

**akzept** e.V.  
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik



**Niedersächsisches Landeskrankenhaus  
Maßregelvollzugszentrum Moringen**

[www.akzept.org](http://www.akzept.org)  
[www.gesundinhaft.eu](http://www.gesundinhaft.eu)

ISBN 978-3-98-13890-1-2

Dokumentation

Tagung Asklepios Klinik

| 28.1.2011 |

Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

Dokumentation

# Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

Dokumentation der Tagung am 28.1.2011  
in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll

# Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

Dokumentation der Tagung am 28.1.2011  
in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll

Veranstalter:



**ASKLEPIOS**

Klinik Nord - Ochsenzoll



**akzept** e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik



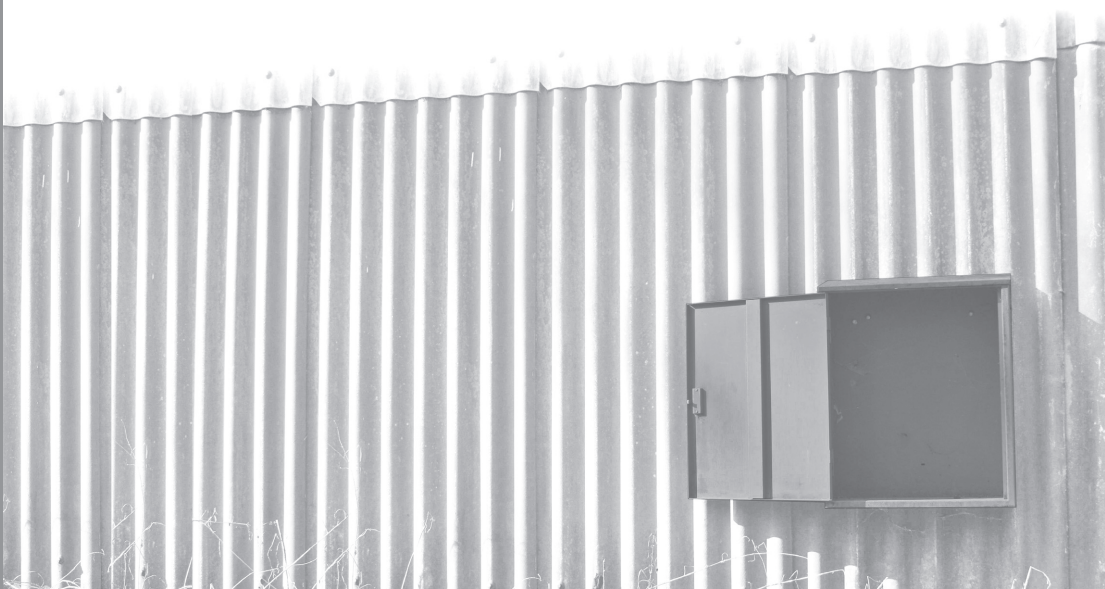
**Niedersächsisches Landeskrankenhaus  
Moringen**

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages





# Inhalt

Einleitung <i>Dr. Guntram Knecht, Prof. Dr. Heino Stöver</i>	02
Vorträge Plenum	
Moderne Suchtbehandlung – State of the Art bei Drogenabhängigkeit <i>Dr. Klaus Behrendt, Hans-Günter Meyer-Thompson</i>	05
Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige im Justiz- und Maßregelvollzug <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	13
Juristische Aspekte I: Was bedeutet erfolgreiche Behandlung in der Maßregel, Gesetzestext, „Heilung vom Hang“ <i>Matthias Koller</i>	27
Juristische Aspekte II: Maßregelvollzug und Substitutionsbehandlung <i>Dr. Helmut Pollähne</i>	37
„Good Practice“ am Beispiel Hamburg; Therapieverlauf, Behandlung <i>Annette Classen, Dr. Guntram Knecht</i>	47
Substitution aus der Sicht des Prognose-Gutachters <i>Dr. Michael von der Haar</i>	57
Arbeitsgruppen	
AG 1 Juristische Aspekte <i>Dr. Guntram Knecht, Matthias Koller</i>	71
AG 2 Substitution unter stationären Bedingungen im Maßregelvollzug <i>Annette Claßen, Dr. Margit Müller</i>	77
AG 3 Substitution unter ambulanten Bedingungen; Umsetzung und Nachsorge <i>Dr. Klaus Behrendt, Dr. Thielß Matthießen</i>	83
AG 4 HCV Behandlung <i>Priv. Doz. Dr. Markus Backmund</i>	85
ReferentInnen und Referenten	89
VeranstalterInnen und Impressum	91

## Einleitung

Die Suchtbehandlung im Maßregelvollzug ist häufig einseitig auf Abstinenz für die Dauer der Betreuung orientiert. Damit wird sie den komplexen Krankheitsbildern und komorbiden Störungen der betreuten PatientInnen oftmals nicht gerecht und das Suchtproblem wird verlagert und verschärft.

In Deutschland hat die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in den letzten 25 Jahren eine enorme Entwicklung durchlaufen: Von der argwöhnisch betrachteten Therapie einzelner Opioidabhängiger in wenigen Städten zu einer in manchen Regionen fast flächendeckenden Behandlung mit großer Akzeptanz: Am 1.7.2010 befanden sich 77.400 PatientInnen in Substitutionsbehandlung, zusätzlich geschätzte 12.000 erhielten Privatrezepte. Dies stellt eine mehr als 60%ige Steigerung gegenüber der Patientenzahl von 2002 dar. Diese enorme Steigerung in der Zahl der Substitutionsbehandlungen lässt sich durch überzeugende Resultate und eine Evidenz-Basierung dieser Therapieform erklären, die die Akzeptanz sowohl unter Politikern, Fachleuten, Ärzten erhöht haben. Vor diesem Hintergrund ist eine Erweiterung der Indikation und der Zielgruppen, die Diversifizierung der Substitutionsmedikamente und eine begonnene Entbürokratisierung der Behandlung entwickelt worden.

Die Substitution ist zur Methode der Wahl in der Behandlung Opioidabhängiger avanciert – vor allem in Bezug auf eine Reduktion des Opioidkonsums, der Morbidität (insbesondere Reduktion von HIV-Transmissionen), der Mortalität und der Steigerung der psychischen, physischen und sozialen Stabilität (v.a. die Verringerung der Kriminalität und die Reduktion von Wiederinhaftierung). Die Behandlung erfährt eine hohe Haltekraft und Reichweite als Basis für weiterführende Unterstützungs- und Therapieangebote. Für die Betroffenen ist die Substitutionsbehandlung eine Möglichkeit, die chronisch rezidivierende Erkrankung „Opiatabhängigkeit“ zu behandeln und sich körperlich und sozial zu stabilisieren – bis hin zu einer Rückkehr in ein ‚normales‘ Alltagsleben, in dem sie den Anforderungen in Partner-/Elternschaft, Ausbildung und Berufsleben besser gerecht werden können.

Im Maßregelvollzug ähnlich wie in verschiedenen Haftsettings spielt die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger bisher eine äußerst untergeordnete Rolle. Obwohl ein erheblicher Teil der PatientInnen im Maßregelvollzug

opioidabhängig ist, werden laut Auskünften behandelnder Ärzte kaum Patienten mit dieser Therapie behandelt, wobei durch diese Form der Therapie

- die Haltequote verbessert werden könnte, so dass es zu weniger Erledigungen der Maßregel nach § 64 StGB kommt
- schwerstsüchtige Opioidabhängige erst ausreichend stabilisiert werden und damit dann an den psycho- und soziotherapeutischen Angeboten teilnehmen können
- die Aussetzung einer Maßregel nach § 67 b StGB zugleich mit der Anordnung unter der Auflage einer Betreuung durch eine forensischen Ambulanz und durch eine diese durchgeführte Substitution mit begleitender PSB möglich sein könnte.
- (möglicherweise) die stationären Aufenthaltsdauern reduziert werden, bzw. sogar (s.u.) vermieden werden.

Diesen Vorteilen stehen vermeintliche Nachteile bzw. Probleme gegenüber, die die Gründe für die mangelnde Akzeptanz darstellen:

- entspricht die Substitution den rechtlichen Anforderungen wie sie der § 64 StGB formuliert („Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“)?
- Schwierigkeiten bei der Durchführung der Substitution in der Rehabilitationsphase der Therapie mit zunehmenden Lockerungen auf Grund der rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Verschreibung von Betäubungsmitteln
- Fehlende Berechtigungen zur Substitution bei reinen forensischen Ambulanzen usw.

Mit dieser Fachtagung zur Suchtbehandlung im Maßregelvollzug sollen diese Problematiken angesprochen und aufgearbeitet werden.

Die Thesen und Forderungen aus den Plenumsvorträgen und Arbeitsgruppen dienen der weiteren Diskussion und sollen Anstöße zu längst fälligen Veränderungen geben. Schließlich hoffen wir, die Kontakte der TagungsteilnehmerInnen hergestellt bzw. intensiviert zu haben, so dass ein Netzwerk von Schlüsselpersonen begonnen ist, das zukünftig an der Optimierung und

## Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

Differenzierung der Angebote für Suchtkranke im Maßregelvollzug arbeiten kann.

Im Juni 2011  
Dr. Guntram Knecht  
Hamburg

Prof. Dr. Heino Stöver  
Frankfurt am Main



Die VeranstalterInnen  
Thieß Mattheißen, Heino Stöver, Margit Müller Annette Claßen, Guntram Knecht

## Vorträge

### Moderne Suchtbehandlung – State of the Art bei Drogenabhängigkeit

*Klaus Behrendt, Hans-Günter Meyer-Thompson*

Vorbemerkung: Der Titel des Vortrags könnte bei dem Auditorium zu der Erwartung führen, dass hier jetzt der neueste evidenz-basierte Stand der Substitutionsbehandlung ausführlich dargestellt wird, also die Frage beantwortet wird, *wie* man substituiert.

Auf einer Fachtagung, die zu Fragen des Maßregelvollzugs veranstaltet wird, wären solche Ausführungen sicher fehl am Platze. Es gibt dazu diverse Veröffentlichungen und für diejenigen die Substitutionsbehandlungen durchführen wollen, werden in den Kursen für die Weiterbildung zur suchtmmedizinischen Grundversorgung alle entsprechenden Fragen ausführlich behandelt.

Vielmehr geht es natürlich um die Frage, was „State of the Art“ in der Behandlung Drogenabhängiger, d.h. primär Heroinabhängiger, ist und zugespißt hier und heute um die Frage, *ob* man im Maßregelvollzug substituiert.

Und diese Frage hat für den Maßregelvollzug nicht nur unter ethischen Aspekten erhebliche Bedeutung. Im Venzlaff/Förster weist SEIFERT in der Einleitung zum Kapitel Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB darauf hin, dass die jährliche Einweisungszahl gemäß § 64 mittlerweile doppelt so hoch liegt wie die gemäß § 63 StGB. Die Zahl der „gescheiterten Patienten“ – der sogenannten Erlediger – liegt mittlerweile höher als die Zahl der regulären Beendigungen. Er führt weiter aus, dass diese Zunahme im Wesentlichen durch die steigende Einweisung von Drogenabhängigen in den Maßregelvollzug nach § 64 StGB bedingt ist (1). Ob unter den Erledigern ganz überwiegend Drogenabhängige sind, habe ich nicht herausfinden können, man kann es aber vermuten!

Soll man damit resignativ umgehen, wie es dem Anschein nach wohl in den meisten entsprechenden Maßregelvollzugseinrichtungen der Fall ist, oder kann man wie SCHLÄFKE postulieren, dass geeignete Therapiesettings auch für die Patienten zu entwickeln sind, die dem Maßregelvollzug Grenzen setzen

wie Komorbide und Menschen die eine früh einsetzende Drogenabhängigkeit zeigen. So in dem lesenswerten Aufsatz „drinnen und draußen; Möglichkeiten und Grenzen von therapeutischer Einflussnahme im Maßregelvollzug“, auf den noch zurück zu kommen sein wird (2).

*Draußen* stellt sich die Frage, ob man substituiert, schon lange nicht mehr. Sie ist allerdings ca. 15 Jahre mit erbitterter Härte geführt worden. So zählen CHORZELSKI, RASCHKE und SCHLÖMER in einem 1989 erschienen Aufsatz „Zum Elend der Methadondebatte“ fünf Stellungnahmen gegen „Ersatzdrogen“ auf, hinter denen die Bundesärztekammer, die DHS und die DG-Sucht, der Bundesdrogenbeauftragte, der Sozialminister von Baden-Württemberg und der Fachverband Drogen und Rauschmittel versammelt waren. Mit den in diesen Stellungnahmen vorgetragenen Argumenten setzten sie sich auseinander und entlarvten diese als ideologisch und diffamierend. Schon damals stellten sie fest, dass die Einführung von Substitutionsprogrammen eigentlich ein pragmatisches und politisches Problem ist und verwiesen auf langjährige und vielfältige Erfahrungen in anderen Ländern und intensive wissenschaftliche Evaluationen hinsichtlich Erfolg und Misserfolg, Reichweite und Wirkungen (3). Obwohl also umfassende wissenschaftliche Ergebnisse schon in den 1980er Jahren vorlagen, hat es bis 2002 gedauert, die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten als Methode der ersten Wahl durchzusetzen. Dagegen sprachen natürlich unter anderem auch kurzfristige Kostengesichtspunkte, die Auseinandersetzung wurde aber von den Gegnern im Wesentlichen mit ideologischen Argumenten geführt, unter denen das sogenannte Abstinenzparadigma die Hauptrolle spielt, das sogar Eingang in das CDU Programm gefunden hat. (Alkoholabstinenz ist damit allerdings dort nicht gemeint).

Ein erster Durchbruch war damit erreicht, dass der BGH 1991 einer strafrechtlichen Sanktionierung der Substitutionsbehandlung widersprach. Der gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen musste daraufhin Richtlinien erlassen, die beim Vorliegen weiterer schwerer Erkrankungen oder Schwangerschaft diese Behandlungsform zu Lasten der Krankenkassen ermöglichte. Diese Einschränkung gab der Ausschuss erst auf, als die Bundesregierung im Herbst 2002 eine sogenannte Ersatzvornahme beschloss. In einer Presserklärung Anfang 2003 musste der damalige Vorsitzende feststellen: „Die Neufassung trägt der Tatsache Rechnung, dass durch den Verzicht auf die Zweiterkrankung als Voraussetzung für die Substitution eine



völlig neue Situation geschaffen wird – nämlich allein noch die Bekämpfung der Abhängigkeit“.

Weiterhin ist diese Behandlungsform aber in Deutschland in erheblichem Maße reglementiert durch Betäubungsmittelgesetz (BtmG) und Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Der Gesetzgeber weist darin der Bundesärztekammer die Verantwortung für die fachlichen Richtlinien zu, die im Jahr 2009 von einer Expertenkommission überarbeitet wurden und in der aktuell gültigen Form am 19.02.2010 verabschiedet wurden. Darin heißt es zur Indikation: „Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine substitions-gestützte Behandlung indiziert, wenn diese in *Abwägung aller entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte* gegenüber primär abstinenzorientierten Therapieformen die erfolgversprechendere Behandlung darstellt. In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinente, aber in beschützender Umgebung – wie z.B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden“ (4).

GÖLZ führt in einem Aufsatz zu den Standards der Substitutionsbehandlung zum Thema Indikation und Kontraindikation aus, dass eine Indikation zur Substitutionsbehandlung immer dann vorliege, *wenn schadensmindernde Maßnahmen im somatischen, psychischen und sozialen Bereich notwendig erscheinen und beim Abhängigen der Wunsch nach Beendigung des Konsums illegaler Drogen und der damit verbundenen Begleitumstände und Gefahren besteht. Ob dieses Ziel eher durch eine Substitution oder eine Abstinenztherapie erreicht werden kann, hängt von den äußeren Bedingungen und dem Konsens zwischen Arzt und Patient ab. Die einzige Kontraindikation für eine Substitutionsbehandlung sind individuelle Bedingungen, die eine zusätzliche Intoxikationsgefahr durch das Substitutionsmittel erwarten lassen. Dies ist der Fall bei unkontrollierbarem politoxikomanem Beikonsum* (5). Damit beschreibt GÖLZ die herrschende Praxis für mehr als 77.000 Drogenabhängige, die außerhalb von Gefängnissen und Maßregelvollzugseinrichtungen substituiert werden.

Es ist vollkommen klar, dass laut Strafvollzugsgesetz die allgemeinen Lebensbedingungen in Haft sich nicht wesentlich von denen außerhalb des Vollzugs unterscheiden dürfen, was auch für die medizinische Versorgung gilt. Trotzdem wird der Zugang der Substitutionsbehandlung in Gefängnissen je nach ideologischer Ausrichtung von Justizministerien, Anstaltsleitungen und

Anstaltsärzten eher mehr als weniger reglementiert und ist in Maßregelvollzugseinrichtungen eine ausgesprochene Seltenheit. Dies kann man nüchtern beschreiben – wenn man es genauer betrachtet werden hier die Grundrechte von Strafgefangenen, zu denen die Maßregelvollzugspatienten ja auch gehören, regelmäßig missachtet. Es stellt sich die Frage, wie es eigentlich dazu kommt, dass die Forderung nach einer den Bedingungen in Freiheit vergleichbaren medizinischen Versorgung gerade in diesem speziellen Fall der Substitutionsbehandlung ganz überwiegend abgelehnt wird.

In den Haftanstalten werden dafür die Folgen der Stigmatisierung suchtkranker Menschen, also hier die Ressentiments gegenüber Drogenabhängigen eine wichtige Rolle spielen. Es bedarf sicher besonderer Anstrengungen, in einer Haftanstalt eine adäquate Behandlung gerade für *die* Menschen durchzusetzen, die doch „selber schuld“ an ihrem Problem sind. Hinzu kommen die Kosten, die adäquate Behandlungen verursachen, was man noch besser als bei der Substitutionsbehandlung an der Weigerung ablesen kann, in Haftanstalten eine Interferon Behandlung für die Hepatitis C Infektion anzubieten.

Für Maßregelvollzugseinrichtungen sollten diese beiden Gründe eigentlich nicht gelten. Wer sich professionell der Behandlung schwer suchtkranker Menschen widmet, dürfte sich eigentlich mit den Vorurteilen gegenüber dieser Gruppe hinreichend auseinandergesetzt haben. Die Kosten für eine Substitutionsbehandlung sind innerhalb des Maßregelvollzuges absolut überschaubar, sodass auch hier möglicherweise wieder ideologisch begründete Motive eine wichtige Rolle spielen.

STÖVER beschreibt in einem Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Gefängnis die zentralen Aspekte medizinischer Ethik wie sie unter anderem durch den Europarat 2006 festgelegt worden sind.

Darunter sind die Gleichwertigkeit der Gesundheitsversorgung wie in Freiheit, die Selbstbestimmung des Patienten sowie Vertraulichkeit und Verschwiegenheit des Arztes, humanitärer Beistand, professionelle Unabhängigkeit und professionelle Kompetenz aufgeführt. Ich will auf die weiteren Ableitungen daraus in diesem Leitfaden für das Gefängnis nicht näher eingehen, sondern hier nur die Mahnung im Schlußsatz zitieren: *„Jene, die ethische Vorbehalte gegenüber der Verschreibung von Substanzen haben, die die Abhängigkeit von Drogenkonsumenten aufrechterhalten und die nur eine völlige Abstinenz als Behandlungserfolg sehen, sollten überdenken, ob dieses erhabene Behandlungsziel, welches selten innerhalb einer kurzen Zeitperiode erreicht wird,*

*die Vorteile der konkreten Reduzierung von Mortalität, Morbidität, persönlichem Leid, sozialer Instabilität und krimineller Aktivität durch die Substitutionstherapie aufwiegt (6)“.*

Neben diesen ethischen Aspekten ist hier zu der Grundproblematik auch noch einmal auf SEIFERT und auf SCHLÄFKE zu verweisen: Nach SEIFERT waren 1990 1.160 Patienten und 2006 insgesamt 2.619 Patienten im MRV gemäß §64 StGB untergebracht! Die jährliche Einweisungszahl liegt mittlerweile doppelt so hoch, wie die Einweisungen gemäß §63: 2006 1.602 Patienten versus 797, im Wesentlichen durch die Drogenabhängigkeit bedingt. Die Zahl der „gescheiterten“ Patienten liegt mittlerweile höher als die Zahl der regulären Beendigungen (1). SCHLÄFKE hält fest, dass die zukünftige *Nicht-Begehung* von Straftaten gesetzlich definiertes Therapieziel sei und zwar – zumindest prinzipiell – für eine zeitlich nicht begrenzte Zukunft. Es gehe also nicht um die seelische Gesundheit als Behandlungsziel sondern um einen dauerhaft stabilen Zustand, in dem erheblich rechtswidrige Verhaltensmuster nicht mehr vorkommen (2).

Und er hält fest – man möchte sagen, trotzdem – dass in der Entziehungsmaßregel weiterhin das Abstinenzgebot gelte und vorher Substituierte in seiner Einrichtung vom Substitutionsmittel entzogen werden. Anschließend führt er in Abgrenzung dazu diverse medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten auf, die im MRV zur Verfügung stehen, nur eben nicht die Substitutionsbehandlung und hält die Chancen für eine erfolgreiche Therapie unter Ausnutzung auch psychopharmakologischer Behandlungsansätze für eigentlich nicht schlecht, was aber leider wohl bei ihm für Drogenabhängige nicht gilt.

Zwei gerne vorgebrachte Argumente betreffen die Wirkung der Substitutionsbehandlung auf die psychische Verfassung der Substituierten:

Die mit der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger befassten Therapeuten verweisen gerne darauf, dass Opiate bzw. Opioide die Betroffenen daran hinderten, sich angemessen auf psychotherapeutische Interventionen einzulassen bzw. davon zu profitieren. Insbesondere gelte dies für tiefenpsychologisch fundierte Therapieansätze, auf die sich Patienten unter Substitution nicht mehr einlassen können. Dazu hat FUCHS schon 1988 ausgeführt: *„Ein individuell optimal eingestellter Methadonpatient ist sowohl hinsichtlich Wahrnehmung als auch Erlebnisfähigkeit als normal zu betrachten was sowohl hinsichtlich Rehabilitation im Arbeitsbereich als auch in Bezug auf die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Intervention von Bedeutung ist“ (7).*

In diesem Zusammenhang weist er auch konkret auf die Erfahrung hin, dass selbst aufdeckende Psychotherapie bei substituierten Heroinabhängigen möglich sei.

Inzwischen wird dies Jahrzehnte später langsam nachvollzogen. In den 1990er Jahren wurde in einer Langzeittherapieeinrichtung in Herne ein Modellversuch für die LVA durchgeführt, in dem substituierten Drogenabhängigen eine Langzeittherapie unter Substitution ermöglicht wurde. Inzwischen gibt es diverse Therapieeinrichtungen, die zumindest zulassen, dass drogenabhängige Patienten auch mit einer begrenzten Dosis von in der Regel 50mg Methadon in die Therapie aufgenommen werden, in der sie im Verlauf dann davon entzogen werden sollen. Über die Ergebnisse dieser Maßnahme ist bisher leider noch nichts veröffentlicht.

Dass ein hier festzustellendes Umdenken offenbar auch im Maßregelvollzug geboten ist, ergibt sich nicht nur aus der hohen Zahl der sogenannten Erlediger unter den drogenabhängigen Patienten; dazu äußert sich implizit auch SCHLÄFKE, der darauf hinweist, dass den Maßregelvollzugseinrichtungen insbesondere durch die Patienten Grenzen gesetzt werde, die eine zusätzliche, insbesondere eine dissoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen und eine früh einsetzende Drogenabhängigkeit zeigen (andere von ihm genannte Gruppen sind hier außer Acht gelassen). Es ist keine Frage, dass Dissozialität unter langjährig drogenabhängigen Menschen schon durch die mit der Abhängigkeit einhergehende Sekundärsozialisation auf der Szene und in Haft sehr häufig ist. Dies dissoziale Verhalten, das erfahrungsgemäß durch erzwungene Abstinenz eher verstärkt wird, stellt nach SCHLÄFKE die *therapeutische Begrenzung* dar, für die er zugespitzt fordert: „*Wer diese Patientengruppe als in der Entziehungsmaßregel fehlplaziert ausschließen will, plädiert im Grunde für die Abschaffung des Rechtsinstituts des § 64 StGB. Es muss uns vielmehr gelingen, auch für diese Patienten geeignete Therapiesettings zu entwickeln!*“ (2)

Dieser Schlussfolgerung kann ich nur zustimmen.

