerichte Dortmund (StV 1995, 143) und Hamburg (allerdings aufgehoben durch das OLG Hamburg StV 2002, 265). Im Wesentlichen hängen solche Entscheidungen von der Einstellung des jeweiligen Einzelrichters der Strafvollstreckungskammer ab.

Zivilrecht

Eine weitere Möglichkeit ist die nachträgliche Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen, wie das einleitende Beispiel aus Großbritannien zeigt. Hervorzuheben ist dabei, dass eine solche Schadensersatzklage (einzureichen beim örtlich zuständigen Landgericht) direkt auf die erwähnte Rechtsprechung des EGMR zu stützen wäre. Der EGMR verneinte nämlich ausdrücklich das Bestehen eines Kausalitätserfordernisses, das heißt, es soll gerade nicht darauf ankommen, ob die nicht oder unzureichend erfolgte Behandlung von Entzugsleiden im Einzelfall zu nachweisbaren Gesundheitsschäden führte. Mit der Berufung auf die europäische Rechtsprechung kann also diese Hürde übersprungen werden, die das deutsche Zivilrecht einer Amtshaftung (§ 839 I BGB i.V.m. Art. 34 GG) gewöhnlich setzt. Bei einer Klage ist aber auch zu bedenken, dass ein Kostenrisiko besteht, da in diesen Verfahren ein Anwaltszwang herrscht und nicht klar ist, in welcher Höhe sich ein Schmerzensgeld bewegen könnte – jedoch zeigen bereits die Entscheidungen aus England wie auch die des EGMR, dass die hieran geknüpften Erwartungen nicht zu hoch sein sollten. Beachtlicher wäre sicherlich die anschließende Wirkung auf die Substitutionsbehandlung in Haft, die ein erfolgreicher Musterprozess haben könnte. Für einen solchen Musterprozess kann sich der Nachteil einer Schadensersatzklage – dass sie erst nachträglich erfolgen kann – zugleich als Vorteil erweisen. Sie kann nämlich von einem bereits Entlassenen geführt werden, der sich nicht mehr dem Druck eventuell negativer Entscheidungen der JVA (z. B. im Hinblick auf Lockerungen) ausgesetzt sieht.

Grundsätzlich empfiehlt es sich jedoch, zunächst den Rechtsweg zur Strafvollstreckungskammer zu beschreiten, statt ausschließlich auf den Schutz des Zivilrechts zu vertrauen. Dieser könnte nämlich unter Hinweis auf § 839 III BGB mit dem Argument verwehrt werden, es hätte zunächst versucht werden müssen, vollzugsrechtlichen Rechtsschutz zu erlangen (vgl. OLG München, Beschluss v. 13.07.2005, Az. 1 W 1955/05; OLG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 30.01.2006, Az. 2 W 25/05). Der Grundgedanke dabei ist, dass man nicht Schadensersatz für etwas fordern kann, was man bei Ausnutzung der bestehenden rechtlichen Möglichkeiten noch selbst hätte abwenden können. Allerdings muss ein Rechtsmittel nur dann eingelegt werden, wenn es den Schaden auch tatsächlich hätte verhindern können (BGH NJW 2004, 1242; OLG Celle NJW-RR 2004, 381). Soweit Straf-

vollstreckungsgerichte aber (wie etwa das OLG Hamburg oder das KG Berlin) dem Anstaltsarzt einen von ihnen selbst nicht überprüfbaren ärztlichen Entscheidungsspielraum zusprechen, kann nicht gleichzeitig gefordert werden, dass man vor einer Schadensersatzklage den damit aussichtslosen Rechtsweg zu diesen Gerichten beschreitet. Der dort entstandene Spielraum muss dann vielmehr der Überprüfbarkeit der Zivilgerichte – insbesondere auf Behandlungs- und Aufklärungsfehler – unterliegen, wie es bei Ärzten extramural auch der Fall ist.

Das schließt andererseits aber wiederum nicht aus, einen Behandlungsfehler bereits unter engeren Voraussetzungen anzunehmen als außerhalb des Vollzugs. Stellt es dort lediglich einen Aufklärungsfehler dar, wenn ein die etablierte Standardbehandlung ablehnender Arzt nicht über seinen Außenseiterstatus und die Möglichkeit einer Standardbehandlung durch Kollegen informiert, ist nämlich innerhalb der Anstalt in diesem Verhalten bereits ein Behandlungsfehler zu sehen. Die Behandlungsfreiheit des Arztes korrespondiert rechtlich mit dem Anspruch auf freie Arztwahl des Patienten. Wo es diesen Anspruch nicht gibt, kann umgekehrt der Arzt im öffentlich-rechtlichen Kontext eine Behandlung auch nicht ablehnen (Kontrahierungszwang). Und innerhalb des dann für beide Seiten zwangsweise bestehenden Behandlungsverhältnisses genügt der Arzt seinen Pflichten nicht mehr mit dem bloßen Hinweis auf – schließlich dann nur hypothetische – Möglichkeiten außerhalb des Vollzugs. Aus dem Behandlungsverhältnis ergibt sich dann vielmehr die Pflicht des Arztes, aktiv dafür zu sorgen, dass der Patient die gewünschte Standardbehandlung bekommt. Das Strafvollzugsgesetz bietet dafür die genannten Möglichkeiten, einen externen Arzt hinzuzuziehen oder den Patienten zu verlegen, auf die der Arzt dann hinwirken muss, wenn er die Behandlung nicht selbst erbringen kann oder will.

Zudem kann die nicht erfolgte vorherige Anrufung der Strafvollstreckungskammer nicht denjenigen Gefangenen entgegengehalten werden, die dazu zum entscheidenden Zeitpunkt faktisch überhaupt nicht in der Lage waren. Das ist etwa dann der Fall, wenn ein kalter Entzug durchgeführt wurde oder die Betroffenen unter anderen schweren Beeinträchtigungen zu leiden hatten.

Soweit man demgegenüber den Weg zur Strafvollstreckungskammer für zwingend vorrangig hielte, müsste man konsequenterweise davon ausgehen, dass die Behandlungsfreiheit des Arztes von der Anstalt beschränkt werden kann, wenn es darum geht, eine medizinisch gebotene Behandlung anzuordnen. Einen rechtsfreien Raum, für den beide Gerichtszweige nicht zuständig sind, kann es demgegenüber nicht geben (Art. 19 IV GG; Art. 13 EMRK).

Strafrecht

Im Nachhinein strafrechtlich gegen einen Anstaltsarzt bzw. die Anstaltsleitung wegen Körperverletzung vorzugehen, ist im Wesentlichen eine theoretische Mög-

lichkeit. In der Praxis wird sich gegenwärtig kaum ein Gericht finden, das sich einer solchen Sache bei einer nicht durchgeführten Substitution – außer in extremen Ausnahmefällen – annehmen wird.

Substitution und § 35 bzw. 38, § 36 BtMG

Damit es erst gar nicht zu Problemen mit einer Substitution in Haft kommt, muss mehr Gebrauch von den §§ 35 ff. BtMG gemacht werden (so auch Schöch 2005, 275).

Bei einer Strafe von bis zu zwei Jahren bietet § 35 BtMG (§ 38 für Jugendliche) bekanntlich die Möglichkeit, die Strafvollstreckung zurückzustellen. Aber auch bei Strafen von über zwei Jahren ist die Aussetzung aus dem Strafvollzug heraus möglich, soweit der aktuelle Strafrest bei maximal zwei Jahren liegt. Maßgeblich für die Berechnung ist dabei der Zeitpunkt der Endstrafe^b und nicht etwa der 2/3-Zeitpunkt^c. § 35 BtMG kann bei Abhängigkeit von *allen* vom BtMG erfassten Suchtmitteln (also nicht nur bei Opiatabhängigkeit) zur Anwendung kommen. Die Straftat – oder bei mehreren mit Haftstrafe belegten Delikten deren Schwerpunkt – muss im Zusammenhang mit einer Betäubungsmittelabhängigkeit stehen. Die Tat muss also unter Drogeneinfluss oder Entzugserscheinungen begangen worden sein bzw. zur Drogenbeschaffung gedient haben. Die Therapie, für welche die Strafvollstreckung zurückgestellt wird, muss nicht stationär sein, auch eine ambulante Maßnahme genügt, z. B. eine Substitutionsbehandlung. Bei dieser ist dann jedoch eine psychosoziale Begleitung erforderlich (OLG Stuttgart StV 1994, 30; OLG Oldenburg NStZ 1994, 347; OLG Frankfurt a.M. NJW 1995, 1626; OLG Hamburg StV 2003, 290; vgl. zum Ganzen auch Körner 2001, § 35 Rn. 104 ff.).

Über die Zurückstellung entscheidet die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des Gerichts (bei nach Jugendstrafrecht Verurteilten das Jugendgericht). In der Praxis wird erwartet, dass der Betroffene dafür eine Zusage für einen Therapieplatz und die Zusage eines Kostenträgers nachweist. Bei Nichtantritt oder Abbruch der Therapie kann die Zurückstellung (ohne Frist) widerrufen werden. Die Möglichkeiten der Zurückstellung einer Strafvollstreckung nach § 35 BtMG dürften in der Praxis noch nicht hinreichend ausgeschöpft sein (Schöch 2005, 275).

Gemäß § 36 BtMG wird die Zeit der Therapie auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe verbüßt sind. Darüber hinausgehende Therapiezeiten werden nicht angerechnet. Es kann auch eine Therapie nachträglich angerechnet werden, die ohne Bezug zu § 35 BtMG durchgeführt wurde. Nach § 35 BtMG erfüllte Zeiten werden unabhängig vom Therapieerfolg angerechnet. Soweit nach Abschluss der Therapie noch nicht zwei Drittel der Strafe erreicht sind, kann auch schon vorher eine Aussetzung des Strafrests erfolgen.

^b Zeitpunkt, zu dem die festgesetzte Gesamtstrafe verbüßt ist

^c Zeitpunkt, zu dem zwei Drittel der festgesetzten Gesamtstrafe verbüßt sind

Substitution und § 37 BtMG

Neben §§ 35, 38 BtMG gibt es noch den weniger bekannten Weg, ein Strafverfahren gemäß § 37 BtMG bereits vor einer Hauptverhandlung oder Verurteilung zugunsten einer Therapie einzustellen. Bereits im Ermittlungsverfahren kann die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des Gerichts und nach Anklageerhebung das Gericht mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft das Verfahren bis zum Ende der Hauptverhandlung vorläufig einstellen. Dafür gelten im Wesentlichen die gleichen Voraussetzungen wie bei § 35 BtMG: Die erwartete Strafe darf nicht über zwei Jahren liegen und muss auf einer Betäubungsmittelabhängigkeit beruhen. Zudem muss sich der Beschuldigte zum Zeitpunkt der Entscheidung bereits in einer Therapie befinden, wobei hier auch schon das wöchentliche Gespräch mit einem Sozialpädagogen einer Drogenberatungsstelle als ausreichend angesehen wurde, soweit dieser – und nicht der Beschuldigte selbst – über die Beendigung der Gespräche entscheidet (AG Hannover StV 1994, 263). Ein bereits absolvierter Mindestaufenthalt in der Therapie ist dabei im Gegensatz zum früheren Recht nicht mehr gefordert. Über den eigentlichen Wortlaut von § 37 BtMG hinaus ist eine Einstellung auch möglich, wenn die Therapie (zwischen Tatbegehung und Entscheidungszeitpunkt) bereits erfolgreich abgeschlossen wurde (Körner 2001, § 37 Rn. 9; AG Cochem StV 1992, 482; AG Bremen StV 1993, 319).

