

The background of the entire page is a close-up, slightly out-of-focus photograph of several strands of barbed wire. The wire is dark and has sharp, twisted points. The background behind the wire is a soft, blurred mix of light blue and yellowish tones, suggesting an outdoor setting with a clear sky and some distant structures.

Substitutionsbehandlung im Strafvollzug

Ein praktischer Leitfaden

Jörg Pont, Andrej Kastelic, Heino Stöver, Catherine Ritter, Bärbel Knorr

Substitutionsbehandlung im Strafvollzug

Ein praktischer Leitfaden

Jörg Pont, Andrej Kastelic, Heino Stöver, Catherine Ritter, Bärbel Knorr

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

2018

Bestellnummer: 022147

Redaktion: Bärbel Knorr (Berlin), Heino Stöver (Frankfurt/Main)
Übersetzung: www.fachuebersetzungsdienst.com
Bearbeitung: Ulrike Schuff
Titelfoto: shutterstock.com / Jaromir Chalabala
Gestaltung: Carmen Janiesch
Druck: Druckerei Conrad, Breitenbachstraße 34–36, 13509 Berlin

Spendenkonto:

Berliner Sparkasse, IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, BIC: BELADEV3333

Sie können die Arbeit der DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.

Nähere Informationen unter www.aidshilfe.de oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.

Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Vorspann

Die Deutsche AIDS-Hilfe erhielt die Möglichkeit, den Leitfaden „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings. A Practical Guide“ zu übersetzen und an deutsche Verhältnisse anzupassen.

Die vom Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechenbekämpfung (UNODC) und vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützte Originalfassung wurde zwischen Juni 2007 und Februar 2008 verfasst.¹ Einige Passagen (von Andrej Kastelic) wurden in überarbeiteter Form aus einem Kapitel des Leitfadens „Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health“ (Gesundheit im Strafvollzug. Ein WHO-Leitfaden über grundlegende Aspekte der Gesundheitsproblematik im Gefängnis; Möller u. a. 2007) übernommen, den das WHO-Regionalbüro für Europa veröffentlichte. Wesentliche Teile stammen aus dem „Training Manual: Key aspects of substitution treatment for opiate dependence“ (Schulungshandbuch: Schlüsselaspekte der Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigkeit) von Annette Verster (Euromethwork 2003). Eine frühe Version des vorliegenden Leitfadens erarbeitete das Institut für Drogenforschung der Universität Bremen (BISDRO) im Auftrag der EU-Kommission, DG SANCO, Projekt Nr. 2003308, Europäisches Netzwerk für Drogen- und Infektionsprävention im Strafvollzug (ENDIPP).

1 Die von den Autor_innen erstellte Originalfassung entstand mit Unterstützung eines Beirats, dem folgende Fachleute angehören: Fabienne Hariga (UNODC-Zentrale Wien/Österreich), Karlheinz Keppler (ehemaliger Leiter des Ärztlichen Dienstes der JVA für Frauen Vechta/Deutschland), Rick Lines (IHRA, London/Vereinigtes Königreich), Morag MacDonald (UCE, Birmingham/Vereinigtes Königreich), David Marteau (Offender Health, London/Vereinigtes Königreich), Lars Møller (WHO-Regionalbüro Europa, Kopenhagen/Dänemark), Jan Palmer (Clinical Substance Misuse Lead, Offender Health, London/Vereinigtes Königreich), Ambros Uchtenhagen (Zürich/Schweiz), Caren Weilandt (WIAD, Bonn/Deutschland), Nat Wright (HMP Leeds/Vereinigtes Königreich)

Inhalt

- 8 Abkürzungsverzeichnis**
- 8 Tabellenverzeichnis**
- 9 Verzeichnis der Kästen**

- 10 Einleitung**
- 12 Zielgruppen des Leitfadens
- 13 Grundlagen und wichtige erste Schritte
- 15 Aktives Engagement aller Mitarbeiter_innen
- 15 Partnerschaften für die Gesundheit

- 17 Wichtige Fakten**

- 24 I. Hintergrund**

- 28 II. Was versteht man unter einer Substitutionsbehandlung?**
- 31 Hauptziele einer Substitutionsbehandlung
- 34 Nachweis des Nutzens einer Substitutionsbehandlung
- 36 Substitutionsbehandlung im Gefängnis und Menschenrechte
- 37 Beschlussbegründung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR)
- 44 Wirksame Behandlung
- 46 Behandlungskriterien und Behandlungsplan
- 48 Risiken und Einschränkungen
- 49 Polyvalenter Drogenkonsum
- 52 Politische Verantwortung, klare Konzepte und Regeln
- 53 Substitutionsmittel
- 54 *Methadon*
- 60 *Buprenorphin*
- 61 *Retardiertes Morphin*
- 62 Behandlung mit dem Antagonisten Naltrexon
- 62 Drogennotfallschulungen und Anweisungen zum Naloxoneinsatz

64 III. Substitutionsbehandlung im Strafvollzug

- 64 Beginn einer Substitutionsbehandlung
- 65 Entgiftung
- 66 Dosierung und Überwachung der Einnahme
- 68 Urinkontrollen
- 69 Abbruch der Substitutionsbehandlung
- 70 Bedeutung der psychosozialen Betreuung
- 70 Gleichzeitige Verordnung von Benzodiazepinen und Beikonsum anderer Drogen
- 75 *Levomethadon*
- 76 *Codein*
- 77 *Diamorphin*

84 IV. Grundlegende Informationen zur Substitutionsbehandlung

- 84 Aufklärung der Drogenkonsument_innen
- 84 Anonymität und Vertraulichkeit
- 85 Privilegien
- 88 Einbeziehung von Drogenkonsument_innen und Drogenselbsthilfe
- 88 Verbesserte Behandlung von Infektionskrankheiten
- 89 Substitutionsbehandlung in allen Haftbereichen
- 90 Frauenspezifische Besonderheiten

91 V. Ausblick

93 VI. Medizinethische Aspekte von Opiatsubstitutionsprogrammen im Justizvollzug

105 Quellen

110 Weiterführende Literatur

113 Kontaktadressen der Autor_innen

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome – erworbenes Immunschwächesyndrom
CPT	Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – Komitee für die Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EU	Europäische Union
HIV	Human Immunodeficiency Virus – menschliches Immunschwächevirus
ICD	International Classification of Diseases – Internationale Klassifikation von Krankheiten
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime – Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
WMA	World Medical Association – Weltärztebund

Tabellenverzeichnis

- 29 **Tabelle 1** Unterschiede zwischen Agonisten und Antagonisten
- 53 **Tabelle 2** Beschreibung der Substitutionsmittel

Verzeichnis der Kästen

- 14 **Kasten 1** Deutschland – Regelungen zur medizinischen Versorgung in Haft
- 21 **Kasten 2** Deutschland – Drogengebraucher_innen und Infektionskrankheiten in Haftanstalten
- 26 **Kasten 3** Deutschland – Substitutionsregister
- 32 **Kasten 4** Deutschland – Auszug aus der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ (2017): Anwendungsbereich und Verhältnis zu anderen Rechtsnormen, Therapieziele, allgemeine Voraussetzungen
- 44 **Kasten 5** Beispiel: Allgemeine Richtlinien für die Behandlung drogenabhängiger Gefangener in Slowenien
- 50 **Kasten 6** Deutschland – Auszug aus der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ (2017): Bewertung des Therapieverlaufs und Kontrollen, Beendigung und Abbruch
- 57 **Kasten 7** Das Einmaleins der Substitutionsbehandlung mit Methadon – ein Leitfaden
- 71 **Kasten 8** Substitutionsrichtlinien für Justizvollzugsanstalten in Österreich
- 80 **Kasten 9** Substitutionsgestützte Behandlungen im Schweizer Strafvollzug (SGB/TBS)
- 86 **Kasten 10** Weiterführung der Behandlung bei einem Settingwechsel
- 102 **Kasten 11** Deutschland – Auszug aus der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ (2017): Qualifikation des behandelnden Arztes

Einleitung

In weiten Teilen der Welt sind Opiatabhängige in Gefängnissen überdurchschnittlich häufig vertreten: In Europa, Asien und Nordamerika machen sie etwa ein Drittel der gesamten Gefängnisbevölkerung aus (Fazel et al. 2006), in einigen Ländern Zentralasiens sogar bis zu 80 Prozent. In Afrika südlich der Sahara greift das Problem der Opiatabhängigkeit um sich, während in Lateinamerika die Abhängigkeit von Kokain dominiert.

Gefängnisse sind für die Behandlung von drogenabhängigen Männern und Frauen keine geeigneten Orte, weshalb über Alternativen zu ihrer Inhaftierung nachgedacht werden sollte. Bis solche Alternativen zur Verfügung stehen, müssen sich die Gefängnisbehörden mit dieser behandlungs-, betreuungs- und unterstützungsbedürftigen Population auseinandersetzen. Studien haben gezeigt, dass sich Substitutionstherapien am besten eignen, um die Opiatabhängigkeit zu behandeln und das Risiko einer HIV- und Hepatitis-C-Übertragung sowie einer fatalen Überdosierung nach Haftentlassung zu verringern. Methadon reduziert das Mortalitätsrisiko ungefähr um das Sechsfache.² In einer aktuellen Studie aus England ging eine Opioid-Substitutionsbehandlung mit einer 75-prozentigen Reduktion der gesamten Mortalität in Haft und einer 85-prozentigen Reduktion der tödlichen Überdosierungen im ersten Monat nach der Haftentlassung einher.³ Dies setzt allerdings voraus, dass die Dosierung ausreichend und eine Kontinuität der Behandlung gesichert ist.^{4,5}

2 UNODC (2013), p. 11

3 Marsden, J., Stillwell, G., Jones, H., Cooper, A., Eastwood, B., Farrell, M., Lowden, T., Maddalena, N., Metcalfe, C., Shaw, J., Hickman, M. (2017): Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England. *Addiction*. 2017 Aug;112(8):1408–1418. doi: 10.1111/add.13779. Epub 2017 Mar 1

4 Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. and McLaren, J. (2011): Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies, *Addiction* 106, pp. 32–51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x

5 Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., De Angelis, D. and Robertson, J. R. (2010): Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment, *British Medical Journal (Clinical research ed.)* 341, p. c3172. doi: 10.1136/bmj.c3172. Online at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895695/>

Wie alle Menschen haben auch Gefangene Anspruch auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung. Völkerrechtliche Grundlage hierfür sind Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen sowie Artikel 12 der Internationalen Konvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Die internationale Staatengemeinschaft ist übereingekommen, dass Gefangene grundsätzlich alle Rechte behalten, die ihnen nicht aufgrund ihrer Inhaftierung aberkannt wurden. Dies schließt das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ein. Strafe ist allein der Freiheitsentzug und nicht der Entzug von grundlegenden Menschenrechten. Daher hat jeder Staat mit den internationalen Menschenrechtsnormen entsprechenden Gesetzen, politischen Konzepten und Programmen dafür zu sorgen, dass Häftlinge dieselbe Gesundheitsversorgung erhalten, die auch der Allgemeinbevölkerung zusteht.⁶

Die Notwendigkeit der Behandlung von opiatabhängigen Häftlingen wurde bereits vor 25 Jahren international anerkannt. 1993 veröffentlichte die WHO Richtlinien zum Thema „HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis“. Darin wurde empfohlen, drogenabhängige Gefangene während der Zeit ihrer Haft unter angemessener Wahrung der Vertraulichkeit zur Teilnahme an Drogenbehandlungsprogrammen zu bewegen. Bestandteil dieser Programme sollte die Information über die Behandlung von Drogenabhängigkeit und die mit verschiedenen Formen des Drogenkonsums verbundenen Risiken sein. Vor der Inhaftierung mit Methadon Behandelte sollten die Möglichkeit erhalten, ihre Therapie im Gefängnis fortzusetzen. Die Regierungen derjenigen Länder, in denen es bereits Methadonprogramme für Opiatabhängige in Freiheit gab, wurden von der WHO aufgefordert, diese Behandlung auch Gefangenen anzubieten.

Die Notwendigkeit der Opioidsstitutionsbehandlung wurde 20 Jahre später (2013) von der UNODC/ILO/UNDP/WHO und UNAIDS bestätigt. Zur erfolgreichen Bekämpfung von HIV im Gefängnis haben sie 15 evidenz-basierte Interventionen vorgeschlagen, von denen eine die Behandlung der Drogenabhängigkeit einschließlich der Opioid-Substitutionsbehandlung darstellt.⁷

6 Rahmenprogramm von UNODC, UNAIDS und WHO zur HIV/AIDS-bezogenen Vorsorge, Therapie und Pflege in Gefängnissen (2006)

7 UNODC, ILO, UNDP, WHO, UNAIDS (2013): HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf (letzter Zugriff: 6.12.2017)

Der vorliegende Leitfaden basiert auf den Erfahrungen von Wissenschaftler_innen, Ärzt_innen, Psychotherapeut_innen und anderen medizinischen Fachkräften, die mit der Substitutionsbehandlung von Gefangenen zu tun haben. Einschlägige internationale Literaturquellen und Datenbanken wurden geprüft, um bestmögliche empirisch gestützte Empfehlungen geben zu können. Die Autor_innen orientieren sich an verschiedenen internationalen Publikationen wie dem vom WHO-Regionalbüro für Europa herausgegebenen Leitfaden „Prisons and Health“⁸ (Gefängnisse und Gesundheit. Ein WHO-Leitfaden zu grundlegenden Elementen der Gesundheit im Gefängnis), dem Rahmenprogramm von UNODC, UNAIDS und WHO zur HIV-Prävention, -Pflege, -Therapie und -Betreuung im Strafvollzug sowie der von WHO, UNAIDS und UNODC veröffentlichten Publikation „Evidence for actions technical paper: Interventions to address HIV in prisons – Drug dependence treatment“⁹ (Belege für Maßnahmen: Interventionen gegen HIV im Strafvollzug – Behandlung von Drogenabhängigkeit).

Zielgruppen des Leitfadens

Der vorliegende Leitfaden zur Opiat-Substitutionsbehandlung im Strafvollzug soll Gefängnisärzte und -ärztinnen, Vertragsärzte und -ärztinnen, Mitarbeiter_innen des medizinischen Dienstes (v.a. Krankenpfleger_innen), Mitarbeiter_innen aus dem Sozialdienst, Anstaltsleitungen, Justizministerien und Nichtregierungsorganisationen bei der Durchführung und Förderung von Substitutionsprogrammen für opiatabhängige Gefangene unterstützen. Drogenabhängigkeit muss als ernsthafte Erkrankung behandelt werden. Erforderlich sind gemeinsame, koordinierte Anstrengungen, um Gefangenen eine bestmögliche Behandlung zu gewähren und die nachteiligen Folgen des Drogenkonsums auf ein Minimum zu beschränken. Die Umsetzung der Empfehlungen dieses Leitfadens wird sich positiv auf die Gesundheit von drogenabhängigen Gefangenen auswirken, die Arbeitszufriedenheit des Gefängnispersonals erhöhen und die negativen gesundheitlich-sozialen Auswirkungen, die der Drogenkonsum im Strafvollzug und nach Haftentlassung mit sich bringen kann, spürbar verringern.

8 WHO (Stefan Enggist, Lars Moller, Gauden Galea and Caroline Udesen (ed.) Prisons and Health. 2nd edition, pp138-147; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health> (letzter Zugriff: 6.12.2017)

9 http://www.who.int/hiv/pub/idu/framework_prisons.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 6.12.2017)

Grundlagen und wichtige erste Schritte

Auch wenn einzelne Justizvollzugsbedienstete in ihrem Zuständigkeitsbereich eine ganze Menge ausrichten können, ist ein gesünderes Leben für drogenabhängige Gefangene nur unter Einbeziehung des gesamten Personals möglich. Veränderungen sollten auf Dauer ausgerichtet sein. Grundsätzlich können auch einzelne, oftmals von außen finanzierte Initiativen und Pilotprojekte viel bewirken. Doch langfristig lässt sich mit einer Maßnahme mehr erreichen, wenn die Gesundheitsversorgung im Strafvollzug auf einem nachhaltigen Ansatz beruht und ein transparentes, solides Konzept vorhanden ist, nach dem ein umfassend unterstütztes und gut geschultes Personal klar formulierte Prinzipien effizient umsetzt. Die beste Voraussetzung hierfür besteht in einer engen Verzahnung und Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssystem des Justizvollzugs und dem öffentlichen Gesundheitswesen. Auf diese Weise kann in Gefängnissen eine ausreichende und nachhaltige Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

Um Drogenabhängigen ein gesünderes Leben in Haft zu ermöglichen, müssen viele Voraussetzungen erfüllt sein. Politik, Gefängnisleitung und das gesamte Vollzugspersonal müssen zu diesem Ziel stehen. Eine besondere Rolle spielt dabei das medizinische Personal, wichtig sind aber auch die aktive Beteiligung der Gefangenen und Unterstützung von außen.

In verschiedenen europäischen Ländern wurde deutlich, welche Probleme entstehen, wenn das Gesundheitssystem des Strafvollzugs vom öffentlichen Gesundheitswesen abgekoppelt ist. Das erschwert beispielsweise die Suche nach qualifizierten Mitarbeiter_innen und die Weiterbildung oder Schulung des vorhandenen Personals. Daher wird dringend empfohlen, dass die Gesundheitsdienste der Gefängnisse in jedem Land eng mit dem öffentlichen Gesundheitswesen und den Gesundheitsbehörden kooperieren, damit die Versorgung der Gefangenen dem „draußen“ üblichen Standard entspricht. Wie die WHO in ihrer Moskauer Erklärung zum Gesundheitswesen des Strafvollzugs als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens fordert, sollte die für die öffentliche Gesundheitsversorgung zuständige Behörde immer auch für die Gesundheitsversorgung in den Gefängnissen zuständig sein (WHO 2003; WHO 2013).

Deutschland – Regelungen zur medizinischen Versorgung in Haft

Für die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen sind die Justizministerien der Bundesländer zuständig. Seit der Föderalismusreform 2006 dürfen die Bundesländer eigene Strafvollzugsgesetze erlassen, von dieser Möglichkeit haben fast alle Bundesländer Gebrauch gemacht. Die Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung der Gefangenen ähneln sich und besagen, dass die medizinische Versorgung mit den Leistungen des SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) vergleichbar sein sollen. Für die Gesundheit der Gefangenen ist der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin zuständig und verantwortlich. Eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und anderen Anbietern des Gesundheitswesens findet vereinzelt statt. Die Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen und entsprechende Entscheidungen obliegen allerdings – bis auf wenige Ausnahmen – dem Justizbereich. Bei Maßnahmen des Infektionsschutzes liegt die Fachaufsicht beim örtlichen Gesundheitsamt (siehe Infektionsschutzgesetz, § 36 (1) Einhaltung der Infektionshygiene).

Die Substitution in Haft wird geregelt durch

- ◆ das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- ◆ die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)
- ◆ die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“¹⁰
- ◆ In Baden-Württemberg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen durch zusätzliche Verwaltungsvorschriften.

Nicht verbindlich ist dagegen die „Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“; Stand: 8. September 2016¹¹), weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regelt, Strafgefangene aber nicht gesetzlich krankenversichert sind. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie. Auf ihrer Grundlage haben die meisten, die schon vor der Haft substituiert wurden, eine Indikation erhalten.

10 <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmittel/illegale-drogen/substitutionsgestuetzte-behandlung-opiatabhaengiger/richtlinie/> (letzter Zugriff: 4.12.2017)

11 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/7/> (letzter Zugriff: 4.12.2017)

Die Forderung, eine in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlung in Haft fortzusetzen oder in Haft eine Substitution beginnen zu können, entspricht dem Stand der medizinischen Forschung. Sie kommt auch in den 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger zum Ausdruck: „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“

Aktives Engagement aller Mitarbeiter_innen

Ein gesünderes Leben für Drogenabhängige in Haft ist möglich, wenn das gesamte Gefängnispersonal dazu beiträgt. Jede_r Mitarbeiter_in muss wissen und verstehen, welchen gesundheitlichen Problemen Drogenkonsument_innen ausgesetzt sind, wie sich Infektionen ausbreiten, wie sie eingedämmt und ihre negativen Folgen gelindert werden können und was zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens dieser Gefangenen getan werden kann. Ärzt_innen, Pflegekräften, Sozialarbeiter_innen und anderen in der Betreuung Beschäftigten kommt eine führende Rolle bei der Verbesserung von Gesundheitsbedingungen für drogenabhängige Gefangene zu. Sie sollten über eine fundierte Ausbildung verfügen und über Aspekte medizinischer Ethik wie Vertraulichkeit, Patientenrechte und Menschenrechte umfassend informiert sein. Darüber hinaus sind Wissen und Erfahrung über Infektionskrankheiten, Epidemiologie und die bei Drogenabhängigen überaus häufigen psychischen Begleiterkrankungen sowie über Grundsätze der Gesundheitsförderung erforderlich. Gesundheitsförderung („health promotion“), die eine möglichst gesunde Lebensführung in Gefängnissen anstrebt, ist eine Herausforderung für alle, die im Gefängnis leben und arbeiten.

Partnerschaften für die Gesundheit

Eine zentrale Rolle in der Prävention und Gesundheitsförderung spielt die Mitverantwortung des Patienten/der Patientin. Jede_r Einzelne muss entscheiden können, was er_sie für seine_ihre Gesundheit tun kann, und auch ent-

sprechend handeln können. Da sich dieser Ansatz im Justizvollzug nur schwer umsetzen lässt, gilt es, im Gefängnisalltag möglichst viele Möglichkeiten der Mitverantwortung zu schaffen. Selbsthilfe- und Peer-Support-Gruppen sollten gebildet und gefördert werden, die sich mit HIV und Hepatitis C aus Gefangenschaft auseinandersetzen. Als hilfreich haben sich ebenso schriftliche, lebensweltnah und zielgruppenspezifisch gestaltete Informationen zum Thema Gesundheit erwiesen. Drogen gebrauchende Gefangene sollten mit Merkblättern über die Angebote des Medizinischen Dienstes und über Strategien des bestmöglichen Umgangs mit ihrer Erkrankung in der Haft und nach Haftentlassung (Stöver 2017) informiert werden. Bei Gefangenen mit Sprach- oder Leseproblemen bieten sich Informationsmedien wie Videos und andere visuelle Hilfen oder Gruppengespräche mit Gesundheitsfachkräften an (Stöver 2016).

Besonders geeignet sind „partizipativ“, das heißt gemeinsam mit Gefangenen entwickelte und durchgeführte Maßnahmen der auf HIV/HCV bezogenen Vorsorge, Aufklärung, Beratung und Pflege: Die stärkere Einbeziehung Gefangener ermöglicht es den Haftanstalten, besser mit dem HIV/HCV-Risiko umzugehen.

Neben der Substitutionsbehandlung sollten verschiedene Angebote zur Schadensminderung verfügbar sein, z.B. Kondome, Gleitmittel, saubere Spritzen und Nadeln sowie Desinfektionsmittel, um vor allem die Verbreitung durch Blut übertragbarer Krankheiten bei intravenösem Drogenkonsum, Piercen, Tätowieren und Sexualkontakten zu verhindern. Zu überlegen ist, ob für Tattoos professionelle Tätowierer_innen in die Haftanstalt geholt werden können.¹²

Der regelmäßige Kontakt mit örtlichen Hilfseinrichtungen und die Einbindung von Freiwilligenorganisationen können wesentlich zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Gefängnis und zu einer kontinuierlichen Betreuung sowohl nach Haftantritt als auch im Anschluss an die Entlassung beitragen. Gefangene sollten möglichst noch vor ihrer Entlassung Kontakt zu wichtigen örtlichen Einrichtungen wie der Bewährungshilfe oder sozialen Diensten aufnehmen. Außerdem ist für die langfristige ärztliche Verordnung eines Opiatersatzmittels zu sorgen, um zu verhindern, dass es nach der Entlassung zu Tod durch Überdosierung kommt.

12 [http://www.hareact.eu/en/event/"needle-exchange-and-other-harm-reduction-measures-prison-settings"-conference](http://www.hareact.eu/en/event/) (letzter Zugriff: 13.11.2017)

Wichtige Fakten

Die repräsentative „DRUCK“-Studie des Robert Koch-Instituts (Robert Koch-Institut 2016) beschreibt den Prozess der Kriminalisierung: Von den mehr als 2.000 in Freiheit befragten Drogenabhängigen waren 81 % bereits inhaftiert (mittlere Haftdauer: 5 Jahre, im Mittel 5,6-mal inhaftiert), 30 % der jemals Inhaftierten haben in Haft Drogen injiziert, und 11 % der je Inhaftierten mit intravenösem Drogengebrauch haben in Haft ihren i.v. Konsum begonnen. In einer britischen Studie gab rund ein Fünftel der intramuralen Drogenkonsument_innen an, den Konsum, v. a. von Heroin, in Haft begonnen zu haben (Singleton et al. 2003, S. 150). Hafterfahrungen sind ein bedeutender Bestandteil der Biographie vieler Opioidabhängiger.

Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jede_r zweite Gefangene als „drogengefährdet“, jede_r Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen wird (Stöver 2012). Gegenwärtig muss man bei etwa 63.600 Straf- und Untersuchungsgefangenen im Schnitt von ca. 15.000 (13.140– 17.760) Opioidkonsumierenden bzw. -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregel, Polizeiarrest). Berücksichtigt man die Fluktuation im Vollzug, dann dürfte die Zahl im Verlauf eines Jahres etwa doppelt so hoch sein. Etwa jede_r Zehnte der (allgemein angenommenen) Gesamtzahl von mindestens 150.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert. Bei 11.000 in Freiheit zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5-mal mehr Drogenkonsument_innen im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen. Während sich in Freiheit etwa jede_r zweite Opiatabhängige in einer Substitutionsbehandlung befindet, trifft dies nur auf einen sehr kleinen Teil im Gefängnis zu: Bei ca. 2.500 Gefangenen in Substitutionsbehandlung und ca. 15.000–20.000 Opioidkonsumierenden wird nur jede_r 6. bis 8. Gefangene mit einer Substitutionsbehandlung erreicht. Damit profitieren drogenabhängige Gefangene nicht vom suchtmmedizinischen Fortschritt;

sie erleben häufig eine Unterbrechung bzw. den Abbruch ihrer Behandlung. Dadurch entsteht eine gesundheitliche und soziale Ungleichheit in der Versorgung gegenüber den Opioidabhängigen in Freiheit (Reimer et al. 2009).

