

SUCHTMEDIZIN

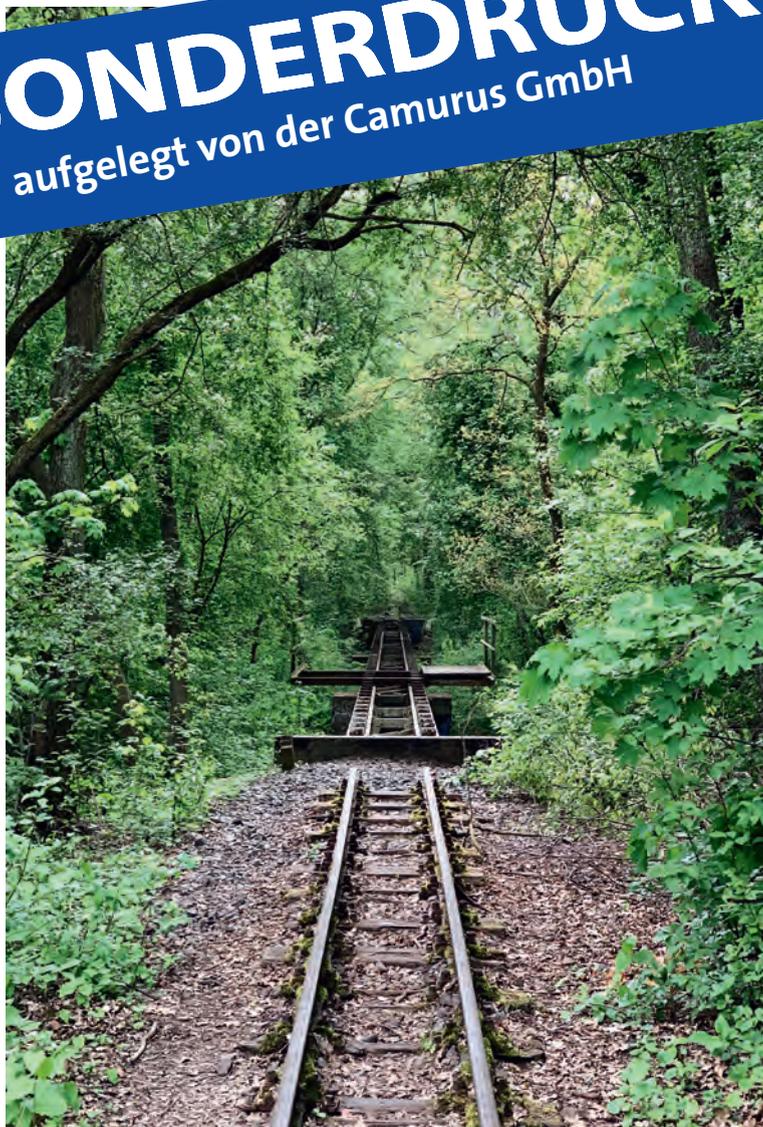
Addiction Medicine

Herausgeber: M. Backmund · Ph. Bruggmann · H. Haltmayer · M. Kraus · M. Soyka · M. Walter

SONDERDRUCK
aufgelegt von der Camurus GmbH

2021

2



Joel Schreyer

Opioidsubstitutionsbehandlung im Vollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen?

(H. Stöver, K. Keppler)

Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug – praktische Schwierigkeiten und rechtliche Beurteilung

(W. Lesting, H. Stöver, K. Keppler, J. Fähmann)

Entwicklung der Substitutionsbehandlung im bayerischen Strafvollzug am Beispiel der Justizvollzugsanstalt Straubing

(G. Gross)

Opioidsubstitutionstherapie und Substitutionsmedikamente im Justizvollzug – Bestandserhebung und Vergleich

(K. Keppler, H. Stöver)

Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review

(B. Völlm, D. Cerci)

ögabs

Organ der ÖGABS (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit)

ecommed
MEDIZIN

Opioidsubstitutionstherapie im Justizvollzug

Karlheinz Keppler¹, Heino Stöver²

¹ Berliner Straße 90, 13507 Berlin

² Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt

Wie in der Freiheit so auch in der Haft stellt die Substitutionsbehandlung für viele Opioidabhängige die einzige Möglichkeit dar, einen Weg aus ihrer Abhängigkeit zu finden, weniger bzw. keine psychotropen Substanzen mehr zu konsumieren und sich gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, dass sie mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen leben können. Für viele opioidabhängige Gefangene stellt die Substitutionsbehandlung die Grundlage für weiterführende Behandlungen dar (► **vgl. Beitrag Stöver & Keppler ab Seite 59**).

Eine der wichtigsten Wirkweisen der Substitutionsmedikamente ist die Reduktion des Cravings, also des Verlangens nach Heroin („Heroinhunger“). Durch die Behandlung von Opioidabhängigen in Haft kann so der fortgesetzte Konsum von Opioiden minimiert werden. Das ist einerseits für die Gefangenen von großer Bedeutung – sie müssen so nicht länger innerhalb der Haftanstalt nach Möglichkeiten der Drogenbeschaffung und -finanzierung suchen, was den Behandlungsprozess immer wieder überlagert und stört. Die Substitutionsbehandlung ist aber auch für das System Justizvollzug von enormer Bedeutung, nimmt sie doch einiges von der Dynamik einer verbreiteten Sucht im Gefängnis: Kaufen, Tauschen, Finanzieren, Konsumieren, Erpressen, Gewalt – all dies sind oft täglich erfahrbare Phänomene innerhalb der Justizvollzugsanstalten.

Die Belege für die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung auch in der Haft sind zahlreich, die rechtliche Bewertung eindeutig (► **vgl. Beitrag Lesting et al. ab Seite 67**), die Medikamentenpalette größer, die Applikationsformen

vielfältiger als das noch vor einigen Jahren der Fall war (► **vgl. Beitrag Keppler & Stöver ab Seite 81**) – und doch befindet sich bundesweit nur weniger als die Hälfte der opioidabhängigen Gefangenen in einer Behandlung im Vergleich zur Situation in Freiheit – mit enormen regionalen Unterschieden. Zudem ist die Organisation der Substitutionsbehandlung gegenwärtig von Haftanstalt zu Haftanstalt sehr heterogen (► **vgl. Beitrag Groß ab Seite 74**).

Woran liegt das? Die Beitragenden dieses Schwerpunktthemas gehen u. a. dieser Frage nach und versuchen, die Widerstände zu identifizieren und zu verstehen – erst dann können sie im fachlichen und fachpolitischen Diskurs aufgegriffen und angegangen werden.

Auch im Maßregelvollzug wird die Substitutionsbehandlung nur ‚zurückhaltend‘ eingesetzt – auch dort bleibt sie sozusagen unter ihren Möglichkeiten (► **siehe Beitrag Völlm & Cerci ab Seite 90**) – auch hier gilt es die Gründe zu verstehen, um das volle Potenzial der Substitutionsbehandlung ausschöpfen zu können.

Insgesamt bleibt zu hoffen, dass die Vorzüge der Opioidsubstitutionsbehandlung an sich und im Besonderen in Haft, v. a. als Grundlage für weiterführende Behandlungen genutzt werden und sie bei bestehender medizinischer Indikation wie jede andere Krankenbehandlung auch im Justizvollzug selbstverständlich durchgeführt wird.

Karlheinz Keppler, Heino Stöver

Korrespondenzadressen:

Dr. Karlheinz Keppler
Berliner Straße 90
13507 Berlin
E-Mail: karlheinz.keppler@web.de

Prof. Dr. Heino Stöver
Frankfurt University of Applied Sciences
FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
E-Mail: hstoever@fb4.fra-uas.de

Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen?

Heino Stöver¹, Karlheinz Keppler²

¹ Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt

² Berliner Straße 90, 13507 Berlin

Zusammenfassung

Nach wie vor werden in Haft weniger opioiddabhängige Menschen substituiert als in Freiheit. Dabei ist der Zugang zu einer solchen Behandlung nicht nur ein Weg aus der Sucht, sondern auch Menschenrecht. Darüber hinaus wurden zahlreiche positive Effekte wie Steigerung der Lebensqualität, Senkung des HIV/HCV/HBV-Infektionsrisikos und Reduktion opioiddbedingter Mortalität nach der Haft beobachtet. Außerdem wurde ein Rückgang sowohl von entzugsbedingter Gewalt als auch von Beschaffungskriminalität festgestellt. Darüber hinaus erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Haftentlassene im Anschluss an ihre Haftstrafe eine Therapie beginnen. Dem gegenüber stehen Schwierigkeiten einer Substitutionsbehandlung in Haft, wie personeller Bedarf, Handel mit Substituten unter den Gefangenen oder Schwierigkeiten, die Behandlung nach der Haft fortzuführen. Die Wirksamkeit und Bedeutung einer solchen Behandlung für opioiddabhängige Menschen steht allerdings außer Frage. Es existieren bereits erste grundlegende Leitfäden für eine gute Praxis der Substitutionsbehandlung in Haft. Deshalb bleibt zu hoffen, dass eine Opioidsubstitutionsbehandlung in der medizinischen Versorgung auch im Justizvollzug eine Selbstverständlichkeit wird und die Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

Schlagwörter: Gefängnis, OST, Opioiddabhängigkeit, Gesundheitsfürsorge in Haft

Abstract

Opioiddsubstitution in detention: Evidence, challenges and best practice

Fewer opioidd-addicted people are still substituted in prison than in freedom. Access to such treatment is not only a way out of addiction, but also a human right. In addition, numerous positive effects are noted like an increase in quality of life, reduction of HIV/HCV/HBV infection risk and reduction of opioidd-related mortality after detention. Furthermore, a decrease in drug withdrawal related violence as well as acquisition crime is found. Also, an increased probability to start therapy after detention could be observed. On the other hand, there are difficulties of substitution treatment in custody, such as personnel needs, substitute trafficking among prisoners or difficulties for further treatment after detention.

However, the effectiveness and importance of such a treatment for opioidd-dependent people is beyond question. There are already best practice guidelines for a successful implementation of opioidd substitution treatment in prison. Therefore, an opioidd substitution treatment should be a natural part of medical care in prisons and the penal system itself should provide fitting conditions.

Keywords: prison, opioidd substitution treatment, healthcare in prison

1 Einleitung

Die Bundesärztekammer (BÄK) definiert Opioiddabhängigkeit als eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit (Behrend et al. 2013, Keppler et al. 2010). Die Substitution als wissenschaftlich umfangreich evaluierte Behandlungsform (Deutscher Bundestag 2016, United Nations Office on Drug and Crime et al. 2013, Koehler et al. 2013) stellt sicher, dass opioiddabhängige Menschen ein Medikament zur Reduk-

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Heino Stöver
Frankfurt University of Applied Sciences
FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
E-Mail: hstoever@fb4.fra-uas.de

tion bzw. Aufhebung des Suchtdrucks erhalten, um sie in die Lage zu versetzen, ihren Alltag besser zu bewältigen (Stöver & Keppeler 1998) und um weitere physische und psychische Stabilisierungen, Therapieaufnahmen (z. B. im Hinblick auf HIV/AIDS, HCV, aber auch medizinische Rehabilitation) und weitere Unterstützungen zu ermöglichen.

Die Substitutionsbehandlung stellt für viele Suchtkranke die einzige Möglichkeit dar, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden, weniger bzw. keine psychotropen Substanzen mehr zu konsumieren (Kotz & Olgakcioglu 2018), und sich gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, dass sie mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen leben können (Bundesdrogenbeauftragte 2019, Moazen et al. 2019).

Der Anteil Suchtkranker und besonders Opioidabhängiger im Vollzug ist hoch (Häßler & Suhling 2017, Stöver 2018). Für den Justizvollzug zeigte sich im Jahr 2018, dass mindestens 6013 von 39 699 Inhaftierten entweder von Opioiden oder von mehreren Substanzen abhängig waren (Stoll et al. 2019). Nach der Entlassung kommt es oft zu Rückfällen in alte Konsummuster und damit verbundene Straftaten, bei ca. 30 % der nach dem BtMG verurteilten Erwachsenen und bei über 45 % der verurteilten Jugendlichen (Deutscher Bundestag 2016, Jehle et al. 2016).

Viele Opioidabhängige kommen aufgrund von Ersatzfreiheitsstrafen in Haft (Feest 2017). Ein nicht unerheblicher Teil befindet sich vor Haftantritt bereits in einer Substitutionsbehandlung (Schulte et al. 2009). Studien verweisen hier auf hohe Rückfallquoten, wenn eine Substitutionsbehandlung trotz bestehender Indikation ausbleibt (Stoll et al. 2019).

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die Substitution dazu beitragen kann, Rückfälle in kriminelles Verhalten zu verhindern (Koehler et al. 2013). Die Substitution steht daher opioidabhängigen Inhaftierten in über 40 Mitgliedstaaten des Europarates zur Verfügung (Wenner vs. Deutschland 2016). Gleichwohl erhalten viele Inhaftierte weltweit (Sander et al. 2019, Binswanger 2019), europaweit (Stöver et al. 2006, Stöver & Casselman 2006) und in Deutschland (Müller et al. 2017) keine Substitution oder diese ist mit hohen Hürden verbunden (Möhrle 2020, Stöver 2011). Eine deutsche Studie, die Schadensminimierung im Justizvollzug untersucht hat, hatte zum Ergebnis, dass in den Jahren 2012–2013 lediglich 58 % der Gefängnisse eine Opioidsubstitutionsbehandlung angeboten hatten (Müller et al. 2017).

Expert*innen gehen davon aus, dass zwischen unter einem Prozent (Sachsen) und 65 % (Bremen) der opioidabhängigen Inhaftierten eine Substitutionsbehandlung erhalten (Stöver et al. 2019b). Durchschnittlich werden bundesweit 24 % der Opioidabhängigen oder von multiplem Substanzkonsum abhängigen Inhaftierten substituiert – etwa die Hälfte der Zahl in Freiheit (Stoll et al. 2019). Schätzungsweise 70 % der vor der Haft begonnenen Substitutionsbehandlungen werden während der Inhaftierung

abgebrochen (Deutscher Bundestag 2016, Wenner vs. Deutschland 2016), oft entgegen den Richtlinien der BÄK (Deutscher Bundestag 2016). Wissenschaftliche Befunde zeigen, dass die Effektivität der Substitutionsbehandlung abnimmt, wenn die Behandlung an hohe Hürden geknüpft wird (Kourounis et al. 2016).

In Haft und anschließend vor Gericht wird Inhaftierten eine Substitutionsbehandlung immer wieder verweigert (OLG Hamburg 2001, OLG München 2012). Zahlreiche Entscheidungen sind nicht nur aus rechtlicher und medizinischer Sicht höchst fragwürdig, sondern widersprechen auch wissenschaftlichen Erkenntnissen (Fährmann et al. 2021a). Vielfach beruhen sie auf unbestätigten Behauptungen oder Fehlannahmen, die immer wieder reproduziert werden (Fährmann et al. 2021b), z. B. dass durch die Einführung von Opioid-Substitutionstherapie (OST) der Opioidgebrauch in der Anstalt steigt.

