



Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden

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

Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden

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

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

2012
Bestellnummer: 022034

Redaktion: Bärbel Knorr (Berlin), Heino Stöver (Frankfurt/Main)
Übersetzung: www.fachuebersetzungsdienst.com
Gestaltung: diepixelhasen, Bengt Quade
Druck: Druckerei Conrad, Oranienburger Str. 172, 13437 Berlin

Spendenkonto:
Berliner Sparkasse, Konto 220 220 220, BLZ 100 500 00.

Sie können die Arbeit der DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter <http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.
Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden
und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

VORSPANN

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

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

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

INHALT

08	Abkürzungsverzeichnis
09	Tabellenverzeichnis
09	Verzeichnis der Kästen
10	Einleitung
12	Zielgruppen des Leitfadens
12	Grundlagen und wichtige erste Schritte
15	Aktives Engagement aller Mitarbeiter
15	Partnerschaften für die Gesundheit
16	Wichtige Fakten
21	I. Hintergrund
24	II. Was versteht man unter einer Substitutionsbehandlung?
26	Hauptziele einer Substitutionsbehandlung
29	Nachweis des Nutzens einer Substitutionsbehandlung
36	Wirksame Behandlung
38	Die Substitution ist effektiver als andere Behandlungsformen
39	Behandlungskriterien und Behandlungsplan
41	Risiken und Einschränkungen
41	Polyvalenter Drogenkonsum
44	Politische Verantwortung, klare Konzepte und Regeln
45	Substitutionsmittel
46	Methadon
50	Buprenorphin
51	Retardiertes Morphin
52	Behandlung mit dem Antagonisten Naltrexon
53	III. Substitutionsbehandlung im Gefängnis
54	Beginn einer Substitutionsbehandlung
54	Entgiftung
56	Dosierung und Überwachung der Einnahme
57	Urinkontrollen

58	Abbruch der Substitutionsbehandlung
59	Die Bedeutung psychosozialer Betreuung
59	Gleichzeitige Verordnung von Benzodiazepinen und Beikonsum anderer Drogen
71	IV. Grundlegende Informationen zur Substitutionsbehandlung
71	Aufklärung der Drogenkonsumenten
71	Anonymität und Vertraulichkeit
72	Privilegien
74	Einbeziehung von Drogenkonsumenten und Drogenselbsthilfe
75	Verbesserte Behandlung von Infektionskrankheiten
76	Substitutionsbehandlung in allen Haftbereichen
76	Frauenspezifische Besonderheiten
77	V. Ausblick
78	VI. Medizinethische Aspekte von Opiatsubstitutionsprogrammen im Strafvollzug
89	Quellen
92	Weiterführende Literatur
94	Kontaktadressen der Verfasser

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

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

TABELLENVERZEICHNIS

25	Tabelle 1	Unterschiede zwischen Agonisten und Antagonisten
45	Tabelle 2	Beschreibung von Substitutionsmitteln

VERZEICHNIS DER KÄSTEN

13	Kasten 1	Deutschland – Regelungen zur medizinischen Versorgung in Haft
19	Kasten 2	Deutschland – Drogengebraucher und Infektionskrankheiten in Haftanstalten
22	Kasten 3	Deutschland – Substitutionsregister
27	Kasten 4	Deutschland – Auszug aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (2010): Präambel, Geltungsbereich, Indikation
36	Kasten 5	Beispiel: Allgemeine Richtlinien für die Behandlung von drogenabhängigen Gefängnisinsassen in Slowenien
42	Kasten 6	Deutschland – Auszug aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (2010): Therapiekontrolle, Abbruch der Substitutionsbehandlung
47	Kasten 7	Das Einmaleins der Substitutionsbehandlung mit Methadon – ein Leitfaden
60	Kasten 8	Substitutionsrichtlinien für Justizvollzugsanstalten in Österreich
66	Kasten 9	Substitutionsgestützte Behandlungen im Schweizer Strafvollzug (SGB/TBS)
73	Kasten 10	Weiterführung der Behandlung bei einem Settingwechsel
86	Kasten 11	Deutschland – Auszug aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (2010): Qualifikation des behandelnden Arztes

EINLEITUNG

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

Gefängnisse sind für die Behandlung von drogenabhängigen Männern und Frauen keine geeigneten Orte, weshalb über Alternativen zu ihrer Inhaftierung nachgedacht werden sollte. Bis solche Alternativen zur Verfügung stehen, müssen sich die Gefängnisbehörden mit dieser behandlungs-, betreuungs- und unterstützungsbedürftigen Population auseinandersetzen. Studien haben gezeigt, dass sich Substitutionstherapien am besten eignen, um die Opiatabhängigkeit zu behandeln und das Risiko einer HIV- und Hepatitis-C-Übertragung sowie einer Überdosierung zu verringern.

Wie jeder Mensch hat auch ein Gefangener Anspruch auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung. Völkerrechtliche Grundlage hierfür sind Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen sowie Artikel 12 der Internationalen Konvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Die internationale Staatengemeinschaft ist übereingekommen, dass Gefangene grundsätzlich alle Rechte behalten, die ihnen nicht aufgrund ihrer Inhaftierung aberkannt wurden. Dies schließt das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ein. Strafe ist allein der Freiheitsentzug und nicht der Verlust von grundlegenden Menschenrechten. Daher hat jeder Staat mit den internationalen Menschenrechtsnormen entsprechenden Gesetzen, politischen Konzepten und Programmen dafür zu sorgen, dass Häftlinge dieselbe Gesundheitsversorgung erhalten, die auch der Allgemeinbevölkerung zusteht.²

Die Notwendigkeit der Behandlung von opiatabhängigen Häftlingen wurde bereits vor über zehn Jahren international anerkannt. 1993 veröffentlichte die WHO Richtlinien zum Thema HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis. Darin wurde empfohlen, drogenabhängige Gefangene während der Zeit ihrer Haft unter angemessener Wahrung der Vertraulichkeit zur Teilnahme an Drogen-

behandlungsprogrammen zu bewegen. Bestandteil dieser Programme sollte die Information über die Behandlung von Drogenabhängigkeit und die mit verschiedenen Formen des Drogenkonsums verbundenen Risiken sein. Vor der Inhaftierung mit Methadon Behandelte sollten die Möglichkeit erhalten, ihre Therapie im Gefängnis fortzusetzen. Die Regierungen derjenigen Länder, in denen es bereits Methadonprogramme für Opiatabhängige in Freiheit gab, wurden von der WHO aufgefordert, diese Behandlung auch Gefangenen anzubieten.

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

² Rahmenprogramm von UNODC, UNAIDS und WHO zur HIV/AIDS-bezogenen Vorsorge, Therapie und Pflege in Gefängnissen (2006)

Zielgruppen des Leitfadens

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

Grundlagen und wichtige erste Schritte

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

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

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

Kasten 1 | Deutschland – Regelungen zur medizinischen Versorgung in Haft

Für die gesundheitliche Versorgung der Gefangenen ist die Justiz zuständig. Geregelt ist sie in den Paragraphen 56 bis 66 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG). Paragraph 56 StVollzG besagt, dass die Vollzugsbehörde für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen zu sorgen hat und diese dabei mitwirken müssen. Für die Gesundheit der Häftlinge und die medizinischen Belange der Haftanstalt ist allein der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin zuständig und verantwortlich. Die Anstaltsmedizin muss sich grundsätzlich an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren (vgl. Feest/Lesting 2012).

Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Baden-Württemberg haben eigene Landesvollzugsgesetze erlassen. Die medizinische Versorgung ist dort in folgenden Paragraphen geregelt:

Bayern:	BayStVollzG, Art. 58–68
Hamburg:	HmbStVollzG, §§ 57–67
Hessen:	HStVollzG, §§ 23–25
Niedersachsen:	NJVollzG, §§ 52–63
Baden-Württemberg:	JVollzGB, Buch 3, §§ 32–39.

Eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und anderen Anbietern des Gesundheitswesens findet vereinzelt statt. Die Verantwortung für die Gesundheit der Gefangenen und entsprechende Entscheidungen obliegen allerdings – bis auf wenige Ausnahmen – dem Justizbereich. Bei Maßnahmen des Infektionsschutzes liegt die Fachaufsicht beim örtlichen Gesundheitsamt (siehe Infektionsschutzgesetz, § 36 (1) Einhaltung der Infektionshygiene).

Die Substitution in Haft wird geregelt durch

- das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)
- die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“.

Nicht verbindlich sind dagegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (GBA-Richtlinie), weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regeln, Strafgefangene aber nicht gesetzlich krankenversichert sind. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie. Auf ihrer Grundlage haben die meisten, die schon vor der Haft substituiert wurden, eine Indikation erhalten.

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

Aktives Engagement aller Mitarbeiter

Ein gesünderes Leben für Drogenabhängige in Haft ist nur dann möglich, wenn das gesamte Gefängnispersonal dazu beiträgt. Jeder Mitarbeiter muss wissen und verstehen, welchen gesundheitlichen Problemen Drogenkonsumenten ausgesetzt sind, wie sich Infektionen ausbreiten, wie sie eingedämmt und ihre negativen Folgen gelindert werden können und was zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens dieser Gefangenen getan werden kann. Ärzten, Pflegekräften und anderen in der Betreuung Beschäftigten kommt eine führende Rolle bei der Verbesserung von Gesundheitsbedingungen für drogenabhängige Häftlinge zu. Sie sollten über eine fundierte Ausbildung verfügen und über Aspekte wie Vertraulichkeit, Patientenrechte und Menschenrechte umfassend informiert sein. Wichtig sind ebenso epidemiologische Kenntnisse, ein Verständnis dafür, wie sich Lebensweise und sozioökonomischer Hintergrund auf die Gesundheit auswirken können, und ein Bewusstsein für ausgewogene Ernährung und den gesundheitlichen Nutzen von körperlicher Betätigung und frischer Luft. Jeder Mitarbeiter sollte auf Gesundheitsrisiken achten und erste Anzeichen psychischer Erkrankungen erkennen können, da Drogenabhängigkeit häufig mit Begleiterkrankungen einhergeht.

Partnerschaften für die Gesundheit

Eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung spielt die Mitverantwortung des Patienten. Jeder Einzelne muss entscheiden können, was er für seine Gesundheit tun kann, und auch entsprechend handeln können. Da sich dieser Ansatz im Strafvollzug nur schwer umsetzen lässt, gilt es, im Gefängnisalltag möglichst viele Möglichkeiten der Mitverantwortung zu schaffen. Selbsthilfe- und Peer-Support-Gruppen sollten gebildet und gefördert werden, die sich mit HIV und Hepatitis C aus Gefangenensicht auseinandersetzen. Als hilfreich haben sich ebenso schriftliche Informationen zum Thema Gesundheit erwiesen. Drogen gebrauchende Häftlinge sollten mit Merkblättern über die Angebote des Medizinischen Dienstes und über Strategien des bestmöglichen Umgangs mit ihrer Erkrankung in der Haft informiert werden. Bei Gefangenen mit Sprach- oder Leseproblemen bieten sich Informationsmedien wie z. B. Videos und andere visuelle Hilfen oder Gruppengespräche mit Gesundheitsfachkräften an.

Besonders geeignet sind „partizipativ“, das heißt gemeinsam mit Gefangenen entwickelte und durchgeführte Maßnahmen der auf HIV/HCV bezogenen Vor-

sorge, Aufklärung, Beratung und Pflege: Die stärkere Einbeziehung Gefangener ermöglicht es den Haftanstalten, besser mit den HIV/HCV-Risiko umzugehen. Dieser Ansatz bietet sich vor allem in Gefängnissen mit hoher Analphabetenrate an, denn hier spielt die im persönlichen Gespräch geleistete Aufklärung eine entscheidende Rolle.