- Schätzungen zufolge ist weltweit etwa ein Drittel aller Gefängnisinsass_innen opiatabhängig. Noch höher ist die Zahl jener Gefangenen, die Erfahrungen mit Drogenkonsum haben: In einigen Haftanstalten gilt dies für drei Viertel der Gefangenen.¹³
- Aufgrund von Überfüllung, schlechter Ernährung, unzureichenden Vorsorgemaßnahmen, fortgesetztem Konsum illegaler Drogen und ungeschützten Sexualkontakten ist die Gefahr der Weitergabe von durch Blut übertragbaren Viren in Gefängnissen extrem hoch.¹⁴
- Das Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis C lässt sich im Grunde mit allen Drogentherapie-Formen verringern. Am erfolgreichsten bei der Reduzierung des intravenösen Drogenkonsums und der damit verbundenen Ansteckungsrisiken sind jedoch Substitutionsbehandlungen.¹⁵
- Laut dem von WHO, UNAIDS, UNODC (2007) veröffentlichten Positionspapier zur Langzeitsubstitution ist diese Behandlungsform eine wirksame Methode der HIV-Prävention bei Drogenabhängigen. Sie sollte schnellstmöglich überall dort eingeführt werden, wo HIV-Infektionsgefahren bestehen.
- In der Europäischen Union hat sich die Opiatsubstitution in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren immer mehr durchgesetzt. Die Verschreibung dieser Therapieform und das Verabreichen von Opiatagonisten an Opiatabhängige als eine anerkannte und offiziell genehmigte medizinische Maßnahme entsprechen den UN-Konventionen über Suchtmittel (1961) und psychotrope Stoffe (1971). Angesichts der Zunahme des intravenösen Drogenkonsums und der Ausbreitung von HIV/Aids und Hepatitis C in den Gefäng-

13 Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006): Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 101 (2), pp. 181-191

14 The Lancet (14.07.2016): Mass imprisonment of drug users driving global epidemics of HIV, hepatitis, and tuberculosis; https://www.eurekalert.org/pub_releases/2016-07/tl-tlm071216.php (letzter Zugriff: 6.12.2017)

15 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2009): Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8; (3):CD002209

nissen Osteuropas und der Länder der ehemaligen Sowjetunion ist es jetzt an der Zeit, zu handeln. Wenn es nicht gelingt, wirksame Methoden zur Behandlung der Drogenabhängigkeit und zur HIV- und Hepatitis-C-Prävention einzuführen, werden sich diese Infektionen bei intravenös Drogen Gebrauchenden, unter Gefangenen und in der Allgemeinbevölkerung weiter ausbreiten.¹⁶

- Intravenös Drogen Konsumierende, die sich keiner Therapie unterziehen, haben ein bis zu sechsmal größeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als diejenigen, die eine Behandlung beginnen und diese konsequent fortführen.
- Die Mortalitätsrate der mit Methadon behandelten Opiatabhängigen beträgt ein Drittel bis zu einem Viertel der Sterberate derjenigen, die sich nicht in Behandlung finden.¹⁷
- Wie „draußen“ kann eine Substitutionsbehandlung auch im Gefängnis zur Reduzierung des intravenösen Drogenkonsums und des gemeinsamen Spritzengebrauchs beitragen. Bei Gefangenen, die sich einer Substitutionstherapie unterziehen, ist außerdem die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung geringer als bei denjenigen, die dies nicht tun.¹⁸
- Zwischen 70 und 98% der wegen Drogendelikten Inhaftierten, die im Gefängnis keine Therapie erhalten, werden innerhalb eines Jahres nach ihrer Entlassung wieder rückfällig.
- Am häufigsten wird mit Methadon substituiert; dieses Medikament wird seit Jahrzehnten zur Behandlung von Opiatabhängigen eingesetzt. Auch Buprenorphin wird in einigen Ländern häufig eingesetzt. Methadon und Buprenorphin tragen nachweislich in hohem Maße zur Verminderung des HIV-Infektionsrisikos bei, da bei ihrer Einnahme der intravenöse Opiatkon-

16 Frederick L Altice, Lyuba Azbel, Jack Stone, Ellen Brooks-Pollock, Pavlo Smyrnov, Sergii Dvoriak, Faye S Taxman, Nabila El-Bassel, Natasha K Martin, Robert Booth, Stöver, H., Kate Dolan, Peter Vickerman (2016): The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. In: The Lancet, Published online July 14, 2016; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30856-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X) (letzter Zugriff: 6. 12.2017)

17 Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M. et al. (2014): The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: Retrospective data linkage study 1, *Addiction* (doi: 10.1111/add.12536)

18 Schulte B, Thane K, Rehm J, Uchtenhagen A, Stöver H, Degkwitz P, Reimer J, Haasen C. (2008): Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe: Drug Policy and Harm Reduction Report. Hamburg: Center for Interdisciplinary Addiction Research of Hamburg University

sum und der gemeinsame Gebrauch von Spritzen zurückgehen und sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Opiatabhängigen verbessern.¹⁹

- Aus diesen Gründen ist eine medikamentengestützte Suchtbehandlung eine wirksame Strategie zur Vorbeugung von HIV und Hepatitis C. Sie sollte schnellstmöglich überall dort (auch in Gefängnissen) eingeführt werden, wo die Gefahr einer HIV-Infektion groß ist.
- Studien haben gezeigt, dass die Aussichten für eine langfristige Drogentherapie und den Verzicht auf illegalen Drogenkonsum bei einer Methadonbehandlung besser sind als bei Entzugsprogrammen.
- Eine Langzeitsubstitution sollte das Angebot einer kontinuierlichen psycho-sozialen Betreuung umfassen.²⁰
- Vor Beginn einer Substitutionsbehandlung müssen die Patient_innen mit allen wichtigen Informationen versorgt und vor allem über die Gefahr einer Überdosierung, die Risiken multiplen Drogenkonsums und die möglichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufgeklärt werden.
- Vor Behandlungsbeginn sollten Drogenkonsument_innen auch über die Pflichten des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin gegenüber dem Staat, dem Gefängnis sowie den Gefangenen informiert werden.²¹

19 Larney S. (2010): Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. In: *Addiction*. 2010 Feb; 105(2):216-23

20 WHO (2009): *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Genf

21 Vgl. Bundesärztekammer: Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtm-edizin/illegale-drogen/substitutionsgestuetzte-behandlung-opiatabhaengiger/richtlinie/> (letzter Zugriff: 4.12.2017)

Deutschland – Drogengebraucher_innen und Infektionskrankheiten in Haftanstalten

In den 181 Justizvollzugsanstalten befanden sich am 31.03.2017 64.193 Männer und Frauen in Haft, der Anteil der inhaftierten Frauen lag bei 5,8%²². Zusätzlich befanden sich fast 11.000 Menschen im Maßregelvollzug.²³ Jedes Jahr durchläuft eine relativ große Gruppe die Haftanstalten: Über 224.000 Eintritte (aus der Freiheit oder Wechsel der JVA) im Jahr 2016, von diesen sind über 101.000 Erstaufnahmen (Zugang aus der Freiheit).²⁴ Fast jede_r 10. Gefangene gehört eigentlich nicht in den Justizvollzug²⁵, diese Gefangenen verbüßen eine Ersatzfreiheitsstrafe²⁶, d.h., in der Regel konnte die vom Gericht verhängte Geldstrafe nicht gezahlt werden.

Über den Anteil Drogen Gebrauchender an der Gesamtzahl Gefangener im deutschen Justizvollzug gibt es keine gesicherten Daten. Fachleute gehen jedoch davon aus, dass ungefähr ein Drittel aller männlichen und mehr als die Hälfte der weiblichen Inhaftierten zu dieser Gruppe gehören²⁷. Gestützt wird diese Annahme u.a. durch die 2008 veröffentlichte WIAD-Studie „Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten“, an der 1.582 Gefangene teilnahmen. Rund ein Drittel der Befragten gab an, wegen eines Drogendelikts inhaftiert zu sein, bei den weiblichen Gefangenen war es sogar knapp die Hälfte (S. 27). 22,7% der Befragten haben in Freiheit und in Haft Heroin konsumiert, 2,5% nur im Gefängnis und 12,5% nur außerhalb der Gefängnismauern (S. 38).

22 Statistisches Bundesamt, Rechtspflege, Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätze des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres, Stichtag 31. März 2017, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017

23 Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik, im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug), 2013/2014, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015

24 Statistisches Bundesamt, Rechtspflege, Stichtag 31. März 2017, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017

25 Vgl. Feest, J. (2017): Ersatzfreiheitsstrafe: Ärgernis und Lösungen (mit einem Exkurs über Drogendelikte). In: akzept e. V. (Hrsg.): Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2017. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 31–36

26 Statistisches Bundesamt, „Justiz auf einen Blick“, 2015

27 Jakob, L.; Stöver, H.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2013): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: Sucht 1/2013

In Haftanstalten treten Infektionskrankheiten nach wie vor wesentlich häufiger auf als außerhalb. Genaue Zahlen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen gibt es allerdings nicht. Das Strafvollzugsgesetz schreibt bei Haftantritt zwar eine medizinische „Zugangsuntersuchung“ vor, bei der auch häufig ein HIV-Test angeboten wird, doch eine Stichtagserhebung, wie sie in den 1990er-Jahren bestand, gibt es nicht mehr. Zudem ist die Testhäufigkeit je nach Bundesland äußerst unterschiedlich: In einigen Bundesländern sind über 90% aller Gefangenen auf HIV getestet, in anderen Bundesländern dagegen nur ein geringer Teil.²⁸ Daten zur Verbreitung von HIV- und Hepatitis-Infektionen stammen meist aus Untersuchungen, die in einzelnen Haftanstalten durchgeführt wurden.

Repräsentativ für den deutschen Strafvollzug ist dagegen die oben erwähnte WIAD-Studie, nach der sich die Seroprävalenz von Hepatitis B und C sowie HIV wie folgt darstellt:

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

In ihrer Befragung von Anstaltsärzt_innen in 31 deutschen Haftanstalten mit insgesamt mehr als 14.000 Strafgefangenen konnten Schulte u. a. (2009) diese Ergebnisse bestätigen: Der Anteil der aktuell oder ehemals intravenös Drogen Gebrauchenden an den Häftlingen lag hier bei durchschnittlich 21,9%, die HCV- und HIV-Prävalenzraten betragen 14,3% beziehungsweise 1,2%. Beide Studien zeigen, dass in deutschen Haftanstalten injizierende Drogengebraucher_innen sowie HCV- und HIV-Infizierte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert sind (siehe folgende Tabelle).

28 Nur in wenigen Haftanstalten wird der HIV-Test anonym und nach einer Beratung durchgeführt.

Anteil der i.v. Drogen Gebrauchenden und der Gefangenen mit drogenassoziierten Infektionskrankheiten in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung:

	i.v. Drogen Gebrauchende	HCV	HIV
Haftanstalten ^{29,30}	21,9% – 29,6%	14,3% – 17,6%	0,8% – 1,2%
Allgemeinbevölkerung	0,3% ³¹	0,4% – 0,7% ³²	0,05% ³³
Faktor	73- bis 98-fach	6- bis 32-fach	16- bis 24-fach

29 Radun u. a. 2007

30 Schulte u. a. 2009

31 EMCDDA 2006

32 RKI 2007

33 UNAIDS 2007

I. Hintergrund

Weltweit gibt es schätzungsweise 15,6 Mio. intravenös Drogen Konsumierende. Mindestens 10% aller registrierten HIV-Infektionen weltweit und 30% außerhalb von Afrika sind auf riskante Injektionspraktiken zurückzuführen. Auch von HCV-Infektionen sind Drogengebraucher_innen überproportional stark betroffen: Weltweit geht man von einer HCV-Prävalenz von 52% bei intravenös Drogenkonsumierenden aus³⁴. Es wird geschätzt, dass es weltweit ca. 2,2 Millionen HIV/Hepatitis-C-Ko-Infektionen gibt, von denen mehr als die Hälfte Menschen betrifft, die Drogen injizieren.³⁵

Viele Drogenkonsument_innen verbringen Jahre ihres Lebens abwechselnd im Gefängnis und in Freiheit. Gefangene stammen häufig aus den ärmsten Schichten der Gesellschaft, weshalb ihr Gesundheitszustand schon von vornherein schlechter ist als der von anderen Populationen. Bereits vorhandene gesundheitliche Probleme verschlechtern sich in der Regel unter Haftbedingungen, besonders bei sozial Benachteiligten wie Drogenkonsument_innen. Aufgrund von Überfüllung, schlechter Ernährung, unzureichenden Vorsorgemaßnahmen, fortgesetztem Konsum illegaler Drogen und ungeschützten Sexualkontakten ist die Gefahr einer Ansteckung mit HIV in Gefängnissen extrem hoch.

- Intravenös Drogen Konsumierende sind besonders gefährdet, sich mit HIV und anderen durch Blutkontakt übertragbaren Viren anzustecken; die Gründe sind gemeinsamer Gebrauch oder Wiederverwendung von Spritzbestecken und ungeschützter Sexualverkehr. Viele männliche und weibliche Gefangene haben bereits vor Haftantritt Drogen injiziert. Weibliche

34 Vgl. Degenhardt, L, Peacock, A, Colledge, S et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. (published online Oct 23) Lancet Glob Health. 2017; [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30375-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30375-3/fulltext) (letzter Zugriff: 6.12.2017)

35 <http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/en/> (letzter Zugriff: 4.12.2017)

Drogenkonsument_innen tendieren wohl eher dazu, das Spritzbesteck ihrer Partner zu benutzen und haben häufig Probleme, risikoarme Sexualpraktiken und Kondomgebrauch durchzusetzen.

- Intravenöser Drogenkonsum ist heute der häufigste Übertragungsweg für Hepatitis C. Eine Hepatitis-C-Infektion wird in ca. 80 % aller Fälle chronisch. Bei 7 bis 15 % der chronisch Infizierten entwickelt sich innerhalb von 20 Jahren eine Leberzirrhose, die zu Leberkrebs führen kann.
- Die Kosten für Strafverfolgung, Gerichtsverfahren und Inhaftierung machen einen erheblichen Teil der Kosten aus, die der Gesellschaft durch Opiatabhängigkeit entstehen.
- Opiatabhängige Gefangene, die aus der Haft entlassen werden, sind der Gefahr eines Rückfalls und damit einer tödlichen Überdosierung ausgesetzt.

Zwischen 70 und 98 % derjenigen, die wegen Drogendelikten ins Gefängnis kommen und dort keine Therapie erhalten, werden innerhalb eines Jahres nach ihrer Entlassung wieder rückfällig. Um den Drogenkonsum und seine Folgen im Strafvollzug einzudämmen, sollten Drogengebraucher_innen ermutigt werden, den Drogenkonsum oder zumindest das Injizieren einzustellen und bei intravenösem Konsum Spritzbestecke nicht gemeinsam zu benutzen. Daher ist es wichtig, in Gefängnissen Drogentherapien, Trainings zur Schadensminimierung und Gesprächsgruppen anzubieten (Stöver u. a. 2007).

Die Überzeugung wächst, dass eine Drogentherapie in Haft erfolgreich sein kann, wenn sie den Bedürfnissen der Gefangenen gerecht wird, von ausreichender Dauer und Qualität ist und eine Nachsorge nach der Entlassung vorsieht. Die verschiedenen Formen der Behandlung einer Drogenabhängigkeit lassen sich im Wesentlichen in die Kategorien „Substitutionstherapien“ und „abstinenzorientierte Programme“ einordnen. Zwar kann durch jede Behandlungsform das HIV-Risiko reduziert werden, den größten Erfolg versprechen jedoch Substitutionsbehandlungen, was die Reduzierung des intravenösen Konsums und der damit verbundenen Gefahr der Infektionsausbreitung angeht.

Deutschland – Substitutionsregister

Die ebenso für den Justizvollzug verbindliche „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger“ aus dem Jahr 2017 enthält auch direkte Hinweise für den Justizvollzug, wie beispielsweise: „Bei einem Übergang von einer ambulant durchgeführten Substitutionsbehandlung in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung und umgekehrt soll die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sichergestellt werden.“ Und weiter heißt es: „In begründeten Fällen kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z. B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden.“

2016 befanden sich in Deutschland laut Substitutionsregister 78.500 Menschen in Substitutionsbehandlung (Stichtag der Erhebung: 1. Juli 2016³⁶). Die Zahl der Substitutionsbehandlungen außerhalb des Vollzugs steigt kontinuierlich. Im Jahr 2002 waren 46.000 Substitutionspatient_innen gemeldet. Über dieses vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführte Register, in dem unter anderem Angaben zu den Patient_innen und behandelnden Ärzt_innen festgehalten werden, lässt sich allerdings nicht die Zahl der zurzeit im Justizvollzug durchgeführten Substitutionen ermitteln.

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel 2016 in Deutschland

Methadon	42,5%
Dihydrocodein	0,2%
Levomethadon	33,0%
Diamorphin	0,8%
Buprenorphin	23,1%
Codein	0,1%
Morphin	0,3%

36 https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2017.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff: 4.12.2017)

Zahl der gemeldeten Substitutionspatient_innen und substituierenden Ärzt_innen nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patient_innen am Stichtag 1. Juli 2016	substituierende Ärzt_innen im Jahr 2016
Baden-Württemberg	10.313	428
Bayern	7.895	300
Berlin	5.169	140
Brandenburg	117	17
Bremen	1.769	58
Hamburg	4.179	91
Hessen	7.578	228
Mecklenburg-Vorpommern	254	24
Niedersachsen	7.933	265
Nordrhein-Westfalen	25.438	727
Rheinland-Pfalz	2.207	79
Saarland	699	17
Sachsen	634	34
Sachsen-Anhalt	693	37
Schleswig-Holstein	3.288	120
Thüringen	387	25

Quelle: BfArM, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2017

II. Was versteht man unter einer Substitutionsbehandlung?

„Substitutionstherapie“ (Pharmakotherapie mit Agonisten, Ersatztherapie mit Agonisten oder umfassender: medikamentengestützte Therapie/medication-assisted treatment – MAT) bezeichnet die unter ärztlicher Aufsicht vorgenommene Verabreichung einer verordneten Substanz, die pharmazeutisch mit der Substanz verwandt ist, von der eine Person abhängig ist, um ein bestimmtes therapeutisches Ziel zu erreichen (vgl. Heinz u. a. 2016).

Opiatsubstitutionstherapie (OST) ist eine medizinische Behandlungsform für Menschen, die von Heroin und anderen Opiaten abhängig sind. Dafür werden Opiatagonisten verordnet, die ähnlich oder genauso wie Heroin oder Morphin auf das zentrale Nervensystem wirken, Entzugserscheinungen mildern und das Verlangen nach Opiaten hemmen. Beispiele für Opiatagonisten sind Methadon, Levomethadon, retardiertes Morphin, Codein, Buprenorphin (gemischter Agonist/Antagonist) und das in einigen Ländern eingesetzte Diamorphin. Mit Ausnahme von Diamorphin zeichnen sich die meisten dieser Substanzen durch eine Unterdrückung von Entzugserscheinungen, eine lange Wirkdauer und das Ausbleiben eines „Rausches“ aus.

Zur Behandlung der Opiatabhängigkeit werden ebenso Antagonisten eingesetzt, welche die Wirkung von anderen Opiaten aufheben. Sie besetzen dieselben Rezeptorstellen im Gehirn wie Opiate und hemmen dadurch die Wirkung anderer Opiate, ohne jedoch das Verlangen nach ihnen zu unterbinden. Wird zuerst ein Antagonist und anschließend ein Opiat eingenommen, hat das Opiat keine euphorisierende Wirkung mehr, da es das Gehirn nicht beeinflussen kann. Nehmen Opiatabhängige den Antagonisten nach dem Opiat ein, treten unverzüglich Symptome eines Opiatentzugs auf; Antagonisten sind daher bei noch nicht erfolgter Entgiftung von Opiaten kontraindiziert. Der zur Behandlung einer Opiatabhängigkeit am häufigsten verwendete Opiatantagonist ist

Naltrexon. Naloxon dagegen kommt ausschließlich in Drogennotfällen zum Einsatz, um Opioidüberdosierungen aufzuheben. Immer häufiger wird der gemischte Agonist/Antagonist Buprenorphin zur Behandlung der Opiatabhängigkeit eingesetzt. Verfügbar sind auch Naloxon-Buprenorphin-Kombinationen (Mischungsverhältnis 1:4), mit denen das missbräuchliche Injizieren von Buprenorphin verhindert werden soll.

Tabelle 1	
Unterschiede zwischen Agonisten und Antagonisten	
<p>Agonisten</p> <p>Methadon Levoalpha-Acetylmethadol retardiertes Morphin Heroin</p>	<p>Antagonisten</p> <p>Naltrexon Naloxon</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Substitutionsbehandlung ◆ wirken ähnlich wie Opioide ◆ stimulieren die Opiatrezeption ◆ lindern oder unterbinden das Verlangen nach Opiaten ◆ erzeugen keinen Rausch (Ausnahme: Diamorphin) ◆ können körperliche Abhängigkeit verursachen oder aufrechterhalten 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ blockierende Behandlung ◆ blockieren die Wirkung von Opiaten ◆ blockieren die Opiatrezeption ◆ lindern oder unterbinden nicht das Verlangen nach Opiaten ◆ erzeugen keinen Rausch ◆ verursachen keine körperliche Abhängigkeit

Substitutionstherapien ermöglichen es abhängigen Drogenkonsument_innen, risikobehaftetes Verhalten zu vermeiden und sich gesundheitlich und sozial zu stabilisieren, bevor die körperliche Abhängigkeit behandelt wird. Diese Behandlungsform wird allgemein bei Personen angewandt, denen es trotz mehrfacher Versuche schwerfällt, den Drogenkonsum zu beenden und den Entzug zu bewältigen. Substitutionsmedikamente sollten eine längere Wirkungsdauer oder Halbwertszeit haben als die zu ersetzende Droge, um das Auftreten von Entzugserscheinungen hinauszuzögern und die Einnahmehäu-

figkeit zu reduzieren. Auf diese Weise können Substituierte ein normales Leben führen, ohne Drogen finanzieren, beschaffen und konsumieren zu müssen. Der Ersatz verbotener Drogen durch verschriebene Substanzen erleichtert außerdem den Weg aus dem kriminellen Milieu und unterstützt zugleich die Änderung der Lebensweise. Eine gute Substitutionsbehandlung sollte:

- eine angemessene Behandlungsdauer und ausreichende Dosierung beinhalten
- kontinuierlich durchgeführt werden und auf die Behandlung anderer chronischer Erkrankungen und Behandlungen, z.B. eine anti(retro)virale Therapie, abgestimmt sein
- den vielen Problemen begegnen können, die Rückfallrisiken bergen, wie etwa medizinische und psychiatrische Symptome oder soziale Instabilität
- das Angebot psychosozialer Betreuung vorsehen (durch den Sozial-/Gesundheitsdienst, Drogenberatung, Selbsthilfegruppen und/oder externe Kräfte), um den vielfältigen Problemen einer Abhängigkeit adäquat begegnen zu können
- eine enge Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und Drogenhilfen außerhalb des Strafvollzugs ermöglichen, um eine nahtlose Fortführung nach der Haftentlassung sichern zu können³⁷
- Weiterbildung für die beteiligten Ärzt_innen und Pflegekräfte einfordern
- die Ansichten der behandelten Gefangenen, z.B. der Patient_innen bei der Wahl des Substitutionsmedikaments und der Dosierung, einbeziehen.

Im gemeinsamen Positionspapier von WHO, UNODC und UNAIDS aus dem Jahr 2004 zur Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit und in der HIV/Aids-Prävention heißt es, es gebe „keine Behandlung, die für alle Personen gleichermaßen geeignet ist. Deshalb sollte das Therapieangebot ausreichend vielfältig und flexibel sein, um den Bedürfnissen der Patienten, dem Grad ihrer Abhängigkeit, ihren Lebensumständen, ihrer Motivation und ihrer Reaktion auf Interventionen Rechnung tragen zu können. Eine angemessene Behandlung der Opiatabhängigkeit erfordert eine ausgewogene Mischung aus Arzneimitteltherapie, Psychotherapie, psychosozialer Rehabilitation und Maßnahmen

37 Vgl. Fortführung der Substitutionsbehandlung durch das Gesundheitsamt Köln, falls nicht unmittelbar ein substituierender Arzt/eine substituierende Ärztin in der Kommune gefunden werden kann: siehe Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): Modelle guter Praxis. HIV- und Hepatitisprävention in Haft. Berlin 2017

der Risikominderung.“ Um im Gefängnis den gleichen Standard an Gesundheitsversorgung zu gewährleisten wie in Freiheit, müssen diese vielfältigen Behandlungsansätze auch im Justizvollzug kombiniert angewendet werden.

Hauptziele einer Substitutionsbehandlung

Primäre Ziele einer Substitutionsbehandlung sind:

- Sicherung des Überlebens
- Reduktion des Gebrauchs anderer Drogen, v. a. Opioide
- Gesundheitlich-soziale Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen.

In der Umsetzung bedeutet dies,

- die Abhängigen auf ein ärztlich kontrolliertes Opioid einzustellen, um Entzugerscheinungen zu lindern
- den Patient_innen zu helfen, gesund zu bleiben, bis sie mit der nötigen Betreuung und Unterstützung ein drogenfreies Leben erreicht haben, oder ihnen – wenn sie nicht ohne Drogen oder Substitutionsmedikamente leben können oder wollen – eine jahre- oder auch lebenslange Behandlung zu ermöglichen. Eine Abstinenz von sämtlichen (auch den verschriebenen) Opioiden gelingt nur einem Teil der Drogenkonsument_innen.
- die vom Drogengebrauch ausgehenden Gefahren zu mindern, vor allem das Risiko einer Übertragung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer durch Blutkontakt übertragbaren Infektionen durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken
- die Dauer der Konsumzeiten zu verkürzen
- die Wahrscheinlichkeit eines Drogenrückfalls zu verringern
- die mit Drogenkonsum verbundene Beschaffungskriminalität zu senken
- die Abhängigen gegebenenfalls auf eine Ersatzdroge einzustellen, um Entzugerscheinungen zu lindern
- die persönliche, soziale und familiäre Situation der Betroffenen insgesamt zu verbessern
- das Risiko drogenbedingter Todesfälle, besonders nach der Haftentlassung, zu reduzieren.

Deutschland – Auszug aus der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ (2017)

[...]

Anwendungsbereich und Verhältnis zu anderen Rechtsnormen

Bei der substitutionsgestützten Behandlung der Opioidabhängigkeit sind die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu beachten.

[...]

1. Therapieziele

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die substitutionsgestützte Behandlung ist eine wissenschaftlich gut evaluierte Therapieform und stellt für die Mehrheit der Patienten die Therapie der Wahl dar.