Das führt mitunter dazu, dass Gefangene in andere Gefängnisse verlegt werden müssen, weil Anstaltsärzte sich weigern, die Opioidsubstitutionsbehandlung durchzuführen. Daten aus Frankreich legen nahe, dass institutionelle Weigerungen und Scheitern einer kontinuierlichen Opioidsubstitutionsbehandlung entscheidende Faktoren sein können, die einerseits zum Versagen der Behandlung und andererseits zum Scheitern in der Reduktion der Wiederinhaftierung und der drogenbezogenen Mortalität für die Gefangenen beitragen können, die transferiert oder entlassen werden (Marzo et al. 2009).

2 Positive Auswirkungen der Substitution für opioidabhängige Gefangene, das Gefängnis und die Allgemeinheit

Nicht nur für die individuelle gesundheitliche und soziale Situation von opioidabhängigen Menschen in Haft lassen sich positive Auswirkungen der Behandlung ausmachen (Gross et al. 2021). Insbesondere im Hinblick auf Straffälligkeit und Gesundheitsförderung gibt es stichhaltige Argumente für eine Substitutionsbehandlung, sofern eine Indikation vorliegt (Bundesdrogenbeauftragte 2019).

2.1 Lebensqualität

Eine der wichtigsten Wirkweisen der Substitution ist die Reduktion des Cravings, also des Verlangens nach Heroin („Heroinhunger“). Durch die Behandlung von Opioidabhängigen in Haft kann der fortgesetzte Konsum von Heroin minimiert werden. Das ist für die Gefangenen von großer Bedeutung – sie müssen so nicht länger innerhalb der Haftanstalt nach Möglichkeiten der Drogenbeschaffung und -finanzierung suchen, was den Behandlungsprozess immer wieder überlagert und stört. OST stellt daher eine wesentliche Erhöhung der Lebensqualität dar (Malta et al. 2019, Dematteis et al. 2017, Bielen et al. 2018).

Auch eine Verbesserung der individuellen (psycho-)sozialen Situation wird erreicht: der psychische Druck durch ein ständiges Leben in der Illegalität wird verringert, die Behandlung wird durch die Psychosoziale Beratung ergänzt, um rückfallbegünstigende Situationen und Ereignisse frühzeitig ausmachen und eindämmen zu können (Hennebel et al. 2005).

2.2 HIV/HCV/HBV-Infektionsrisiken

Viele opioidabhängige Gefangene erleben während der Inhaftierung Rückfälle in den illegalen Opioidkonsum (Moazen et al. 2018), und damit gleichzeitig „Hygiene-Rückfälle“ (Stöver et al. 2019a, Jacob et al. 1997). Während sie in Freiheit eine Vielzahl von Schadensminimierungsangeboten einschließlich Spritzenaustauschprogrammen in Anspruch nehmen können, ist dies in deutschen Haftanstalten nicht möglich (Moazen et al. 2020). Nur eine Justizvollzugsanstalt (JVA für Frauen in Berlin Lichtenberg) von 181 bietet ein Spritzenaustauschprogramm an (Stöver & Knorr 2014). Das Risiko einer Infektion mit HIV/HCV/HBV durch das Teilen von Konsumutensilien wird durch die Substitutionsbehandlung deutlich gesenkt (Keppler & Stöver 1999, Stöver & Keppler 2018). In der Folge wird der Gesundheitszustand der Patient*innen verbessert und Folgekosten für das Gesundheitssystem erheblich reduziert (Michels & Stöver 2012).

Ein systematisches Review von Hedrich et al. (2012) für Gefängnisse weltweit hat substantielle Reduktionen eines illegalen Opioidkonsums durch Substitutionsbehandlungen aufgezeigt: 6–25 % vs. 65–94 % derjenigen, die sich nicht in einer OST befanden.

2.3 Fortsetzung der Therapie nach Haftentlassung und Reduktion des illegalen Opioidkonsums

Gefangene, die sich in Haft in einer Opioidsubstitutionsbehandlung befunden haben, begeben sich zu einem weit höheren Anteil in eine Anschlusstherapie nach Haftentlassung als unbehandelte Gefangene (Prison Drug Treatment Strategy Reviewgroup o.J.). Diejenigen, die eine Substitutionsbehandlung in Haft und in Freiheit erhalten haben, sind in einem geringeren Maße anschließend wieder straffällig geworden und haben in einem höheren Maße ein Jahr nach Haftentlassung wieder Arbeit gefunden (Malta et al. 2019).

2.4 Reduktion opioidbedingter Mortalität in und nach der Haft

Durch die herabgesenkte Toleranz gegenüber dem Opiat ist die Gefahr einer Überdosis besonders hoch (Marsden et al. 2017). Die Gefahr von Überdosierungen für Gefangene in Substitutionsbehandlung wird minimiert (Burmester 2016, WHO 2010). Durch die Substitutionsbehandlung wird das Risiko eines weiteren (Bei)Konsums verringert, in der Folge auch das Risiko einer Überdosierung von Opioiden.

Eine Langzeituntersuchung in Australien (New South Wales) hat gezeigt, dass die Mortalität im Gefängnis um 74 % reduziert wurde, wenn eine OST angeboten wurde, sogar zu 94 %, wenn lediglich die ersten 4 Wochen der Inhaftierung betrachtet wurden (Larney et al. 2014).

Malta et al. belegen ein reduziertes Risiko für Überdosierungen und Mortalität für die Menschen, die sich in OST befanden, im Vergleich zu den unbehandelten Gefangenen (Malta et al. 2019).

Insbesondere im Hinblick auf die Haftentlassung besteht hier das größte Risiko. In Schottland hat die Einführung der Opioidsubstitutionsbehandlung im Jahre 2002 zu einer Reduktion der opioidbedingten Mortalität geführt: 12 Wochen nach Haftentlassung ging sie von 3,8 auf 2,2 pro 1000 Haftentlassungen zurück (Bird et al. 2015). Eine Studie aus England bestätigt den Rückgang der opioidbedingten Mortalität um 85 % in den ersten 4 Wochen nach Haftentlassung (Marsden et al. 2017).

Ein gut vorbereiteter Übergang von der Haft zurück in die Freiheit, mit der frühzeitigen Vermittlung einer weiterbehandelnden Substitutionspraxis, führt also zu einer deutlichen Reduzierung der Drogenmortalität nach Haftentlassung (Stevens et al. 2010).

2.5 Rückgang von entzugsbedingten Gewalttaten im Vollzug

Studien belegen einen Rückgang von entzugsbedingten Gewalttaten im Vollzug. Die Substitutionsbehandlung fängt Entzugssymptome auf bzw. vermeidet diese, was aggressives Verhalten und somit Gewaltdelikte reduzieren kann. Zugleich wird eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beschrieben (Stöver & Stallwitz 2007).

2.6 Rückgang der Beschaffungskriminalität

Ein Teufelskreis aus sogenannter Beschaffungskriminalität (s. o.) und erneuter Inhaftierung kann durchbrochen werden. In der Folge lässt sich eine Entlastung der JVA's und der Allgemeinheit ausmachen (Häßler & Suhling 2017).

3 Probleme mit der Substitutionsbehandlung während der Haft

Die OST in Haft bindet einige Ressourcen der Sicherheit und der medizinischen Abteilung. Die Substitution findet in einem Zwangskontext mit hohem Kontrollaufwand statt (z. B. keine freie Arztwahl, Täuschungsversuche etc.; ► siehe Beitrag Keppler & Stöver auf Seite 81 in diesem Heft).

Insbesondere die Vermeidung von Täuschungsversuchen erfordert einen bestimmten Zeitaufwand. Für die Gefange-

nen besitzen die Medikamente außer einem Gesundheitsaspekt noch einen hohen Finanzaspekt – der Weiterverkauf ist oft lohnend und gewinnbringend. Das führt dazu, dass nicht-opioidabhängige Gefangene bitten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, oder dass OST-Patient*innen höhere Dosen verlangen, und/oder von der verschriebenen Dosierungshöhe etwas weiterverkaufen wollen.

Eine australische Studie berichtet von einer Diversionsquote von 25 % der Patient*innen in OST, die jemals einen Täuschungsversuch unternommen haben, 44 % gebrauchten nicht-verschriebene Mittel und ein Drittel berichtete über den Weiterverkauf oder das Teilen von OST-Medikamenten (White et al. 2016). Oral oder sublingual verabreichte Medikamente werden zur Handelsware, wenn Gefangene unter Druck gesetzt werden und ihnen Gewalt angedroht wird. Deshalb werden in Haft oft nur Medikamente vergeben, die gut kontrollierbar sind – die Depot-Medikamente erhalten vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung (► siehe Keppler & Stöver auf Seite 81 in diesem Heft).

Im Vollzug wurden der Konsum illegaler psychotroper Substanzen bzw. der nicht-bestimmungsgemäße Gebrauch von Medikamenten und Rückfälle oft als Grund genommen, die Substitution zu beenden. Gerade unter dem Aspekt des in den aktuellen BÄK-Richtlinien fixierten neuen Umgangs mit Beikonsum und Rückfällen (Beikonsum ist kein Grund, die Substitution zu beenden) wird nicht nur ein Umdenken im medizinischen Bereich erforderlich werden. Es gilt auch, den nicht-medizinischen Mitarbeiter*innen des Vollzugs zu vermitteln, dass Beikonsum und Rückfälle zum Krankheitsbild der Suchterkrankung gehören. Beikonsum und Rückfälle müssen daher bearbeitet werden, sollen aber nicht zwangsläufig zur Beendigung einer Substitutionsbehandlung führen. Medizin und Suchtberatung müssen klare Regeln haben, wie auf Beikonsum reagiert wird. Diese Regelungen müssen sich an den Vorgaben der BÄK-Richtlinien orientieren.

Das klassische Kontrollinstrument des Vollzuges ist die Durchführung von überwachten Urinkontrollen. Auch für die Substitutionsbehandlung ist die Urinkontrolle (noch) das häufigste Kontrollinstrument. Im Bereich des Justizvollzugs sollte daher eine strikte Trennung zwischen Urinkontrollen aus vollzuglichem Grund, Urinkontrollen im Rahmen der Substitution und Urinuntersuchungen aus medizinischem Grund stattfinden. Besonders problematisch ist es auch, wenn medizinisches Personal die Urinkontrollen aus vollzuglichem Grund abnehmen und überwachen muss. Hierbei verschwimmen die Grenzen zwischen Vollzug und Medizin, was besonders fatal ist, wenn die Ergebnisse der Urinkontrolle zu disziplinarischen Reaktionen führen.

Ist ein Beikonsum nachweisbar, sollte dieser immer in Zusammenhang mit dem klinischen Bild gewertet werden. Ein Zufallsfund bei klinisch unauffälligen Patient*innen sollte

allenfalls Diskussionsgrundlage sein, aber nicht zwangsläufig zum Ausschluss führen.

Alle üblichen Testverfahren – besonders die so genannten Schnelltests – sollten nur mit großer Vorsicht interpretiert werden. Der Vorwurf des Beigebrauchs oder des Konsums illegaler Drogen mit den entsprechenden Konsequenzen ist im Gefängnis nur statthaft, wenn die Befunde durch gerichtsverwertbare Verfahren (z. B. GC, MS) gewonnen wurden. Die üblicherweise eingesetzten Suchtests (Immunoassays) liefern in 85–95 % der Fälle richtige Werte. Auch in anderer Hinsicht sind Urinkontrollen störanfällige Verfahren: Sie können trotz größter Aufmerksamkeit der beaufsichtigenden Person manipuliert oder verfälscht werden. Urinproben können bei Abnahme und Verarbeitung verwechselt werden. Bei bestimmten Substanzen sind trotz langer Konsumpause noch positive Befunde möglich (aufgrund der Rückverteilung aus dem Körperfett). Besonders problematisch ist der Opiatest, da er alle opiatähnlichen Substanzen erfasst. Heroinkonsum muss daher immer durch eine zusätzliche Untersuchung nachgewiesen werden.

Wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung ist die bereits oben angesprochene klare Trennung zwischen vollzuglichen und medizinischen Urinkontrollen (Keppler 2009). Die vollzuglichen Urinkontrollen ordnet die Haftanstalt an, um zu prüfen, ob heroinabhängige Häftlinge abstinent waren und daher als lockerungsgeeignet (Hafturlaub, Ausgang, Verlegung in den offenen Vollzug usw.) gelten können. Medizinische Drogenscreenings setzt der Arzt im Zusammenhang mit Substitution oder bei Intoxikationen an. Diese medizinischen Drogenscreenings sollten außerdem strikt von Urinuntersuchungen getrennt werden, die rein medizinisch-diagnostischen Zwecken dienen (Urinstatus, HCG-Schwangerschaftstest, Uricult zum Nachweis pathogener Keime usw.).

Die personellen (Suchtberater*innen, Sozialarbeiter*innen/pädagog*innen, Psycholog*innen) und sächlichen (Räume, Terminfindung etc.) Ressourcen für die psychosoziale Betreuung sind in den allermeisten Justizvollzugsanstalten vorhanden. Schwierig ist, dass für die genannten Berufsgruppen die Schweigepflicht gegenüber der Anstaltsleitung aufgehoben ist, wenn es für die Belange des Vollzugs erforderlich ist.

Es besteht Einigkeit, dass sich die Ziele einer Substitutionsbehandlung grundsätzlich mit begleitender psychosozialer Betreuung eher und besser erreichen lassen als ohne. Obwohl im Justizvollzug die dafür benötigten personellen, instrumentellen und organisatorischen Ressourcen bereits vorhanden sind, ist dennoch das Bild der psychosozialen Betreuung sehr unterschiedlich.

Im Gegensatz zu den vorhandenen Ressourcen für die psychosoziale Betreuung sind die Ressourcen im Bereich der Krankenpflege und des Ärztlichen Dienstes begrenzt. Die Substitution gilt als besonders zeit- und arbeitsintensiv. Als Personalschlüssel fordern Bühringer et al. (1995) bereits 1995 u. a. pro 40 Substituierte eine Krankenpflegekraft. Die-

se Bereitstellung der personellen Ressourcen ist in kaum einer Anstalt gewährleistet. Der generelle Pflegekräftemangel im medizinischen Bereich ist im Justizvollzug noch potenziert.

Neben der Weitersubstitution nach Inhaftierung gibt es auch Bedarf zur Neueinstellung während der Haft mit dem entsprechenden Klärungsbedarf. Hier bestehen in vielen Haftanstalten immer noch Restriktionen. Besonders augenfällig wird diese Problematik, wenn als Voraussetzung einer Neueinstellung in Haft die Möglichkeit zur Weitersubstitution nach Haftentlassung als Voraussetzung gilt.