In der Praxis scheint § 37 BtMG (zumindest für die Staatsanwaltschaften) keine Rolle zu spielen (vgl. Schäfer/Paoli 2006, 14, 20). So wurden in den Jahren 2003 bis 2005 in Hamburg insgesamt nur acht Verfahren nach dieser Vorschrift eingestellt (Hamburgische Bürgerschaft, Drs. 18/3634 vom 07.02.2006, 3). Dem stehen bundesweit 9.544 Zurückstellungen gemäß § 35 bzw. § 38 BtMG allein im Jahr 1999 gegenüber (BMI/BMJ 2001, 231). Die Zurückhaltung könnte damit zusammenhängen, dass das Strafverfahren nach § 37 BtMG nur vorläufig eingestellt wird und fortgeführt werden kann, „wenn die Therapie nicht zu ihrem vorgesehenen Abschluss geführt wird“. Das geht allerdings nur innerhalb der auf die Einstellungsentscheidung folgenden zwei Jahre. Die Abbruchquote bei Therapien nach §§ 35, 38 BtMG liegt bundesweit derzeit bei ca. 50 % (bezogen auf 2003: DBDD 2004, 96). Zudem muss sich die Person bereits zum Zeitpunkt der Einstellungsentscheidung in einer Therapie befinden, was selten der Fall ist. Betont werden muss aber, dass auch hier eine Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung ausreichend ist (AG Hannover StV 1993, 313). Dass die Vorschrift selten angewendet wird, kann aber auch daran liegen, dass sie schlichtweg nicht bekannt ist.

Gegen die Ablehnung der Einstellung des Verfahrens nach § 37 BtMG ist kein Rechtsmittel gegeben. Umgekehrt muss der Beschuldigte für die Einstellung aber auch nicht um seine Zustimmung gefragt werden, und er kann nicht dagegen

vorgehen, um ein gerichtliches Verfahren zu verlangen, etwa um dort den Nachweis seiner Unschuld führen zu können. Allerdings besteht bei der ungewollten Gewährung einer Einstellung gemäß § 37 BtMG die Möglichkeit, einfach nicht die erforderlichen Nachweise über die Therapie beizubringen, wodurch das Strafverfahren weiterzuführen wäre.

Ausblick

Die bisherige Rechtspraxis in Deutschland bietet wenig Anlass zu Optimismus. Das gilt sowohl hinsichtlich der Substitution in Haft – insbesondere aufgrund der negativen Entscheidung des OLG Hamburg – als auch hinsichtlich der Vermeidung von Haft, vor allem weil bestehende positive Vorschriften zu selten angewendet werden. Bei näherem Hinsehen allerdings erweist sich eine resignative Haltung als verfehlt. Insbesondere die Entscheidung des EGMR und das Einlenken der britischen Regierung weisen den Weg, wie auch in Deutschland über Musterprozesse eine Substitution in Haft erzwungen werden könnte. Hinsichtlich §§ 35–38 BtMG sind vorhandene Gerichtsentscheidungen mit Blick auf die Substitution sogar durchgängig positiv, sodass es sich hier empfiehlt, bestehende Möglichkeiten bekannter zu machen und deren Anwendung in der Praxis verstärkt einzufordern, um sowohl im Einzelfall als auch insgesamt eine positive Entwicklung voranzutreiben.

64

Literatur

BMI/BMJ 2001

Bundesministerium des Innern/Bundesministerium der Justiz (Hg.): Erster Periodischer Sicherheitsbericht. Berlin 2001

DBDD 2004

Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): Bericht 2004 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen – Drogensituation 2003, o. O. 2004

Feest (Hg.) 2006

Feest, J. (Hg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz (Ak-StVollzG), 5. Aufl. Neuwied: Luchterhand 2006

Hillenkamp 2005

Hillenkamp, T.: Der Arzt im Strafvollzug – Rechtliche Stellung und medizinischer Auftrag. In: Hillenkamp/Tag (Hg.) 2005, 11–30

Hillenkamp/Tag (Hg.) 2005

Hillenkamp, T./Tag, B. (Hg.): Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Band 24. Berlin u. a.: Springer 2005

Kapuste 2005

Kapuste, H.: Die verborgene Norm oder das Geheimnis der Reife der Zeit. In: Burkhardt, S.-U./Graebisch, C./Pollähne, H. (Hg.): *Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte*. Münster: LIT Verlag 2005, 314–329

Keppler 1996

Keppler, K.: Grundlagen der Anstaltsmedizin. In: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.): *Betreuung im Strafvollzug – Ein Handbuch*. Berlin 1996, 111–129

Kepler/Knorr/Stöver 2004

Kepler, K./Knorr, B./Stöver, H.: Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, (4), 202–207

Körner 1993

Körner, H. H.: Kann die Verweigerung der Substitution eine Körperverletzung darstellen? Die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen. In: *MedizinRecht*, (7), 257–260

Körner 2001

Körner, H. H.: Betäubungsmittelgesetz. Kommentar. München: C. H. Beck 2001

Kubink 2002

Kubink, M.: Anmerkung zu OLG Hamburg 3 Vollz (Ws) 75/01 Beschluss vom 13.9.2001 „Substitution von Strafgefangenen“. In: *Strafverteidiger*, (4), S. 266–269

Meier 2005

Meier, B.-D.: Ärztliche Versorgung im Strafvollzug: Äquivalenzprinzip und Ressourcenknappheit. In: Hillenkamp/Tag (Hg.) 2005, 35–55

Pont/Resinger/Spitzer 2005

Pont, J./Resinger, E./Spitzer, B.: Richtlinien zur Substitution in Haft. In: Bundesministerium für Justiz (Hg.): *Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs*. Wien 2005

Quaas/Zuck 2005

Quaas, M./Zuck, R.: *Medizinrecht*. München: H. C. Beck 2005

Schäfer/Paoli 2006

Schäfer, C./Paoli, L.: Drogen und Strafverfolgung: Die Anwendung des § 31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, o.O. 2006

Schöch 2005

Schöch, H.: Schlussbemerkung. In: Hillenkamp/Tag (Hg.) 2005, 273–277

Schwind/Böhm/Jehle (Hg.) 2005

Schwind, H.-D./Böhm, A./Jehle, J.-M. (Hg.): *Strafvollzugsgesetz, Kommentar*, 4. Aufl. Berlin: De Gruyter 2005

Sönnecken 2004

Sönnecken, I.: Substitution im Strafvollzug. In: *MedizinRecht*, (5), 246–248

Ullmann 2003

Ullmann, R.: Anmerkung zu HansOLG Hamburg 3 Vollz (Ws) 75/01 Beschluss vom 13.9.2001: „Substitution von Strafgefangenen“. In: *Strafverteidiger*, 293–296

Weber 2003

Weber, K.: *Betäubungsmittelgesetz, Kommentar*. München: C. H. Beck 2003

Weichert 1999

Weichert, J.: Aus der Rechtsprechung zu den Vorschriften über betäubungsmittelabhängige Straftäter (§§ 35ff. BtMG). In: *NJW*, (12), 827–831

Westermann 2005

Westermann, B.: Der sogenannte „Beigebruch“ – ein Alltags-Politikum. In: Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): *Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft*. Freiburg/Br.: Lambertus 2005, 249–257

Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer

Bärbel Knorr

Am Stichtag 1. Juli 2006 befanden sich in Deutschland laut Substitutionsregister schätzungsweise 64.500 Menschen in Substitutionsbehandlung.¹ Über dieses vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführte Register, in dem unter anderem Angaben zu den Patient(inn)en und den behandelnden Ärzt(inn)en festgehalten werden, lässt sich allerdings nicht die Zahl der zurzeit im Justizvollzug durchgeführten Substitutionen ermitteln.

Die meisten Bundesländer erarbeiten derzeit Landesstrafvollzugsgesetze, die das Strafvollzugsgesetz des Bundes ablösen sollen. In diesen Gesetzen wird auch die medizinische Versorgung der Haftanstalten geregelt, was dazu führen könnte, dass jedes Land anders damit verfährt. Hier eröffnete allerdings bereits das „alte“ Strafvollzugsgesetz viele Gestaltungsmöglichkeiten, was sich unter anderem in einer sehr unterschiedlichen Substitutionspraxis widerspiegelt. Ob und wie Gefangene substituiert werden, hängt folglich auch davon ab, in welchem Bundesland sie inhaftiert sind.

¹ siehe Drogenbeauftragte der Bundesregierung: *Drogen- und Suchtbericht Mai 2007*, S. 46. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2007

Um mehr über die Substitutionspraxis in den Bundesländern in Erfahrung zu bringen, hat die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) im Herbst 2006 alle Justizministerien hierzu schriftlich befragt. Durch die Beschränkung auf neun Fragen sollte ein möglichst hoher Rücklauf erreicht werden. Von den 16 Bundesländern haben 13 geantwortet – die Ergebnisse der Auswertung werden in diesem Beitrag dargestellt. Da aus Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt keine Antworten eingegangen, werden zu diesen Bundesländern Informationen aus einer Ende 2002 von der DAH durchgeführten Befragung gegeben, an der sich sämtliche Justizministerien beteiligt hatten.

Ergebnisse der Befragung

Substitution im Justizvollzug

Die erste Frage war, ob die Substitution im Justizvollzug angeboten wird. Da sie sehr allgemein gehalten war, wird erst aus den Antworten auf später folgende Fragen ersichtlich, ob es sich dabei um eine längerfristige Behandlung handelt. Unter dem Begriff „Substitution“ verbirgt sich nämlich oft nur ein medikamentengestützter Entzug oder ein zeitlich begrenztes Angebot zur Vorbereitung der Haftentlassung oder zur Überbückung bei sehr kurzen Haftstrafen. In Brandenburg beispielsweise wird nur beim Opiatentzug substituiert und bei Gefangenen, die sich auf „Transport“ von Brandenburg in ein anderes Bundesland befinden.

In zehn Bundesländern ist die Substitution grundsätzlich möglich, in Bayern und Sachsen dagegen nur, wenn gleichzeitig eine schwere oder lebensbedrohli-

Tabelle 1: Substitution im Justizvollzug der Bundesländer

grundsätzlich möglich	je nach Einzelfall	nur im offenen Vollzug
Baden-Württemberg	Bayern	Saarland
Berlin	Sachsen	
Brandenburg		
Bremen		
Hamburg		
Hessen (2002)		
Mecklenburg-Vorpommern		
Niedersachsen (2002)		
Nordrhein-Westfalen		
Rheinland-Pfalz		
Sachsen-Anhalt (2002)		
Schleswig-Holstein		
Thüringen		

che Erkrankung wie z. B. HIV/Aids vorliegt. Im Saarland wird die Behandlung nur im offenen Vollzug angeboten; hier sind die Gefangenen in der Regel gesetzlich krankenversichert und suchen eine/n niedergelassene/n Arzt/Ärztin auf, um sich substituieren zu lassen.

In welchen Fällen wird die Substitution angeboten?

In Haftanstalten wird die Substitution nicht im gleichen Umfang wie in Freiheit angeboten. Lehnt der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin diese Behandlungsform ab, kann dafür kein anderer Arzt aufgesucht werden, da es im Haft keine freie Arztwahl gibt. Hinzu kommt, dass die personellen Kapazitäten im Justizvollzug beschränkt sind. Auch wenn also eine Substitution grundsätzlich möglich ist, bedeutet das nicht, dass sie auch tatsächlich erfolgt – dies sollte bei den nachfolgenden Angaben bedacht werden.

Substitution bei in Freiheit begonnener Behandlung

In zehn Bundesländern kann eine draußen begonnene Substitution während der Haft fortgeführt werden. Bayern und Sachsen gaben an, dass auch hier je nach Einzelfall entschieden wird. In Bayern wird weitersubstituiert, wenn die Haftzeit nur wenige Wochen beträgt; in Brandenburg wird die Behandlung für die Dauer der Haft eingestellt.