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

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

WICHTIGE FAKTEN

- Schätzungen zufolge ist weltweit etwa ein Drittel aller Gefängnisinsassen opiatabhängig. Noch höher ist die Zahl jener Gefangenen, die Erfahrungen mit Drogenkonsum haben: In einigen Haftanstalten gilt dies für drei Viertel der Gefangenen.
- Aufgrund von Überfüllung, schlechter Ernährung, unzureichenden Vorsorgemaßnahmen, fortgesetztem Konsum illegaler Drogen und ungeschütz-

ten Sexualkontakten ist die Gefahr der Weitergabe von durch Blut übertragbaren Viren in Gefängnissen extrem hoch.

- Das Risiko einer Übertragung von HIV oder Hepatitis-C-Virus lässt sich im Grunde mit allen Drogentherapie-Formen verringern. Am erfolgreichsten bei der Reduzierung des intravenösen Drogenkonsums und der damit verbundenen Ansteckungsrisiken sind jedoch Substitutionsbehandlungen.
- Laut dem von WHO, UNODC und UNAIDS kürzlich veröffentlichten Positionspapier zur Langzeitsubstitution ist diese Behandlungsform eine wirksame Methode der HIV/Aids-Prävention bei Drogenabhängigen. Sie sollte schnellstmöglich überall dort eingeführt werden, wo HIV-Infektionsgefahren bestehen.
- In der Europäischen Union hat sich die Opiatsubstitution in den vergangenen fünf bis zehn Jahren immer mehr durchgesetzt. Die Verschreibung dieser Therapieform und das Verabreichen von Opiatagonisten an Opiatabhängige als eine anerkannte und offiziell genehmigte medizinische Maßnahme entsprechen den UN-Konventionen über Suchtmittel (1961) und psychotrope Stoffe (1971). Angesichts der Zunahme des intravenösen Drogenkonsums und der Ausbreitung von HIV/Aids und Hepatitis C in den Gefängnissen Osteuropas und der Länder der ehemaligen Sowjetunion ist es jetzt an der Zeit, zu handeln. Wenn es nicht gelingt, wirksame Methoden zur Behandlung der Drogenabhängigkeit und zur HIV- und Hepatitis-C-Prävention einzuführen, werden sich diese Infektionen bei intravenös Drogen Gebrauchenden, unter Gefangenen und in der Allgemeinbevölkerung weiter ausbreiten.
- Intravenös Drogen Konsumierende, die sich keiner Therapie unterziehen, haben ein bis zu sechsmal größeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als diejenigen, die eine Behandlung beginnen und diese konsequent fortführen.
- Die Mortalitätsrate der mit Methadon behandelten Opiatabhängigen beträgt ein Drittel bis zu einem Viertel der Sterberate derjenigen, die sich nicht in Behandlung finden.
- Wie „draußen“ kann eine Substitutionsbehandlung auch im Gefängnis zur Reduzierung des intravenösen Drogenkonsums und des gemeinsamen Spritzengebrauchs beitragen. Bei Gefangenen, die sich einer Substitutions-

therapie unterziehen, ist außerdem die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung geringer als bei denjenigen, die dies nicht tun.

- Rückfälle bei Drogenmissbrauch: Zwischen 70 und 98 % der wegen Drogen-delikten Inhaftierten, die im Gefängnis keine Therapie erhalten, werden innerhalb eines Jahres nach ihrer Entlassung wieder rückfällig.
- Am häufigsten wird mit Methadon substituiert; dieses Medikament wird seit Jahrzehnten zur Behandlung von Opiatabhängigen eingesetzt. Auch das in jüngerer Zeit entwickelte Buprenorphin wird in einigen Ländern häufig eingesetzt. Methadon und Buprenorphin tragen nachweislich in hohem Maße zur Verminderung des HIV-Infektionsrisikos bei, da bei ihrer Einnahme der Opioidgebrauch, der intravenöse Konsum und der gemeinsame Gebrauch von Spritzen zurückgeht und sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Opiatabhängigen verbessern.
- Aus diesen Gründen ist eine medikamenten-gestützte Suchtbehandlung eine wirksame Strategie zur Vorbeugung von HIV und Hepatitis C. Sie sollte schnellstmöglich überall dort (auch in Gefängnissen) eingeführt werden, wo die Gefahr einer HIV-Infektion groß ist.
- Studien haben gezeigt, dass die Aussichten für eine langfristige Drogen-therapie und den Verzicht auf illegalen Drogenkonsum bei einer Metha-donbehandlung besser sind als bei Entgiftungsprogrammen.
- Insassen von Haft- und Erziehungsanstalten sollte die gleiche Gesund-heitsversorgung zuteil werden wie der Allgemeinbevölkerung.
- Eine Langzeitsubstitution schließt eine kontinuierliche Betreuung ein.
- Vor Beginn einer Substitutionsbehandlung müssen die Patienten mit allen wichtigen Informationen versorgt und vor allem über die Gefahr einer Überdosierung, die Risiken multiplen Drogenkonsums und die möglichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten aufgeklärt werden.
- Vor Behandlungsbeginn sollten Drogenkonsumenten über die Pflichten des behandelnden Arztes gegenüber dem Staat, dem Gefängnis sowie den Gefangenen aufgeklärt werden.

Am 31.03.2009 waren in Deutschland 61.878 Menschen – 58.566 Männer und 3.312 Frauen – mit Freiheits- oder Jugendstrafe inhaftiert. Weitere 11.385 Menschen befanden sich in Untersuchungshaft und 9.358 im Maßregelvollzug (Statistisches Bundesamt, in: Strafvollzugsstatistik, Stand 01.12.2009).

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

In Haftanstalten treten Infektionskrankheiten nach wie vor wesentlich häufiger auf als außerhalb. Genaue Zahlen zu HIV- und Hepatitis-Infektionen gibt es allerdings nicht. Das Strafvollzugsgesetz schreibt bei Haftantritt zwar eine medizinische „Zugangsuntersuchung“ vor, bei der auch ein HIV-Test angeboten wird, doch eine Stichtagserhebung, wie sie in den 1990er Jahren bestand, gibt es nicht mehr. Zudem ist die Testhäufigkeit je nach Bundesland äußerst unterschiedlich: In einigen Bundesländern sind über 90 % aller Gefangenen auf HIV getestet, in anderen Bundesländern dagegen nur ein geringer Teil.³ Daten zur Verbreitung von HIV- und Hepatitis-Infektionen stammen meist aus Untersuchungen, die in einzelnen Haftanstalten durchgeführt wurden.

³ Nur in wenigen Haftanstalten wird der HIV-Test anonym und nach einer Beratung durchgeführt.

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

	alle getesteten Häftlinge (n = 1.515)	i.v. Drogen gebrauchende Häftlinge (n = 464)
Anti-HBc	10,4 %	19,8 %
HBsAG	2,5 %	18,0 %
Anti-HCV	17,6 %	50,6 %
Anti-HIV	0,8 %	1,9 %

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

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

	intravenös Drogen Gebrauchende	HCV	HIV
Haftanstalten ^{1,2}	21,9 % - 29,6 %	14,3 % - 17,6 %	0,8 % - 1,2 %
Allgemeinbevölkerung	0,3 % ³	0,4 % - 0,7 % ⁴	0,05 % ⁵
Faktor	73- bis 98-fach	6- bis 32-fach	16- bis 24-fach

¹ Radun u. a. 2007; ² Schulte u. a. 2009; ³ EMCDDA 2006; ⁴ RKI 2007; ⁵ UNAIDS 2007

I. HINTERGRUND

Weltweit gibt es schätzungsweise 13,2 Mio. intravenös Drogen Konsumierende. Mindestens 10 % aller registrierten HIV-Infektionen weltweit sind auf risikante Injektionspraktiken zurückzuführen, in einigen Ländern Osteuropas und Zentralasiens sogar bis zu 90 %.

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

- Intravenös Drogen Konsumierende sind besonders gefährdet, sich mit HIV und anderen durch Blutkontakt übertragbaren Viren anzustecken; die Gründe sind Gemeinsamgebrauch oder Wiederverwendung von Spritzbestecken und Sexualverkehr. Viele männliche und weibliche Häftlinge haben bereits vor Haftantritt Drogen injiziert. Weibliche Drogenkonsumenten tendieren wohl eher dazu, das Spritzbesteck ihres Partners zu benutzen, und haben häufig Probleme, risikoarme Sexualpraktiken und den Kondomgebrauch durchzusetzen. Im Sexgewerbe sind wahrscheinlich mehr injizierende als nicht injizierende Drogengebraucher tätig.
- Intravenöser Drogenkonsum ist heute der häufigste Übertragungsweg für Hepatitis C. Eine Hepatitis-C-Infektion wird in mindestens 50 bis 80 % aller Fälle chronisch. Bei 7 bis 15 % der chronisch Infizierten entwickelt sich innerhalb von 20 Jahren eine Leberzirrhose, die zu Leberkrebs führen kann.
- Die Kosten für Strafverfolgung, Gerichtsverfahren und Inhaftierung machen einen erheblichen Teil der Kosten aus, die der Gesellschaft durch Opiatabhängigkeit entstehen.
- Opiatabhängige Gefangene, die aus der Haft entlassen werden, sind der Gefahr eines Rückfalls und einer Überdosierung ausgesetzt.

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

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

Kasten 3 | Deutschland – Substitutionsregister

Die ebenso für den Justizvollzug verbindlichen „Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ wurden 2010 überarbeitet. Sie enthalten auch direkte Hinweise für den Justizvollzug, wie beispielsweise: „Bei einem Wechsel in eine Krankenbehandlung, ... Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“ Und weiter heißt es: „In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinenter, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden.“

2009 befanden sich in Deutschland laut Substitutionsregister 74.600 Menschen in Substitutionsbehandlung (Stichtag der Erhebung: 1. Juli 2009). Die Zahl der Substitutionsbehandlungen außerhalb des Vollzugs steigt kontinuierlich. Im Jahr 2002 waren 46.000 Substitutionspatienten gemeldet und 2009 bereits 74.600. Über dieses vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführte Register, in dem unter anderem Angaben zu den Patient(inn)en und behandelnden Ärzt(inn)en festgehalten werden, lässt sich allerdings nicht die Zahl der zurzeit im Justizvollzug durchgeführten Substitutionen ermitteln.

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel 2009 in Deutschland

Methadon:	58,9 %	Dihydrocodein:	0,3 %
Levomethadon:	21,8 %	Diamorphin:	0,3 %
Buprenorphin:	18,6 %	Codein:	0,1 %

Zahl der gemeldeten Substitutionspatienten und substituierenden Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 1. Oktober 2009	substituierende Ärzte im Jahr 2009
Baden-Württemberg	10.127	438
Bayern	8.456	308
Berlin	4.856	151
Brandenburg	81	11
Bremen	1.796	73
Hamburg	4.997	102
Hessen	6.717	229
Mecklenburg-Vorpommern	286	24
Niedersachsen	7.254	275
Nordrhein-Westfalen	22.662	753
Rheinland-Pfalz	2.144	85
Saarland	870	23
Sachsen	696	28
Sachsen-Anhalt	720	36
Schleswig-Holstein	3.441	133
Thüringen	412	31

Quelle: BfArM, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2010

II. WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG?

„Substitutionstherapie“ (Pharmakotherapie mit Agonisten, Ersatztherapie mit Agonisten oder Agonisten-gestützte Therapie) bezeichnet die unter ärztlicher Aufsicht vorgenommene Verabreichung einer verordneten Substanz, die pharmazeutisch mit der Substanz verwandt ist, von der eine Person abhängig ist, um ein bestimmtes therapeutisches Ziels zu erreichen (vgl. Heinz u. a. 2010).