Ziele der substitutionsgestützten Behandlung sind:

- ◆ Sicherstellung des Überlebens,
- ◆ Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- ◆ Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
- ◆ Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- ◆ Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioiden,
- ◆ Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- ◆ Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
- ◆ Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
- ◆ Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- ◆ Reduktion der Straffälligkeit,
- ◆ Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

Ob und in welchem Zeitrahmen diese Ziele auch jeweils einzeln erreicht werden können, hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opioidabhängigen ab. Die aufgeführten Ziele sind nicht konsekutiv zu verstehen. Nach Erreichung und Stabilisierung von Therapiezielen soll der Patient auf weitere, realistischerweise erreichbare Therapieziele angesprochen, für diese motiviert und unterstützende Begleitmaßnahmen vereinbart werden.

Im Rahmen eines zielorientierten motivierenden Gesprächs soll – entsprechend der Vorgaben des § 5 Absatz 2 Satz 1 BtMVV – auch eine Opioidabstinenz thematisiert und entsprechend dokumentiert werden.

2. Allgemeine Voraussetzungen für die Einleitung und Fortführung einer substitutionsgestützten Behandlung

Voraussetzung für die Einleitung und Fortführung einer substitutionsgestützten Behandlung ist gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 BtMVV eine Opioidabhängigkeit, die Folge eines Missbrauchs von erlaubt erworbenen oder von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden ist. Für ihre Feststellung ist die International Classification of Diseases (ICD) in der jeweils geltenden Fassung maßgebend.

Für die Entscheidung, ob eine Substitutionsbehandlung indiziert ist, ist der Nutzen einer Substitutionsbehandlung gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums abzuwägen. In begründeten Fällen kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z. B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden. Bei schweren Verläufen kann eine Behandlung mit Diamorphin indiziert sein. Hierfür gelten die besonderen Voraussetzungen nach § 5a Absatz 1 bis 4 BtMVV.

[...]

Nachweis des Nutzens einer Substitutionsbehandlung

Die häufigste Form der Substitutionstherapie ist diejenige mit Methadon. Dieses Medikament wird seit Jahrzehnten zur Behandlung der Opiatabhängigkeit eingesetzt. Auch Buprenorphin wird in einigen Ländern häufig eingesetzt (für nähere Informationen zu diesen und anderen Substitutionsmitteln siehe Tabelle 1, S. 29, und 2, S. 53). Methadon, Buprenorphin und Diamorphin tragen nachweislich in hohem Maße zur Minderung des HIV-Übertragungsrisikos bei, da der riskante intravenöse Opioidkonsum abnimmt und die Gesundheit und Lebensqualität Opiatabhängiger sich verbessern.³⁸

Im Vergleich zu Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl staatlicher Substitutionsprogramme deutlich erhöht. In der EU sind heute 630.000 Drogenkonsument_innen in einer Substitutionstherapie (unter Einbeziehung Norwegens und der Türkei: 650.000; EBDD 2017). Schätzungen zufolge dürften insgesamt mindestens 50 % der Opioidkonsument_innen eine Substitutionsbehandlung erhalten.³⁹

In der Europäischen Union konnte sich dieses Behandlungskonzept in den vergangenen zehn Jahren immer mehr durchsetzen. Mittlerweile gibt es in allen EU-Ländern in irgendeiner Form Substitutionsprogramme, wenngleich sich die Verfügbarkeit und Qualität der Behandlung von Land zu Land und von Region zu Region beträchtlich unterscheiden. Die verschiedenen Behandlungsformen haben sich als gesellschaftlich breit anerkannte Maßnahmen der Schadensbegrenzung und Behandlung bei Opiatabhängigen etabliert (Europarat, 2001).

In einem gemeinsamen Positionspapier von WHO, UNODC und UNAIDS aus dem Jahr 2004 heißt es dazu wie folgt: „Substitutionstherapien gehören zu den wirksamsten Behandlungsansätzen bei Opiatabhängigkeit. Sie können die immensen Kosten, die eine Opiatabhängigkeit für die Betroffenen, deren Familien und die gesamte Gesellschaft verursachen, verringern, indem sie den Heroinkonsum, Drogentodesfälle, HIV-riskante Praktiken und die Beschaffungskriminalität reduzieren.

38 Hedrich et al. (2012)

39 <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001DEN.pdf>
(letzter Zugriff: 4.12.2017)

Die Verordnung einer Substitutionsbehandlung und der Einsatz von Opiatagonisten bei Opioidabhängigen entspricht – im Rahmen der anerkannten und offiziell genehmigten medizinischen Praxis – den UN-Konventionen über Suchtmittel von 1961 und über psychotrope Substanzen von 1971.

Umfangreiche Daten belegen die Wirksamkeit von Substitutionsprogrammen bei der Eindämmung hochrisikanter Injektionspraktiken und der Senkung des HIV-Infektionsrisikos (vgl. Hedrich u. a. 2012). Sie sind die effizienteste verfügbare Methode zur Behandlung von heroinabhängigen intravenös injizierenden Drogenkonsument_innen, was die Reduzierung der Mortalität (die Sterberate von Opiatabhängigen unter Methadon beträgt zwischen einem Drittel und einem Viertel der Sterberate bei nicht Behandelten), des Heroinkonsums und der Beschaffungskriminalität angeht (Stallwitz/Stöver 2007, Stöver/Michels 2010). Vor Therapiebeginn weisen Drogenkonsument_innen eine hohe Kriminalitätsrate auf, die sich nach einer einjährigen Methadonbehandlung um etwa die Hälfte reduziert hat. Am deutlichsten ist der therapeutische Nutzen während und unmittelbar nach der Behandlung. Aber auch mehrere Jahre nach Therapie-Ende lässt sich noch eine deutliche Besserung feststellen, besonders, was die drogenbedingte Kriminalität angeht.

Viele der gegen Substitutionsprogramme vorgebrachten Bedenken haben sich als unbegründet erwiesen. Vor allem hat sich gezeigt, dass eine Substitutionsbehandlung kein Hindernis darstellt, den Drogenkonsum einzustellen, und dass sie Drogengebraucher_innen eher zu einer langfristigen, konsequent durchgeführten Therapie und zu einem Leben ohne verbotene Drogen bewegt als Entgiftungsprogramme. Substitutionstherapien sind kostengünstig und wesentlich wirtschaftlicher als andere Maßnahmen der Gesundheitsversorgung wie etwa eine Behandlung von stark erhöhtem Blutdruck, einer HIV-Infektion oder von Aids. Vorsichtigen Schätzungen zufolge ist bei jedem investierten Euro ein Gewinn von vier bis sieben Euro in Form verringerter Beschaffungskriminalität, Strafverfolgungskosten und Diebstähle möglich. Rechnet man noch die eingesparten Gesundheitskosten hinzu, lässt sich zwischen den Gesamteinsparungen und den Kosten ein Verhältnis von 12:1 erreichen. Unbehandelte intravenös Drogen Gebrauchende haben ein bis zu sechsmal größeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als diejenigen, die eine Behandlung beginnen und diese konsequent fortführen (Nationales Institut für Drogenmissbrauch 2000).

Erwähnt sei schließlich auch, dass Menschen, die sich in einer Substitutionstherapie befinden und diese wegen Inhaftierung abbrechen müssen, in vielen Fällen wieder mit dem Drogenkonsum beginnen – oft schon im Gefängnis und häufig intravenös. Daher sollten Gefangene, die vor der Haft substituiert wurden, die Behandlung auch im Gefängnis fortsetzen können (UNODC/UNAIDS/WHO 2006).

Substitutionsbehandlung im Gefängnis und Menschenrechte

Dass eine Weiterbehandlung im Gefängnis nicht immer und nicht in allen Bundesländern erfolgt, hat dazu geführt, dass Deutschland vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) verurteilt worden ist⁴⁰:

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

Der Klageweg in medizinischen Fragen ist für Gefangene ein schwieriges Unterfangen, vor allem auch, da die Gefangenen in der JVA verbleiben und ein Arztwechsel nicht möglich ist.

Der Antrag des Klägers auf Behandlung mit Substitutionsmedikamenten wurde von der Anstalt abgelehnt. Die Justizvollzugsbehörde hielt die Substitutionsbehandlung weder für notwendig noch geeignet. Auch in einem ähnlich gelagerten Fall entschied die JVA Kaisheim in gleicher Weise. Beide Gefangenen beschränkten den Klageweg. Die Beschwerde wurde in beiden Fällen sowohl vom Landgericht Augsburg als auch vom Oberlandesgericht München verworfen. Die angeführten Begründungen lassen erhebliche Zweifel an der Kenntnis des Gerichtes hinsichtlich der Erkrankung Opiatabhängigkeit aufkommen: „... der nicht therapierbare Kläger mit seiner antisozialen Persönlichkeit solle die einmalige Chance nutzen und sich in dem drogenfreien Raum von seiner Sucht befreien“, „Wer in diesem Verbund von Beratungs- und Behandlungsan-

40 EGMR (1.9.2016): Application n. 62303/13 vom 1.9.2016 (<http://hudoc.echr.coe.int/eng/##%22itemid%22:%22001-165758%22>) (letzter Zugriff: 23.12.2016)

gebot in Verbindung mit einer nahezu lückenlosen und engmaschigen Kontrolle illegale Drogen konsumiert, sucht bewusst die Illegalität ...“ und „Wer wie der ASt [Antragsteller] durch jahrzehntelange Resistenz gegenüber jedweder Therapiemaßnahme sein völliges Desinteresse an einer therapeutischen Aufarbeitung seiner kriminalitätsmitbegründenden Suchtproblematik offenbart, kann nicht erwarten, dass die Vollzugsbehörde verpflichtet wäre, ihm die Zeit seiner Inhaftierung mit Drogensatzstoffen zu ‚überbrücken‘ ...“. Das Bundesverfassungsgericht lehnte am 10. April 2013 die Annahme der Verfassungsbeschwerde eines Gefangenen ab. Der Betroffene wandte sich daraufhin erfolgreich an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte.

Am 1.9.2016 stellte der EGMR einen Verstoß gegen die Europäische Menschenrechtskonvention fest. Das Vorgehen in Bayern stellt eine Verletzung von Artikel 3 (Verbot der erniedrigenden und unmenschlichen Behandlung) dar. Das Gericht hatte sich nicht abschließend zur Frage geäußert, ob die Substitutionsbehandlung zwingend erforderlich war. Allein die Unterlassung der zuständigen Behörden, die Notwendigkeit einer Substitution hinreichend prüfen zu lassen, sei rechtswidrig. Die JVA hätte unabhängige Fachleute hinzuziehen müssen. Auch wurde betont, dass Gefangenen eine gleichwertige medizinische Behandlung wie Menschen in Freiheit zusteht – ein Aspekt, der so auch im Strafvollzugsgesetz geschrieben steht.

Nach wie vor leiden zahlreiche Gefangene im bayerischen Justizvollzug unter mangelnder suchtmmedizinischer Versorgung, insbesondere unter der fehlenden Substitutionsbehandlung. Im Jahr 2016 waren über 40 Gefangene der JVA Würzburg in den Hungerstreik getreten, um sich für die Behandlung stark zu machen, die ihnen eigentlich zusteht – die Substitution. Der Vollzug kam ihren Forderungen nicht nach, der Hungerstreik wurde nach 12 Tagen beendet.

Beschlussbegründung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR)

In seiner Beschlussbegründung führte der EGMR am 1.9.2016 aus, dass in 41 der 47 Mitgliedstaaten des „Council of Europe (CoE)“ Opioid-Substitutionsprogramme in Freiheit und in 30 der 47 Staaten auch in Haft existieren. Er entschied nicht, ob der Antragsteller tatsächlich eine OST benötigte, betonte aber die Notwendigkeit, dass zur Sicherung der erforderlichen medizinischen Be-

handlung durch die zuständigen Behörden ein unabhängigen Arzt oder eine unabhängige Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Opioidabhängigkeit hinzuzuziehen ist. Darüber hinaus stellte der EGMR fest, dass eine Abstinenztherapie einen radikalen Wechsel in der medizinischen Behandlung des Antragstellers bedeutet hätte. Der EGMR begründete dies damit, dass laut der Ärzt_innen in der vorangegangenen Entziehungsanstalt diese Therapieform versagt hat. Der EGMR war nicht überzeugt, dass der Antragsteller eine umfassende und angemessene medizinische Behandlung im Vollzug – vergleichbar mit einer in Freiheit durchgeführten Behandlung – erfahren hatte.

Das EGMR-Urteil wird wahrscheinlich dazu führen, dass in den Ländern mit eingeschränkter Substitutionsbehandlung, schon aufgrund der zu erwartenden Rechtsbeschwerden von Gefangenen, die Behandlungsangebote neu bewertet werden. Das Urteil betont das Äquivalenzprinzip der Gesundheitsversorgung in Freiheit und in Haft und erklärt die unterbliebene Begutachtung der Notwendigkeit der OST als Menschenrechtsverletzung⁴¹.

Sowohl innerhalb als auch außerhalb des Strafvollzugs können Substitutionsbehandlungen zur Reduzierung des intravenösen Drogenkonsums und des gemeinsamen Spritzengebrauchs beitragen. In den 1993 von der WHO veröffentlichten „Richtlinien zur HIV-Infektion und zu Aids im Gefängnis“ (Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons) wird daher empfohlen: „Häftlinge, die vor ihrer Inhaftierung mit Methadon behandelt wurden, sollten diese Therapie im Gefängnis fortsetzen können. In Ländern, in denen sich Opiatabhängige außerhalb des Strafvollzugs mit Methadon behandeln lassen können, sollte diese Behandlungsform auch im Gefängnis ermöglicht werden.“ Ähnlich heißt es auch in der Dubliner Erklärung zu HIV/Aids in Gefängnissen in Europa und Zentralasien (Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia; Lines u. a. 2004):

„Artikel 1: Gefangene haben das Recht, sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen. Bereits mit HIV/Aids infizierte Gefangene haben das Recht, sich vor einer Re-Infektion und/oder einer Co-Infektion mit Hepatitis C und/oder TB zu schützen. Aus diesem Grund hat der Staat in jenen Ländern, in denen Methadon- und andere Substitutionsprogramme außerhalb des Justizvoll-

41 Heino Stöver, Bärbel Knorr, Florian Schäffler – Text erschien in der Suchttherapie 1/2017

zugs zur Verfügung stehen, auch Gefangenen freien Zugang zu diesen Therapien zu gewähren. Dabei ist sicherzustellen, dass bereits in Behandlung Befindliche im Falle einer Inhaftierung weiterbehandelt werden können und es außerdem möglich ist, im Gefängnis mit einer Substitutionstherapie zu beginnen. Länder, die Substitutionsbehandlungen noch nicht zugelassen oder eingeführt haben, sollten dies nachholen.“

Immer mehr Strafvollzugssysteme weltweit bieten Substitutionsprogramme für Gefangene an. Beispiele hierfür sind unter anderem Australien und Kanada, einige Bundesstaaten der USA, die meisten Länder der Europäischen Union und eine Reihe weiterer Länder wie Indonesien oder die Islamische Republik Iran. In Spanien erhalten 18 % aller Gefangenen bzw. 82 % aller inhaftierten Drogenkonsument_innen eine solche Behandlung.

Auch in den neuen EU-Mitgliedstaaten werden Substitutionstherapien im Strafvollzug angeboten, auch wenn es sich dabei oft um kleine Programme handelt, die nur für wenige behandlungsbedürftige Gefangene zugänglich sind. Schließlich gibt es auch in immer mehr Ländern des östlichen Teils der europäischen WHO – so etwa der Republik Moldawien oder Kirgisistan – Substitutionsprogramme für Gefangene, während in anderen Ländern der Region im Gefängnis keine Substitutionsbehandlung möglich ist. Ursprünglich war eine Substitutionstherapie in Haft häufig nur für Gefangene mit HIV oder anderen Infektionskrankheiten oder für Schwangere möglich. Das Behandlungsangebot im Strafvollzug ist allgemein immer noch unzulänglich und bleibt hinter dem Therapiestandard in Freiheit zurück. In vielen Ländern bedeutet eine Inhaftierung nach wie vor das Ende einer bereits begonnenen Therapie. Zwischen den Gefangenen, die eine Substitutionsbehandlung benötigen, und denjenigen, die sie bekommen, klafft weiterhin eine Lücke.

Einige Strafvollzugssysteme zögern noch immer, Substitutionstherapien zu ermöglichen oder sie auch jenen Gefangenen anzubieten, die vor der Haft nicht behandelt wurden. Für einige ist Methadon oder Buprenorphin lediglich eine stimmungsverändernde psychoaktive Substanz wie jede andere Droge auch, deren Zugänglichkeit die persönliche Entwicklung verzögert, die für ein drogenfreies Leben erforderlich ist. Mitunter wird gegen Substitutionsprogramme auch der moralische Einwand erhoben, sie ersetzen eine abhängig machende Droge lediglich durch eine andere.

Weitere Ablehnungsgründe sind unter anderem

- die Annahme, der Strafvollzug sei drogenfrei oder die Zahl der Opioidkonsument_innen habe sich so stark verringert, dass sich die Einführung/Fortführung der Behandlung nicht mehr „lohne“
- die Befürchtung, Ersatzdrogen könnten abgezweigt und verkauft werden
- die Angst vor den Folgewirkungen zusätzlich eingenommener psychotroper Substanzen
- ein mangelndes Verständnis von Drogenabhängigkeit als einer chronischen Erkrankung
- begrenzte Räumlichkeiten und ein Mangel an Ausstattung und Personal in vielen Gefängnissen
- die mit einer Substitutionsbehandlung verbundenen Kosten und der organisatorische Aufwand, der dafür zusätzlich erforderlich ist
- die Befürchtung, Substitutionsprogramme könnten die Sicherheit und Ordnung im Strafvollzug gefährden.

Diese Einwände lassen sich am besten zerstreuen, indem mit Geduld und Nachdruck verdeutlicht wird, welche unbestreitbaren Vorteile Substitutionsprogramme sowohl für Gefangene als auch den Justizvollzug insgesamt mit sich bringen können. Den Ärzt_innen des öffentlichen Gesundheitswesens muss klar sein, dass das Wissen um das Fortbestehen und periodische Wiederkehren der Drogenabhängigkeit bei medizinischem und nichtmedizinischem Gefängnispersonal nicht weit verbreitet ist. In den Augen vieler Laien führt eine Substitutionsbehandlung überdies eher zu einer Verschlimmerung statt Verbesserung der mit dem Drogenkonsum einhergehenden gesundheitlichen und sozialen Probleme. Die Ärzt_innen außerhalb des Justizvollzugs sollten daher ein offenes Ohr und Verständnis für ihre im Gefängnis tätigen Kolleg_innen und deren Bedenken haben. Zugleich sollten sie sich für die Belange der Drogenabhängigen einsetzen, denn die unkomplizierte und wirtschaftliche Substitutionstherapie, die nachweislich die Lebensqualität verbessern und die Lebenszeit verlängern kann, steht ihnen zu.

Auch manche Gefangene zögern, eine Substitutionsbehandlung zu beginnen, weil sie entweder nur wenig über deren Vorteile informiert sind oder den Drogenkonsum – z.B. aus Angst vor Vorurteilen und Benachteiligung – verbergen wollen, was bei einer Substitutionstherapie nicht möglich wäre.

Die meisten heroinabhängigen Patient_innen werden nach einer Entgiftung wieder rückfällig. Nur wenige von ihnen lassen sich auf eine Therapie ein und bleiben lange genug dabei, um von ihrer Sucht loszukommen. Jede Behandlung, wie beispielsweise eine Substitution, die auch nur von der Hälfte der Therapieeinsteiger_innen konsequent durchgehalten wird und bei ihnen den Konsum illegaler Opiate wie auch die kriminelle Aktivität deutlich reduziert und außerdem die Gesundheit und das Wohlbefinden verbessert, vollbringt weit mehr, als dass sie „nur“ eine abhängig machende Droge durch eine andere ersetzt.

In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien den Nutzen von Substitutionsprogrammen im Justizvollzug eindeutig belegt^{42, 43, 44, 45, 46, 47, 48}. Sie zeigen, dass eine angemessene Dosierung (mindestens 60 mg Methadon) und eine kontinuierliche Behandlung während der gesamten Haftzeit einen Rückgang des intravenösen Drogenkonsums und des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzbestecken bewirkt und die damit verbundene Ausbreitung von HIV und anderen durch Blutkontakt übertragbaren Infektionen eindämmt. Außerdem bringen Substitutionsprogramme noch weitere nennenswerte Vorteile für die daran teilnehmenden Gefangenen, für das Strafvollzugssystem und die Allgemeinbevölkerung:

- Eine Substitutionsbehandlung wirkt sich positiv auf den Gefängnisalltag aus, indem sie das Verlangen nach Drogen bei den Konsument_innen reduziert und so die Sicherheit im Gefängnis erhöht. Die Gefangenen haben

-
- 42 Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al.: Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*. 2017 Sep 11.
- 43 Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Moller L, Mayet S.: The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*. 2012 Mar;107(3):501–17.
- 44 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Best Practice Portal Lisbon: EMCDDA; [11 October 2017]. Erhältlich über: http://emcdda.europa.eu/best-practice_en (letzter Zugriff: 6.12.2017).
- 45 Taylor A, Munro A, Allen E, Dunleavy K, Cameron S, Miller L, et al.: Low incidence of hepatitis C virus among prisoners in Scotland. *Addiction*. 2013 Jul;108(7):1296–304.
- 46 Teutsch S, Luciani F, Scheuer N, McCredie L, Hosseiny P, Rawlinson W, et al.: Incidence of primary hepatitis C infection and risk factors for transmission in an Australian prisoner cohort. *BMC public health*. 2010 Oct 22;10:633.
- 47 Rich JD, McKenzie M, Larney S, Wong JB, Tran L, Clarke J, et al.: Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *Lancet*. 2015 Jul 25;386(9991):350–9.
- 48 Degenhardt L, Larney S, Kimber J, Gisev N, Farrell M, Dobbins T, et al.: The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction*. 2014 Aug;109(8):1306–17.

nach Haftantritt unter anderem weniger starke Entzugssymptome (diese gehen häufig mit Selbstverstümmelungs- oder sogar Suizidversuchen einher) und weniger Angst, sie betreiben weniger Drogenhandel und sind insgesamt produktiver.

- Die Wahrscheinlichkeit, wieder straffällig zu werden, ist bei Gefangenen in Substitutionsbehandlung wesentlich geringer.
- Eine Substitutionsbehandlung in Haft unterstützt die Aufnahme und Fortführung einer Behandlung nach der Entlassung sehr viel mehr als Entzugsprogramme allein.
- Strafvollzugsbehörden haben anfänglich häufig Bedenken hinsichtlich Sicherheit, Gewalt und Abzweigung verordneter Medikamente. Solche Probleme sind jedoch weniger häufig zu beobachten, wenn es Substitutionsprogramme gibt, als wenn sie nicht angeboten werden.
- Gefangene wie auch Mitarbeiter_innen des Strafvollzugs berichten, dass sich eine Substitutionsbehandlung positiv auf das Leben im Gefängnis auswirkt.
- Eine Substitutionstherapie ermöglicht den Gefangenen täglichen Kontakt zum Gesundheitssystem des Justizvollzugs. Dies kann der Ausgangspunkt für die Erörterung weiterer Gesundheitsfragen sein und eine Brücke zu anderen Methoden der HIV-Prävention schlagen.
- Es gibt Belege dafür, dass der abrupte Abbruch einer Substitutionsbehandlung nach Antritt einer Haftstrafe das Suizid- und Selbstverstümmelungsrisiko erhöht.

In Kanada wurde der Zugang zu Methadonprogrammen im Strafvollzug landesweit ausgeweitet, nachdem Studien ihre positiven Wirkungen auf die weitere Entwicklung der Behandelten nach der Entlassung aufgezeigt hatten (geringere Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung). Mit Methadon behandelte Gefangene wurden weniger häufig strafrückfällig und erneut inhaftiert. Dies ist ein wichtiger Aspekt, da die Kosten eines institutionellen Substitutionsprogramms durch jene Einsparungen aufgewogen werden, die sich dadurch ergeben, dass behandelte Straftäter_innen für längere Zeit in die Gesellschaft zurückkehren als nicht behandelte Gefangene.

Eine große Bedeutung hat die Substitutionsbehandlung auch für die Mortalitätsprophylaxe, solange die Dosierung ausreichend und die Kontinuität der Behandlung gewährleistet ist.⁴⁹

Die Substitutionstherapie bei kurz vor der Entlassung stehenden Gefangenen verringert die Gefahr einer Überdosis (Dolan u. a. 2005). Viele Gefangene nehmen nach der Haft den intravenösen Drogenkonsum wieder auf. Aufgrund der herabgesetzten Opiattoleranz und der Rückkehr zu alten Konsummustern sind sie nun jedoch in höherem Maße dem Risiko einer tödlichen Überdosis ausgesetzt. Umfangreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass es in den ersten Wochen nach der Entlassung häufig zu Todesfällen kommt, die auf eine Drogenüberdosis zurückzuführen sind. Gemäß einer Studie aus dem Vereinigten Königreich, bei der 51.590 Entlassungsfälle untersucht wurden (Farrell/Marsden 2005), handelt es sich bei schätzungsweise 35 % aller männlichen und 12 % aller weiblichen Drogentoten um Gefangene, deren Entlassung noch nicht allzu lange zurückliegt. Diese Zahlen verdeutlichen, wie nützlich und wichtig eine Drogentherapie im Gefängnis als Präventivmaßnahme ist. Sie unterstreichen die Bedeutung von Substitutionsprogrammen nicht nur als Maßnahme der HIV-Prävention im Strafvollzug, sondern auch als Mittel zur Reduzierung von Überdosierungen mit Todesfolge nach Ende der Haft.

In einer randomisierten klinischen Studie zur Methadon-gestützten Behandlung von Gefangenen fanden Kinlock u. a. (2007) heraus, dass eine vor oder unmittelbar nach der Entlassung begonnene Methadontherapie kurzfristig positive Auswirkungen hat, was die Aufnahme einer weiteren Behandlung in Freiheit und die Reduzierung des Heroinkonsums angeht.

All diese Erkenntnisse – wie auch die Bedeutung und Notwendigkeit einer gleichwertigen Versorgung und Behandlung in Haft und in Freiheit – sind zwingende Argumente für Substitutionsprogramme im Strafvollzug. Kasten 5 zeigt ein Beispiel für Richtlinien zur Behandlung von Drogenkonsument_innen in Slowenien (Kastelic u. a. 2001).