Ein besonderes Problem ist die Substitution von drogenkonsumierenden Müttern bei Unterbringung in Mutter-Kind-Einrichtungen des Justizvollzuges. Früher galten drogenkonsumierende Mütter als grundsätzlich ungeeignet zur Unterbringung in Mutter-Kind-Einrichtungen. Dieser Standpunkt hat sich mittlerweile geändert. Wenn drogenkonsumierende Mütter in Substitution sind, ist eine Aufnahme in einer Mutter-Kind-Einrichtung nicht mehr ausgeschlossen. Problematisch wird es allerdings, wenn diese Mütter mit Beikonsum oder mit Rückfällen auffallen und eine adäquate Versorgung des Kindes nicht mehr gewährleistet ist.

4 Probleme in der Fortführung der Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung

Bei der Substitution sowohl innerhalb als auch außerhalb des Justizvollzugs besteht ein ausgesprochenes Stadt-Land-, West-Ost- und Nord-Süd-Gefälle. Je nachdem, in welche Umgebung oder Region ein*e substituierte*r Patient*in haftenlassen werden soll, ist die Suche nach weiter substituierenden Ärzt*innen erschwert. Bei Entlassungen in eine Großstadt ist die Suche nach Ärzt*innen relativ leicht. Bei Entlassungen in einen ländlichen Bereich ist es teilweise unmöglich, weitersubstituierende Ärzt*innen zu finden.

Selbst wenn es gelingt, eine*n substituierende*n Ärzt*in zu finden, ist die Organisation der Weitersubstitution bei Entlassungen vor einem Wochenende immer noch schwierig. Häufig gilt in den substituierenden Praxen an den Wochenenden eine andere Regelung als in der Woche (z. B. Wochenendsubstitution in einer anderen Praxis).

Der Arztbrief bereitet in dreierlei Hinsicht Schwierigkeiten. Zum einen geben nicht alle Anstalten Arztbriefe bei Haftentlassung mit. Diese Mitgabe sollte zwingend erforderlich sein und unbedingt umgesetzt werden.

Zum Zweiten gibt es vollzugsbedingte Situationen, in denen die Mitgabe eines Arztbriefes nicht möglich ist. Werden sog. Ersatzfreiheitsstrafen bezahlt, geht die Gefängnistür sofort auf. Die Medizin erfährt von diesen sog. Blitzentlassungen häufig nichts. Ein weiteres Szenario: ein Untersuchungshäftling hat einen Haftprüfungstermin und der Haftrichter sieht keinen Haftgrund mehr. Dann kehrt dieser Häftling oft gar nicht mehr in die Haftan-

stalt zurück, sondern geht nach Hause. Ähnlich läuft es bei Gerichtsverhandlungen: wird die betreffende Person nach einer Untersuchungshaft zu einer kürzeren Gefängnisstrafe verurteilt, dann klicken im Gerichtssaal nicht gleich die Handschellen, sondern die Betroffenen können nach Hause und werden später zum Haftantritt geladen. Das alles sind Szenarien, in denen die Mitgabe eines Arztbriefes leider nicht möglich ist.

Zum Dritten kommt es aber auch vor, dass die Anstalt einen Arztbrief erstellt hat, die Patient*innen diesen aber vor lauter Begeisterung über die Haftentlassung vergessen.

Eine weitere ausgesprochen schwierige Schnittstellenproblematik ist die Forderung nach bestehender Krankenversicherung bei Haftentlassung (Keppler & Stöver 2002). Wollen die Vollzugsmitarbeiter*innen die Haftentlassung vorbereiten und bereits vor der Entlassung die Krankenversicherung und die Situation bezüglich der ARGE bzw. des Jobcenters klären, so stoßen sie auf eine unüberwindliche Verweigerungshaltung seitens Krankenversicherung, ARGE und Jobcenter. Diese verweisen darauf, dass sie erst nach erfolgter Haftentlassung zuständig sind und vorher, auch nicht vorbereitend, tätig werden. Aufgrund dieser Problematik gibt es mittlerweile in einigen Städten (z. B. in Köln, Hannover (Dehnad 2021), aber auch die sog. PLUS-Projekte) Vereinbarungen, die diese Schnittstellenproblematik lösen (Jamin & Stöver 2021).

5 Grundlagen guter Praxis der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug

Vor dem Hintergrund der angesprochenen Belege der Wirksamkeit, aber auch der vollzuglichen Probleme, ist es von großer Bedeutung, Grundlagen einer effektiven Opioidsubstitutionsbehandlung in Haft festzulegen. Dazu bestehen bereits Leitfäden (Pont et al. 2018) und Leitlinien (Gross et al. 2021).

In Kürze sollen einige zentrale und essenzielle Orientierungen für eine effektive, patientengerechte und gut kontrollierbare OST gegeben werden.

Die OST in Haft sollte so gestaltet werden, dass diese für jeden Gefangenen mit einer Opioidabhängigkeit zugänglich ist, und dass die Behandlungsmodalitäten die Bedarfe der Patient*innen decken mit dem primären Ziel, Entzugssymptomen zu vermeiden.

Wichtig ist außerdem – nach einer ausführlichen Aufklärung über verschiedene Medikamentenoptionen – das Medikament zu verordnen, mit dem der/die Patient*in die besten Erfahrungen gemacht hat, bzw. um eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Ein Behandlungsangebot sollten allen Gefangenen gemacht werden, die opioidabhängig sind – unabhängig davon, ob

sie gegenwärtig abstinent oder aus einer OST-Behandlung in Freiheit kommen.

Die Identität der/des Patienten*in muss vor jeder Untersicht-Einnahme bestätigt werden – egal welches Medikament verschrieben wird.

Die Kontrolle der oralen bzw. sublingualen Einnahme bzw. die Injektion der Depot-Medikamente (Keppler & Stöver 2021) ist von großer Bedeutung einerseits für das Wohl der Patient*innen, andererseits aber auch, um die Substitution gegenüber kritischen Kräften im Vollzug abzusichern.

Dies erfordert, dass die Bediensteten in der Krankenabteilung darin trainiert werden, die Grundlagen guter Praxis einzuhalten, zu dokumentieren, die Einnahme zu überwachen und Zeichen des Missbrauchs zu erkennen und somatische oder psychiatrische Ko-Morbiditäten mit zu berücksichtigen. Diese Kompetenzen schließen auch ein, die Besonderheiten innerhalb der Patientenschaft zu berücksichtigen: älteren Patient*innen, Patient*innen mit langen Haftstrafen und solche mit psychiatrischen Störungsbildern, Frauen, Minderheiten etc. (Alam et al. 2019).

Weitere Unterstützungen und Behandlungen können hier starten, z. B. eine psycho-soziale Betreuung, Einbezug von Psychiater*innen, Sozialarbeiter*innen etc.

6 Schlussfolgerungen

Die Substitutionsbehandlung wie in Freiheit (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021) so auch in der Haft (Häßler et al. 2021, Fährmann 2021a) stellt für viele Suchtkranke die einzige Möglichkeit dar, einen Weg aus der Opioidabhängigkeit zu finden, weniger bzw. keine psychotropen Substanzen mehr zu konsumieren und sich gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, dass sie mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen leben können.

Für viele opioidabhängige Gefangene stellt die Substitutionsbehandlung die Grundlage für weiterführende Behandlungen dar (HIV/HCV/HBV-Therapien, medizinische Rehabilitationen etc.) (Keppler et al. 2011).

Es bleibt zu hoffen, dass die Vorzüge der Opioidsubstitutionsbehandlung an sich und als Grundlage für weiterführende Behandlungen genutzt werden und sie bei bestehender medizinischer Indikation wie jede andere Krankenbehandlung auch im Justizvollzug selbstverständlich durchgeführt wird.

Interessenkonflikte

Karlheinz Keppler: Honorare für Vorträge und Beratung von AbbVie, Hexal, DAH, Camurus, Gilead, SKF Bayern, Süddeutscher Verlag Veranstaltungen

Heino Stöver gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Manuskript

Eingereicht am 22.2.2021, akzeptiert am 11.3.2021

7 Literatur

- Alam F, Wright N, Roberts P, Dhadley S, Townley J, Webster R (2019). Optimising opioid substitution therapy in the prison environment. *Int J Prison Health* 15(4): 293–307
- BÄK (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitu-tionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom Vorstand der Bundes-ärztekammer in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet, mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017 in Kraft getreten
- Behrend K, Backmund M, Reimer J (2013). Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4, S. 10. DHS
- Bielen R, Stumo S, Halford R et al. (2018). Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. *Harm Reduc-tion Journal* volume 15(1): 25
- Binswanger I (2019). Opioid Use Disorder and Incarceration – Hope for Ensuring the Continuity of Treatment. *N Engl J Med.* 28(13): 1193–1195
- Bird S, Fischbacher C, Graham L, Fraser A (2015). Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction.* 110(10): 1617–1624
- Bühringer G, Gastpar M, Heinz W (1995). Methadon-Standards. Vorschläge zur Qualitätssicherung bei der Methadon-Substitution im Rahmen der Behand-lung von Drogenabhängigen. Enke, Stuttgart
- Bundesdrogenbeauftragte (2019). Drogen- und Suchtbericht, <https://www.drogenbeauftragte.de>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021). Bericht zum Substitutionsregister Januar 2021
- Burmester A (2016). Analyse der drogenbezogenen Todesfälle 2003–2013 in Hamburg: Risikofaktor Haftentlassung
- Dehnad F (2021). Übergangsmangement als Netzwerkaufgabe im Fokus von Gesundheit und Substitution. In: Jamin D, Stöver H (Hrsg.) *Zwischen Haft und Freiheit.* Nomos: Baden-Baden (im Druck), S. 191–208
- Dematteis M, Auriacombe M, D'agnone O et al. (2017). Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother* 18(18): 1987–1999
- Deutscher Bundestag (2016). Sachstand. Substitutionsbehandlung im Justiz-vollzug. WD 9– 3000 – 049/16
- Fährmann J, Schuster S, Stöver H, Häßler U, Keppler K (2021a). Der Anspruch auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis. Über eine umstrittene Praxis im Justizvollzug und vor Gericht. *NStZ* (im Druck)
- Fährmann J, Lesting W, Stöver H, Häßler U, Schuster S, Keppler K (2021b). Die Substitutionsbehandlung – vollzugliche Veränderungsresistenz als Gefahr für Grund- und Menschenrechte der Gefangenen. In: *Vorgänge* (im Druck)
- Feest J (2017). Ersatzfreiheitsstrafe: Ärgernis und Lösungen (mit einem Exkurs über Drogendelikte). In: akzept/DAH (Hrsg.): 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Pabst Science Publishers: Lengerich, 31–36
- Gross G, Conroy S, Leonardi C, Meroueh F, Antolin J, Somaini L (2021). Reducing opioid dependence therapy risk in the prison system and the use of extended-release buprenorphine as an additional treatment option: A consensus statement. *Heroin Addict Relat Clin Probl* (im Druck)
- Häßler U, Suhling S (2017). Wer nimmt denn im Gefängnis Drogen? Prävalenzen und individuelle Prädiktoren des Suchtmittelkonsums im Justizvollzug. *Bewährungshilfe* 64: 17–33
- Häßler U, Stöver H, Keppler K, Lesting W, Fährmann J, Schuster S (2021). Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige im Justizvollzug – Empirische Erkenntnisse und rechtswissenschaftliche Überlegungen zu den Vorteilen dieser Behandlung. *Forum Strafvollzug* 1/2021, 39ff (im Druck)
- Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Möller L, Mayet S (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction* 107(3): 501–517
- Hennebel L, Stöver H, Casselman J (2005). Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prison in 18 European countries. *Heroin Addiction & Rel Clin Probl* 7(1): 39–43