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

Zur Behandlung der Opiatabhängigkeit werden ebenso Antagonisten eingesetzt, welche die Wirkung von anderen Opiaten aufheben. Sie besetzen dieselben Rezeptorstellen im Gehirn wie Opiate und hemmen dadurch die Wirkung anderer Opiate, ohne jedoch das Verlangen nach ihnen zu unterbinden. Wird zuerst ein Antagonist und anschließend ein Opiat eingenommen, hat das Opiat keine euphorische Wirkung, da es das Gehirn nicht beeinflussen kann. Nimmt ein Opiatabhängiger den Antagonisten nach dem Opiat ein, treten unverzüglich Symptome eines Opiatentzugs auf; Antagonisten sind daher bei noch nicht erfolgter Entgiftung von Opiaten kontraindiziert. Der zur Behandlung einer Opiatabhängigkeit am häufigsten verwendete Opiatantagonist ist Naltrexon. Naloxon dagegen kommt ausschließlich in Notfällen zum Einsatz, um Opiat-überdosierungen rückgängig zu machen. Immer häufiger wird der gemischte Agonist/Antagonist Buprenorphin zur Behandlung der Opiatabhängigkeit eingesetzt. Verfügbar sind auch Naloxon-Buprenorphin-Kombinationen (Mischungsverhältnis 1:4), mit denen das missbräuchliche Injizieren von Buprenorphin verhindert werden soll.

Tabelle 1 Unterschiede zwischen Agonisten und Antagonisten

Agonisten	Antagonisten
Methadon Levoalpha-Acetylmethadol retardiertes Morphin Heroin	Naltrexon Naloxon
▪ Substitutionsbehandlung ▪ wirken ähnlich wie Opiate ▪ stimulieren die Opiatrezeption ▪ lindern oder unterbinden das Verlangen nach Opiaten ▪ erzeugen keinen Rausch (Ausnahme: Diamorphin) ▪ können körperliche Abhängigkeit verursachen oder aufrechterhalten	▪ blockierende Behandlung ▪ blockieren die Wirkung von Opiaten ▪ blockieren die Opiatrezeption ▪ lindern oder unterbinden nicht das Verlangen nach Opiaten ▪ erzeugen keinen Rausch ▪ verursachen keine körperliche Abhängigkeit

Substitutionstherapien ermöglichen es abhängigen Drogenkonsumenten, risikobehaftetes Verhalten zu vermeiden und sich gesundheitlich und sozial zu stabilisieren, bevor die körperliche Abhängigkeit behandelt wird. Diese Behandlungsform wird allgemein bei Personen angewandt, denen es schwer fällt, den Drogenkonsum zu beenden und den Entzug zu bewältigen. Ersatzdrogen sollten eine längere Wirkungsdauer oder Halbwertszeit haben als die zu ersetzende Droge, um das Auftreten von Entzugserscheinungen hinauszuzögern und die Einnahmehäufigkeit zu reduzieren. Auf diese Weise können Substituierte ein normales Leben führen, ohne Drogen beschaffen und konsumieren zu müssen. Der Ersatz verbotener Drogen durch verschriebene Substanzen erleichtert außerdem den Weg aus dem kriminellen Milieu und unterstützt zugleich die Änderung der Lebensweise. Eine gute Substitutionsbehandlung sollte

- kontinuierlich durchgeführt werden und auf die Behandlung anderer chronischer Erkrankungen, z. B. eine anti(retro)virale Therapie, abgestimmt sein.
- den vielen Problemen begegnen können, die Rückfallrisiken bergen, wie etwa medizinische und psychiatrische Symptome oder soziale Instabilität.
- gesellschaftlich gut verankert sein, um die Patienten jederzeit überwachen und Rückfällen vorbeugen zu können.

Weitere Merkmale eines guten Therapiekonzepts sind

- angemessene Behandlungsdauer,
- enge Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und Drogendiensten außerhalb des Strafvollzugs,
- Weiterbildung für die beteiligten Ärzte und Pflegekräfte,
- Einbeziehung der Ansichten der behandelten Gefangenen.

In dem gemeinsamen Positionspapier von WHO, UNODC und UNAIDS aus dem Jahr 2004 zur Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit und in der HIV/Aids-Prävention heißt es, es gebe „keine Behandlung, die für alle Personen gleichermaßen geeignet ist. Deshalb sollte das Therapieangebot ausreichend vielfältig und flexibel sein, um den Bedürfnissen der Patienten, dem Grad ihrer Abhängigkeit, ihren Lebensumständen, ihrer Motivation und ihrer Reaktion auf Interventionen Rechnung tragen zu können. Eine angemessene Behandlung der Opiatabhängigkeit erfordert eine ausgewogene Mischung aus Arzneimitteltherapie, Psychotherapie, psychosozialer Rehabilitation und Maßnahmen der Risikominderung.“ Um im Gefängnis den gleichen Standard an Gesundheitsversorgung zu gewährleisten wie in Freiheit, müssen diese vielfältigen Behandlungsansätze auch im Strafvollzug kombiniert angewendet werden.

Hauptziele einer Substitutionsbehandlung

Ziel einer Substitutionsbehandlung ist es,

- den Patienten zu helfen, gesund zu bleiben, bis sie mit der nötigen Betreuung und Unterstützung ein drogenfreies Leben erreicht haben, oder ihnen – wenn sie nicht ohne Drogen oder Substitutionsmittel leben können oder wollen – eine jahre- oder auch lebenslange Behandlung zu ermöglichen
- den Konsum von verbotenen oder nicht verordneten Substanzen einzudämmen
- die mit Drogenmissbrauch verbundenen Probleme zu bekämpfen
- die vom Drogenmissbrauch ausgehenden Gefahren zu mindern, vor allem das Risiko einer Übertragung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer durch Blutkontakt übertragbaren Infektionen aufgrund von Drogeninjektion und gemeinsamem Gebrauch von Spritzbestecken.

- die Dauer von Drogenmissbrauchsphasen zu verkürzen
- die Wahrscheinlichkeit eines Drogenrückfalls zu verringern
- die mit Drogenkonsum verbundene Beschaffungskriminalität zu senken
- die Abhängigen gegebenenfalls auf eine Ersatzdroge einzustellen, um Entzugserscheinungen zu lindern
- die persönliche, soziale und familiäre Situation der Betroffenen insgesamt zu verbessern
- das Risiko drogenbedingter Todesfälle, besonders nach der Haftentlassung, zu reduzieren.

Kasten 4

Deutschland – Auszug aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (2010)

Präambel

[...]

Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Die Substitution dient

1. ihrer Behandlung mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
2. der Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. der Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

Ihre Umsetzung bedarf eines umfassenden Therapiekonzeptes. Ziele und Ebenen der Behandlung sind:

- Sicherung des Überlebens,
- Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel,

- gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben,
- Opiatfreiheit.

Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab.

1. Geltungsbereich der Richtlinien

Bei der substitutionsgestützten Behandlung der Opiatabhängigkeit sind die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu beachten. Die Richtlinien gelten unter Beachtung des ärztlichen Berufsrechtes für alle Ärzte, die diese Behandlung durchführen.

[...]

2. Indikation

Indikation für eine substitutionsgestützte Behandlung ist die manifeste Opiatabhängigkeit. Diese liegt gemäß der International Classification of Diseases (ICD) F11.2 in der jeweils geltenden Fassung dann vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von zwölf Monaten gleichzeitig vorhanden sind:

1. starker bis übermäßiger Wunsch, Opiate zu konsumieren,
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
3. Nachweis einer Toleranzentwicklung,
4. ein körperliches Entzugssyndrom,
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen,
6. anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Für die Einleitung einer Substitutionsbehandlung müssen insbesondere die aufgeführten Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit erfüllt sein.

Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine substitutionsgestützte 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 abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden.

[...]

Nachweis des Nutzens einer Substitutionsbehandlung

Die häufigste Form der Substitutionstherapie ist diejenige mit Methadon. Dieses Medikament wird seit Jahrzehnten zur Behandlung Süchtiger eingesetzt, die von Heroin oder anderen Opiaten abhängig sind. Auch das in jüngerer Zeit entwickelte Buprenorphin wird in einigen Ländern häufig eingesetzt (für nähere Informationen zu diesen und anderen Substitutionsmitteln siehe Tabelle 1, S. 25, und 2, S. 45). Methadon, Buprenorphin und Diamorphin tragen nachweislich in hohem Maße zur Minderung des HIV-Übertragungsrisikos bei, da der riskante intravenöse Konsum abnimmt und die Gesundheit und Lebensqualität Opiatabhängiger sich verbessern.

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich die Zahl staatlicher Substitutionsprogramme deutlich erhöht. Weltweit sind heute mehr als eine halbe Million Drogenkonsumenten in einer Substitutionstherapie. In der Europäischen Union konnte sich dieses Behandlungskonzept in den vergangenen fünf bis zehn Jahren immer mehr durchsetzen. Mittlerweile gibt es in allen EU-Ländern in irgendeiner Form Substitutionsprogramme, wenngleich sich die Verfügbarkeit und Qualität der Behandlung von Land zu Land beträchtlich unterscheiden. Die verschiedenen Behandlungsformen haben sich als gesellschaftlich breit anerkannte Maßnahmen der Schadensbegrenzung und Behandlung bei Opiatabhängigen etabliert (Europarat, 2001).

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

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

Umfangreiche Daten belegen die Wirksamkeit von Substitutionsprogrammen bei der Eindämmung hochriskanter Injektionspraktiken und der Senkung des HIV-Infektionsrisikos (vgl. Hedrich u. a. 2011). Sie sind die effizienteste verfügbare Methode zur Behandlung von heroinabhängigen intravenös injizierenden Drogenkonsumenten, was die Reduzierung der Mortalität (die Sterberate von Opiatabhängigen unter Methadon beträgt zwischen einem Drittel und einem Viertel der Sterberate bei nicht Behandelten), des Heroinkonsums und der Beschaffungskriminalität angeht (Stallwitz/Stöver 2007, Stöver/Michels 2010). Vor Therapiebeginn weisen Drogenkonsumenten eine hohe Kriminalitätsrate auf, die sich nach einer einjährigen Methadonbehandlung um etwa die Hälfte reduziert hat. Am deutlichsten ist der therapeutische Nutzen während und unmittelbar nach der Behandlung. Aber auch mehrere Jahre nach Therapie-Ende lässt sich noch eine deutliche Besserung feststellen, besonders, was die drogenbedingte Kriminalität angeht.

Viele der gegen Substitutionsprogramme vorgebrachten Bedenken haben sich als unbegründet erwiesen. Vor allem hat sich gezeigt, dass eine Substitutionsbehandlung kein Hindernis darstellt, den Drogenkonsum einzustellen, und dass sie Drogengebraucher eher zu einer langfristigen, konsequent durchgeführten Therapie und zu einem Leben ohne verbotene Drogen bewegt als Entgiftungsprogramme. Substitutionstherapien sind kostengünstig und wesentlich wirtschaftlicher als andere Maßnahmen der Gesundheitsversorgung wie etwa eine Behandlung von stark erhöhtem Blutdruck, einer HIV-Infektion oder von Aids. Vorsichtigen Schätzungen zufolge ist bei jedem investierten Euro ein Gewinn von vier bis sieben Euro in Form verringerter Beschaffungskriminalität, Strafverfolgungskosten und Diebstähle möglich. Rechnet man noch die

eingesparten Gesundheitskosten hinzu, lässt sich zwischen den Gesamteinsparungen und den Kosten ein Verhältnis von 12:1 erreichen. Unbehandelte intravenös Drogen Gebrauchende haben ein bis zu sechsmal größeres Risiko, sich mit HIV zu infizieren, als diejenigen, die eine Behandlung beginnen und diese konsequent fortführen (Nationales Institut für Drogenmissbrauch 2000).