Tabelle 2: Substitution bei in Freiheit begonnener Behandlung

Weiterbehandlung	Weiterbehandlung je nach Einzelfall	Einstellung der Substitution
Baden-Württemberg	Bayern	Brandenburg
Berlin	Sachsen	
Bremen		
Hamburg		
Hessen (2002)		
Mecklenburg-Vorpommern		
Niedersachsen (2002)		
Nordrhein-Westfalen		
Rheinland-Pfalz		
Saarland		
Sachsen-Anhalt (2002)		
Schleswig-Holstein		
Thüringen		

Substitution bei erstmals in Haft gestellter Indikation

Vor Haftantritt noch nicht substituierte Gefangene, bei denen sich in der Haft eine Indikation stellt, haben in neun der 13 befragten Bundesländer die Möglichkeit, sich substituieren zu lassen. In Bayern ist dies nur bei gleichzeitiger schwerer Erkrankung und während der Schwangerschaft möglich. In Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen wird bei einer erstmals in Haft gestellten Indikation nicht mit der Behandlung begonnen.

Tabelle 3: Substitution bei erstmals in Haft gestellter Indikation

möglich	nur bei schwerer Erkrankung möglich	nicht möglich
Baden-Württemberg	Bayern	Brandenburg
Berlin	Sachsen-Anhalt (2002)	Rheinland-Pfalz
Bremen		Thüringen
Hamburg		
Hessen (2002)		
Mecklenburg-Vorpommern		
Niedersachsen (2002)		
Nordrhein-Westfalen		
Saarland		
Sachsen		
Schleswig-Holstein		

Substitution in der Schwangerschaft

Bei Drogenabhängigkeit ist eine Schwangerschaft auch eine Indikation für die Substitution. Erstaunlich sind daher die Angaben hierzu: Nur sechs Bundesländer gaben an, während der Schwangerschaft zu substituieren, darunter auch Bayern, wo ansonsten eine eher ablehnende Haltung zur Behandlung mit Ersatzstoffen herrscht. In Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein wird während der Schwangerschaft nicht substituiert. Im Saarland und in Thüringen gibt es nur Justizvollzugsanstalten für Männer; in Thüringen verurteilte Frauen werden nach Chemnitz (Sachsen) verlegt, wo während der Schwangerschaft eine Substitution angeboten wird.

Ergänzende Informationen aus der Befragung von 2002: Hessen und Niedersachsen gaben an, dass bei bestehender Indikation eine Substitution möglich sei, was folglich auch im Falle einer Schwangerschaften gelten müsste.

Tabelle 4: Substitution in der Schwangerschaft

möglich	nicht möglich
Baden-Württemberg	Berlin
Bayern	Brandenburg
Bremen	Hamburg
Nordrhein-Westfalen	Mecklenburg-Vorpommern
Rheinland-Pfalz	Saarland
Sachsen	Schleswig-Holstein
	Thüringen

Substitution zur Vorbereitung der Entlassung

Bei frisch aus der Haft entlassenen Drogengebraucher(inne)n ist die Mortalitätsrate besonders hoch; mit einer Substitution vor Haftende kann der Gefahr von Überdosierungen nach der Haftentlassung vorgebeugt werden. Häufig herrscht allerdings die Ansicht, es sei widersinnig, „drogenfreie“ Gefangene zu substituieren. Dabei wird außer Acht gelassen, dass viele Drogengebraucher/innen nach der Entlassung den Konsum wieder aufnehmen bzw. fortführen und/oder sich um einen Substitutionsplatz bemühen. Die Substitution zur Vorbereitung der Entlassung (Beginn ca. 3 Monate vor Haftende) scheint daher die umstrittenste Maßnahme zu sein. Nur vier Bundesländer – Baden-Württemberg, Bremen, NRW und Rheinland-Pfalz – haben sich für dieses Angebot entschieden. Aus Sachsen lagen hierzu keine Angaben vor.

In der 2002 durchgeführten Befragung wurde nicht explizit nach diesem Angebot gefragt. Das Justizministerium von Niedersachsen hatte jedoch angegeben, dass in den Vollzugsanstalten des Bundeslandes zur Vorbereitung der Entlassung eine Substitution möglich ist.

Tabelle 5: Substitution als Maßnahme der Entlassungsvorbereitung

wird angeboten	wird nicht angeboten	keine Angabe
Baden-Württemberg	Bayern	Sachsen
Bremen	Berlin	
Nordrhein-Westfalen	Brandenburg	
Rheinland-Pfalz	Hamburg	
	Mecklenburg-Vorpommern	
	Saarland	
	Schleswig-Holstein	
	Thüringen	

Substitution während des Transports

Gefangene werden unter anderem zur Wahrnehmung von Gerichtsterminen oder bei Verlegung in ein anderes Bundesland transportiert. Da dies teilweise sehr umständlich ist, sind die Betroffenen mitunter tagelang unterwegs. Bis auf Berlin bieten alle Bundesländer, die auf unsere 2006 durchgeführte Befragung reagiert hatten, die Substitution während des Transports an.

Bei der Befragung im Jahr 2002 gab Sachsen-Anhalt an, im Bundesland sei die Substitution während des Transports sichergestellt.

Ist die Substitution in Haft zeitlich befristet?

In sechs Bundesländern ist die Substitution in Haft nicht grundsätzlich befristet. Die Praxis zeigt aber, dass ihre Dauer von den Anstaltsärzt(inn)en häufig enger als gesetzlich vorgegeben begrenzt wird. Alle anderen Bundesländer führen keine langfristigen Behandlungen durch, sondern stellen sie nach wenigen Wochen oder Monaten ein. Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern gaben an, die Substitution werde „nach Ende der Entgiftung“ eingestellt, woraus hervorgeht, dass es sich hier nur um einen medikamentengestützten Entzug handelt. In Berlin, Hamburg und Thüringen ist eine zeitliche Befristung vorgesehen, die allerdings je nach Einzelfall entschieden wird. In Bayern wird die Substitution auf wenige Wochen, in Rheinland-Pfalz auf ein Jahr begrenzt; Ausnahmen gelten für Gefangene mit schweren Erkrankungen wie z. B. HIV/Aids.

In der Befragung von 2002 gab das hessische Justizministerium an, dass im Justizvollzug des Bundeslandes jede Substitution zeitlich begrenzt werde. Ihre Dauer richte sich dabei nach der jeweils gestellten Indikation und könne das 1,5-fache der in den BUB-Richtlinien (Fassung vom 18. Juni 1999) festgelegten Zeit betragen. Niedersachsen und Sachsen-Anhalt berichteten, die Dauer der Substitution werde nicht befristet.

Tabelle 6: Dauer der Substitution

unbefristet	befristet
Baden-Württemberg	Bayern
Bremen	Berlin
Nordrhein-Westfalen	Brandenburg
Saarland	Hamburg
Sachsen	Mecklenburg-Vorpommern
Schleswig-Holstein	Rheinland-Pfalz
	Thüringen

Welche Substitutionsmittel werden im Justizvollzug eingesetzt?

Nachdem viele Jahre Methadon das Mittel der ersten Wahl war, wird inzwischen immer häufiger mit Buprenorphin (Subutex®) behandelt. In sieben der 13 Bundesländer, die auf unsere Anfrage antworteten, wird dieses 2002 als Substitutionsmittel zugelassene Medikament bereits eingesetzt.

Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sind die einzigen Bundesländer, in denen im Justizvollzug kein Methadon vergeben wird. Statt dessen wird Polamidon eingesetzt, in Mecklenburg-Vorpommern auch Buprenorphin. In Bayern wird dasjenige Mittel eingesetzt, mit dem bereits vor Haftbeginn substituiert wurde.

In Brandenburg wird ausschließlich mit Polamidon behandelt. Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland setzen dieses Medikament grundsätzlich nicht mehr ein – vermutlich aus Kostengründen, da es teurer ist als Methadon.

Tabelle 7: Eingesetzte Substitutionsmittel

Bundesland	Methadon	Polamidon	Buprenorphin	keine Angaben
Baden-Württemberg	●		●	
Bayern	●	●	●	
Berlin	●	●		
Brandenburg		●		
Bremen	●	●		
Hamburg	●			
Hessen	●			
Meckl.-Vorpommern		●	●	
Niedersachsen	●			
Nordrhein-Westfalen	●	●	●	
Rheinland-Pfalz	●		●	
Saarland	●		●	
Sachsen				●
Sachsen-Anhalt	●			
Schleswig-Holstein	●	●		
Thüringen	●	●	●	

Kodein

Eine Behandlung mit Kodein (Dihydrocodein) ist heute nur noch in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig (z. B. bei Methadon-Unverträglichkeit). Außerhalb des Justizvollzugs werden derzeit noch etwa 700 Drogenabhängige mit Kodein substituiert, in den Haftanstalten wird das Mittel nicht zur Substitution eingesetzt.

Psychosoziale Betreuung (PSB)

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sieht für die Dauer der Substitution eine auf den Einzelfall zugeschnittene psychotherapeutische und/oder psychosoziale Betreuung vor. Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern sind die einzigen Bundesländer, in deren Haftanstalten keine PSB angeboten wird. Aus Sachsen liegen hierzu keine Angaben vor. In Thüringen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg sind sowohl vollzugsinterne als auch externe Betreuer/innen mit der PSB betraut, in allen anderen Bundesländern entweder interne oder externe Berater/innen.

Tabelle 8: Psychosoziale Betreuung

Bundesland	PSB durch Interne und Externe	PSB nur durch Interne	PSB nur durch Externe	keine PSB	keine Angaben
Baden-Württemberg	●				
Bayern	●				
Berlin			●		
Brandenburg		●			
Bremen		●			
Hamburg				●	
Hessen (2002)	●				
Meckl.-Vorpommern				●	
Niedersachsen (2002)	●				
Nordrhein-Westfalen	●				
Rheinland-Pfalz		●			
Saarland			●		
Sachsen					●
Sachsen-Anhalt					●
Schleswig-Holstein	●				
Thüringen	●				

In wie vielen Justizvollzugsanstalten wird substituiert?

Eine weitere Frage lautete, in wie vielen Justizvollzugsanstalten die Substitution angeboten wird und wie viele Substitutionsplätze jeweils zur Verfügung stehen. Einige Justizministerien nannten die Anzahl der Justizvollzugsanstalten in ihrem Bundesland, in denen substituiert wird; diese Zahl wurde dann mit der offiziellen Zahl der JVA's dieser Länder abgeglichen. Die folgende Tabelle sagt allerdings nichts darüber aus, ob die Substitution auch in allen Teilanstalten angeboten wird.

So gab z. B. Bremen an, dass in *einer* Justizvollzugsanstalt substituiert wird; allerdings gehören zur Bremer JVA mehrere Teilanstalten. Es kann daher durchaus sein, dass in den Teilanstalten an anderen Standorten dieses Angebot nicht besteht.

Die Justizministerien von Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen gaben an, dass in den Haftanstalten ihrer Länder die Substitution je nach Bedarf angeboten wird. Bayern wies daraufhin, die Substitution erfolge nur im Einzelfall und sei kein Angebot mit festgelegter Platzzahl. Sachsen machte keine Angaben, und Schleswig-Holstein nannte keine Zahl der Substitutionsplätze. In Berlin gibt es 17 Substitutionsplätze in der JVA Tegel (ca. 1.700 Inhaftierte), in allen anderen Berliner Justizvollzugsanstalten wird das Substitutionsangebot unterschiedlich gehandhabt.