Die zweite Argumentation ist häufig von abstinenten Mitpatienten zu vernehmen und wird dann gerne auch von den Verfechtern einer substitutionsfreien Akut- und Langzeitbehandlung aufgegriffen. Sie läuft darauf hinaus, dass es nicht zumutbar sei wenn Substituierte „breit“ mit in der Gruppe seien.

Schon wenn man sich an FUCHS erinnert, ist das im Hinblick auf die Mitarbeit der Substituierten schlicht nicht zutreffend. Auf unseren Entzugsstationen, auf denen die gleichzeitige Behandlung substituierten Patienten und nicht substi-

tuierter Patienten und auch Abhängiger von legalen sowie von illegalen Drogen seit etlichen Jahren die Regel ist, spielt entsprechend diese Frage auch überhaupt keine Rolle mehr. Ausschlaggebend dafür ist offenbar, dass für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserer Abteilung dieses Konzept selbstverständlich ist und die Patienten, die sich anderswo darüber beklagen, bei uns kein mitfühlendes Echo erwarten können.

Übrig bleibt ein für mich durchaus nachvollziehbarer Neid darauf, dass andere etwas haben, was ihnen verwehrt wird oder was sie sich selbst verwehren. In Anbetracht der suchtkranke Menschen häufig beherrschenden Ambivalenz gegenüber ihren Suchtmitteln halte ich dies für normal und eher für einen Zugang zur therapeutischen Arbeit mit den Patienten.

Lassen Sie mich zum Abschluss noch einmal auf den Begriff „State of the Art“ zurückkommen. Bisher habe ich in meinem Vortrag nur einige mir wichtig erscheinende Gründe dafür angeführt, dass der Standard in der Behandlung opiatabhängiger Menschen, der in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland erreicht wurde, also die Substitutionsbehandlung als Regelbehandlung, die weit mehr als die Hälfte der Betroffenen erreicht, auch im Maßregelvollzug gemäß § 64 Einzug halten sollte.

Vor fünf Jahren haben wir einen Vortrag zum Goldstandard in der Substitutionsbehandlung erarbeitet. Dabei wurde deutlich, dass es einen Goldstandard bezogen auf eine Substanz in Deutschland gar nicht geben kann, weil die verschiedenen denkbaren Substitutionsmedikamente schon durch den Gesetzgeber sehr unterschiedlich reglementiert werden bzw. gar nicht zugelassen werden und zunehmend auch von Krankenkassen bei der Wahl des Substitutionsmittels erhebliche Zwänge ausgeübt werden. Nicht nur deswegen kann sich ein Goldstandard nur auf die angemessene Diagnostik und Behandlung drogenkranker Patienten beziehen und setzt primär die Bereitschaft voraus, sich unvoreingenommen mit den kranken Menschen zu befassen. Diese banale Forderung wird viel häufiger als bei anderen Patienten bei den von vielfältigen und zum Teil schweren Verhaltensauffälligkeiten geprägten Drogenkranken nicht eingelöst.

Damals habe ich auch eine Befragung von 247 substituierenden Ärzten in NRW 1998 zitiert, in der 35% der Befragten die Aussage „Drogenabhängigkeit ist ein Laster“ bejaht haben und weitere 10,5% sich unsicher waren; fast 40% hatten sich gegen Bewährungsstrafen beim Verkauf illegalisierter Drogen ausgesprochen; 19% waren sich unsicher gewesen. 40% wollten die Nicht-



einholung von Beratungsterminen mit stufenweise Abdosierung von Methadon ahnden; 22% waren unentschlossen, mehrheitlich wurde aber Benzodiazepin-Kokain- und exzessiver Alkoholkonsum mit Behandlungsabbruch geahndet. Ich bin mir nicht sicher, ob eine solche Befragung bei Behandlern im Maßregelvollzug nicht ähnliche Ergebnisse erbringen würde.

Zum State of the Art wird also zuallererst die eigene Reflektion.

Als Schlusswort kann auch heute gelten:

Der Goldstandard der Substitutionsbehandlung ergibt sich aus der Einbettung der individuell richtigen Medikation, der Substanz und ihrer Dosierung in ein individuell abgestimmtes Behandlungssetting, das von den Belangen unserer Patienten geprägt ist, nach klaren Regeln verläuft, abgestimmte Ziele verfolgt und auf einem guten und vertrauensvollen Kontakt zu den Patienten basiert (8). So einfach ist das!

## Literatur

- (1) Seifert, D. „Unterbringung im MRV gemäß §64 StGB“ In: Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung 5. Auflage; München 2009 S. 471-474.
- (2) Schläfke, D.; Bordel, U.; Dette, C.; Keiper, P. & Wendland, A. (2004) „Drunnen und Draußen“: Möglichkeiten und Grenzen von therapeutischer Einflussnahme im Maßregelvollzug, in: 14. Bad Rehbürger Fachtagung zur Unterbringung gem. § 64 StGB. Rehburg-Loccum 8 ff.
- (3) Chorzelski, G.; Raschke, P.; Schlömer, H.: Zum Elend der Methadondebatte. In: Bossong, H.; Stöver, H.; Methadon; Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung S. 28-45. Berlin/ Bremen 1989.
- (4) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlungen Opiatabhängiger. Deutsches Ärzteblatt Jg. 107 Heft 11 S. A511-A516.
- (5) Gölz, J. Standards der Substitutionsbehandlung. In: Stöver, H. (H6) Substitution in Haft S. 14 Berlin 2007.
- (6) Pont, J.; Kastelic, A.; Stöver, H.; Knorr, B.; Ritter, C. (2011): Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. Ein praktischer Leitfaden. Deutsche Aids-Hilfe, Berlin.
- (7) zitiert nach: Chorzelski, G.; Raschke, P.; Schlömer, H.: Zum Elend der Methadondebatte. In: Bossong, H.; Stöver, H.; Methadon; Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung, S. 35. Berlin/ Bremen 1989.
- (8) Behrendt, K.; Chorzelski, G. ; Meyer-Thompson, H.-G. Gibt es einen „Goldstandard“ der Substitutionsbehandlung Methadon/Polamidon? Suchttherapie 2006; 7(2): 78 - 81 Stuttgart.

## Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige im Justiz- und Maßregelvollzug

Heino Stöver<sup>1</sup>

### Einleitung

Jeder Gefangene hat einen Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechende medizinische Versorgung während der Inhaftierung. Dies umfasst natürlich auch die Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Gefangenen. Während in Freiheit sich allerdings mittlerweile mehr als 50% der geschätzten 175.000 Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlungen befinden, liegt die Zahl in Haft nur bei etwa 8-10% – im Maßregelvollzug ist die Zahl vernachlässigenswert. Das bedeutet: Drogenabhängige in Haft profitieren nicht annähernd von den Fortschritten in der Suchtmedizin wie das in Freiheit der Fall ist. Diese Entwicklung macht auf besondere Weise strukturelle Probleme der Einführung von State-of-the-Art-Medizin im Strafvollzug deutlich. Eine dem Äquivalenzprinzip verpflichtete (d.h. gleiche Qualität in der medizinischen Versorgung innerhalb und außerhalb der Mauern) Versorgung Suchtkranker in Haft ist bislang nicht umgesetzt. Dabei muss von einer hohen Zahl Opioidabhängiger in Haft ausgegangen werden.

Dies markiert einen Prozeß gesundheitlicher Ungleichheit, der Fragen nach der adäquaten gesundheitlichen Versorgung Gefangener durch einen justiz-internen Gesundheitsdienst in Frage stellt (vgl. Pont et al. 2011).

Im folgenden Beitrag werden die Gründe für die mangelhafte Anwendung der Substitutionsbehandlung im Justiz- als auch im Maßregelvollzug analysiert, und Beispiele guter Praxis dargestellt.

---

<sup>1</sup> Dank an meine KollegInnen Karlheinz Keppler und Bärbel Knorr

## Prävalenz von i.v. DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug

Ein Großteil der Gefangenen in Deutschland (und Europa) ist drogenerfahren beziehungsweise konsumiert illegale Drogen, v.a. Opiate, auch in Haft (vgl. Keppler et al. 2010). Experten gehen davon aus, dass etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös konsumierende Drogenabhängige sind. Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet“, jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden muss. Diese Zahlen werden bestätigt von der EMCDDA, deren Schätzungen darauf hinauslaufen, dass mindestens die Hälfte der europäischen Gefangenenpopulation „drogenerfahren“ ist, viele davon mit einem problematischen und/oder intravenösen Konsum (vgl. Keppler/Stöver 2010).

Diese Befunde decken sich auch mit den Ergebnissen zweier jüngst durchgeführter multizentrischer epidemiologischer Studien zur suchtmmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug. Sie geben erstmals einen Überblick über die Zahl aktueller/ehemaliger i.v.-Drogenkonsumenten und drogenassoziiert Infizierter in deutschen Haftanstalten. Radun et al. (2007) fanden in ihrer Querschnittstudie unter 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Prävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6% (n=464). 17,6% aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), 0,8% mit dem humanen Immundefizienz Virus (HIV) infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6%), der jemals Drogen injizierte, war HCV-positiv und 1,6% waren HIV-positiv.

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

Damit unterstreichen beide Studien: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind aktuelle/ehemalige i.v. Drogenkonsumenten, HCV- Infizierte und HIV-Infizierte in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert. Während in der Allgemeinbevölkerung ihr Anteil bei ca. 0,3 % liegt, ist er in den Gefängnissen fast 100-fach höher.

Auf Basis der berichteten Werte muss man bei 74.706 Gefangenen von 16.500-22.200 Opioidkonsumenten beziehungsweise Abhängigen allein in den Haftanstalten Deutschlands ausgehen. Mehr als ein Zehntel der allgemein angenommenen Gesamtzahl von 175.000 Drogenabhängigen ist inhaftiert (Drogenbeauftragte 2007). Bei ca. 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also mehr Drogenkonsumenten im Gefängnis (1,5- bis zweimal mehr) als in Therapieeinrichtungen.

### Was eine Substitutionsbehandlung leisten kann – Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen in Haft

Dass die Substitution auch im Gefängnis-Setting ein geeignetes und sinnvolles Angebot darstellt, hat man in verschiedenen, meist außerhalb Europas durchgeführten Studien bereits belegt. Nachgewiesen ist, dass inhaftierte Behandelte

- ihren Heroingebruch, den intravenösen Konsum und die Gemeinsambenutzung von Spritzen und Nadeln reduzieren
- weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind
- ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben
- sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben
- unter dauerhafter Substitution deutlich weniger drogenbezogene Delikte begehen
- und generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen (vgl. generell Hedrich et al. 2011; Stöver & Marteau 2010; Larney 2010; Jürgens et al. 2009; WHO 2009).

Auch das Gefängnis profitiert von der Substitutionsbehandlung:

- Entzugssymptome lassen sich besser kontrollieren,
- Drogenhandel und -konsum werden reduziert,
- die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht,
- die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge und ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich (Stöver/Michels 2010).

Die BISDRO/WIAD-Studie (2008) zeigte, dass die Substitutionsbehandlung weiterhin nicht nur nützlich für die Gefangenen, sondern auch für die Strafvoll-

zugsinstitution ist: Sie bietet einen täglichen Kontakt zwischen Gefangenen und medizinischer Abteilung und fördert zugleich die Vermittlung anderer gesundheits-relevanter Botschaften und Verhaltensweisen. Eine Erhöhung der Zahl an Substituierten in Haft erfordert jedoch Investitionen in Personal und deren Ausbildung und Qualifizierung sowie eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit.

Ein Vergleich der derzeitigen intramuralen suchtmmedizinischen Versorgungssituation gegenüber der extramuralen fällt ernüchternd aus: Während sich die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den letzten 5 Jahren um mehr als 50% auf über aktuell ca. 90.000 Patienten (einschl. geschätzter Zahl von Patienten mit ‚Privatrezepten‘ von 12.600; Stand: April 2011) erhöht und mehr als 50% der geschätzten 175.000 Opiatkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht annähernd ab: Lediglich ein kleiner Teil (8-10%, d.h. etwa 1.700 der geschätzten 16.500-22.200 Konsumenten bzw. Abhängigen von Opiaten) in den Haftanstalten Deutschlands befindet sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2007). Schulte et al. (2009) konnten zeigen, dass nur in drei von vier Gefängnissen (74,2%) überhaupt eine Substitutionsbehandlung möglich ist. Stöver (2011) wies in der IMPROVE-Studie nach, dass bei 70% der in Freiheit in Substitutionsbehandlung befindlichen PatientInnen bei Inhaftierung die Behandlung abgebrochen wurde.

Bei den verbleibenden 30% ist die Substitution überwiegend mit Abstinenzorientierung fortgesetzt worden.

Dennoch: Als primäre Behandlungsindikation in Haft steht die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund (Keppler/Fritsch/Stöver 2009). Die mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele sind deutlich abstinenzorientiert (Schulte et al. 2009).

Entzugsbehandlungen allein jedoch führen in vielen Fällen zu Rückfällen und drogenkonsumbedingten Überdosierungen nach Haftentlassung (Crowley 1999). Substitution als Dauerbehandlung ist effektiver als Entzugsbehandlung, ausgedrückt in einer Förderung der Haltekraft in der Drogenbehandlung in Haft und (anschließend) Abstinenz von anderen illegalen Drogen (Pont et al. 2011).



## Heterogene Praxis der intramuralen Opiatsubstitutionsbehandlung in Deutschland

Angesichts der weiten Verbreitung von Suchterkrankungen im Vollzug leuchtet unmittelbar ein, dass eine qualifizierte Suchtkrankenbehandlung nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen eine große Rolle in der Gefängnismedizin spielen muss. Große Teile der Arbeit des medizinischen Dienstes sind durch die Behandlung von Suchterkrankungen und deren Folgen gebunden. Die Suchterkrankungen und die damit verbundenen Gesundheitsstörungen absorbieren einen hohen Teil der medizinischen Leistungen. In einer Untersuchung in der U-Haftanstalt Oldenburg wurden 76% aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt (Tielking /Becker/Stöver 2003).

Die folgende Übersicht über die Substitutionsszenarien in den einzelnen Bundesländern zeigt die Vielfältigkeit und Uneinheitlichkeit des Einsatzes der Substitutionsbehandlung in Haft anhand der Indikationen auf (vgl. Keppler et al. 2011):

- Gefangene, die vor Haftantritt bereits substituiert wurden;
- Gefangene, bei denen sich die Indikation erst während der Haftzeit stellt;
- Substitution als entlassungsvorbereitende Maßnahme
- Gefangene, die sich schon vor Haftantritt in Substitution befanden und nur eine kurzzeitige Strafhaft (wenige Wochen) vor sich haben;
- Drogen gebrauchende Frauen in der Schwangerschaft
- Jugendarrestanten
- nur Schwerkranke, bei denen ein Entzug eine Verschlechterung der Grunderkrankung bedeuten würde (zeitlich nicht befristet);
- Substituierte Gefangene, die sich auf Transport befinden oder wegen eines Gerichtstermins aufgenommen werden;
- medikamentengestützter Entzug
- längerfristige Substitution nur im offenen Vollzug
- falls die Substitution in einer Haftanstalt nicht angeboten wird ist eine Verlegung in eine andere JVA auf Antrag möglich;
- Kein Beginn einer Substitution in Haft.

Die Verschreibungsmodalitäten variieren nicht nur von Bundesland zu Bundesland, sondern von Region zu Region innerhalb eines Bundeslandes und selbst von Gefängnis zu Gefängnis innerhalb einer Region oder Kommune.

## Hemmnisse für eine flächendeckende Substitution: Gründe für die mangelhafte Verbreitung der Substitutionsbehandlung in Haft

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem öffentlichen Druck, das Gefängnis als drogenfreien Raum zu gestalten. Nur in wenigen Anstalten wird offen über vorhandene Drogenprobleme gesprochen und werden offensiv Hilfen angeboten: Dies wird oft mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf die Undurchlässigkeit des Gefängnisystems gleichgesetzt. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogenkonsum entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Da „nicht sein kann, was nicht sein darf“, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen der Erwartung an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages und den Realitäten eines verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums vieler Gefangener und zum Teil politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens.

Reaktionen darauf folgen in der Regel zwei unterschiedlichen Mustern; (i) intensivierte Abgrenzung des intramuralen Raums oder (ii) Entwicklung von realitätsadaptierten und bedürfnisgerechten Hilfen im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Ordnung sowie medizinischem Versorgungsauftrag. Sofern mit dem ersten Ansatz Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnten, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel einer weitgehenden Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde diese Reaktion auch zu Lasten nicht betroffener Gefangener gehen. Der zweite Ansatz sollte pragmatische und realistische Ziele verfolgen, das heißt sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen machbar sein. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsumenten im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Eine haftinterne Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz gegenüber dem Konsum: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren den Anstaltsalltag und den Umgang mit Drogen konsumierenden Gefangenen.

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel nicht als „lockerungsg geeignet“ betrachtet werden, das

heißt, sie können ihr Handeln in der Freiheit nicht erproben, weil ihnen permanent eine Sucht- beziehungsweise Rückfallgefährdung sowie eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr unterstellt wird.

Gerade in der Substitution zeigen sich ausgeprägte, regionale Unterschiede, die sich in einem Nord-Süd-Gefälle, West-Ost-Gefälle und Stadt-Land-Gefälle widerspiegeln. Allerdings gilt das auch für die Situation außerhalb der Gefängnisse (Schulte et al. 2009b).

Die Bereitschaft der Ärzte zu substituieren sinkt generell. Die schwer zu durchschauenden bürokratischen Anforderungen, schwer nachvollziehbare Regelungen in der BtMVV, die fehlende Rechtssicherheit für substituierende Ärzte, aber auch das Nicht-Einschätzen-Können des politischen Gewollt-Seins der Substitutionsbehandlung durch das Justizministerium und Vorgesetzte, halten viele davon ab, sich überhaupt mit Substitution oder Suchtmedizin zu beschäftigen. Selbst das Einholen von Rechtsrat führt oftmals zu unterschiedlicher Beurteilung ein und desselben Sachverhaltes durch verschiedene Juristen. Die daraus resultierende Angst vor Strafverfolgung ist ein weiterer Hemmschuh (da viele Anstaltsärzte Beamte sind, ist ihre Angst vor Strafverfolgung besonders relevant).

Ein entscheidender weiterer Hemmschuh liegt darin begründet, dass Substitution nicht unerhebliche zusätzliche Arbeit für das gesamte medizinische Team bedeutet. Dies wird allerdings oftmals nicht honoriert, sondern führt noch zu Anfeindungen und Widerständen seitens des Vollzugspersonals, das vielfach ausschließlich abstinenzorientiert Substitution als „Kapitulation vor der Sucht“, „ungerechtfertigte Belohnung der Suchtpatienten“ und „Komplizenschaft mit der Sucht“ begreift. Vollzugliche Auffälligkeiten werden dann gegen die medizinische Behandlung gestellt und als ungerechtfertigt oder sogar erfolglos bewertet. All dies führt dazu, dass die Substitutionsbehandlung bei Neu-Inhaftierten überwiegend abgebrochen wird, und sie im Geruch von „dirty medicine“ bleibt.

## Die neuen Rahmenrichtlinien der BÄK<sup>2</sup> und ihre Auswirkungen auf den Justizvollzug

Aus den auch für Anstaltsärzte geltenden neuen BÄK-Rahmenrichtlinien (2010) ergeben sich weitreichende Auswirkungen auf die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen, dort heißt es: „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder anderer Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“ Damit macht die Bundesärztekammer deutlich, wie wichtig die Kontinuität der Behandlung für die Stabilität des Patienten ist. Darüber hinaus heißt es: „In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z.B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden.“ Dies bedeutet, dass die Substitutionsprophylaxe vor der Haftentlassung auch als Mortalitäts-/Morbiditätsprophylaxe für die besonders vulnerable Phase nach Haftentlassung eingesetzt werden kann.

## Politische Signale für einen verstärkten Einsatz der Substitutionsbehandlung

Wie wichtig ein politisches Signal vom zuständigen Justizministerium für die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft ist, haben die Behandlungsempfehlungen des Landes Nordrhein-Westfalen gezeigt (2010). Hier wurde das erste Mal in einer umfassenden Form von einer Expertenkommission in NRW die Bedeutung der Substitutionsbehandlung benannt und Empfehlungen für eine optimale Behandlung abgegeben: „Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Wesentliches Anliegen der Arbeitsgruppe ist daher, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen zu erhöhen und eine möglichst einheitliche Handhabung

---

<sup>2</sup> Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet –

im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen sicher zu stellen.“ (NRW 2010).

Die folgenden drei Substitutionsszenarien werden beschrieben:

- a) Patienten in ärztlicher Opiatsubstitution ohne problematischen Beikonsum→ Weitersubstitution, als Dauersubstitution
- b) Patienten in ärztlicher Opiatsubstitution mit problematischem Beikonsum→ Detoxifikation vom Beikonsum mit dem Ziel einer stabilen Dauersubstitution
- c) Patienten mit polytoxikomaner Opiatabhängigkeit→Detoxifikation mit gleichzeitiger ärztlicher suchtherapeutischer Behandlung einschließlich der Prüfung der Substitutionsindikation

Klargestellt wurde in den Behandlungsempfehlungen:

- Die Dauer der Haft hat keinen Einfluss auf die Indikation zur Substitution;
- Abbruch der Substitution erfolgt nach Entscheidung durch den Arzt, ggf. mit suchtherapeutischen Arbeitsgruppe der JVA;
- Abbruch einer Substitution bedeutet nicht dauerhafter Ausschluss von OST;
- Wiederbeginn der Substitution Entscheidung im Einzelfall.

Weitere Orientierungen lauten:

- Untersuchungshaft: Beginn der Substitution nur möglich, wenn Weitersubstitutionsplatz
- Strafhaft: bei Haftdauer von mehr als zwei Jahren nicht erforderlich, dass ein Weitersubstitutionsplatz bekannt ist.
- Strafhaft unter zwei Jahren: Weitersubstitutionsplatz sollte bekannt sein.

Im Rahmen einer Tagung (akzept 2010) wurde berichtet, dass nach Einführung der Behandlungsempfehlung Anfang 2010 sich die Zahl der SubstitutionspatientInnen verdreifacht hat und sich im April 2011 ungefähr auf 1.000 beläuft – also mehr als in allen anderen 15 Bundesländern zusammen.



## Substitutionsbehandlung im Maßregelvollzug

Die Substitutionsbehandlung spielt im Maßregelvollzug eine völlig untergeordnete Rolle – im wesentlichen aus dem Grund, weil die psychotherapeutische Behandlung und soziale Unterstützung als beeinträchtigt angesehen werden.

Grund für die Ablehnung der Substitutionsbehandlung im Maßregelvollzug ist für viele Ärzte der Gesetzestext des § 64 StGB, hier wird die Zielsetzung des Maßregelvollzugs als „Heilung vom Hang“ definiert. Weiterhin wird festgelegt, dass eine solche Maßnahme nur dann begründet ist, wenn sie „unter der Voraussetzung stattfindet, dass eine Aussicht auf Erfolg der Maßnahme besteht“. Diese Formulierungen werden von Ärzten dahingehend (fehl-) interpretiert, dass somit die Behandlung der Sucht im Maßregelvollzug ausschließlich die Abstinenz, nicht jedoch die gesundheitliche und soziale Stabilisierung durch eine Substitutionsbehandlung mit einschließt – das Substitutionsmedikament also mit einer Droge und entsprechender Wirkung verwechselt wird. In der Folge wird die Substitution im Maßregelvollzug nicht initiiert oder durchgeführt, bei Einweisung unter laufender Substitution der Maßregelvollzug als gescheitert bzw. für beendet erklärt. Diese Vorgehensweise steht in klarem Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesärztekammer, die die Substitution als adäquate Therapie voll anerkennt.

Gründe für einen verstärkten Einsatz der Substitutionsbehandlung im Maßregelvollzug

- Hohe Zahl opioidabhängiger/polytoxikomaner PatientInnen
- Hohe Quote ungünstiger Behandlungsverläufe
- BÄK-RL – Kontinuität der Behandlung sichern!
- Ergänzung psycho-sozio-therapeutischer Angebote
- Entzugsbehandlung bereits Substituierter ggf. problematisch
- Reduktion der „Erledigungsquote“
- Erhöhung der compliance u. Glaubwürdigkeit stärkt und erweitert Spielräume im Umgehen mit schwierigen Situationen
- die Abstinenz kann auch riskant sein!

Wann und wie sollte eine Substitutionsbehandlung im Maßregelvollzug durchgeführt werden? Schalast (2009) hat dazu einige Kriterien benannt:

- Möglichst eigenständige Entscheidung
- bei Aufnahme
- bei vierteljährigen Bilanzgesprächen
- Bei Rückfällen und Krisen im Rahmen einer Beurlaubung zur Entlassungsvorbereitung
- Patienten Wahlmöglichkeit gewähren
- Schwierigkeiten mit konsequenter Abstinenz nicht mehr mit Therapieversagen gleichsetzen stärkt Motivation und compliance.