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

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

„Artikel 1: Gefangene haben das Recht, sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen. Bereits mit HIV/Aids infizierte Gefangene haben das Recht, sich vor einer Re-Infektion und/oder einer Co-Infektion mit Hepatitis C und/oder TB zu schützen. Aus diesem Grund hat der Staat in jenen Ländern, in denen Methadon- und andere Substitutionsprogramme außerhalb des Justizvollzugs zur Verfügung stehen, auch Gefangenen freien Zugang zu diesen Therapien zu gewähren. Dabei ist sicherzustellen, dass bereits in Behandlung Befindliche im Falle einer Inhaftierung weiterbehandelt werden können und es außerdem möglich ist, im Gefängnis mit einer Substitutionstherapie zu beginnen. Länder, die Substitutionsbehandlungen noch nicht zugelassen oder eingeführt haben, sollten dies nachholen.“

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

Auch in den neuen EU-Mitgliedstaaten werden Substitutionstherapien im Strafvollzug angeboten, auch wenn es sich dabei oft um kleine Programme handelt, die nur für wenige behandlungsbedürftige Gefangene zugänglich sind. Schließlich gibt es auch in immer mehr Ländern des östlichen Teils der europäischen WHO – so etwa der Republik Moldawien oder Kirgisistan – Substitutionsprogramme für Gefangene, während in anderen Ländern der Region im Gefängnis keine Substitutionsbehandlung möglich ist. Ursprünglich war eine Substitutionstherapie in Haft häufig nur für Gefangene mit HIV oder anderen Infektionskrankheiten oder für Schwangere möglich. Das Behandlungsange-

bot im Strafvollzug ist allgemein immer noch unzulänglich und bleibt hinter dem Therapiestandard in Freiheit zurück. In vielen Ländern bedeutet eine Inhaftierung nach wie vor das Ende einer bereits begonnenen Therapie. Zwischen den Gefangenen, die eine Substitutionsbehandlung benötigen und denjenigen, die sie bekommen, klafft weiterhin eine Lücke.

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

- die Annahme, der Strafvollzug sei drogenfrei
- die Befürchtung, Ersatzdrogen könnten abgezweigt und verkauft werden
- die Angst vor den Folgewirkungen zusätzlich eingenommener psychotroper Substanzen
- ein mangelndes Verständnis von Drogenabhängigkeit als einer chronischen Erkrankung

- begrenzte Räumlichkeiten und ein Mangel an Ausstattung und Personal in vielen Gefängnissen
- die mit einer Substitutionsbehandlung verbundenen Kosten und der organisatorische Aufwand, der dafür zusätzlich erforderlich ist
- die Befürchtung, Substitutionsprogramme könnten die Sicherheit und Ordnung im Strafvollzug gefährden.

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

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

Gäbe es zuverlässige, erfolgversprechende Alternativen für das Erreichen einer dauerhaften Drogenabstinenz, könnte man Substitutionstherapien in der Tat als unangemessen bezeichnen. Bisher gibt es solche Alternativen jedoch nicht (Dolan/Wodak 1996, The Patel Report 2010).

Die meisten heroinabhängigen Patienten werden nach einer Entgiftung wieder rückfällig. Nur wenige von ihnen lassen sich auf eine Therapie ein und bleiben lange genug dabei, um von ihrer Sucht loszukommen. Jede Behandlung, wie beispielsweise eine Substitution, die auch nur von der Hälfte der Therapieeinsteiger konsequent durchgehalten wird und bei ihnen den Konsum illegaler

Opiate wie auch die kriminelle Aktivität deutlich reduziert und außerdem die Gesundheit und das Wohlbefinden verbessert, vollbringt weit mehr, als dass sie „nur“ eine abhängig machende Droge durch eine andere ersetzt.

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

- Eine Substitutionsbehandlung wirkt sich positiv auf den Gefängnisalltag aus, indem sie das Verlangen nach Drogen reduziert und so die Sicherheit im Gefängnis erhöht. Die Gefangenen haben nach Haftantritt unter anderem weniger starke Entzugssymptome (diese gehen häufig mit Selbstverstümmelungs- oder sogar Suizidversuchen einher) und weniger Angst, sie betreiben weniger Drogenhandel und sind insgesamt produktiver.
- Die Wahrscheinlichkeit, wieder straffällig zu werden, ist bei Gefangenen in Substitutionsbehandlung wesentlich geringer.
- Eine Substitutionsbehandlung in Haft unterstützt die Aufnahme und Fortführung einer Behandlung nach der Entlassung sehr viel mehr als Entgiftungsprogramme.
- Strafvollzugsbehörden haben anfänglich häufig Bedenken hinsichtlich Sicherheit, Gewalt und Abzweigung verordneter Medikamente. Solche Probleme sind jedoch weniger häufig zu beobachten, wenn es Substitutionsprogramme gibt, als wenn sie nicht angeboten werden.
- Gefangene wie auch Strafvollzugsmitarbeiter berichten, dass sich eine Substitutionsbehandlung positiv auf das Leben im Gefängnis auswirkt.
- Eine Substitutionstherapie ermöglicht den Gefangenen täglichen Kontakt zum Gesundheitssystem des Strafvollzugs. Dies kann der Ausgangspunkt für die Erörterung weiterer Gesundheitsfragen sein und eine Brücke zu anderen Methoden der HIV-Prävention schlagen.

- Es gibt Belege dafür, dass der abrupte Abbruch einer Substitutionsbehandlung nach Antritt einer Haftstrafe das Suizid- und Selbstverstümmelungsrisiko erhöht.

In Kanada wurde der Zugang zu Methadonprogrammen im Strafvollzug landesweit ausgeweitet, nachdem Studien ihre positiven Wirkungen auf die weitere Entwicklung der Behandelten nach der Entlassung aufgezeigt hatten (geringere Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung). Mit Methadon behandelte Häftlinge wurden weniger häufig strarückfällig und erneut inhaftiert. Dies ist ein wichtiger Aspekt, da die Kosten eines institutionellen Substitutionsprogramms durch jene Einsparungen aufgewogen werden, die sich dadurch ergeben, dass behandelte Straftäter für längere Zeit in die Gesellschaft zurückkehren als nicht behandelte Gefangene. Außerdem kann eine Substitutionstherapie bei kurz vor der Entlassung stehenden Gefangenen die Gefahr einer Überdosis verringern (Dolan u. a. 2005, Follow-up einer randomisierten kontrollierten Studie: keine Todesfälle nach der Entlassung in der Behandlungsgruppe, 17 Todesfälle in der Kontrollgruppe). Viele Gefangene nehmen nach der Haft den intravenösen Drogenkonsum wieder auf. Aufgrund der herabgesetzten Opiattoleranz sind sie nun jedoch in höherem Maße dem Risiko einer tödlichen Überdosis ausgesetzt. Umfangreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass es in den ersten Wochen nach der Entlassung häufig zu Todesfällen kommt, die auf eine Drogenüberdosis zurückzuführen sind. Gemäß einer Studie aus dem Vereinigten Königreich, bei der 51.590 Entlassungsfälle untersucht wurden (Farrell/Marsden 2005), handelt es sich bei schätzungsweise 35 % aller männlichen und 12 % aller weiblichen Drogentoten um Gefangene, deren Entlassung noch nicht allzu lange zurückliegt. Diese Zahlen verdeutlichen, wie nützlich und wichtig eine Drogentherapie im Gefängnis als Präventivmaßnahme ist. Sie unterstreichen die Bedeutung von Substitutionsprogrammen nicht nur als Maßnahme der HIV-Prävention im Strafvollzug, sondern auch als Mittel zur Reduzierung von Überdosierungen mit Todesfolge nach Ende der Haft.

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

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

Kasten 5 | Beispiel: Allgemeine Richtlinien für die Behandlung drogenabhängiger Häftlinge in Slowenien

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

Wirksame Behandlung

Um die gewünschte Wirkung zu erzielen, muss eine Substitutionstherapie wie jede andere Behandlung auch den Bedürfnissen der Gefangenen Rechnung tragen, über einen angemessenen Zeitraum hinweg mit der individuell erforderlichen Dosis durchgeführt werden und während der Haft sowie nach der Entlassung kontinuierlich erfolgen.

Wie bereits oben erwähnt hat eine effiziente Behandlung für den Einzelnen zahlreiche Vorteile: Sie wirkt lebenserhaltend, verringert das Risiko einer Ansteckung besonders mit HIV und Hepatitis, erleichtert den Ausstieg aus dem

Drogenkonsum oder den Weg zu kontrolliertem Konsum, ermöglicht die Rückkehr zu einem geordneten sozialen Leben, fördert die körperliche Gesundheit und bewirkt eine Abnahme der drogenbedingten Kriminalität. Positive Wirkungen für die Gesellschaft sind eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit, die Reduzierung der Notfälle und Krankenhauseinweisungen, die Eindämmung der Ausbreitung von HIV und anderen Infektionskrankheiten, die Senkung der Kosten für das Sozialwesen und geringere Strafverfolgungskosten.

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

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

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

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

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

Niedrigschwellige Programme

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

Hochschwellige Programme

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

Der Begriff „niedrigschwellig“ bedeutet keineswegs „niedrige Qualität“.

Niedrigschwellige Programme sind für die Abhängigen und auch die Gesellschaft in punkto Schadensbegrenzung effizienter, da sie Menschen schnell einer Behandlung zuführen und dort halten. Wer aufgrund seiner Drogengewohnheiten chaotisch lebt, erreicht mit solchen Programmen bessere Therapieergebnisse und somit die Ziele einer Substitutionsbehandlung.

Die Substitution ist effektiver als andere Behandlungsformen

Gegen Substitutionsprogramme im Strafvollzug sind verschiedene Argumente ins Feld geführt worden. Einige Kritiker sehen in den Substitutionsmitteln lediglich

weitere stimmungsverändernde Substanzen, deren Einnahme die für ein drogenfreies Leben erforderliche persönliche Entwicklung verzögert. Andere bringen Moral ins Spiel und argumentieren, hier werde lediglich eine abhängig machende Droge durch eine andere ersetzt. Studien belegen jedoch, dass Substitutionsbehandlungen wirkungsvoller sind als Entgiftungsprogramme: Sie verhindern Therapieabbrüche, senken die Zahl drogenbedingter Todesfälle und unterstützen den Ausstieg aus dem Konsum verbotener Drogen. Manche bezweifelten auch, ob Substitutionsprogramme in Gefängnissen überhaupt praktisch durchführbar seien; die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass sich solche Probleme durchaus lösen lassen.

Eine ausschließlich als Entgiftung durchgeführte Substitution hat nur begrenzten therapeutischen Nutzen. Um das Ziel der gesundheitlichen Stabilisierung und der gesellschaftlichen Wiedereingliederung zu erreichen, ist eine längere Behandlung erforderlich.

Wegen des chronischen Charakters der Opiatabhängigkeit lässt sich eine Substitution mit anderen wirksamen Methoden zur Behandlung schwerer chronisch-rezidivierender Krankheiten wie Bluthochdruck oder Diabetes vergleichen. Wie die Opiatabhängigkeit sind auch diese Erkrankungen chronisch, sie bedürfen täglicher Behandlung, und ein Therapieabbruch führt häufig zu schweren Schäden.

Allgemeiner Konsens ist, dass es sich bei Abhängigkeit um eine chronische Störung handelt, die sogar nach langen Besserungsphasen zu Rückfällen neigt, und dass eine erfolgversprechende Therapie langfristig angelegt sein muss. Allzu oft jedoch erfolgt eine Suchttherapie in Form mehrfach wiederholter Akutbehandlungen, statt nach einem von Arzt und Patient gemeinsam vereinbarten langfristigen Therapiekonzept.