In Mecklenburg-Vorpommern stehen in einer Haftanstalt 41 Plätze in der Haftkrankenabteilung zur Verfügung. Auch in anderen Bundesländern, z. B. in einer Haftanstalt Baden-Württembergs, erfolgt die Substitution oftmals in den Krankenabteilungen. Diese Praxis wirft besondere Probleme auf, weil die dort Gefangenen z. B. nicht arbeiten und Freizeitangebote nur begrenzt nutzen können. Aus diesem Grund lehnen Gefangene das Substitutionsangebot häufig ab.

Da die Zahl der Haftanstalten mit Substitutionsangebot 2002 nicht abgefragt wurde, liegen aus Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt keine Informationen hierzu vor.

Tabelle 9: Anteil der Haftanstalten mit Substitutionsangebot

Bundesland	Prozent (ungefähre Angaben)
Baden-Württemberg	100 %
Bremen	100 %
Hamburg	100 %
Nordrhein-Westfalen	100 %
Thüringen	100 %
Schleswig Holstein	50 %
Berlin	40 %
Rheinland-Pfalz	40 %
Saarland	33 %
Mecklenburg-Vorpommern	17 %
Brandenburg	14 %
Bayern	keine Angaben
Sachsen	keine Angaben

Verlegung in eine andere Haftanstalt

Wenn eine Substitution durchgeführt werden soll, dieses Angebot in der Haftanstalt jedoch nicht besteht, ist eine Verlegung in eine andere Vollzugsanstalt möglich. In acht Bundesländern kann dies im Bedarfsfall organisiert werden, im Saarland und in Berlin jedoch nicht. Keine Angaben liegen hierzu aus Thüringen, Sachsen und Bremen vor.

Tabelle 10: Verlegung in eine andere Haftanstalt

Bundesland	Verlegung möglich	Verlegung nicht möglich	keine Angaben
Baden-Württemberg	●		
Bayern	●		
Berlin		●	
Brandenburg	●		
Bremen			●
Hamburg	●		
Hessen (2002)			●
Mecklenburg-Vorpommern	●		
Niedersachsen (2002)			●
Nordrhein-Westfalen	●		
Rheinland-Pfalz	●		
Saarland		●	
Sachsen			●
Sachsen-Anhalt (2002)			●
Schleswig-Holstein	●		
Thüringen			●

Rechtsgrundlagen der Substitution in Haft

Die rechtlichen Grundlagen für die Substitution im Justizvollzug sind

- » das Betäubungsmittelgesetz (BtMG),
- » die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und
- » die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger“.

Die „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinien), welche die Substitution im kassenärztlichen System regeln, sind nicht verbindlich für die Substitution im geschlossenen Vollzug, da hier die Gefangenen nicht gesetzlich krankenversichert sind. Dennoch orientieren sich viele Anstaltsärztinnen und -ärzte an den BUB-Richtlinien, da diese bei

Fortführung der Substitution nach Haftentlassung wieder zur Anwendung kommen. (Zu den rechtlichen Grundlagen der Substitution in Haft siehe auch Keppler, S. 25 ff. in diesem Band.)

Zu unserer Frage, auf welche Gesetze, Verwaltungsvorschriften und Richtlinien man sich in den jeweiligen Bundesländern beruft und ob gegebenenfalls zusätzliche Verwaltungsvorschriften erlassen wurden, erhielten wir aus Sachsen keine Angaben. Elf Bundesländer nannten das BtMG und die BtMVV, jedoch nur acht von ihnen auch die Richtlinien der Bundesärztekammer. Schleswig-Holstein schließlich gab lediglich die BUB-Richtlinien an. Diese erstaunlichen Angaben sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Anfrage an das Justizministerium und nicht an die Anstaltsärzte und -ärztinnen gerichtet wurde. Hier scheint also Aufklärungsbedarf zu bestehen.

Baden-Württemberg ist das einzige Bundesland, das auch eigene Verwaltungsvorschriften zur Substitution im Justizvollzug erlassen hat und diese neben den anderen gesetzlichen Regelungen anwendet.

In der Befragung von 2002 wurden hierzu keine Informationen abgefragt.

Tabelle 11: Rechtsgrundlagen der Substitution im Justizvollzug

Bundesland	BtMG/ BtMVV	Richtlinien der Bundes- ärztekammer	eigene Ver- waltungs- vorschriften	BUB- Richt- linien	keine Angaben
Baden-Württemberg	●	●	●		
Bayern	●	●			
Berlin	●				
Brandenburg	●	●			
Bremen	●	●			
Hamburg	●	●			
Meckl.-Vorpommern	●	●			
Nordrhein-Westfalen	●	●			
Rheinland-Pfalz	●				
Saarland	●	●			
Sachsen					●
Schleswig-Holstein				●	
Thüringen	●				

Fazit

Für die abschließende Beurteilung, ob die Substitution in Haftanstalten in gleicher Weise wie draußen angeboten wird, können folgende Kriterien zu Grunde gelegt werden:

- » Angebot im geschlossenen und offenen Vollzug
- » Möglichkeit der Fortführung einer außerhalb der Haft begonnenen Substitution
- » Substitution bei Indikationsstellung während der Haftzeit
- » keine zusätzliche zeitliche Befristung (durch Vorgabe des Justizministeriums oder der Justizvollzugsanstalt)
- » Einsatz aller zur Substitution zugelassenen Mittel (ausgenommen Kodein)
- » psychosoziale Betreuung (PSB)
- » Substitution in allen Justizvollzugsanstalten oder Angebot der Verlegung
- » Beachtung der gesetzlichen Regelungen.

Die Auswertung unserer Anfrage ergibt, dass lediglich Nordrhein-Westfalen diese Kriterien erfüllt, gefolgt von Baden-Württemberg und Bremen (Einschränkung: „kein Polamidon“ oder „kein Buprenorphin“). In der Praxis zeigt sich allerdings immer wieder, dass zumindest auch in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg das Substitutionsangebot stärker beschränkt ist, als sich dies hier abzeichnet (die Zahl der Substitutionsplätze liegt weit unter dem tatsächlichen Bedarf). Ein weiteres Problem ist, dass manche Anstaltsärzte einen in der Zugangsuntersuchung festgestellten Beigebruch zum Anlass nehmen, die Substitution mit sofortiger Wirkung einzustellen, statt die Eignung des Opiatabhängigen für diese Behandlungsform im Gefängnis-Setting zu prüfen.

In den Richtlinien der Bundesärztekammer werden die Ziele der Substitutionsbehandlung stufenweise beschrieben:

1. Sicherung des Überlebens
2. gesundheitliche und soziale Stabilisierung
3. berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration
4. Opiatfreiheit.

Haftanstalten, in denen es keine Angebote zur Infektionsprophylaxe gibt (z. B. die Spritzenvergabe, die zurzeit nur noch in einer Berliner Haftanstalt erfolgt), sollten bei der Frage, ob die Substitution angeboten werden soll und wie ein solches Angebot auszugestalten ist, gerade auch folgenden Hinweis der Bundesärztekammer bedenken: „Eine qualifizierte substitutionsgestützte Behandlung ist darüber hinaus eine präventive Maßnahme hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten, insbesondere durch HIV- und Hepatitisreger.“¹

¹ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiat-abhängiger. Stand 22.03.2002. <http://www.bundesaeerztekammer.de>

Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen

Heino Stöver

Einleitung

In Europa ist die Substitutionsbehandlung in den letzten 20 Jahren zu einer weit-
hin akzeptierten und erfolgreichen Behandlungsform für Opiatabhängige avan-
ciert¹ (vgl. Council of Europe 2001). Allein in den Jahren 1993–1999 verdreifachte
sich die Zahl der Therapieplätze. Von 2000 bis 2005 hat sich in 15 EU-Ländern die
Zahl der Substituierten von 300.000 auf über 550.000 fast verdoppelt², sodass bei
Drogengebraucher(inne)n mit problematischem Konsum der Anteil der Behan-
delten heute zwischen 28 und 31 % liegt (mit erheblichen Variationsbreiten: von
7 % in Schweden bis zu über 58 % in Frankreich; siehe Pollähne/Stöver 2005). In
den zehn 2004 in die EU aufgenommenen Ländern (Estland, Lettland, Litauen,
Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern) liegt

¹ Die folgenden Zahlen basieren, soweit nicht anders angegeben, auf dem Jahresbericht 2005 des Euro-
pean Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in Lissabon/Portugal – siehe unter
www.emcdda.eu.int.

² Da für Finnland, wo ebenfalls substituiert wird, keine Informationen vorlagen und die Zahlen aus der
Schweiz nicht mitgezählt werden, liegt die Zahl der Behandelten erheblich über 550.000.

die Gesamtzahl der Substituierten bei etwa 8.000, was eine bisher noch niedrige Substitutionsrate von 5–7% ergibt. Die Gründe dafür liegen unter anderem in der erst jetzt beginnenden Auflösung des bisher vorherrschenden Abstinenzparadigmas als Kernziel therapeutischer Intervention und in einem biologischen Suchtverständnis (Subata 2001; Habrat 2001). Für die 2007 neu hinzugekommenen EU-Mitgliedsländer Bulgarien und Rumänien liegen keine Informationen vor. In Norwegen wurden im Jahr 2003 2.431 Personen gezählt, die sich in Substitutionsbehandlung befanden, in der Schweiz waren dies 2004 14.458 Personen (siehe BAG 2005; Uchtenhagen 2005).

Die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen ist in vielen Forschungsarbeiten belegt³ (Küfner/Rösner 2005; WHO/UNODC/UNAIDS 2004; zur Substitution in Haft siehe WHO/UNODC 2007). Wissenschaftliche Erkenntnisse und nunmehr langjährige praktische Erfahrungen zeigen, dass die Substitution

- » eine sichere Behandlungsform darstellt
- » eine Reduktion des Heroinkonsums sowie der Mortalität und Morbidität bewirkt
- » das Risiko einer HIV-Infektion minimiert
- » die Patient(inn)en in Behandlung zu halten vermag
- » die physische und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität der Patient(inn)en steigert
- » zur Reduktion der Kriminalität und Wiederinhaftierung beiträgt
- » kostengünstig ist
- » zu positiven Ergebnissen innerhalb verschiedener kultureller Zusammenhänge führt (USA, Europa, Asien, vgl. Verster 2001).

Einige (vor allem in Australien und Kanada durchgeführte) Studien zur Bedeutung der Substitution im Justizvollzug haben gezeigt, dass Behandelte

- » ihren Heroingebrauch, den intravenösen Konsum und die Gemeinsambenutzung von Spritzen und Nadeln reduzieren
- » weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind
- » ein geringes Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben
- » sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben
- » unter dauerhafter Substitution deutlich weniger drogenbezogene Delikte begehen und generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen (vgl. Übersicht Keppeler u. a. 2004; Stallwitz/Stöver 2007).

Auch das Gefängnis profitiert von der Substitutionsbehandlung:

- » die Entzugssymptomatik ist besser kontrollierbar
- » der Drogenhandel wird reduziert
- » die Produktivität und Arbeitsfähigkeit der Gefangenen wird gesteigert.

³ siehe unter www.archido.de und www.indro-online.de

Dennoch wird die Substitutionsbehandlung nur in geringem Maße in Gefängnissen angeboten bzw. durchgeführt. Jedenfalls wird die „draußen“ erreichte Substitutionsrate von 28–31 % (siehe S. 78) im Justizvollzug bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Dänemark und Spanien) weit unterschritten (siehe Tabelle S. 81). Selbst in Ländern mit hohen Behandlungszahlen in Freiheit wie etwa Frankreich geht die Zahl der Substituierten bei Haftantritt dramatisch zurück. Wird die Behandlung durchgeführt, kommt es oftmals zu Konflikten zwischen Patient und Arzt, Krankenpflegepersonal und Justizpersonal, was Dosierung, psychosoziale Begleitung, Ausgabemodi, Beigebrauch, Urinkontrollen, Mitgaberegulungen bei Ausgang und Überleitung in die Freiheit sowie das Wohlverhalten der Gefangenen anbelangt. Eine unabhängige Instanz zur Qualitätssicherung im Strafvollzug existiert in den meisten Ländern nicht.