- Jacob J, Keppler K, Stöver H (Hrsg.) (1997). Drogenkonsum, Infektionsgeschehen (HIV/AIDS, Hepatitis) und Strafvollzug. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Jamin D, Stöver H (Hrsg.) (2021). Zwischen Haft und Freiheit. Nomos: Baden-Baden (im Druck)
- Jehle J, Albrecht H, Hohmann-Fricke S, Tetal C (2016). Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013. Berlin: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Online: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Studien/Untersuchungen/Fachbuecher/Legalbewaehrung_nach_strafrechtlichen_Sanktionen_2010_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zugriff: 5.6.2020)
- Keppler K (2009). Überschneidung und Abgrenzung – Die Problematik vollzuglicher und medizinischer Aufgaben. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg.) Gefängnismedizin. Thieme Stuttgart: 159–164
- Keppler K, Stöver H (1999). Übertragungen von Infektionskrankheiten im Justizvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung und Vorstellung eines Modellprojektes zur Infektionsprophylaxe in Niedersachsen. Das Gesundheitswesen 61: 207–213
- Keppler K, Stöver H (2002). Zwei Systeme – eine Substitution. Von den Schwierigkeiten beim Wechsel Substituierter von der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gefängnis und umgekehrt. Suchttherapie 3: 168–172
- Keppler K, Stöver H (2021). Buprenorphin-Depot: Ein neues Substitutionsmittel – Zur Eignung des Medikamentes für den Justizvollzug. Forum Strafvollzug (im Druck)
- Keppler K, Fritsch KJ, Stöver H (2009). Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Keppler J, Stöver H (Hrsg.) Gefängnismedizin. Gesundheitsversorgung unter Haftbedingungen. Thieme: Stuttgart, 193–207
- Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J (2010). Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53(2/3): 233–244
- Keppler K, Knorr B, Stöver H (2011). Substitutionsbehandlung in Haft. In: Hönekopp I, Stöver H (Hrsg.) Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Lambertus Freiburg i.Br.: 79–97
- Koehler J, Humphreys D, Akoensi T, de Ribera O, Lösel F (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of European drug treatment programs on reoffending. Psychology, Crime & Law 20(6): 584–602
- Kotz P, Oğlakcioğlu MT (2018). Münchener Kommentar zum StGB. 3. Aufl., BTMG § 13 Rn. 29. C.H. Beck München
- Kourounis G, Richards BDW, Kyrianiou E, Symeonidou E, Malliori M-M, Samartzis L (2016). Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. Drug Alcohol Depend 161: 1–8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021 (Zugriff 12.3.2021)
- Larney S, Gisev N, Farrell M et al. (2014). Opioid substitution therapy as a strategy to reduce deaths in prison: retrospective cohort study. BMJ Open 4(4): e004666
- Malta M, Varatharajan T, Russell C, Pang M, Bonato S, Fischer B (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. PLoS Med 16(12): e1003002
- Marsden J, Stillwell G, Jones H et al. (2017). Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observation study in England. Addiction 112(8): 1408–1418
- Marzo J, Rotily M, Meroueh F et al. (2009). Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003–2006). Addiction 104(7): 1233–1240
- Michels I, Stöver H (2012). Harm reduction – from a conceptual framework to practical experience: the example of Germany. Subst Use Misuse 47(8–9): 910–922
- Stöver H, Michels II, Gerlach R (2020). Agonist opioid treatment for opioid dependents in Germany 2019. Heroin Addict Relat Clin Probl. Published Ahead of Print, March 18, 2020
- Moazen B, Moghaddam S, Silbernagl M et al. (2018). Prevalence of Drug Injection, Sexual Activity, Tattooing, and Piercing Among Prison Inmates. Epidemiologic Reviews 40(1): 58–69
- Moazen B, Assari S, Neuhaan F, Stöver H (2019). Victorian systems will not solve modern prison health problems. The Lancet 394(10203): 1008–1009
- Moazen B, Dolan K, Moghaddam S et al. (2020). Availability, Accessibility, and Coverage of Needle and Syringe Programs in Prisons in the European Union. Epidemiologic Reviews 42(1): 19–26
- Möhrle K (2020). Opioidsubstitution in Haft: „Ein wichtiger Baustein der Suchttherapie“ Interview mit dem Sozialwissenschaftler Prof. Dr. Heino Stöver. Hessisches Ärzteblatt 9: 498–500
- Müller J, Schmidt D, Kollan C, Lehmann M, Bremer V, Zimmermann R (2017). High variability of TB, HIV, hepatitis C treatment and opioid substitution therapy among prisoners in Germany. BMC Public Health 17(1): 843
- OLG Hamburg Beschl. v. 13.9.2001 – 3 Vollz (Ws) 75/01, BeckRS 2001, 30204998
- OLG München Beschl. v. 5.6.2012 – 4 Ws 103/12 (R), BeckRS 2012, 26014
- Pont J, Kastelic A, Stöver H, Ritter C, Knorr B (2018). Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. 3. Auflage. Online: <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/9443> (Zugriff: 17.12.2020)
- Prison drug treatment strategy reviewgroup (o.J.). The patel reportprison drug treatment strategy reviewgroup. Online: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216012/dh_119850.pdf (Zugriff: 17.2.2021)
- Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K (2019). The Global State of Harm Reduction in Prisons. J Correct Health Care 25(2): 105–120
- Schulte B, Stöver H, Thane K, Schreiter C, Gansefort D, Reimer J (2009). Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. International Journal Of Prisoner Health 5(1): 39–44
- Stevens A, Stöver H, Brentari C (2010). Criminal justice approaches to harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D (Hrsg.) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Lisbon: 379–404
- Stoll K, Bayer M, Häßler U, Abraham K (2019). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution. Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“ (2019). Online: file:///Users/simon/Downloads/bericht_suchtproblematik_justizvollzug_stand_august-2019.pdf (Zugriff: 14.02.2021)
- Stöver H (2011). Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: a survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. Eur Addict Res 17(1): 44–54
- Stöver H (2018). Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten in der Behandlung von Gefangenen. In: Mittler zwischen Recht und Wirklichkeit. Festschrift für Arthur Kreuzer zum 80. Geburtstag, Verlag für Polizeiwissenschaft: 411–455
- Stöver H, Casselman J (2006). Substitutionsbehandlungen in europäischen Gefängnissen. Suchttherapie 7: 66–72
- Stöver H, Keppler K (1998). Die Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. Sucht 2: 104–119
- Stöver H, Keppler K (2018). Elimination von Hepatitis-C-Infektionen in Gefängnissen – Ziele vs. Realität. Thieme Praxis Report 5/2018
- Stöver H, Knorr B (Hrsg.) (2014). HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen! Oldenburg: BIS-Verlag, Bd. 28 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“
- Stöver H, Stallwitz A (2007). Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung ein Literaturüberblick. In: Stöver H (Hrsg.) Substitution in Haft. AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe: 88–95
- Stöver H, Casselman J, Hennebel L (2006). Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries. International Journal of Prisoner Health 2(1): 3–12
- Stöver H, Meroueh F, Marco, A et al. (2019a). Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe. BMC Public Health 19: 30
- Stöver H, Jamin D, Michels, I, Knorr B, Keppler K, Deimel D (2019b). Opioid substitution therapy for people living in German prisons-inequality compared with civic sector. Harm Reduct J 16(1): 72
- United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, UNDP, World Health Organization, UNAIDS (2013). HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Online: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prisons_package.pdf?ua=1 (Zugriff 11.03.2021)
- Wenner v. Deutschland (2016). No. 62303/13, Urt. v. 1. September 2016 – 62303/13
- White N, Ali R, Larance B, Zador D, Mattick R, Degenhardt L (2016). The extramedical use and diversion of opioid substitution medications and other medications in prison settings in Australia following the introduction of buprenorphine-naloxone film. Drug Alcohol Rev 35(1): 76–82
- WHO (2010). Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Online: http://www.rsat-tt.com/Files/Prison_Mortality.pdf (Zugriff 04.02.2021)

Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug – praktische Schwierigkeiten und rechtliche Beurteilung

Wolfgang Lesting¹, Heino Stöver², Karlheinz Keppler³, Jan Fährmann⁴

¹ Oberlandesgericht Oldenburg

² Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt

³ Berliner Straße 90, 13507 Berlin

⁴ Forschungsinstitut für die öffentliche und private Sicherheit (FÖPS),
Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

Zusammenfassung

Substitutionsbehandlungen von opioidabhängigen Patienten sind außerhalb des Strafvollzugs seit langem etabliert. Ideologische Vorbehalte verhindern immer noch, dass auch Strafgefangene in gleichem Umfang von dieser anerkannten Behandlungsform profitieren können. Das widerspricht ihrem Anspruch auf erforderliche Krankenbehandlung und Linderung ihrer gesundheitlichen Beschwerden aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz (GG). Die praktischen Schwierigkeiten der Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug werden diskutiert und es wird eine rechtliche Beurteilung vorgenommen.

Schlagwörter: Opioidsubstitutionsbehandlung, Gefängnis, medizinische Versorgung, Anstaltsarzt

Abstract

Opioid substitution therapy has been widely established outside the penal system. However, ideological reservations still impede that convicted persons benefit from this treatment form to the same extent. This contradicts their right to their required treatment of illness and relief of their medical condition from art. 2 para 2 sentence 1 of the constitutional law (Grundgesetz). The problems of opioid substitution treatment in practice are being discussed and a juridical assessment is being conducted.

Keywords: opioid substitution therapy, prison, medical provision, prison doctor

1 Einleitung

Gefangene können während ihrer Inhaftierung nicht mehr selbst für ihre Bedürfnisse sorgen, sondern sind in jeder Situation von der Justizvollzugsanstalt abhängig (Fährmann 2019, 178). Ihr Alltag ist nach den Bedürfnissen der jeweiligen Anstalt durchstrukturiert mit wenig Raum für autonome Entscheidungen (grundlegend: Goffman 1973, Sykes 1958). Dies gilt auch bezüglich der medizinischen Versorgung, bei der die Anstaltsärzte eine entscheidende Rolle einnehmen. Hierbei handelt es sich um einen besonders sensiblen Bereich, da durch die Verweigerung medizinisch indizierter Behandlungen Grund- und Menschenrechte der Gefangenen verletzt werden können (BVerfG StV 2013, 578). Diese Problematik wird am Beispiel der Substitutionsbehandlung bzw. ihrer Verweigerung illustriert. Aus den Besonderheiten der medizinischen Versorgung von Gefangenen ergeben sich nämlich Unterschiede bezüglich

der praktischen Durchführung und rechtlichen Beurteilung von Substitutionsbehandlungen außerhalb und innerhalb des Strafvollzugs. Dazu wird zunächst die Bedeutung von Substitutionsbehandlungen außerhalb des Strafvollzuges dargestellt. Anschließend werden Besonderheiten der medizinischen Behandlung von Gefangenen und die divergierenden Aufgaben des Anstaltsarztes beschrieben. Vor diesem Hintergrund erfolgt eine juristische Beurteilung der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Heino Stöver
Frankfurt University of Applied Sciences
FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt
E-Mail: hstoever@fb4.fra-uas.de

2 Bedeutung von Substitutionsbehandlungen

Die Bundesärztekammer (BÄK) definiert Opioidabhängigkeit als eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Erkrankung (BÄK-RiLi 2017). Durch die Substitutionsbehandlung wird sichergestellt, dass opioidabhängige Menschen ein Medikament zur Reduktion bzw. Aufhebung des Suchtdrucks erhalten, etwa um eine physische und psychische Stabilisierung zu erreichen, und damit den Grundstein für weiterführende Therapien (z. B. im Hinblick auf HIV/AIDS, HCV, aber auch medizinische Rehabilitation) zu legen oder um sie in die Lage zu versetzen, ihren Alltag besser zu bewältigen. Da der Suchtdruck bei einer Opioidabhängigkeit sehr hoch ist, erscheint diese Behandlungsform für viele opioidabhängige Menschen die einzige Möglichkeit, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden, weniger psychotrope Substanzen zu konsumieren, sich gesundheitlich und sozial zu stabilisieren und/oder um mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen leben zu können. Nach der BÄK-Richtlinie ist die Opioidabhängigkeit als eine schwere chronische Krankheit anzusehen, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind (BÄK-RiLi 2017, 6). Bei einer diagnostizierten Opioidabhängigkeit ist die Substitutionsbehandlung die Therapie der ersten Wahl, gleichwohl geht es immer um eine individuelle, Nutzen und Schaden abwägende Einzelfallentscheidung (BÄK-RiLi 2017, 7).

3 Besonderheiten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug

Die medizinische Behandlung von Strafgefangenen unterscheidet sich erheblich von der Behandlung, die versicherte Patienten außerhalb des Strafvollzugs in Anspruch nehmen können. Zwar gilt für die Art und den Umfang der medizinischen Versorgung im Strafvollzug das aus dem Sozialstaatsgebot (Art. 20 Abs. 1 GG) abgeleitete und in zahlreichen nationalen und internationalen Normen verankerte Äquivalenzprinzip (Lesting 2018, 69). Strafvollzug soll Freiheit entziehen, nicht aber durch eine schlechtere medizinische Versorgung zusätzlich strafen. Wie die Patienten in Freiheit, haben Gefangene nach § 12 Abs. 1 SGB V und den jeweiligen Vorschriften der für sie geltenden Landesstrafvollzugsgesetze einen Anspruch auf die notwendigen, ausreichenden und zweckmäßigen medizinischen Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Dementsprechend müssen sich die intramuralen Beratungs-, Versorgungs- und Behandlungsangebote grundsätzlich an den außerhalb des Gefängnisses angewandten, erprobten und bewährten Standards und Leitlinien orientieren. Gefangene sollen gleiche Chancen des Zugangs zu externen Spezialisten, teurer Medikation und dauerhafter Betreuung haben (Hillenkamp 2008, 73). Notwendige Krankenbehandlungen dürfen nicht an einer unzureichenden Ausstattung mit sachlichen, personellen oder finanziellen Mitteln scheitern (BVerfG BeckRS 2012, 60189).

Äquivalenz bedeutet aber nicht Gleichheit. Strafgefangene sind in aller Regel nicht in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen und haben dementsprechend, von § 76 SGB V abweichend, keinen Anspruch auf freie Arztwahl. Die medizinische Versorgung erfolgt grundsätzlich in der Anstalt, in der sie sich gerade befinden, durch das dortige medizinische Personal, also traditionell durch einen Anstaltsarzt. Zu niedergelassenen Ärzten und deren Behandlungsangeboten haben Gefangene schon faktisch keinen Zugang, weil sie das Gefängnis nur aus besonderen Gründen und nur mit Zustimmung der Anstaltsleitung verlassen können. Das Gleiche gilt selbstverständlich auch für den Zugang externer Ärzte zu Gefangenen. Nur ausnahmsweise kann der Anstaltsleiter einem Gefangenen nach Anhörung des Anstaltsarztes gestatten, auf eigene Kosten einen beratenden Arzt hinzuzuziehen. Diese Situation bringt eine Abhängigkeit der Gefangenen von den zuständigen Anstaltsärzten, deren Behandlungsmethoden und -präferenzen mit sich. Zwar haben auch gesetzlich versicherte Patienten außerhalb des Strafvollzugs regelmäßig keinen Anspruch auf eine bestimmte Behandlung oder spezielle medizinische Leistungen, und die Wahl der richtigen Behandlungsmethode ist dort ebenfalls allein Sache des behandelnden Arztes. Dennoch bleibt ihnen zumindest die Möglichkeit, einen weiteren Arzt aufzusuchen oder eine Zweitmeinung einzuholen. Die Chancen eines Gefangenen, eine von ihm gewünschte, vom zuständigen Anstaltsarzt jedoch abgelehnte Behandlung durchzusetzen, sind ungleich geringer bzw. meist ausgeschlossen.

Zu den Besonderheiten der Anstaltsmedizin trägt sicherlich das besondere Berufsumfeld des Anstaltsarztes bei. Der Anstaltsarzt ist nämlich nicht nur für die medizinische Versorgung der Gefangenen zuständig, sondern zugleich für eine Vielzahl weiterer Aufgaben innerhalb der Vollzugsanstalt, die teilweise mit erheblichen Eingriffen in die Grundrechte der betroffenen Gefangenen verbunden sind (Lesting 2021, § 62 Rn. 68 ff.). Wegen dieser divergierenden Aufgaben wird von einer „Bifunktionalität“ des Anstaltsarztes gesprochen (Pont et al. 2012 und 2018b). Die Aufgabenvielfalt führt zu Rollenkonflikten, mit denen ein Anstaltsarzt alltäglich konfrontiert ist und die seine fachliche Unabhängigkeit berühren. Dabei steht er als Einzelperson einem streng hierarchisch gegliederten, juristisch geprägten System gegenüber, das am Ziel der Resozialisierung der Gefangenen und der Aufgabe, die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten zu schützen sowie die Sicherheit und Ordnung in den Anstalten zu gewährleisten, ausgerichtet ist. In diesem schwierigen Umfeld seine fachliche Unabhängigkeit zu wahren und den Primat der Medizin im Auge zu behalten, ohne rollenfremde Einstellungen zu übernehmen oder sich in sonstiger Weise an das übermächtige Vollzugssystem anzupassen, stellt hohe Ansprüche an das Selbstbewusstsein und Ethos des Anstaltsarztes.

4 Substitutionsbehandlung im Strafvollzug

Die Besonderheiten der Anstaltsmedizin und Vorbehalte mancher Anstaltsleiter, Ärzte, Vollzugsverwaltungen und

politisch Verantwortlicher haben dazu geführt, dass Substitutionsbehandlungen erst spät und in sehr unterschiedlichem Umfang Eingang in das Behandlungsspektrum der Vollzugsmedizin gefunden haben (Stöver 2020 und 2021). Das ist angesichts des traditionell hohen Anteils opioidabhängiger Gefangener an der Gesamtpopulation in den Gefängnissen ein erstaunlicher Befund. Bei den meisten Menschen mit Opioidkonsum erfolgt früher oder später eine Inhaftierung: Mehr als 80 % der Opioidabhängigen in Deutschland verfügen über Hafterfahrungen, und dies im Mittel über eine Dauer von ca. 4 Jahren (RKI 2016). Dementsprechend ist ihr Anteil im Justizvollzug sehr hoch, nämlich etwa 20 % bei den Männern (Opitz-Welke et al. 2018; vgl. Moore et al. 2019 mit ähnlichen Prävalenzen für die USA: 8–23 %) und mehr als 50 % bei den Frauen (Stöver 2018).