Behandlungskriterien und Behandlungsplan

Für die Drogenabhängigkeit gibt es zwei international anerkannte Diagnosekriterien: die zehnte Überarbeitung der Internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10; WHO 1992) und die vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen; American Psychiatric Association 1994).

Eine Opiat-Substitutionstherapie sollte ausschließlich bei Personen durchgeführt werden, die die klinischen Kriterien für eine Opiatabhängigkeit erfüllen.

Restriktive Aufnahme- und Einschlusskriterien sind allerdings kontraproduktiv, was den Zugang zur Behandlung sowie die HIV- und Hepatitis-Prävention betrifft. Fragen wie etwa zur maximalen Dosis oder Behandlungsdauer sollten der fachlichen Entscheidung des Arztes unter Berücksichtigung der Situation des Patienten vorbehalten sein.

Grundsätzlich kann jeder Opiatabhängige, der behandlungsbedürftig ist und eine Substitution wünscht, nach entsprechender Diagnose und Behandlungseinleitung mit dieser Therapie stabilisiert werden. Bei der Festlegung der Aufnahmekriterien sollte man allerdings die Zahl der verfügbaren Behandlungsplätze berücksichtigen. Das Alter, die Dauer der Opiatabhängigkeit, der körperliche und psychische Gesundheitszustand sowie die Motivation des Abhängigen gilt es zu bedenken. Bestimmten Personengruppen wie beispielsweise Schwangeren oder Menschen mit HIV oder anderen Krankheiten ist Vorrang einzuräumen. HIV-Antikörpertests dürfen dabei jedoch nicht zur Pflicht gemacht werden.

Außerdem sollte die Behandlung vorrangig Gefangenen zuteil werden, die vor der Entlassung stehen. Nach Haftende sind aufgrund der Wiederaufnahme des Drogengebrauchs nach einer Phase der Abstinenz oder des reduzierten Konsums (in der es zu einer Herabsetzung der Opiattoleranz kommen kann) verstärkt drogenbedingte Todesfälle zu beobachten.

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

- die Ziele des Patienten
- die aktuelle Situation
- die verfügbaren Ressourcen
- die Geschichte der bisherigen Behandlungsergebnisse
- Anhaltspunkte hinsichtlich Sicherheit, Effizienz und Wirksamkeit.

Die Opiatabhängigkeit geht mit verschiedenen medizinischen, juristischen und psychosozialen Problemen einher. Für eine Substitutionsbehandlung kommt jemand in Frage, wenn sich die persönlichen und sozialen Schäden des Opiat-

konsums dadurch aller Voraussicht nach mindern lassen. Zusätzliche Probleme sollten frühzeitig angegangen werden – entweder im Rahmen des Programms selbst oder durch Überweisung an eine entsprechende Einrichtung.

Risiken und Einschränkungen

Das Hauptrisiko bei Methadon und anderen Opiatagonisten besteht in einer Überdosierung, die unter Umständen zum Tod führen kann. Studien belegen, dass diese Gefahr am Anfang einer Behandlung mit Methadon am größten ist (Verster/Buning 2003). Aus diesem Grund sollte mit niedrigen Dosen begonnen werden. Mit dem Erreichen einer stabilen Dosis (etwa zwei Wochen nach Behandlungsbeginn) nimmt das Risiko einer tödlichen Überdosierung dann jedoch im Vergleich zu der Zeit vor Behandlungsbeginn deutlich ab.

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

Außerdem kann die Abhängigkeit von dem Ersatzmittel und das damit verbundene Stigma zum Problem werden, wenn die Patienten nach der Haftentlassung an einen anderen Ort ziehen oder einfach nur unterwegs sind und das Medikament mit sich führen.

Eine Substitutionstherapie kann unter Umständen sehr negative Auswirkungen haben – darüber sind die Patient aufzuklären, bevor sie der Behandlung zustimmen. Dennoch wiegen die Vorteile, die sich für die Drogenabhängigen wie auch die Gesellschaft ergeben, die Nachteile bei Weitem auf.

Polyvalenter Drogenkonsum

Für den Fall, dass Gefangene noch andere Drogen konsumieren, sollte es klare und unmissverständliche Vorschriften und Richtlinien geben. Dies gilt be-

sonders für Benzodiazepine, Barbiturate und Alkohol, deren Konsum bei einer Substitutionsbehandlung ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellt. Hier sollte jeweils von Fall zu Fall eingehend über die Fortsetzung der Behandlung beraten werden. Die in Frage kommenden Optionen sollten idealerweise in einem multiprofessionellen Team und – falls vorhanden – unter Einbeziehung des Drogenberatungsdienstes der Haftanstalt erörtert werden. Unter Berücksichtigung der Wünsche der Gefangenen und der verfügbaren Ressourcen gilt es, Pläne und Ziele für die Zukunft auszuarbeiten und zu vereinbaren.

Kasten 6

Deutschland – Auszug aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (2010) zu Therapiekontrolle und Abbruch der Substitutionsbehandlung

11. Therapiekontrolle

[...]

Bei vorliegendem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache eruiert und nach Möglichkeiten ihrer Beseitigung gesucht werden. Dabei ist insbesondere an folgende Gründe zu denken:

- eine erfolgte Destabilisierung der individuellen Lebenssituation,
- eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels,
- eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung.

Die Ergebnisse der sich daraus ergebenden Überlegungen sind in das Therapiekonzept einzubeziehen. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit der psychosozialen Betreuungsstelle angeraten.

Liegt ein die Substitution gefährdender Konsum weiterer psychotroper Substanzen vor, ist deren Entzug (ggf. unter stationären Bedingungen) einzuleiten.

12. Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung

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

- sie sich als nicht geeignet erweist,
- sie mit einem fortgesetzten, problematischen Konsum anderer gefährdender Substanzen einhergeht.

Ein Abbruch der Behandlung durch den Arzt ist dann begründet, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält oder gegen die Regeln der Einrichtung verstößt. Insbesondere ist dies der Fall wenn er

- gegenüber anderen Patienten oder Einrichtungsmitarbeitern Gewalt ausübt oder androht,
- Suchtstoffe weitergibt oder Handel mit ihnen betreibt,
- vereinbarte Termine nicht wahrnimmt,
- erforderliche Therapiekontrollen verweigert,
- an vereinbarten psychosozialen Begleitmaßnahmen nicht teilnimmt.

Aufgrund des hohen Gefährdungspotenzials, das mit einem Behandlungsabbruch verbunden ist, ist anzustreben, den Patienten auch bei Verstößen möglichst weiter in der Behandlung zu halten. Vor einem Abbruch ist daher immer zunächst zu prüfen, ob die Non Compliance Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung oder komorbider Störungen ist.

Bevor eine Behandlung beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen, sowie Versuche eines Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Fehlverhalten begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein.

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

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

Die Gründe für eine Beendigung oder einen Abbruch der Therapie sind zu dokumentieren.

Politische Verantwortung, klare Konzepte und Regeln

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

Substitutionsmittel

Tabelle 2: Beschreibung der Substitutionsmittel⁴

Medikament	Einnahme- häufigkeit	empfohlene Dosierung	Verab- reichungsart	Überdosie- rungsrisiko	Entzug	Anmerkungen
Methadon	alle 24 Stunden	60-120 mg/Tag	oral (Sirup, Tabletten) injizierbar	+++	+++	optimale Dosis patientenabhängig; kann je nach individueller Variabilität < 60 mg oder > 120 mg sein.
Buprenorphin Buprenorphin + Naloxon (Verhältnis 4:1)	alle 24, 48 oder 72 Stunden	8-24 mg/Tag	sublingual	+ (mit zu- sätzlichen Medikamenten)	+	Beginn 6-8 Stunden nach dem letzten Heroinkonsum oder bei Auftreten von Entzugssymptomen. Hat der Patient zuvor Methadon eingenommen, ist die Methadondosis nach und nach auf 30 mg/Tag zu reduzieren. Buprenorphin kann 48 Stunden nach der letzten Metha- dondosis oder beim Auftreten von Ent- zugssymptomen verabreicht werden.
retardiertes Morphin	alle 24 Stunden	300-1.200 mg/Tag	oral (Kapseln)	+++	++(+)	Wird in einigen Gefängnissen verab- reicht, wenn Methadon oder Bupre- norphin kontraindiziert ist oder nicht toleriert wird. In Deutschland nicht als Substitutionsmittel zugelassen.
Diamorphin	alle 8-12 Stunden	400-700 mg/Tag	injizierbar rauchbar	+++	+++	Deutschland, Schweiz, Niederlande, Großbritannien
Levo-Alpha- Acetyl- methadol (LAAM)	alle 48-72 Stunden	70-120 mg dreimal pro Woche	oral	+++	+++	Nicht in der EU erhältlich, Sicherheitsbedenken.
Levo- methadon	alle 24 Stunden	40-60 mg/Tag	oral (Sirup)	+++	+++	Nur in Deutschland erhältlich.
Codein			oral (Sirup, Tabletten)	++	+++	Nur in Deutschland für Substitutionsbehandlungen.

In Deutschland zur Substitution zugelassene Medikamente sind grau hervorgehoben.

⁴ Die Tabelle wurde auf der Grundlage der Europäischen Methadon-Leitlinien (European Methadone Guidelines; Verster/Buning 2000) erstellt.

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

- Methadon

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

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

Methadon ist ein sicheres Arzneimittel, das keine bleibenden physischen oder psychischen Schäden verursacht. Anders als oft angenommen werden Knochen, Zähne oder Organe nicht direkt geschädigt. Allerdings verringern Opiode die

Speicheldproduktion, was dann wiederum zu Zahnkaries führen kann. Für einige Patienten kann die Entgiftung von Methadon außerdem ein äußerst schwieriger und langwieriger Prozess sein.

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

Kasten 7 | Das Einmaleins der Substitutionsbehandlung mit Methadon – ein Leitfaden

Allgemeine Hinweise

Im Rahmen der geltenden Gesetze und Bestimmungen sollte eine Methadontherapie nach denselben beruflichen und ethischen Standards erfolgen wie alle anderen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung. Die Therapeuten sollten für ein breites Spektrum an Behandlungskonzepten und ein umfassendes Betreuungsangebot sorgen und Drogenkonsumenten auf Anfrage bei der Überweisung oder Weiterleitung an andere Stellen unterstützen. Die vielfältigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung von Opiatabhängigkeit mit Methadon sollten maximal genutzt werden. Als Informationsquellen bieten sich die Fachliteratur, webbasierte Ressourcen und Gespräche mit Kollegen an. Eine Methadontherapie – auch über mehrere Jahrzehnte hinweg – hat keinerlei negative Auswirkungen auf Körperorgane.

Dosierung

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

- Sicherheit muss an erster Stelle stehen: Schätzungen des Abhängigkeits- und Toleranzgrades sind unzuverlässig. Sie sollten daher niemals als Grundlage für die Ermittlung der Methadon-Anfangsdosis dienen, da bei

einer Fehleinschätzung die Gefahr einer Überdosierung besteht.

- Bei der Dosierung haben die Begriffe „hoch“ und „niedrig“ keine moralische Nebenbedeutung.
- Methadon sollte nicht als „Belohnung“ gewährt oder zur „Strafe“ vorenthalten werden.

Spezielle Hinweise:

- Eine Erhöhung oder Reduzierung der Dosis sollte Schritt für Schritt erfolgen. Im Interesse der Sicherheit und des Wohlbefindens der Patienten empfiehlt es sich, bei einer verhältnismäßig niedrigen Dosis (weniger als 60 mg/Tag) Anpassungen in kleineren Schritten (z. B. jeweils 5 mg) und größeren Abständen (etwa alle fünf Tage) vorzunehmen. Bei einer höheren Dosis dagegen sind Anpassungen in größeren Schritten und kürzeren Abständen (z. B. jeweils 10 mg alle drei Tage) in der Regel unbedenklich.
- Im Allgemeinen lässt sich mit einer höheren Substitutionsdosis ein besseres Behandlungsergebnis erzielen als mit einer niedrigen Dosis. Die optimale Dosis liegt bei den meisten Patienten zwischen 60 und 120 mg pro Tag.
- Wenn der Patient das Gefühl hat, dass die Methadonwirkung nicht anhält, sollte eine Aufteilung oder Erhöhung der Tagesdosis erwogen werden. Dies kann besonders bei schwangeren und/oder antiretroviral behandelten Patient(inn)en geboten sein.