## Resümee

In deutschen Haftanstalten findet sich ein hoher Anteil von Drogenkonsumenten einschließlich drogenassoziierter Folgeerkrankungen. Der Anteil an aktuellen/ehemaligen i.v.-Drogenkonsumenten unter den Inhaftierten liegt jüngerer Studien zufolge zwischen 21,9% und 29,6%. Substitutionsbehandlungen werden nur wenigen Gefangenen angeboten (im Gefängnis ca. 8-10% der Opiatabhängigen; in Freiheit mehr als 50%). In Einrichtungen des Maßregelvollzuges wird eine Substitutionsbehandlung nur im absoluten Ausnahmefall angeboten. Das Angebot an Substitutionsbehandlungen in diesen beiden Settings ist daher zu gering – Zielgruppen in beiden Settings profitieren nicht oder nur unzureichend von den Fortschritten in der Suchtmedizin.

Es zeigen sich ein Nord-Süd-Gefälle, ein Ost-West-Gefälle und ein Stadt-Land-Gefälle. Die für Substitution benötigten Ressourcen sind in den Gefängnissen vorhanden. Es gilt die genannten Gefälle und Hemmnisse abzubauen.

Die Zugangshürden zu erprobten, bewährten und anerkannten Behandlungsmethoden und -zielen (wie in der Substitutionsbehandlung in Freiheit) sind in der Suchtmedizin im Justiz- und Maßregelvollzug vollständig abzubauen, um Behandlungsdiskontinuitäten in und nach der Haft bzw. Maßregel zu vermeiden (vgl. Reimer/Schulte/Stöver 2009). Eine große Bedeutung erhält die Fortbildung (ggf. auch in-house-Schulungen) aller in die Substitutionsbehandlung involvierten Akteure (Ärzte, Krankenpfleger, Sozialarbeiter).

### Die Schlussfolgerungen sind:

- Konsens über Behandlung Opioidabhängiger herstellen
- Behandlung im interdisziplinären Team
- Wirksamkeit von OST auch unter Haftbedingungen festgestellt
- Enge Kooperation mit Gesundheitsdiensten in der Kommune
- Standards und Leitlinien entwickeln

### Literatur

- akzept (2010): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20. 4. 2010 in Berlin.
- BÄK-Richtlinien (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet.
- BISDRO&WIAD (2008): Reduction of drug-related crimes in prison. The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. Bremen, Bonn.
- Crowley D (1999): The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. *J Health Gain* 3 (3): 17-19.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2007) Sucht- und Drogenbericht. Berlin: Bundesministerium der Gesundheit.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Möller, L., Mayet, S. (2011): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: *Addiction* (in press).
- Pont, J.; Kastelic, A.; Stöver, H.; Knorr, B.; Ritter, C. (2011): Substitutionsbehandlung im Strafvollzug. Ein praktischer Leitfaden. Dt. Aids-Hilfe, Berlin.
- Pont, J., Stöver, H., Wolff, H. (2011): Dual loyalty of health care personnel in prisons. In: *American Journal of Public Health* (in press).
- Keppler K, Fritsch KJ, Stöver H (2009): Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 193-207.
- Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. *Bundesgesundheitsbl* 2010 (53): 233-244.
- Keppler K, Stöver H (2010): Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Haft. In: Backmund, M (Hrsg.): *Sucht-Therapie. Grundlagen, Klinik, Standards. Leitfaden für Praxis und Fortbildung*. Heidelberg: ecomed Medizin.

- Kepler, K.; Stöver, H.; Knorr, B. (2011): Substitutionsbehandlung in der Haft. In: Hönekopp, I.; Stöver, H. (Hrsg.): Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Lambertus (im Druck).
- Jürgens, R.; Ball, A.; Verster, A.: Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. In: Lancet Infectious Diseases, Volume 9, Issue 1, Pages 57 - 66, January 2009.
- Larney, S.: Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review – Addiction 105, 216–223.
- NRW: Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug.
- Radun D et al. (2007) Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep. b, hep. c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany. Preliminary Results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology - ESCAIDE -.
- Reimer, J.; Schulte, B.; Stöver, H. (2009): Suchtmedizinische Versorgung: Unterschiedenes Handeln notwendig. Dtsch Arztebl 2009; 106(45): A-2227
- Schalast, N. (2009): Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? In: Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2009) 3:294–301.
- 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), pp 39-44.
- Schulte, B., Gansefort, D., Stöver, H., Reimer, J. (2009): Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: Suchttherapie 10, 125-130.
- Stöver H (2007): Substitution in Haft. AIDS-Forum Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. Bd. 52. <http://gesundinhaf.eu/wp-content/uploads/2008/04/forum-52substitution-in-haft.pdf>.
- Stöver, H. (2011): Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. In: European Addiction Research 2011;17:44-54.
- Stöver, H., Michels, I.I. (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: Harm Reduction Journal 2010, 7:17 (19 July 2010) <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17>.
- Stöver, H., Marteau D. (2011): Scaling-Up of Opioid Substitution Treatment in Adult Prison Settings – Scientific Evidence and Practical Experiences. International Journal of Prisoner Health (in press, 7,2).
- Tielking K, Becker S, Stöver H (2003): Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. Oldenburg: BIS Verlag.
- WHO, Regionalbüro Europa (2009): Gesundheit im Strafvollzug – HIV, Drogenkonsum und Tuberkulose Kopenhagen/Madrid, 29. Oktober 2009.



Publikum - Plenumsvorträge

## Juristische Aspekte I: Was bedeutet erfolgreiche Behandlung in der Maßregel, Gesetzestext, „Heilung vom Hang“

Matthias Koller

### Zur Einführung – Beispiel 1

Die Strafkammer hat dargelegt, dass angesichts der durch die HIV-Infektion geschwächten körperlichen und psychischen Widerstandskraft des Angeklagten *weder ein Abbruch noch eine Reduzierung der Polamidonbehandlung medizinisch angebracht* sei.

Für eine auf *völlige Drogenfreiheit* gerichtete Therapie *fehle* es auch an einer *Therapiemotivation* des Angeklagten.<sup>3</sup>

Diese kann allerdings nur bei Abwägung aller Umstände ein Indiz für die Erfolgsaussichten einer Therapie sein. Damit ist *nicht dargetan*, dass der Angeklagte *therapieunfähig* ist, *soweit* er von dem *Beikonsum* harter Drogen abhängig ist.

Als *Therapieziel* kommt auch in Betracht, den Angeklagten von seiner *Kokainsucht zu heilen*.

Ob – *bei Fortsetzung einer etwa medizinisch erforderlichen Polamidonbehandlung* – die Möglichkeit einer positiven therapeutischen Beeinflussung des Angeklagten insoweit besteht, hat die Strafkammer nicht geprüft.

Das Fehlen dieser Prüfung begründet einen Rechtsfehler.

### Zur Einführung – Beispiel 2

Die Erwägungen, mit denen das Landgericht trotz des strafrechtlich bedeutsamen Vorlebens des Angeklagten eine *günstige Kriminalprognose* i. S. v. § 56 Abs. 1 StGB bejaht hat, halten der Nachprüfung stand.

Besonderes Gewicht durfte die Strafkammer darauf legen, beim Angeklagten sei die *Fortführung einer langdauernden Substitutionsbehandlung* durch

---

<sup>3</sup> BGH, Beschluss vom 22. 12. 1995 – 2 StR 605 / 95 (NStZ 1996, 274)

entsprechende Weisungen im Bewährungsbeschluss sichergestellt. Bei dieser Sachlage hält sich die angefochtene Entscheidung im Rahmen der dem Tatrichter zustehenden Beurteilung.<sup>4</sup>

Die Erwägungen, mit denen das Landgericht davon abgesehen hat, die Unterbringung des Angeklagten in einer Entziehungsanstalt anzuordnen, begegnen ebenfalls keinen durchgreifenden Bedenken.

Dem angefochtenen Urteil ist zu entnehmen, dass eine Entziehungskur derzeit *keine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht* bietet [...].

Zu Recht führt die sachverständig beratene Strafkammer an, der Angeklagte habe bereits *vier erfolglos gebliebene Therapieversuche* hinter sich.

Sie durfte dem Gutachten der von ihr gehörten Sachverständigen folgen, als *einzigste Möglichkeit*, den Angeklagten zu heilen oder ihn wenigstens vor einem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren, komme in Betracht die *Fortsetzung der Substitutionsbehandlung* über mehrere Jahre hinweg, wobei der alsbaldige Aufbau einer sozialen Umgebung günstig sei. Erst dann könne an eine erfolgreiche Abstinenzbehandlung gedacht werden.

*Unter diesen Umständen* bedarf keiner Erörterung, dass die Strafkammer im Anschluss an das Gutachten der Anstaltsärztin die *Gefahr*, der Angeklagte werde erneut erhebliche Straftaten begehen, für *gering* hält.

(BGH, Urteil vom 8. 4. 1997 – 1 StR 62 / 97 (NStZ-RR 1997, 231))

Die Argumentation der Strafkammer ist auch nicht widersprüchlich: Sie bejaht eine *günstige Kriminalprognose* unter der Voraussetzung, das die *Substitutionsbehandlung* des Angeklagten unter ständiger sozialer Betreuung über Jahre hinweg fortgesetzt wird. Damit ist ihre Annahme vereinbar, die in einer *Entziehungsanstalt* durchzuführende *Abstinenzbehandlung* – weil entschieden verfrüht – *verspreche keinen Erfolg*.

Für eine *mehnjährige Substitutionsbehandlung*, wie sie hier erforderlich ist, eignet sich [...] die *Unterbringung* gemäß § 64 StGB schon wegen ihrer grundsätzlich auf *zwei Jahre* beschränkten Dauer nicht.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> BGH, Urteil vom 8. 4. 1997 – 1 StR 62 / 97 (NStZ-RR 1997, 231)

<sup>5</sup> BGH, Urteil vom 8. 4. 1997 – 1 StR 62 / 97 (NStZ-RR 1997, 231)

### Zur Einführung – Beispiel 3

Ein Hang des Angeklagten, berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, liegt hier nahe. [...] Jedenfalls der vom Angeklagten für unerlässlich gehaltene erhebliche *Beikonsum* [zu Methadon] *belegt* einen entsprechenden *Hang*.

Dass bei dem Angeklagten die hinreichend konkrete Aussicht eines Behandlungserfolges nicht besteht, kann den Urteilsgründen nicht entnommen werden. Die Teilnahme an einer – wenn auch mehrjährigen – *Substitutionsbehandlung belegt nicht*, dass *Drogenfreiheit nicht zu erreichen* ist.<sup>6</sup>

### Zur Gesetzeslage

#### § 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

1. Hat eine Person den *Hang*, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer *rechtswidrigen Tat*, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer *Entziehungsanstalt* anordnen, wenn die *Gefahr* besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

2. Die Anordnung ergeht *nur*, wenn eine hinreichend konkrete *Aussicht* besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu *heilen* oder über eine erhebliche Zeit *vor dem Rückfall* in den Hang zu *bewahren und* von der Begehung erheblicher *rechtswidriger Taten abzuhalten*, die auf ihren Hang zurückgehen.

#### § 67d Dauer der Unterbringung

[...]

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für *erledigt*, wenn die *Voraussetzungen* des § 64 Satz 2 *nicht mehr vorliegen*. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

---

<sup>6</sup> BGH, Beschluss vom 5. 7. 2000 – 2 StR 87 / 00 (NStZ-RR 2001, 12)



(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur *Bewährung* aus, wenn *zu erwarten* ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs *keine rechtswidrigen Taten mehr* begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

Spannungsverhältnis?  
Behandlungsprognose ◀▶ Legalprognose

#### § 137 StVollzG Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

*Ziel* der Behandlung des Untergebrachten in einer Entziehungsanstalt ist es, *ihn von seinem Hang zu heilen* und die zugrunde liegende *Fehlhaltung zu beheben*.

#### § 8 NdsMrVG Behandlung

(1) *Der Untergebrachte erhält die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Behandlung*. Dies schließt die Förderung durch heilpädagogische, durch psychotherapeutische sowie durch beschäftigungs- und arbeits-therapeutische Maßnahmen ein. [...]

6) Kann eine erforderliche Untersuchung oder Behandlung nicht in der Einrichtung durchgeführt werden, in der sich der Untergebrachte befindet, so ist er *in eine geeignete andere Einrichtung* des Maßregelvollzuges oder, wenn eine solche nicht zur Verfügung steht, in ein geeignetes Krankenhaus *zu verlegen*.

#### § 2 HmbMVollzG Ziele und Grundsätze des Maßregelvollzugs

(1) Ziel einer Unterbringung ist es, die untergebrachte Person so weit wie möglich zu *heilen* oder ihren *Zustand* so weit zu *verbessern*, dass sie *keine Gefahr mehr* für die Allgemeinheit darstellt.

Die Maßregeln dienen dem Schutz der Allgemeinheit. Beide Ziele sind gleichrangig.

(2) Behandlung und Betreuung während des Vollzugs haben *medizinisch-therapeutischen* und pädagogischen *Erfordernissen* Rechnung zu tragen.

Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein der untergebrachten Person sollen geweckt und gefördert werden.

Soweit wie möglich soll der Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden und die untergebrachte Person auf eine *selbständige*

*Lebensführung vorbereiten.* Dazu gehört auch ihre familiäre, soziale und berufliche Eingliederung.

### Zum verfassungsrechtlichen Rahmen<sup>7</sup>

Da der *Freiheitsstrafe* vom *Schuldprinzip* her Grenzen gesetzt sind, *reicht* sie indes – ungeachtet der Ausrichtung des Vollzugs auf das Resozialisierungsziel – *vielfach nicht aus*, den erforderlichen *Schutz der Allgemeinheit* vor erheblichen rechtswidrigen Taten rauschmittelabhängiger Täter zu verwirklichen. Dieser *Schutz* soll *durch* die *Behandlung* der Rauschmittelabhängigkeit in Vollzug der zusätzlich zur Strafe verhängten Maßregel der Unterbringung in einer *Entziehungsanstalt* erreicht werden.

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt soll nach der Konzeption des Gesetzgebers den *Schutz der Allgemeinheit* *durch* eine *Behandlung* des Unterbrachten erreichen, die darauf abzielt, ihn von seinem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben (§ 137 StVollzG).

Der *Zweck* einer *Sicherung der Allgemeinheit* wird hier auf dem *Weg* einer *Behandlung* der Rauschmittelabhängigkeit des Unterbrachten verfolgt.

Die *Anordnung* der Unterbringung und ebenso ihr *Vollzug* müssen von Verfassung wegen an die Voraussetzung geknüpft sein, dass eine *hinreichend konkrete Aussicht* besteht, *den Süchtigen zu heilen oder doch über eine gewisse Zeitspanne vor dem Rückfall in die akute Sucht zu bewahren*.

Da auch der *Vollzug* der Unterbringung an die Feststellung einer hinreichend konkreten Aussicht auf Behandlungserfolg geknüpft ist, darf die Unterbringung *nicht weiter* vollzogen werden, *wenn* entgegen einer anfänglich positiven Prognose *keine hinreichende Aussicht mehr* auf einen Behandlungserfolg [...] besteht.

### Vorstellungen des Reformgesetzgebers 2007<sup>8</sup>

Aufgrund *wachsenden Belegungsdrucks* befindet sich der Maßregelvollzug seit einiger Zeit in einer drängenden Situation. In vielen Bundesländern sind

---

<sup>7</sup> Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 16. März 1994.

<sup>8</sup> Regierungsentwurf (BT-Drucks. 16 / 1110)

die Einrichtungen an der *Grenze ihrer Aufnahmemöglichkeit*. Darunter können die *Behandlungsmöglichkeiten* leiden. Die *Sicherheit der Anstalt* kann dadurch *gefährdet* werden.

Darüber hinaus bestehen oft erhebliche Probleme, nach Anordnung der Unterbringung durch das Gericht geeignete Anstaltsplätze zu finden. [... „Organisationshaft“ ...]

Die Revision des Rechts der Unterbringung soll deshalb dazu beitragen, die vorhandenen *Kapazitäten* des Maßregelvollzugs besser und *zielgerichteter* zu *nutzen*, und damit der *Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung* dienen.

Daneben setzt sie *Vorgaben* zweier, bereits älterer Entscheidungen des *Bundesverfassungsgerichts* [...] um.<sup>9</sup>

Einer sachgerechten Abstimmung der einzelnen Maßnahmen kommt gerade mit Blick auf den *zielgenauen und effizienten Einsatz der knapper werdenden Ressourcen* erhebliche Bedeutung zu, [...] weil der deutliche Zuwachs an Untergebrachten die Bezirkskrankenhäuser zu überfordern droht. Damit läuft der Maßregelvollzug *Gefahr, weder seiner Besserungs- noch seiner Sicherungsfunktion gerecht werden zu können*.<sup>10</sup>

### Vorstellungen des Reformgesetzgebers 2007 zu § 64 S. 2<sup>11</sup>

Die durch das *BVerfG* entwickelten Maßstäbe werden [...] in Gesetzesrecht *umgesetzt*. Es wird keine sichere oder unbedingte Gewähr, sondern eine durch Tatsachen *begründete Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolgs* verlangt.

Die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt hängt damit auch *nicht* vom *Therapiewillen* der betroffenen Person ab. Vielmehr kann die *Herbeiführung der Behandlungsbereitschaft Bestandteil der Therapie* sein. [...]. „Erreichbares *Ziel der Behandlung* ist meist nur, die *Persönlichkeit* der Betroffenen und ihre *Umweltbedingungen* so zu *stabilisieren* und zu beeinflussen, dass sie im *Stadium der Entwöhnung beharren*.“

---

<sup>9</sup> Regierungsentwurf (BT-Drucks. 16 / 1110)

<sup>10</sup> (Anliegen des Bundesrates (BT-Drucks. 16 / 1344)

<sup>11</sup> Regierungsentwurf (BT-Drucks. 16 / 1110, S. 13 f)

## Grenzen der Behandlung?<sup>12</sup>

Ebenso wie es sich im Rahmen der *Konzeption des § 64 StGB verbietet*, die Maßregel zur *Heilbehandlung eines* für die Allgemeinheit *ungefährlichen Täters* anzuordnen, ist es vor dem Freiheitsgrundrecht des Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG auch nicht erlaubt, die Unterbringung eines – aus welchen Gründen auch immer – *nicht behandlungsfähigen Täters* in einer *Entziehungsanstalt* anzuordnen, nur um durch dessen Verwahrung die Allgemeinheit zu schützen.

Aus Art. 2 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 GG ist die Forderung abzuleiten, die *Behandlung abzubrechen* und die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nicht weiter zu vollziehen, *sobald* festgestellt werden kann, dass für den Unterbrachten *keine hinreichend konkrete Aussicht auf einen Behandlungserfolg* besteht.

Gelingt es trotz therapeutischer Bemühungen *nicht*, eine *Mitwirkung des Betroffenen* zu erreichen, so ist die Therapie und mit ihr der Vollzug der *Maßregel abzubrechen*, weil dieser dann mangels hinreichender Aussicht auf einen Behandlungserfolg nicht geeignet ist, den Schutz der Allgemeinheit durch Behandlung zu bewirken. *Allerdings* kann eine weitere *Erprobungsfrist* erforderlich sein, wenn ein *Wechsel der Therapie* oder des *Therapeuten* hinreichend konkret neue Aussicht auf einen Behandlungserfolg eröffnet.

Mangelhafte oder fehlende *Sprachkenntnisse* des Angeklagten haben für die Prognoseentscheidung im Rahmen des § 64 Abs. 2 StGB außer Betracht zu bleiben.

Es ist Aufgabe der für den Vollzug zuständigen Vollstreckungs- und Verwaltungsbehörden, hinreichend *geeignete Vollstreckungsmöglichkeiten bereit zu stellen*.<sup>13</sup>

Vom *weiteren Vollzug* der Maßregel ist *nur dann abzusehen*, wenn bei der gebotenen Gesamtschau des bisherigen Behandlungsverlaufs eine mit therapeutischen Mitteln des Maßregelvollzugs *nicht mehr aufbrechbare Behandlungsunwilligkeit* oder *Behandlungsunfähigkeit* des Verurteilten vorliegt, [...] namentlich eine *realistische Chance* auf das Erreichen des Maßregelzwecks (i.e. die zumindest zeitweilige Heilung von der Sucht) weder durch einen *Wechsel der behandelnden Therapeuten* und/oder *der angewandten Therapie*

<sup>12</sup> Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 16. März 1994

<sup>13</sup> (Anliegen des Bundesrates (BT-Drucks. 16 / 1344))

noch durch ein Überwechseln in den Vollzug einer *anderen Maßregel* oder einen teilweisen *Vorwegvollzug der Strafe* begründet werden kann.

Der Senat weist vorsorglich darauf hin, dass die *Anstalt* und die Vollstreckungsbehörde *gehalten* sind, auch derartige – das Personal der Anstalt zugegebenermaßen stark beanspruchende – vom „Regelvollzug“ *abweichende Therapien zur Anwendung gelangen zu lassen*, bevor sie geltend machen können, die behandlerischen Möglichkeiten des Maßregelvollzugs seien ausgeschöpft.

*Notfalls muss das Personal aufgestockt* oder die *Verlegung des Verurteilten* in eine *geeignere Anstalt*, ggf. auch in den Vollzug einer anderen Maßregel (§ 67 a StGB) vorgenommen werden.

Es ist nämlich *Aufgabe* der für den Vollzug der Maßregel zuständigen Vollstreckungs- und Verwaltungsbehörden, hinreichend geeignete, auch *auf die individuellen Besonderheiten des Untergebrachten abgestimmte Behandlungsmöglichkeiten* zur Verfügung zu stellen.<sup>14</sup>

## Vollstreckungsrechtliche Handlungsalternativen

### § 67 Reihenfolge der Vollstreckung

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 und 64 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die *Maßregel vor der Strafe* vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, dass die Strafe oder ein Teil der *Strafe vor der Maßregel* zu vollziehen ist, wenn der *Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht* wird. [...]

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 *nachträglich* treffen, ändern oder aufheben, wenn *Umstände in der Person des Verurteilten* es angezeigt erscheinen lassen. [...]

### § 67a Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel

(1) Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet worden, so kann das Gericht die untergebrachte Person *nachträglich* in den *Vollzug der anderen Maßregel* überweisen,

---

<sup>14</sup> (OLG Frankfurt / M., Beschluss vom 8. August 2002)

wenn ihre *Resozialisierung dadurch besser gefördert* werden kann.

(3) Das Gericht kann eine Entscheidung nach den Absätzen 1 und 2 *ändern oder aufheben*, wenn sich nachträglich ergibt, dass die *Resozialisierung* der untergebrachten Person dadurch *besser gefördert* werden kann. [...]

(4) Die *Fristen* für die Dauer der Unterbringung und die Überprüfung richten sich nach den Vorschriften, die für die im Urteil *angeordnete Unterbringung* gelten. [...]

## Pflicht zur Behandlung?

Aus dem Auftrag zur Behandlung folgt das *subjektiv öffentliche Recht* des Untergebrachten *auf Behandlung*.<sup>15</sup>

Gemäß § 17 Abs. 1 MrvG-NW hat der Patient [...] *Anspruch auf* die erforderliche ärztliche, sozial- und psychotherapeutische *Behandlung*.

Der allgemeine Hinweis auf *fehlende Räumlichkeiten* allein vermag einen Stillstand in der Behandlung des Antragstellers nicht zu rechtfertigen. Insofern ist der Antragsteller durch einen augenscheinlich durch organisatorische Probleme verursachten *Stillstand* seiner Behandlung in seinem *Anspruch auf* die erforderliche ärztliche, sozial- und psychotherapeutische *Behandlung* i. S. v. § 17 MrvG-NW n. F. *verletzt*.

Im Übrigen ist die Verfahrensweise [der Klinik] bezüglich des Antragstellers [...] auch deshalb hochgradig bedenklich, weil dann die *Gefahr* besteht, dass ein Patient langfristig möglicherweise aus Gründen der Verhältnismäßigkeit *entlassen* werden muss, *ohne* dass überhaupt versucht worden ist, ihm auf einer weiterführenden Station die *notwendige Behandlung* zuteil werden zu lassen.<sup>16</sup>

## Thesen

Das Gesetz unterscheidet Behandlungs- und Legalprognose. Das Gesetz verpflichtet zur Behandlung unter Ausschöpfung aller Behandlungsmöglich-

---

<sup>15</sup> Nds. Landtag Drucksache 9 / 2605 S. 32

<sup>16</sup> Landgericht Paderborn, Beschluss vom 22. September 1999

keiten, die eine realistische Chance auf das Erreichen des Maßregelzwecks bieten.