Auf den offensichtlichen Behandlungsbedarf haben die Vollzugsärzte nur zögerlich mit entsprechenden Behandlungsangeboten reagiert und noch immer bestehen große regionale Unterschiede. Die Deutsche Aidshilfe und andere Expert*innen gehen davon aus, dass zwischen unter einem Prozent (Sachsen), 42 % (Berlin; von Bernuth et al. 2020) bis 65 % (Bremen) der opioidabhängigen Inhaftierten eine Substitutionsbehandlung erhalten (Stöver et al. 2019). Durchschnittlich werden bundesweit 24 % der Opioidabhängigen oder von multiplem Substanzkonsum abhängige Gefangenen substituiert (Stoll et al. 2019). Schätzungsweise 70 % der vor der Haft begonnenen Substitutionsbehandlungen werden während des Strafvollzuges abgebrochen, vielfach entgegen den Richtlinien der BÄK (Wissenschaftlicher Dienst Deutscher Bundestag 2016, 8 ff.).

Aus medizinischer Sicht sind die großen Unterschiede in der Verbreitung von Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug nicht zu erklären. Die Wirksamkeit der Substitution (auch) in Gefängnissen ist seit langem empirisch in zahlreichen Studien belegt (vgl. Stöver & Keppler in dieser Ausgabe; Pont et al. 2018b). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zusammen mit dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) und dem gemeinsamen Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids (UNAIDS) bereits 2004 ein gemeinsames Positionspapier verfasst, in dem die positiven Effekte der Substitutionsbehandlung auf die Erhaltung der Gesundheit von Gefangenen beschrieben werden (WHO/UNODC/UNAIDS 2004). Zudem zeigen Studien, dass die Substitution dazu beitragen kann, Rückfälle in kriminelles Verhalten zu verhindern (Koehler et al. 2014).

Verantwortlich für die unterschiedliche und zögerliche Verbreitung von Substitutionsbehandlungen im Vollzug dürften die Auswirkungen einer traditionellen, restriktiven Drogenpolitik, fachliche Unkenntnis, rechtliche Unsicherheiten bei Ärzt*innen und die Orientierung am Abstinenzgebot als einzigem Behandlungsziel sein. Hinzu kommt, dass es auch praktische Probleme in der Durchführung der Substitution unter Haftbedingungen geben kann, beispielsweise dass Ge-

fangene zur Weitergabe des Substitutionsmedikaments erpresst werden, die Medikamente weiterverkaufen etc. Das alles spricht jedoch nicht gegen die Substitutionsbehandlung im Gefängnis, mag aber punktuell auch die Zurückhaltung mancher Ärzte erklären.

Immerhin sehen inzwischen viele Anstalten und Bundesländer nicht länger einen Konflikt mit den Zielen und Aufgaben des Strafvollzugs und bieten anstaltsinterne oder auch -externe Substitutionsbehandlungen als anerkannte suchttherapeutische Maßnahme neben abstinenzorientierten Angeboten an. Diese Praxis findet ihren normativen Niederschlag etwa in § 44 StVollzG NRW, wo ausdrücklich geregelt ist, dass für suchtkranke Gefangene Möglichkeiten der suchtmedizinischen Behandlung vorzuzulassen sind. Hierzu zählt nach den Gesetzgebungsmaterialien neben dem Anspruch auf eine vollzugsinterne Entgiftung auch der Beginn und die Fortführung einer Substitutionsbehandlung, sofern sie den Krankheitsverlauf des suchtmittelabhängigen Gefangenen positiv beeinflusst (LT-Drs. 16/5413 S. 80, 122). Daneben existieren etwa in Baden-Württemberg, Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen ministerielle Vorgaben zu den Voraussetzungen und dem Ablauf einer Substitution in Haft (Körner et al. 2019 Vorb. zu §§ 29 ff BtMG Rn. 497). Die Vorschriften gewährleisten eine Äquivalenz im Behandlungsrecht, nach der inhaftierte Drogenabhängige im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit nach denselben Standards behandelt werden wie Drogenabhängige außerhalb des Vollzugs. Damit ermöglichen sie zugleich mehr oder weniger großzügige Substitutionsbehandlungen im Vollzug.

Diese Praxis ist aber nicht unumstritten. Zahlreiche Gefangene in Deutschland haben nach wie vor keinen oder einen nur mit hohen Hürden verbundenen Zugang zu einer Substitutionsbehandlung. Neben einem Stadt-/Land-Gefälle gibt es – wie bereits gezeigt – große regionale Unterschiede. Insbesondere Bayern, Rheinland-Pfalz und die neuen Bundesländer verweigern sich weitgehend dieser Behandlungsform. Begründet wird die Ablehnung letztlich mit dem Vorrang vollzugsrechtlicher Erwägungen gegenüber medizinischen Aspekten. In diesem Sinne hatte schon vor fast 20 Jahren das OLG Hamburg (StV 2002, 265 m. abl. Anm. Kubink, abl. auch Anm. Ullmann StV 2003, 293) entgegen der von der Vorinstanz vertretenen und auf ein Sachverständigengutachten zur Notwendigkeit der (weiteren) Substitution des Inhaftierten gestützten Auffassung entschieden, dass die Substitutionsbehandlung keine rein ärztliche, sondern eine – wenn auch durch medizinische Gesichtspunkte geprägte – Entscheidung des Vollzugs sei. Sowohl die Entscheidung, einen Gefangenen zu substituieren, als auch die Entscheidung, eine Substitution abzubrechen, seien letztlich vollzugliche Entscheidungen, die sich in erster Linie am Vollzugsziel und den Aufgaben des Vollzugs zu orientieren hätten. Erst mit der Erreichung von Drogenabstinenz sei eine tragfähige Grundlage für die künftige Straffreiheit Drogenabhängiger geschaffen. Diese Auffassung, die Substitutionsbehandlungen im Vollzug zumindest verhinderte,

wenn über sie gerichtlich entschieden werden musste, bestimmte in den folgenden Jahren die juristische Beurteilung (vgl. OLG München NStZ-RR 2012, 385; LG Augsburg StraFo 2011, 528; OLG Hamm BeckRS 2017, 141995).

Der weitgehende gerichtliche Konsens in der Ablehnung von Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug änderte sich erst mit einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR StV 2018, 619). Der Beschwerde lag der Fall eines 1955 geborenen, in der Justizvollzugsanstalt Kaisheim (Bayern) inhaftierten Gefangenen zugrunde, der seit seinem 17. Lebensjahr heroinabhängig war, seit 1975 an Hepatitis C leidet und seit 1988 HIV-positiv ist. Mehrere, darunter fünf stationäre Versuche, seine Heroinabhängigkeit zu überwinden, scheiterten. Von 1991 bis 2008 wurde er deshalb substituiert. Nach seiner Inhaftierung brach der Vollzug die Substitutionstherapie gegen seinen Willen ab. Alle Versuche des Gefangenen, die Substitution fortzusetzen oder wieder aufzunehmen, scheiterten an dem Anstaltsarzt/der Anstaltsleitung, den bayerischen Gerichten und schließlich sogar beim Bundesverfassungsgericht. Erst der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte kam zu einer positiveren Beurteilung. Er stellte in seiner Entscheidung allerdings zunächst klar, dass es nicht seine Aufgabe sei, darüber zu entscheiden, ob ein Gefangener tatsächlich eine bestimmte Behandlung benötige oder ob die gewählte Behandlung seinen Bedürfnissen entspreche. Bei der Wahl zwischen verschiedenen geeigneten Behandlungsmethoden für die Krankheit eines Gefangenen bestehe ein Ermessensspielraum. Dies gelte grundsätzlich auch bei der Wahl zwischen einer abstinenzorientierten Drogentherapie und einer Substitutionstherapie sowie bei der Festlegung einer allgemeinen Vorgehensweise in diesem Bereich. Obwohl starke Anzeichen dafür sprächen, dass im vorliegenden Fall eine Substitutionsbehandlung für den Betroffenen die erforderliche Behandlung sei, müsse dies nicht entschieden werden, weil Deutschland als Konventionsstaat nicht glaubhaft und überzeugend nachgewiesen habe, dass der Gesundheitszustand des Betroffenen und die entsprechende Behandlung angemessen beurteilt und er danach umfassend und angemessen ärztlich behandelt worden sei. Schließlich entschieden Ärzte darüber, welche Behandlung notwendig sei, um die Gesundheit des Gefangenen zu gewährleisten. Bei unterschiedlicher Auffassung – wie im vorliegenden Fall zwischen dem Anstaltsarzt und dem vom Gefangenen herangezogene externen Fachmediziner – müssten die Vollzugsbehörden und Gerichte unter Umständen den zusätzlichen Rat eines spezialisierten medizinischen Sachverständigen einholen, um ihrer Schutzpflicht nach Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) nachzukommen.

Die Entscheidung verdeutlicht nicht nur, dass die Verweigerung der Substitutionsbehandlung für den betroffenen Gefangenen mit lang andauerndem, erheblichem psychischen Leid und starker körperlicher Belastung verbunden war, so dass die Erheblichkeitsschwelle des Art. 3 EMRK zur unmenschlichen Behandlung überschritten war. Auch sei die

Substitutionsbehandlung nicht mit den praktischen Erfordernissen der Haft unvereinbar gewesen. Damit macht die Entscheidung über den Einzelfall hinaus weiter klar, dass eine (prinzipielle) Ablehnung der Substitution durch den Anstaltsleiter und/oder den Anstaltsarzt nicht ohne weiteres ausreichen, um Gefangenen eine entsprechende Behandlung zu verweigern.

Die Entscheidung des EGMR hat zu einer Erweiterung des therapeutischen Spektrums zumindest in den Anstalten und Bundesländern beitragen können, deren Verwaltungen die Substitution zuvor nicht als Behandlungsalternative ansahen. Sogar in Bayern erhalten suchtkranke Gefangene inzwischen eine Substitutionsbehandlung, wenn dies nach ärztlicher Einschätzung medizinisch angezeigt ist (Arloth & Krä 2017, § 58 Rn. 3; Gross 2019, Gross et al. 2021). Dem entsprechend lässt eine aktuelle Entscheidung des BayObLG (NStZ 2020, 109 m. Anm. Reichenbach), obwohl sie eine zugunsten des Gefangenen ergangene Entscheidung aufhob, eine vorsichtige Akzentverschiebung von den vollzuglichen Bedenken zu medizinischen Gesichtspunkten erkennen. Für die unterschiedlichen Formen der Behandlung (ausschleichende Substitution, Neubeginn einer Substitution und Substitution zur Entlassungsvorbereitung) ergibt sich danach folgende rechtliche Beurteilung:

Die Fortsetzung einer bereits bei Haftantritt laufenden Substitutionsbehandlung wird entsprechend den Ausführungen des EGMR allenfalls dann abgelehnt werden dürfen, wenn dies (auch) aus externer medizinischer Sicht geboten erscheint. Die generelle Ablehnung oder bloße Vorbehalte von Anstaltsleitern oder -ärzten gegenüber der Substitutionsbehandlung werden eine Verweigerung nicht (mehr) begründen können. Eine laufende Therapie stellt nämlich unter dem Gesichtspunkt des Bestandsschutzes, wegen gesundheitlicher Risiken eines Abbruchs und den damit verbundenen zusätzlichen Leiden ein zu Gunsten des substituierten Gefangenen zu berücksichtigendes Abwägungskriterium dar (BayObLG NStZ 2020, 109). Dies entspricht der gesicherten medizinischen Beurteilung. Nach der Substitutionsrichtlinie der BÄK vom 27./28. April 2017 soll die Kontinuität der Behandlung sichergestellt werden. In aller Regel wird deshalb ein Abbruch der Behandlung gegen den Willen des davon betroffenen Gefangenen nicht in Betracht kommen (Reichenbach 2020, 113). Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung um den (geplanten) Abbruch der Behandlung wird das Gericht notfalls ein Gutachten eines qualifizierten, externen Mediziners einholen müssen.

Den größten Bedenken mancher Verantwortlicher begegnet immer noch der *Neubeginn einer (Dauer-)Substitution* von Gefangenen während ihrer Haft. Doch spätestens nach der Änderung des § 5 BtMVV, wonach die Abstinenz von ärztlich verordneten Substitutionsmitteln nicht mehr zwingendes Endziel der Substitutionsbehandlung, sondern nur noch „anzustrebendes“ Ziel ist, müssten diese Einwände überholt sein. Mit der Änderung wird nämlich anerkannt, dass eine ärztlich begleitete Langzeitsubstitution zur Ver-

ringerung des Leidensdrucks und als stabilisierende Maßnahme in Betracht kommt, ohne vom (langfristigen und oftmals unerreichbaren) Ziel der Drogenabstinenz verhindert zu werden. Dieser Veränderung muss der Strafvollzug in seinem Verständnis von Resozialisierung, seiner Behandlungsaufgabe und der Erfordernisse des Strafvollzugs auch dort Rechnung tragen, wo bislang Ablehnung vorherrschte (Körner et al. 2019 Vorb. zu §§ 29 ff BtMG Rn. 502; Kotz & Oğlakcioğlu 2018, § 13 BtMG Rn. 37, 29): Das Abstinenzparadigma ist suchtmittelmedizinisch endgültig überholt. Dies muss auch für die medizinische Behandlung im Strafvollzug gelten. Deshalb wäre es völlig unverständlich, wenn sich immer noch ideologische Vorbehalte gegenüber einer Behandlung durchsetzen, die sich nicht nur außerhalb des Strafvollzugs, sondern inzwischen auch in vielen Anstalten und Ländern bewährt hat. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass eine Substitutionstherapie der Erreichung des Vollzugsziels sogar dienlich sein kann. Liegt eine medizinische Indikation vor, kann einem Gefangenen deshalb ein entsprechender Behandlungsanspruch zustehen (Fährmann et al. 2021, i. E.).

Gleiches gilt für eine *Substitution zur Entlassungsvorbereitung*. Sie kommt insbesondere bei Inhaftierten mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko in Betracht. Welche katastrophalen Folgen ein „kalter Vollzug“ im Strafvollzug haben kann, ist vielfach belegt (vgl. nur BGH NJW 2014, 1680). Dieser Gesichtspunkt ist von so zentraler Bedeutung, dass er die medizinische Indikation häufig bestimmen wird.