Ergänzende Angebote

- Je umfangreicher das Angebot für Drogenabhängige ist, desto besser. Ergänzende Leistungen sollten aber in jedem Fall freiwillig in Anspruch genommen werden.
- Eines der Haupthindernisse, die der Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung entgegenstehen, ist das der Suchterkrankung, den Behandelten und der Therapie anhaftende Stigma. Drogenkonsumenten sollten

beim Umgang mit diesem Stigma unterstützt werden. Die Therapeuten wiederum sollten jede Gelegenheit nutzen, um die Öffentlichkeit und vor allem das Fachpersonal des Gesundheitswesens umfassend zu informieren.

Kontinuität der Behandlung

- Im Rahmen des Möglichen sollte dafür gesorgt werden, dass Drogengebraucher ihre Substitutionsbehandlung nach der Aufnahme in Einrichtungen wie Vollzugsanstalten oder Krankenhäuser und nach der Entlassung weiterführen können.
- Dabei sind die Dosierungsempfehlungen für neue Drogenkonsumenten zu berücksichtigen, sofern nicht eindeutig belegt ist, dass zuvor eine höhere Dosis Methadon verabreicht wurde.

Urintoxikologie und Methadon-Serumspiegel

- Der Nutzen dieser und anderer Laboruntersuchungen ist abzuwägen gegen ihre Kosten und gegen die möglichen Vorzüge eines verbesserten Behandlungsangebots, das sich mit den verfügbaren Mitteln finanzieren ließe. In vielen Ländern gibt es klinische Richtlinien, die vor Beginn einer Substitutionsbehandlung verbindliche Drogentests vorschreiben.
- Drogenkonsumenten beim Wasserlassen zu beobachten, ist erniedrigend und für ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis in der Regel nicht gerade förderlich.

Therapieziele

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

Informierte Zustimmung – wichtige Punkte bei der Substitutionsbehandlung

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

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

- **Buprenorphin**

Der partielle Opioidagonist/-antagonist Buprenorphin ist ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel mit einer geringeren opioid-agonistischen Wirkung als Methadon. Da das Medikament oral nur schlecht resorbiert wird, wird es bei der Behandlung einer Opiatabhängigkeit in der Regel sublingual eingenommen. Bei steigender Dosis pendelt sich die Opioidwirkung von Buprenorphin schließlich auf einem stabilen Niveau ein, weshalb selbst bei gleichzeitiger Einnahme anderer Opioide ein ge-

ringeres Risiko einer Opioidüberdosis besteht als bei Methadon oder Heroin. In einer angemessenen Dosis ist Buprenorphin ähnlich wirksam wie Methadon, was die Einschränkung des verbotenen Opiatkonsums und die Verbesserung der psychosozialen Situation angeht. Die Therapieabbruchraten sind bei der Behandlung mit Buprenorphin allerdings bisweilen höher. Buprenorphin ist derzeit teurer als Methadon.

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

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

Ein Präparat aus Buprenorphin und einem kleinen Naloxonanteil im Verhältnis von 4:1 soll das Risiko einer missbräuchlichen Verwendung reduzieren. Bei sublingualer Einnahme ist die Resorption von Naloxon sehr schlecht, was die pharmakologische Wirkung einschränkt. Wenn ein Opiatabhängiger die Tablette jedoch zerkleinert und intravenös einnimmt, wird Naloxon bioverfügbar. Mögliche Folge sind schwere Opioidentzugssymptome, die unter Umständen von einem weiteren Missbrauch dieser Art abschrecken.

- Retardiertes Morphin

Morphinpräparate mit verzögerter Wirkstofffreisetzung im Darmtrakt – „retardiertes“ Morphin – werden in einigen Ländern wie Australien, Österreich, Bulgarien, den Niederlanden, Slowenien, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich als wertvolle Arzneimittel zur Substitutionsbehandlung von Dro-

genabhängigen angesehen. Einige Studien haben gezeigt, dass mit Morphin substituierte Patienten wegen des günstigeren Nebenwirkungsprofils oral retardierten Morphins im Vergleich zu Methadonpatienten ein gesteigertes Wohlbefinden verspüren. Über 24 Stunden verzögert freigesetztes Morphin ermöglicht eine einmalige tägliche Dosis. Die Patienten berichten, dass sie sich besser konzentrieren können, keine größeren Stimmungsschwankungen verspüren, nicht an Gewicht zunehmen und sich energiegeladener fühlen.

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

Behandlung mit dem Antagonisten Naltrexon

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

Eine Einzeldosis besetzt Opiatrezeptoren im Gehirn und hemmt damit 24 Stunden lang die Wirkung konsumierter Opioide. Möglich ist auch die Einnahme einer doppelten/dreifachen Dosis an drei Tagen pro Woche. Naltrexon bewirkt keine euphorischen Gefühle, keine Toleranz und keine Abhängigkeit. Vor

Beginn einer Behandlung mit Naltrexon ist in der Regel eine fünf- bis zehntägige Drogenabstinenz erforderlich (die Abstinenzzeit hängt von der Halbwertszeit des zuletzt eingenommenen Opioids ab).

Eine Cochrane-Literaturstudie zur Wirksamkeit von Naltrexon-Erhaltungstherapien (Kirchmayer u. a. 2002; Minozzi u. a. 2006) lieferte allerdings keine Hinweise für die Wirksamkeit von Naltrexon in der Erhaltungstherapie; eine positive Tendenz war nur bei hoch motivierten Personen zu erkennen.

Die Wirksamkeit dieser Behandlung ist sicherlich abhängig von der Einhaltung der Therapievorschriften, einer aktiven psychosozialen Unterstützung und der Bereitschaft, das Medikament täglich oder jeden zweiten Tag einzunehmen.

Zusammenfassend betrachtet lassen die Daten den Schluss zu, dass dieses Behandlungskonzept nur für hoch motivierte und intensiv psychosozial betreute Patienten in Frage.

III. SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG IM STRAFVOLLZUG

In der Vergangenheit wurden Opiatsubstitutionstherapien im Strafvollzug nur in begrenztem Umfang angeboten. Um in der Gesundheitsversorgung den gleichen Standard zu gewährleisten, wie er in Freiheit verfügbar ist, muss allen Gefangenen ihren gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend eine Substitutionsbehandlung ermöglicht werden. Da viele opiatabhängige Gefangene unmittelbar nach der Entlassung wieder rückfällig werden, sollten sie nach gründlicher Information entweder eine Entgiftungs- oder eine Erhaltungstherapie wählen können.

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

Der Nutzen von Substitutionsprogrammen lässt sich maximieren, wenn

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

Beginn einer Substitutionsbehandlung

Für den Beginn einer Opiaterhaltungstherapie im Gefängnis kommen folgende Zeitpunkte in Frage:

- unmittelbar nach Haftantritt
- während der Haft
- die Phase vor der Haftentlassung.

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

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

Um nach der Haft Rückfälle und Überdosierungen zu vermeiden, sollte bis zur Entlassung eine gleichbleibend geringe Erhaltungsdosis verabreicht werden.

Entgiftung

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

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

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

Patientenbezogene Faktoren lassen sich wie folgt beschreiben: Manche Gefangene möchten eine schnelle Entgiftung, um vollständig drogenfrei zu werden; sie wollen daher nicht mehr mit Drogen und anderen Drogenkonsumenten in Kontakt kommen und von Abhängigkeit und Drogenproblemen nichts mehr wissen. Sie möchten entweder die Zeit in Haft als drogenfreie Phase nutzen oder ein neues Leben beginnen und bei der Entlassung darauf vorbereitet und „clean“ sein. Ärzte und Pflegepersonal erheben jedoch bisweilen Einwände gegen ein solches Ziel, wenn sie den Zeitrahmen, den der Gefangene für die Entgiftung ansetzt, für zu kurz, zu ehrgeizig und somit für unrealistisch halten. Besonders bei einer zu schnellen Entgiftung kann es leicht zu einem Rückfall mit einem Überdosierungsrisiko kommen.

Wichtig ist daher ein individueller Therapieansatz, bei dem der Arzt den Patienten umfassend über die Vor- und Nachteile einer schnellen gegenüber einer langsamen Entgiftung aufklärt.

Rückfälle nach Entgiftungen sind überaus häufig, weshalb eine Entgiftung allein nur selten eine geeignete Methode zur Behandlung der Drogenabhängigkeit darstellt. Daher bietet es sich an, den Entzug als graduelle Entgiftung vorzunehmen und im Anschluss daran entweder eine abstinenzenorientierte Behandlung oder eine langfristige Substitution durchzuführen. Um erfolgreich zu sein, müssen die Interventionen so weit wie möglich auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten werden.

Drogenkonsumenten sind eine äußerst heterogene Gruppe. Ihre Bedürfnisse hängen davon ab, in welchem Stadium der Drogenkarriere sie sich befinden, wie hoch ihre Selbsteffizienz ist und inwieweit sie soziale Unterstützung erhalten. Solche Faktoren können dazu beitragen, dass eine schnellere, statt eine langsamere Dosisreduzierung gewünscht wird. Die Therapiebedürfnisse scheinen außerdem bei Frauen anders zu sein als bei Männern.

Dosierung und Überwachung der Einnahme

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

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

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

Nähere Informationen zur Dosierung und detaillierte Therapieempfehlungen (schnelle/langsame Entgiftung oder Erhaltungsbehandlung) finden sich in den Methadonrichtlinien von Euro-Methwork (<http://www.quest4quality.nl/euromethwork>).

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

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die durchschnittliche Substitutionsdosis in den Gefängnissen deutlich differiert (zwischen 30 und 70 mg Methadon). Anders als draußen tätige Ärzte sind manche Gefängnisärzte der Ansicht, dass niedrige Dosen genügen, da eine hundertprozentige Einnahme gewährleistet und der Mischkonsum im Gefängnis deutlich geringer ist.

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

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

In einigen Gefängnissen gibt das Vollzugspersonal das Substitutionsmittel aus, wenn das medizinische Personal nicht im Dienst ist.

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

Die Kontrolle der sublingualen Einnahme von Buprenorphin nimmt einige Zeit in Anspruch.

Urinkontrollen

Die Meinungen zu ärztlich angeordneten Urinkontrollen und die Folgen solcher Untersuchungen sind unterschiedlich.

In Fachkreisen wird über dieses Thema viel diskutiert. Zwar spielen Urinkontrollen bei der medizinischen Erstuntersuchung eine wichtige Rolle, da sie Aufschluss darüber geben, ob ein Patient tatsächlich Opiate konsumiert. Allerdings werden sie oft auch genutzt, um festzustellen, ob neben dem ver-

ordneten Medikament auch noch verbotene Drogen konsumiert werden. Viele Fachleute bezweifeln den therapeutischen Wert solcher Kontrollen und machen geltend, dass dieselben Informationen auch durch eine Befragung des Patienten gewonnen werden können, was Zeit und Kosten sparen würde. Das allerdings setzt ein gutes, von Respekt und gegenseitigem Vertrauen getragenes Arzt-Patient-Verhältnis voraus.