49 Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. and McLaren, J. (2011): Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies, *Addiction* 106, pp. 32–51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x; Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., De Angelis, D. and Robertson, J. R. (2010): Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment, *British Medical Journal (Clinical research ed.)* 341, p. c3172. doi: 10.1136/bmj.c3172. Online at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895695/> (letzter Zugriff: 4.12.2017)

Beispiel: Allgemeine Richtlinien für die Behandlung drogenabhängiger Gefangener in Slowenien

- ◆ Die Gesundheitsversorgung für Menschen in Haft- und Erziehungsanstalten sollte derjenigen in Freiheit entsprechen.
- ◆ Wichtig ist, dass Berater_innen und Therapeut_innen nicht an Weisungen des Wachpersonals gebunden sind.
- ◆ Für eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssystem des Strafvollzugs und dem öffentlichen Gesundheitswesen muss gesorgt werden.
- ◆ Drogenabhängigen muss bei Antritt einer Haftstrafe eine Behandlung (Schadensbegrenzungsprogramm, Substitutionstherapie, Entgiftung oder drogenfreie Behandlung) ermöglicht werden.
- ◆ Sie müssen an allgemein zugänglichen Therapieprogrammen teilnehmen können.

Wirksame Behandlung

Um die gewünschte Wirkung zu erzielen, muss eine Substitutionstherapie wie jede andere Behandlung auch den Bedürfnissen der Gefangenen Rechnung tragen: Der_die Gefangene/Patient_in muss bei der Therapieplanung und -durchführung eingebunden und gehört werden, um die Therapieadhärenz zu erhöhen. Die Behandlung sollte auf jeden Fall mit der individuell erforderlichen Dosis durchgeführt werden und während der Haft sowie nach der Entlassung kontinuierlich erfolgen.

Wie bereits oben erwähnt hat eine effiziente Behandlung zahlreiche Vorteile: Sie wirkt lebenserhaltend, verringert das Risiko einer Ansteckung besonders mit HIV und Hepatitis B und C, erleichtert den Ausstieg aus dem Drogenkonsum oder den Weg zu kontrolliertem Konsum, ermöglicht die Rückkehr zu einem geordneten sozialen Leben, fördert die körperliche Gesundheit und bewirkt eine Abnahme der drogenbedingten Kriminalität. Positive Wirkungen für die Gesellschaft sind eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit, die Reduzierung der Notfälle und Krankenhauseinweisungen, die Eindämmung

der Ausbreitung von HIV und anderen Infektionskrankheiten, die Senkung der Kosten für das Sozialwesen und geringere Strafverfolgungskosten.

Substitutionsprogramme unterscheiden sich hinsichtlich Dauer, eingesetzter Medikamente, Dosierung und Behandlungsplan. Obwohl vielfach belegt ist, dass Substitutionsbehandlungen – insbesondere mit Methadon – wirksamer sind, wenn dauerhaft höhere Dosen verordnet werden (Zickler 1999), fokussieren immer noch viele Programme auf eine kurzfristige Entgiftung mit abnehmender Dosierung, z.T. in schnellen Abdosierungsschritten.

Eine ausschließlich als Entgiftung durchgeführte Substitution hat nur eingeschränkten therapeutischen Wert. Das Ziel der Substitutionstherapie ist, die Abhängigen gesundheitlich zu stabilisieren und wieder in die Gesellschaft einzugliedern. Wie Studien zeigen, „wird die Schwelle zu einer deutlichen Besserung bei den meisten Opiatabhängigen nach einer etwa dreimonatigen Behandlung erreicht, wobei sich bei fortgesetzter Behandlung weitere Fortschritte erzielen lassen. Da Drogentherapien oft vorzeitig beendet werden und dies häufig zu einem Rückfall führt, sollte jedes Therapieprogramm so konzipiert sein, dass eine begonnene Behandlung auch abgeschlossen wird. Viele Patienten benötigen eine mehrjährige Therapie“ (WHO/UNODC/UNAIDS 2004).

Im Jahr 1990 schlug das WHO-Regionalbüro für Europa folgende Standardbegriffe für die Einteilung von Methadonbehandlungen in vier Kategorien vor:

- *kurzfristige Entgiftung*: abnehmende Dosen über einen Zeitraum von einem Monat oder weniger
- *langfristige Entgiftung*: abnehmende Dosen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat
- *kurzfristige Substitution*: gleichbleibende Dosis über einen Zeitraum von sechs Monaten oder weniger
- *langfristige Substitution*: gleichbleibende Dosis über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten.

Außerdem ist zwischen niedrig- und hochschwelligem Programmen zu unterscheiden. Die Unterschiede zwischen diesen Typen lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Niedrigschwellige Programme

- sind einfach zugänglich
- sind auf Schadensbegrenzung ausgerichtet
- sollen in erster Linie Entzugssymptome und das Verlangen nach Drogen mindern sowie die Lebensqualität verbessern
- bieten verschiedene Behandlungsoptionen.

Hochschwellige Programme

- sind schwerer zugänglich und können selektive Aufnahmekriterien haben
- sind auf Abstinenz ausgerichtet (kann auch die Abstinenz von Methadon einschließen)
- bieten keine flexiblen Behandlungsoptionen
- sehen regelmäßige (Urin-)Kontrollen vor
- haben strenge Kriterien für einen Ausschluss aus der Behandlung (unerlaubter Opiatkonsum wird nicht geduldet)
- schließen obligatorische Beratung und Psychotherapie ein.

Der Begriff „niedrigschwellig“ bedeutet keineswegs „niedrige Qualität“. Niedrigschwellige Programme sind für die Abhängigen und auch die Gesellschaft in puncto Schadensbegrenzung effizienter, da sie Menschen schnell einer Behandlung zuführen und dort halten. Wer aufgrund seiner Drogengewohnheiten chaotisch lebt, erreicht mit solchen Programmen bessere Therapieergebnisse und somit die Ziele einer Substitutionsbehandlung.

Behandlungskriterien und Behandlungsplan

Für die Drogenabhängigkeit gibt es zwei international anerkannte Diagnosekriterien: die zehnte Überarbeitung der Internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10; WHO 1992) und die fünfte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen American Psychiatric Association 2014).

Eine Opiat-Substitutionstherapie sollte ausschließlich bei Personen durchgeführt werden, die die klinischen Kriterien für eine Opiatabhängigkeit erfüllen. Restriktive Aufnahme- und Einschlusskriterien sind allerdings kontraproduktiv, was den Zugang zur Behandlung sowie die HIV- und Hepatitis-Prävention

betrifft. Fragen wie etwa zur maximalen Dosis oder Behandlungsdauer sollten der fachlichen Entscheidung des Arztes oder der Ärztin unter Berücksichtigung der Situation der Patient_innen vorbehalten sein.

Grundsätzlich können alle Opiatabhängige, die behandlungsbedürftig sind und eine Substitution wünschen, nach entsprechender Diagnose und Behandlungseinleitung mit dieser Therapie stabilisiert werden. Bei der Festlegung der Aufnahmekriterien sollte man allerdings die Zahl der verfügbaren Behandlungsplätze berücksichtigen. Ein höherer Bedarf muss gegenüber der Anstaltsleitung und ggf. dem Justizministerium vertreten werden, damit alle Patient_innen behandelt werden können. Bis dahin gilt es, das Alter, die Dauer der Opiatabhängigkeit, der körperliche und psychische Gesundheitszustand sowie die Motivation des_der Abhängigen zu bedenken. Bestimmten Personengruppen wie Schwangeren oder Menschen mit HIV oder anderen Krankheiten ist Vorrang einzuräumen. HIV-Antikörpertests dürfen dabei jedoch nicht zur Pflicht gemacht werden. Wenn die JVA nicht über eine ausreichende Anzahl von Behandlungsplätzen verfügt, sollte der Zeitpunkt des Haftantritts entsprechend angepasst werden, bis eine Behandlung gewährleistet werden kann.

Außerdem sollte die Behandlung auch Gefangenen zuteilwerden, die vor der Entlassung stehen: Eine Eindosierung etwa 6 Monate bis 30 Tage vor Haftentlassung wirkt sich positiv auf die Mortalitätsprophylaxe aus).⁵⁰ Nach Haftende sind aufgrund der Wiederaufnahme des Drogengebrauchs nach einer Phase der Abstinenz oder des reduzierten Konsums (in der es zu einer Herabsetzung der Opiattoleranz kommen kann) verstärkt drogenbedingte Todesfälle zu beobachten.

Der individuelle Behandlungsplan hängt von den Behandlungszielen ab, die unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen, der Bedürfnisse und Wünsche der Patient_innen und der ärztlichen Expertise festgelegt werden. Wichtige Kriterien bei der Erstellung eines Behandlungsplans sind:

- die Ziele und Wünsche des Patienten/der Patientin
- die aktuelle Situation

50 American Society of Addiction Medicine (2015): National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. p. 47f

- die verfügbaren Ressourcen
- die Geschichte der bisherigen Behandlungsergebnisse
- Anhaltspunkte hinsichtlich Sicherheit, Effizienz und Wirksamkeit.

Die Opiatabhängigkeit geht mit verschiedenen medizinischen, juristischen und psychosozialen Problemen einher. Für eine Substitutionsbehandlung kommt jemand in Frage, wenn sich die persönlichen und sozialen Schäden des Opiatkonsums dadurch aller Voraussicht nach mindern lassen. Zusätzliche Probleme sollten frühzeitig angegangen werden – entweder im Rahmen des Programms selbst oder durch Überweisung an eine entsprechende Einrichtung.

Risiken und Einschränkungen

Das Hauptrisiko bei Methadon und anderen Opiatagonisten besteht in einer Überdosierung, die unter Umständen zum Tod führen kann. Studien belegen, dass diese Gefahr am Anfang einer Behandlung mit Methadon am größten ist (Verster/Buning 2003). Aus diesem Grund sollte mit niedrigen Dosen begonnen werden: „Die Einstellung auf die erforderliche Dosis des jeweiligen Substituts muss mit besonderer Sorgfalt und ggf. fraktioniert erfolgen. Einstiegsdosis und Dosisfindung sind so zu wählen, dass auch bei nichtbestehender Opiatoleranz eine Überdosierung ausgeschlossen ist. In besonders schwierigen Einzelfällen sollte die Dosisfindung stationär erfolgen“ (BÄK-RL, 2010, S. 6). Mit dem Erreichen einer stabilen Dosis (etwa zwei Wochen nach Behandlungsbeginn) nimmt das Risiko einer tödlichen Überdosierung dann jedoch im Vergleich zu der Zeit vor Behandlungsbeginn deutlich ab.

Bei der Substitutionsbehandlung gibt es noch andere negative Aspekte. Am schwersten wiegt dabei, dass sie in der Regel über einen längeren Zeitraum hinweg durchgeführt werden muss. Das stellt für die Kostenträger eine finanzielle Belastung dar und kann auch für die Behandelten von Nachteil sein: Drogengebraucher_innen werden zu Langzeitpatient_innen, die von dem verordneten Opioid und oft auch von der verordnenden Person abhängig sind. In einigen Fällen kann dies zu einer passiven Haltung führen, bei der aus einer erlernten Hilflosigkeit heraus eine Krankenrolle angenommen wird.

Außerdem kann die Abhängigkeit von dem Substitutionsmittel und das damit verbundene Stigma zum Problem werden, wenn die Patient_innen nach der

Haftentlassung an einen anderen Ort ziehen oder einfach nur unterwegs sind und das Medikament mit sich führen.

Eine Substitutionstherapie kann unter Umständen negative Auswirkungen haben (z.B. Abhängigkeit, Nebenwirkungen) – darüber sind die Patient_innen aufzuklären, bevor sie der Behandlung zustimmen. Dennoch wiegen die Vorteile, die sich für die Drogenabhängigen wie auch die Gesellschaft ergeben, die Nachteile bei Weitem auf.

Polyvalenter Drogenkonsum

Für den Fall, dass Gefangene noch andere Drogen konsumieren, sollte es klare und unmissverständliche Vorschriften und Richtlinien geben. Dies gilt besonders für Benzodiazepine, Barbiturate und Alkohol, deren Konsum bei einer Substitutionsbehandlung ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellt. Hier sollte jeweils von Fall zu Fall eingehend über die Fortsetzung der Behandlung beraten werden. Die infrage kommenden Optionen sollten idealerweise in einem multiprofessionellen Team und – falls vorhanden – unter Einbeziehung des Drogenberatungsdienstes der Haftanstalt erörtert werden. Unter Berücksichtigung der Wünsche der Gefangenen und der verfügbaren Ressourcen gilt es, Pläne und Ziele für die Zukunft auszuarbeiten und zu vereinbaren.

Deutschland – Auszug aus der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger (2017)

[...]

4. Bewertung des Therapieverlaufs einschließlich der Durchführung von Kontrollen

[...]

Bei dem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache eruiert und nach Möglichkeiten ihrer Beseitigung gesucht werden. Dabei sollen insbesondere folgende Gründe berücksichtigt werden:

- ◆ eine erfolgte Destabilisierung der individuellen Lebenssituation,
- ◆ eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels,
- ◆ eine komorbide somatische oder psychische Erkrankung, inklusive einer weiteren substanzgebundenen Abhängigkeit.

Die Ergebnisse der sich daraus ergebenden Überlegungen sollen in das Therapiekonzept einbezogen werden. Hierbei empfiehlt sich eine Zusammenarbeit mit den an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Berufsgruppen.

[...]

4.2 Beendigung und Abbruch der substitions-gestützten Behandlung

Eine reguläre Beendigung der Substitution kann in Abstimmung zwischen Arzt und Patient erfolgen, wenn sie nicht mehr erforderlich oder seitens des Patienten nicht mehr gewünscht ist.

Eine Substitutionstherapie soll vorzeitig beendet werden, wenn

- ◆ sich schwerwiegende Kontraindikationen ergeben,
- ◆ sie mit einem fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen einhergeht.

Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Arzt kann dann begründet sein, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält.

Behandlungsabbrüche sind mit einem erhöhten Gefährdungspotenzial für die Gesundheit des Patienten verbunden, weshalb versucht werden sollte, Patienten möglichst langfristig in Substitutionsbehandlung zu halten. Vor einer vorzeitigen Beendigung ist daher zunächst zu prüfen, ob die Non-Adhärenz Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung oder komorbider Störungen ist.

Sollte ein Behandlungsabbruch dennoch unvermeidbar sein, soll nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen gesucht werden. Bevor eine Behandlung gegen den Willen des Patienten beendet wird, sollten andere Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen oder Einbezug einer psychosozialen Betreuung, sowie Versuche eines Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Verstoß gegen getroffene Vereinbarungen begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein. Hierbei ist auch die Situation gegebenenfalls in häuslicher Gemeinschaft mitlebender Kinder zu berücksichtigen.

Bei vorliegender Schwangerschaft sind Behandlungsabbrüche nach Möglichkeit zu vermeiden, da in diesen Fällen eine besondere Gefährdung für das ungeborene Leben besteht.

Kommt es zu einem Abbruch der Behandlung, muss der Patient über die körperlichen, psychischen und sozialen Folgewirkungen aufgeklärt und ihm die Möglichkeit zu einem geordneten Entzug vom Substitutionsmittel gegeben werden. Dazu gehört, dass das Absetzen des Substitutionsmittels ausschleichend in vereinbarten Schritten erfolgt. Möglichst sollte die Überweisung an einen weiterbehandelnden Arzt oder in eine stationäre Entzugsbehandlung erfolgen.

[...]

Politische Verantwortung, klare Konzepte und Regeln

Um die Substitutionsbehandlung in den Gefängnissen eines Landes zu vereinheitlichen, sind einheitliche Standards für ihre Durchführung entscheidend. Dadurch lässt sich gewährleisten, dass bei der Verlegung von Gefangenen in eine andere Haftanstalt weiterhin dieselben Vorschriften und Bestimmungen angewandt werden. Ein Beispiel dafür bieten die interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsempfehlungen Nordrhein-Westfalens (vgl. NRW 2010), die zum Wert und zur Bedeutung dieser Behandlungsform klar Stellung nehmen: „Die Substitutionsbehandlung kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen. Dies gilt auch für die Zeit der Inhaftierung. Sie kann daneben in ganz erheblichem Umfang der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein“ (Husmann 2010). Die Behandlungsempfehlungen sind als praxisorientierte Handreichung für Ärzt_innen zu verstehen, da sie Hilfen für therapeutische Entscheidungen im Einzelfall geben und die spezifischen Verhältnisse einer Substitutionsbehandlung in Haft beispielhaft berücksichtigen.

Substitutionsmittel

Tabelle 2

Beschreibung der Substitutionsmittel⁵¹

Medikament	Einnahme- häufigkeit	Empfohlene Dosierung	Verabrei- chungsart	Überdosie- rungsrisiko	Entzug	Anmerkungen
Methadon	alle 24 Stunden	60–120 mg/Tag	oral (Sirup, Tabletten)	+++	+++	optimale Dosis patienten- abhängig; kann je nach in- dividueller Variabilität auch < 60 mg oder > 120 mg sein.
Buprenorphin Buprenorphin + Naloxon (Verhältnis 4:1)	alle 24, 48 oder 72 Stunden	8–24 mg/Tag	sublingual	+ (mit zu- sätzlichen Medika- menten)	+	Beginn 6–8 Stunden nach dem letzten Heroinkonsum oder bei Auftreten von Entzugssymptomen. Hat der Patient zuvor Methadon ein- genommen, ist die Metha- dondosis nach und nach auf 30 mg/Tag zu reduzieren. Buprenorphin soll erst 48 Stunden nach der letzten Methadondosis oder beim Auftreten von Entzugssymp- tomen verabreicht werden.
Retardiertes Morphin	alle 24 Stunden	300–1.200 mg/Tag	oral (Kapseln)	+++	++(+)	Wird in einigen Gefängnissen verabreicht, wenn Methadon oder Buprenorphin kontrain- diziert ist oder nicht toleriert wird. In Deutschland seit 2015 als Substitutionsmittel zugelassen.
Diamorphin	alle 8–12 Stunden	400–700 mg/Tag	injizierbar rauchbar	+++	+++	Deutschland, Schweiz, Nie- derlande, Großbritannien. In Deutschland nur zum Spritzkonsum zugelassen.
Levomethadon	alle 24 Stunden	40–60 mg/Tag	oral (Sirup)	+++	+++	Nur in Deutschland erhältlich.
Codein			oral (Sirup Tabletten)	++	+++	Nur in Deutschland für Substitutionsbehandlungen.

51 Die Tabelle wurde auf der Grundlage der Europäischen Methadon-Leitlinien (European Methadone Guidelines; Verster/Buning 2000) erstellt und angepasst.

In Gefängnissen werden bei der Regelung und Durchführung von Substitutionsbehandlungen häufig eher die Bedürfnisse der Institution und weniger die Bedürfnisse und Wünsche der Abhängigen berücksichtigt. So gelten beispielsweise die rund fünf Minuten, die für das Überwachen der (sublingualen) Einnahme von Buprenorphin erforderlich sind, als zu zeitaufwändig. Stattdessen wird (das kostengünstigere) Methadon verordnet. Viele Drogenkonsument_innen verstehen nicht, warum sie plötzlich ein anderes Medikament bekommen, und empfinden dies als Benachteiligung gegenüber der in Freiheit angebotenen und gewohnten Behandlung. Vor der Umstellung von einem Medikament auf ein anderes ist es unerlässlich, die Gefangenen umfassend zu informieren.

Methadon

Methadon (Methadonhydrochlorid) ist das innerhalb und außerhalb des Strafvollzugs am häufigsten eingesetzte Substitutionsmittel. Dieser synthetische Opiatagonist hat eine ähnliche Wirkung wie Morphin und wird unabhängig von der Verabreichungsform (Sirup oder Tabletten) im Magen-Darm-Trakt gut resorbiert. Methadon zeichnet sich durch eine exzellente Bioverfügbarkeit von 80–95 % aus. Die geschätzte Halbwertszeit beträgt 24 bis 36 Stunden, wobei sich von Patient_in zu Patient_in erhebliche Abweichungen ergeben können (10 bis 80 Stunden). Aufgrund dieses pharmazeutischen Profils ist Methadon als Opiatsubstitut geeignet. Es kann oral als einmal tägliche Dosis verabreicht werden. Nach wiederholter Gabe stellt sich ein stabiler Plasmaspiegel ein, ohne dass bei einem normalen Dosierungsintervall von einem Tag Entzugssymptome auftreten.

Bei einigen Patient_innen kommt es allerdings zu Nebenwirkungen. Dazu gehören vor allem verstärkte Schweißbildung, Stuhlverstopfung, Schlafstörungen, herabgesetzte Libido (Sexualtrieb), schlechtere Konzentrationsfähigkeit und möglicherweise Gewichtszunahme. Diese unerwünschten Wirkungen treten in der Regel zu Beginn der Behandlung auf und lassen dann nach. Bisweilen können sie über längere Zeit andauern, was meist jedoch keine medizinischen Konsequenzen hat. Insgesamt sind weniger als 20 % der Patient_innen unter Substitutionsbehandlung mit Methadon von Nebenwirkungen betroffen.

Seit einigen Jahren werden eine mögliche QT-Zeit-Verlängerung und lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen unter der Gabe von Methadon beobachtet und diskutiert. In einigen Bundesländern wurde innerhalb der Gefängnisse deshalb auch die Methadonvergabe eingestellt und grundsätzlich auf Polamidon umgestellt, allerdings verursacht Polamidon die gleichen Probleme. Hinzu kommt, dass auch verschiedene Psychopharmaka eine QT-Zeit-Verlängerung verursachen können, dies ist ärztlicherseits zu beachten. Vor der erstmaligen Verabreichung von Methadon sollte zumindest ein EKG erstellt werden, um Herzerkrankungen auszuschließen, ferner werden regelmäßige EKG- und Elektrolytkontrollen empfohlen. Frauen haben ein doppelt erhöhtes Risiko, eine medikamentenabhängige QT-Zeit-Verlängerung zu entwickeln.

Folgende Maßnahmen werden empfohlen:

- „Aufzeichnung eines EKGs vor Therapiebeginn und unter Steady-state-Bedingungen,
- langsame Aufdosierung [...],
- EKG-Kontrollen in regelmäßigen Abständen bei Risikopatienten sowie zusätzlicher QT-Zeit verlängernder Begleitmedikation,
- Kontrolle der Serumkaliumspiegel (sie sollten bei Risikopatienten im oberen Normbereich liegen),
- auf potenzielle Elektrolytverluste bei Diarrhö, Erbrechen, starkem Schwitzen, Mangelernährung, unter Diuretikatherapie, bei Alkohol- und Drogenabusus und Essstörungen achten,
- bei stark verlängertem QT-Intervall Zufuhr von Magnesiumsulfat (oral oder intravenös),
- bei $QT > 500$ ms, normalem Serumkaliumspiegel und normaler QRS-Dauer sollte das Medikament auch beim Fehlen von Symptomen abgesetzt werden und
- bei neu auftretenden Palpitationen, Schwindel, Synkopen und Krampfanfällen sollte man an Rhythmusstörungen als Ursache denken.“

(Wenzel-Seifert, K; Wittmann, M; Haen, E in: Dtsch Arztebl Int 2011; 108(41): 687-93; DOI:10.3238/arztebl.2011.0687)

Weitere Informationen zu Wechselwirkungen insgesamt unter:

- <http://www.opioiddruginteractions.com/>
- <http://www.hep-druginteractions.org/>
- <http://www.hiv-druginteractions.org/>

Methadon ist ein weitgehend sicheres Arzneimittel, anders als oft angenommen werden Knochen, Zähne oder Organe nicht direkt geschädigt. Allerdings verringern Opioide die Speichelproduktion, was dann wiederum zu Zahnkaries führen kann. Für einige Patient_innen kann die Entgiftung von Methadon außerdem ein äußerst schwieriger und langwieriger Prozess sein.

Methadon ist ein kostengünstiges Arzneimittel, das sich leicht verabreichen lässt. Die Überwachung der Einnahme stellt kein Problem dar. In den meisten Fällen werden die Patient_innen nur unzureichend über dieses Medikament informiert – möglicherweise aufgrund der Annahme, dass erfahrene Patient_innen bereits alles darüber wissen. Das jedoch trifft nicht immer zu.

Das Einmaleins der Substitutionsbehandlung mit Methadon – ein Leitfaden

Allgemeine Hinweise

Im Rahmen der geltenden Gesetze und Bestimmungen sollte eine Methadontherapie nach denselben beruflichen und ethischen Standards erfolgen wie alle anderen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung. Die Therapeut_innen sollten für ein breites Spektrum an Behandlungskonzepten und ein umfassendes Betreuungsangebot sorgen und Drogenkonsument_innen auf Anfrage bei der Überweisung oder Weiterleitung an andere Stellen unterstützen. Die vielfältigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung von Opiatabhängigkeit mit Methadon sollten maximal genutzt werden. Als Informationsquellen bieten sich die Fachliteratur⁵², webbasierte Ressourcen⁵³ und Gespräche mit Kolleg_innen⁵⁴.

Dosierung

Allgemeiner Hinweis: langsam beginnen und Schritt für Schritt vorgehen, aber hohe Ziele anstreben

- ◆ Sicherheit muss an erster Stelle stehen: Schätzungen des Abhängigkeits- und Toleranzgrades sind unzuverlässig. Sie sollten daher niemals als Grundlage für die Ermittlung der Methadon-Anfangsdosis dienen, da bei einer Fehleinschätzung die Gefahr einer Überdosierung besteht.
- ◆ Bei der Dosierung haben die Begriffe „hoch“ und „niedrig“ keine moralische Nebenbedeutung.
- ◆ Methadon sollte nicht als „Belohnung“ gewährt oder zur „Strafe“ vorenthalten werden.

Spezielle Hinweise

- ◆ Eine Erhöhung oder Reduzierung der Dosis sollte Schritt für Schritt erfolgen. Im Interesse der Sicherheit und des Wohlbefindens der Patient_innen emp-

52 Hönekopp, I.; Stöver, H. (2011): Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus

53 DGS: <http://www.dgsuchtmedizin.de/>; Deutsche AIDS-Hilfe: <https://www.aidshilfe.de/substitution/>; akzept e.V. (www.akzept.org) (letzter Zugriff: 5.12.2017)

54 Z. B. Qualitätszirkel

fiehlt es sich, bei einer verhältnismäßig niedrigen Dosis (weniger als 60 mg/Tag) Anpassungen in kleineren Schritten (z. B. jeweils 5 mg) und größeren Abständen (etwa alle fünf Tage) vorzunehmen. Bei einer höheren Dosis dagegen sind Anpassungen in größeren Schritten und kürzeren Abständen (z. B. jeweils 10 mg alle drei Tage) in der Regel unbedenklich.

- ◆ Im Allgemeinen lässt sich mit einer höheren Substitutionsdosis ein besseres Behandlungsergebnis erzielen als mit einer niedrigen Dosis. Die optimale Dosis liegt bei den meisten Patient_innen zwischen 60 und 120 mg pro Tag.
- ◆ Wenn Patient_innen das Gefühl haben, dass die Methadonwirkung nicht anhält, sollte eine Aufteilung oder Erhöhung der Tagesdosis erwogen werden. Dies kann besonders bei schwangeren und/oder antiretroviral behandelten Patient_innen geboten sein.