Zweck der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist der Schutz der Allgemeinheit durch Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit.

Der Zweck ist erreicht, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte ohne weitere Unterbringung keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.

Wenn der Untergebrachte unter Substitution ohne Beikonsum keine Straftaten mehr begehen wird, verbietet sich die Weiterbehandlung des für die Allgemeinheit ungefährlichen Täters im Maßregelvollzug.

*Der Professor spricht ...*

Zu beachten bleibt jedoch, dass der *Besserungszweck allein* die Anordnung einer *Maßregel nie rechtfertigen kann*, weil die Maßregel als eine Art *Notwehrmaßnahme* immer an den Belangen der *öffentlichen Sicherheit ausgerichtet* ist und eine nicht an Schuld oder Gefährlichkeit orientierte Freiheitsentziehung lediglich zum Zwecke der Besserung auch verfassungsrechtlich fragwürdig wäre.

Zu beachten bleibt schließlich, dass – dementsprechend – § 64 *entscheidend* darauf abstellt, ob der Täter *erhebliche rechtswidrige Taten* begehen wird.<sup>17</sup>

### Ergebnis

Legalprognose  
§ 64 S. 1



Behandlungsprognose  
§ 64 S. 2  
§ 67d V



Legalprognose  
§ 67d II

---

<sup>17</sup> Schöch, LK, § 64 Rn. 3

## Juristische Aspekte II: Maßregelvollzug und Substitutionsbehandlung

*Helmut Pollähne*

### 1. Substitution: Neuer Weg der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug ?

Die *Substitution* ist wahrlich kein neuer Weg der Suchtbehandlung. Sie wird seit den 1960er Jahren diskutiert und praktiziert, seit den 1980er Jahren nach der Devise „Aids macht's möglich“ zunehmend auch in Deutschland. Mittlerweile gilt sie als „Standardbehandlung der Heroinabhängigkeit“ (Schalast 2006, 337 m.w.N.).

Die *Suchtbehandlung* in Gestalt stationärer Drogentherapien jenseits von „Trinkerheilanstalten“ ist wahrlich kein neuer Weg in den Maßregelvollzug: Seit den 1970er Jahren wurden in die sogenannten Entziehungsanstalten verstärkt Menschen eingewiesen, die in der Strafvollzugsstatistik noch immer in der Rubrik „Entziehungsfälle ohne Trunksucht“ registriert werden. Inzwischen finden sich bundesweit (mit regionalen Unterschieden) mehr „Drogis“ im 64er Maßregelvollzug als „Alkis“, ungeachtet der fließenden Grenzen von Polytoxikomanie und Komorbidität (vgl. auch Pollähne/Kemper 2007, 15 f., 22 m.w.N.).

Ist dann wenigstens die Substitution ein neuer Weg der Suchtbehandlung im *Maßregelvollzug*? Ja und nein: Für relativ wenige Einrichtungen wurde dieser Weg zumindest in Einzelfällen, wenn auch vielleicht nicht konzeptionell (aber selbstverständlich geht es immer um einzelfallorientierte Behandlungskonzepte), bereits seit den 1990er Jahren beschritten; sie befinden sich auf dem Weg in die Normalität (Pollähne/Stöver 2005). Für die allermeisten Entziehungsanstalten ist die Substitution aber nach wie vor tabu: Tabuisierte Dinge – so die religiöse Vorstellung der Polynesier (denen wir den Begriff zu verdanken haben) – müssten streng gemieden werden, da sie gefährliche Kräfte besitzen, irgendwo angesiedelt zwischen Verbot (für die einen) und Heiligtum (für die anderen). Methadon im Maßregelvollzug also ein Ausweg für einige, ein Irrweg für viele, so scheint es – möge die Tagung beitragen zur Enttabuisierung (vgl. auch Kavemann-Reinecke et al. 2004, 246 f. und Schalast 2006, 344) und zum Finden der „rechten Wege“ durch den Dschungel der Suchtbehandlungskonzepte im Maßregelvollzug. Denn: dass es nur einen



rechten Weg gibt, insbesondere den der Abstinenzorientierung, ist fachlich nicht zu begründen (vgl. nur Keppler/Fritsch/Stöver 2010).

„Rechte Wege“ also, Wege, die uns das Recht weist, aber auch Schranken von Gesetzes wegen und mitunter juristische Sackgassen. Eine anwaltliche Kollegin brachte es in der von Keppler und Stöver herausgegebenen „Gefängnismedizin“ (2010) so auf den Punkt: „Die Substitutionsbehandlung birgt strafrechtliche Risiken, da eine fehlerhaft durchgeführte Substitution sowie deren unsachgemäßer Abbruch schwere gesundheitliche Schäden nach sich ziehen können.“ Und an anderer Stelle heißt es: „Die pflichtwidrige Verweigerung oder die pflichtwidrige Vornahme einer Methadonsubstitution kann sich als Körperverletzung im Amt, Betäubungsmittelstraftat oder gar als fahrlässige Tötung eines Gefangenen darstellen“ (Neumann 2010, 46 f., eher einseitig Weber 2010, 762 ff.). Inwieweit diese Einschätzung resp. Warnung vom Gefängnis auf den Maßregelvollzug zu übertragen ist (vgl. auch Pollähne 2007 und Schöch 2010, 804 ff. zur Gesundheitsförderung), wird im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen stehen.

## 2. „Entziehungskur“: Strafbewehrtes Abstinenzgebot ?

Die Leitfragen lauten demnach einerseits: „Ist Substitution im Maßregelvollzug verboten?“ – Aber andererseits auch: ist sie „geboten“? Fangen wir mit der ersten Frage an, denn wäre sie zu bejahen, hätte sich die zweite Frage erübrigt (jedenfalls de lege lata).

Der Begriff der „Entziehungskur“, so wie er bis vor wenigen Jahren in § 64 Abs. 2 StGB zu finden war, atmet geradezu den Geist der *Abstinenz*: Wozu sonst sollten „Entziehungsanstalten“ (die aus den 1960er Jahren stammende Terminologie wurde beibehalten) dienen, wenn nicht der „Heilung“ von einem „Hang, ... berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“ – dazu wurde das Nötige hier bereits von Matthias Koller gesagt. Der Untergebrachte übe Enthaltsamkeit bis ihm der Hang entzogen ist; nach der Entlassung wird die Abstinenz durch strafbewehrte Rauschmittelverbotsweisungen ambulant kontrolliert (krit. dazu Pollähne 2008, 93). Dabei ist Abstinenz für den 64er Maßregelvollzug nicht nur das Ziel, wie es scheint, sondern – und damit sind wir beim Thema – auch der Weg (vgl. Havemann-Reinecke et al. 2004, 247 und Schalast 2009, 295): Dass Entziehungskuren durch den Konsum von Rauschmitteln gefährdet werden können, dürfte vielen auf Anhieb ebenso

einleuchten wie die Erfahrung, dass der Erfolg von Suchtbehandlungen gerade auch vom Umgang mit Konsumrückfällen abhängt. Dass die Gefährdung einer Entziehungskur aber auch strafbar sein kann, mag ebenso viele überraschen. Auch deshalb soll genau darüber geredet werden, aber vor allem weil sich die Frage aufdrängt, ob die Vergabe von Substitutionsmitteln im Rahmen einer solchen Entziehungskur ebenfalls strafbar sein könnte.

Die Rede ist von § 323b StGB, der tatsächlich die amtliche Überschrift trägt „*Gefährdung einer Entziehungskur*“: Danach macht sich strafbar, wer „*wissentlich einem anderen, der auf Grund behördlicher Anordnung oder ohne seine Einwilligung zu einer Entziehungskur in einer Anstalt untergebracht ist, ohne Erlaubnis des Anstaltsleiters oder seines Beauftragten alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel verschafft oder überlässt oder ihn zum Genuss solcher Mittel verleitet*“.

Mehrere Fragen sind zu klären: Gilt Methadon überhaupt als „berauschendes Mittel“ im Sinne der Vorschrift? Ist der Konsum solcher Substitutions-Mittel ein „Genuss“? Kann durch die Methadonvergabe eine Entziehungskur überhaupt „gefährdet“ werden?

Vielleicht könnten uns all diese Fragen – die zweite ist nicht ganz so ernst gemeint, jedenfalls juristisch (zur Wirkung der Substitutionsmittel u.a. Haven-Reinecke et al. 2004, 237 ff., Schalast 2006, 339, vgl. auch ders. 2009, 298 zu Naltrexon) – egal sein, solange der Anstaltsleiter oder sein Beauftragter solches erlaubt, womit sich aber sogleich die Frage stellt, ob er solches erlauben darf oder sich durch die *Erlaubnis* resp. Anordnung gar selbst strafbar machte. Das ist zunächst einmal formaljuristisch eine spannende Frage, denn ausweislich des allein verbindlichen Wortlauts der Vorschrift können sich weder der Anstaltsleiter noch sein Beauftragter einer solchen Gefährdung der Entziehungskur strafbar machen, denn sie können sich offenkundig die Erlaubnis selbst erteilen (vgl. dazu Paeffgen 2010, 2743). Der Norm lag ersichtlich ein anderes Täterbild zugrunde: Sog. „Dritte“, die illegal Rauschmittel in die Anstalt schmuggeln, wobei Dritte durchaus andere Patienten sein könnten, auch sonstige Bedienstete, aber vor allem Externe (vgl. Spindel 1996 Rn. 7 f.).

Spannender ist der sog. Umkehrschluss, denn die Vorschrift geht offenbar davon aus, der Anstaltsleiter bzw. sein Beauftragter könnte es tatsächlich erlauben, einem in der Entziehungsanstalt Untergebrachten alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel zu verschaffen oder zu überlassen

oder ihn sogar zum „Genuss“ solcher Mittel zu verleiten. Man reibt sich verwundert die Augen und glaubt die Frage nach einem etwaigen *Substitutionsverbot* bereits beantwortet. So wie die Gefangenenbefreiung aber nicht schon allein deshalb straflos ist, weil der Anstaltsleiter sie genehmigt (ganz im Gegenteil, vgl. § 120 Abs. 2 StGB), und die Strafbarkeit der Vollstreckungsverweigerung (§ 258 StGB) nicht schon durch seine Erlaubnis vereitelt wird, so wird von findigen Juristen auch bei § 323b StGB darauf abgestellt, ob der Leiter der Entziehungsanstalt eine solche Erlaubnis zur Rauschmittelverschaffung überhaupt erteilen durfte. Dazu gleich mehr – vorab jedoch zurück zur Frage, ob Substitutionsmittel überhaupt „berauschende Mittel“ im Sinne der Vorschrift sind.

Es wäre leicht, hierbei auf das BtMG zu verweisen: Bekanntlich führt das Gesetz gemäß § 1 Abs. 1 in der Anlage III die Stoffe Buprenorphin, Levome-thadon und Methadon als „*Betäubungsmittel*“ auf, wenn auch als sog. „verkehrs-fähige und verschreibungsfähige“ (dazu Weber 2010, 739, 757 ff.). Eine Legaldefinition des Betäubungsmittels – jenseits dieses Verweises auf die Anlage – existiert nicht, § 1 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BtMG gibt aber immerhin den Hinweis, die Anlagen könnten ergänzt oder geändert werden, wenn dies „nach wissenschaftlicher Erkenntnis wegen der Wirkungsweise eines Stoffes, vor allem im Hinblick auf das Hervorrufen einer Abhängigkeit“, erforderlich ist. Inwieweit die genannten Substitutionsstoffe aus dem genannten Grunde mit Recht als Betäubungsmittel eingestuft worden sind, sei der Einschätzung anwesender Expertinnen und Experten überlassen.

Damit allein wäre freilich die Frage noch nicht geklärt, ob es sich um „*berauschende Mittel*“ i.S.d. § 323b StGB handelt. Diese Frage ist allerdings nicht im Kontext dieser Vorschrift diskutiert worden, die ohnehin von der Rechtsprechung völlig und von der Rechtswissenschaft weit gehend ignoriert wird (vgl. Paeffgen 2010, 2742), sondern im Kontext des § 64 StGB, der ja ebenfalls auf „berauschende Mittel“ abstellt, die infolge eines sog. Hangs „im Übermaß“ konsumiert werden.

Der 4. Senat des Bundesgerichtshofs (BGH) hat im Jahre 2002 (wie bereits ein Jahr zuvor der zweite Senat: BGHR StGB § 64 Abs. 1 Hang 7 m.w.N.) in einer mindestens missverständlichen Entscheidung ein Urteil des Landgerichts Dortmund aufgehoben, weil die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nicht angeordnet worden war (es fällt übrigens auf, dass der BGH in den

letzten Jahren weitaus häufiger die Nichtanordnung des § 64 StGB gerügt hat, als dessen Anordnung, aber das nur am Rande):

Nach den Feststellungen der Dortmunder Strafkammer habe ein „Hang“ des Angeklagten i.S.d. § 64 StGB nahegelegen, so die Karlsruher Bundesrichter, denn auch wenn der festgestellte gelegentliche Kokainkonsum für sich genommen dafür nicht ausreiche, so sei doch rechtsfehlerhaft nicht berücksichtigt worden, dass dieses Betäubungsmittel „nur der Beikonsum zu dem im Rahmen der Substitution verabreichten Methadon“ war, welches – so der BGH wörtlich – „seinerseits ein *berauschendes Mittel* im Sinne des § 64 StGB darstellt“ (BGH NStZ 2003, 484 m.w.N.). Die Entscheidung ist von Dannhorn (a.a.O.) völlig zu Recht mit einer kritischen Anmerkung versehen worden, auch wegen dieser Gleichsetzung der Substitutionsmittel mit „anderen berauschenden Mitteln“, insb. aber wegen der – nicht nur im seinerzeit entschiedenen Einzelfall (vgl. auch BGH NStZ-RR 2009, 170) – abwegigen Vorstellung, die Teilnahme am Methadonprogramm könne einen „Hang“ begründen, „berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“.

Ungeachtet dessen ist es aber keineswegs selten, dass die Unterbringung gemäß § 64 StGB auch unter Verweis auf eine Substitutionsbehandlung (oft allerdings mit Beikonsum) begründet wird (vgl. auch BGH NStZ 1996, 274 und StV 1998, 541).

Nehmen wir also trotz erheblicher Bedenken mit dem BGH einmal an, Methadon sei ein berauschendes Mittel im Sinne des § 64 StGB, so liegt es nahe, dies auch für § 323b StGB anzunehmen, übrigens auch aus historischen Gründen: Die Vorschrift ist (ehedem als § 330b RStGB) als Teil des sog. „Gewohnheitsverbrechergesetzes“ von 1933 gemeinsam mit dem damaligen § 42c RStGB (Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt) eingeführt worden und diente explizit dem strafrechtlichen Schutz der neuen Maßregel vor Zweckvereitelung (vgl. Spendel 1996 Rn. 1).

Bevor wir uns abschließend der Frage zuwenden, unter welchen Bedingungen die Erlaubnis des Anstaltsleiters zur Methadonverschaffung rechtswidrig sein könnte, sollten wir auf die – damit durchaus in Zusammenhang stehende – Frage zurückkommen, ob durch die Methadonvergabe eine Entziehungskur überhaupt gefährdet werden kann. Auch wenn diese konkrete *Gefährdung* im Text der Vorschrift (§ 323b StGB) nicht als sog. Tatbestandsmerkmal auftaucht, besteht doch mittlerweile Einigkeit dahin gehend, dass die amtlichen Überschriften der Tatbestände des StGB nicht unberücksichtigt bleiben dürfen,

mindestens zur Auslegung heranzuziehen sind. Wenn mit anderen Worten die Verschaffung oder Überlassung berauschender Mittel oder auch die Verleitung zu deren „Genuss“ – ungeachtet der Frage nach einer Erlaubnis (s.u.) – im Einzelfall nicht geeignet ist, die Entziehungskur des Untergebrachten zu „gefährden“, kann das Verhalten schon deshalb nicht strafbar sein. Dass umgekehrt der Anstaltsleiter eine Erlaubnis zum Einsatz berauschender Substitutionsmittel nicht erteilen darf, wenn dadurch die Entziehungskur konkret gefährdet würde, versteht sich ebenso von selbst.

Entscheidend ist eine Einzelfallbetrachtung, die letztlich nur der Therapeut treffen kann, wobei der Stand der Fachdebatte und einschlägige Richtlinien es nahelegen zu bezweifeln, die Vergabe von Substitutionsmitteln könne eine Entziehungskur gefährden (vgl. nur Havemann-Reinecke et al. 2004, Schalast 2009 und Keppler/Fritsch/Stöver 2010).

### 3. Substitutionsbehandlung: Maßregelvollzug mit berauschenden Mitteln ?

Die Frage nach der Erlaubnis des Einsatzes von Substitutionsmitteln im Maßregelvollzug wird man nicht beantworten können, ohne den *Auftrag der Entziehungsbehandlung* in den Blick zu nehmen (das meiste dazu wurde von dem Kollegen Koller bereits zutreffend ausgeführt). Die antiquierte und fachlich überholte Aufgabenstellung in § 137 StVollzG – Heilung vom Hang und Behebung der Fehlhaltung – hilft freilich nicht weiter (vgl. auch Pollähne/Stöver 2005, 148 und Pollähne 2006, 667). Von besonderer Bedeutung ist aber sicher § 64 S. 2 StGB in der Neufassung von 2007, wonach die Anordnung der Unterbringung nur ergehen darf, *„wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.“*

Da der Gesetzgeber darauf beharrt, stellt sich zwar die durchaus spannende Frage, ob der Untergebrachte durch eine stationäre Substitutionsbehandlung in der Entziehungsanstalt „geheilt“ werden kann (vgl. dazu Schalast 2009 m.w.N.), er war aber realistisch genug hinzuzufügen, dass es ausreichen muss, den Untergebrachten über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den

Hang zu bewahren und – das sollte im kriminalrechtlichen Kontext nicht vergessen werden – von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf seinen Hang zurückgehen. Lassen wir die abwegige Vorstellung des BGH außer Betracht, die Teilnahme an einem Methadonprogramm könne als Hang gelten, berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, so wäre es durchaus als *Erfolg im Sinne der genannten Vorschrift* zu werten, den Untergebrachten so zu behandeln, dass er sich nach der Entlassung „über eine erhebliche Zeit“ im Rahmen eines Substitutionsprogramms stabilisiert (vgl. auch Schalast 2009, 295). Zahlreiche Studien haben immer wieder belegt, dass die Substitution anderen Behandlungsansätzen gerade in puncto sozialer Stabilisierung und Kriminalprävention überlegen ist (vgl. nur Schalast 2009, 297 m.w.N.). § 64 S. 2 StGB kann also keineswegs dafür herhalten, die Erfolgsaussichten der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug unter Verweis auf die Substitution zu verneinen – und im Umkehrschluss daraus die Zulässigkeit der Substitution im Maßregelvollzug ebenfalls zu verneinen.

Und trotzdem gibt es mehrere Entscheidungen des BGH, denen zufolge die Unterbringung gemäß § 64 StGB verneint wurde, gerade weil sich der Betroffene in einem Substitutionsprogramm befand (s.o.; diff. BGH NStZ-RR 2001, 12 und 2007, 193). Man könnte sich voreilig für den Betroffenen freuen, denn auch der 64er Maßregelvollzug ist ja nun wahrlich keine – wie es einmal hieß – „Rechtswohltat“. Aber selbstverständlich bedeutet die Verneinung der Unterbringungsanordnung für die allermeisten Verurteilten den sicheren Weg in den Knast (Pollähne/Kemper 2007, 96 f.). Dass ausgerechnet dort die Wahrscheinlichkeit, die Substitution fortsetzen zu können, größer ist als im Maßregelvollzug (vgl. Pollähne/Stöver 2005), ist allerdings kurios, gelinde gesagt (noch kurioser ist es, die Überweisung in den 63er Maßregelvollzug damit zu begründen, dort sei – anders als in der Entziehungsanstalt – Substitution möglich, so aber im dem OLG Oldenburg R&P 2005, 87 [m. Anm. Pollähne] zugrunde liegenden Fall).

Zurück zum *Auftrag der Entziehungsanstalten*, und dabei lohnt sich ein Blick in das jeweils vor Ort geltende Maßregelvollzugsrecht, hier also das Hamburgische Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG): Die Ziele und Grundsätze des Maßregelvollzuges sind in § 2 geregelt, wo es in Absatz 2 u.a. heißt:

*„Behandlung und Betreuung während des Vollzugs haben medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Erfordernissen Rechnung zu tragen. Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein der untergebrachten Person sollen geweckt und gefördert werden. Soweit wie möglich soll der Vollzug den*

*allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden und die untergebrachte Person auf eine selbständige Lebensführung vorbereiten. Dazu gehört auch ihre familiäre, soziale und berufliche Eingliederung.“*

Und in puncto „Behandlung zur Erreichung des Vollzugsziels“ heißt es in § 10 Abs. 1:

*„Die untergebrachte Person wird wegen der psychischen Störung, die zur Anordnung der Maßregel geführt hat, behandelt. Die Behandlung umfasst die gebotenen medizinischen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen sowie die dazu notwendigen Untersuchungen.“*

Abgesehen davon, dass die Suchtbehandlung in den einschlägigen landesrechtlichen Regelungen explizit gar keine Erwähnung findet, denn das Maßregelvollzugsrecht steht immer ganz im Fokus des § 63 StGB (Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus), enthält das Gesetz keinen Hinweis auf eine Abstinenzorientierung und erst recht keinen Anhaltspunkt für ein Verbot der Substitutionsbehandlung (das gilt für alle Landesgesetze). Es spricht mithin nichts dagegen, als Anstaltsleiter die Erlaubnis zum Einsatz von Substitutionsmitteln so zu erteilen, wie dieser auch außerhalb des Vollzuges ‚de lege artis‘ zulässig wäre.

#### 4. Neue Wege im Maßregelvollzug: Substitution des Abstinenzgebots !

Damit zum Schluss – und zurück zu der eingangs aufgeworfenen Frage, ob der Einsatz von Substitutionsmitteln im Maßregelvollzug *geboten* sein kann, nun dass herausgearbeitet wurde, dass er jedenfalls *nicht verboten* ist. Dass die Behandlung die „gebotenen“ medizinischen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen umfasst, fand bereits Erwähnung (§ 10 Abs. 1 S. 2 HmbMVollzG). Ergänzend sei auf die vergleichbare Vorschrift des Niedersächsischen MVollzG verwiesen, wo es in § 8 Abs. 1 zur „Behandlung“ heißt:

*„Der Untergebrachte erhält die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Behandlung. Diese schließt die Förderung durch heilpädagogische, durch psychotherapeutische sowie durch beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen ein.“*

Wir reden hier nicht mehr „nur“ von einem Auftrag der Maßregelvollzugseinrichtungen, sondern von *Behandlungsansprüchen* der Untergebrachten „*de lege artis*“ (Wagner 2010, 137 ff., vgl. Pollähne/Stöver 2005, 150 und Pollähne 2007, 96). „Die hohe Quote ungünstiger Behandlungsverläufe in der Entziehungsanstalt drängt ... dazu, neue und ergänzende therapeutische Wege zu erschließen“ (Schalast 2009, 300).

Hinzu kommen das Primat der Freiwilligkeit und das Verbot der zwangsweisen Behandlung der Anlasserkrankung außerhalb von Notsituationen (Schöch 2010, 806 f., Wagner 2010, 152 ff.; eine diesbezügliche Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist noch in diesem Jahr zu erwarten); eine zwangsweise Behandlung der Suchterkrankung ist fachlich ohnehin kaum vorstellbar. Mit welcher Selbstverständlichkeit viele Entziehungsanstalten substituierte Patienten nach der Aufnahme – ohne Rücksicht auf einen entgegen stehenden Willen – „entgiften“, wie das meist auch in diesem Zusammenhang genannt wird (Pollähne/Stöver 2005, 149), ist aber schon erstaunlich und rechtlich nicht einwandfrei (vgl. auch Neumann 2010); die Behandlungsdiskontinuität ist auch keineswegs fachgerecht (Stöver/ Keppler 2010, 153). Ebenso bedenklich ist es, die Substitutionsbehandlung, die wie gesagt von Gesetzes wegen auch im Maßregelvollzug keineswegs verboten ist, konzeptionell und prinzipiell zu verweigern, ohne auf den Einzelfall abzustellen. Das ist weder mit dem Prinzip der *Therapiefreiheit* (Köhler 1993) noch mit den *anerkannten Regeln der ärztlichen und sucht-therapeutischen Kunst* zu vereinbaren, im Einzelfall also durchaus als *Kunstfehler* zu werten (Michels/Sander/Stöver 2009, 115). Auch insofern gilt: „Prison Health is Public Health!“ (Keppler et al. 2010)

#### Literatur:

- Havemann-Reinecke, Ursula et al. (2004) AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. Sucht 50: 226-257.
- Keppler, Karlheinz/Fritsch, Klaus J./Stöver, Heino (2010) Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit, in: Keppler/ Stöver (Hg.) Gefängnismedizin, Stuttgart/New York, 193-207.
- Keppler, Karlheinz/Stöver, Heino./Schulte, Bernd/ Reimer, Jens (2010) Prison Health is Public Health! Bundesgesundheitsblatt 53: 233-244.
- Köhler, Michael (1993) Selbstbestimmung und ärztliche Therapiefreiheit im Betäubungsmittelstrafrecht. Neue Juristische Wochenschrift, 46: 762-766.