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

Abbruch der Substitutionsbehandlung

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

So heißt es in den (auch für den Justizvollzug verbindlichen) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (2010): „Aufgrund des hohen Gefährdungspotenzials, das mit einem Behandlungsabbruch verbunden ist, ist anzustreben, den Patienten auch bei Verstößen möglichst weiter in der Behandlung zu halten.“ Oder: „Bevor eine Behandlung beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z. B. Dosisanpassung...“. An anderer Stelle heißt es: „Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer aktuellen Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Fehlverhalten begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein.“

Folgendes abgestuftes Vorgehen ist zu empfehlen:

- Gesprächsversuche intensivieren, psychosoziale Betreuung einbeziehen
- Dosisanpassung überprüfen
- stationären (Teil-)Entzug anbieten

- psychiatrisch untersuchen und gegebenenfalls behandeln
- anderes Behandlungssetting
- Abbruch.

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

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

Die Bedeutung der psychosozialen Betreuung (PSB)

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

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

Gleichzeitige Verordnung von Benzodiazepinen und Beikonsum anderer Drogen

Viele Drogenkonsumenten betreiben Mischkonsum, um sich darüber hinwegzuhelfen, dass das bevorzugte Opiat (Heroin) nicht verfügbar ist. Die dabei angewandten Konsummuster bedingen häufig eine zusätzliche Abhängigkeit mit gravierenden Symptomen, die eine Entgiftung erschweren.

Opiatabhängige und intravenös Konsumierende greifen – neben Opiaten – oft auf verschiedene psychoaktive Substanzen einschließlich Alkohol zurück. Mehrere Studien haben gezeigt, dass besonders der Konsum von Kokain zusammen mit Opiaten bisweilen zum Scheitern der Behandlung führt. Werden Drogen wie Kokain intravenös konsumiert, kann durch die Opiatsubstitution außerdem nicht mehr so effektiv riskantes Verhalten reduziert werden. Die bisherigen Erkenntnisse weisen jedoch darauf hin, dass der Kokainkonsum ebenso abnimmt wie der Opiatkonsum, wenn Opiatabhängige ihre Behandlung konsequent fortführen.

Kasten 8

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

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

Zweck der Substitution

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

Strategien der Substitution

- A Entzugstherapie: Als Überbrückung bis zur Abstinenz wird in kleinen Schritten mit einer Substitutionssubstanz behandelt.
- B Einstellungstherapie: Sie erfolgt nach einem Aufklärungsgespräch mit der Patientin/dem Patienten und kann bis zum Erreichen der passenden Substitutionsmitteldosis mit erheblichen Entzugsbeschwerden einhergehen.

- C Überbrückungstherapie: Patient(inn)en mit eklatantem Opiatabusus werden bis zur geplanten Entzugstherapie substituiert.
- D Dauertherapie: Patient(inn)en werden wegen der Schwere ihres Krankheitsbildes aufgrund der Opiatabhängigkeit zum Schutz vor weiteren gesundheitlichen, psychischen und sozialen Schäden über Jahre oder bis zum Lebensende substituiert.
- E Reduktionstherapie: Patient(inn)en, die dies wünschen, werden über eine ausreichend lange Zeit entsubstituiert.

Substitutionsmittel

Nur solche Substitutionsmittel sollten zur Anwendung kommen, die eine mindestens 24-stündige Wirkdauer aufweisen und somit nur einmal pro Tag verabreicht werden müssen. Andere Medikamente eignen sich nicht für die Substitution. Folgende Substitutionsmittel sind zu empfehlen:

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

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

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

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

täglich bei einer Aufsättigung von ca. 10 mg pro Woche. Empfohlene Reduktionsschritte: 5 bis 10 mg pro Woche.

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

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

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

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

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

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

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

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

Obligatorische Vereinbarungen mit den Patient(inn)en

- 1 Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten und Meldung an die SÜST (Suchtmittelüberwachungsstelle)
- 2 Observanz der Einnahme unter Sicht
- 3 ärztliche Kontrolle eines gesundheitsschädigenden Beikonsums durch Harntests
- 4 regelmäßige Betreuung durch interdisziplinäre Fachdienste
- 5 Für jede Patientin/jeden Patienten muss eine genaue Aufklärung über das Substitutionsmittel und die Gefahren einer falschen Applikation sowie eines eventuellen Beikonsums erfolgen.
- 6 Beendigung der Substitution bei nicht kontrollierbarer missbräuchlicher Verwendung.

Indikationen für Substitutionen in Justizanstalten

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

Notwendige Kontrollen

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

Nachweisbarkeit im Harn

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

Ethische Grundsätze der Substitution

Die Suchtkrankheit ist eine chronisch rezidivierende Erkrankung, wobei das eigentlich angesetzte Therapieziel der Heilung (= Abstinenz) nur selten erreicht wird. Die moderne Suchttherapie nimmt zusehends mehr den Begriff der „harm-reduction“, also der Leidensminderung auf. Die Priorität der Suchttherapie soll in einer Abklärung der Komorbiditäten liegen – sprich der Erkenntnis und Reflexion der Auslöser und Ursachen für die Sucht.

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

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

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

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

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

Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) im Schweizer Strafvollzug

Catherine Ritter

1. Prävention

Den Gefangenen sind die zur Prävention des Opioidkonsums notwendigen Informationen in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen (siehe unter Sucht Info Schweiz).

2. Erkennung und Diagnose von Opioidgebrauch/Opioidabhängigkeit

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

Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Substanzgebrauch:
 - aktueller Gebrauch von Substanzen einschliesslich Tabak, Alkohol, Medikamente (mit oder ohne Verschreibung): Datum/Stunde, Menge und Art der letzten Einnahmen, seit der Inhaftierung verschriebene/verabreichte Medikamente
 - Konsumarten (Rauchen, Sniffen, intravenöse Zufuhr) und Risikoverhalten
- rechtzeitige Behandlung, insbesondere Substitution: Dosierung, Einnahmekontrolle
- Kriterien für eine Opioidabhängigkeit abklären (ICD-10 oder DSM-IV).

Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung sind folgende Punkte abzuklären:

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

⁵ Das Projekt wird mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) und der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren und -direktoren (KKJPD) durchgeführt (2008-2011). Weitere Informationen befinden sich auf http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05484/05488/index.html?lang=de.

3. Therapie und Verlauf

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

Vier gängige Situationen, in denen Substitutionsmedikamente verschrieben werden:

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

1. Behandlung des Opioidentzugs und kurzfristige Stabilisierung

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

Behandlung der Entzugsserscheinungen mit Opioiden

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

2. Einleitung einer SGB bei nicht substituierten Opioidabhängigen

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

3. Weiterführung einer bereits begonnenen SGB

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

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

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

Bei einer Dosisänderung zu berücksichtigende Aspekte:

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

Bei einem abstinenzorientierten Entzug zu berücksichtigende Aspekte:

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

4. Schadensminderung

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

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

5. Information und Aufklärung

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

6. Meldepflicht und Kohorten für epidemiologische Verlaufsuntersuchungen

Formulare zuhanden der kantonalen Gesundheitsbehörden ausfüllen

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

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

8. Netzwerkarbeit

Vernetztes Arbeiten und Nachsorge im Hinblick auf die Entlassung organisieren

Referenzen

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

BAG 2009, Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit

WHO 2010, Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

IV. GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN ZUR SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Aufklärung der Drogenkonsumenten

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

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

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

Anonymität und Vertraulichkeit

Jeder Gefangene sollte vor einer Behandlung wissen, ob der verantwortliche Arzt in erster Linie dem Staat, der Haftanstalt oder dem Gefangenen verpflichtet ist.

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

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

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

Privilegien

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

Take-Home-Dosen können als Vergünstigung bei mehrtägigen Besuchen oder Aufenthalten außerhalb des Gefängnisses ausgegeben werden. Ein substituiert Gefangener muss die Behandlung nach der Entlassung fortsetzen können.

Über die Arbeitsfähigkeit substituiert Gefangener entscheidet der Anstaltsarzt.

Wer vor der Inhaftierung eine Substitutionsbehandlung begonnen hat, sollte die bisherige Medikation in Haft beibehalten können. Dem stehen in der Praxis jedoch viele Hindernisse entgegen. Besonders problematisch ist, dass viele Patienten ihre Behandlung unterbrechen müssen, wenn sie vor Haftantritt einige Zeit in Polizeigewahrsam sind. Das kann dazu führen, dass die Opiattoleranz erheblich sinkt. Drogenkonsumenten sollte es deshalb auch in Polizeigewahrsam ermöglicht werden, ihre Therapie mit der verordneten Dosis fortzuführen. Dies gilt allerdings nicht für Personen, die zum Zeitpunkt der Einnahme ihrer täglichen Substitutionsmitteldosis unter Drogen stehen. Eine Verhaftung in intoxikiertem Zustand soll jedoch kein Anlass sein, die Fortführung der Substitutionsbehandlung zu verweigern.

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

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

In der Regel untersteht die Polizei dem Innenministerium, während für den Strafvollzug das Justizministerium zuständig ist – dadurch wird die Zusam-

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

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

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

Einbeziehung von Drogenkonsumenten und Drogenselbsthilfe

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

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

Verbesserte Behandlung von Infektionskrankheiten

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

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

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

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

Substitutionsbehandlung in allen Haftbereichen

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

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

Frauenspezifische Besonderheiten

Frauen erleben eine Drogenabhängigkeit und Drogentherapie in der Regel anders als Männer. In der Behandlung opiatabhängiger Frauen ist vor allem auch die hohe körperliche und psychische Komorbidität zu berücksichtigen. Diese Patientinnen sehen sich oft Hindernissen gegenüber, die eine Behandlung erschweren, wie fehlende finanzielle Ressourcen, der Mangel an speziell auf Frauen zugeschnittenen vernetzten Hilfsangeboten oder Doppelbelastung durch Kinder.

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

V. AUSBLICK

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

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

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

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

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

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

VI. MEDIZINETHISCHE ASPEKTE VON OPIATSUBSTITUTIONSPROGRAMMEN IM STRAFVOLLZUG

Die Opiatsubstitution im Strafvollzug ist eine Therapieform, die wie alle anderen zugelassenen ärztlichen Behandlungsmethoden auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht und mit Empfehlungen der WHO und der UNO (WHO/UNODC/UNAIDS 2002) sowie den Gesetzen zahlreicher Länder übereinstimmt. Die Diskussion ihrer ethischen Aspekte scheint aus dreierlei Gründen angebracht:

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

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

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

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

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

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

Zu Kernaussage A

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

Urinkontrollen auf Drogenmetaboliten ordnet die Gefängnisleitung aus Gründen der Sicherheit und Ordnung an, bei vielen Opiatsubstitutionsprogrammen sind sie aber auch Teil der Therapievereinbarung. Gemäß Grundsatz A und der Bedeutung des Vertrauens der Patienten dürfen Ärzte und Pflegekräfte, die

Gefangene betreuen, niemals an Drogentests beteiligt sein, die aus Sicherheitsgründen durchgeführt werden. Es ist äußerst wichtig, dass Häftlingen der Unterschied zwischen einem aus Sicherheitsgründen und einem zu Behandlungszwecken vorgenommenen Urintest verdeutlicht wird und dass die Ergebnisse von Urintests, die bei einer Substitutionstherapie durchgeführt werden, vertraulich behandelt und ausschließlich für Behandlungsempfehlungen verwendet werden und niemals eine Strafe nach sich ziehen. Das medizinische Team darf solche Ergebnisse grundsätzlich nur dann an Dritte weitergeben, wenn die ausdrückliche Zustimmung des Gefangenen vorliegt und die Weitergabe in dessen Interesse erfolgt.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz heutiger Konzepte zur Behandlung von Drogenabhängigen stimmt ebenfalls mit Kernaussage A überein: Der behandelnde Arzt muss nicht nur darauf achten, dass seine Patienten die vereinbarten Behandlungsziele tatsächlich wünschen und diese kurz- wie auch langfristig erreichen können, sondern auch, dass er ihnen nicht seine eigenen Vorstellungen von Menschenwürde und Lebensweise überstülpt. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Gesundheit und das Wohlergehen des Gefangenen und nicht unbedingt die Angleichung seiner Lebensgewohnheiten an diejenigen des Arztes.