Ergänzende Angebote

- ◆ Je umfangreicher das Angebot für Drogenabhängige ist, desto besser. Ergänzende Leistungen sollten aber in jedem Fall freiwillig in Anspruch genommen werden.
- ◆ Eines der Haupthindernisse, die der Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung entgegenstehen, ist das der Suchterkrankung, den Behandelten und der Therapie anhaftende Stigma. Drogenkonsument_innen sollten beim Umgang mit diesem Stigma unterstützt werden. Die Therapeut_innen wiederum sollten jede Gelegenheit nutzen, um die Öffentlichkeit und vor allem das Fachpersonal des Gesundheitswesens umfassend zu informieren.

Kontinuität der Behandlung

- ◆ Es sollte dafür gesorgt werden, dass Drogengebraucher_innen ihre Substitutionsbehandlung nach der Aufnahme in Einrichtungen wie Justizvollzugsanstalten oder Krankenhäuser und nach der Entlassung weiterführen können. Die Kontinuität der Behandlung ist das A und O und Teil des Erfolgs dieser Behandlungsform. Jeder Abbruch, jede Unterbrechung führt in den Rückfall und zur Wiederaufnahme von Konsum von Schwarzmarktopioiden oder Mischkonsum verschiedenster psychoaktiver Substanzen. Dementsprechend sollte bereits zu Haftbeginn über Möglichkeiten der Anschlusssubstitution nach Haftentlassung nachgedacht und mögliche Ärzt_innen kontaktiert werden.

- ◆ Dabei sind die Dosierungsempfehlungen für neue Substitutionspatient_innen zu berücksichtigen, sofern nicht eindeutig belegt ist, dass zuvor eine höhere Dosis verabreicht wurde.

Urtoxikologie und Methadon-Serumspiegel

- ◆ Der Nutzen dieser und anderer Laboruntersuchungen ist abzuwägen gegen ihre Kosten und gegen die möglichen Vorzüge eines verbesserten Behandlungsangebots, das sich mit den verfügbaren Mitteln finanzieren ließe. In vielen Ländern gibt es klinische Richtlinien, die vor Beginn einer Substitutionsbehandlung verbindliche Drogentests vorschreiben.
- ◆ Drogenkonsument_innen beim Wasserlassen zu beobachten, ist erniedrigend und für ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis in der Regel nicht gerade förderlich. Es bieten sich auch andere Verfahren an, z. B. Speicheltests oder UK mit Urma-Marker.

Therapieziele

- ◆ Die Behandlungsziele können sich unter anderem auf den Konsum von Heroin und anderen Drogen, HIV/HCV-relevantes Risikoverhalten, Beziehungsaspekte, Arbeit und Beschäftigung oder die Wohnungssituation beziehen.
- ◆ Sie sollten von Arzt/Ärztin und Patient_in gemeinsam festgelegt und möglichst nicht durch den Behandelnden vorgegeben werden.

Informierte Zustimmung – wichtige Punkte bei der Substitutionsbehandlung

- ◆ Drogenkonsument_innen sind bei Behandlungsbeginn darüber aufzuklären, welche Informationspflichten der Arzt/die Ärztin gegenüber dem Staat, der Gefängnisleitung oder anderen hat. Abhängige werden in vielen Ländern Bedenken im Hinblick auf die Wahrung der Vertraulichkeit haben, was sich – ob gerechtfertigt oder nicht – negativ auf die Therapiebeziehung auswirken kann.
- ◆ Die Drogenkonsument_innen sind über die genauen Gründe für einen unfreiwilligen Behandlungsabbruch und die in diesem Fall verfügbaren Einspruchsmöglichkeiten aufzuklären. Patient_innen, die die Behandlung von sich aus beenden wollen, sind auf das Risiko eines Rückfalls hinzuweisen. Wer sich für einen freiwilligen Abbruch entschieden hat, sollte dazu angehalten werden, die Dosis in seinem Tempo zu reduzieren, statt einem vorgegebenen Zeitplan zu folgen. [Nach Newman (2003)]

Wie oben erwähnt, hat sich in Studien immer wieder gezeigt, dass eine Substitutionsbehandlung mit Methadon – und in jüngster Zeit auch mit Buprenorphin oder Diamorphin – außerordentlich erfolgversprechend ist. Angesichts des vergleichsweise hohen Handelswerts von Drogen in Gefängnissen empfiehlt es sich jedoch, die Einnahme von Substitutionsmitteln zu überwachen. Die Anwesenheit eines zweiten Arztes/einer zweiten Ärztin oder einer weiteren verantwortlichen Person kann verhindern, dass die Arzneimittel entwendet werden.

Buprenorphin

Der partielle Opioidagonist/-antagonist Buprenorphin ist ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel mit einer geringeren opioid-agonistischen Wirkung als Methadon. Da das Medikament oral nur schlecht resorbiert wird, wird es bei der Behandlung einer Opiatabhängigkeit in der Regel sublingual eingenommen. Bei steigender Dosis pendelt sich die Opioidwirkung von Buprenorphin schließlich auf einem stabilen Niveau ein, weshalb selbst bei gleichzeitiger Einnahme anderer Opioide ein geringeres Risiko einer Opioidüberdosis besteht als bei Methadon oder Heroin. In einer angemessenen Dosis ist Buprenorphin ähnlich wirksam wie Methadon, was die Einschränkung des verbotenen Opiatkonsums und die Verbesserung der psychosozialen Situation angeht. Buprenorphin ist derzeit teurer als Methadon.

Buprenorphin wird von Heroinkonsument_innen akzeptiert, hat nur wenige Nebenwirkungen und löst verhältnismäßig milde Entzugssymptome aus. Bei der Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Schwangerer scheint das Medikament bei Neugeborenen weniger häufig mit Entzugerscheinungen einherzugehen.

Der größte Nachteil einer Buprenorphin-Therapie im Gefängnis besteht darin, dass man das Medikament „abzweigen“ und anschließend verkaufen kann, weil es fünf bis zehn Minuten dauern kann, ehe die Tablette sublingual resorbiert ist. Erfahrungsgemäß werden Drogenabhängige, denen Buprenorphin verordnet wurde, mitunter schikaniert, um sie zur Herausgabe des Medikaments zu zwingen. In einigen Gefängnissen wird die Tablette vor der Verabreichung zermörsert, da es keine Belege gibt, dass dies die Bioverfügbarkeit beeinträchtigt. Oft werden Gefangene bei der Einnahme von Buprenorphin auch direkt überwacht. Weil das jedoch wegen der langsamen sublingualen Re-

sorption zeitaufwendig ist, setzt sich die Verordnung einer Naloxon-Buprenorphin-Kombination als Alternative immer mehr durch.

Ein Präparat aus Buprenorphin und einem kleinen Naloxonanteil im Verhältnis von 4:1 soll das Risiko einer missbräuchlichen Verwendung reduzieren. Bei sublingualer Einnahme ist die Resorption von Naloxon sehr schlecht, was die pharmakologische Wirkung einschränkt. Wenn Opiatabhängige die Tablette jedoch zerkleinert und intravenös einnehmen, wird Naloxon bioverfügbar. Mögliche Folge sind allerdings schwere Opioidentzugssymptome.

Retardiertes Morphin

Morphinpräparate mit verzögerter Wirkstofffreisetzung im Darmtrakt – „retardiertes“ Morphin – sind seit 2015 auch in Deutschland in der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger zugelassen. Einige Studien haben gezeigt, dass mit Morphin substituierte Patient_innen wegen des günstigeren Nebenwirkungsprofils oral retardierten Morphins im Vergleich zu Methadonpatient_innen ein gesteigertes Wohlbefinden verspüren. Über 24 Stunden verzögert freigesetztes Morphin ermöglicht eine einmalige tägliche Dosis. Die Patient_innen berichten, dass sie sich besser konzentrieren können, keine größeren Stimmungsschwankungen verspüren, nicht an Gewicht zunehmen und sich energiegeladener fühlen.

Im Gefängnis kann eine individuell zugeschnittene Versorgung jedoch eine erhebliche Herausforderung darstellen. Wegen der großen Zahl behandlungsbedürftiger Drogenkonsument_innen in einem Umfeld, in dem das Angebot verbotener Drogen deutlich eingeschränkt ist, sind die Regelung und Durchführung von Substitutionstherapien unter Umständen stärker auf die organisatorischen Bedürfnisse der Vollzugsanstalt ausgerichtet als auf die Bedürfnisse der Patient_innen. So nimmt beispielsweise die Überwachung der sublingualen Buprenorphin-Einnahme etwa fünf Minuten in Anspruch – ein zeitaufwendiges Verfahren, das überdies die missbräuchliche Verwendung des Medikaments ermöglicht. Im Strafvollzug wird daher häufig erst einmal Methadon verordnet, was Drogenkonsument_innen bisweilen jedoch als Benachteiligung gegenüber der in Freiheit bestehenden differenzierten Praxis mit einer Auswahl von Medikamenten zur Substitution empfinden. Weshalb ein Substitutionsmittel durch ein anderes ersetzt wird, muss den Gefangenen daher verständlich und überzeugend erklärt werden.

Behandlung mit dem Antagonisten Naltrexon

Verzichten Opiatabhängige auf den Konsum von Opioiden, kann während der Haft oder vor der Entlassung mit einer Naltrexon-Behandlung begonnen werden. Naltrexon ist ein reiner Opiatantagonist und ist daher nicht als agonistisch wirkendes Substitutionsmittel anzusehen. Als Mittel zur ultraschnellen Entgiftung unter Vollnarkose – ein für Patient_innen nicht ungefährliches Verfahren – hat es jedoch beträchtliche Aufmerksamkeit erfahren. In der Erhaltungstherapie wird Naltrexon außerdem seit Jahrzehnten auch als länger wirkender Hemmstoff (voller Opiatantagonist) zur Rückfallprävention eingesetzt.

Eine Einzeldosis besetzt Opiatrezeptoren im Gehirn und hemmt damit 24 Stunden lang die Wirkung konsumierter Opioide. Möglich ist auch die Einnahme einer doppelten/dreifachen Dosis an drei Tagen pro Woche. Naltrexon bewirkt keine euphorischen Gefühle, keine Toleranz und keine Abhängigkeit. Vor Beginn einer Behandlung mit Naltrexon ist in der Regel eine fünf- bis zehntägige Drogenabstinenz erforderlich (die Abstinenzzeit hängt von der Halbwertszeit des zuletzt eingenommenen Opioids ab).

Eine Cochrane-Literaturstudie zur Wirksamkeit von Naltrexon-Erhaltungstherapien (Kirchmayer u. a. 2002; Minozzi u. a. 2006) lieferte allerdings keine Hinweise für die Wirksamkeit von Naltrexon in der Erhaltungstherapie; eine positive Tendenz war nur bei hoch motivierten Personen zu erkennen. Die Wirksamkeit dieser Behandlung ist sicherlich abhängig von der Einhaltung der Therapievorschriften, einer aktiven psychosozialen Unterstützung und der Bereitschaft, das Medikament täglich oder jeden zweiten Tag einzunehmen.

Zusammenfassend betrachtet lassen die Daten den Schluss zu, dass dieses Behandlungskonzept nur für hoch motivierte und intensiv psychosozial betreute Patient_innen infrage kommt.

Drogennotfallschulungen und Anweisungen zum Naloxoneinsatz⁵⁵

Auch wenn viele Gefangene es schaffen, während der Haftzeit ihren Drogenkonsum zu reduzieren oder sogar abstinent zu bleiben, ist das Risiko eines

55 Dettmer, K.; Knorr, B. (2016): Drogennotfalltraining und Naloxonvergabe vor der Haftentlassung. Eine modellhafte Intervention. DAH: Berlin

Rückfalls unmittelbar nach Haftende sehr hoch. In den USA nehmen drei Viertel der Opioidabhängigen/-erfahrenen in den ersten 3 Monaten nach ihrer Entlassung aus dem Gefängnis den Drogenkonsum wieder auf.⁵⁶ Genaue Zahlen liegen für Deutschland zwar nicht vor, aber das Risiko ist ähnlich hoch einzuschätzen. Ohne Opioidtoleranz ist das Mortalitätsrisiko in den ersten 14 Tagen nach Haftentlassung besonders hoch.⁵⁷ Risiken bestehen aber auch für Menschen, die sich während der Haftzeit in Substitutionsbehandlung befanden, diese aber nicht unmittelbar nach Haftentlassung fortführen können, rückfällig werden und/oder Mischkonsum betreiben, bis sie wieder in eine Substitutionsbehandlung eintreten.

Da viele Opioidabhängige Erfahrungen mit Überdosierung haben, entweder als Betroffene oder als Zeugen, kann eine Drogennotfallschulung und eine Aufklärung über Naloxon oder sogar eine Abgabe des Mittels lebensrettend sein. Die Schulung kann kurz vor der Entlassung in Haft oder im Freigang, ggf. mit Partnern, durchgeführt werden.

Naloxon ist ein Opioidantagonist, der die atemdämpfende Wirkung und die zentralnervösen Dämpfungszustände (z. B. Bewusstlosigkeit), die durch natürliche oder synthetische Opioide verursacht wurden, vollständig oder teilweise aufheben kann. Dabei verdrängt Naloxon Opioide von den Opioidrezeptoren. Ob die Wirkung der Opioide teilweise oder komplett aufgehoben wird, hängt von der Dosierung des Antagonisten ab. Mit der Vergabe von Naloxon und einem entsprechenden Training bei Haftentlassung sind in mehreren Ländern Europas gute Erfahrungen gemacht worden⁵⁸. Insbesondere in Schottland gibt es langjährige Erfahrungen und gut dokumentierte Erfolge⁵⁹, während sich diese Intervention in Deutschland noch in der Planungs- bzw. Erprobungsphase befindet.

56 Fox et al. (2015): Research on prison TCs, including several meta-analyses, suggests that these interventions can reduce post-prison recidivism and relapse when combined with aftercare treatment following release. In: Mitchell O, Wilson DB, MacKenzie DL. Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *J Exp Criminol.* 2007;3:353–375

57 Zlodre, J., Fazel, S. (2012): All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis, *American Journal of Public Health* 102, pp. e67–75 (doi:10.2105/AJPH.2012.300764)

58 EMCDDA (18.1.2016): Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone. New EMCDDA insights into naloxone, the overdose antidote that can help save lives

59 Scottish Drugs Forum – Take Home Naloxone (THN) Overdose Intervention Training: <http://www.sdf.org.uk/what-we-do/reducing-harm/take-home-naloxone/naloxone-training/> (letzter Zugriff: 6.12.2017) vgl. auch: Horsburgh K, McAuley A. Scotland's national naloxone program: The prison experience. *Drug and alcohol review.* 2017 Apr 10

III. Substitutionsbehandlung im Strafvollzug⁶⁰

Um in der Gesundheitsversorgung den gleichen Standard zu gewährleisten, wie er in Freiheit verfügbar ist, muss allen opioidabhängigen Gefangenen ihren gesundheitlichen Bedürfnissen und ihrer Situation entsprechend eine Substitutionsbehandlung ermöglicht werden. Da viele opiatabhängige Gefangene unmittelbar nach der Entlassung wieder rückfällig werden, sollten sie nach gründlicher Information zwischen einer Entgiftungs- und einer Erhaltungstherapie wählen können.

Angesichts des oft schubförmig-remittierenden Verlaufs der Opiatabhängigkeit bewirkt eine Entgiftung allein aber nur bei einer Minderheit der Drogenkonsument_innen eine langfristige Veränderung.

Der Nutzen von Substitutionsprogrammen lässt sich maximieren, wenn

- die Patient_innen die Behandlung kontinuierlich fortführen
- höhere statt niedrigere Substitutionsmitteldosen verordnet werden
- die Therapie auf Erhaltung anstatt auf Abstinenz ausgerichtet ist
- Beratung, Diagnose und Behandlung von psychiatrischen Begleiterkrankungen und sozialen Problemen angeboten werden
- das therapeutische Bündnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient_in genutzt und gefestigt wird, um den Konsum zusätzlicher Drogen zu reduzieren.

Beginn einer Substitutionsbehandlung

Für den Beginn einer Opiaterhaltungstherapie im Gefängnis kommen folgende Zeitpunkte infrage:

60 Vgl. auch DAH (2015): Substitution in Haft. Berlin

- unmittelbar nach Haftantritt
- während der Haft
- die Phase vor der Haftentlassung (ca. 6 Monate vor dem Entlassungstermin).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass bei drogenabhängigen Gefangenen direkt nach der Entlassung ein extrem hohes Rückfall- und Überdosierungsrisiko, oft mit Todesfolge, besteht.

Überdosierungen nach der Entlassung und Suizide im Gefängnis waren in vielen Ländern ausschlaggebend dafür, im Strafvollzug Substitutionsprogramme einzuführen.

Entgiftung

Manche Drogenkonsument_innen erreichen in Haft eine dauerhafte Abstinenz. Bei der Mehrzahl aller Fälle bewirkt eine Entgiftung allein jedoch kaum eine dauerhafte Veränderung.

Es hängt von verschiedenen Faktoren ab, ob im Gefängnis ein Entgiftungsprogramm oder eine kontinuierliche Substitutionstherapie angeboten/durchgeführt wird. Zu den institutionellen Faktoren zählen Ressourcen- und/oder Personalmangel und als Folge eine nur begrenzte Zahl an Behandlungsplätzen, unzureichendes Know-how, Mangel an unterstützenden Regelungen und Richtlinien, Abhängigkeit von der Entwicklung der Substitution im öffentlichen Gesundheitswesen, abweichende Substitutionsrichtlinien für den Strafvollzug oder restriktive Substitutionsrichtlinien außerhalb des Strafvollzugs.

In Deutschland ist eine Substitutionsbehandlung prinzipiell in allen Justizvollzugsanstalten möglich. Wo aus institutionellen Gründen keine Substitutionsbehandlung ermöglicht werden kann, sollte die Verlegung in eine andere Haftanstalt angeboten werden.

Patientenbezogene Faktoren lassen sich wie folgt beschreiben: Manche Gefangene möchten eine schnelle Entgiftung, um vollständig drogenfrei zu werden; sie wollen daher nicht mehr mit Drogen und anderen Drogenkonsument_innen in Kontakt kommen und von Abhängigkeit und Drogenproblemen nichts mehr wissen. Sie möchten entweder die Zeit in Haft als drogenfreie

Phase nutzen oder ein neues Leben beginnen und bei der Entlassung darauf vorbereitet und „clean“ sein. Dies spielt auch eine bedeutende Rolle in Bezug auf ihr Verhalten gegenüber Partner_innen und Familienangehörigen. Ärzt_innen und Pflegepersonal erheben jedoch bisweilen Einwände gegen ein solches Ziel, wenn sie den Zeitrahmen, den der_die Gefangene für die Entgiftung ansetzt, für zu kurz, zu ehrgeizig und somit für unrealistisch halten. Besonders bei einer zu schnellen Entgiftung kann es leicht zu einem Rückfall mit einem Überdosierungsrisiko kommen.

Wichtig ist daher ein individueller Therapieansatz, bei dem Ärzt_innen ihre Patient_innen umfassend über die Vor- und Nachteile einer schnellen gegenüber einer langsamen Entgiftung aufklären.

Rückfälle nach Entgiftungen sind überaus häufig, weshalb eine Entgiftung allein nur selten eine geeignete Methode zur Behandlung der Drogenabhängigkeit darstellt. Daher bietet es sich an, den Entzug als graduelle Entgiftung vorzunehmen und im Anschluss daran eine abstinenzorientierte Behandlung oder Betreuung (z.B. innerhalb von Betreuten Wohneinrichtungen) anzubieten. Die zweite Option besteht in einer langfristigen Substitutionsbehandlung. Um erfolgreich zu sein, müssen die Interventionen so weit wie möglich auf die Bedürfnisse der Patient_innen zugeschnitten werden.

Drogenkonsument_innen sind eine äußerst heterogene Gruppe. Ihre Bedürfnisse hängen u. a. davon ab, in welchem Stadium der Drogenkarriere sie sich befinden, wie hoch ihre Selbstwirksamkeit ist und inwieweit sie soziale Unterstützung erhalten. Solche Faktoren können dazu beitragen, dass eine schnellere Dosisreduzierung gewünscht wird. Die Therapiebedürfnisse scheinen außerdem bei Frauen anders zu sein als bei Männern (siehe Punkt: Frauenspezifische Besonderheiten, S. 90).

Dosierung und Überwachung der Einnahme

Weil es so etwas wie eine „Dosis für alle“ nicht gibt, sollten Fragen zur Dosierung zwischen Arzt/Ärztin und Patient_in unter Berücksichtigung der persönlichen Situation geklärt werden. Dabei sollte es möglich sein, in Ruhe über die von den Patient_innen gewünschte Reduzierung oder Erhöhung der Dosis zu sprechen.

Jede_r Patient_in stellt eine einzigartige medizinische Herausforderung dar. Daher lässt sich keine einheitliche Dosis als „Goldstandard“ für alle Patient_innen festlegen, mit der ein bestimmter Medikamentenspiegel im Blut erreicht werden könnte. Klinische Anzeichen und von den Patient_innen berichtete Entzugssymptome sowie fortgesetzter Konsum verbotener Opioide oder anderer psychotroper Substanzen sind verlässliche Hinweise auf eine inadäquate Dosis. Wenn es zu bestimmen gilt, welche Medikamentenmenge bei einer Substitutionsbehandlung ausreicht, scheint es eine tägliche Höchstdosis nicht zu geben.

Die Dosis ist so festzulegen, dass das Craving, also der „Heroinhunger“, abnimmt und Heroin dann nicht mehr als euphorisierende Droge konsumiert wird.

Nähere Informationen zur Dosierung und detaillierte Therapieempfehlungen (schnelle/langsame Entgiftung oder Erhaltungsbehandlung) finden sich in den Methadonrichtlinien von Euro-Metwork <http://www.q4q.nl/euro-metwork/deutsch/publikationen/methadon-richtlinien/>.

Anders als „draußen“ können bei der Substitutionsbehandlung im Gefängnis manchmal verhältnismäßig niedrige Dosen ausreichend sein. Dafür gibt es zwei Gründe: Erstens gewährleistet die allgemeine Überwachung im Gefängnis eine nahezu vollständige und kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels, und zweitens gibt es im Strafvollzug deutlich weniger Mischkonsum.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die durchschnittliche Substitutionsdosis in den Gefängnissen deutlich differiert (zwischen 30 und 70 mg Methadon).

Gefangene müssen über die ihnen verordnete Dosis informiert werden, sofern sie nicht ausdrücklich darauf verzichten.

Die Überwachung der Einnahme (Methadon: flüssig oder als Tablette) ist unterschiedlich organisiert und erfolgt durch das Pflegepersonal oder die Vollzugsbeamt_innen, je nachdem, wie und wo das Medikament ausgegeben wird: auf der Krankenstation, auf den Fluren oder in den Zellen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Gefangenen die gesamte Dosis schlucken. Meist müssen die Patient_innen zur Überprüfung anschließend sprechen.

In einigen Gefängnissen gibt das Vollzugspersonal das Substitutionsmittel aus, wenn das medizinische Personal nicht im Dienst ist. Dies sollte unter Einhaltung der Diskretion erfolgen.

Man ist sich darüber einig, dass die Einnahme von Substitutionsmitteln (wie auch von anderen psychoaktiven Substanzen, Antidepressiva usw.) überwacht werden muss, damit sie wie vorgeschrieben geschluckt werden. Dies soll die Gefahr reduzieren, dass Substituierte von anderen Gefangenen zum Verkauf oder zur Herausgabe ihrer Dosis genötigt werden und es bei Patient_innen ohne Opiattoleranz zu einer Überdosierung kommt.

Die Kontrolle der sublingualen Einnahme von Buprenorphin nimmt einige Zeit in Anspruch (5–10 Min.).

Urinkontrollen

Die Meinungen über ärztlich angeordnete Urinkontrollen und die Folgen solcher Untersuchungen sind unterschiedlich. In Fachkreisen wird über dieses Thema viel diskutiert. Zwar spielen Urinkontrollen bei der medizinischen Erstuntersuchung eine wichtige Rolle, da sie Aufschluss darüber geben, ob ein_e Patient_in tatsächlich Opiate konsumiert. Allerdings werden sie oft auch genutzt, um festzustellen, ob neben dem verordneten Medikament weitere Substanzen konsumiert werden. Viele Fachleute bezweifeln den therapeutischen Wert solcher Kontrollen und machen geltend, dass dieselben Informationen auch durch eine Befragung des Patienten/der Patientin gewonnen werden können, was Zeit und Kosten sparen würde. Das allerdings setzt ein gutes, von Respekt und gegenseitigem Vertrauen getragenes Arzt-Patient-Verhältnis voraus.

Es gibt gute Gründe, in einer positiven Urinprobe keinen Anlass für einen Behandlungsabbruch zu sehen. Vielmehr sind Rückfälle als Symptome der chronischen Suchterkrankung zu begreifen, aufgrund derer der_die Patient_in behandelt wird.

Der Umgang mit Urinkontrollen und dem Konsum weiterer Substanzen sind in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger geregelt.

Abbruch der Substitutionsbehandlung

Bei einigen Programmen können Patient_innen, die Substitutionsmittel missbräuchlich verwenden oder manipulieren, von der Therapie ausgeschlossen werden. In solchen Fällen ist es jedoch sehr wichtig, dass die Patient_innen schon lange genug in Behandlung waren und eine ausreichend hohe Dosis bekamen. Der Abbruch der Substitution ist das letzte Mittel, das eingesetzt werden sollte. Der Behandlungsabbruch setzt die Patient_innen dem Risiko aus, rückfällig zu werden.

So heißt es in der (auch für den Justizvollzug verbindlichen) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (2017): „Behandlungsabbrüche sind mit einem erhöhten Gefährdungspotenzial für die Gesundheit des Patienten verbunden, weshalb versucht werden sollte, Patienten möglichst langfristig in Substitutionsbehandlung zu halten.“ Oder: „Bevor eine Behandlung gegen den Willen des Patienten beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassung ...“. An anderer Stelle heißt es: „Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Verstoß gegen getroffene Vereinbarungen begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein.“

Folgendes abgestuftes Vorgehen ist zu empfehlen:

- Gesprächsversuche intensivieren, psychosoziale Betreuung einbeziehen
- Dosisanpassung überprüfen
- stationären (Teil-)Entzug anbieten
- psychiatrisch untersuchen und gegebenenfalls behandeln
- anderes Behandlungssetting
- Abbruch.

(aus dem ASTO-Handbuch der Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Eine Substitutionsbehandlung sollte nie als Belohnung für Wohlverhalten gewährt oder als Strafe verweigert werden. Vielmehr sollte sie Teil einer normalen Behandlung in einem breiten Spektrum medizinischer und psychosozialer Optionen sein.