- Michels, Ingo Ilja / Sander, Greif / Stöver, Heino (2009) Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 52: 111-121.
- Neumann, Kirsten (2010) Strafrechtliche Risiken für den Anstaltsarzt, in: Keppler/Stöver (Hg.) Gefängnismedizin, Stuttgart/New York, 44-48.
- Paeffgen, Hans-Ulrich (2010) § 323b – Gefährdung einer Entziehungskur, in: Kindhäuser/Neumann/Paeffgen (Hg.) Nomos-Kommentar zum StGB (Band 2), 3. Aufl. Baden-Baden, 2741-2748.
- Pollähne, Helmut (2006) Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt (§§ 136-138), in: Feest (Hg.) Alternativ-Kommentar zum StVollzG, 5. Aufl. Neuwied, 652-674.
- Pollähne, Helmut (2007) Gute Besserung! Zur Sicherung der Gesundheitsförderung zwischen Justiz- und Maßnahmevollzug, in: akzept e.V. et al. (Hg.) Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (Wien, April 2006), Berlin, 90-98.
- Pollähne, Helmut (2008) Führungsaufsicht als ‚Grenzwa‘che‘? Gefährliche Tendenzen in der ambulanten Kontrolle ‚Gefährlicher‘, in: Klimke (Hg.) Exklusion in der Marktgesellschaft, Wiesbaden, 87-105.
- Pollähne, Helmut/ Kemper, Andrea (2007) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB), Berlin.
- Pollähne, Helmut/ Stöver, Heino (2005) Substitution unter Verschluss – Substitutionsbehandlung in Gefängnissen und im Maßregelvollzug, in: Gerlach/Stöver (Hg.) Vom Tabu zur Normalität, Freiburg i. B., 140-151.
- Schalast, Norbert (2006) Suchtkranke Rechtsbrecher, in: Kröber et al. (Hg.) Handbuch der Forensischen Psychiatrie (Bd. 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie), Darmstadt 326-346.
- Schalast, Norbert (2009) Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 3: 294-301.
- Schöch, Heinz (2010) Gesundheitsfürsorge im Straf- und Maßregelvollzug, in: Roxin/Schroth (Hg.) Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. Stuttgart et al., 778-810.
- Spendel, Günter (1996) § 323b – Gefährdung einer Entziehungskur, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 11. Aufl. Berlin (22. Teillieferung).
- Stöver, Heino / Keppler, Karlheinz (2010) Diskontinuitäten in Behandlung und Betreuung, in: Keppler/Stöver (Hg.) Gefängnismedizin, Stuttgart/New York, 151-154.
- Wagner, Bernd (2010) Behandlung, in: Kammeier (Hg.) Maßregelvollzugsrecht, 3. Aufl. Berlin/New York, 107-163.
- Weber, Klaus (2010) Suchtmittelsubstitution, in: Roxin/Schroth (Hg.) Handbuch des Medizinstrafrechts, 4. Aufl. Stuttgart et al., 729-777.

## „Good Practice“ am Beispiel Hamburg; Therapieverlauf, Behandlung

*Guntram Knecht, Annette Claßen*

### Einleitung

Die Unterbringungszahlen gemäß § 64 StGB sind auch nach der Gesetzesänderung 2007 – trotz der damit verbundenen strengeren Prüfung der erforderlichen konkreten Aussicht, den Patienten zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor einem Rückfall in den Hang zum Konsum alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel zu bewahren – weiter angestiegen (1, v. d. Haar, Stichtagserhebung 2010).

Die jährliche Zahl von Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) übersteigt die Zahl entsprechender Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) deutlich. Im Jahre 2009 waren im Vergleich mehr als doppelt so viele neue Patienten zu einer Entziehungsbehandlung gemäß § 64 StGB gerichtlich untergebracht worden (1).

Somit stellt die Suchtbehandlung im Maßregelvollzug gemessen an der Zahl behandelter Patienten die Hauptaufgabe der Forensischen Psychiatrie dar. Dies umfasst vor allem die Behandlung drogenabhängiger Patienten, deren Anteil kontinuierlich auf mehr als 60% der Gesamtgruppe angestiegen ist (1).

Gleichzeitig stellt diese Patientengruppe hinsichtlich der Rückfall- und Zwischenfallshäufigkeit im Maßregelvollzug und des Anteiles von sogenannten Erledigungen wegen Aussichtslosigkeit der Behandlung eine besondere Herausforderung dar

Angesichts dieser Ausgangslage erstaunt es umso mehr, dass die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger als eine in der Suchtmedizin bereits längerfristig erfolgreich etablierte und evidenzbasierte Standardbehandlung in der Suchttherapie im Maßregelvollzug keinesfalls regelmäßig zur Anwendung kommt. In der diesbezüglichen Praxis des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland findet sich ein weites Spektrum von Kliniken, die im Hinblick auf ein alleiniges Abstinenzziel eine solche Behandlung gar nicht vorsehen, Einrichtungen, in denen eine Substitutionsbehandlung in der Phase der Beurlaubung, nach einer Entlassung im Rahmen der Nachsorge oder nach einer Überstellung in den Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB möglich ist, und

Kliniken, in denen in durchaus unterschiedlicher Häufigkeit stationäre Substitutionsbehandlungen bei vorliegender Indikation durchgeführt werden.

In Hamburg werden alle in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) untergebrachten Maßregelvollzugspatienten in der forensischen Abteilung der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll behandelt.

Im Januar 2011 waren in unserer Abteilung 287 Patienten auf 236 regulären Plätzen untergebracht. Insgesamt befinden sich 46 Behandlungsplätze im § 64 StGB-Bereich. Die Abteilung verfügt über fünfzehn verschiedene Stationen, die nach störungsspezifischen Schwerpunkten sowie abgestuften Sicherungsniveaus (von hoch gesichert bis hin zu offen geführt) ausgerichtet sind.

Seit dem Jahre 2001 werden im Hamburger Maßregelvollzug opioidabhängige Patienten bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation mit Substitutionsmitteln behandelt. Es werden sowohl Patienten, die zu einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB), wie auch Patienten, die in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) untergebracht wurden, im Einzelfall substituiert.

Ausschlaggebend für die Entscheidung, die Abstinenzorientierung nicht als den einzig möglichen Weg der Entwöhnungsbehandlung gemäß § 64 StGB zu betrachten, war, dass aus klinischen Beobachtungen deutlich wurde, dass die meisten der untergebrachten Patienten im Vergleich zur Gesamtpopulation Suchtkranker deutlich schwerere und längere Abhängigkeitsentwicklungen, mehr komorbide Störungen und schwerere somatische Erkrankungen sowie schwere soziale Defizite in der Lebensgeschichte aufwiesen. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Behandlungsverläufe der insbesondere von illegalen Substanzen drogenabhängigen Patienten von häufigeren Substanzmittelrückfällen und Behandlungsabbrüchen gekennzeichnet waren.

So führte auch Schalast 2009 in seinem Artikel „Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlungen durch suchtspezifische Medikation?“ (2) aus: „Man begegnet in der Praxis des § 64 StGB im Maßregelvollzug drogenabhängigen Patienten mit erschreckend geringen persönlichen Ressourcen und einem weitgehenden Sozialversagen in der Vorgeschichte, die nicht unbedingt hoch kriminell, aber häufig labil, unreif und unrealistisch hinsichtlich ihrer zukünftigen Perspektiven erscheinen. Bei Einigen hat man schon nach einer halbstündigen Exploration

das Gefühl, dass völlige Abstinenz für sie mittelfristig keine realisierbare Perspektive darstellt." (Schalast, 2009)

Ebenso wird auch in der „Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen“ (Schmidt et al. 2006) ausgeführt: „Die Kliniken arbeiten fast immer strikt abstinenzorientiert. Dabei zeigt sich, dass manche schwer abhängigen Patienten Drogenabstinenz auch dann nicht erreichen, wenn sie sich im geschlossenen Bereich längere Zeit ernsthaft bemüht haben. Bei Drogenpatienten verlaufen die Unterbringungen noch problematischer und es werden mehr Suchtmittelrückfälle festgestellt als auch bei Alkoholpatienten.“ Weiter heißt es: „Die ausschließliche Abstinenzorientierung in der Therapie ist der Problematik mancher Patienten wohl nicht angemessen.“

Diese Ausführungen entsprachen auch den klinischen Beobachtungen in unserer Klinik in den letzten Jahren.

Aus dem Hauptauftrag des Maßregelvollzuges, einen betroffenen Patienten gefährlichkeitsbezogen zukünftig von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf seinen Hang zurückgehen, ist aus unserer Sicht nicht unmittelbar die Abstinenzorientierung ableitbar. Vielmehr geht es nach unserer Einschätzung darum, jede zur Verfügung stehende Behandlungsoption zu nutzen, um eine Minimierung des Substanzmittelkonsums und der damit verbundenen Delinquenz zu erreichen.

Da bei einem Teil der betroffenen Patienten eine Suchtmittelabstinenz allenfalls ein langfristiges Ziel sein kann, besteht trotzdem und gerade unter dem Schutz einer durchgeführten Substitutionstherapie die Möglichkeit, weitere Behandlungsmaßnahmen zur Erlangung von sozialer Kompetenz und Vermeidung von impulsivem, delinquentem und aggressivem Verhalten zu etablieren, ohne dass das Denken der Betroffenen ständig durch Craving eingeengt ist.

## Ergebnisse

Um unsere Behandlungsergebnisse zu überprüfen, haben wir die Stichprobe aller opiatabhängigen Patienten, die im Zeitraum von 2001 bis 2011 gemäß § 64 StGB in unserer Maßregelvollzugseinrichtung untergebracht waren, untersucht. Insgesamt bestand die Stichprobe aus 152 Patienten, von denen 102 nicht substituiert und 50 Patienten im Verlaufe ihres Aufenthaltes substituiert

wurden. Dies entspricht einem Anteil von 67% nichtsubstituierter und 33% substituierter Patienten.

Im Hamburger Maßregelvollzug wird die Indikation zur Fortführung oder Einleitung einer Substitutionsbehandlung nach einer ausführlichen diagnostischen Abklärung und unter Einhaltung der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ gestellt (4).

Dabei richtet sich das Augenmerk besonders auf Patienten mit schweren komorbiden Störungen, schweren somatischen Erkrankungen, hierbei insbesondere Infektionskrankheiten wie zum Beispiel HIV, sowie die lang bestehenden Abhängigkeitserkrankungen und häufig fehlgeschlagenen Therapieversuche.

In der klinischen Praxis unseres Hauses lassen sich zwei Häufigkeitsgipfel, in der die Entscheidung zur Substitution eines Patienten am Häufigsten getroffen wird, erkennen: Eine häufige Weichenstellung erfolgt in der diagnostischen Eingangsphase der Behandlung, der zweite Häufigkeitsgipfel einer Entscheidung zur Einleitung einer Substitutionsbehandlung findet sich in der Phase der Einleitung von sogenannten Lockerungsmaßnahmen, in denen der Patient schrittweise in Form unbegleiteter Ausgänge auf die Entlassung vorbereitet und die Abstinenz erprobt wird.

Diese Phase erwies sich als besonders sensibel für Drogenrückfälle der abhängigkeitskranken Patienten, die zum Teil mit schweren gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen einher gingen und für einige Patienten die Einleitung einer Substitution erforderlich machten.

In die Entscheidung zur Einleitung einer Substitution werden die Patienten selbstverständlich mit einbezogen.

In den zurückliegenden zehn Jahren, in denen in unserem Hause Substitutionen durchgeführt werden, sind hinsichtlich des Substitutionsmittels die meisten Patienten mit Methadon (Methadon 76%, Polamidon 2%) und Buprenorphin (Suboxone 20%, Subutex 4%) behandelt worden. Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, zukünftig Buprenorphin als Mittel der 1. Wahl anzuwenden, da zum einen die Gefahr einer Überdosierung nicht gegeben ist und zum anderen durch geringere Sedierungsphänomäne die Patienten besser von der parallel durchgeführten Psychotherapie profitieren können.

Die besonderen Bedingungen der Unterbringung im Maßregelvollzug machen auch eine besondere Behandlungsvereinbarung mit den Patienten bezüglich

der Substitution erforderlich. Die oftmals hafterfahrenen Patienten sind es gewohnt, dass mit Substitutionsmitteln untereinander Handel getrieben wird, um partiell Rauscheffekte zu erzielen. Deshalb ist in unserer Einrichtung mit den jeweils substituierten Patienten vereinbart, dass ein Patient, der bei der Weitergabe eines Substituts erwischt wird oder dem dies nachgewiesen werden kann, unmittelbar aus der Substitution ausgeschlichen wird.

Die hohe Akzeptanz einer solchen Vereinbarung durch die Substituierten ergibt sich aus der Tatsache, dass dies im Verlauf aller Substitutionsbehandlungen über den Zeitraum der letzten zehn Jahren nur zweimal notwendig war.

Die Altersverteilung der Stichprobe lag zwischen dem 21. und dem 57. Lebensjahr (Durchschnittsalter 37 Jahre), wobei zwischen den Gruppen der Substituierten und der Nicht-Substituierten keine signifikanten Unterschiede bestanden. Der jüngste substituierte Patient war 24 Jahre und der älteste Substituierte 57 Jahre alt. Den größten Anteil an Substituierten wies die Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren mit 56% Substituierter aus. Unter den Patienten, die über fünfzig Jahre alt waren, waren immerhin 6% der Gesamtzahl der Substituierten gegenüber 2% nichtsubstituierter Patienten zu finden.

Hinsichtlich der Anzahl Substituierter pro Jahr waren die ersten Jahre 2001-2005 zunächst davon geprägt, dass überwiegend Substitutionsbehandlungen bei Patienten eingeleitet wurden, die nach Aufhebungsbeschlüssen der Maßregel in die Haft zurückkehrten, wo zu dieser Zeit keine Substitutionsmaßnahmen neu begonnen, sondern nur fortgesetzt wurden und gleichzeitig die Rückfallgefahr bei hoher Verfügbarkeit psychotroper Substanzen in der Haft relativ groß war. Im Verlauf des Untersuchungszeitraumes ab 2006 wurden fast ausschließlich Patienten substituiert, die sich in einer laufenden Therapie gemäß § 64 StGB befanden. Im Verlaufe des Untersuchungszeitraumes lag der Gesamtdurchschnitt des jährlichen Anteils Substituierter bei 8% der gemäß § 64 StGB Untergebrachten. Aktuell waren im Jahr 2011 in unserer Einrichtung 18% der der Gesamtgruppe § 64 StGB Patienten substituiert.

Alle substituierten Patienten wiesen die Diagnose einer Polytoxikomanie auf. Daneben bestanden bei den untergebrachten Opiatabhängigen regelhaft weitere komorbide Störungen (Persönlichkeitsstörungen, sonstige Störungen, Psychosen), in deren Verteilung sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Gruppe der substituierten und nichtsubstituierten Patienten finden.

Als Ausdruck langjähriger und schwerer Suchtverläufe findet sich bei den opiatabhängigen Untergebrachten eine hohe Prävalenz an Virusbegleiterkrankungen. Unter den Patienten der Stichprobe, die eine HIV-Infektion aufwiesen, waren 90% in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen. Bei 80% der opiatabhängigen Maßregelvollzugspatienten bestand eine Hepatitis C-Infektion, davon wurden 41 Prozent substituiert. Bei den Patienten, die sich als Hepatitis-negativ erwiesen, wurde keine Substitutionsbehandlung eingeleitet. Des Weiteren werden in unserem Hause Hepatitis C-Behandlungen mit Peg-Interferon Alpha-2b beziehungsweise Alpha-2a und Ribavirin angeboten. Leider konnte die überwiegende Zahl der Patienten sich bislang nicht zu einer angebotenen Behandlung während des stationären Aufenthaltes entschließen. Das Merkmal Substitutionsbehandlung war dabei mit einer positiven Therapieerwartung gekoppelt. Von den substituierten Patienten ließen sich immerhin insgesamt 18% behandeln, während die nichtsubstituierten Patienten sich nur zu 8% zu einer Hepatitis C-Behandlung entschließen konnten.

Das Ausmaß und die Chronizität der zu Grunde liegenden Suchterkrankungen mit hoher Ausprägung an Dissozialität sowie die Schwierigkeit hinsichtlich der Behandelbarkeit der von 2001 bis 2011 untergebrachten opiatabhängigen Patienten wird bereits hinsichtlich des fehlenden Erfolges und der Häufigkeit vorweg angegangener Maßregelunterbringungen sichtbar.

Von den 152 behandelten Opiatabhängigen hatten bereits 30 Patienten zuvor erfolglos eine Behandlung im Maßregelvollzug (§§ 64, 66, 63 StGB) durchlaufen. Alle diese Patienten waren zuvor mindestens einmal bis maximal dreimal im Maßregelvollzug untergebracht. Bei vier opiatabhängigen Patienten bestand eine vorangegangene oder parallel angeordnete Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB), ein Patient hatte sich zuvor zweimal im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB und in der Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB befunden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der in den einzelnen Jahren entlassenen Opiatabhängigen unterschied sich in den Gruppen der nichtsubstituierten und der substituierten Patienten nicht signifikant und lag durchschnittlich bei 16,5 Monaten.

Der Anteil erfolgloser Behandlungen (Erledigungen gemäß § 67 d Abs. 5 StGB) betrug in der Gesamtgruppe Opiatabhängiger 42%. Dabei ergab sich hinsichtlich des Merkmales einer Substitutionsbehandlung ein deutlich positiver Effekt. Die Erledigerquote in der Gruppe der substituitionsbehandelten

Patienten lag bei 34%. Exkludiert man die Patienten, die angesichts der drogenpolitischen Sondersituation im Strafvollzug in Hamburg bis 2005 nur im Hinblick auf den nach der Erledigung bevorstehenden Haftantritt auf eine Substitutionsbehandlung eingestellt wurden, reduziert sich der Anteil erfolgloser Abbrecher innerhalb der Gruppe der Substituierten auf 8%.

Auch im Hinblick auf Rückfälle mit neuerlichem Substanzkonsum während der laufenden Entzugsbehandlung stellt die Gruppe illegal Drogenabhängiger eine besondere Risikogruppe dar. Legt man die Zahlen der Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB zugrunde, liegt der Anteil von Rückfälligkeit in Substanzkonsum konstant über dem alkoholkranker Patienten und konnte nach anfänglichen Fortschritten seit 2004 nicht mehr unter eine Rate von 20% während der Maßregelunterbringung gesenkt werden (1).

In unserer Untersuchungsgruppe lag der Anteil Rückfälliger mit Substanzkonsum während der laufenden Entzugsbehandlung bei 24%. Bemerkenswerterweise wies die Untergruppe je substituierender Patienten mit einer Rückfälligkeit von 33% ein diesbezüglich noch deutlich erhöhtes Basisrisiko auf. Berücksichtigt man dabei den Zeitpunkt der Rückfälligkeit in den Substanzkonsum und die Art der laufenden Behandlung, ergibt sich ein deutlicher Effekt: Nach der Einstellung auf eine Substitutionsbehandlung wurde nur noch 1 Patient rückfällig, die Rückfälligkeit sank auf 2%.

Auch hinsichtlich der Häufigkeit Besonderer Vorkommnisse während der Maßregelvollzugsbehandlung (Entweichungen; Gewalt – Schlägerei, Sachbeschädigung; Ausbruch, Flucht, Fluchtversuche; Einschmuggeln, Weitergabe von Betäubungsmitteln; neuerliches Delikt – Anzeige; Selbstmordversuch, Tod; Beziehung zu einer Mitarbeiterin) stellt die Gruppe Opiatabhängiger eine Herausforderung dar.

Die Häufigkeit der erwähnten Besonderen Vorkommnisse während der Entzugsbehandlung betrug in unserer Untersuchungsgruppe 27%. Auch hinsichtlich dieses Merkmales wies die Untergruppe substituierender Patienten mit einer Häufigkeit von 34% ein erhöhtes Basisrisiko auf. Betrachtet man den Effekt einer Substitutionsbehandlung, so wurden nach Einstellung auf ein Substitutionsmittel nur noch drei Patienten mit einem Besonderen Vorkommnis auffällig, deren Häufigkeit sank auf 6% ab.

Unter Anwendung statistischer Verfahren (Relatives Risiko, Odds Ratio) ergibt sich für die Untergruppe je substituierter opiatabhängiger Patienten ein erhöhtes Risiko hinsichtlich des Auftretens Besonderen Vorkommnisse mit einer Odds Ratio von 1,67 (das vergleichbare Basisrisiko in der Gesamtgruppe



opioidabhängiger Patienten entspricht dem Wert 1). Nach begonnener Einstellung auf ein Substitutionsmittel sank das diesbezügliche Risiko auf eine Odd Ratio von 0,11 ab.

Offensichtlich erscheinen auch im Hinblick auf die hohe Zahl von Erledigungen (§ 67 d Abs. 5 StGB) in der Gruppe opiatabhängiger Maßregelvollzugspatienten noch viele Behandlungsfragen ungelöst. Die Abbrecherquoten in unserer Maßregelvollzugseinrichtung in Hamburg liegen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Typischerweise repräsentieren opiatabhängige Patienten aber auch bei uns mit einem Anteil von 73% den Großteil an Patienten, bei denen eine Behandlung nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

Der Erledigeranteil in der Untersuchungsgruppe opiatabhängiger Patienten betrug über den Zeitraum von zehn Jahren 47%. Teilt man die Gesamtgruppe der Patienten in je substituierte und nichtsubstituierte Patienten auf, so liegt die Abbrecherquote in der Gesamtgruppe der substituierten Patienten mit 41 % etwas unter der nichtsubstituierten Vergleichsgruppe mit 49%. Exkludiert man die ausschließlich vor Haftantritt substituierten Patienten und berücksichtigt den Zeitpunkt des Beginns der Substitutionsbehandlung, so sinkt die Erledigerquote unter laufender Substitutionsbehandlung auf nur mehr vier Patienten und einen entsprechenden Anteil von 10% ab.

## Zusammenfassung

Die evidenzbasierten Standards der suchtmmedizinischen Behandlung außerhalb des Maßregelvollzuges und die Evaluationsergebnisse in unserer Untersuchungsgruppe von 152 Patienten über einen Zeitraum von elf Jahren legen nahe, opioidabhängigen Patienten während der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt die gleichen wirksamen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen wie Patienten in Freiheit, wenn die Indikation dafür besteht.

Dabei stellt die Substitutionsbehandlung keinen ausschließlich gültigen „Königsweg“ zur Behandlung dieser Abhängigkeitserkrankten dar, sondern weiterhin ist jeder süchtige Patient nach ausführlicher diagnostischer Abklärung sowie Einschätzung seiner individuellen Bedarfe und Möglichkeiten zu behandeln.

Entsprechende individuelle Therapieempfehlungen und -entscheidungen sollten auch die konzeptionell in der Behandlungseinrichtung vorgehaltene Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung umfassen.

Dies erfordert auch im Hinblick auf weiterhin zu bearbeitende offene fachliche Fragen des Settings einer nicht mehr ausschließlich an Abstinenz orientierten kriminaltherapeutischen Behandlung eine Einzelfallentscheidung, die für oder gegen die Einleitung einer Substitutionsbehandlung sprechen kann.

Indizierte Substitutionsbehandlungen waren in unserer Untersuchungsgruppe in allen auch in der allgemeinen Suchtmedizin einheitlich positiv evaluierten Outcome-Variablen („Beikonsum, Retentionsrate, Dissozialität“) einem klassischen Abstinenzprinzip überlegen:

- Unter laufender Substitutionsbehandlung sanken Rückfälle in einen Substanzkonsum während laufender Behandlung auf 2%, ausgehend von einem Basisrisiko von 24% in der Gesamtgruppe Opiatabhängiger.
- Erledigungen (§ 67d Abs. 5 StGB) nahmen bei substitutionsgestützter Behandlung auf einen Anteil von 10% ab (ausgehend von einer Basisrate von 47% in der Gesamtgruppe).