Vor diesem Hintergrund wurde die von der EU geförderte erste Studie zur „Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen“ durchgeführt (Stöver u. a. 2004), die im Folgenden vorgestellt wird.

EU-Studie „Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen“

80

Ziele

In der Studie galt es, die Hürden für den Beginn oder die Fortführung der Substitution in Haft zu analysieren und die Probleme zu benennen, die sich für Gefangene mit Substitutionswunsch stellen. Um diese Ziele zu erreichen, wurde/n

- » eine Literaturrecherche zum Thema „Substitutionsbehandlung im Justizvollzug“ durchgeführt
- » eine Bestandsaufnahme der Substitutionspolitik und -praxis in Gefängnissen vorgenommen
- » eine Übersicht über national und regional entwickelte Pflegestandards erstellt
- » Faktoren gesammelt, welche die Fortführung der Behandlung nach Haftantritt be- oder verhindern
- » der Austausch zwischen Ärzt(inn)en und Krankenpflegepersonal organisiert
- » Best-Practice-Beispiele identifiziert.

Methode

Die Untersuchung wurde über 18 Monate (von Dezember 2002 bis Mai 2004) durchgeführt. Zunächst wurden allgemeine Daten gesammelt, Dokumente gesichtet und relevante Datenbanken abgefragt. Auf der so erzielten Datenbasis wurden Länderbesuche vereinbart und in zwei Gefängnissen eines jeden Landes Interviews durchgeführt: einerseits mit Ärzt(inn)en, dem Krankenpflegepersonal

Tabelle: Medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger in Freiheit und in Haft (18 Länder)¹

Land	Gesamtzahl der Personen mit problematischem Drogenkonsum	Zahl der in Freiheit substituierbaren Personen	Substitutionsrate in Freiheit (%)	Zahl der Inhaftierten	Zahl der Gefangenen mit problematischem Drogenkonsum	Zahl der Gefängnisbehandlungen	Substitutionsrate im Gefängnis
Belgien	23.200–28.400 (2004)	1.994 (2003)	7,0–8,6	9.245 (1.3. 2004)	4.622 (50 %)	224 (2004)	5 %
Dänemark	23.757–27.331 (2004)	5.528 (2003)	20,2–23,2	3.908 (25.11. 2003)	547 (14 %)	300	55 %
Deutschland	152.529–189.954 (2004)	74.764 (2003)	39,3–49,0	81.176 (2003)	20.294 (25 %)	700	3,5 %
Finnland	11.100–14.000 (2004)	240 (70 Buprenorphin, 70 Methadon)	9–13	3.719 (15.4. 2004)	2.975 (80 %)	45 (2001)	1,5 %
Frankreich	147.900–182.600 (2004)	106.500 (2003)	58,3–72,0	55.382 (1.4. 2003)	18.276 (33 %)	2.548 (2001)	14 %
Griechenland	15.853–21.652 (2004)	2.293 (2003)	10,6–14,5	8.841 (1.12. 2003)	275 %	0	0 %
Irland	13.405–15.819 (2004)	8.243 (2003)	52,1–61,4	3.602	1.080 (30 % in 2000)	500	46 %
Italien	275.698–298.892 (2004)	90.738 (2003)	30,3–32,9	56.761 (1.9. 2003)	15.442 (27 %)	1.860 (31.12. 2003)	12 %
Luxemburg	1.801–3.948 (2004)	864	26,7–58,6	498 (1.9. 2003)	191 (43 %)	191	100 %
Niederlande	29.380–32.989 (2004)	13.505 (2003)	40,9–45,9	16.239	5.358–8.119 (33–50 %)	keine Daten	keine Daten
Österreich	29.397–33.535 (2004)	6.413 (2003)	19,2–21,8	8.114 (2003)	1.623 (20 %)	531 (28.2. 2002)	33 %
Polen	33.000–71.000 (2004)	700 (Nov. 2003)	1,0–2,1	80.693 (2003)	2.662 (3,3 %)	7 (Nov. 2003)	0,3 %
Portugal	41.720–58.980 (2004)	12.508 (2003)	21,0–29,9	14.060 (1.9. 2003)	3.515–5.900 (25–42 %)	607 (2002)	10–17 %
Schottland	56.000 (2002)			6.803 (20.2. 2004)	5.238 (77 %)	700	13,4 %
Schweden	23.500–27.300 (2004)	2.100 (2003)	7,7–8,9	6.755 (1.10. 2003)	4.053 (60 %)	0	0 %
Slowenien	7.399 (2004)	2.860 (2003)	38,6	5.219 (2003)	703 (13,47 %)	222	32 %
Spanien	182.498–214.152 (2004)	88.748 (2003)	41,0–48,7	57.365 (20.2. 2004)	26.387 (46 %)	21.642 (2001)	82 %
Tschechien	9.300–13.300 (2004)	1.772 (2003)	13,3–19,0	17.429 (16.1. 2004)	38,5 %	0	0 %

¹ Basierend auf „Drug Treatment Overviews“ (EMCDDA 2005; <http://www.emcdda.eu.int>), ergänzt durch mündlich berichtete Zahlen sowie Zahlen aus offiziellen Publikationen.

und Mitarbeiter(inne)n des allgemeinen Vollzugsdienstes, andererseits mit Gefangenen. Da es sich um eine explorative Studie handelte, wurde für die Interviews eine qualitative Methode gewählt, um den subjektiven Meinungen und Haltungen der Befragten mehr Raum zu geben. Außerdem sah das Forschungsdesign vor, dass sensible Fragen zur Substitution nicht nur von Ärzt(inn)en und Krankenpfleger(inne)n, sondern auch von Gefangenen in sogenannten Fokusgruppen diskutiert wurden. Durch die Einbeziehung aller Beteiligten sollte eine ausgewogenere Sichtweise des aktuellen Geschehens im Gefängnis erreicht werden. Die Untersuchung fand in 33 Gefängnissen in 17 Ländern statt: in 15 „alten“ EU-Mitgliedsländern außer Luxemburg sowie in Tschechien, Polen und Slowenien. Befragt wurden 184 Gefangene (132 Männer und 52 Frauen) in 33 Fokusgruppen.

Ergebnisse europaweit

Wie außerhalb des Justizvollzugs war die Substitutionsbehandlung in den untersuchten Gefängnissen ursprünglich nur für HIV-positive und/oder an Aids erkrankte bzw. schwangere Gefangene zugänglich. Obwohl diese Beschränkung inzwischen aufgehoben ist, bleibt das Substitutionsangebot in Gefängnissen weit hinter den Entwicklungen in Freiheit zurück. In den meisten Ländern besteht eine Behandlungslücke zwischen den Gefangenen, die eine Substitutionsbehandlung wünschen, und denen, die tatsächlich substituiert werden. Heterogene und inkonsistente Regelungen und Behandlungsbedingungen lassen sich in den meisten untersuchten Gefängnissen feststellen – auch innerhalb einzelner Länder oder gar einzelner Regionen und Städte.

Doch trotz aller Beschränkungen hat sich die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Haft in den letzten Jahren erhöht. Lediglich Griechenland und Schweden bieten überhaupt keine Substitution in Gefängnissen an.

Fortführung einer draußen begonnenen Behandlung

In den meisten untersuchten Ländern führt die Inhaftierung zu einem Abbruch der in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlung. Die Gründe dafür sind

- » eine grundsätzliche Abstinenzorientierung der Anstaltsärztinnen und -ärzte; Methadon und andere Substitutionsmittel werden folglich als psychoaktive Drogen wahrgenommen, die für die Therapie Drogenabhängiger nicht geeignet seien
- » ein mangelndes Verständnis dafür, dass Abhängigkeit eine chronische Krankheit ist
- » begrenzte Ressourcen und unzureichendes Fachwissen.

Auch bei den Gefangenen ließen sich Widerstände und ablehnende Haltungen gegenüber dieser Behandlungsform ausmachen:

- » Viele betrachteten den Gefängnisaufenthalt als (einzige) drogenfreie Zeit. Methadon wurde in diesem Kontext als Droge wahrgenommen, weil das Medikament oftmals auch auf dem Schwarzmarkt erworben und eher wegen seiner psychoaktiven denn therapeutischen Wirkung konsumiert wurde.
- » Gefangene wollen über die Teilnahme an einem Methadonprogramm nicht als drogenabhängig erkannt werden, weil sie dadurch Nachteile für den Vollzug ihrer Strafe befürchten.

Bei den meisten befragten Professionellen war Konsens, dass in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlungen in Haft fortgeführt werden sollten. In der Praxis jedoch war dies – neben den oben angeführten Widerständen – häufig abhängig von der Behandlungsdauer in Freiheit, den im Gefängnis verfügbaren Substitutionsplätzen und der voraussichtlichen Haftzeit. Ein Behandlungsbeginn in Haft wurde als sehr viel problematischer betrachtet als eine Weiterführung der Substitution nach Haftbeginn, und in einigen Ländern gab es Probleme bei der Überleitung, z. B. aufgrund zu wenig freier Plätze in Substitutionsprogrammen.

Dauer der Behandlung

In einigen Ländern wie etwa Belgien ist die Substitutionsbehandlung auf eine Dauer von 6–12 Monaten festgelegt, in anderen Ländern, in denen sie ebenfalls befristet ist, gibt es dagegen keine entsprechenden Richtlinien. In manchen Ländern ist die Substitutionsdauer zeitlich nicht limitiert: Die Behandlung wird sowohl Kurzstrafnern als auch Langstrafnern angeboten; in Österreich und Spanien beispielsweise ist dies Standard.

Medikamentengestützter Entzug

Sehr heterogen sind in Europa die Entzugsmodalitäten – auch innerhalb eines Landes oder einer Region. Die Reduktionsschemata scheinen selbst von Gefängnis zu Gefängnis und von Arzt zu Arzt zu variieren (von 7 Tagen bis zu 4 Wochen). Der Gebrauch von Benzodiazepinen und Mehrfachabhängigkeit sind wie in der Gemeinde auch im Gefängnis ein Problem für die Substitutionsbehandlung und den medikamentengestützten Entzug geworden und verstärken die Substanzabhängigkeit insgesamt.

Dosierung des Substitutionsmittels

Die durchschnittliche Substitutionsdosis in Haft variierte zwischen 30 und 70 mg Methadon. Viele der befragten Ärzte/Ärztinnen und Krankenpfleger/innen glaubten, Niedrigdosen reichten aus, um die Drogengier zu unterdrücken. Das wurde damit begründet, dass auf diese Weise eine hundertprozentige Einnahme des Substituts erreicht worden sei und der Umfang zusätzlich eingenommener Drogen gegenüber „draußen“ reduziert werden könne. Dies widerspricht jedoch

randomisierten kontrollierten Untersuchungen in Australien, in denen sich Dosierungen von mehr als 60 mg und eine Verschreibung für die gesamte Strafzeit als wirksam herausgestellt haben (Dolan u. a. 1998).

Psychosoziale Begleitung

Obwohl eine psychosoziale Begleitung als wichtige Ergänzung des medizinischen Teils der Therapie betrachtet wird, wird sie in systematischer und koordinierter Form nur in wenigen der untersuchten Gefängnisse angeboten.