Bedeutung der psychosozialen Betreuung (PSB)

Die Komplexität der Drogenabhängigkeit liegt im Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Faktoren begründet. Daher empfiehlt es sich, zur Substitutionsbehandlung eine psychosoziale Betreuung anzubieten. Die Substitution sollte jedoch nicht von der Verfügbarkeit einer PSB abhängen (in manchen Justizvollzugsanstalten reichen die Kapazitäten für die Beratung und Betreuung nicht aus), weil sie bereits für sich allein wirksam ist.

Bei der Substitution geht es allerdings nicht allein um die Behandlung der Opiatabhängigkeit, vielmehr gilt es, auch physische und psychosoziale Aspekte einzubeziehen. Oft erfordert die Überwindung der Sucht eine erhebliche körperliche und seelische Umstellung und eine grundlegende Veränderung der Lebensweise, was sich in der Regel in einem langwierigen Prozess vollzieht. Eine psychosoziale Betreuung, die bei der Auseinandersetzung mit psychischen, medizinischen und sozialen Problemen unterstützt, wird deshalb auch im Justizvollzug als eine sinnvolle Ergänzung der medizinischen Seite der Substitution angesehen (vgl. Walborn 2007).

Gleichzeitige Verordnung von Benzodiazepinen und Beikonsum anderer Drogen

Viele Drogenkonsument_innen betreiben Mischkonsum, um sich darüber hinwegzuhelfen, dass das bevorzugte Opiat (Heroin) nicht verfügbar ist. Die dabei angewandten Konsummuster bedingen häufig eine zusätzliche Abhängigkeit mit gravierenden Symptomen, die eine Entgiftung erschweren. Opiatabhängige und intravenös Konsumierende greifen – neben Opiaten – oft auf verschiedene psychoaktive Substanzen einschließlich Alkohol zurück.

Mehrere Studien haben gezeigt, dass besonders der Konsum von Kokain zusammen mit Opiaten bisweilen zum Scheitern der Behandlung führt. Werden Drogen wie Kokain intravenös konsumiert, kann außerdem durch die Opiat-substitution nicht mehr so effektiv riskantes Verhalten reduziert werden. Die bisherigen Erkenntnisse weisen jedoch darauf hin, dass der Kokainkonsum ebenso abnimmt wie der Opiatkonsum, wenn Opiatabhängige ihre Behandlung konsequent fortführen.

Auszug der Substitutionsrichtlinien für Justizvollzugsanstalten in Österreich (nach Prof. Dr. Jörg Pont, Dr. Eva Resinger und Dr. Bernhard Spitzer, Wien 2005)

Seit 1987 werden in Österreich, durch das 1998 novellierte Suchtmittelgesetz geregelt, opiatabhängige Patient(inn)en mit synthetischen Opioiden im Rahmen einer oralen Erhaltungstherapie behandelt. Die Substitutionsbehandlung ist eine medizinische Maßnahme.

Zweck der Substitution

- 1 psychische und physische Stabilisierung von opiatabhängigen Menschen
- 2 Eindämmung der Beschaffungskriminalität und Vermeidung von Schulden
- 3 Verminderung von intravenösem Drogenkonsum und Needle-sharing und somit der Übertragung von Hepatitis B/C und HIV/Aids.

Strategien der Substitution

- A *Entzugstherapie*: Als Überbrückung bis zur Abstinenz wird in kleinen Schritten mit einer Substitutionssubstanz behandelt.
- B *Einstellungstherapie*: Sie erfolgt nach einem Aufklärungsgespräch mit der Patientin/dem Patienten und kann bis zum Erreichen der passenden Substitutionsmitteldosis mit erheblichen Entzugsbeschwerden einhergehen.
- C *Überbrückungstherapie*: Patient(inn)en mit eklatantem Opiatabusus werden bis zur geplanten Entzugstherapie substituiert.
- D *Dauertherapie*: Patient(inn)en werden wegen der Schwere ihres Krankheitsbildes aufgrund der Opiatabhängigkeit zum Schutz vor weiteren gesundheitlichen, psychischen und sozialen Schäden über Jahre oder bis zum Lebensende substituiert.
- E *Reduktionstherapie*: Patient(inn)en, die dies wünschen, werden über eine ausreichend lange Zeit entsubstituiert.

Substitutionsmittel

Nur solche Substitutionsmittel sollten zur Anwendung kommen, die eine mindestens 24-stündige Wirkdauer aufweisen und somit nur einmal pro Tag ver-

abreicht werden müssen. Andere Medikamente eignen sich nicht für die Substitution. Folgende Substitutionsmittel sind zu empfehlen:

- 1 **Methadon** ist das am längsten bekannte Substitutionsmittel (es wird seit 1965 zur Behandlung der Opiatabhängigkeit eingesetzt) und auch das kostengünstigste. Methadon ist ein Morphinagonist mit einer Halbwertszeit von 24 bis 36 Stunden.

Die Substanz wird in Form einer Zuckerlösung zubereitet und verabreicht, um eine intravenöse Applikation zu vermeiden. Das Abhängigkeitspotenzial ist, wie auch bei den retardierten Morphinen, als sehr stark zu bezeichnen.

Methadon wird normalerweise täglich in der Apotheke oder in der betreuenden Institution oral eingenommen, da in dieser Applikationsform – anders als bei intravenösem Gebrauch – kein euphorisierendes Gefühl auftritt.

Die durchschnittliche Dosis in der Erhaltungstherapie liegt zwischen 40 bis 80 mg +/-20 mg täglich. Eine Dosis von mehr als 120 mg täglich ist nicht zu empfehlen. Das Dosisäquivalent von Methadon zu retardierten Morphinen entspricht 1:6 bis 1:8. Die Einstiegsdosis beträgt 30 bis 40 mg täglich bei einer Aufsättigung von ca. 10 mg pro Woche. Empfohlene Reduktionsschritte: 5 bis 10 mg pro Woche.

- 2 **Buprenorphin** (Subutex R) ist ein gemischter Opioidagonist/-antagonist mit einer Halbwertszeit von 6 bis 8 Stunden, der einmal pro Tag zur oralen Einnahme sublingual verabreicht wird. Die Tagesdosen bewegen sich zwischen 8 bis 16 mg, die Verschreibung erfolgt als Sublingualtablette 2 mg und 8 mg.

Im Vergleich zu den anderen Substitutionsmitteln erleben sich die Patienten unter dieser Erhaltungstherapie als sehr klar und „nüchtern“. Für inhaftierte Suchtkranke stellt dies situationsbedingt oftmals ein Problem dar, zumal sie diesen Bewusstseinszustand auch in Freiheit nicht ertragen haben und die Aufarbeitung der Probleme in Haft naturgemäß bewusster, aber nicht einfacher wird. Die Zielgruppe für diese Substanz ist nach derzeitigen Erfahrungen eine krankheitseinsichtige und motivierte Klientel. Als häufigste Nebenwirkung werden Kopfschmerzen beschrieben.

Bei der Umstellung von Methadon oder retardierten Morphinen auf Buprenorphin ist wichtig, dass es einen Tag Substanzkarenz geben muss, um nicht ein akutes Opiat-Entzugssyndrom auszulösen.

- 3 **Retardierte Morphine** (Substitol retard, Mundidol Uno retard, Compensan retard) werden einmal täglich in Kapselform (Substitol retard, Mundidol Uno retard) oder als Tablette (Compensan retard) eingenommen. Der Inhalt der Kapseln kann auch in ein Glas Wasser geleert und auf diese Weise eingenommen werden, ohne dass ein Wirkungsverlust eintritt.

Die mittlere Morphindosis pro Tag beträgt 520 mg, die empfohlene Höchstdosis liegt bei ca. 1.000 mg. Bei Patienten unter antiviraler Therapie sind auch Dosen bis 1.200 mg erforderlich.

Die Einstiegsdosis richtet sich nach dem Drogenkonsum der Patient(inn)en und ist im Standardfall 200 mg; eine Aufsättigung erfolgt mit 60 bis 120 mg pro Woche. Reduktionsschritte: 30 bis 60 mg pro Woche.

Retardierte Morphine haben ein geringeres Nebenwirkungsspektrum als Methadon (weniger Depressionen, weniger Antriebslosigkeit, weniger vegetative Beschwerden, weniger Gewichtszunahme).

Bei allen Substitutionssubstanzen sind Arzneimittelinteraktionen, die insbesondere durch kompetitive Inhibition oder Induktion von Cytochrom P 450 hervorgerufen werden, zu beachten: Die Antibiotika Ciprofloxazin, Erythromycin, Clarithromycin, orale Kontrazeptiva und Antidepressiva (SSRIs, z.B. Fluvoxamin) erhöhen die Opioidwirkung, während die HIV-Virostatika Nevirapine, Efavirenz und Nelfinavir/Ritonavir sowie das naturheilkundliche Präparat Johanniskraut eine Verminderung der Wirkung hervorrufen können.

Obligatorische Vereinbarungen mit den Patient(inn)en

Anmerkung: Die Vereinbarungen in Deutschland sehen ähnlich aus, die Meldung

- 1 Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten und Meldung an die SÜST (Suchtmittelüberwachungsstelle)
- 2 Observanz der Einnahme unter Sicht

- 3 ärztliche Kontrolle eines gesundheitsschädigenden Beikonsums durch Harn-tests
- 4 regelmäßige Betreuung durch interdisziplinäre Fachdienste
- 5 Für jede Patientin/jeden Patienten muss eine genaue Aufklärung über das Substitutionsmittel und die Gefahren einer falschen Applikation sowie eines eventuellen Beikonsums erfolgen.
- 6 Beendigung der Substitution bei nicht kontrollierbarer missbräuchlicher Verwendung.

Indikationen für Substitutionen in Justizanstalten

- 1 Der Patient kommt extramural substituiert in die Justizanstalt und wird nach Bestätigung der jeweiligen Apotheke weitersubstituiert.
- 2 Der Patient hatte vor der Inhaftierung einen Opiatabusus, von dem er innerhalb der Justizanstalt nicht loskommen kann und daher vor einem vorprogrammierten Rückfall nach der Enthaftung bewahrt werden soll.
- 3 Der Patient wird opiatsüchtig innerhalb der Justizanstalt, kommt jedoch nach einigen Entzugstherapien nicht von den Opiaten los und wird zur Leidensminderung („harm-reduction“) zu seiner Sicherheit und gesundheitlich-sozialen Prophylaxe substituiert.

Notwendige Kontrollen

- 1 genaue Kontrolle der Einnahme des Substitutionsmittels durch das instruierte Personal (Krankenpflegepersonal, Beamte)
- 2 verpflichtende ärztlich geordnete Harnkontrollen.

Nachweisbarkeit im Harn

- 1 Morphine, Buprenorphin: 4 bis 5 Tage
- 2 Methadon: bis zu 3 Wochen (abhängig von mehreren Faktoren).

Ethische Grundsätze der Substitution

Die Suchtkrankheit ist eine chronisch rezidivierende Erkrankung, wobei das eigentlich angesetzte Therapieziel der Heilung (= Abstinenz) nur selten erreicht wird. Die moderne Suchttherapie nimmt zusehends mehr den Begriff der „harm-reduction“, also der Leidensminderung auf. Die Priorität der Suchttherapie soll in einer Abklä-

rung der Komorbiditäten liegen – sprich der Erkenntnis und Reflexion der Auslöser und Ursachen für die Sucht.

Als erstes Substitutionsmittel empfiehlt sich, aus wissenschaftlichen Erfahrungsgründen und nebenbei aus Kostengrundsätzen, Methadon.

Bei Auftreten starker Nebenwirkungen unter Methadon muss eine Umstellung auf ein besser verträgliches Substitut erwogen werden.

Patient(inn)en, die extramural mit einem Substitutionsmittel gut eingestellt waren, soll in Haft das gleiche Substitutionsmittel weiterverordnet werden.

Gelegentliche Rückfälle gehören zum Wesen der Suchtkrankheit und sollen keinesfalls automatisch einen Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm bedeuten, sondern eine weitere Gesprächsbasis zwischen dem Substituierenden und dem Patienten eröffnen. Insbesondere muss geklärt werden, ob die Substitutionsmitteldosis ausreicht oder erhöht werden muss. Treten Rückfälle trotz hoher Dosierung sehr oft auf, muss ein eventueller Wechsel des Substitutionsmittels überlegt werden.

Bei wiederholter ordnungswidriger Einnahme des Substitutionsmittels und/oder missbräuchlicher Verwendung soll der Patient langsam herunterdosiert und aus dem Substitutionsprogramm genommen werden, da er augenscheinlich doch zu wenig an basaler Motivation und Disziplin für die Substitution aufbringen kann.

Levomethadon

Levomethadon ist ein analgetischer und dämpfender Wirkstoff aus der Gruppe der Opiode, der zur Behandlung von Schmerzen und zur Substitutionstherapie bei einer Opioidabhängigkeit eingesetzt wird. Die Effekte beruhen hauptsächlich auf der Bindung an μ -Opioid-Rezeptoren. Levomethadon ist das aktive L-Enantiomer des Racemats Methadon, wobei Levomethadon etwa doppelt so stark wirksam ist wie das Racemat, weil es nur die aktive Substanz enthält.

Levomethadon hat eine Wirkdauer von etwa 4 bis 6 Stunden. Die Halbwertszeit ist lang und liegt zwischen 14 bis 55 Stunden.

Codein⁶¹

Bei Codein handelt es sich um ein Opium-Alkaloid, welches zu 0,3 bis 3% im Opiumsaft enthalten ist. Codein gehört zur Gruppe der Opiate, wird aus dem getrockneten Saft unreifer Schlafmohn-Kapseln gewonnen und im Körper u. a. zu Morphin umgewandelt. Opium ist der getrocknete Milchsaft des Schlafmohns mit den Wirkstoffen Morphin und Codein. Als Dihydrocodein (codinol) wird der halbsynthetische Abkömmling von Codein bezeichnet.

In der Medizin wird Codein hauptsächlich als Antitussivum (hustenstillendes Mittel), selten als Schmerzmedikament in Kombinationspräparaten verwendet. Hierfür wird das Morphin-Molekül zugunsten der hustendämpfenden Wirkung durch Methylierung verändert. Dies ist ein Verfahren zur Herstellung von Codein aus Morphin. Dabei wird die schmerzstillende, beruhigende und atemhemmende Wirkung des Morphiums vermindert (die aber in höheren Dosen des Codeins weiterhin vorhanden ist).

Codein wird in Form von Tabletten, Zäpfchen oder als Saft konsumiert. Codein nasal oder intravenös zu applizieren ist nicht sinnvoll, da es zu starken Nebenwirkungen kommt und die Wirkung der Substanz sowieso erst bei durch die Leberpassage (Verstoffwechselung nach Resorption im Magen) aktiviert wird.

Da Codein im Körper zu Morphin umgewandelt wird, wirkt es auch als solches. Anders als bei Heroin geschieht dies jedoch langsamer und weniger intensiv, was auch ein weniger intensives Rauscherlebnis zur Folge hat. Der Konsum bewirkt ein Gefühl der Gelassenheit, Unbeschwertheit und Euphorie. Eine Steigerung des Selbstbewusstseins ist möglich.

Ab 20–50 mg kann es zu allgemeiner geistiger Aufregung, Hitze im Kopf und Pulsbeschleunigung kommen. 100–200 mg erzeugen Schlaf und Betäubung.

Bei Einzeldosen über 400 mg ist oft keine weitere Wirkungssteigerung festzustellen, da die Leber nicht in der Lage ist, so viel Codein in kurzer Zeit in das wirksame Morphin umzuwandeln. Dihydrocodein (synthetische Abwandlung von Codein) ist etwa 1,1- bis 1,5-mal so stark wie Codein.

61 Vgl. drugscouts: <https://drugscouts.de/de/lexikon/codein> (letzter Zugriff: 10.11.17)

Kurzzeitnebenwirkung

Benommenheit, Kopfschmerzen, Verstopfung und Schwierigkeiten beim Urinieren, Appetitlosigkeit, Juckreiz, Senkung der Atemfrequenz und Pupillenverengung können auftreten.

Langzeitnebenwirkung

Da die körpereigene Endorphinproduktion bei dauerhaftem Konsum nachhaltig gestört wird, kommt es zu einer Endorphin-Unterversorgung bei Absetzen von Codein mit folgenden Symptomen: Zunahme von Ruhelosigkeit, Magen- und Beinkrämpfe, Erbrechen, Durchfall, Kälteschauer, Zittern, heftiges Schwitzen und Muskelspasmen.

Die Gefahr einer Endorphinunterproduktion bei mehrmaligem Codeinkonsum hängt von Dauer und Häufigkeit des Konsums sowie der Dosis ab. Die wiederholte Einnahme kann zu einer Toleranzentwicklung führen. Die Dosis muss dann erhöht werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Bei Männern kann es zu einer verringerten Libido und zu Unfruchtbarkeit kommen, bei Frauen zu unregelmäßiger oder ausbleibender Menstruation sowie verminderter Fruchtbarkeit.

Codein und Alkohol: herabgesetzte Leistungsfähigkeit der Psychomotorik. (Gesamtheit des körperlichen und seelischen Ausdrucksverhaltens, das durch psychische Vorgänge beeinflussbar ist, z. B. die Mimik).

Diamorphin⁶²

Heroin (chem. Diacetylmorphin/Diamorphin) gehört zur Gruppe der Opiode und wird aus Rohopium hergestellt, dem eingetrockneten Milchsaft des Schlafmohns (lat. papaver somniferum).

Die Substanz wurde 1873 zum ersten Mal (halb-)synthetisch hergestellt und ab 1898 in größeren Mengen u. a. als Schmerz- und Hustenmittel von der Firma Bayer auf den Markt gebracht.

62 Vgl. drugscouts: <https://drugscouts.de/de/lexikon/heroin> (Zugriff 10.11.17)

Heroin wird als weißes, cremefarbenes, graues oder bräunliches Pulver auf dem Schwarzmarkt gehandelt und enthält meist Streckmittel sowie Verunreinigungen aus der Herstellung. Der Reinheitsgrad des Straßenheroins kann in Europa zwischen 3 % und 40 % (braunes Heroin) bzw. 6 % und 70 % (weißes Heroin) schwanken. In der BRD beträgt der Reinheitsgehalt meist zwischen 3 % und 25 %, sehr selten bis zu 60 %.

Häufig wird Heroin mit einem Gemisch aus Koffein und Paracetamol gestreckt. Gängige wirkungslose Streckstoffe sind Milchpulver, Mannit, Mehl, Talkum und Ascorbinsäure. Psychoaktive Substanzen wie Valium (Diazepam) und Rohypnol (Flunitrazepam) werden minderwertigem Heroin beigemischt, um dessen Wirkung zu steigern.

Seit 2009 gab es immer wieder Fälle von Milzbrandinfektionen, die durch Heroin verursacht wurden, welches mit Milzbranderreger (Anthrax) versetzt war. Schwere Erkrankungsverläufe und einige Todesfälle waren die Folge. Andere Bezeichnungen für Heroin: H («Äitsch»), Schore, Material, Braunes, Cachla (arabisch: schwarz, dunkel), Brown Sugar usw.

Heroin wird geschnupft, geraucht (inhaliert) oder intravenös injiziert. Seltener wird es unter die Haut oder in die Muskeln gespritzt oder rektal appliziert.

Die Spanne zwischen verträglicher bzw. wirksamer und tödlicher Dosis ist sehr gering.

Wirkung

Die Wirkung ist u.a. abhängig von Dosis, Reinheitsgrad, Gewöhnungseffekten, Konsumform sowie von Set (psychische und physische Voraussetzungen des Users) und Setting (Rahmenbedingungen des Konsums). Wirkungseintritt: nach etwa 10 Sekunden bei intravenösem Konsum, geraucht oder gesnieft nach ein paar Minuten. Die Wirkdauer ist von der Dosis und der Qualität des Stoffes sowie der Konsumform abhängig und beträgt 2–5 Stunden.

Heroin hat eine euphorisierende, ausgleichend beruhigende und angstlösende Wirkung. Gefühle von Geborgenheit und tiefer Selbstzufriedenheit stellen sich ein, Sorgen treten in der Wahrnehmung zurück, man fühlt sich wie in Watte gepackt. Der beim intravenösen Konsum eintretende Kick wird von vielen Usern als sehr intensiv erlebt und als absolutes Hochgefühl beschrieben.

ben. Beim Rauchen und Sniefen ist der Kick weniger stark ausgeprägt, da hier die Substanz nicht direkt ins Blut übergeht und somit im Gehirn weniger stark bzw. schnell anflutet. Die Wirkung hält jedoch länger an als beim intravenösen Konsum. Je nach Dosis und Konsumform wirkt Heroin unterschiedlich stark analgetisch (schmerzlindernd) und hustendämpfend.

Außerdem kommt es zu folgenden Wirkungen: Verlangsamung der Atem- und Herzfrequenz, herabgesetzter Stoffwechsel sowie verminderte Darmtätigkeit.

Symptome sind Blutdruckabfall, Pulsverlangsamung, Pupillenverengung, Verstopfung, Harnverhaltung und Atmungsdepression bis Atemstillstand.

Langzeitnebenwirkungen

Bei häufigem Konsum über einen längeren Zeitraum kann es zu Abnahme der Libido (sexuelles Verlangen) und Verstopfungen sowie durch die Verunreinigungen im Heroin zu Organschädigungen kommen. Außerdem nimmt die Wirkintensität kontinuierlich ab – die Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung).

Das Risiko psychischer und körperlicher Abhängigkeit schon nach kurzer Zeit ist hoch.

Wechselwirkungen

Grundsätzlich gilt: Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum; Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden. Es können auch ganz unerwartete Effekte auftreten, die nicht der Summe der Einzelwirkungen entsprechen. Die Wirkungen der jeweiligen Substanzen können zu verschiedenen Zeiten eintreten und unterschiedlich lange anhalten, dadurch können Wechselwirkungen zeitverzögert auftreten.

Insbesondere für Heroin gilt: ***Streckmittel und unbekannter Reinheitsgrad machen (Wechsel-)Wirkungen und Risiken schwer oder nicht kalkulierbar.***

Auszug aus den im Rahmen des Schweizer Projekts „Bekämpfung gegen Infektionskrankheiten im Gefängnis“ erarbeiteten Empfehlungen⁶³ Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) im Schweizer Strafvollzug

Catherine Ritter

1. Prävention

Den Gefangenen sind die zur Prävention des Opioidkonsums notwendigen Informationen in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen (siehe BAG: Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis Vademekum⁶⁴).

2. Erkennung und Diagnose von Opioidgebrauch/Opioidabhängigkeit

Der Substanzgebrauch ist bei jedem Neuzugang beim ersten Kontakt mit Gesundheitsfachleuten zu ermitteln.

Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- ◆ Substanzgebrauch:
 - aktueller Gebrauch von Substanzen einschließlich Tabak, Alkohol, Medikamente (mit oder ohne Verschreibung): Datum/Stunde, Menge und Art der letzten Einnahmen, seit der Inhaftierung verschriebene/verabreichte Medikamente
 - Konsumarten (Rauchen, Sniffen, intravenöse Zufuhr) und Risikoverhalten
- ◆ rechtzeitige Behandlung, insbesondere Substitution: Dosierung, Einnahmekontrolle
- ◆ Kriterien für eine Opioidabhängigkeit abklären (ICD-10 oder DSM-5). Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung sind folgende Punkte abzuklären:

63 Das Projekt wurde mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) und der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektor_innen (KKJPD) durchgeführt (2008–2011). Weitere Informationen befinden sich auf: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/zielgruppe-mit-erhoehtem-expositionsrisiko-achse2/bekampfung-von-infektionskrankheiten-im-gefängnis.html> (letzter Zugriff: 5.12.2017)

64 <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/gefaegnisse/vademekum-uebertragbare-krankheiten-im-gefängnis.pdf.download.pdf/vademekum-uebertragbare-krankheiten-im-gefängnis.pdf> (letzter Zugriff: 5.12.2017)

- objektive und subjektive Entzugszeichen
- somatischer Allgemeinzustand: Bewusstsein, Gewicht, Blutdruck, Hautmanifestationen
- Komplikationen des intravenösen Gebrauchs, die sofortige Maßnahmen erfordern: Abszess, Thrombose, Endokarditis.

3. Therapie und Verlauf

Jeder opioidabhängigen Person soll eine individualisierte Behandlung ermöglicht werden, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist und sich dem klinischen Verlauf sowie der Entwicklung der persönlichen Motivation und der strafrechtlichen Situation anpasst.

Vier gängige Situationen, in denen Substitutionsmedikamente verschrieben werden:

- 1 Behandlung des Opioidentzugs und kurzfristige Stabilisierung
- 2 Einleitung einer SGB
- 3 Weiterführung einer bereits begonnenen SGB
- 4 Änderung der Dosierung und Abschluss einer SGB (abstinenzorientierter Entzug)

1. Behandlung des Opioidentzugs und kurzfristige Stabilisierung

Diese Maßnahmen erfolgen unmittelbar nach der Aufnahme, sobald die Abhängigkeitsdiagnose gestellt wurde. Es handelt sich um eine Übergangslösung, bis weitere therapeutische Entscheidungen gefällt werden.

Behandlung der Entzugserscheinungen mit Opioiden

- ◆ Zielsetzung ist, mit einer nicht dosisreduzierten Opioidtherapie während ein paar Tagen (höchstens 7–10 Tage) die Entzugssymptome zu behandeln, damit in der Folge die beschlossenen Therapiemaßnahmen (Entzug/Abstinenz, vgl. Punkt 4; substituionsgestützte Behandlung, vgl. Punkt 2) mit einer kurzfristig stabilisierten Person angegangen werden können.
- ◆ Die Verschreibung erfolgt im Einvernehmen mit der betroffenen Person aufgrund der Anamnese sowie der objektiven und subjektiven klinischen Befunde. Die klinische Beurteilung erfolgt regelmäßig, um Intoxikationszeichen rechtzeitig zu erkennen und die Dosierung neu einzustellen.

2. Einleitung einer SGB bei nicht substituierten Opioidabhängigen

Dieses Vorgehen kann jederzeit während der unter Punkt 1 beschriebenen kurzfristigen Stabilisierungsphase Anwendung finden.

3. Weiterführung einer bereits begonnenen SGB

Es gibt zwei Standardsituationen: Der Gefangene kommt entweder bereits aus einem Substitutionsprogramm oder eine Behandlung erscheint sinnvoll, ist aber noch nicht begonnen. Im letzteren Fall sind die Behandlung und die Maßnahmen gemäß den Punkten 1 und 2 durchzuführen.

Nach Bestätigung einer laufenden Behandlung durch den Verschreibenden wird die Behandlung nach den vorgängig festgelegten Modalitäten fortgesetzt, wobei eventuelle Entzugs- oder Intoxikationszeichen während der ersten Abgaben zu beachten sind. Die Dosierung ist entsprechend anzupassen.