5 Ausblick

Die ärztlich kontrollierte Behandlung opioidabhängiger Menschen mit Substitutionsmedikamenten ist in Europa und weiten Teilen der Welt zu einer Standardbehandlung avanciert. Allein in Europa befinden sich laut EMCDDA (https://www.emcdda.europa.eu/media-library/infographic-opioid-substitution-treatment-europe-coverage-and-principal-drug-prescribed_en) ca. 650 000 Menschen in einer Substitutionsbehandlung, d. h. etwa 50 % aller bekannten Opioidabhängigen. Diese Zahl wird auch für Deutschland angenommen (Die Drogenbeauftragte 2019). Trotz zahlreicher wissenschaftlicher Belege der Wirksamkeit dieser Therapieform (Malta et al. 2019) ist ihr Einsatz im Justizvollzug in Deutschland nicht annähernd so stark verbreitet: Lediglich 24 %, also knapp ein Viertel aller opioidabhängigen Gefangenen in Deutschland befinden sich – mit großen regionalen Variationen – in einer Substitutionsbehandlung. Dabei dürften sich im Gefängnis die schwereren Verläufe von Abhängigkeit und dementsprechend ein höherer Bedarf finden. Neben der geringeren Zahl substituierter Patienten stellt die große Heterogenität im Umgang mit Substitution das zentrale Problem dar. Damit wird deutlich, dass Gefangenen häufig eine ausreichende, medizinisch indizierte Behandlung verweigert wird und sie nicht von den Fortschritten der Suchtmedizin profitieren wie opioidabhängige Menschen außerhalb des Strafvollzugs.

Die juristische Analyse zeigt, dass spätestens seit der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte die medizinisch begründeten Richtlinien (hier: BÄK-RiLi 2017) auch im Justizvollzug umgesetzt werden müssen. Dies verlangt zum Wohle der Patienten schon die Kontinuität der Behandlung vom Übergang der Freiheit in die Haft und wieder in die Freiheit zurück.

Es bleibt zu hoffen, dass die Opioidsubstitutionsbehandlung nicht länger ideologisch beurteilt, sondern ihre Vorzüge für die Behandlung genutzt werden und sie bei bestehender medizinischer Indikation wie jede andere Krankenbehandlung auch im Justizvollzug selbstverständlich durchgeführt wird.

Interessenkonflikterklärung

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Manuskript

Eingereicht am 8.2.2021, akzeptiert am 23.3.2021

6 Literatur

- Arloth F, Krä H (2017). StVollzG, 4. Aufl. Beck, München
- BÄK-RiLi (2017). Richtlinie der BÄK zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017 in Kraft getreten
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019). Drogen- und Suchtbericht 2019
- Fährmann J (2019). Resozialisierung und Außenkontakte im geschlossenen Vollzug. Duncker und Humblot, Berlin
- Fährmann J, Schuster S, Stöver H (2021). Der Anspruch auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis NStZ 2021 i. E
- Goffman E (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Gross G (2019). Opioid-Substitutions-Therapie (OST) Entwicklung der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug in Bayern. Vortrag auf den 4. Gefängnismedizinertagen 5.–6.12.2019 in Frankfurt am Main, <https://www.sv-veranstaltungen.de/de/event/gefaengnismedizin-tage/> (Zugriff am 8.2.2021)
- Gross, G, Conroy S, Leonardi C, Meroueh F, Antolin JM, Somaini L (2021). Reducing opioid dependence therapy risk in the prison system and the use of extended-release buprenorphine as an additional treatment option: A consensus statement. *Heroin Addict Relat Clin Probl*
- Hillenkamp T (2008). Intramurale Medizin in Deutschland. In: Tag B, Hillenkamp T (Hrsg.): *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich*. Berlin
- Koehler JA, Humphreys DK, Akoensi TD, et al. (2014). A systematic review and meta-analysis on the effects of European drug treatment programmes on reoffending. *Psychology, Crime & Law* 20(6): 584–602
- Körner H, Patzak, J, Volkmer, M (2019). BtMG, 9. Aufl. Beck, München
- Kotz P, Oğlakcioğlu MT (2018). Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch (MüKo): Band 6, JGG (Auszug), Nebenstrafrecht I. München
- Lesting W (2018). Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. *Medizinrecht* 36 (2): 69–73
- Lesting W (2021). § 62 LandesR, Art und Umfang der medizinischen Leistungen, Kostenbeteiligung. In: Feest J, Lesting W, Lindemann M: *Strafvollzugsgesetze, Kommentar*. 8. Aufl. Köln (im Erscheinen)
- Malta M, Varatharajan T, Russel C, Pang M, Bonato S, Fischer B (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLOS*, published December 31, 2019. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003002> (Zugriff: 17.03.2021)

- Moore KE, Roberts W, Reid HH, Smith KMZ, Oberleitner LMS, McKee SA (2019). Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 99: 32–43
- Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N (2018). Medicine in the penal system. *Deutsches Ärzteblatt* 115: 808–814
- Pont J, Kastelic A, Stöver H, Ritter C, Knorr B (2018a). Substitutionsbehandlung im Strafvollzug: Ein praktischer Leitfaden. 3. Aufl. Berlin
- Pont J, Wolff H, Enggist S, Stöver H, Williams B, Greifinger R, Wolff H. (2018b). Prison healthcare governance: guaranteeing clinical independence. *American Journal of Public Health* 108(4): 472–476. <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304248> (Zugriff: 17.3.2021)
- Pont J, Stöver H, Wolff H (2012). Dual loyalty in prison health care: carry on or abolish? *American Journal of Public Health* 102(3): 475–480
- Reichenbach P (2020). Praxiskommentar, *NStZ* 40 (6): 112–114
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.2
- Stoll K, Bayer M, Häßler U, Abraham K (2019). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. <https://docplayer.org/184684417-Bundeseinheitliche-erhebung-zur-stoffgebundenen-suchtproblematik-im-justizvollzug.html> (Zugriff am 26.1.2021)
- Stöver H (2018). Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten in der Behandlung von Gefangenen. In: *Festschrift für Arthur Kreuzer*, 429 ff.
- Stöver H (2020). Opioidsubstitution in Haft: „Ein wichtiger Baustein der Suchttherapie“. *Hessisches Ärzteblatt* 9: 498–500
- Stöver H, Jamin D, Michels I, et al. (2019). Opioid substitution therapy for people living in German prisons – inequality compared with civic sector. *Harm Reduction Journal* 16. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-019-0340-4> (Zugriff: 26.1.2021)
- Stöver H (2021). Schnittstellenthema „Drogenabhängige Gefangene“. In: Feest J, Lesting W, Lindemann M (Hrsg). *Strafvollzugsgesetze, Kommentar*. 8. Aufl. Köln (im Erscheinen)
- Sykes G (1958). *The society of captives*. Princeton Univ. Press, Princeton NJ
- von Bernuth K, Seidel P, Krebs J, Lehmann M, Neumann B, Konrad N, Opitz-Welke A (2020). Prevalence of Opioid Dependence and Opioid Agonist Treatment in the Berlin Custodial Setting: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry* 11. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00794
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. https://www.unodc.org/documents/islamicrepublicofiran//publications/1jan2015/Substitution_maintenance_therapy-en.pdf (Zugriff am 26.1.2021)
- Wissenschaftlicher Dienst Deutscher Bundestag (2016). WD 9– 3000 – 049/16

Entwicklung der Substitutionsbehandlung im bayerischen Strafvollzug am Beispiel der Justizvollzugsanstalt Straubing

Gregor Groß

Justizvollzugsanstalt Straubing – Psychiatrische Abteilung

Zusammenfassung

Hintergrund: Zwischen 2010 und 2020 stieg die Quote der in substitions-gestützter Behandlung befindlichen Gefangenen bzw. Sicherungsverwahrten von 0,31 auf 6,51 % der Gesamtpopulation. Die Hintergründe dieser Entwicklung werden beschrieben, zudem wird auf das Problem der Diversion im Kontext der jeweiligen Substitutionsmittel und Darreichungsformen eingegangen.

Schlussfolgerung: Trotz deutlicher Ausweitung des Substitutionsangebotes bereiten heterogene Konzepte für die Behandlung Opioidabhängiger und fehlende Nachsorgemöglichkeiten Schwierigkeiten bei Verlegung oder Entlassung.

Schlagwörter: Bayern, Gefangene, opioidbezogene Störungen, Opioid-Substitutionsbehandlung, Medikamentenmissbrauch, Buprenorphin

Abstract

Background: Between 2010 and 2020, the rate of those treated with medication for the treatment of opioid dependence in Bavaria increased from 0.31 to 6.51 % of all prisoners or persons in preventive detention in Bavaria. The background of this development is presented and the problem of diversion in the context of the respective substitutes and administration forms is discussed.

Conclusion: Despite a significant increase in substitution treatment, heterogeneous concepts for the treatment of opioid addicts and a lack of aftercare options cause difficulties when transferring or releasing prisoners.

Keywords: Bavaria, prisoners, opioid-related Disorders, Opioid Substitution Treatment, Prescription Drug Misuse, Buprenorphine

1 Vorgeschichte

Über viele Jahre hinweg galt im bayerischen Strafvollzug das Gebot der Abstinenz bei Opioidabhängigen. 1991 wurde, da das Problem des Managements von Suchtkrankheiten zunehmend als Aufgabe des Justizvollzugs erkannt wurde, eine Arbeitsgruppe zur „Bekämpfung des Rauschmittelmissbrauchs in den bayerischen Justizvollzugsanstalten“ durch das bayerische Staatsministerium der Justiz installiert. Im Vordergrund stand die Überlegung, dass Suchtkranke durch erzwungene Abstinenz ihre Haftzeit als Gelegenheit für einen Neuanfang begreifen und von den vielseitigen Angeboten, die der Strafvollzug zur sozialen Reintegration bietet, profitieren können: Hierzu zählen insbesondere eine geregelte Tagesstruktur, kontinuierliche Arbeitstätigkeit, medizinische Versorgung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten. Zudem wurde zunehmend die externe Suchtberatung mit der Betreuung von Suchtkranken im Strafvollzug egebunden, außerdem wurden die Ärztinnen und Ärzte im Strafvollzug in Bayern von der Aufsichtsbe-

hörde zum Erwerb der Qualifikation der suchtmеди-zinischen Grundversorgung bei den Ärztekammern motiviert und die Weiterbildungskosten übernommen.

2 Umsetzung von Richtlinien

Obgleich die am 19.2.2010 verabschiedete Richtlinie der Bundesärztekammer vorsah, dass im Falle einer Inhaftierung die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen ist und auch bei derzeit abstinenten Opioidabhängigen, wie zum Beispiel in einem Gefängnis, in begründeten Einzel-

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gregor Groß, Ltd. Med. Dir.
Justizvollzugsanstalt Straubing – Psychiatrische Abteilung
Äußere Passauer Str. 90
94315 Straubing
E-Mail: gregor.gross@jva-sr.bayern.de

fällen eine substituionsgestützte Behandlung eingeleitet werden kann, wurde das Thema „Substitutionsbehandlung im Strafvollzug“ im Rahmen von vollzugsinternen Ärztetagen immer wieder kontrovers diskutiert. Hierbei überwogen aufgrund des auch bei anderen Suchterkrankungen geltenden Abstinenzgebotes die Vorbehalte gegenüber einer derartigen Behandlungsform noch über mehrere Jahre. 2010 wurde vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz eine weitere Arbeitsgruppe zur „Behandlung und Betreuung suchtabhängiger bzw. suchtfährdeter Strafgefangener“ eingesetzt. In Einzelfällen war bereits damals eine vorübergehende Substitutionsbehandlung möglich, zumal Untersuchungen, wie die PREMOS-Studie (Bundesministerium für Gesundheit 2011) und die DRUCK-Studie (Robert Koch-Institut 2016) nahelegten, dass Abstinenz bei Opioidabhängigkeit mittel- und langfristig nur in sehr wenigen Fällen erreicht werden kann. Eine Substitutionsbehandlung stellte allerdings weiterhin keine Standardbehandlung innerhalb des bayerischen Strafvollzugs dar. Zumindest wurden im Rahmen von opioidinduzierten Entzugssyndromen vermehrt Opioide verordnet, zudem wurde seitens der Aufsichtsbehörde betont, dass die Frage der substituionsgestützten Behandlung im konkreten Einzelfall im Rahmen des ärztlichen Ermessens zu beantworten ist.

2013 wurden die beiden bestehenden Arbeitsgruppen zur Suchtproblematik in der Arbeitsgruppe „Drogen- und Suchtpolitik des bayerischen Justizvollzuges“ zusammengefasst, deren Aufgabe ab 2015 die Darstellung des Status quo der Behandlung drogenabhängiger bzw. drogengefährdeter Gefangener und die Prävention und Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit sowie die Erarbeitung von Optimierungsvorschlägen war, wobei auch geprüft wurde, unter welchen Voraussetzungen eine Substitutionsbehandlung in Haft geboten erschien.

Zu einer deutlichen Zunahme der substituionsgestützten Behandlungen kam es allerdings nach einer Entscheidung des europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte am 1.9.2016 im Verfahren „Wenner gegen Deutschland“ (European Court of Human Rights 2016), wobei als Kläger ein Gefangener der Justizvollzugsanstalt Kaisheim das Unterlassen einer ihm zustehenden Substitutionsbehandlung bemängelte. In diesem Verfahren wurde seitens des EuGH ein Verstoß gegen Art. 3 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten festgestellt. Dieses Urteil führte nicht nur bei der Aufsichtsbehörde, sondern auch bei zahlreichen Anstaltsärztinnen und Anstaltsärzten zu einer veränderten Haltung in der Einstellung zur substituionsgestützten Behandlung. Erklärtes Ziel war es nun, die Quote der mit Substitutionsmitteln Behandelten deutlich anzuheben, wobei diese Entwicklung auch durch die neugefasste Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom 2.10.2017 in Verbindung mit einer Neufassung der BtMVV 2017 aufgrund zahlreicher Vereinfachungen gefördert wurde.

3 Quote der mit Substitutionsmitteln Behandelten

Zwischen 2010 und 2020 stieg die Quote der in substituionsgestützter Behandlung befindlichen Gefangenen bzw. Sicherungsverwahrten von 0,31 auf 6,51 % der Gesamtpopulation, einer jährlichen Steigerung um den Faktor 2,14 entsprechend (Breuer 2021). Inzwischen zeichnet sich möglicherweise auch unter den Todesfällen nach Haftentlassung in Bayern eine günstige Entwicklung ab: 2015 bis 2020 wurden im Mittel 21,2 Rauschgifttote innerhalb der ersten 2 Monate nach einer Haftentlassung registriert, 2020 waren es mit 18 Todesfällen etwas weniger (Bayerisches Landeskriminalamt 2021) – möglicherweise in Folge des verbesserten Angebotes einer Substitutionsbehandlung.