Zu B, Punkt 1 und 2

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

Zwar hat sich in Europa und anderen Regionen die Zahl der Opiatsubstitutionsprogramme im Strafvollzug in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht. Trotzdem klafft nach wie vor eine Lücke zwischen den behandlungsbedürf-

tigen und den tatsächlich behandelten Gefangenen (Stöver/Casselman/Hennebel 2006). Das verweist nicht nur auf einen Mangel an Therapieoptionen und schadensreduzierenden Maßnahmen für den einzelnen Häftling, sondern auch auf eine Gefährdung der Öffentlichen Gesundheit: Von allen Orten, an denen Drogen injiziert werden, sind Gefängnisse diejenigen, wo das Risiko einer Ansteckung mit durch Blut übertragbaren Infektionen am größten ist – ein Umstand, der gezielte Maßnahmen der Schadensbegrenzung in Gefängnissen noch wichtiger erscheinen lässt als außerhalb des Strafvollzugs (Lines 2006).

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

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

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

Zu B, Punkt 3

Die Zustimmung des angemessen informierten Patienten („informed consent“) ist Grundvoraussetzung für jede Therapie, die – wie die Behandlung mit Opiaten – mit unerwünschten Wirkungen und Risiken einhergeht. Aufgrund der medizinischen, juristischen und psychosozialen Komplexität der Substitutionsbehandlung sehen viele Programme anstelle einer mündlichen oder schriftlichen Einverständniserklärung einen formellen Vertrag vor, den Patient und Arzt unterzeichnen. Hierbei sollte aber bedacht werden, dass Patienten bei anderen Behandlungen, wenn überhaupt, nur selten Verträge unterzeichnen müssen. Eine solche Regelung kann daher ein gewisses Maß an Zwang und Misstrauen in das Arzt-Patient-Verhältnis bringen. Andererseits verdeutlicht ein Vertrag die Pflichten des Arztes und des Patienten, deren Erfüllung beide anzumahnen oder einzufordern berechtigt sind. Eine individuelle Vertragsgestaltung und die Erläuterung und Erörterung des Vertragsinhalts helfen, die Opiatsubstitution allgemein wie auch das individuelle Behandlungsprogramm und seine Ziele besser zu verstehen. Ein nicht vertragsgemäßes Verhalten darf jedoch nicht Anlass für eine Bestrafung sein. Aus einer jüngeren Umfrage (Stöver/Casselmann/Hennebel 2006) geht deutlich hervor, dass das Verständnis seitens der Patienten durch ausführlichere Informationen verbessert werden muss.

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

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

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

Der Patient ist ebenso um Zustimmung zu Kontrollmaßnahmen zu bitten, wie etwa einer Überprüfung der Mundhöhle nach Einnahme des Substitutionsmittels, um Opiatmissbrauch zu verhindern – dies ist im Strafvollzug von besonderer Bedeutung. Diese Kontrollen sind als Teil der Therapie anzusehen und sollten nicht durch das Wach-, sondern das medizinische Personal erfolgen. Gleiches gilt, wenn das Behandlungsprogramm Urintests beinhaltet, deren Ergebnisse streng vertraulich sind und nie als Grundlage für disziplinarische, sondern einzig für therapeutische Entscheidungen verwendet werden dürfen. Wie bereits erwähnt, sollte das medizinische Personal nie an Leibesvisitationen oder Urinkontrollen mitwirken, die das Wachpersonal aus Sicherheitsgründen, das heißt zu nichtmedizinischen Zwecken angeordnet hat.

Gefangene, die sich in einem Opiatsubstitutionsprogramm befinden, müssen oft aus juristischen und praktischen Gründen eine Einschränkung der Vertraulichkeit akzeptieren. Die meisten Länder sehen eine Meldepflicht für Personen vor, denen Opiate verordnet werden. Außerdem erfordern die Bereitstellung und Ausgabe von Substitutionsmitteln sowie der Mangel an medizinischem Fachpersonal in Gefängnissen oftmals die Einbeziehung und Zusammenarbeit mit Bediensteten, was der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht entgegensteht. Eine ganzheitliche Drogentherapie erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, bei der ein Austausch von Informationen und Unterlagen unumgänglich und im Interesse des Patienten ist. Jedes Mitglied des Behandlungsteams unterliegt der beruflichen Schweigepflicht. Die Gefangenen müssen genau wissen, wer Zugang zu ihren Unterlagen hat, für wen die berufliche Schweigepflicht gilt und inwieweit es Einschränkungen der Schweigepflicht gibt.

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

gedrängt, die verschriebenen Arzneimittel in den Schwarzmarkt des Gefängnisses umzuleiten.

Zum Schutz inhaftierter Drogenkonsumenten und Substitutionspatienten ist es daher dringend geboten, eine hinreichende Geheimhaltung zu gewährleisten und diskriminierende Vorschriften, Verhaltensmuster und Denkweisen zu beseitigen. Vor allem darf die Teilnahme an einer Opiatsubstitutionstherapie während der Haftzeit nie zu Benachteiligung und Diskriminierung führen.

Zu B, Punkt 4

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

Zu B, Punkt 5

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

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

Zu B, Punkt 6

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

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

Zu B, Punkt 7

Die Behandlung der Drogenabhängigkeit setzt eine solide Fachkompetenz voraus. Angesichts der Komplexität einer Opiatsubstitution im Strafvollzug, der Verantwortung für eine individuelle Diagnosestellung und Behandlungspla-

nung sowie der Notwendigkeit, tödliche Risiken und unerwünschte Wirkungen auf ein Minimum zu beschränken, sollte an der Substitutionstherapie immer ein auf Suchtbehandlung spezialisierter Arzt beteiligt sein.

Kasten 11

Auszug aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (2010)

16. Qualifikation des behandelnden Arztes

Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger darf nur von solchen Ärzten übernommen werden, die die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation erfüllen, die von den Ärztekammern festgelegt wurde.

Im Rahmen der Konsiliar- und Vertretungsregelung gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV kann im Ausnahmefall eine Substitution auch ohne eine entsprechende suchtherapeutische Qualifikation durchgeführt werden. Für diesen Fall gelten die in Kapitel 8 aufgeführten Bedingungen.

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

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

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

Um das Abzweigen und den Missbrauch von Opiaten so weit wie möglich zu unterbinden, sind entsprechende Kontrollmaßnahmen unverzichtbar. Hierzu gehören die Überprüfung der Mundhöhle nach Verabreichung des verordneten Opiats und bei vielen Substitutionsprogrammen auch regelmäßige Urinkontrollen auf Drogenmetaboliten. Diese Kontrollen sollten von dem medizinischen Personal unter Wahrung der Schweigepflicht durchgeführt werden. Bislang ließ sich nicht nachweisen, dass Urintests ein effizientes Mittel zur Optimierung von Substitutionsprogrammen sind. Genauere und nützlichere Erkenntnisse dürfte hier ein offenes und vertrauensvolles Therapieverhältnis liefern. Eine visuelle Kontrolle der Urinabgabe ist entwürdigend und mit einem respektvollen Arzt-Patient-Verhältnis nicht vereinbar.

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

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

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

Quellen

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association

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

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

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

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

Council of Europe (2004): European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. The CPT standards. "Substantive" sections of the CPT's General Reports
www.cpt.coe.int (letzter Zugriff: 15.11.2011)

Council of Europe (2006): Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

Dolan, K. A./Wodak, A. D./Hall, W.D. (1996): An international review of Methadone provision in prisons. In: Addiction Research, 4: 85–97

Eder, H. u. a. (2005): Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. In: Addiction, 100: 1101–1109

Feest, J./Lesting, W. (2012): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz. 6. Aufl., Carl Heymanns Verlag

Hedrich, D./Alves, P./Farrell, M./Stöver, H./Möller, L./Mayet, S. (2011): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: Addiction (in press)

Heinz, W.; Stöver, H.; Poehlke, Th. (2010): Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. 3. Aufl., Berlin: Springer

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

Kastelic, A./Perhac, O./Kostnapfel Rihtar, T. (2001): General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia

Kastelic, A. (2007): Health in prisons, A WHO guide to the essentials in prison health. World Health Organization, Substitution treatment in prisons, 113–132

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pont, J./Stöver, H./Wolff, H. (2011): Dual Loyalty in Prison Health Care. In: *American Journal of Public Health* (in press)

Schulte, B./Stöver, H./Thane, K./Schreiter, C./Gansefort, D./Reimer, J. (2009): Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. In: *International Journal of Prisoner Health* 5 (1): 39–44

Stallwitz, A./Stöver, H. (2007): The impact of substitution treatment in prison – a literature review. In: *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18 (6), Nov. 2007

Stöver, H./Casselmann, J./Hennebel, L. (2006): Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. In: *International Journal of Prison Health*, 2: 3–12

Stöver, H./MacDonald, M./Atherton, S. (2007): Harm Reduction for Drug Users in European Prisons. Oldenburg/Germany, London/UK

Stöver, H./Michels, I. I. (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: *Harm Reduction Journal* 2010, 7: 17
<http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

The Patel report (2010): Reducing drug-related crime and rehabilitating offenders. Recovery and rehabilitation for drug users in prison and on release: recommendations for action http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_119851

United Nations Office on Drugs and Crime/UNAIDS/WHO (2006): HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime <http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

Verster, A./Buning, E. (2000): European methadone guidelines. Amsterdam, EuroMethwork <http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

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

WHO (1993): Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, World Health Organization http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf (letzter Zugriff: 15.11.2011)

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva, World Health Organization http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html (letzter Zugriff: 15.11.2011)

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

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002): Prisons, drugs and society. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1288615&SecMode=1&DocId=1433204&Usage=2> (letzter Zugriff: 23.11.2011)

Zickler, P. (1999): High-dose methadone improves treatment outcomes. NIDA Notes, 14(5) http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html (letzter Zugriff: 15.11.2011)

Weiterführende Literatur

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

Department of Health (2006): Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting. Including Psychosocial Treatment as a Core Part. London/UK

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002): Key role of substitution in drug treatment. In: Drugs in Focus, Issue 1 (January–February)
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003): Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. In: Drugs in Focus, Issue 7 (January–February)
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

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

Ford, C. u. a. (2003): Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care. London, RCGP Drug and Alcohol Misuse Training Programme, RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group and SMMGP
<http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

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

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

Kerr, T./Jürgens, R. (2004): Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network
<http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf> (letzter Zugriff: 15.11.2011)

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

Møller, L./Stöver, H./Jürgens, R./Gatherer, A./Nikogosian, H. (Hg.) (2007): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
(letzter Zugriff: 23.11.2011)

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

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

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

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

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

WHO Regional Office for Europe (2003): Declaration on Prison Health as a Part of Public Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2003
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf
(letzter Zugriff: 23.11.2011)

WHO (2004): The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe. Geneva, World Health Organization
http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html
(letzter Zugriff: 16.11.2011)

WHO/UNODC/UNAIDS (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. Geneva
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf
(letzter Zugriff: 16.11.2011)

WHO Regional Office for Europe (2005): Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf
(letzter Zugriff: 16.11.2011)

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

Kontaktadressen der Autoren

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

Prof. Dr. med. Jörg Pont
Brachtlgasse 20A, A-1230 Wien/Österreich
joerg.pont@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. Heino Stöver
Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt
Tel. +49 (0)69 15 33 28 23, hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

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

Bärbel Knorr
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Fachbereich Drogen & Strafvollzug
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel. +49 (0)30 69 00 87-45