4. Änderung der Dosierung und Abschluss einer SGB (abstinenzorientierter Entzug)

Bei einer Dosisänderung zu berücksichtigende Aspekte:

- ◆ zu große oder zu rasche Änderungen vermeiden
- ◆ die klinische Entwicklung des Patienten auf physischer und psychischer Ebene genau beobachten
- ◆ die Möglichkeit in Betracht ziehen, im Rahmen der klinischen Beurteilung den Entscheid der Dosisänderung zu revidieren.

Bei einem abstinenzorientierten Entzug zu berücksichtigende Aspekte:

Dieses Vorgehen kann jederzeit während der unter Punkt 1. beschriebenen kurzzeitigen Stabilisierungsphase Anwendung finden, ohne dass vorher eine kurzfristige Stabilisierung nach Punkt 1. durchlaufen wird, oder bei einer Entscheidung, im weiteren Verlauf die Behandlung zu unterbrechen. Da die Substitutionsbehandlung auch eine der Präventivmaßnahmen gegen Überdosierung darstellt, ist es zu bevorzugen, dass der Entzug des Substitutionsmittels nach dem Ende der Haft stattfindet – dies besonders bei kurzer Inhaftierungszeit.

4. Schadensminderung

Mittel zugänglich machen, die dem Schutz vor Komplikationen im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch dienen, insbesondere:

- ◆ Impfungen gegen Hepatitis A und B
- ◆ steriles Material für den Substanzkonsum
- ◆ Informationsmaterial (kumulative Wirkung der Substanzen, Intoxikations-/Überdosierungsgefahr).

5. Information und Aufklärung

Information/Aufklärung über die Krankheit und deren Behandlung und über Präventionsmaßnahmen zum Schutz des Umfelds

6. Meldepflicht und Kohorten für epidemiologische Verlaufsuntersuchungen

Formulare zuhanden der kantonalen Gesundheitsbehörden ausfüllen

7. Besonderheiten je nach Einrichtung oder sozialem und rechtlichem Status der Person

Berücksichtigung der Maßnahmen bei der Entlassung aus dem Gefängnis, um die Behandlungsmöglichkeiten festzulegen

8. Netzwerkarbeit

Vernetztes Arbeiten und Nachsorge im Hinblick auf die Entlassung organisieren

Referenzen

Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit, erstellt durch die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM 2006); http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070619_de.pdf

BAG 2013, Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit; https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/BAG_Brosch_SGB_Empfehlungen_220713.pdf

WHO 2010, Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period; <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=34&codcch=98#>

IV. Grundlegende Informationen zur Substitutionsbehandlung

Aufklärung der Drogenkonsument_innen

Unbedingte Voraussetzung für eine effiziente Substitutionsbehandlung ist eine umfassende Aufklärung der Drogenkonsument_innen, insbesondere über das Risiko der Überdosierung. Dabei sollte auf folgende Aspekte eingegangen werden:

- verzögerter Eintritt der Maximalwirkung des Substitutionsmittels (bei Methadon 2 bis 4 Stunden)
- gesteigerte Wirksamkeit nach Aufbau des Medikamentenspiegels über einen bestimmten Zeitraum (bei Methadon 3 bis 5 Tage oder mehr), auch bei konstanter Dosierung
- Risiken des polyvalenten Drogenkonsums während einer Substitutionsbehandlung, besonders des Konsums von anderen Opiaten, von Kokain, Benzodiazepinen und Alkohol
- mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Darüber hinaus gilt es, über Substitution und Medikamente allgemein sowie über bestimmte Regeln und Erwartungen hinsichtlich der Substitution aufzuklären. Nach Erhalt aller relevanten Informationen sollten die Gefangenen eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnen.

Anonymität und Vertraulichkeit

Jede_r Gefangene sollte vor einer Behandlung wissen, ob der verantwortliche Arzt bzw. die verantwortliche Ärztin in erster Linie dem Staat, der Haftanstalt oder dem_der Gefangenen verpflichtet ist.

In einer Haftanstalt lassen sich Anonymität und Vertraulichkeit nur schwer gewährleisten. Trotzdem wird versucht, Substitutionsmedikamente unter Wahrung der Gefangeneninteressen zu verabreichen, indem alle Drogenkonsument_innen in demselben Anstaltsflügel untergebracht oder die Substitutionsmittel unauffällig zusammen mit anderen Medikamenten ausgegeben werden.

Mitgefangene und Gefängnispersonal sollten nicht bemerken, dass ein Gefangener Drogen konsumiert oder substituiert wird. Die Befürchtung ist, dass sich das Bekanntwerden der Abhängigkeit auf die Haftbedingungen auswirkt und zu Nachteilen (z.B. beim Zugang zu Arbeit, Bildung und Jobs), Vorurteilen, dem Verlust von Privilegien oder einfach nur zu einer negativen Haltung beim Gefängnispersonal und den übrigen Gefangenen führt. Außerdem befürchten viele, von Mitgefangenen unter Druck gesetzt zu werden, die darauf aus sind, mit den Substitutionsmedikamenten Handel zu betreiben.

Es kann jedoch hilfreich sein, entsprechend geschultes Wachpersonal und andere mit den Gefangenen befasste Mitarbeiter_innen einzuweihen, damit sie vor allem diejenigen Patient_innen im Blick behalten, die aufgrund von zusätzlichen psychischen Problemen besonders verletzlich sind. Ein vollkommener Ausschluss des Wachpersonals aus der psychosozialen Betreuung und der Gesundheitsversorgung kann zu Barrieren zwischen den verschiedenen Berufsgruppen des Strafvollzugs führen und verstärkt bisweilen Vorurteile und Unverständnis gegenüber den Gefangenen und dem Drogenkonsum. Gebraucht wird daher eine solide Zusammenarbeit, Aufklärung und Schulung des gesamten Gefängnispersonals, um sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter_innen Drogenkonsument_innen gegenüber positiv oder zumindest besser eingestellt sind.

Privilegien

Substituierte Gefangene, die sich an die vereinbarten Therapieregeln halten, sollten die gleichen Privilegien haben wie alle anderen Gefangenen. Entscheidungen über eine flexibel gehandhabte Entlassung sind unter Berücksichtigung der persönlichen Einschätzung des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin zu treffen. Es empfiehlt sich, solche Entlassungen Schritt für Schritt zu planen und zu vollziehen.

Take-Home-Dosen können als Vergünstigung bei mehrtägigen Besuchen oder Aufenthalt außerhalb des Gefängnisses ausgegeben werden. Substituierte Gefangene müssen die Behandlung nach der Entlassung fortsetzen können.

Über die Arbeitsfähigkeit substituiert Gefangener entscheidet der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin.

Kasten 10

Weiterführung der Behandlung bei einem Wechsel in ein anderes Setting

Wer vor der Inhaftierung eine Substitutionsbehandlung begonnen hat, sollte die bisherige Medikation in Haft beibehalten können. Dem stehen in der Praxis jedoch viele Hindernisse entgegen. Besonders problematisch ist, dass viele Patient_innen ihre Behandlung unterbrechen müssen, wenn sie vor Haftantritt einige Zeit in Polizeigewahrsam sind. Das kann dazu führen, dass die Opiattoleranz erheblich sinkt. Drogenkonsument_innen sollte es deshalb auch in Polizeigewahrsam ermöglicht werden, ihre Therapie mit der verordneten Dosis fortzuführen. Dies gilt allerdings nicht für Personen, die zum Zeitpunkt der Einnahme ihrer täglichen Substitutionsmitteldosis unter Drogen stehen. Eine Verhaftung in intoxikiertem Zustand soll jedoch kein Anlass sein, die Fortführung der Substitutionsbehandlung zu verweigern. Hier sollten die gleichen Regelungen Anwendung finden, wie dies in den Substitutionspraxen gehandhabt wird, z.B. spätere Ausgabe bei auffallendem Beikonsum am Ausgabetag.

Falls ein_e Drogengebraucher_in außerhalb der üblichen werktäglichen Arbeitszeit in Polizeigewahrsam genommen wird und seine_ihre Angaben zur Dosierung daher nicht beim örtlichen Drogen- oder Apothekendienst überprüft werden können (was in der Regel an Wochenenden der Fall ist), sollte nach ärztlicher Untersuchung eine Dosis von maximal 30 mg Methadon gewählt und nur dann verabreicht werden, wenn ein positiver Urin- oder Speicheltest Hinweise auf einen vorherigen Opiatkonsum liefert.

Dringend erforderlich für das gesamte Strafrechtssystem ist ein einheitliches Konzept für Substitutionstherapien, da die Polizei derzeit meist keine Substitutions- oder Entzugsbehandlung ermöglicht, selbst wenn in den Gefängnissen ein solches Angebot besteht. Das kann vor allem dort problematisch sein, wo Gefangene vor der Überstellung ins Gefängnis monatelang in Polizeiarrest bleiben (in Deutschland mit der Untersuchungshaft vergleichbar). Schwierig wird es auch, wenn Gefangene erst in Arrest, danach ins Gefängnis und anschließend wieder in Arrest kommen (um beispielsweise an einer Gerichtsverhandlung teilzunehmen), bevor sie endgültig ins Gefängnis zurückkehren.

In der Regel untersteht die Polizei dem Innenministerium, während für den Strafvollzug das Justizministerium zuständig ist – dadurch wird die Zusammenarbeit in manchen Ländern zusätzlich erschwert. An der Konzeption von Substitutionsprogrammen sollten örtliche Hilfseinrichtungen, Polizei, Gerichte, Gefängnisse und auch das Gesundheitsministerium beteiligt sein, um für Drogenkonsument_innen eine fortlaufende Behandlung sicherzustellen. Geben neu Inhaftierte an, dass sie sich in einer Erhaltungstherapie befinden, ist eine Rücksprache mit dem jeweiligen Drogen- oder Apothekendienst sinnvoll, um sich die genaue Dosierung, den Grad der Überwachung und den Zeitpunkt der letzten Einnahme bestätigen zu lassen. Stellt sich heraus, dass innerhalb der letzten 48 Stunden die volle Dosis unter Überwachung eingenommen wurde, sollte eine Erhaltungstherapie mit der vor Haftantritt verabreichten Dosis durchgeführt werden.

Eine solche Bestätigung lässt sich jedoch oft nicht einholen, da die Aufnahme ins Gefängnis in vielen Fällen außerhalb der üblichen werktäglichen Arbeitszeit erfolgt. Hier empfiehlt es sich, bei einer niedrigen oder unbekanntenen Dosis nach einer ärztlichen Untersuchung eine Anfangsdosis von maximal 30 mg Methadon zu verabreichen, bis die Bestätigung schließlich vorliegt.

Wenn Gefangene bei der Einlieferung angeben, dass sie ihr Substitutionsmittel in hoher Dosierung erhalten, sollten sie eingehend beobachtet werden, um eventuell auftretende Entzugserscheinungen zu überwachen und die Dosis entsprechend anzupassen.

Einbeziehung von Drogenkonsument_innen und Drogenselbsthilfe

Eine ständige Mitwirkung der Drogenkonsument_innen ist wichtig, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die meisten Gefangenen haben bereits Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem des Strafvollzugs gemacht und sind sowohl im Gefängnis als auch in Freiheit substituiert worden – sei es in Form einer Entgiftung oder einer Erhaltungstherapie. Die angemessene Einbeziehung dieser Erfahrungen in die Konzeption und Durchführung der Behandlungsmaßnahmen ist für eine zielgerichtete, wirksame Therapie entscheidend. In der Gesamtstrategie zur HIV-Behandlung bei intravenös Drogen Gebrauchenden spielen Peer-Support-Gruppen und Aufklärungsprogramme eine wichtige Rolle. Ehemalige intravenös Drogen Gebrauchende sind oft außerordentlich erfolgreich, wenn es darum geht, aktuell Konsumierende aufzuklären und zum Einstieg in eine wirksame Behandlung zu motivieren.

In Deutschland engagiert sich das bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte unter anderem auch im Justizvollzug. Weitere Informationen zu den JES-Gruppen und ihren Angeboten finden sich unter www.jes-bundesverband.de

Verbesserte Behandlung von Infektionskrankheiten

Eine Substitutionsbehandlung kann eine medikamentöse Therapie bei Opiatkonsument_innen mit HIV oder HBV/HCV verbessern. Sie ermöglicht es den Patient_innen, ihre Lebenssituation zu stabilisieren und viele Risiken des intravenösen Drogenkonsums zu vermeiden oder in den Griff zu bekommen. Substitutionsprogramme werden daher gezielt eingesetzt, um Abbrüchen einer HIV- oder Hepatitis-Therapie vorzubeugen. Sie bieten außerdem Ansatzpunkte für eine Ausweitung der antiretroviralen und antiviralen Behandlung, sie verringern die Drogenabhängigkeit und fördern den Zugang zu Versorgungsleistungen.

Ein Substitutionsprogramm kann für intravenös Drogen Gebrauchende sehr wichtig sein, weil es

- die Gelegenheit zu einem HIV-Test bietet
- den Kontakt zu HIV-Service-Einrichtungen herstellt

- mit HIV-Service-Einrichtungen bei der Behandlung und Betreuung zusammenarbeitet
- intravenös Drogen Gebrauchende auf eine antiretrovirale Therapie vorbereitet
- die Patient_innen so weit stabilisiert, dass sie eine antiretrovirale Therapie beginnen können
- die antiretrovirale Therapie zusammen mit der Opiatsubstitution anbietet
- die Beobachtung und Bewältigung
 - der Nebenwirkungen einer antiretroviralen Therapie sowie
 - der Wechselwirkungen von Methadon/Buprenorphin mit antiretroviralen Medikamenten ermöglicht
- die Patient_innen und ihre Familien durch die Gewährleistung einer lebenslangen antiretroviralen Therapie unterstützt.

Der tägliche Kontakt mit dem Versorgungssystem im Rahmen einer Substitutionsbehandlung kann den Einstieg in eine antiretrovirale Behandlung wie auch die Therapietreue stark befördern.

Substitutionsbehandlung in allen Haftbereichen

Auch in Polizeigewahrsam und in Untersuchungshaft kann die Substitution eine wichtige Rolle spielen. Wer von Heroin oder anderen Opioiden abhängig ist, kann nach der Festnahme schwerwiegende Entzugerscheinungen bekommen; durch sie kann die Verwertbarkeit der gegenüber den Beamten gemachten Aussagen beeinträchtigt und der Aufenthalt in diesen Einrichtungen länger werden. Als Überbrückung empfiehlt sich daher eine Substitutionsbehandlung, die den körperlichen und seelischen Zustand der Gefangenen zu stabilisieren vermag. Außerdem kann es zu einer gefährlichen Überdosierung kommen, wenn nach einer kurzen Entgiftungsphase erneut Drogen konsumiert werden, da die Opiattoleranz innerhalb weniger Tage verlorengeht.

Eine Substitutionsbehandlung sollte daher in Polizeigewahrsam wie auch in Untersuchungshaft fortgeführt werden. Sie schützt außerdem vor Rückfällen und Überdosierung beim Ausgang und im Hafturlaub – in Zeiten also, in denen Resozialisierungsschritte unternommen werden.

Frauenspezifische Besonderheiten

Frauen erleben eine Drogenabhängigkeit und Drogentherapie in der Regel anders als Männer. In der Behandlung opiatabhängiger Frauen ist vor allem auch die hohe körperliche und psychische Komorbidität zu berücksichtigen. Unter den Drogen gebrauchenden weiblichen Gefangenen finden sich vielfach traumatisierte Frauen, die einen erhöhten Behandlungsbedarf haben. Diese Patientinnen sehen sich oft Hindernissen gegenüber, die eine Behandlung erschweren, wie fehlende finanzielle Ressourcen, der Mangel an speziell auf Frauen zugeschnittenen vernetzten Hilfsangeboten oder Doppelbelastung durch Kinder.

Eine effektive Substitutionsbehandlung kann den Erfolg medizinischer Maßnahmen vor, während und nach der Geburt erheblich steigern. Außerdem trägt sie maßgeblich dazu bei, dass Schwangere den Weg in eine gute gynäkologische und allgemeinärztliche Grundversorgung finden.

V. Ausblick

Damit im Strafvollzug der gleiche Standard der Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann wie außerhalb,

- muss in vielen (Bundes-)Ländern das Behandlungsangebot für durch Blut und sexuell übertragbare Infektionen deutlich ausgeweitet werden, um den Bedürfnissen der Gefangenen Rechnung zu tragen
- sind intensive Anstrengungen erforderlich, um die Qualität des Leistungsangebots zu verbessern
- ist für eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssystem des Strafvollzugs und dem allgemeinen Gesundheitswesen sowie für einen nahtlosen Behandlungsanschluss zwischen beiden Systemen zu sorgen.

Die 2002 veröffentlichte Konsenserklärung über Strafvollzug, Drogen und Gesellschaft („Consensus Statement on Prisons, Drugs and Society“, WHO-Regionalbüro für Europa und Pompidou-Gruppe des Europarats 2002) erkennt an, dass

- die Themen Drogen und Strafvollzug in einem breiteren sozialen Kontext zu sehen sind
- Drogengebraucher_innen zwischen Gefängnis und Freiheit pendeln
- bei Inhaftierung die Strafe auf Freiheitsentzug beschränkt sein sollte
- Gefängnisse sichere, gefahrlose und würdige Orte sein müssen, an dem Menschen leben und arbeiten können
- sich im Strafvollzug Beschäftigte gesetzeskonform zu verhalten haben.

Da der intravenöse Drogenkonsum, HIV sowie Hepatitis B und C im Strafvollzug immer mehr um sich greifen und die Vorzüge einer Substitutionsbehandlung nicht zu übersehen sind, ist es nun an der Zeit, zu handeln.

Wenn es nicht gelingt, die Substitutionstherapie und andere wirksame Methoden zur Behandlung der Drogenabhängigkeit sowie geeignete Maßnahmen zur HIV- und HCV-Prävention zu implementieren, werden sich HIV und HCV unter injizierenden Drogengebraucher_innen und den übrigen Gefangenen und letztlich auch in der Gesamtbevölkerung weiter ausbreiten.

VI. Medizinethische Aspekte von Opiatsubstitutionsprogrammen im Justizvollzug

Die Opiatsubstitution im Strafvollzug ist eine Therapieform, die wie alle anderen zugelassenen ärztlichen Behandlungsmethoden auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht und mit Empfehlungen der WHO und der UNO (WHO/UNODC/UNAIDS 2002) sowie den Gesetzen zahlreicher Länder übereinstimmt.

Die Diskussion ihrer ethischen Aspekte scheint aus dreierlei Gründen angebracht:

1. Wenn von Drogenabhängigkeit die Rede ist, spielen ideologische und kulturelle Konzepte eine zentrale Rolle. Deren negativer Einfluss auf Behandlungsstrategien und Behandlungsziele führt dazu, dass die Entscheidung, Drogenabhängige zu behandeln und ihnen eine bestimmte Therapie zuteil werden zu lassen, oftmals weniger von medizinischen als vielmehr von ideologischen Erwägungen abhängig ist.
2. Um zu verhindern, dass Opiate missbraucht und entwendet werden, unterliegt ihre Verordnung strengen gesetzlichen Vorschriften. Außerdem werden bei der Abgabe der Substitutionsmittel Kontrollmaßnahmen angewandt. Beides beeinträchtigt die Vertraulichkeit und belastet das Arzt-Patient-Verhältnis mit einem gewissen Zwang.
3. Die ethisch sensible Wechselbeziehung zwischen Gefangenen und Gefängnisarzt/Gefängnisärztin und der totalitäre Charakter der Institution Gefängnis verschärfen die beiden oben genannten Sachverhalte zusätzlich (Pont 2006; Pont/Stöver/Wolff 2012; Lehtmets/Pont 2015).

Im Folgenden werden die ethischen Aspekte einer Opiatsubstitution im Gefängnis auf der Grundlage von medizinethischen Grundsätzen analysiert, wie sie sich aus den Europäischen Gefängnisregeln („European Prison Rules“, Europarat 2006), den Standards des Europäischen Komitees für die Verhütung von Folter (CPT, Europarat 2004) und verschiedenen anderen international gebilligten Dokumenten der UNO und des Weltärztebundes ergeben. Die Kernaussage der medizinethischen Strafvollzugsgrundsätze und der soeben genannten Dokumente lässt sich wie folgt zusammenfassen:

A) Die vorrangige Aufgabe (und einzige Existenzberechtigung) der Gefängnisärzt_innen und des übrigen Gesundheitspersonals besteht darin, für die Gesundheit und das Wohlergehen der Gefangenen Sorge zu tragen (*Europarat 1999; Penal Reform International 2001; vgl. Pont u. a. 2011*).

B) Die sieben essenziellen Grundsätze der Gesundheitsversorgung im Strafvollzug gemäß den CPT-Standards lauten:

1. freier Zugang zu ärztlicher Behandlung für alle Gefangenen
2. gleichwertige gesundheitliche Versorgung wie in Freiheit
3. Einverständnis der Patient_innen und Vertraulichkeit
4. präventive Gesundheitsversorgung
5. humanitäre Unterstützung
6. fachliche Unabhängigkeit
7. fachliche Kompetenz⁶⁵.

Wichtig ist, dass diese Grundsätze von Gefängnisärzt_innen und Pflegepersonal genau beachtet und von allen im Gefängnis – Gefangenen, Mitarbeiter_innen und Gefängnisleitung – verstanden und akzeptiert werden. Ihre Einhaltung fördert das Vertrauen der Gefangenen in das Gesundheitssystem des Strafvollzugs, beugt Zweifeln an der fachlichen und ethischen Qualifikation des Arztes/der Ärztin vor, verhindert Missverständnisse und gibt Orientierung in Konfliktsituationen.

65 Siehe auch 6. Europäische Konferenz „Gesundheitsförderung in Haft“ (Genf): <http://www.gesundinhaft.eu> (letzter Zugriff: 5.12.2017)

Zu Kernaussage A

Es scheint selbstverständlich, dass die vorrangige Aufgabe der Gefängnisärzt_innen in der Sorge für Gesundheit und Wohlergehen der Gefangenen besteht. Wie jedoch alle wissen, die im Strafvollzug in der medizinischen Versorgung tätig sind, bedarf dies eines ständigen Engagements – und das trifft auch für die Verwirklichung von Opiatsubstitutionsprogrammen zu. Sind Gefängnisleitungen und nichtmedizinisches Personal unzureichend über die nachgewiesenen Vorzüge dieser Behandlungsmethode aufgeklärt, sehen sie in erster Linie das Risiko des Missbrauchs und der Entwendung von Opiaten und stehen der Substitution folglich ablehnend gegenüber. In Übereinstimmung mit Grundsatz A obliegt es den Gefängnisärzt_innen, die Aufklärung zu übernehmen, dem Wachpersonal und der Anstaltsleitung die Behandlungsziele zu erläutern und Irrtümer aus dem Weg zu räumen, damit opiatabhängige Gefangene Zugang zu einer angemessenen Therapie erhalten.

Urinkontrollen auf Drogenmetaboliten ordnet die Gefängnisleitung aus Gründen der Sicherheit und Ordnung an, bei vielen Opiatsubstitutionsprogrammen sind sie aber auch Teil der Therapievereinbarung. Gemäß Grundsatz A und der Bedeutung des Vertrauens der Patient_innen dürfen Ärzt_innen und Pflegekräfte, die Gefangene betreuen, niemals an Drogentests beteiligt sein, die aus Sicherheitsgründen durchgeführt werden. Es ist äußerst wichtig, dass Gefangenen der Unterschied zwischen einem aus Sicherheitsgründen und einem zu Behandlungszwecken vorgenommenen Urintest verdeutlicht wird und dass die Ergebnisse von Urintests, die bei einer Substitutionstherapie durchgeführt werden, vertraulich behandelt und ausschließlich für Behandlungsempfehlungen verwendet werden und niemals eine Strafe nach sich ziehen. Das medizinische Team darf solche Ergebnisse grundsätzlich nur dann an Dritte weitergeben, wenn die ausdrückliche Zustimmung des Gefangenen vorliegt und die Weitergabe in dessen Interesse erfolgt.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz heutiger Konzepte zur Behandlung von Drogenabhängigen stimmt ebenfalls mit Kernaussage A überein: Die behandelnden Ärzt_innen müssen nicht nur darauf achten, dass ihre Patient_innen die vereinbarten Behandlungsziele tatsächlich wünschen und diese kurz- wie auch langfristig erreichen können, sondern auch, dass sie ihnen nicht ihre eigenen Vorstellungen von Menschenwürde und Lebensweise überstülpen. Im

Mittelpunkt der Behandlung stehen die Gesundheit und das Wohlergehen der Gefangenen und nicht unbedingt die Angleichung ihrer Lebensgewohnheiten an diejenigen des Arztes/der Ärztin.

Zu B, Punkt 1 und 2

Die Forderungen nach freiem Zugang zu ärztlicher Behandlung und nach einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung im Gefängnis wie in Freiheit (Punkt 1 und 2 der CPT-Grundsätze unter B) gelten auch für die Opiatsubstitution im Gefängnis. Das wurde von der WHO bereits im Jahre 1993 formuliert (WHO 1993) und seitdem wiederholt untermauert (Lines u.a. 2004). In Europa gibt es nach wie vor Länder, in denen Opiatsubstitutionsprogramme nur in Freiheit und nicht im Gefängnis angeboten werden. Dort ist bisweilen nicht einmal eine opiatgestützte Entgiftung möglich. Ein abrupter Entzug von Opiaten – besonders von Methadon – ohne Unterstützung durch Opioide („kalter Entzug“) stellt einen medizinischen Kunstfehler dar und ist medizinethisch in keiner Weise vertretbar!

Zwar hat sich in Europa und anderen Regionen der Welt die Zahl der Opiatsubstitutionsprogramme im Strafvollzug in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht. Trotzdem klafft nach wie vor eine Lücke zwischen den Behandlungsbedürftigen und den tatsächlich behandelten Gefangenen (Stöver/Casselman/Hennebel 2006). Das verweist nicht nur auf einen Mangel an Therapieoptionen und schadensreduzierenden Maßnahmen für den einzelnen Gefangenen, sondern auch auf eine Gefährdung der Öffentlichen Gesundheit: Von allen Orten, an denen Drogen injiziert werden, sind Gefängnisse diejenigen, wo das Risiko einer Ansteckung mit durch Blut übertragbaren Infektionen am größten ist – ein Umstand, der gezielte Maßnahmen der Schadensbegrenzung in Gefängnissen noch wichtiger erscheinen lässt als außerhalb des Strafvollzugs (Lines 2006).