4 Justizvollzugsanstalten Straubing und Passau

4.1 Struktur

In der Justizvollzugsanstalt Straubing sind zwei Krankenabteilungen angesiedelt, eine für körperliche und eine für psychische Störungen. Letztere bietet zwar überregional eine stationär-psychiatrische Versorgungsmöglichkeit für psychisch erkrankte Gefangene, behandelt aber insbesondere Gefangene der Justizvollzugsanstalten Straubing und Passau und somit ein sehr heterogenes Spektrum von Gefangenen mit sowohl sehr kurzen wie auch sehr langen Haftstrafen. Traditionell gehört die Versorgung von Suchtkrankheiten zu den Aufgaben der psychiatrischen Abteilung.

Zu Beginn des letzten Jahrzehnts lag auch in der Justizvollzugsanstalt Straubing der Fokus auf der Entzugsbehandlung diverser Abhängigkeitserkrankungen, während extramural im Falle von Opioidabhängigkeit die Substitutionsbehandlung bereits etwa der Hälfte aller Opioidabhängigen angeboten werden konnte (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2021, BfArM 2021).

Aufgrund der 2010 erlassenen Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wurde zwar aus medizinischer Sicht eine Notwendigkeit gesehen, das Angebot einer Substitutionsbehandlung vorzuhalten, dieses kollidierte allerdings noch mit dem Abstinenzgebot des bayerischen Strafvollzugs, weswegen eine Substitutionsbehandlung zunächst nur bei sehr kurzen Haftstrafen von bis zu 3 Monaten Dauer und vorbestehender stabiler Substitutionsbehandlung ohne Beigebrauch angeboten werden konnte. Allerdings wurden derartige Behandlungsformen in der Regel nicht als „Substitutionsbehandlung“, sondern als „Entzugsbehandlung“ deklariert: Die vorbestehende Dosis des Substitutionsmittels wurde im Verlauf der Haft bei Verbleib in der psychiatrischen Abteilung zwar reduziert, jedoch bis zur Entlassung gelegentlich nicht vollständig abgesetzt.

Als weitere Ausnahme wurden ab 2013 zur Vorbereitung einer Entlassung auch psychisch instabile Gefangene mit Medikamenten zur Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit behandelt, wenn abzusehen war, dass ohne entsprechende Substitutionsbehandlung nach einer Entlassung nicht nur ein Rückfall in den Drogenkonsum, sondern auch eine psychische Dekompensation drohte. Sofern eine Weiterbehandlung nach Haftentlassung sichergestellt werden konnte, wurden die Gefangenen wenige Wochen zuvor behutsam auf ein Substitutionsmittel ihrer Wahl eingestellt.

Schließlich konnte ab 2014 Konsens hergestellt werden, dass auch unter Langstrafigen mit einer besonders schweren Suchterkrankung eine Indikation für eine Substitutionsbehandlung besteht, wenn diese aufgrund anhaltenden Konsums wiederholt disziplinarisch auffällig wurden.

Ferner wurden schließlich opioidabhängige Gefangene mit Substitutionsmitteln behandelt, bei denen ein Vollzug der Maßregel gemäß § 64 StGB wegen Erfolglosigkeit abgebrochen wurde und eine primär psychotherapeutische Intervention definitionsgemäß als aussichtslos zu erachten war.

Während die bis Anfang 2016 noch sehr zurückhaltend angebotene Substitutionsbehandlung von den damals wenigen Begünstigten dankbar angenommen wurde, zeigte sich mit steigenden Fallzahlen eine zunehmende Belastung des Personals.

In der Justizvollzugsanstalt Straubing wurden ab 2016 leitlinienkonform sämtliche von der BtMVV vorgesehenen Substitutionsmittel mit Ausnahme von Diamorphin angeboten. Während am 31.3.2016 erst 0,65 % von 701 Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Straubing mit Substitutionsmitteln behandelt wurden, waren es am 31.12.2020 84 (11,76 %) aller Gefangenen bzw. Verwahrten der Justizvollzugsanstalt Straubing, die sich in Substitutionsbehandlung befanden (fortlaufende eigene Datenerhebung des Bayerischen Justizvollzugs). Hinzu kamen zwei Gefangene der Justizvollzugsanstalt Passau, die zur Depotbehandlung mit Buprenorphin alle 4 Wochen in der Justizvollzugsanstalt Straubing vorgestellt wurden. Andere ebenfalls einer Substitutionsbehandlung bedürftige Gefangene wurden nach Straubing verlegt.

Die deutliche Zunahme der in Substitutionsbehandlung befindlichen Gefangenen bzw. Sicherungsverwahrten war im Laufe der letzten Jahre nur durch den Umstand zu bewältigen, dass mit Unterstützung der Aufsichtsbehörde ein engagierter Suchtmediziner aus Regensburg gewonnen werden konnte, der als externer Dienstleister ab dem 15.4.2019 die Versorgung der meisten opioidabhängigen Gefangenen der Justizvollzugsanstalt Straubing übernahm.

4.2 Quote der Substitutionsbehandlungen in verschiedenen Populationen

Im Vergleich zu Haftanstalten, in denen kürzere Haftstrafen vollzogen werden und höhere Quoten der Substitutionsbe-

handlungen von über 20 % aller Gefangenen zu finden sind (Breuer 2021), ist die Quote der Substitutionsbehandlungen in der Justizvollzugsanstalt Straubing trotz niederschweligen Angebotes zur Substitutionsbehandlung mit knapp 12 % eher niedrig. Hintergrund ist wahrscheinlich, dass Drogendelinquenz typischerweise den Bereich der niedrigen und mittleren Kriminalität und nicht den der Schwere Kriminalität betrifft. Allerdings ist in diesem Kontext zu erwähnen, dass im Vergleich zu Strafgefangenen gerade unter den Sicherungsverwahrten mit 9 von 50 Fällen (d. h. 18 % der hier Untergebrachten; eigene Datenerhebung zum Stichtag 31.12.2020) eine besonders hohe Quote an Substitutionsbehandlungen bestand. Dies ist ein Hinweis darauf, dass in einzelnen Fällen eine begleitende Suchterkrankung offenbar besonders problematische Kriminalitätsverläufe begünstigen kann.

4.3 Problem der Diversion

Der deutliche Anstieg der Quote an Substitutionsbehandlungen führte zu einem zunehmenden Konsum von Substitutionsmitteln unter bislang nicht opioidabhängigen Gefangenen. Der Schwarzmarktpreis für Buprenorphin sank, zuletzt waren laut „gut unterrichteten Kreisen“ 2 mg Buprenorphin für 50 Gramm Tabak erhältlich.

Die zunehmende Diversion von Substitutionsmitteln innerhalb des Strafvollzugs wie auch der Sicherungsverwahrung führte zunächst dazu, dass ab Mai 2017 die Vergabe von nicht flüssigen Substitutionsmitteln untersagt wurde. Dies hatte zur Folge, dass der Schwarzmarktpreis für Substitutionsmittel innerhalb der Justizvollzugsanstalt Straubing wieder deutlich anstieg. Die Beschwerde eines Gefangenen, der wegen Nebenwirkungen anstelle von Methadon die Verordnung von Buprenorphin begehrte, führte aufgrund eines Beschlusses des OLG Nürnberg vom 28.8.2018 (Az 2 Ws 547/18) dazu, dass fortan auch wieder Buprenorphin angeboten werden musste. Als Begründung wurde angegeben, dass eine Medikation nicht aus Gründen der Sicherheit und Ordnung vorenthalten werden dürfe. Entscheidend sei ausschließlich die medizinische Indikation. Da zudem die 2017 aktualisierte Richtlinie der Bundesärztekammer vorgab, dass bei gleichwertigen Substitutionsmitteln die Patientenpräferenz Berücksichtigung finden soll und der Aspekt der Sicherheit nicht die Frage der Gleichwertigkeit der Substitutionsmittel betraf, wird seither Buprenorphin wieder als Substitutionsmittel angeboten. Eine forcierte Umstellung auf das seit Anfang 2019 verfügbare Buprenorphin Depot, welches aus nachvollziehbaren Gründen eine Diversion der Substanz verhindern würde, wurde unter dem Aspekt des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit ebenfalls gerichtlich untersagt (Beschluss des Landgerichts Regensburg vom 19.8.2019 – StVK 664/19).

4.4 Akzeptanz von Buprenorphin Depot

Trotz inzwischen uneingeschränkter Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Art und Darreichungsform des Substitutions-



Abbildung 1: Behälter aus Aluminiumfolie zum Einsammeln von Buprenorphin im Rachenraum. Nachdem ein solcher Behälter tief tracheal aspiriert wurde, werden die neueren Modelle mit Fäden an den Zähnen fixiert, um ein versehentliches Einatmen zu verhindern (wiederholte Funde in der Justizvollzugsanstalt Straubing).

mittels waren am 31.12.2020 immerhin 8 von 75 Gefangenen (10,7 %) und 1 von 9 Sicherungsverwahrten (11,1 %) mit Buprenorphin in Depotform in Behandlung. Hinzu kamen Gefangene der Justizvollzugsanstalt Passau, denen auf diese Weise eine Fortführung der Substitutionsbehandlung ermöglicht wurde, da sie lediglich einmal wöchentlich bzw. alle 4 Wochen zur Verabreichung der Injektion in Straubing vorstellig werden mussten. Als wesentliches Motiv für die Weiterbehandlung mit einem Depotpräparat wurde von den Behandelten der Zeitgewinn und die größere Distanz zur Drogenszene berichtet.

4.5 Manipulation bei der Einnahme

Insgesamt führt das niederschwellige Angebot einer Substitutionsbehandlung bei weitgehend freier Auswahl des gewünschten Substitutionsmittels zu einer großen Akzeptanz, ein missbräuchlicher Umgang mit den verabreichten Substitutionsmitteln war allerdings häufig. Manipulation bei der Einnahme (insbesondere mittels tief im Rachen versteckter und an Zähnen befestigter Trichter; ► s. Abb. 1) führten zu Komplikationen, beispielsweise, wenn diese verschluckt oder eingeatmet wurden.

4.6 Substitutionsbehandlung und Disziplinarmaßnahmen

Disziplinarmaßnahmen haben im Kontext einer Manipulation bei der Einnahme von Substitutionsmitteln insbesondere im Zusammenhang mit dem oral verabreichten Buprenorphin deutlich zugenommen, seltener im Zusammenhang mit retardiertem Morphin, welches im Unterschied zu Buprenorphin nicht über die Mundschleimhaut resorbiert werden muss, sondern unmittelbar geschluckt werden kann. Missbrauch bei flüssigem Levomethadon wurde im Laufe der letzten Jahre lediglich in zwei Fällen beobachtet. Kein Missbrauch war bisher im Zusammenhang mit einer Verordnung von Depot-Buprenorphin festzustellen.

Hintergrund für Manipulationen bei der Einnahme sind nicht nur kriminelle Überzeugungen: Suchtkranke Gefan-

gene werden oftmals von nicht suchtkranken Mitgefangenen unter Druck gesetzt, Substitutionsmittel abzugeben, da Substitutionsmittel im Strafvollzug einen begehrten Wertgegenstand darstellen. Einzelne Gefangene profilieren sich als Händler, die interessierten Konsumenten ein vielseitiges Angebot unterbreiten wollen. Mithilfe organisierter krimineller Strukturen kommt es in der Folge zu Abhängigkeitsentwicklungen und Verschuldung. Manche bislang opioidabstinente Gefangene, die sich durch die Umstände der Haft überfordert fühlen, nehmen in Verführungssituationen das Angebot an. Trotz intensiver Bemühungen und Kontrollmaßnahmen gelingt es nicht, derartige Entwicklungen vollständig zu unterbinden. Hinzu kommt, dass opioidabhängige Gefangene einen Anspruch auf eine Behandlung mit Substitutionsmitteln haben, auch wenn sie diese offensichtlich missbrauchen oder an Mitgefangene weitergeben.

Eine Übersicht über die durchgeführten Disziplinarverfahren bei opioidabhängigen Gefangenen vor Beginn der Substitutionsbehandlung, nach Einleitung einer Substitutionsbehandlung sowie im Falle einer Behandlung mit Buprenorphin Depot zeigte im Juni 2019 einen deutlichen Rückgang der Fallzahlen durch die Substitutionsbehandlung. Hierfür wurden der Grund und die Anzahl von Disziplinarverfahren in den 12 Monaten vor und 6 Monaten nach Behandlungsbeginn (13.2.2019–19.11.2019) ausgewertet. Einschlusskriterium war eine Haftdauer von mindestens 12 Monaten bis zum Beginn der Substitutionsbehandlung. Vor Beginn einer Substitutionstherapie kam es bei 57 opioidabhängigen Gefangenen durchschnittlich 2,7-mal im Jahr zu Disziplinarverfahren, davon standen 1,5 im Zusammenhang mit der Suchtproblematik, wie Verweigerung von Urintests oder Besitz von illegalen Substanzen. Während der Behandlung sanken diese Zahlen auf durchschnittlich 1,3 Disziplinarverfahren pro Jahr, wobei 0,6 im Zusammenhang mit der Suchtproblematik standen. Der Rückgang der Disziplinarverstöße war mit durchschnittlich 0,9 Disziplinarverfahren pro Jahr – 0,2 davon im Zusammenhang mit der Suchtproblematik – sogar noch größer bei Patienten, die mit Depotpräparaten behandelt wurden. Hierbei handelt es sich möglicherweise nicht um einen spezifischen Effekt der Depotpräparate, sondern um Gefangene, die sich besonders intensiv um eine adäquate prosoziale Integration bemühen und ein von kriminellen Überzeugungen geprägtes Umfeld meiden (Gross et al. 2021).

4.7 Ablehnung einer Substitutionsbehandlung durch Opioidabhängige

Das Angebot einer Substitutionsbehandlung wurde gleichwohl nicht von allen Gefangenen in Anspruch genommen: Am 27.6.2019 befanden sich laut einer bei Zugang regelmäßig durchgeführten Untersuchung 101 Opioidabhängige in der Justizvollzugsanstalt Straubing, von denen 68 eine Substitutionsbehandlung in Anspruch nahmen. Die 33 verbleibenden Gefangenen wurden befragt, aus welchem Grund eine Substitutionsbehandlung abgelehnt wurde: Hierbei

gaben die meisten (n = 19) den Wunsch nach Abstinenz an, weitere (n = 4) erklärten, dass sie eine Substitutionsbehandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt anstrebten. Einige (n = 3) gaben an, dass sie eher andere Substanzen bevorzugten, um sich zu berauschen. In einem Fall wurde eine Substitutionsbehandlung aufgrund eines Vergiftungswahns abgelehnt. Ein Gefangener begehrte keine Substitutions-, sondern eine Schmerzbehandlung. 5 Gefangene äußerten sich nicht zu den Hintergründen ihrer Ablehnung. Dies zeigt, dass trotz niederschweligen Angebotes mit einer Substitutionsbehandlung etwa ein Drittel der opioidabhängigen Gefangenen mit diesem Therapieangebot nicht erreicht werden kann.