Diese Effizienzsteigerung erscheint auch ein wichtiger fachlicher Beitrag angesichts der zunehmend evidenten Ressourcen- und Kostendiskussion hinsichtlich der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt.

- Im Hinblick auf unerwünschte Vollzugsereignisse nahm die Wahrscheinlichkeit für Besondere Vorkommnisse unter laufender Substitutionsbehandlung um den Faktor 16 ab. Diese Absenkung auf eine Häufigkeit von 2% vor dem Hintergrund einer Basisrate von 27% (beziehungsweise von 34% in der Patientengruppe vor Beginn einer Substitutionsbehandlung) scheint sowohl für das intramurale Arbeitsklima einer Behandlungseinrichtung als auch für die öffentliche Wahrnehmung der Sicherheitsaufgabe des Maßregelvollzuges von Bedeutung.

Wünschenswert erscheint die weitere Entwicklung fachlicher Behandlungsleitlinien mit empirischer Begleitevaluation für die wachsende Hauptgruppe von suchtkranken Patienten im Maßregelvollzug.

## Literatur

- 1) von der Haar, M., Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Ausgabe 2010, Bad Rehbürg.
- 2) Schalast, Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB : Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlungen durch sucht-spezifische Medikation?. in Forens. Psychiatr. Psycho. Kriminol 4 (2009), 3:294- 301.
- 3) L. G. Schmidt/ M. Gastpar/ P. Falkai/ W. Gaebel; (Hrsg.): Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen, Evidenzbasierte Suchtmedizin; Deutscher Ärzte-Verlag, 2006.
- 4) Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 11, 19. März 2010.



Guntram Knecht, Annette Claßen

## Substitution aus der Sicht des Prognose-Gutachters

*Michael von der Haar*

Bevor ich auf das spezielle Thema, nämlich die Beurteilung der Frage von Substitution bei der Prognosebeurteilung im Entlassungsverfahren eingehe, möchte ich einige Kernpunkte einer Prognosebegutachtung zunächst aufzählen. Damit will ich eine gemeinsame Basis schaffen, auf der auch die Frage nach dem Sinn, Zweck und den Erfolgsaussichten einer Substitution zu beurteilen ist.

Im Oktober 2006 hat eine Arbeitsgruppe Mindestanforderungen für Prognosegutachten zusammengestellt, eine Arbeitsgruppe, an der erfahrene Richter und Gutachter beteiligt waren. Sie listeten, in aller Kürze hier dargestellt, folgende Punkte auf:

- Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsbild vor der Tat
- Kenntnis der strafrechtlichen Entwicklung
- Anlasstat
- Zusammenhänge zwischen Anlasstat und früherer Delinquenz
- Persönlichkeitsentwicklung nach dem Delikt
- sozialer Empfangsraum

Alle diese Punkte sind unter dem Blickwinkel einer Abhängigkeitserkrankung mit den verschiedenen Unterpunkten zu sehen.

- Beginn der Sucht
- Bevorzugtes Suchtmittel
- Angestrebte Wirkung des Konsums – wozu dient die Droge primär
- Welche Folgen hat die Droge auf den verschiedenen Ebenen ausgelöst
- Bestehen Erfahrungen mit Therapie – wenn ja, welche
- Gab es bereits Versuche der Substitution und wie ist es gelaufen
- usw.

Der Prognosegutachter soll sich mit der den Straftaten zu Grunde liegenden Dynamik und sonstigen Tatusachen und dann mit der Entwicklung des Täters im Hinblick auf diese Tatusache gehörenden Straf- bzw. Maßregelvollzugs auseinandersetzen. Dabei ist die Frage der Substitution an 4 Punkten denkbar:

- Im Rahmen des erkennenden Verfahrens

- Als Gutachter im Entlassungsverfahren
- Zur Frage des Bewährungswiderrufes
- Zur Frage der Unterbringung nach § 67 h StGB bei einer Substitution in der Nachsorgephase.

Um diese Einschätzung überhaupt vornehmen zu können, ist der Prognosegutachter auf entsprechende Informationen angewiesen. Er erhält zunächst die Unterlagen des Gerichtes, hierbei sollten die früheren Strafakten und nicht nur die aus dem erkennenden Verfahren, aber auch Vollstreckungs- oder Bewährungshefte eingesehen werden können. Auch Akten des Vormundschaftsgerichtes sind oft von großer Bedeutung, selbstverständlich ebenso bereits früher erstellte Gutachten.

Weitere Informationen sind dann aus der Zeit der Unterbringung notwendig. Hier ist der Punkt der Dokumentation in den Einrichtungen immer wieder Anlass zur Kritik, zum einen wird manchmal bei der Dokumentation dieser Aspekt, dass ein Außenstehender die Notizen liest, vergessen in dem Sinne „das brauche ich nicht aufschreiben, weil es sowieso jeder weiß“ oder es ist die Auseinandersetzung mit der Frage der ärztlichen Schweigepflicht, die eine ausführliche Dokumentation beeinträchtigt. Wann wird nur über den Patienten berichtet und wie weit fließen auch Angaben zur Persönlichkeit des Therapeuten in die Berichterstattung ein. Gegenübertragung ist nie einseitig. Genau hier, bei dem Nachvollziehen des therapeutischen Prozesses – ein Kernpunkt einer Prognoseerstellung – wird die Abhängigkeit des Prognosegutachters von Informationen deutlich.

All diese Informationen sollen dazu dienen, ein Bild von der Person zu gewinnen. „Je runder“ das Bild wird, umso eher wird es dem Patienten gerecht werden. Kenntnisse von Persönlichkeit, Krankheit und Delinquenz mit ihren jeweiligen Entwicklungen sind dazu notwendig. Es geht darum, Einstellungen, Motive, Wünsche und Verhaltensmuster zu erkennen. Hat sich im Rahmen des Maßregelvollzuges etwas verändert, und wie stabil ist das Erreichte.

An dieser Stelle möchte ich mit den allgemeinen Ausführungen aufhören und versuchen, anhand eines konkreten Falles auf die Rolle des Prognosegutachters gerade bei Fragen zur Substitution eingehen.

## Vorstellen möchte ich Ihnen den Fall von Herrn A.

Bei Herrn A. bestand eine Mehrfachabhängigkeit von Heroin, Kokain, Benzodiazepinen, Cannabinoiden und Alkohol. Über den Konsum wurde die innere Befindlichkeit beeinflusst, er stellte eine Scheinlösung für innere Spannungen dar. Heroin, seine Hauptdroge diente der Abschirmung von Gefühlen. Der Konsum nahm zu, Heroin und Kokain standen im Vordergrund. Den Zusammenhang zwischen Kokain und dem Leistungsaspekt, das Gefühl als „unanastbar“ zu gelten, konnte Herr A. beschreiben.

Daneben zeigten sich aus seinen Schilderungen aber auch unter Hinzuziehung von Akten seine dissozialen Verhaltensweisen. Es schien Schwierigkeiten im Bereich der Impulskontrolle zu geben. Gegenüber anderen wirkte er sehr misstrauisch, distanziert und wenig einfühlsam, er war mit seinen Wahrnehmungen, Überlegungen und Handlungen sehr auf die eigene Bedürfnisbefriedigung abgestellt. Die Frustrationstoleranz war herabgesetzt, aggressives und gewalttätiges Verhalten wurde mehrfach beschrieben.

Die Mutter hatte einen erweiterten Suizid begangen und versucht, ihm als Kleinkind die Pulsadern zu öffnen. Er kam ins Heim. Als er sehr viel später von dem Anlass erfuhr, sei er sich vorgekommen, als sei er der einzige Mensch auf der Welt. Dieses Gefühl habe er mit 14/15 Jahren weggetrunken. Er habe den Eindruck gehabt, ihn verstehe sowieso keiner. Herr A. beschrieb seine Kontakte und Beziehungen zu Frauen. Dabei insbesondere auch seine homosexuellen Kontakte als Stricher, die ihm dazu dienten, wiederum seine Drogen zu finanzieren. Herr A. konnte sich ansonsten als bisexuell beschreiben.

Es entstand durch das Lesen der Akten langsam ein Bild von Herrn A., seine Therapieerfahrungen gehörten dazu. 1997 begann er seine erste Drogentherapie, 1998 wurde ein Therapieversuch abgebrochen, danach Substitution mit Methadon. Abbruch einer neuen Therapie, nachdem ihm das spätere Opfer Geld aber auch Drogen zur Verfügung gestellt hatte.

Die Entwicklung der Tat schilderte Herr A. wie folgt:

Er hatte Kontakt zu einem homosexuellen Freier aufgenommen, der ihn mit Heroin und Kokain bezahlte, einem Stoff, der einen hohen Reinheitsgrad hatte. Gleichzeitig fing das spätere Opfer an, ihn zu kontrollieren. Er versuchte, die Kontakte von Herrn A. zu seiner Freundin zu unterbinden. Er versorgte ihn mit Drogen, was er wiederum mit der Forderung nach sexuellen Leistungen und

sozialem Rückzug verband. Er wollte Herrn A. für sich alleine haben. So hatte die Verbindung einerseits etwas von einem Schlaraffenland, was die Drogen anging, und auf der anderen Seite von einer hochgradigen Abhängigkeit, gegen die Herr A. auch immer wieder rebellierte. Ging er jedoch weg, um sich eigenes Geld zu verdienen und damit seinen Konsum selbst zu gestalten, so reagierte das spätere Opfer eifersüchtig und zunehmend einengend. Das Vorenthalten von Drogen gehörte zu seinen Druckmitteln.

Dieses Wechselspiel, die Dynamik vor der Tat, macht zum einen deutlich, in welche Abhängigkeit sich Herr A. begeben hat, zum anderen zeigt sich auch, wie sehr die Versorgung mit Drogen als Steuerungsinstrument eingesetzt wurde. Es führte Herrn A. in die Rolle eines vom späteren Opfer abhängigen Menschen, der kontrolliert, gegängelt und auch bestraft wurde. Hielt er sich an die Regeln, bekam er Drogen – sonst nicht. Herr A. kam sich klein und entwertet, gleichzeitig hilflos und entmachtet vor.

Die Situation eskalierte, als Herr A. Kontakt zu seiner Freundin hatte. Das spätere Opfer stellte ihn vor die Alternative, entweder Droge oder Freundin. Herr A. entschied sich widerstrebend für die Droge. Nach dem Konsum kam es zu homosexuellen Kontakten, es wurden erneut Drogen genommen, an den weiteren Tatablauf gab es wenig klare Erinnerungen. Eindeutig war, dass Herr A. das Opfer mit einer Reihe von Messerstichen tötete und ihn auch strangulierte. Herr A. entfernte sich vom Tatort, besuchte seine Freundin und stellte sich dann der Polizei.

Die Schilderung des Ablaufes macht den Zusammenhang zwischen einerseits der Persönlichkeit von Herr A. mit seiner hochgradigen Sucht – er konsumierte ca. 5g Heroin pro Tag sowie Kokain, Ecstasy, Alkohol und Beruhigungs- und aber auch Aufputschtabletten – und der Tat sehr deutlich. Gut erkennbar war allerdings auch, dass sich Herr A. mit den Drogen zudröhnte, um die reale Lebenssituation nicht wahrnehmen zu müssen. Vielleicht ist es eine Erklärung, dass er das Gefühl, klein und ohnmächtig zu sein, nicht mehr aushielt.

Herr A. wurde zu einer mehrjährigen Freiheitsstrafe und der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt unter Anwendung des § 21 StGB verurteilt.

Die Beschreibung in dem Gutachten aus dem erkennenden Verfahren stellt so etwas wie die Ausgangssituation dar, an der Veränderungen gegenüber den aktuellen Befunden, wie sie dann bei einer Prognosebegutachtung erhoben werden, eingeschätzt werden können. Selbstverständlich sind die früheren

Beobachtungen, z.B. durch Nachfragen bei dem Probanden oder ein Aktenstudium, kritisch zu prüfen. (Letztlich gilt das jedoch auch für die Angaben im Prognoseverfahren.)

Herr A. wurde nach dem Urteil in eine Einrichtung des Maßregelvollzuges aufgenommen. Entsprechend sind weitere Informationen aus der Zeit der Unterbringung notwendig.

Herr A. arbeitete mit, setzte sich mit der Tat auseinander, auch mit seinen Emotionen. Er berichtete, Alpträume im Sinne eines Flashback zu haben, so dass hier die Frage nach der Verarbeitung der Identität als Täter im Raum stand. Gleichzeitig wurde von einem immer wieder auftretenden, starken Suchtdruck berichtet, vor allen Dingen in Stresssituationen. Herr A. konnte dieses thematisieren und beginnen, Verhaltensalternativen zu entwickeln. Weiter sind den Klinikberichten Verhaltensweisen, zum Beispiel beim Sport, zu entnehmen, aber auch sein Verhalten im normalen Stationsalltag bzw. im gruppentherapeutischen Bereich. Deutlich wurde, dass er Probleme hatte, sich über sich selbst vor anderen (Therapeuten und Mitpatienten) zu äußern.

Aufgrund der langen Parallelstrafe wurde zunächst die Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge beschlossen. Herr A. wurde deshalb auf seine Zeit in der JVA angesprochen. Er habe dort gekiff, habe alte Bekannte wieder getroffen und Methadon genommen, erst später sei er in das Methadonprogramm gekommen. Mit dem Methadon sei er weniger angespannt gewesen, habe sich ruhiger verhalten können. Es sei für ihn schwierig, Ungewissheit auszuhalten. Er könne sich selbst, seinem eigenen Empfinden nicht trauen, er habe immer wieder Angst davor, die Kontrolle zu verlieren. Herr A. kehrte später in die Einrichtung des Maßregelvollzuges zurück. Dort gab es Schwierigkeiten mit den Mitpatienten, es wurde die Erledigung der Maßregel angeregt. Die StVK folgte dem jedoch nicht. Sie empfahl den Wechsel der Einrichtung.

In dieser Klinik, nach dem Aufenthalt in der JVA und der anderen MRV-Klinik, wurde aus den Anfangszeiten der Therapie ein typischer Mechanismus von Herrn A. beschrieben. Bei Verunsicherungen würde er Ärger und Wut in sich hinein fressen, auch mit Hilfe von Drogen nicht mehr wahrnehmbar machen. Er würde mutlos werden. Veränderungen würden ihm Angst machen. Diese Angst würde dann in Wut umschlagen, eine Wut, die sich ein Ventil suche. Drogen hätten ihm dann geholfen, manchmal auch Gewalt. Im Alltag wurde deutlich, dass Herr A. sehr rigide war, Schwierigkeiten bekam und sich unwohl fühlte, wenn etwas nicht so lief, wie er es sich vorgestellt hatte. Hierüber



konnte mit ihm jedoch gesprochen werden. Suchtmittelrückfälle wurden trotz verschiedener Belastungen nicht beobachtet.

Auch in späteren Beschreibungen zeigte sich, dass sich Herr A. nur schwer von gewohnten Strukturen lösen konnte und sich durch Veränderungen langdauernd verunsichert zeigte. Aus den Notizen zu den Einzelgesprächen konnten ein wachsendes Selbstbewusstsein und eine nachlassende Empfindlichkeit beschrieben werden.

Mit diesen Informationen kann ein Eindruck entstehen, wie Herr A. in einen besseren Kontakt mit seinen Gefühlen kam, aber auch, an welchen Stellen Problemfelder deutlich wurden. Es wurde von einem positiven Behandlungsverlauf gesprochen. Aber das reicht nicht, um automatisch schon entlassen werden zu können. Seit 1998 ist die Messlatte höher gelegt, eine magische Grenze muss erreicht werden. Es muss erwartet werden, dass der Proband straffrei bleibt. Bei einer Abhängigkeit von illegalen Drogen heißt das bislang: Abstinenz – Clean sein.

Neben der Einschätzung der postdeliktischen Persönlichkeitsentwicklung, denn davon war gerade die Rede, ist bei der Prognose auch auf den sozialen Empfangsraum einzugehen.

- Was hat sich hier verändert und welche Rolle spielen in dem (neuen?) Umfeld Suchtdruck und Drogen?
- Wie geht Herr A. mit diesen Belastungen und Versuchungen um, welche Anstrengungen unternimmt er zu seinem Schutz?
- Hat er ein Bewusstsein für die Gefahren im Alltag – z.B. Kontakt mit der Szene?
- Schafft er sich Möglichkeiten zur Früherkennung der Rückfallgefahr?
- Kann er sowohl seine eigene Gefühlslage aber auch die Verfassung anderer einschätzen und wie reagiert er darauf?
- Ist ihm vielleicht in bestimmten Situationen alles egal, konsumiert er und sucht dann die Verantwortung bei Anderen?

Es ist schlicht die Frage, wie weit hat sich Herr A. entwickelt, wie reif ist er geworden?

Zunehmend wurde Herr A. beurlaubt, hatte mittlerweile eine Beziehung aufgenommen und machte seinen Schulabschluss. Er heiratete, es gab während der Zeit im Probewohnen, einer Form des Dauerurlaubes am Ende einer

Therapie, Schwierigkeiten in der Ehe. Diese konnten mit dem Therapeuten besprochen werden, die Ehefrau wurde in die Kontakte einbezogen. In dieser Zeit ereignete sich ein erster Rückfall mit Alkohol. Nach entsprechender Rückstufung der gewährten Lockerungen unter Berücksichtigung der sozialen Situation, Herr A. hatte eine Ausbildung begonnen, wurde das Probewohnen fortgesetzt.

Das Thema Suchtdruck, Rückfall bzw. Abstinenz begleitete die Therapie von Anfang an. Herr A. sprach immer wieder an, dass er nicht sicher sei, dem Konsum insbesondere von härteren Drogen, widerstehen zu können, den Anforderungen des Alltags zeigte er sich ansonsten gewachsen. Gleichzeitig wurde immer wieder deutlich, dass Herr A. an Belastungsgrenzen stieß und zur Konfliktbewältigung Unterstützung brauchte. Er wurde jedoch als so stabil erlebt, dass er sich bereits bei der Entwicklung von Krisen Hilfe holen könne.

Immer wieder tauchte das Thema Suchtdruck auf. Gleichzeitig konnte der Eindruck entstehen, dass sich Herr A. mit Hilfe der Therapeuten immer wieder damit auseinandersetzte.

Zum Ende der Therapie, direkt nach dem ersten Gutachtentermin, gab es einen positiven Drogenbefund. Es sei sehr langweilig gewesen. Herr A. berichtete, dass ihm neue Ziele fehlen, auch stellte sich der Alltag schwieriger dar, als er es gedacht hatte. Es wurde für ihn deutlich, dass er nicht die Geldmittel zur Verfügung haben werde, die er früher für seinen Lebensstil einsetzen konnte.

Herr A. wurde von den Mitarbeitern der Forensischen Klinik auf Buprenorphin eingestellt. Unter der Substitution gelang es Herrn A. die Beziehung fortzusetzen, er konnte seinen Arbeitsplatz und seine Ausbildungsstelle halten, die Substitution wurde von einem niedergelassenen Arzt übernommen. Er selbst war deutlich stabilisiert, in der Beziehung sei eine positive Entwicklung eingetreten. Beide Partner wirkten ruhiger und entspannter.

Erst deutlich später konnte die Begutachtung fortgesetzt werden. Herr A. wurde jetzt unter Buprenorphin erlebt, er gab an, zwischenzeitlich keinen Suchtdruck mehr zu erleben. Die Dosierung sei reduziert, dann aber wieder heraufgesetzt worden. Sie sei jetzt nach seinem Empfinden richtig angepasst. Er könne seine sozialen Aufgaben incl. der Ausbildung bewältigen, fühle sich wohl und auch der Kontakt zu seiner Frau sei nicht beeinträchtigt.

Zur Situation des Drogenrückfalles gab er an, es sei wie „Kleinkrieg im Kopf“ gewesen, in dieser Situation habe er das Heroin genommen. Er habe es auch nicht geschafft, mit seinen Therapeuten zu reden. Er habe kein langfristiges Ziel mehr gehabt, es sei nichts mehr zu leisten gewesen. Er brauche eine stückweise Belohnung, habe etwas kaputt machen müssen, um dieser Situation zu entkommen. Aushalten konnte er die Spannung nicht.

Deutlich machen konnte Herr A. dennoch, dass die Rolle der Drogen, nämlich hierüber eine Entlastung im Alltag zu erfahren, zunehmend abgelöst wurde durch Kontakte und Gespräche, insbesondere zu den Mitarbeitern der Klinik. Mittlerweile gäbe es Gespräche mit anderen Vertrauten außerhalb der Klinik. Er sei in der Lage, in Konfliktsituationen besonnen, weniger impulsiv zu reagieren und über die Situation und sein Verhalten zunächst nachzudenken. Die Gefahr, in solchen Spannungssituationen einen erhöhten Suchtdruck zu erleben, sei durch die Gabe von Buprenorphin gemindert. Dabei habe er in der Gestaltung seines sozialen Umfeldes auch den Besuch einer Suchtberatungsstelle mit eingeplant, um hier Unterstützung zu erhalten.

In der Beurteilung konnte festgehalten werden, dass das Bewusstsein für das Suchtverhalten und die Rückfallgefährdung vielleicht gerade wegen der Rückfälle gewachsen war. Typischerweise zeigte sich diese Gefährdung in der Zeit, in der Herr A. sich vermehrt aus der Klinik löste und begann, sich auf eine „ungewisse“ Situation in der Lebenspartnerschaft einzurichten. Während formal alles geordnet war, passte das persönliche Empfinden hierzu nicht. Es lief nicht so, wie er es sich vorgestellt, vielleicht erträumt hatte, er konnte nicht alles kontrollieren und „im Griff haben“ und er war sich auch nicht sicher, dass er die Zukunft bewältigen könne. Er erlebte sich wieder zurückgesetzt und eher klein als großartig. Wenn dann auch in der Beziehung oder am Arbeitsplatz Probleme auftraten, dann bekam er seine Gefühle nicht unter Kontrolle. Auch die gute Anbindung an die Klinik schützte nicht ausreichend.

Die Klinik stand vor der Entscheidung, den Patienten „aufzugeben“ und die Erledigung der Maßregel zu beantragen. Das Ergebnis wäre sehr wahrscheinlich die Rückkehr in die JVA gewesen, erneuter Konsum und eine weiter bestehende Gefährlichkeit bei Herrn A. In dieser Situation, bei einem weiter bestehenden funktionierenden sozialen Umfeld, wurde der Schritt der Substitution mit Buprenorphin gewagt. Die Einschätzung der Klinikmitarbeiter erwies sich als richtig. Herr A. wurde entspannter, ruhiger, ausgeglichener und zufriedener und konnte aus diesem Befinden heraus die angebotenen Hilfen der

Beratungsstelle annehmen. Seine Anstrengungen, sich sozial zu etablieren, konnte er fortsetzen.

Der Prognosegutachter ist hier in einem besonderen Spannungsfeld.

- Er kann „mitschwimmen“, d. h., alles gut heißen und Patient und Klinik unterstützen. Ein einfacher Weg.
- Er könne sich auch hinstellen und betonen, dass eine Substitution keine Heilung von der Sucht ist, sondern eine Fortführung der Sucht mit legalen Mitteln.
- Das Ziel, Herrn A. von der Sucht zu heilen und die grundlegende Fehlhaltung zu beheben, ist nicht erreicht.

Die Frage nach der Substitution in diesem Fall ist jedoch komplizierter. Positiv zu bewerten war:

- Herr A. hat es geschafft, unter den beschützenden Umständen der Klinik nach allem was bekannt ist, abstinent bzw. clean zu bleiben. Suchtmittelrückfälle wurden nicht berichtet oder nachgewiesen.
- Es ist ihm zudem gelungen, eine längerfristige partnerschaftliche Beziehung mit allen Höhen und Tiefen, bei denen aber auch das Verhalten der Partnerin berücksichtigt werden muss, einzugehen.
- Er hat eine positive schulische/berufliche Entwicklung genommen, steht mittlerweile vor dem Abschluss einer Lehre.
- Er hat es geschafft, mit Unterstützung der Klinik, Krisen zu bewältigen und vertrauensvolle Beziehungen sowohl zu Klinikmitarbeitern als auch zu Mitarbeitern der Beratungsstelle und zu seiner Ärztin aufzubauen.
- Er hat sich in den sozialen Kontakten am Arbeitsplatz als kompetent gezeigt, ist auch hier in der Lage, trotz der schwierigen Rahmenbedingungen, entsprechende Kontakte einzugehen.
- Er kommt den Anforderungen auch der Substitution (Zeiten, Kontakte, Nachweise) neben den anderen Belastungen nach.

Auf der anderen Seite war zu berücksichtigen:

- Er hat es jedoch noch nicht ausreichend geschafft, eine innere Stabilität zu gewinnen,
- mit seinen Empfindungen und Gefühlen in Belastungssituationen klarzukommen und auch

- die Frage, was er leisten muss, um zufrieden zu sein, ist sicher nicht endgültig gelöst. Sein persönlicher Anspruch steht ihm (noch?) im Wege.