Information über die Substitution

Die Information der Gefangenen (zum Teil auch der Bediensteten) über die Substitutionsbehandlung war in vielen Haftanstalten mangelhaft. Häufig verstanden die Gefangenen weder die Zielsetzung des Substitutionsprogramms, die Wirkung der eingesetzten Substanzen und die Behandlungsschemata noch die Einschluss- und Ausschlusskriterien – ein grundsätzliches Problem im Hinblick auf die „informierte Zustimmung“ des Patienten zur Behandlung. Oftmals gingen die Ärzte und das Krankenpflegepersonal davon aus, die Patient(inn)en seien bereits über die Substitution informiert.

84

Anonymität und Vertraulichkeit

Im Gefängnis sind Anonymität und Vertraulichkeit grundsätzlich schwer zu gewährleisten. Trotzdem wurde dies in vielen Anstalten versucht: Entweder wurden alle Substituierten in einem Flügel untergebracht, oder die tägliche Abgabe des Substitutionsmittels erfolgte diskret zusammen mit anderen Medikamenten. Gefangene wiederum berichteten, dass ihre Teilnahme am Substitutionsprogramm für Mitgefangene und Bedienstete ersichtlich war, z. B. durch eine entsprechende Kennzeichnung an der Zellentür.

Spezielle Aus- oder Fortbildung

In den meisten untersuchten Ländern gab es keine besondere Ausbildung für die im Justizvollzug tätigen Mediziner/innen und Krankenpfleger/innen. Da sich angesichts der gesundheitlichen Belastungen vieler Gefangener besondere Herausforderungen in der medizinischen Versorgung und Pflege stellen, wurden entsprechende Fortbildungsveranstaltungen im Allgemeinen begrüßt. Lediglich in einigen Ländern benötigen Ärzte zur Verschreibung von Opiaten eine besondere (Zusatz-)Ausbildung, was als ein wichtiger Schritt zur Steigerung der Behandlungsqualität betrachtet wurde.

Ergebnisse für Deutschland

- » Trotz bundeseinheitlicher rechtlicher Rahmenbedingungen wird die Substitution in den Gefängnissen Deutschlands sehr unterschiedlich gehandhabt. Selbst die Umsetzung länderspezifischer Verwaltungsvorschriften erfolgt nicht in allen Gefängnissen der betreffenden Bundesländer auf gleiche Weise. So begegnet man in Deutschland einer Substitutionspraxis, die sich von Bundesland zu Bundesland, von Gefängnis zu Gefängnis und zum Teil selbst von Arzt zu Arzt (bei Urlaubsvertretung) unterscheidet.
- » Von einem flächendeckenden Substitutionsangebot kann nur in wenigen Bundesländern gesprochen werden.
- » Die Befristung der Behandlungsdauer auf 3–6 Monate ist weithin üblich.
- » Der Umfang der medizinischen Versorgung Gefangener ist im Kapitel „Gesundheitsfürsorge“ des Strafvollzugsgesetzes festgelegt (§§ 56 bis 66), in welchem immer wieder auf die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwiesen wird. Die medizinische Versorgung in Haft sollte demnach an die Versorgung im kassenärztlichen System angeglichen sein. Die „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien) der GKV gelten in Gefängnissen jedoch nur über einen Umweg: In einigen Bundesländern ist die Substitution über Erlasse geregelt, in denen ausdrücklich auf die Vorgaben der BUB-Richtlinien verwiesen wird. Aber auch hier kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten, wenn Substituierte aus dem System der GKV ins Gefängnis oder, nach Haftentlassung, vom Gefängnis in die GKV wechseln (siehe Keppler S. 37 f. in diesem Band; Keppler/Knorr/Stöver 2004).

Diskussion der Studienergebnisse

Um eine patientenorientierte Behandlung zu erreichen, müsste

- » die Substitutionsbehandlung in den meisten Ländern wesentlich breiter angeboten,
- » die Qualität der Behandlung deutlich erhöht und
- » die Kommunikation und Kooperation der Gesundheitsdienste innerhalb und außerhalb der Gefängnisse verbessert werden.

Die Studie zeigte außerdem, dass

- » eine Fokussierung auf das Ziel „Abstinenz“ das Erreichen anderer existenziell wichtiger Ziele wie etwa die Vermeidung von HIV- und Hepatitis-Infektionen oder von Überdosierungen nach Haftentlassung gefährdet. Irreversiblen Schädigungen der Gesundheit vorzubeugen, muss oberste Priorität haben.
- » sowohl niedrigschwellige als auch hochschwellige Programme erforderlich sind, die einerseits Harm-Reduction-Ziele, andererseits – ausgestattet mit zu-

sätzlichen Mitteln für die psychosoziale Begleitung – weiterführende Therapieziele verfolgen.

- » die besonderen Behandlungsbedürfnisse drogenabhängiger Frauen angesichts spezifischer sozialer und gesundheitlicher Belastungen stärker berücksichtigt werden müssen.
- » die Kenntnisse, Erfahrungen, Kompetenzen und Bedürfnisse von drogenabhängigen Gefangenen in die Zieldiskussion sowie die Gestaltung und Durchführung der Substitution einbezogen werden sollten, weil sich so die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung erhöhen lässt. Gefangene mit Substitutionserfahrung sind in der Regel willens und in der Lage, an der Verbesserung der Behandlung mitzuwirken.
- » die Substitutionsbehandlung in Haft einer angemessenen Dokumentation und Überprüfung bedarf. In vielen Ländern erfolgt dies entweder gar nicht oder in nicht ausreichendem Maße, sodass oft nur grobe Schätzungen über die Zahl der Substituierten und die Behandlungsmodalitäten existieren. In fast keinem der besuchten Länder wurden die Behandlungswünsche und -bedürfnisse der Patient(inn)en und die Sichtweisen der Behandlungsanbieter wissenschaftlich untersucht.
- » der Austausch zwischen den Behandelnden innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs – allerdings nur mit Zustimmung des Patienten – intensiviert werden sollte, um die Fortführung der Substitution nach Haftantritt oder Haftentlassung (besser) regeln und die Qualität der Behandlung verbessern zu können.

86

Folgende Best-Practice-Beispiele wurden im Rahmen der Studie identifiziert:

- » Leitlinien eines klinischen Managements der Substitutionsbehandlung in den Krankenabteilungen der Gefängnisse (z. B. Österreich, Spanien)
- » gut entwickelte Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen allen an der Substitution in Haft beteiligten Fachdiensten und Personen, z. B. regelmäßige Treffen und Fallbesprechungen zwischen Ärzt(inn)en, Krankenpfleger(inne)n, Sozialarbeiter(inne)n und Psycholog(inn)en (z. B. Niederlande)
- » Vernetzung mit den Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe in der Gemeinde (z. B. Spanien, Österreich).

Literatur

BAG 2005

Bundesamt für Gesundheit: Ergebnisse der Nationalen Substitutionsstatistik (Methadon) aus dem Jahr 2004. Übersicht Schweiz. (<http://www.nasuko.ch/nms/db/download.htm>)

Council of Europe 2001

Council of Europe: Development and Improvement of Substitution Programmes. Proceedings. Seminar organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Strasbourg, France, 8–9 October 2001

Dolan u. a. 1998

Dolan, K. A./Wodak, A. D./Hall, W. D.: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. In: *Drug and Alcohol review*, 17(2), 153–158

Gerlach/Stöver (Hg.) 2005

Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitutionsbehandlung in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg: Lambertus 2005

Habrat 2001

Habrat, B.: Difficulties encountered in Central and Eastern European countries in accepting methadone substitution. In: Council of Europe 2001, 107–118

Keppler/Knorr/Stöver 2004

Keppler, K./Knorr, B./Stöver, H.: Zum Stand der Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 53(4), 202–217

Küfner/Rösner 2005

Küfner, H./Rösner, S.: Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation. In: Gerlach/Stöver (Hg.) 2005, 29–63

Pollähne/Stöver 2005

Pollähne, H./Stöver, H.: Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlungen in Gefängnissen und im Maßregelvollzug. In: Gerlach/Stöver (Hg.) 2005, 140–151

Stallwitz/Stöver 2007

Stallwitz, A./Stöver, H.: The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. In: *International Journal of Drug Policy* (im Druck)

Stöver u. a. 2004

Stöver, H./Hennebel, L./Casselmann, J.: Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. Oldenburg: BIS-Verlag 2004

Subata 2001

Subata, E.: Difficulties encountered in post-Soviet countries in accepting the principle of substitution treatment. In: Council of Europe, a.a.O., 83–106

Uchtenhagen 2005

Uchtenhagen, A.: Geleitwort. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbraucher-tipps, Beratungswissen, Praxishilfen*. Frankfurt: Fachhochschulverlag 2005, 18 ff.

Verster 2001

Verster, A.: Substitution Treatment for Opiate Dependence in Europe. Presentation. Montego Bay, August 2001 (http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/ENG/DRresources/experts/Expert-siv/Pres-Verster-eng.ppt)

WHO/UNODC/UNAIDS 2004

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) / United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) / World Health Organization (WHO): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position paper. 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en)

WHO/UNODC 2007

World Health Organization (WHO) / United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Opioid Substitution Therapies and Other Drug Dependence Treatment. Evidence for Action Technical Papers, 2007



88 **Wirksamkeit und Bedeutung der
Substitutionsbehandlung im Gefängnis
– ein Literaturüberblick**

Heino Stöver und Anke Stallwitz

Einleitung

In der europäischen Union werden derzeit mehr als 550.000 Patient(inn)en substituiert (EMCDDA 2003 und 2005) – mit erheblichen Zuwachsraten in den letzten Jahren. Obwohl die Zahl der Substituierten auch in den Gefängnissen weltweit langsam steigt, wird die Substitution „hinter Gittern“ nach wie vor kontrovers diskutiert. Verschiedene Übersichten zeigen, dass die Potenziale dieser Behandlungsform in vielen Ländern nicht oder unzureichend genutzt werden (z. B. für Frankreich: Michel/Maguet 2003; europaweit: Stöver u. a. 2004): Die Zahl derjenigen, die eine Substitution wünschen, liegt weit über der Zahl der Behandlungsangebote. Darüber hinaus besteht in vielen Ländern eine sehr heterogene Versorgungspraxis mit deutlichem Versorgungsgefälle; in Deutschland beispielsweise wird in einigen Gefängnissen der südlichen und östlichen Bundesländer kaum substituiert.

Zur Datenlage

Die meisten Studien zur Wirksamkeit der Substitution in Gefängnissen stammen aus Australien oder Kanada (vgl. Jürgens 2006) und haben sich zumeist auf die Behandlung mit Methadon konzentriert. Die Effekte relativ neuer und erst kürzlich zugelassener Medikamente wie Buprenorphin oder retardierter Morphine^a hat man bislang wenig untersucht (WHO 2005). In Europa wurde die Bedeutung dieser Behandlungsform für den Justizvollzug bis auf wenige Ausnahmen (für Frankreich vor allem Michel/Maguet 2003, für Europa Stöver u. a. 2004) kaum untersucht. Auch für Deutschland liegen keine gesicherten Daten zur Versorgungslage vor; Expert(inn)en schätzen, dass im Jahr 2007 etwa 500 bis 700 Gefangene substituiert werden – eine sehr geringe Zahl angesichts der Tatsache, dass 20–50 % der Gefängnispopulation Drogen konsumieren (so verfügt z. B. die Berliner JVA Tegel, in der 1.700 Gefangene untergebracht sind, nur über 17 Substitutionsplätze, von denen derzeit 10 belegt sind; siehe Walborn, S. 41 in diesem Band).