In einigen Ländern werden bei Opiatsubstitutionsprogrammen in Gefängnissen mittlerweile mehrere Medikamente eingesetzt. Nicht nur aus ethischen, sondern allein schon aus praktischen Gründen empfiehlt sich auch in dieser Hinsicht ein Behandlungsstandard, der dem im öffentlichen Gesundheitswesen gleichwertig ist, damit es bei Verlegungen und bei der Entlassung – besonders sensiblen Haftphasen – nicht zu Änderungen in der Therapie kommt.

Auch Drogenkonsumentinnen müssen im Gefängnis Zugang zur opiatgestützten Behandlung haben und die gleiche Behandlung erhalten wie in Freiheit. Weil sie gegenüber männlichen Gefangenen in der Minderheit sind, ist das Betreuungs- und Behandlungsangebot für inhaftierte Frauen in vielen Ländern deutlich kleiner als für Männer. Dabei müsste dieses Angebot umfangreicher sein, denn die physische und psychische Komorbidität wie auch die HIV-Infektionsrate ist bei ihnen höher als bei männlichen Gefangenen. Außerdem können ihre spezifischen Erfahrungen mit Abhängigkeit und deren Behandlung auch andere Behandlungsmuster erfordern. Substitutionstherapien spielen in der Schwangerschafts- und perinatalen Versorgung opiatabhängiger Frauen eine wichtige Rolle, da sie die Risiken für Mutter und Kind reduzieren.

Eine Opiatsubstitutionsbehandlung nach der Entlassung in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens ohne Unterbrechung fortsetzen zu können, ist überaus wichtig, wenn man bedenkt, dass überdurchschnittlich viele Drogenkonsument_innen in den ersten beiden Wochen nach der Entlassung vor allem infolge einer Überdosierung sterben (Christensen u. a. 2006). Neben einer angemessenen Aufklärung der vor der Entlassung stehenden Gefangenen muss das medizinische Personal der Haftanstalt rechtzeitig Vorkehrungen für eine Fortsetzung der Behandlung in Freiheit treffen.

Zu B, Punkt 3

Die Zustimmung des/der angemessen informierten Patienten/Patientin („informed consent“) ist Grundvoraussetzung für jede Therapie, die – wie die Behandlung mit Opiaten – mit unerwünschten Wirkungen und Risiken einhergeht. Aufgrund der medizinischen, juristischen und psychosozialen Komplexität der Substitutionsbehandlung sehen viele Programme anstelle einer mündlichen oder schriftlichen Einverständniserklärung einen formellen Vertrag vor, den Patient_in und Arzt/Ärztin unterzeichnen. Hierbei sollte aber bedacht werden, dass Patient_innen bei anderen Behandlungen, wenn überhaupt, nur selten Verträge unterzeichnen müssen. Eine solche Regelung kann daher ein gewisses Maß an Zwang und Misstrauen in das Arzt-Patient-Verhältnis bringen. Andererseits verdeutlicht ein Vertrag die Pflichten der Ärzt_innen und der Patient_innen, deren Erfüllung beide Seiten anzumahnen oder einzufordern berechtigt sind. Eine individuelle Vertragsgestaltung und die Erläuterung und Erörterung des Vertragsinhalts helfen, die Opiatsubstitution

allgemein wie auch das individuelle Behandlungsprogramm und seine Ziele besser zu verstehen. Ein nicht vertragsgemäßes Verhalten darf jedoch nicht Anlass für eine Bestrafung sein. Aus einer Umfrage (Stöver/Casselmann/Hennebel 2006) geht deutlich hervor, dass das Verständnis seitens der Patient_innen durch ausführlichere Informationen verbessert werden muss.

Eine Mindestaufklärung vor Aufnahme in ein Substitutionsprogramm könnte beispielsweise folgende Punkte umfassen:

- etwaige Verpflichtungen des Arztes/der Ärztin gegenüber Dritten, welche die Vertraulichkeit beeinträchtigen (Mitteilungen an Behörden aufgrund geltenden Rechts oder einer gerichtlichen Anordnung), aber auch all jene Bereiche, in denen sich Patient_innen auf die ärztliche Schweigepflicht verlassen können
- Sinn und Zweck einer Opiatsubstitutionsbehandlung
- Pflichten von Patient_in und Arzt/Ärztin gemäß der getroffenen Vereinbarung
- individuelle aktuelle Behandlungsziele, wie mit dem Patienten/der Patientin vereinbart
- Risiken, unerwünschte Nebenwirkungen, mögliche Einschränkungen
- voraussichtliche Folgen eines Behandlungsabbruchs durch den Patienten/die Patientin
- Bewältigung von Rückfällen
- mögliche Gründe für einen Ausschluss aus der Behandlung.

Da eine Opiatsubstitution langfristig ausgerichtet ist und es im Therapieverlauf zu einer Anpassung der Behandlungsziele und des Behandlungskonzepts kommt, müssen auch die Aufklärung, das Einverständnis und/oder der Behandlungsvertrag im Sinne einer „ständig informierten Zustimmung“ (continuous informed consent) immer wieder aktualisiert werden.

Der Patient/die Patientin ist ebenso um Zustimmung zu Kontrollmaßnahmen zu bitten, wie etwa einer Überprüfung der Mundhöhle nach Einnahme des Substitutionsmittels, um Opiatmissbrauch zu verhindern – dies ist im Strafvollzug von besonderer Bedeutung. Diese Kontrollen sind als Teil der Therapie anzusehen und sollten nicht durch das Wach-, sondern das medizinische Personal erfolgen. Gleiches gilt, wenn das Behandlungsprogramm Urintests beinhaltet, deren Ergebnisse streng vertraulich sind und nie als Grundlage für

disziplinarische, sondern einzig für therapeutische Entscheidungen verwendet werden dürfen. Wie bereits erwähnt, sollte das medizinische Personal nie an Leibesvisitationen oder Urinkontrollen mitwirken, die das Wachpersonal aus Sicherheitsgründen, das heißt zu nichtmedizinischen Zwecken, angeordnet hat.

Gefangene, die sich in einem Opiatsubstitutionsprogramm befinden, müssen oft aus juristischen und praktischen Gründen eine Einschränkung der Vertraulichkeit akzeptieren. Die meisten Länder sehen eine Meldepflicht für Personen vor, denen Opiate verordnet werden. Außerdem erfordern die Bereitstellung und Ausgabe von Substitutionsmitteln sowie der Mangel an medizinischem Fachpersonal in Gefängnissen oftmals die Einbeziehung und Zusammenarbeit mit Bediensteten, was der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht entgegensteht.

Eine ganzheitliche Drogentherapie erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, bei der ein Austausch von Informationen und Unterlagen unumgänglich und im Interesse der Patient_innen ist. Jedes Mitglied des Behandlungsteams unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Die Gefangenen müssen genau wissen, wer Zugang zu ihren Unterlagen hat, für wen die ärztliche Schweigepflicht gilt und inwieweit es Einschränkungen der Schweigepflicht gibt.

Drogenabhängige Gefangene wollen aus verschiedenen Gründen ihre Sucht verbergen. Sie rechnen mit Nachteilen bei der Unterbringung, der Gewährung von Privilegien und den Zugang zu Arbeit und befürchten Vorurteile und Diskriminierung durch Mitgefangene und Vollzugspersonal – und manchmal sogar durch medizinisches Personal. Außerdem laufen sie Gefahr, unter Druck gesetzt und erpresst zu werden, sobald sich ihre Drogenabhängigkeit herumspricht. Wer an einem Substitutionsprogramm teilnimmt, wird häufig dazu gedrängt, die verschriebenen Arzneimittel in den Schwarzmarkt des Gefängnisses umzuleiten.

Auch wenn die meisten Gefangenen gemeinschaftlich zur Vergabe gebracht werden, bleibt es wichtig, das Thema Vertraulichkeit zu beachten und diskriminierende Vorschriften, Verhaltensmuster und Denkweisen zu beseitigen. Vor allem darf die Teilnahme an einer Opiatsubstitutionstherapie während der Haftzeit nie zu Benachteiligung und Diskriminierung führen.

Zu B, Punkt 4

Was präventive Gesundheitsvorsorge betrifft, ist die Opiatsubstitutionstherapie ein klassisches Beispiel einer effizienten Vorsorge und Schadensbegrenzung sowohl für Drogenabhängige als auch für die Gesellschaft außerhalb und innerhalb der Gefängnisse. Umfangreiche gesicherte Erkenntnisse belegen ihre präventive Wirkung im Hinblick auf Mortalität, Morbidität, persönliches Leiden, soziale Instabilität und Kriminalität. Mehr als wahrscheinlich ist außerdem ein Präventiveffekt hinsichtlich der Übertragung von HIV, Hepatitis B und Hepatitis C, indem hochriskante Injektionspraktiken unter Gefangenen reduziert werden.

Zu B, Punkt 5

Humanitäre Unterstützung wie von der CPT gefordert bezieht sich vor allem auf besonders verwundbare Gefangene. Dazu gehören in gewisser Hinsicht inhaftierte Drogenkonsument_innen: Sie stehen in der Gefangenenhierarchie ganz unten, haben mit Vorurteilen von Mitgefangenen und Vollzugspersonal zu kämpfen und verschulden sich häufig, weshalb sie Gefahr laufen, schikaniert, misshandelt, sexuell missbraucht und zur Abzweigung verordneter Arzneimittel genötigt zu werden. Einige dieser Probleme sind durch strenge Geheimhaltung und angemessene Therapie der Drogenabhängigkeit vermeidbar, doch oft werden auch Verlegungen und zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen notwendig. Wenn es gelingt, Gefängnissen die Substitutionsbehandlung als „normalen“ Teil der Anstaltsroutine nahezubringen, der mit anderen ärztlichen Interventionsangeboten in Einklang steht, lässt sich das Leben von Drogenabhängigen in Haft zweifellos erleichtern.

Jugendliche, Drogenkonsumentinnen – vor allem drogenabhängige Schwangere – und Angehörige ethnischer oder kultureller Minderheiten benötigen zusätzlichen Schutz und Unterstützung. In europäischen Gefängnissen gibt es eine wachsende Zahl Gefangener, die nicht die Landessprache beherrschen und daher bei Untersuchungen und Beratungsgesprächen auf eine Übersetzung angewiesen sind. Zusätzliche Herausforderungen bei der Behandlung inhaftierter Drogenkonsument_innen stellen die weit verbreitete psychiatrische Komorbidität und kognitive Störungen dar.

Zu B, Punkt 6

Aus Angst vor Missbrauch und Risiken der Substitutionstherapie haben nationale Gesundheitsbehörden und Gefängnisverwaltungen mit entsprechenden Vorschriften und Anordnungen wiederholt versucht, die fachliche Unabhängigkeit des medizinischen Personals durch Verengung der Indikationsgrenzen, Reduzierung der Höchstdosen oder Kürzung der Behandlungsdauer einzuschränken. Abgesehen davon, dass staatlichen Stellen bei Fragen der Indikation und Dosierung grundsätzlich kein Mitspracherecht zusteht, zeigt die Erfahrung, dass niedrigschwellige Programme, höhere Dosen und eine längere Behandlung zu besseren Ergebnissen führen. Die Entscheidung über Indikation, Höchstdosis und Dauer sollte ausschließlich von erfahrenen Suchtmediziner_innen auf der Grundlage der individuellen Diagnose und des Behandlungsvertrags getroffen werden.

Wie es scheint, muss den Patient_innen klarer vermittelt werden, dass es sich bei Substitutionsprogrammen in Gefängnissen um eine vom Vollzug unabhängige medizinische Therapie handelt. In der o.g. Umfrage (Stöver/Casselmann/Hennebel 2006) sahen einige Gefangene in dieser Behandlung weniger eine medizinische Leistung des Gesundheitsdienstes als vielmehr eine Vergünstigung oder Belohnung seitens der Gefängnisleitung für gute Führung. Eine Klarstellung ist besonders bei jenen Patient_innen erforderlich, die vom Gericht zu einer Behandlung ihrer Abhängigkeit verurteilt werden.

Zu B, Punkt 7

Die Behandlung der Drogenabhängigkeit setzt eine solide Fachkompetenz voraus. Angesichts der Komplexität einer Opiatsubstitution im Strafvollzug, der Verantwortung für eine individuelle Diagnosestellung und Behandlungsplanung sowie der Notwendigkeit, tödliche Risiken und unerwünschte Wirkungen auf ein Minimum zu beschränken, sollte an der Substitutionstherapie immer ein_e auf Suchtbehandlung spezialisierte_r Arzt/Ärztin beteiligt sein.

Auszug aus der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ (2017)

16. Qualifikation des behandelnden Arztes

Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger darf nur von solchen Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern festgelegt werden. Ausnahmen bestehen für eine konsiliarisch durchgeführte Substitution gemäß § 5 Absatz 4 BtMVV sowie für einen Vertretungsfall gemäß § 5 Absatz 5 BtMVV.

Für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung sind zusätzliche Qualifikationsanforderungen gemäß den Regelungen der zuständigen Ärztekammer zu berücksichtigen.

Darüber hinaus wird die kontinuierliche Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Sucht- oder Notfallmedizin empfohlen.

Die Opiatsubstitution sollte als Teil eines breit gefächerten Behandlungsangebots für Drogenkonsument_innen gesehen werden und die Inanspruchnahme weiterer Therapien ermöglichen oder erleichtern. Wie die oben erwähnte Umfrage (Stöver/Casselmann/Hennebel 2006) gezeigt hat, mangelt es in den meisten Gefängnissen infolge knapper Ressourcen an psychosozialer Betreuung. Daher beschränkt sich die Substitutionstherapie tendenziell auf die Verschreibung von Opiaten, was von Ärzt_innen und Patient_innen als höchst unbefriedigend empfunden wird.

Um das Abzweigen und den Missbrauch von Opiaten so weit wie möglich zu unterbinden, sind entsprechende Kontrollmaßnahmen unverzichtbar. Hierzu gehören die Überprüfung der Mundhöhle nach Verabreichung des verordneten Opiats und bei vielen Substitutionsprogrammen auch regelmäßige Urinkontrollen auf Drogenmetaboliten. Diese Kontrollen sollten von dem medizinischen Personal unter Wahrung der Schweigepflicht durchgeführt werden.

Bislang ließ sich nicht nachweisen, dass Urintests ein effizientes Mittel zur Optimierung von Substitutionsprogrammen sind. Genauere und nützlichere Erkenntnisse dürften hier zu einem offenen und vertrauensvollen Therapieverhältnis führen. Eine visuelle Kontrolle der Urinabgabe ist entwürdigend und mit einem respektvollen Arzt-Patient-Verhältnis nicht vereinbar, daher sollte auf Speicheltests und Urinkontrollen mit Ruma-Markern umgestellt werden.

Die Ergebnisse von Urintests sind vertraulich zu behandeln und ausschließlich als Grundlage für medizinische Entscheidungen zu verwenden. Um die Qualität von Opiatsubstitutionsprogrammen im Strafvollzug zu verbessern, sollten die medizinischen Teams

- personell angemessen besetzt sein
- mit einem interdisziplinären Konzept an die Behandlung herangehen
- bewährte medizinische Praktiken anwenden
- den Behandlungserfolg durch entsprechende Aufzeichnungen überwachen und bewerten
- bei der Verlegung oder Entlassung von Patient_innen Vorkehrungen für eine Fortsetzung der Behandlung treffen
- die Meinung von Patient_innen bei der Entwicklung von Programmen einbeziehen
- auf die vielfältigen Bedürfnisse aller Drogenkonsument_innen im Gefängnis eingehen
- sich für die Weiterbildung des medizinischen und nichtmedizinischen Personal einsetzen
- regelmäßig mit den medizinischen Teams anderer Vollzugsanstalten und des allgemeinen Gesundheitswesens, die sich mit der Behandlung von Drogenkonsument_innen befassen, kommunizieren
- sich einer regelmäßigen Überprüfung unterziehen
- sich zur Optimierung der Behandlung an Forschungsprojekten beteiligen.

Die opiatgestützte Behandlung von drogenabhängigen Gefangenen stellt eine effiziente und wissenschaftlich fundierte Therapieoption mit einer nachweislich schadensreduzierenden Wirkung für die Gesundheit des Patienten/der Patientin und der gesamten Bevölkerung dar. Aus medizinethischer Sicht ist sie daher uneingeschränkt zu empfehlen. Wer ethische Bedenken gegenüber der Verordnung von Arzneimitteln hat, die eine Drogenabhängigkeit aufrechterhalten, und in der Abstinenz den einzig erfolgversprechenden Weg sieht, sollte darüber nachdenken, ob dieses hehre, kurzfristig kaum je erreichbare Ziel die greifbare Reduzierung von Mortalität, Morbidität, persönlichem Leiden und Kriminalität aufwiegt, die eine Opiatsubstitution bewirkt.

Quellen

American Psychiatric Association (2014): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, dt. Ausgabe: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM 5 (Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen,... Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig)

BAG 2013, Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/BAG_Brosch_SGB_Empfehlungen_220713.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Bundesärztekammer. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet; http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf (letzter Zugriff: 5.12.2017)

Christensen, P. B./Hammerby, E./Smith, S./Bird, S.M. (2006): Mortality among Danish drug users released from prison. In: International Journal of Prisoner Health 2: 13–19

Council of Europe (1999): The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation No. R(98)7 and explanatory memorandum. Council of Europe Publishing

Council of Europe (2001): 11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, Council of Europe (CPT/Inf [2001] 16)

Council of Europe (2004): European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. The CPT standards. "Substantive" sections of the CPT's General Reports, www.cpt.coe.int (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Council of Europe (2006): Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Deimel, D./Stöver, H. (2015): Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger – Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben. Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation (Sonderheft);28: 19–26

- Dolan, K. A./Wodak, A. D./Hall, W.D. (1996): An international review of Methadone provision in prisons. In: *Addiction Research*, 4: 85–97
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017), *Europäischer Drogenbericht 2017: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg
- Eder, H. u. a. (2005): Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. In: *Addiction*, 100: 1101–1109
- Feest, J./Lesting, W. (2012): *Kommentar zum Strafvollzugsgesetz*. 6. Aufl., Carl Heymanns Verlag
- Hedrich, D./Alves, P./Farrell, M./Stöver, H./Möller, L./Mayet, S. (2012): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: *Addiction*: 2012 Mar;107(3):501-17; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21955033> (letzter Zugriff: 20.10.2017)
- Hedrich D./Alves P./Farrell M. et al. (2012): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, Mar; 107(3): 501–17
- Heinz, W./Stöver, H./Poehlke, Th. (2016): *Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*. 3. Aufl., Berlin: Springer
- <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/illegale-drogen/substitutionsgestuetzte-behandlung-opiatabhaengiger/richtlinie/> (letzter Zugriff: 20.10.2017)
- <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17> (letzter Zugriff: 20.10.2017)
- <http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html> (letzter Zugriff: 20.10.2017)
- Kastelic, A. (2007): Health in prisons, A WHO guide to the essentials in prison health. World Health Organization, *Substitution treatment in prisons*, 113–132
- Kastelic, A./Perhac, O./Kostnapfel Rihtar, T. (2001): *General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia*. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia

Keppler K./Knorr B./Stöver H. (2011): Was eine Substitutionsbehandlung leisten kann – Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen in Haft. In: Hönekopp I., Stöver H, Hrsg. Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg i.B.: Lambertus, 2011: 81–97

Kinlock, T.W./Gordon, M.S./Schwartz, R.P./O’Grady, K./Fitzgerald, T.T./Wilson, M. (2007): A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 1-month post-release. In: *Drug and Alcohol Dependence* 91, 220–227

Kirchmayer, U. u. a. (2002): A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. In: *Addiction*, 97: 1241–1249

Lehtmetts A./Pont J. (2015): Prison healthcare and medical ethics. A manual for health-care workers and other prison staff with responsibility for prisoners’ well-being. Council of Europe

Lines, R. (2006): From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. In: *International Journal of Prisoner Health* 2: 269–280

Lines, R. u. a. (2004): Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia. Dublin, Irish Penal Reform Trust

Minozzi, S. u. a. (2006): Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD001333

National Institute on Drug Abuse (2000): Principles of drug addiction treatment: a research based guide. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse

Newman, R. (2003): Methadone: the barest basics; a guide for providers. In: *SEEA Addictions (Ovisnosti/Ovisnosti/Zavisnosti/Addictions)*, 4: 1–2

NRW (2010): Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Justizministerium, Düsseldorf

Penal Reform International (2001): Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice, 2nd ed. Penal Reform International, The Hague

Pont, J. (2006): Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges. In: *International Journal of Prisoner Health* 2: 259–267

- Pont J./Stöver H./Wolff H. (2012): Dual loyalty in prison health care. *American Journal of Public Health* 102 (3):475–480
- Reimer, J./Schulte, B./Stöver, H. (2009): Suchtmedizinische Versorgung: Entschiedenenes Handeln notwendig. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106(45): A-2227; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66629> (letzter Zugriff: 20.10.2017)
- Stöver, H. (2017): Drogenkonsum in und nach der Haft: Übergänge suchtkranker Straffälliger in regionale Hilfsstrukturen. In: *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik.*, Jg 63; H. 4; S. 354–372
- Stöver, H. (2016): Healthy Prisons: Gesundheit und Gesundheitsversorgung Gefangener. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, Vol. 11 (4): 251–258
- Schulte, B./Stöver, H./Thane, K./Schreiter, C./Gansefort, D./Reimer, J. (2009): Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. In: *International Journal of Prisoner Health* 5 (1): 39–44
- Stallwitz, A./Stöver, H. (2007): The impact of substitution treatment in prison – a literature review. In: *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18 (6): 464–474
- Stöver, H. (2012): Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie* 2012; 13: 74–80
- Stöver, H./Casselmann, J./Hennebel, L. (2006): Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. In: *International Journal of Prison Health*, 2: 3–12
- Stöver, H./MacDonald, M./Atherton, S. (2007): Harm Reduction for Drug Users in European Prisons. Oldenburg/Germany, London/UK
- Stöver, H./Michels, I. I. (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: *Harm Reduction Journal* 2010, 7: 17; <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17> (letzter Zugriff: 20.10.2017)
- The Patel report (2010): Reducing drug-related crime and rehabilitating offenders. Recovery and rehabilitation for drug users in prison and on release: recommendations for action https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216012/dh_119850.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

United Nations Office on Drugs and Crime/UNAIDS/WHO (2006): HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime

Verster, A./Buning, E. (2000): European methadone guidelines. Amsterdam, EuroMethwork <http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm> (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Walborn, R. (2007): Substitution und psychosoziale Betreuung am Beispiel der JVA Berlin-Tegel. In: Stöver, H. (Hg.): Substitution in Haft. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe

WHO (1993): Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, World Health Organization http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

WHO Regional Office for Europe (1990): Drug abusers in prisons: managing their health problems. Report on a WHO meeting, The Hague, 16–18 May 1988. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 27)

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002): Prisons, drugs and society. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.Cmd-BlobGet&InstranetImage=1288615&SecMode=1&DocId=1433204&Usage=2> (letzter Zugriff: 22.12.2017)

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva, World Health Organization; http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Zickler, P. (1999): High-dose methadone improves treatment outcomes. NIDA Notes, 14(5) <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/high-dose-methadone-improves-treatment-outcomes> (letzter Zugriff: 6.12.2017)

Weiterführende Literatur

Anonymous (2005): Prison health: a threat or an opportunity? In: *Lancet*, 366: 57

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003): Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. In: *Drugs in Focus*, Issue 7 (January–February) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439> (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Farrell, M./Marsden, J. (2005): Drug-related mortality among newly released offenders. Home Office online report 40/2005, Government of England and Wales

Fazel, S./Bains, P./Doll, H. (2006): Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 101 (2): 181–191

Ford, C. u. a. (2003): Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care. London, RCGP Drug and Alcohol Misuse Training Programme, RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group and SMMGP; <http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php> (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Kastelic, A. (2004): Statement on the 7th European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, “Prison, Drugs and Society in the Enlarged Europe“. In: Stöver, H./Hennebel, L.C./Casselman, J. (Hg.), *Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries*. London, European Network of Drug Services in Prison

Kepler, J./Stöver, H. (Hg.) (2009): *Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart: Thieme

Kepler K./Knorr B./Stöver H. (2011). Was eine Substitutionsbehandlung leisten kann – Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen in Haft. In: Hönekopp I./Stöver H. (Hg.): *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung*. Freiburg i.B.: Lambertus, 2011: 81–97

Kerr, T./Jürgens, R. (2004): Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network <http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf> (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Kraigher, D. u. a. (2005): Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. In: *European Addiction Research*, 11: 145–151

Møller, L./Stöver, H./Jürgens, R./Gatherer, A./Nikogosian, H. (Hg.) (2007): *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: World Health Organization http://www.euro.who.int/__/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Newman, R. (2003): Methadone: the barest basics; a guide for providers. In: *SEEA Addictions* 4: 1–2

Uchtenhagen, A. (2002): Drug abuse treatment in the prison milieu: a review of the evidence. In: Council of Europe (Hg.), *Prisons, drugs and society*. Strasbourg, Council of Europe: 79–98

UNODC/WHO-Regional Office for Europe (2013): *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison* https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

Verster, A./Buning, E. (2003): *Information for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence*. Amsterdam, Euro Methwork

Verster, A./Buning, E. (2003): *Key aspects of substitution treatment for opiate dependence*. Amsterdam, EuroMethwork

Verster, A./Keenan, E. (2005): *HIV/AIDS treatment and care protocols for injecting drug users: draft*. Lisbon, WHO Technical Consultation, in collaboration with EMCDDA, on the Development of HIV/AIDS Treatment and Care Protocols for IDU

WHO Regional Office for Europe (2003): *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2003 http://www.euro.who.int/__/data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

WHO (2004): *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe*. Geneva, World Health Organization http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html (letzter Zugriff: 20.10.2017)

WHO/UNODC/UNAIDS (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. Geneva http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

WHO Regional Office for Europe (2005): Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2017)

WHO/UNAIDS/UNODC (2007): Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Opioid substitution therapies and other drug dependence treatment. Evidence for Action Technical Papers

Kontaktadressen der Autor_innen

Andrej Kastelic

Center for Treatment of Drug Addiction
Ljubljana, Zaloska 29, SI-1000 Ljubljana/Slovenia
andrej.kastelic@psih-klinika.si

Prof. Dr. med. Jörg Pont

Brachtlgasse 20A, A-1230 Wien/Österreich
joerg.pont@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt
Tel. +49 (0)69 15 33 28 23
hstoever@fb4.fra-uas.de

Dr. Catherine Ritter

38 Ch du Vignoble, CP 8, 1232 Confignon/GE, Schweiz
Tel. +41 22 757 31 12, mobil +41 79 704 29 66
info@catherineritter.ch, www.catherineritter.ch

Bärbel Knorr

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Fachbereich Drogen & Strafvollzug
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel. +49 (0)30 69 00 87-45
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