Kann man ihn dann entlassen?

### Welche Rolle kann die Substitution bei der Prognose spielen?

Das Ziel der Abstinenz war nicht erreicht, allerdings ein Etappenziel mit einer verbesserten sozialen Integration. Substitution als Krücke. Sie schirmt Herrn A. ein Stück weit von seinen Gefühlen ab. Die positiven Erinnerungen sind nicht so aufdringlich, so verlockend. Der Gedanke an die mit dem Drogenkonsum verbundenen Rituale hat nicht mehr die Wucht, die Kraft, die ihn in den Rückfall zieht. Aber ist das genug?

Eine Substitution bedeutet auch eine stärkere Nähe zur Droge und ggf. zur Szene. Das Thema Beikonsum taucht auf und muss Beachtung finden. Die Droge Arzt wird um den Faktor drogenspendender Arzt erweitert, der Proband ist stärker abhängig und gebunden. Nur eine begrenzte Freiheit ist gewonnen worden. Es ist ein Therapieerfolg zweiter Klasse, gemessen am Ergebnis. Darf dann von Erfolg einer mehrjährigen Therapie gesprochen werden oder ist das zu dünn?

Stellt man die Leistungen, die letzten Endes Herr A. erbracht hat, den Risiken gegenüber, so kann davon gesprochen werden, dass in den beschriebenen Settings von einer deutlichen Minderung der Gefährlichkeit auch angesichts der strafrechtlichen Geschichte und des Tötungsdeliktes als Anlassdelikt gesprochen werden kann. Es besteht aufgrund der Minderung der inneren Spannung durch die Gabe von Buprenorphin bei Herrn A. berechtigterweise die Vorstellung, dass die soziale Integration weiter vorangetrieben werden kann und, die Hoffnung stirbt zuletzt, möglicherweise irgendwann die Gabe des Buprenorphin zunächst reduziert, später vielleicht sogar ausgeschlichen werden kann.

Die Frage nach der Substitution im Rahmen einer Behandlung im Maßregelvollzug ist verbunden mit der Frage, was denn das Ziel dieses aufwändigen Konstrukts ist. Was ist der spezielle Auftrag an eine Einrichtung des Maßregelvollzuges im Unterschied zu einer Substitution in einer JVA? Welche

Bedeutung hat der Passus „die zugrunde liegenden Störungen zu beseitigen“ im § 137 StGB? Wenn allein durch eine Substitution eine Verbesserung der Legalprognose erreicht werden kann – und das ist im Grundsatz für viele Drogenabhängige, jedoch nicht alle, wohl kaum zu bezweifeln – was rechtfertigt dann eine teure zwangsweise Unterbringung und Therapie? Wer sich für eine Substitution im Maßregelvollzug ausspricht, wird sich auch mit diesen Fragen nach dem Sinn des § 64 StGB unter diesen Gesichtspunkten auseinandersetzen müssen. Ansonsten wäre durch eine konsequente Substitution in Haftanstalten ein vergleichbarer Erfolg zu erzielen.

Nach meiner Auffassung kann dieses nicht erreicht werden. Wenn es aber Unterschiede gibt, dann ist die Frage zu klären, welcher Proband für welche Maßnahme in Frage kommt. Flächendeckend die eine oder die andere „Methode“ anzuwenden ist nicht sinnvoll. So logisch die Frage nach der Substitution im Maßregelvollzug auch sein mag, der Frage nach den Chancen aber auch den Grenzen des Einsatzes müssen ausreichend, allerdings nicht unbedingt endgültig geklärt werden.

Bei der Einschätzung eines Therapieerfolges unter den heutigen gesellschaftlichen und speziell rechtlichen Bedingungen sind im Hinblick auf eine Substitution einige Fragen im Einzelfall zu beantworten. Die folgende Auflistung soll einen Ansatz für die noch ungewohnte Fragestellung liefern.

### Spezielle Fragen im Rahmen eines Prognosegutachtens

#### 1. *Warum wurde das Ziel der Abstinenz aufgegeben?*

Bei dieser Frage wird die Maßregel grundsätzlich in Frage gestellt. Die Anordnung erfolgte wegen des klaren Zusammenhanges zwischen Sucht und Straftat. Mit dem Verlassen des Ziels der Abstinenz wird eine größere Nähe zum Drogenkonsum hergestellt. Was bedeutet das?

##### a. Gibt es Alternativen zur Substitution?

Zu denken ist an

- Eine Fortführung der Therapie, bis Abstinenz erreichbar erscheint.
- Einen Wechsel der Klinik, wenn dort ein besseres Ergebnis erzielt werden könnte.
- Ein Abbruch der Therapie, weil abzusehen ist, dass auch die Substitution nur eine Zeitlang – ein unbestimmter Begriff – zur Straffreiheit führt.

b. Was wird durch Substitution gewonnen?

Es ist letzten Endes eine Gewinn – Verlust – Rechnung, ob das Aufgeben der Abstinenz durch andere, wichtige Kriterien aufgewogen werden kann:

- Der soziale Empfangsraum wird erhalten.  
Er muss dann aber konkret benannt werden können und eine Zukunftsperspektive haben. Ein 1 €-Job, ungünstige Wohnverhältnisse oder das Fehlen von stabilen Kontakten sprechen gegen eine positive Entscheidung.
- Eine psychotherapeutische Behandlung kann fortgesetzt werden, die Belastungen werden ohne die Abschirmung durch die Substitution nicht bewältigt.

Eine solche Aussage darf nicht bei Allgemeinplätzen stehen bleiben. Es muss konkret erkennbar sein, dass die Therapie bereits deutlich erkennbar – im Alltag und nicht nur in der Therapie – zu positiven Veränderungen im Verhalten geführt hat und dass die Perspektive dauerhaft ausgelegt ist. Es muss vermittelt werden können, dass es konkrete Hinweise dafür gibt, dass die Auseinandersetzung mit den psychischen Belastungen an einer Grenze angekommen und dass ein Interesse des Patienten besteht, diese Entwicklung weiter voran zu treiben.

c. Warum gibt es unter Substitution, nicht aber bei Abstinenz Hinweise auf einen Behandlungserfolg?

Im Hinblick auf Entlassungskriterien – darum geht es an dieser Stelle – ist die Wechselwirkung von Therapie in ihren verschiedenen Formen und der Substitution zu beleuchten. Welchen Empfindungen, Belastungen, Schwierigkeiten entzieht sich der Proband und gäbe es realistisch andere Strategien. Gelten die Kriterien für eine Entlassung dennoch?

d. Welche Rolle wird der Substitution zugesprochen?

Die Substitution muss als ultima Ratio, als letzter Ausweg zum Erreichen des Therapiezieles, der längerfristigen Straffreiheit, angesehen werden können. Sie kann daher nur als Übergangslösung, nicht aber mit dem Ziel der Dauer-Substitution geplant werden. Eine Substitution bedeutet eine erhöhte Abhängigkeit vom Kassenarztsystem, eine stärkere Nähe zur Szene, zu anderen Konsumenten und damit eine erhöhte Belastung für den Probanden.

2. Welche früheren Erfahrungen mit Substitution bestehen?

In der Vorgeschichte unserer Patienten sind meistens bereits Versuche der Substitution zu finden. Die bisherigen Ansätze der Substitution sind – wie die

Unterbringung zeigt – nicht erfolgreich gewesen. Wenn sie jetzt ein „Erfolgsgarant“ für die Bewährungsentlassung werden soll, worin unterscheidet sich dann der aktuelle Ansatz von den gescheiterten. Warum soll die Prognose in der neuen Konstellation besser sein? Es kann sich etwas geändert haben:

- Durchführung und Kontrolle können enger und professioneller sein
- Die Compliance wird begründeterweise – nicht nur „ich will hier raus“ - höher eingeschätzt
- Die Motivation hat sich nachvollziehbar geändert und hat Chancen auf Bestand

3. *Wie sieht das neue „Rettungspaket“, die Präventionsstrategie aus?*

Zu prüfen ist auch, in welcher Weise die Substitution in Überlegungen zur Rückfallprävention eingebettet ist. Welche Rolle ist dem substituierenden Arzt zugedacht bzw. übertragen worden und kann er/sie diese Rolle übernehmen? Weiß er/sie davon? Wie viel Ängste bestehen bei einem Versagen trotz Substitution, denn die Variante, dann noch einen Ausweg in der Substitution zu finden, gibt es nicht mehr?

Es sind Fragen, die sich in diesem speziellen Feld für einen Prognosegutachter auftun, Fragen auf die er von dem Probanden aber auch von den Mitarbeitenden der Klinik eine Antwort erwartet.

Substitution wird aus meiner Sicht in der Zukunft nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden können. Sie wird Ausnahmefällen überlassen bleiben. Aber allein diese Aussage ist schon ein „Neuer Weg in der Suchtkrankenbehandlung im Maßregelvollzug“.

Herr A. hatte einen weiten Weg im Rahmen seiner Therapie zurückgelegt, das letzte Stück bewältigt er nun mit Unterstützung, mit Buprenorphin und dem Vertrauen der Mitarbeiter, die weiter an ihn glauben. Herr A. konnte entlassen werden.



Michael von der Haar





Bärbel Knorr

Hans-Günter Meyer-Thompson



Klaus Behrendt



Matthias Koller, Thieß Matthießen, Margit Müller,  
Annette Claßen

## Arbeitsgruppen

### AG 1 Juristische Aspekte

*Guntram Knecht, Matthias Koller*

*Frage: Gibt es Gründe, die dagegensprechen, im Maßregelvollzug Substitution durchzuführen?*

Es gibt eine Verpflichtung zur Ausschöpfung aller Möglichkeiten, um die Therapieziele zu erreichen.

Ein Teilnehmer weist darauf hin, dass in den neuen Bundesländern die Substitution noch nicht in dem Maße wie z.B. in Hamburg durchgeführt wird. Hieran müssen die neuen Bundesländer noch arbeiten und lernen. In Baden-Württemberg würde noch keine Einrichtung des Maßregelvollzuges substituieren (Dr. Knecht MRV Hamburg).

Substitution ist eine Alternative, die den Patienten als Möglichkeit angeboten werden kann.

*Frage: Wie sieht die Zieldefinition aus?*

Um Straffreiheit zu erlangen, geht es oft nicht ohne Substitution.

Eine Teilnehmerin der StVK Hamburg sagt, dass die Perspektive für die StVK wichtig ist, egal ob mit oder ohne Substitution, d.h., dass Straffreiheit nach der Unterbringung erreicht wird.

*Frage: Wie entscheiden sich Kriterien inner- und außerhalb des Maßregelvollzugs?*

Kriterien für zivile Patienten übernehmen, dies würde genügen, laut Dr. Knecht (MRV Hamburg).

*Frage: Was unterscheidet die Patienten, welche in die JVA gehen, von denen, die den § 64 StGB erhalten?*

- 1) Hauptdiagnose Abhängigkeit (Hang)
- 2) kausaler Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Straftat

*Frage: Wo ist der Unterschied zwischen § 64 StGB-Vollzug und Strafvollzug?*

Substitution ist in beiden Systemen möglich. Komorbiditäten finden sich auch in beiden Systemen, aber der Strafvollzug hat weniger Fachpersonal als der MRV.

*Frage: Kann die Landespolitik entscheiden, ob eine Substitution stattfinden soll oder nicht?*

Nein, dies geht erst einmal nicht.

*Frage: Wenn ein Patient in einer Klinik substituiert werden möchte, diese aber keine Substitution anbietet, kann der Patient diese Behandlung einfordern?*

Die StVK kann dies entscheiden, ist dann zur Neubescheidung grundsätzlich verpflichtet (möglicherweise Verlegung in eine andere Einrichtung).

*Frage: Kann die StVK entscheiden, ob ein Patient verlegt wird oder nicht und ob eine Substitutionsbehandlung sinnvoll ist?*

Hier würde die StVK Hamburg einen externen Gutachter bestellen.

*Frage: Substitution oder Abstinenz?*

Wird ein Patient in den Maßregelvollzug eingewiesen, gilt es, die Drogensucht, das Krankheitsbild und eine eventuelle Substitution abzuklären. Ist der Patient schon vorher substituiert worden, sollte laut Dr. Knecht (MRV Hamburg) dieser vorerst weiter substituiert werden. Erst dann sollte nach mittel- und langfristigen Alternativen gesucht werden.

Eine Substitution kann aber auch genutzt werden, um den Patienten halten zu können und um Straffreiheit zu erlangen.

Es beantragen weniger substituierte Patienten, die im Maßregelvollzug in Hamburg behandelt werden, die Erledigung der Maßregel, als nicht substituierte Patienten.

*Frage: Ist abstinenz nicht besser als substituiert?*

Es sollten verschiedene Behandlungsansätze ausprobiert werden.

Abstinenz ist das Ziel, welches aber nicht in allen Fällen realistisch erscheint.

*Frage: Sollte man aus Kostenersparnisgründen substituieren, damit schnell neue Behandlungsplätze geschaffen werden? (Zeitfaktor)*

Nein. Indikation und Kontraindikationen beachten.

*Frage: Parallelsystem, anstatt Regelsystem?*

Die Weiterbildung der Fachkräfte ist enorm wichtig.

Ein Teilnehmer teilt mit, dass sich das Regelsystem langsam ausgrenzt.

Es kommt in diesem Zusammenhang die Frage auf, sind Maßregelvollzugspatienten=immer Patienten?

*Frage: Was muss in der Lockerungsphase geschehen?*

Es muss abgeklärt werden, wann eine Substitutionsbehandlung sinnvoll ist. Stärken und Schwächen herausgliedern. Abstinenz ist geboten. Wenn ein Patient mehrmals im Maßregelvollzug aufgefangen wird, läuft die Therapie ins Leere. Eine Substitution macht Sinn und sollte erfolgen.

Ein Beispiel:

Patient ist abstinent, es erfolgen Lockerungen, er gerät in Versuchung, Krise folgt. Hier sollte die Schwere und Länge der Abhängigkeit geprüft werden, eine Substitutionsbehandlung würde dann eventuell Sinn machen, laut Dipl.-Psychologin Haneke (MRV Hamburg).

Zu diesem Thema gibt ein Teilnehmer an, dass in Nordrhein-Westfalen keine Lockerungen stattfinden. Dies ist rechtswidrig. Der Patient muss dann entsprechend zeitnah in eine andere Klinik verlegt werden. Dies kann durch die StVK entschieden werden. Die neue Klinik muss dann von Patient zu Patient neu über die Lockerungsmaßnahmen entscheiden.

*Frage: Wie reagiert man auf die Weitergabe von Subutex (Handel unter Patienten)?*

Im MRV Hamburg vereinbart man im Vorfeld, dass bei Weitergabe die Substitution entzogen wird. Dies war erst zweimal der Fall. Verweis auf Vortrag von Frau Claaßen (MRV Hamburg).

*Frage: Was, wenn der Patient trotzdem weiterbehandelt werden will?*

Es stellt sich die Frage, ob er diese Behandlung dann braucht?

Im Behandlungsvertrag ist auch festgelegt, dass ein Beikonsum nicht gestattet ist. Der Patient unterzeichnet diesen Behandlungsvertrag. Gleichzeitig werden auf die Richtlinien der BÄK und § 323b StGB hingewiesen.

*Frage: Kann nach der Entlassung eines Patienten eine Absicherung der Substitution umgesetzt werden?*

Die Verpflichtung zur Substitution ist kein Problem, laut Herrn Dr. Knecht (MRV Hamburg). 30% der Patienten werden im MRV Hamburg substituiert. In Hamburg gibt es keine Anschlussprobleme nach der Entlassung, nur bei Wohnheimen kommt es gelegentlich vor.

*Frage: Woran liegt das?*

Meistens liegt es an politischen Problemen. Die Kostenfrage ist in einigen Fällen ungeklärt.

*Frage: Wie sollte nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug die Weiterbehandlung aussehen?*

Dezentral andere Anlaufstellen (z.B. Ambulanz, Wohnheim, niedergelassener Arzt) zum Beschaffen ermöglichen, anstatt illegaler Beschaffung. Es sollte eine therapeutische und soziale Bindung aufgebaut werden. Arbeit, Schule und Bildung des Patienten fördern sowie ihn auf ein Leben danach vorbereiten. Diese Punkte nehmen Zeit in Anspruch (Faktor Zeit), bis der Patient sich daran gewöhnt hat. Hier sollte der Patient eventuell substituiert werden.

*Frage: Was für Bedingungen sollten erfüllt sein, das Substituierte aus dem Maßregelvollzug z. B. in die Ambulanz übergehen? Wie kommt man dahin?*

Der Empfangsraum sollte im Mittelpunkt stehen. Weiterhin sollten Leitlinien festgelegt werden (welcher Patient kommt infrage, welcher nicht?).

*Frage: Wenn bei einem Patienten Beikonsum z. B. im Wohnheim oder in der Ambulanz festgestellt wird, wer muss dann einschreiten? Krisenintervention? Widerruf (§ 67 h StGB)? Erledigung?*

Hier sollte die Krisenintervention oder eine andere Möglichkeit vor dem Widerruf genutzt werden. Wenn es händelbar erscheint, sollte dann eine kurze Entgiftung stattfinden, der Patient aus der Arbeit genommen, behandelt sowie wieder in den vorherigen Raum entlassen werden. Ermessensfragen sollten auf den einzelnen Patienten zugeschnitten werden (Abklärung: Dosis unzureichend, Bezugsperson einschalten, reagieren. Hat der substituierte oder der abstinente Patient Kontakt oder Nähe zur Szene?). Hier sollte eine Straffreiheit erreicht werden.

Ein anderer Teilnehmer schlägt ein Beispiel bei Abbruchgedanken vor: Der Patient sollte erst einmal mit Buprenorphin behandelt werden. Weiterhin sollte es eine Phase geben, in der der Patient abstinent lebt. Wenn die Entlassung ansteht, sollte noch einmal gemeinsam die Umsetzung mit dem Patienten besprochen werden (Rückfallprognose).

Ein Teilnehmer gibt an, dass es immer wieder Probleme bei der UK von niedergelassenen Ärzten gibt.

## Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

Hessen arbeitet in diesem Fall sehr eng mit den Einrichtungen zusammen und kontrolliert auch selbst die Suchtmittelabstinenz. Probleme sind die Auferlegung und Abrechnung (Faktor Kosten).

*Frage: Ist die Substitution als Behandlung in der heutigen Zeit angebracht?*

Wenn der Patient Rückfälle erleidet, wirkt es sich prognostisch negativ aus. Hier würde es Sinn machen, den Patienten zum Substitutionsprogramm zuzu-führen.

*Frage: Wie ist es mit der langfristigen Straffreiheit?*

Die Substitution wird in Bayern mit in die Begutachtung eingefügt. Es spielt der Faktor Zeit eine wesentliche Rolle. Der Patient verändert sich während dieser Zeit. Es müssen immer Wiederholungen durchgeführt werden. Die Zeit sollte dem Patienten zur Verfügung gestellt werden (Faktor Zeit).

Zum Schluss der Diskussion teilt ein Teilnehmer mit, dass eine durchgeführte Statistik vom Bundesministerium für Gesundheit ergeben hat, dass die Zahl der Substituierten, bei Entlassung länger stabil zu bleiben, unter 5% liegt. Die genauen Zahlen hierzu werden noch veröffentlicht.

## Ergebnisse der AG

1. Eine substitutionsgeschützte Behandlung im Maßregelvollzug laut § 64 StGB ist zulässig, sinnvoll und kann geboten sein.
2. Es muss allerdings sehr auf den Einzelfall geschaut werden, in welcher Zeit die Substitution erfolgt sowie auf die gesamte Behandlungszeit.
3. Es gibt keine konkreten Kriterien.
4. Die Kriminaltherapie muss berücksichtigt werden.
5. Ambulante Vorsorge → Ausgestaltungsmöglichkeiten prüfen.
6. Die Anbindung ist sehr wichtig. Diese ist bei Stadtstaaten besser gewährleistet, als bei Flächenstaaten. Hier besteht besonders bei Flächenstaaten Nachholbedarf.
7. Es sollten Handlungsleitlinien erstellt werden.

Protokoll: S. Hagelstein



Helmut Pollähne



Guntram Knecht



TeilnehmerInnen

## AG 2 Substitution unter stationären Bedingungen im Maßregelvollzug

*Annette Claßen, Margit Müller*

Substitution im Maßregelvollzug bewegt sich zwischen dem „Dogma“ des Gesetzestextes des § 64 StGB („...Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechts-widriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurück gehen.“), der, nimmt man es genau, den Abhängigen dazu anhalten soll, abstinent zu leben, und dem „Pragmatismus“ der Praxis, das heißt, dass manche Schwerstabhängige nicht mehr in der Lage sind, „clean“ zu leben, also auf Drogensatzstoffe an-gewiesen sind, welches im Umkehrschluss aber bedeutet, dass das Absti-nenzgebot nicht mehr befolgt wird. Die Schwierigkeit, die Substitution im Maßregelvollzug zu etablieren, ist also, dass einige Einrichtungen sich strikt an das Abstinenzgebot (des Gesetzes-textes) halten und Substitution keine eindeutige Abstinenz bedeutet.

### Diskussion und aufgeworfene Fragen

1. Nach welchen Gesichtspunkten wird entschieden, ob eine Substitution unter stationären Bedingungen weiter geführt beziehungsweise etabliert wird?

In der Regel findet in Maßregelvollzugseinrichtungen, in denen die Substitution Praxis ist, bei Aufnahme eines Patienten beziehungsweise mit Beginn der Therapie eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Patienten statt, in welcher folgende Aspekte berücksichtigt werden: Wie verlief der bisherige Lebensweg des Patienten? Wo bestehen Unterschiede zu früher – ohne Substitution – und heute – mit Substitution – im Verhalten des Patienten? Weitere Faktoren werden betrachtet wie zum Beispiel eventuelle komorbide Störungen des Patienten oder auch, welche Lebensziele der Patient zukünftig verfolgt. Erst nach dieser inhaltlichen Auseinandersetzung wird individuell entschieden, ob eine Substitution etabliert beziehungsweise weiter geführt wird. Wichtig ist zudem, dass auch während der therapeutischen Phase immer wieder die Entscheidung für oder



gegen eine Substitutionsbehandlung überprüft wird. Ein „Entweder-Oder“-Denken ist hier fehl am Platze.

Auch die Frage, inwiefern die Patienten Einfluss auf eine etwaige Substitutionsbehandlung beziehungsweise die Dosishöhe haben, wurde aufgeworfen. Hier wurde klar gemacht, dass der Patient die Aufgabe hat, den Therapeuten davon zu überzeugen, dass er für eine Substitution geeignet ist. Hierbei müssen vor allem Aspekte wie die Lebensziele des Patienten oder was er mit einer Substitution schaffen kann und welche Beeinträchtigungen er hat, beachtet werden. Maßgabe sollte sein, dass alles erlaubt ist, damit der Patient es schafft, ein straffreies Leben führen zu können, eben auch eine Substitution.

So wurde unter anderem in der Praxis beobachtet, dass es einigen Patienten unter einer Substitution besser geht, da dann die komorbiden Störungen stärker oder auch der Suchtdruck mehr in den Hintergrund treten und der Patient besser in der Lage ist, sich auf die Therapie zu konzentrieren.

Ein anderer Grund für die Etablierung einer Substitution ist die Etablierung von Lockerungen, denn manchmal ist ein Patient mit einer Substituierung in der Außenwelt stabiler, als er sich ohne Substitution in der „künstlichen“ Welt des Maßregelvollzuges gezeigt hat.

Die Befürchtung, dass Patienten, die ohne Substitution bei zum Beispiel Lockerungen einen Rückfall erleiden, diesen als Begründung für eine gewünschte zukünftige Substitution angeben, konnte nicht bestätigt werden. Ein Rückfall ist zwar ein Grund, über eine zukünftige Substituierung nachzudenken, aber er ist eben auch kein Grund, auf alle Fälle zu substituieren. So konnte bei den Patienten auch nicht beobachtet werden, dass sie die Einleitung einer Substitution wünschten, um eine berauschende Wirkung zu erzielen.

Der entstehende Eindruck, dass grundsätzlich die Substitutionsbehandlung mit jedem Patienten angesprochen wird, ist jedoch falsch. Ziel ist es nicht, alle Patienten zu substituieren, sondern immer nur nach Notwendigkeit (ist es sinnvoll im Hinblick auf komorbide Störungen, einen zu starken Suchtdruck, bei der Etablierung von Lockerungen oder aber nach einem Rückfall). Wenn ein Patient „clean“ ist, muss eine Substitutionsbehandlung nicht angesprochen werden.