Reduktion des Drogenkonsums und Risikoverhaltens

Forschungsergebnisse (vor allem: Dolan u. a. 1998; Dolan u. a. 2002; Johnson u. a. 2001) zeigen, dass Patienten während der Substitutionsbehandlung in Haft den Heroingebrauch, das Injizieren von Drogen und die Gemeinsambenutzung von Spritzbesteck gegenüber einer Vergleichsgruppe reduzieren (vgl. auch: Boguna 1997; Mourino 1994; Shewan u. a. 1994; Herzog u. a. 1993; Bertram 1991; Gorta 1992). Erreicht werden kann dies jedoch nur bei einer während der gesamten Haftzeit durchgeführten Behandlung und einer ausreichenden Dosierung – die Autoren schlagen mindestens 60 mg Methadon vor, desgleichen Kreek 2000; Ward u. a. 1998; laut Bellin u. a. (1999) ist dagegen eine höhere Dosierung (median 70 vs. 30 mg) wichtig für den Erfolg.

In einer weiteren australischen Studie kommen Dolan u. a. (2005) zu dem Ergebnis, dass bei Gefangenen, die nach Haftbeginn in Methadonprogrammen verbleiben, die Mortalitätsrate nach der Haftentlassung sowie die Raten erneuter Inhaftierungen und der Hepatitis-C-Infektionen niedriger sind (vgl. auch Metzger u. a. 1998 sowie Darke/Zador 1996). Aufgrund dieser Befunde hat sich der Bundesstaat South Australia dazu entschlossen, bereits in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlungen im Gefängnis fortzusetzen (Dayman 2006). Die hohe Haltekraft der Substitutionsbehandlung drückt sich ebenso darin aus, dass Gefangene den allgemeinen medizinischen Dienst der Haftanstalt stärker nutzen und von weiteren Angeboten Gebrauch machen (vgl. Magura u. a. 1993).

Angesichts des hohen Bedarfs der Gefangenen an sozialer und gesundheitlicher Versorgung schlagen Boguna (1997) und Mourino (1994) vor, die medizinische Seite der Substitutionsbehandlung durch psychosoziale Angebote zu ergänzen.

^a Bei Medikamenten, die retardiertes Morphin enthalten, ist die Abgabe des Wirkstoffs ins Blut verzögert (= retardiert). Sie wirken dadurch langsamer, dafür aber länger, sodass sie weniger häufig eingenommen werden müssen.

Reduktion delinquenten Verhaltens und von Rückfällen

Crowley (1999) analysierte die Wirksamkeit eines Drogenentzugsprogramms in einem irischen Gefängnis. Diejenigen Gefangenen, bei denen der Entzug medikamentengestützt erfolgte (10 Tage Entgiftung plus 6 Wochen intensive Rehabilitation), wiesen in der zwölfmonatigen Follow-up-Untersuchung geringere Rückfallraten als die anderweitig Behandelten der Kontrollgruppe auf (78 % versus 90 %).

Sibbald (2002) verglich in kanadischen Bundesgefängnissen Teilnehmer an Methadonprogrammen mit nichtsubstituierten Häftlingen. Nach einem Jahr waren 41 % der kontinuierlich mit Methadon Behandelten und 58 % der Nichtbehandelten erneut inhaftiert. Eine niedrigere Wiederinhaftierungsrate bestätigten auch Marzo u. a. (2001) in Frankreich: Während der Haft Substituierte wurden halb so oft erneut inhaftiert wie Gefangene, die nur ein Entzugsprogramm durchlaufen hatten (19 % versus 39 %). Dass eine kontinuierliche Substitutionsbehandlung große Bedeutung für den Rehabilitationserfolg haben kann, belegt auch die von Johnson u. a. (2001) in kanadischen Gefängnissen durchgeführte kontrollierte Studie, in der das delinquente Verhalten von Teilnehmern an haftinternen Substitutionsprogrammen untersucht wurde. Die Analyse ergab, dass in dieser Gruppe die Rate schwerer Drogendelikte nach Behandlungsbeginn geringer war als in der Vergleichsgruppe; außerdem kam es nach Haftentlassung weniger häufig zu Rückfällen und erneuter Inhaftierung.

90

Um die Effektivität eines Methadon-Erhaltungsprogramms (30-mg-Dosis) im „Rikers Island“-Gefängnis in New York zu messen, haben Magura u. a. (1993) eine kontrollierte Langzeit-Follow-up-Untersuchung durchgeführt. Das Programm erwies sich als sehr wirksam: Die Bereitschaft, sich nach Haftentlassung in eine Substitutions- oder andere Drogenbehandlung zu begeben, war bei den Programmteilnehmern höher als bei den Kontrollgruppen. Darüber hinaus führte die in Freiheit fortgesetzte Substitution zu reduziertem Drogengebrauch sowie geringerer Kriminalität. Die Erfolgsraten wurden eingeschränkt durch hohen Crack-/Kokainkonsum nach Haftentlassung und wahrscheinlich auch dadurch, dass die im Gefängnis verabreichte Methadon-Dosis relativ niedrig war.

In einer qualitativen Studie in englischen Gefängnissen befragte Hughes (2000) substituierte Häftlinge zu ihrer Bewertung der Methadonbehandlung. Ihren Aussagen zufolge reichte die alleinige Verschreibung des Medikaments für die Bewältigung von Entzugssymptomen nicht aus, und kurzzeitige Methadonverschreibungen sowie schnelle Abdosierungen wurden als langfristig unwirksam beurteilt. Die Befragten äußerten ferner, der Abbruch einer „draußen“ begonnenen Substitution erhöhe die Wahrscheinlichkeit, dass es während der Haft zu körperlichen und psychischen Problemen sowie zu einem Anstieg des intravenösen Konsums und gemeinsamen Spritzengebrauchs komme (vgl. auch Shewan u. a. 1994; Darke u. a. 1998).

Ebenfalls mit qualitativen Methoden erhoben Taylor u. a. (2006) die Wirkungen der Substitutionsbehandlung in schottischen Haftanstalten. Die befragten Gefangenen nannten unter anderem erhöhte Stabilität im Lebensstil, verbesserte Familienbeziehungen, weniger Schulden und Reduktion riskanter Verhaltensweisen.

Verbesserung der Sicherheit im Gefängnis

Johnson u.a. (2001) stellten in ihrer Studie fest, dass Substituierte im Vergleich zu nicht substituierten Drogenabhängigen deutlich weniger Zeit in unfreiwilliger Einzelhaft verbringen. Die Behandlung, so die Autoren, habe einen mildernden Einfluss auf Unruhe stiftendes Verhalten in Haft. Darüber hinaus wurde bei den Substituierten eine Abnahme von Aktivitäten in der Drogensubkultur der Haftanstalt verzeichnet.

Die Untersuchung von Mourino (1994) unterstützt diese Ergebnisse: Anders als befürchtet, führten Substitutionsprogramme weder zu erhöhtem Druck in der Gefängnis-Subkultur, noch forderten nichtabhängige Gefangene Zugang zu diesen Programmen. Bedienstete berichteten vielmehr von einem deutlich wahrnehmbaren Rückgang der Konflikte unter den Substitutionspatienten. Auch Joseph u. a. (1989) und Magura u. a. (1993) beobachteten in ihren Studien weder eine Methadon-Weitergabe von Substituierten an andere Gefangene noch eine Zunahme von Gewalt oder die Verletzung von Sicherheitsregeln; und auch hier berichteten Bedienstete, Gefangene in Substitutionsbehandlung seien besser zu führen als nicht substituierte Häftlinge. Zu den gleichen Ergebnissen kamen weitere Studien (Heimer u. a. 2005; Bertram 1991; Gorta 1987; Wale/Gorta 1987).

Bertram/Gorta (1990a und 1990b) konnten in ihren Studien bei Substituierten in Gefängnissen von New South Wales (Australien) einen Rückgang bei Drogenkonsum, Gewalt und Delinquenz nach der Haftentlassung verzeichnen. Auch bei der Heroingabe in einem Schweizer Gefängnis wurde keine Zunahme von Gewalt oder Diebstahl festgestellt (Kaufmann u. a. 1998). In der Studie von Hume/Gorta (1988) gaben 86 % der in Gefängnissen von New South Wales befragten Bediensteten an, die Substitutionsbehandlung habe positive Effekte für den Einzelnen, das Gefängnismanagement und die Gemeinde.

Gleichwohl betonen Taylor u. a. (2006), die Substitutionsbehandlung im Gefängnis verursache bei konsequenter Einhaltung von Gesundheits- und Sicherheitsmaßnahmen technische und logistische Probleme, was die adäquate Methadonabgabe an Gefangene und die Kontrolle möglichen Missbrauchs des Medikaments angeht (z. B., wenn das Methadon nicht geschluckt, sondern im Mund behalten wird, um es dann an andere Gefangene zu verkaufen).

Organisation der Substitutionsbehandlung im Gefängnis

Stöver u. a. (2004) identifizierten eine Reihe von strukturellen Problemen der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug:

- » weit verbreitete und sehr unterschiedlich praktizierte Abdosierung bei Inhaftierung
- » keine freie Arztwahl für die Patient(inn)en und ein Arzt-Patient-Verhältnis, das stärker von Kontrolle und Sicherheit statt von Offenheit gekennzeichnet ist
- » mangelnde und Anonymität bei der Einnahme des Substitutionsmittels
- » keine Mitnahmeregelung
- » geringere Verfügbarkeit der in Freiheit eingesetzten Medikamente
- » weit verbreitete Umstellung auf kostengünstigere Medikamente unabhängig von der Verträglichkeit (z. B. von retardierten Morphinen auf Methadon in Österreich; von Buprenorphin auf Methadon in Deutschland)
- » härtere Konsequenzen bei Beikonsum (z. B. von Cannabis)
- » wenig Information und Aufklärung für die Patient(inn)en
- » begrenzte Behandlungsdauer.

Zusammenfassung

Studien zur Wirksamkeit und Bedeutung vor allem der Methadon-Substitution im Gefängnis haben gezeigt, dass diese Behandlungsform den Heroinkonsum und die Häufigkeit von Injektionen (mit allen damit verbundenen Infektionsrisiken) reduziert. Voraussetzung hierfür scheinen allerdings eine adäquate Dosierung (mindestens 60 mg) und eine Behandlung über die gesamte Strafzeit zu sein. Eine Substitution kann zudem dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Dieser Effekt wird angesichts der hohen physischen und psychischen Belastungen vieler Gefangener als wünschenswert betrachtet (EMCDDA 2003).

Darüber hinaus hat die Teilnahme an Methadonprogrammen im Gefängnis zu einem Rückgang drogenbedingter Verhaltensweisen und Bestrafungen geführt. Bei den Teilnehmer(inne)n waren die Raten erneuter Inhaftierungen geringer und die Intervalle zwischen diesen größer als bei drogenabhängigen Gefangenen, die nicht an solchen Programmen teilgenommen hatten.

Aufgrund der wissenschaftlichen Ergebnisse scheint die Fortsetzung einer vor Inhaftierung begonnenen Substitutionsbehandlung dringend empfohlen, um einer erneuten Aufnahme des Drogenkonsums in Haft und damit verbundenen gesundheitlichen Risiken wie auch strafbaren Verhaltensweisen vorzubeugen. Darüber hinaus gibt es Belege dafür, dass eine nicht unterbrochene oder während der gesamten Haftzeit durchgeführte Methadonsubstitution in Verbindung mit psychosozialer Betreuung dazu beitragen kann, Gefangene nach Haftentlassung in eine Drogenbehandlung zu überführen, die entweder in Form einer Nachsorge oder kontinuierlichen Weiterbehandlung erfolgt. Auf diese Weise wird die Bewältigung gesundheitlicher Probleme und die soziale Reintegration unterstützt.

Dagegen kann der Abbruch der Methadonbehandlung bei Haftantritt zu physischen und psychischen Problemen und einem Anstieg des Risikoverhaltens (wie etwa Gemeinsambenutzung von Spritzenutensilien) führen und nach Haftentlassung die Gefahr einer lebensbedrohlichen Überdosierung erhöhen. Singleton u. a. (2003) berichten, dass Haftentlassene in der ersten Woche in Freiheit ein bis zu 40-mal höheres Mortalitätsrisiko haben als die übrige Bevölkerung.

Forschungsarbeiten zu den Erfahrungen von in Haft Substituierten und den organisatorischen Aspekten der Behandlung weisen auf eine heterogene und vielfach unzulängliche Behandlungspraxis hin (z. B. kontrollierte Einnahme, Probleme in der Versorgung). Bei der Methadon-Entzugsbehandlung wurde von Patientenseite kritisiert, die Abdosierung erfolge zu schnell; die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse würden dabei zu wenig berücksichtigt (z. B. Hughes 2000; Hannifin 1997).

Gemäß den allgemeinen Standards der Behandlung von Opiatabhängigen scheint es in vielen Ländern dringend geboten, das Angebot der Methadon-Erhaltungstherapie in Haftanstalten auszubauen. Damit Gefangene und das Gefängnisystem besser von der Substitutionsbehandlung profitieren können, empfehlen sich umfassende Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung dieser Therapieform, wozu auch eine engere Kooperation zwischen den Gesundheitsdiensten innerhalb und außerhalb der Gefängnisse gehört.

Die in diesem Beitrag vorgestellten wissenschaftlichen Ergebnisse sprechen eindeutig für einen Ausbau der Substitutionsbehandlung in Haftanstalten. Allerdings ist die abwartende bis ablehnende Haltung der Verantwortlichen nach wie vor das größte Hindernis, das einer Weiterentwicklung dieser Therapieform und einer intensiveren Nutzung ihrer Potenziale entgegensteht. Durch eine gute Zusammenarbeit zwischen Gefängnis und Gemeinde könnte hier eine Menge bewegt werden.

Literatur

Bellin u. a. 1999

Bellin, E./Wesson, J./Tomasino, V./Nolan, J./Glic, A. J. /Oquendo, S.: High Dose Methadone Reduces Criminal Recidivism in Opiate Addicts. In: *Addiction Research*, 7(1), 19–29

Bertram 1991

Bertram, S.: Results of Gaols Urinalyses Update: July–December 1989. Evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program. Study No. 10. Sydney: Research and Statistics Division, NSW Department of Corrective Services 1991

Bertram/Gorta 1990a

Bertram, S./Gorta, A.: Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community. Evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No. 8. Sydney: Research and Statistics Division, NSW Department of Corrective Services, Publication No. 21, 1990

Bertram/Gorta 1990b

Bertram, S./Gorta, A.: Inmates' perceptions of the role of the NSW prison methadone program in preventing the spread of Human Immunodeficiency Virus. Evaluation of NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No. 9. Sydney: Research and Statistics Division, NSW Department of Corrective Services 1990

Boguna 1997

Boguna, J.: Methadone Maintenance Programmes. In: O'Brien, O. (ed.): *Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison*. London: Cranstoun Drug Services 1997, 68–70

Crowley 1999

Crowley, D.: The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. In: *Journal of Health Gain*, 3(3), 17–19

Darke u. a. 1998

Darke, S./Kaye S. /Finlay-Jones, R.: Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. In: *Addiction*, 93(8), 1169–1175

Darke/Zador 1996

Darke, S./Zador, D.: Fatal heroin overdose: a review. In: *Addiction*, 91(12), 1765–1772

Dayman 2006

Dayman, G.: Prison Opioid Substitution in South Australia. Six Years Experience and Data. Abstract submitted to the International Prisoner Health Conference, 19–20 June 2006 in Tallinn/Estonia

Dolan u. a. 1998

Dolan, K. A./Wodak, A. D./Hall, W. D.: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. In: *Drug and Alcohol review*, 17(2), 153–158

Dolan u. a. 2002

Dolan, K./Shearer, J./White, B./Wodak, A.: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment in NSW prisons. NDARC Technical Report No. 155, 2002

Dolan u. a. 2005

Dolan, K. A./Shearer, J./White, B./Zhou, J. L./Kaldor, J./Wodak, A. D.: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. In: *Addiction*, 100(6), 820–828

EMCDDA 2005

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Annual Report 2005. The state of the drugs problem in Europe. Lisbon 2005

EMCDDA 2003

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Annual Report 2003. The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union. Lisbon 2003

Gorta 1987

Gorta, A.: Process evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program. Study No 3. Sydney: Research and Statistics Division, NSW Department of Correctional Services 1987

Gorta 1992

Gorta, A.: Monitoring the NSW prison methadone program: A review of research 1986–1991. Publication No. 25. Sydney: Research and Statistics Division, NSW Department of Corrective Services 1992

Hannifin 1997

Hannifin, J.: Report on the Evaluation of the Protocol for Methadone Treatment Programmes in Prisons. Alcohol & Drug Issues Ltd., Department of corrections: New Zealand, 30 July 1997

Heimer u. a. 2005

Heimer, R./Catania, H./Zambiano, A./Brunet, A./Ortiz, A. M./Newman, R. G.: Methadone maintenance in a men's prison in Puerto Rico: a pilot program. In: *Journal of Correctional Healthcare*, 11(3), 295–305

Herzog u. a. 1993

Herzog, C./Fasnacht, M./Stohler, R./Ladewig, D.: Methadone substitution as an AIDS-preventive measure in the prison environment. Paper presented at the European Symposium Drug Addiction & AIDS: Siena, Italy, October 4–6

Hughes 2000

Hughes, R. A.: „It's like having half a sugar when you were used to three“ – drug injectors' views and experiences of substitute drug prescribing inside English prisons. In: *International Journal of Drug Policy*, 10(6), 455–466

Hume/Gorta 1988

Hume, S./Gorta, A.: Views of key personnel involved with the administration of the NSW prison methadone program. Process evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program. Study No 5. Unpublished report. Sydney: Research and Statistics Division, NSW Department of Corrective Services 1988

Johnson u. a. 2001

Johnson, S. L./van de Ven, J. T. C./Grant, B. A.: Institutional methadone maintenance treatment: impact on release outcome and institutional behaviour. Addiction Research Centre, Research Branch, Correctional Service Canada, September 2001

Joseph u. a. 1989

Joseph, H./Perez, J./Tardalo, F./Watts, L.: Hero-in addicts in jail. New York tries methadone treatment program. In: *Corrections Today*, 51(5), 124–131

Jürgens 2006

Jürgens, R.: Evidence for Action: Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Manage HIV/AIDS in Prison Settings. Geneva: WHO 2006 (unpublished)

Kaufmann u. a. 1998

Kaufmann, B./Dobler-Mikola, A./Uchtenhagen, A.: Kontrollierte Opiatabgabe im schweizerischen Strafvollzug. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) 1998

Kreek 2000

Kreek, M. J.: Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909: 186–216

Magura u. a. 1993

Magura, S./Rosenblum, A./Lewis, C./Joseph, H.: The effectiveness of in-jail methadone maintenance. In: *Journal of Drug Issues*, 23(1), 75–99

Marzo u. a. 2001

Marzo, J.N./Levasseur, L./Blatier, C./Ross, N.: Fréquence des réincarcérations dans une même maison d'arrêt: rôle des traitements de substitution. In: *Annales de Médecine Interne*, 153(3), 1S14–1S19

Metzger u. a. 1998

Metzger, D./Navaline, H./Woody, G.: Drug abuse treatment as AIDS prevention. In: *Public Health Reports*, 113(1), 97–102

Michel/Maguet 2003

Michel, L./Maguet, O.: L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport pour la Commission nationale Consultative des Traitements de Substitution. 1^{er} avril 2003

Mourino 1994

Mourino, A. L.: Behandlung mit Ersatzopiaten in einer katalanischen Strafvollzugsanstalt. Seminar „Management of drug addicts in prison“ in Athen, 3–5. März 1994

Shewan u. a. 1994

Shewan, D./Gemmel, M./Davies, J. B.: Prison as a modifier of drug using behaviour. *Addiction Research*, 2(2), 203–215

Sibbald 2002

Sibbald, B.: Methadone maintenance expands inside federal prisons. In: *CMAJ*, November 12, 167(10), 1154

Stöver u. a. 2004

Stöver, H./Hennebel, L. C./Casselmann, J.: Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. London: Cranston Drug Services 2004

Taylor u. a. 2006

Taylor, A./Champion, J./Fleming, A.: The Role of Methadone maintenance in Scottish prisons: Prisoners' perspectives. Institute for Applied Social and Health Research, University of Paisley, and NHS Greater Glasgow. Scottish Prison Service 2006

Wale/Gorta 1987

Wale, S./Gorta, A.: Views of inmates participating in the pilot pre-release methadone program. Process evaluation of NSW Department of Corrective Services Pre-release Methadone Program. Study No. 2. Research and Statistics Division, NSW Department of Corrective Services 1987

Ward u. a. 1998

Ward, J./Mattick, R.P./Hall, W.: The use of methadone during maintenance treatment: pharmacology, dosage and treatment outcome. In: Ward, J./Mattick, R. P./Hall, W. (eds): *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 1998, 205–238

WHO 2005

World Health Organization (WHO): Evidence for action: technical papers. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Geneva/Switzerland: WHO 2005

Autorinnen und Autoren

Sven-Uwe Burkhardt

Dr. jur., Rechtsanwalt, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bremer Institut für Kriminalpolitik und Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg; Lehr- und Forschungstätigkeit u. a. auf den Gebieten Völkerstrafrecht, Menschenrechte, Makrokriminalität und Drogenstrafrecht; Kontakt: svenbud@uni-bremen.de

Jörg Götz

Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin mit HIV-, Hepatitis- und Sucht-Schwerpunktpraxis in Berlin; ehem. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (DAGNÄ), Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Humboldt-Universität Berlin; Kontakt: goelz@snafu.de

Christine Graebisch

Rechtsanwältin und Diplom-Kriminologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der Universität Bremen; Vorsitzende des Vereins für Rechtshilfe im Justizvollzug des Landes Bremen e. V., Arbeitsschwerpunkte: Kriminologie, Strafrecht, Ausländerrecht, Strafvollzug, Polizeigewahrsam, Abschiebungshaft, Medizinrecht; Kontakt: graebisch@uni-bremen.de

Karlheinz Keppler

Dr. med., M.A., Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinaldirektor, Arzt in der Justizvollzugsanstalt für Frauen in Vechta; Kontakt: JVA für Frauen in Vechta, An der Propstei 10, 49377 Vechta, Karlheinz.Keppler@jva-vec.niedersachsen.de.

Bärbel Knorr

Diplom-Sozialarbeiterin und -Sozialpädagogin, Gesundheits- und Sozialökonomin; von 1991 bis 1997 bei Fixpunkt e. V. in Berlin tätig, seit 1998 für den Bereich „Menschen in Haft“ der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. zuständig; Kontakt: baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Heino Stöver

Prof. Dr. rer. pol., Dipl.-Sozialwissenschaftler; Prof. an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; Kontakt: Universität Bremen, Fachbereich 6 – ARCHIDO, Postfach 3304 40, 28334 Bremen, heino.stoever@uni-bremen.de

Robin Walborn

Diplom-Sozialarbeiter und -Sozialpädagoge; von 1995 bis 2000 bei Fixpunkt e. V. im Projekt „Mobilix“ tätig und seit 2000 in der Alkohol- und Drogenberatung Pankow von Vista gGmbH (vormals BOA e. V.); externe Mitarbeit in der JVA Tegel als Drogenberater