2. Wie funktioniert Substitution unter stationären Bedingungen, vor allem im Hinblick darauf, dass einige Patienten substituiert werden, aber andere nicht?

Gleich zu Beginn der Diskussion wurde die Frage aufgeworfen, woher die Patienten wissen, dass und welche Patienten substituiert werden (Schweigepflicht des Arztes). Hier ist auf die besondere Problematik des stationären Settings im Maßregelvollzug hinzuweisen, in dem die Patienten auf sehr engem Raum manchmal jahrelang „zusammen leben“ (hier besteht der größte Unterschied zwischen dem stationären und ambulanten Setting), aber auch, dass viele Patienten sich bereits aus der Haft kennen. So berichten sich die Patienten gegenseitig selbst über aktuelle Behandlungsstrategien und Medikation. Andererseits ist es manchmal auch notwendig, therapeutischerseits das Thema der Substitution eines Patienten in der Gruppe anzusprechen.

Die Erfahrung zeigt allerdings, dass am Ende der Behandlungskette in der Wahrnehmung des Patienten das Substitut ein Medikament wie alle anderen auch ist. Für die meisten Patienten spielt es zu diesem Zeitpunkt keine große Rolle mehr, ob Mitpatienten substituiert werden oder nicht, eine Trennung zwischen substituierten und nicht substituierten Patienten ist kaum noch vorhanden, hauptsächlich findet diese Diskussion auf der Aufnahmestation statt. Die Gründe für diese anfängliche Auseinandersetzung sind in der Regel der Kampf mit dem neuen Setting (man kann nicht raus, muss Therapie machen, es sind keine Drogen vorhanden), dann die Erkenntnis des plötzlichen Unterschiedes zwischen substituierten und nicht substituierten Patienten und die unterschiedlichsten Einflüsse.

Auch die Frage, wie das Zusammenleben zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten auf Station funktioniert, wurde aufgeworfen. Ganz klar wurde hier die Zuständigkeit der Therapeuten gemacht. Sie müssten darauf achten, dass das Stationsklima gut bleibt, also zum Beispiel auch mal Patienten, die sich in der Substitutionseinstellung befinden, bitten, auf ihr Zimmer zu gehen, um andere Patienten, die sich zum Beispiel gerade in der Entgiftungsphase befinden, nicht zu irritieren. In der Regel funktioniert auch dann das Zusammenleben zwischen substituierten und nicht substituierten Patienten und die Patienten akzeptieren diese Unterschiede in der Behandlung.

Auch gab es bisher keine Beobachtungen, dass Patienten, die rückfällig geworden sind, den Unterschied zwischen Substitution und Nichtsubstitution in der

Behandlung als Begründung für den Rückfall angeben (substituierte Patienten würden „breit“ auf der Station herum laufen, so dass der eigene Suchtdruck wieder gestiegen ist). Auch hier liegt die Verantwortung bei den Therapeuten, dass mit zu entgiftenden Patienten, die in der Regel leichter zu irritieren sind, therapeutisch diese Unterschiede zu besprechen sind.

Auch das Thema Beikonsum zur Substitution wurde thematisiert. Dieser ist jedoch auf Dauer nicht möglich, ohne dass es bemerkt würde. Sollte ein Beikonsum festgestellt werden, so muss dieser therapeutisch thematisiert und problematisiert werden, warum dieser stattfindet. Allerdings zeigen die Beobachtungen auch, dass während der stationären Behandlungsphase ein Beikonsum in der Regel nicht festzustellen ist, sondern eher ein Rückfall (meist auch mit mehreren Substanzen). Dieser findet jedoch bei substituierten Patienten eher nicht massiv statt.

Generell muss gesagt werden, dass ein Beikonsum nicht toleriert wird. Bei einem stattgehabten Rückfall muss therapeutisch erhoben werden, ob dieser einmalig oder mit einem Beikonsum stattgefunden hat. Es gilt, dass ein Nicht-Beikonsum therapeutisches Ziel ist.

### 3. Substitutionsmittel

Auch die Frage, welches Substitut (zum Beispiel Methadon oder Buprenorphin) am besten für eine entsprechende Behandlung geeignet ist, wurde aufgeworfen. Verlaufsbeobachtungen haben gezeigt, dass mit Buprenorphin ein wacherer und „klarere“ Zustand beim Patienten erreicht werden kann. Zu sagen, dass dieses Substitut nun am besten geeignet wäre, ist jedoch falsch. Denn es gibt auch Patienten, die mit diesem „klareren“ Zustand nicht zurecht kommen. Auch hier gilt, dass die therapeutische Zuständigkeit darin besteht, genau zu beobachten, wie sich die Patienten unter der Substitution verhalten und mit den therapeutischen Anforderungen zurecht kommen.

Unabhängig davon muss ebenso bei der Gabe des Substituts auf Wechselwirkungen mit anderen verabreichten Medikamenten geachtet werden.

Bezüglich einer möglichen „idealen“ Dosishöhe wurde diskutiert, dass hier kein Richtwert festgelegt werden kann, da die Patienten unterschiedlich auf die einzelnen Substitute reagieren. Auch muss bei der Einstellung auf bestehende Erkrankungen (zum Beispiel HIV) geachtet werden.

## Resümee

Neben den oben genannten Diskussionspunkten konnte ebenso resümiert werden, dass die Einführung des § 67 h StGB als neue Unterbringungsmodalität die Haltung der therapeutischen Einrichtungen bezüglich der Substitution langfristig wohl ändern wird. Denn viele Patienten, die aus dem ambulanten Setting zur Aufnahme gemäß § 67 h StGB in die forensische Einrichtung gelangen, sind substituiert. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass mit mehr Erfahrung hinsichtlich einer Substitutionsbehandlung und fortschreitenden Verlaufsbeobachtungen sich die therapeutische Haltung auch im stationären Bereich ändern wird.

Der überwiegende Umgang mit einer Substitution im Maßregelvollzug ist in vielen Einrichtungen an sich immer noch sehr dogmatisch, das heißt, eine Substitution wird nicht einmal in Betracht gezogen, während andere Einrichtungen eher pragmatisch denken. Es muss jedoch gesagt werden, dass es keinen „Königsweg“ in der Behandlung Abhängiger oder schwerst Abhängiger gibt. Eine individuelle Entscheidung, mit welchen Therapiemaßnahmen, also auch einer Substitution, ein Patient behandelt wird, sollte erfolgen.

Wichtig für eine Etablierung der Substitutionsbehandlung im forensisch-stationären Setting ist, zu erkennen, dass die Substitution ein inzwischen anerkanntes Verfahren und Behandlungsmethode im ambulanten beziehungsweise allgemeinpsychiatrischen Setting ist. Entsprechende Leit- beziehungsweise Richtlinien sind inzwischen herausgegeben worden.

Allerdings ist es schwierig, diese Richt- beziehungsweise Leitlinien 1:1 für den Maßregelvollzug anzuwenden, da, obwohl die Substitutionsbehandlung ein anerkanntes Verfahren ist, dieses nicht flächendeckend in forensischen Einrichtungen praktiziert wird. Insofern muss zunächst ein Leitlinienprozess in Gang gebracht werden, bei welchem über die Möglichkeiten, aber auch die Bedenken bezüglich einer Substitution ins Gespräch gekommen werden muss, da die Erfahrungen aus dem ambulanten Setting beziehungsweise auch aus der Haftunterbringung nicht gleichzusetzen sind mit den bisherigen Verlaufsbeobachtungen aus dem forensischen Setting.

Der Blick sollte abschließend darauf gerichtet sein, dass eine Substitutionsbehandlung eine medizinische Behandlung wie jede andere pharmakologische Behandlung auch ist.

## Abschließende Forderungen

1. Auflösung des Spannungsfeldes zwischen Dogma und Pragmatismus
2. Leitlinienprozess etablieren
3. Verlaufsbeobachtung und Datensammlung zur Etablierung und Durchführung der Substitution im stationären Setting des Maßregelvollzuges
4. Bildung eines Netzwerkes, zum Beispiel über Hospitationen, zum Erfahrungsaustausch

Protokoll: Monika Schmidt



TeilnehmerInnen

## AG 3 Substitution unter ambulanten Bedingungen, Umsetzung und Nachsorge

*Klaus Behrendt/Thieß Matthießen*

Nach der Einführung und einer Vorstellungsrunde schildern die Teilnehmer ihre Erwartungen an diesen Workshop, ihre eigenen Erfahrungen mit der Substitution und die Eindrücke aus den Plenumsvorträgen..

Hieraus ergeben sich folgende Diskussionspunkte:

- Juristische Aspekte der Substitution
- Substitution ja oder nein
- Substitution im Maßregelvollzug
- Standards der Behandlung
- Ethische Aspekte der Substitution
- Durchführung der Substitution
- Berücksichtigung besonderer Klientel (z.B. Migrationshintergrund)
- Soziales Umfeld der Patienten
- Unterschiedlicher Umgang mit Substitution in den einzelnen Bundesländern

Es werden diese Fragen erörtert:

- Kann der Patient davon profitieren, wenn er schon im Maßregelvollzug substituiert wird?
- Sollte der Patient substituiert werden, wenn er dieses selbst wünscht?
- Gibt es eine feste Definition zur Substitution im Maßregelvollzug?
- Besteht in Bereichen, in denen Patienten gem. § 63 StGB untergebracht sind, ausreichend professionelles Verständnis für die Suchtproblematik?
- Ist die Substitution nur eine Therapieoption im Einzelfall?

Was müsste verbessert werden, wo besteht noch Klärungsbedarf:

- Suchtverständnis in den Maßregelvollzugseinrichtungen;
- Der Maßregelvollzug muss sich damit auseinandersetzen, was im ambulanten Bereich State-of-the-Art ist.
- Problematik bei der Substitution der Patienten in Flächenbundesländern im Vergleich zu Stadtstaaten;
- Substitution auf Krankenschein.

## Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

- Einstellungsvoraussetzungen des Fachpersonals/Nachqualifikationen für Ambulanzen.
- Zulassung der Ambulanzen zur Substitution.
- Einheitliche Finanzierung von Ambulanzen auf Länderebene.
- Politische/juristische Aspekte.
- Diskussion Substitution speziell für den Maßregelvollzug.

### Thesen:

Die Substitution sollte als anerkannte Behandlungsmethode ihren Platz in allen Settings (Vollzug, Maßregelvollzug, ambulanter Bereich) haben.

Wunsch nach weiteren Gesprächsforen zum Thema Substitution, z.B. wie im Rahmen einer Fachtagung (Praxisbeispiele sammeln, Problembeschreibung).

Weiterer Erfahrungsaustausch.

Fortbildungsangebote.

Protokoll: Gesa Offermann



Thieß Matthießen



Klaus Behrendt

## AG 4 HCV-Behandlung im Maßregelvollzug

*Markus Backmund*

Problembeschreibungen und Lösungsvorschläge, die in einen Leitlinienprozess einfließen können.

### 1. Kosten

*Wer finanziert die forensische Nachsorge?*

Laut Teilnehmern unterschiedlich in den Bundesländern, zum Teil Behörden, zum Teil Krankenkassen, Kostenträger zum Teil auch unterschiedlich bei Haft- und Maßregelvollzugsunterbringung.

*Wie könnte es ideal aussehen, wer ist Kostenträger, unter welcher Aufsicht steht er?*

Ob eine Therapie stattfindet, ist meistens auch eine Frage der Kosten. Da gerade eine HCV-Behandlung besonders teuer ist und jeder versucht, die Kosten niedrig zu halten, sind die Therapeuten abhängig vom Kostenfaktor.

Zum Teil erfolgt keine HCV-Behandlung in Haft, da für Patienten, die keine Krankenversicherung haben, Schwierigkeiten bestehen, diese zu installieren; oftmals ist es auch nach Beendigung der Haft problematisch die Behandlung fortzusetzen, wenn Betreffender keine Krankenversicherung hat.

Im Maßregelvollzug stellt sich die Situation anders dar, da die Versicherungssituation durch Sozialarbeiter geklärt wird, auch werden die Kosten vom Maßregelvollzug übernommen.

Hessen: Alle Krankenkassenleistungen, die normale Bürger erhalten, müssen Patienten des Maßregelvollzugs auch bekommen. Für HCV-Behandlung gibt es ein Zusatzbudget, sollte dies ausgeschöpft sein, aber die Behandlung weiterer Patienten erforderlich sein, kann ein Antrag beim Ministerium auf Budgeterhöhung gestellt werden, der in der Regel positiv beschieden wird.

Hamburg: freie Heilfürsorge in Haft wie auch Maßregelvollzug, deshalb auch keine Schwierigkeiten bei Verlegung aus dem Maßregelvollzug in die Haft.

Berlin: Therapie wird bei Komorbidität abgelehnt, weil Haushalt unter Einspardruck steht. Mittelverteilung ressortübergreifend nicht möglich. In der Praxis wird, „da der Patient bei der Suchtbehandlung noch nicht so weit ist“, HCV aus



## Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

Kostengründen eher nicht behandelt. Für Laborkosten besteht keine Vorgabe, es ist jedoch schwierig mit Patienten zu besprechen, dass ein Test sinnvoll ist. (Akzeptanz der Behandlung beim Personal nur gering ausgebildet.)

Allein aus dem Tagessatz ist die HCV-Behandlung nicht zu bezahlen. In Hamburg und Bremen Tagessatz → Mischkalkulation.

Für die Haftanstalten ist die Behandlung der HCV-Erkrankten oft zu teuer, außerdem weiß man oft nicht, wer an HCV erkrankt ist.

Rentenversicherungsträger bezahlt HCV-Behandlung nicht.

Verbesserungsvorschlag Thema Kostenträger:

Forderung an den Gesetzgeber oder Staat nach höherem Budget. Ein Argument könnte sein, wenn man „oben“ (Politik) darauf hinweist, dass es sich um eine Infektionskrankheit handelt und es letztlich für die Gesamtbevölkerung kostengünstiger ist zu behandeln. Lobbyarbeit bei Politikern leisten, die Kostenfrage zu lösen, öffentlichen Druck machen (siehe z. B. „Schweinegrippe“).

Tagessätze müssen so ausgestattet sein, dass man eine HCV-Behandlung finanzieren kann.

## 2. Behandlung

*Wann ist der richtige Zeitpunkt zum Behandeln und ist der Maßregelvollzug geeignet dazu? Wie wird im Maßregelvollzug getestet?*

In Hessen wird jeder Patient im Maßregelvollzug (§ 64 StGB) innerhalb von 24 Stunden einem Screening unterzogen, jedoch auf freiwilliger Basis, so gut wie keiner verweigert sich.

§ 64-Patienten sollte man grundsätzlich screenen. § 63-Patienten sollten je nach Fall getestet werden. Screening würde viel einsparen, da sonst erhöhtes Infektionsrisiko.

*Was sollte gescreent werden?*

Nach Ansicht der Teilnehmer HCV, HIV, Lues.

*In welchen Fällen muss man PCR mitmachen?*

Zuerst Screening, dann weitere Diagnostik (z. B. PCR).

*Was ist das beste Setting?*

Vorschlag: Bei Termin für Substitution gleichzeitig Medikament zur HCV-Behandlung verabreichen (Patient kann sich nicht entziehen). Complianceproblem im Maßregelvollzug kaum vorhanden, wenn man pädagogisch vorgeht.

*Wieviele „Erlediger“ in Behandlungsgruppe?*

Erfahrungen in Hessen: Keine Erlediger unter Behandelten, keiner wollte zurück in Haft, keiner wollte Therapie abbrechen, Motivation nimmt zu. Die Substitution ist eine klare Indikation, dass „Vorkommnisse“ nachlassen. Interferon triggert Impulskontrollstörung bei Patienten mit Impulskontrollstörung. Innerhalb von drei Monaten diese Patienten „herausfiltern“; Patienten, die während der ersten drei Monate der Unterbringung keine Aggressionen zeigen, bekommen eine HCV-Therapie.

In den ersten drei Monaten Vorträge über die Krankheit, Prädiktose und Zeitdauer; Schulung ist wichtig, damit Behandlung nicht abgebrochen wird und zum Aufbau einer Behandlungscompliance.

Der Maßregelvollzug ist für eine HCV-Therapie bestens geeignet, da die Verweildauer dort meist zwei Jahre beträgt und in dieser Zeit die Behandlung meist abgeschlossen ist

Wenn eine Interferontherapie läuft und der Patient aus juristischen Gründen die Maßregel verlässt, dann wird es schwierig bei der Fortführung der Behandlung.

Bei Fortführung der Behandlung außerhalb des Maßregelvollzugs keine Probleme in der Nachsorge, wenn Weisungen der Strafvollstreckungskammer bestehen; bewährt hat sich die Depotgabe der Medikation.

*Wann fängt man an?*

Im Maßregelvollzug so früh wie möglich. Patienten vorher mit schriftlichem Material und in Gesprächen über die Erkrankung, deren Behandlung und Nebenwirkungen umfassend informieren. In der Regel stimmt Patient dann einer Behandlung zu. Voraussetzung für Beginn der Behandlung: drei Monate störungsfreier Aufenthalt im Maßregelvollzug. Der Patient ist im Maßregelvollzug nicht den Problemen der Außenwelt ausgesetzt (z.B. wenn ein Arbeitsverhältnis besteht, dieses während der Behandlung fortzusetzen). 1/3 der Behandelten stehen unter Substitution, 2/3 sind nicht substituiert. Entscheidend ist die Betreuungssituation für den Behandelten, die außerhalb des Maßregelvollzugs meist nicht so umfassend gegeben ist.

Wichtig ist auch die Schulung des Personals, um dessen Akzeptanz für die Behandlung der Erkrankten zu gewinnen, da oft Ressentiments gegenüber der teuren HCV-Behandlung der Patienten bestehen (Problem besteht vermehrt bei Personal in Haftanstalten).

## Ergebnisse nach Diskussion der Teilnehmer

### 1) Kostenfrage

Damit ausreichend finanzielle Mittel zur Behandlung der HCV-Erkrankung in allen Bundesländern für den Maßregelvollzug sowie den Strafvollzug zur Verfügung stehen, muss noch vermehrt Aufklärungsarbeit bei den Entscheidungsträgern in Politik und Ministerien erfolgen. (z.B. ist es für die Gesamtbevölkerung kostengünstiger, wenn eine Behandlung im Maßregelvollzug oder in der Strafhaft erfolgt, da bei einer späteren Behandlung in Freiheit – Dauer 48 Wochen – bei Berufstätigkeit lange Ausfallzeiten zu erwarten sind. (Public Health Gedanke in die Gesamtbevölkerung tragen.)

2) Jeder nach § 64 StGB untergebrachte Patient sollte ein Screening bekommen, nach Diskussion Tendenz, dass dies auch für nach § 63 StGB untergebrachte Patienten gelten soll. Nach 3-Monats-Frist Entscheidung, ob bei einem Patienten mit der HCV-Therapie begonnen wird.

3) Im Maßregelvollzug ist der beste Zeitpunkt für eine HCV-Behandlung, da die Zeitdauer der Unterbringung für eine abgeschlossene Behandlung ausreichend ist.

- Kostenfrage ist hier geklärt
- Betreuungssituation optimal
- Patient kann sich nicht der Behandlung entziehen (da untergebracht);
- Bei Verlegung des Patienten in eine Nachsorgeeinrichtung wird durch Sozialarbeiter der weitere Ablauf im Vorwege geklärt, in der Regel bestehen auch Weisungen durch die zuständige Strafvollstreckungskammer (Kostenfrage, Behandlungsfortsetzung gesichert).

4) Für Patienten im Strafvollzug sollten gleiche Bedingungen wie für Patienten im MRV eingefordert werden, zumindest bei substituierten Patienten.

5) Kommunikation zwischen MRV und JVA verbessern. Lösung: Hospitationen.

Protokoll: Christa Schmidt

## Referentinnen und Referenten

Priv.-Doz. Dr. med. Markus Backmund  
Internist – Infektiologie, Notfallmedizin, Psychotherapie, Suchtmedizin.  
Praxiszentrum im Tal (pit); Tal 9, D - 80331 München  
[Markus.Backmund@p-i-t.info](mailto:Markus.Backmund@p-i-t.info)

Dr. med. Klaus Behrendt  
Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und forensische Psychiatrie.  
Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Asklepios Klinik Nord  
Ochsenzoll  
Langenhorner Chaussee 560, D - 22419 Hamburg  
[k.behrendt@asklepios.com](mailto:k.behrendt@asklepios.com)

Annette Claßen  
Fachärztin für Psychiatrie, Oberärztin VI. Abteilung für Psychiatrie und  
Psychotherapie; Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll  
Langenhorner Chaussee 560, D - 22419 Hamburg  
[a.classen@asklepios.com](mailto:a.classen@asklepios.com)

Dr. Michael von der Haar  
Fachabteilung Bad Rehburg des Nds. Landeskrankenhauses Brauel  
Friedrich-Stolberg-Allee 1, D - 31547 Rehburg-Loccum  
[Michael.vonderHaar@NLKH-Brauel.Niedersachsen.de](mailto:Michael.vonderHaar@NLKH-Brauel.Niedersachsen.de)

Dr. Guntram Knecht  
Arzt für Forensische Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie.  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll,  
Leiter VI. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Langenhorner Chaussee 560, D - 22419 Hamburg  
[g.knecht@asklepios.com](mailto:g.knecht@asklepios.com)

Matthias Koller  
Richter am Landgericht  
Leiter der Führungsaufsichtsstelle Landgericht Göttingen  
Berliner Straße 4, D - 37073 Göttingen  
[Matthias.Koller@justiz.niedersachsen.de](mailto:Matthias.Koller@justiz.niedersachsen.de)

Thieß Matthießen  
Arzt f. Psychiatrie und Neurologie  
Leiter Forensische Ambulanz  
Niedersächs.Landeskrankenhaus Moringen  
Mannenstrasse 29; D - 37186 Moringen  
[thiess.matthiessen@nlkh-moringen.niedersachsen.de](mailto:thiess.matthiessen@nlkh-moringen.niedersachsen.de)  
[INAB-Matthiessen@nlkh-moringen.Niedersachsen.de](mailto:INAB-Matthiessen@nlkh-moringen.Niedersachsen.de)

Dr. Margit Müller  
Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Stellv. Ärztliche Direktorin Forensische Psychiatrie  
Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen  
Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Moringen  
Mannenstraße 29, D - 37186 Moringen  
[margit.mueller@mrvzn-moringen.niedersachsen.de](mailto:margit.mueller@mrvzn-moringen.niedersachsen.de)

Dr. jur. Helmut Pollähne  
RAe Joester - Becker - Müller-Siburg - Prof. Dr. Schlothauer - Dr. Pollähne  
Kleine Waagestr. 1, D - 28195 Bremen  
[pollaehne@strafverteidiger-bremen.de](mailto:pollaehne@strafverteidiger-bremen.de)

Prof. Dr. Heino Stöver  
Fachhochschule Frankfurt/Main, Fachbereich 4, Soziale Arbeit und Gesundheit;  
Nibelungenplatz 1, D - 60318 Frankfurt/Main  
[hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de)



Matthias Koller



Heino Stöver

## VeranstalterInnen



Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll;  
VI. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Langenhorner Chaussee 560, D - 22419 Hamburg  
Dr. Guntram Knecht, Annette Claßen  
[www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)



**akzept** e.V.  
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik

Südwestkorso 14, D - 12161 Berlin  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org) ; [www.gesundinhafteu.de](http://www.gesundinhafteu.de); [akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de);  
Prof.Dr. Heino Stöver  
Fachhochschule Frankfurt/Main, FB 04 Soziale Arbeit und Gesundheit



**Maßregelvollzugszentrum  
Niedersachsen**

Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen  
Fachkrankenhaus f. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie  
Mannenstr. 29, D - 37186 Moringen  
Dr. Margit Müller, Thieß Matthießen  
[www.nlk-moringen.niedersachsen.de](http://www.nlk-moringen.niedersachsen.de)

Wir danken allen ReferentInnen und den TeilnehmerInnen für ihr Engagement.  
Ebenfalls Dank geht an Frau Christa Thal für die Organisation vor Ort.

Die Fachtagung wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit Berlin.

## Impressum

### Herausgeber

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane  
Drogenpolitik

in Kooperation mit Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll  
und  
Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen- Landeskrankenhaus Moringen

Fotos

Heino Stöver

Umschlag

Katja Fuchs

Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn

Druck

Kleinoffsetdruck Dressler, Berlin

Bestellungen:

[akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de), [buero@akzept.org](mailto:buero@akzept.org), [www.akzept.org](http://www.akzept.org)

© Alle Rechte bei den Autorinnen und Autoren

Berlin, Mai 2011

ISBN 978-3-98 13890-1-2

---

92