4.8 Beigebrauch und Zusatzverordnungen

Trotz bestehender Substitutionsbehandlung besteht bei einer nicht unerheblichen Zahl von Gefangenen ein Bedürfnis nach Einnahme weiterer zentral wirksamer Substanzen, hierbei insbesondere von Sedativa. Die von den Gefangenen beschriebenen Schlaf- und Schmerzstörungen trotz Substitutionsbehandlung erscheinen zwar gelegentlich wenig nachvollziehbar, beispielsweise, wenn im Rahmen einer Konsultation keinerlei Anzeichen von Müdigkeit oder Erschöpfung durch Schlafmangel erkennbar sind oder wenn trotz angeblich schwerster Schmerzen regelmäßig Kraftsport betrieben wird. Allerdings bestehen oftmals Komorbiditäten mit Schmerz-, Schlaf- und Anpassungsstörungen, gelegentlich auch in Form depressiver Episoden und schizophrener Psychosen. Häufig ist eine komorbide ADHS festzustellen. Gelegentlich ist eine zusätzliche Pharmakotherapie indiziert, jedoch vor dem Hintergrund einer bestehenden Substitutionsbehandlung nicht unproblematisch: Insbesondere müssen sedierende, kardiotoxische und atemdepressive Wechselwirkungen berücksichtigt werden.

4.9 Widerstände

Mit der Substitutionsbehandlung waren erhebliche organisatorische Belastungen des gesamten Personals der Justizvollzugsanstalt Straubing verbunden: Insbesondere war es nicht nur erforderlich, das medizinische Personal entsprechend zu schulen, sondern auch den allgemeinen Vollzugsdienst wie auch den Werkdienst auf die Schwierigkeiten im Umgang mit suchtkranken Gefangenen vertraut zu machen. Die Vorbehalte gegenüber der Substitutionsbehandlung ließen mit der Zeit jedoch nach, gerade seitens der Werkdienstleiter wurde hinsichtlich mancher mit Substitutionsmitteln behandelter Gefangener ein verbessertes Durchhaltevermögen und eine höhere Zuverlässigkeit berichtet.

Im Falle einer Substitutionsbehandlung von Gefangenen stellte sich immer wieder die Frage, ob möglicherweise die Arbeitssicherheit von der Substitutionsbehandlung betroffen sein könnte. In diesem Zusammenhang scheint die Uhrzeit der Vergabe des Substitutionsmittels eine wichtige

Rolle zu spielen, zumal von den Betrieben Gefangene vor Vergabe des Substitutionsmittels gelegentlich als unkonzentriert und unruhig geschildert werden und nach der Vergabe des Substitutionsmittels teilweise als unaufmerksam und schläfrig. In der Justizvollzugsanstalt Straubing hat sich aus organisatorischen Gründen die Vergabe des Substitutionsmittels in der Mittagspause etabliert, tatsächlich wäre aus medizinischer Sicht wahrscheinlich eine morgendliche Vergabe günstiger.

5 Defizite und Ausblick

Derzeit fehlen noch Konzepte für den Umgang mit Gefangenen, die mit Substitutionsmitteln behandelt werden, in den Einrichtungen des offenen Vollzugs und in den sozialtherapeutischen Abteilungen. Konzeptionell erscheint es vorstellbar, dass von mit Substitutionsmitteln behandelten Gefangenen künftig gefordert wird, dass sie trotz Substitutionsbehandlung beispielsweise in der Lage sein sollen, Therapiegesprächen zu folgen.

Die Organisation der Substitutionsbehandlung ist gegenwärtig von Haftanstalt zu Haftanstalt sehr heterogen: Manche Haftanstalten setzen für eine Substitutionsbehandlung voraus, dass eine derartige bereits in Freiheit begonnen wurde und zum Zeitpunkt der Inhaftierung bestand. Andere Haftanstalten leiten eine Substitutionsbehandlung erst zur Vorbereitung der Haftentlassung ein. Weitere Haftanstalten, wie die Justizvollzugsanstalt Straubing, bieten eine Substitutionsbehandlung unabhängig von derartigen Fragen an. Im Falle einer Verlegung von Gefangenen kann es daher zu einer Änderung des Behandlungskonzeptes kommen, mit der Folge, dass der bzw. die Betroffene eine bereits bestehende Behandlung beenden oder verändern muss. Gleiches gilt im Falle der Entlassungsvorbereitung: Während eine Entlassung in den Maßregelvollzug in Bayern gegenwärtig unter dem Aspekt der Fortführung einer Substitutionsbehandlung nur noch in Ausnahmefällen problematisch ist, stellt sich diese Frage viel häufiger bei Verlegung in Einrichtungen des Maßregelvollzugs in andere Bundesländer oder im Falle einer Entlassung in eine Therapieeinrichtung gemäß § 35 BtMG: Oftmals ist für diese Einrichtungen Abstinenz Voraussetzung für eine Aufnahme, gelegentlich werden nur bestimmte Substitutionsmittel toleriert oder auch nur bis zu einer bestimmten Dosierung.

Verbindlichere und eher an die Bedürfnisse der jeweiligen Suchtkranken als an die der jeweiligen Therapieeinrichtung angepasste Konzepte sollten aus diesem Grund angestrebt werden.

Schwierigkeiten bereitet oftmals die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung nach einer Haftentlassung, wenn geeignete Arztpraxen die Aufnahme weiterer Patienten ablehnen und auf Wartezeiten verweisen, oder auch, wenn psychiatrische Institutsambulanzen nicht regelhaft ein Substitutionsangebot vorhalten. Hinzu kommt, dass Kranken-

kassen oft erst nach einer Haftentlassung bereit sind, ihre Zuständigkeit zu prüfen, mit der Folge einer Versorgungslücke. Zur Überbrückung dieser kritischen Phase, in denen riskante Rückfälle und Überdosierungen drohen, erscheint Buprenorphin als Depotpräparat bzw. perspektivisch die Mitgabe von Naloxon als Nasenspray besonders geeignet, diese kritische Phase sicherer überbrücken zu können (Wodarz et al. 2019)

Individuelle Ursachen, die zur Kriminalitäts- und Suchtentwicklung beigetragen haben, bleiben oftmals unklar: Zahlreiche suchtkranke Gefangene identifizieren sich – insbesondere nach wiederholten Haftaufenthalten oder bei längerer Haftdauer – zunehmend mit ihrer Suchterkrankung und einem von Drogenkonsum und Kriminalität geprägten Umfeld, und die Haft verliert auf sie ihre abschreckende Wirkung. Mitgefangene und Bedienstete dienen zunehmend als Familienersatz, das eigenverantwortliche Leben in Freiheit wird immer abstrakter und vor allem als gefährliches Abenteuer mit Chancen auf kurzfristige Erfolge durch Delinquenz verstanden. Abstinenz oder kontinuierliche Substitutionsbehandlung bei prosozialem Verhalten erscheinen immer weniger erstrebenswert. Eine Korrektur derartiger Überzeugungen ist schwierig und erfordert weitaus mehr therapeutische Ressourcen als gegenwärtig vorhanden. Dennoch ist es möglich, Gefangene, die ihr Leben noch nicht einem von Kriminalität und beständigem Rauschzustand geprägten Lebensstil verschrieben haben, therapeutisch zu erreichen und ihrem Leben eine neue Ausrichtung zu geben. Allerdings müssten hierfür ähnlich intensive Therapiekonzepte entwickelt werden, wie das bereits für Sexual- und Gewaltstraftäter der Fall ist. Möglicherweise bieten die Ergebnisse einer aktuell laufenden Katamnese zu aus der Haft entlassenen Opioidabhängigen der FAU Erlangen demnächst mehr Informationen darüber, welche Populationen zu welchem Zeitpunkt von einer Substitutionsbehandlung besonders profitieren (Weiss 2021).

Für manche suchtkranke Gefangene besteht zwar eine Perspektive einer Therapie nach Haftentlassung, zahlreichen anderen bleibt ein solches Angebot jedoch verwehrt, entweder weil die rechtlichen Voraussetzungen für eine Maßregel gem. § 64 StGB fehlen, oder, weil ein Kostenträger die Kostenübernahme verweigert. Gerade in solchen Fällen sollte innerhalb des Strafvollzugs ein differenziertes und für Suchtkrankheiten spezifisches Therapieangebot unterbreitet werden können.

Interessenkonflikte

Der Autor ist Beamter des Freistaates Bayern.

Manuskript

Eingereicht am 8.3.2021, akzeptiert am 16.3.2021

6 Literatur

- Bayerisches Landeskriminalamt (2021). Sachgebiet 611 – Rauschgift. Meldung RG-Toter nach Haftentlassung – persönliche Mitteilung
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020). Pressemitteilung Nr 191/GP vom 20.8.2020. <https://www.stmgp.bayern.de/presse/huml-wirbt-fuer-erfolgreiches-naloxon-modellprojekt-bayerns-gesundheitsministerin-kampf/?output=pdf>
- BfArM (2021). Bericht zum Substitutionsregister: https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/Bericht/_node.html
- Breuer H (2021). Zwischenbericht Forschungsprojekt „Haft bei Opioidabhängigkeit“, persönliche Mitteilung
- Bundesärztekammer (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf
- Bundesgesetzblatt (2017). Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV)
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). PREMOS: Langfristige Substitution Opiatabhängiger. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf
- European Court of Human Rights (2016). Fifth Section. Case of Wenner vs Germany (1.9.2016). <http://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-165758>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Balancing access to opioid substitution treatment (OST) with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications. https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/opioid-substitution-treatment-ost-in-europe-availability-and-diversion_en
- Gross G, Conroy S, Leonardi C, Meroueh F, Antolin JM (2021). Reducing opioid dependence therapy risk in the prison system and the use of extended-release buprenorphine as an additional treatment option: A consensus statement. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, published ahead of print
- Robert Koch-Institut (2016). Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin
- Weiss M (2021). Evaluation der Behandlung von Opioidabhängigen während der Inhaftierung im bayerischen Justizvollzug. CRIS – the Current Research Information System. https://cris.fau.de/converis/portal/project/230089625?lang=en_GB
- Wodarz N, Wolstein J, Wodarz-von Essen H, Pogarell O (2019). Naloxon – Medizinische Grundlagen und internationale Erfahrungen. *Sucht* 65(5): 335–34

Opioidsubstitutionstherapie und Substitutionsmedikamente im Justizvollzug – Bestandserhebung und Vergleich

Karlheinz Keppler¹, Heino Stöver²

¹ Berliner Straße 90, 13507 Berlin

² Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4: Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt

Zusammenfassung

Eine flächendeckende medizinische Versorgung opioidabhängiger Menschen in deutschen Haftanstalten mit einer Substitutionsbehandlung ist nicht gegeben. Innerhalb der 16 Bundesländer zeigt sich ein sehr heterogenes Bild der Versorgung mit großen regionalen und sogar kommunalen Unterschieden. Außerdem kommt es in einigen Haftanstalten immer noch zu Abbrüchen der Substitution bei Haftantritt, medizinisch nicht gerechtfertigten Umstellungen des Medikaments, der Dosierung etc. Auch die Organisation einer Weitersubstitution nach Haftentlassung wird nicht überall mit der notwendigen Konsequenz im Rahmen der Entlassungsvorbereitung betrieben. Auf der Basis einer empirischen Untersuchung über den tatsächlichen Arbeitsaufwand bei einer sachgerechten Opioidsubstitutionsbehandlung in Haft werden v. a. gesundheitsökonomische Überlegungen zu adäquaten Formen der Organisation und Medikamentenwahl v. a. im Hinblick auf Depot-Anwendungen bei der Behandlung angestellt.

Schlagwörter: Opioidsubstitutionsbehandlung, Gefängnis, Substitutionsmedikamente, Gefängnisarzt

Abstract

An area-wide medical provision of opioid dependent people in German prisons with an opioid substitution therapy is not existent. Within the 16 states in Germany ('Länder') a heterogeneous picture can be observed with great regional and municipal varieties.

Moreover in some prisons the opioid substitution therapy is being interrupted, medically not justified, a switch to other drugs, and dosing problems occur. Also the ongoing substitution therapy after release is not being done everywhere with the same consequence.

On the basis of an empirical analysis about the real amount of work of an adequate opioid substitution therapy in custody health economic considerations are being made on the forms of organization and choice of drug within the therapy with a special focus on depot applications.

Keywords: opioid substitution therapy, prison, medication for substitution, prison doctor

1 Einleitung

Von den am Stichtag 31.3.2018 insgesamt 6 013 Gefangenen im Justizvollzug, die bei Haftantritt die Kriterien für eine Opioidsubstitutionstherapie erfüllten, wurden lediglich 1 440 substituiert. Dies entspricht einer Substitutionsquote von 23,9 % in Haft, gegenüber ca. 50 % in Freiheit (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019). Stöver et al. (2019) zeigen auf, dass die Substitutionsquote in den 16 Bundesländern stark variiert. Eine äquivalente medizinische Versorgung innerhalb und außerhalb der Haft wird nicht durchgehend und flächendeckend umgesetzt (► siehe Beitrag [Lesting et al. auf Seite 67 in diesem Heft](#)). Außerdem kommt es in einigen Haftanstalten immer noch zu Abbrüchen der Substitution bei Haftantritt, medizinisch nicht gerechtfertigten Umstellungen des

Korrespondenzadresse:

Dr. Karlheinz Keppler
Berliner Straße 90
13507 Berlin
E-Mail: karlheinz.keppler@web.de

Medikaments, der Dosierung etc. Auch die Organisation einer Weitersubstitution nach Haftentlassung wird nicht überall mit der notwendigen Konsequenz im Rahmen der Entlassungsvorbereitung betrieben.

Allerdings gibt es mittlerweile in einigen Städten bzw. Regionen Absprachen zwischen Krankenkassen, Jobcenter, ARGE (= Abkürzung für **Arbeitsgemeinschaft**, eingeführt nach der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe) und substituierenden Ärzt*innen, so z. B. in Hannover, Sehnede, Köln. Auch Bemühungen im Rahmen der sog. PLUS-Projekte helfen, die Weitersubstitution zu organisieren (Jamin & Stöver 2021).

2 Welcher Arbeitsaufwand ist erforderlich, um sachgerecht in Haft zu substituieren?

Opioidsubstitutionsbehandlung ist, gerade im Gefängnis, mehr als nur die reine Abgabe des Medikaments. Zur eigentlichen Substitution kommt eine Vielzahl von zusätzlichen Aufgaben (Alam et al. 2019). Dabei sind hier nicht nur die rein medizinischen Mitarbeiter*innen (Arzt/Ärztin und Krankenpflege) beteiligt. Anders als in den Praxen außerhalb sind in den Gefängnissen auch die Mitarbeiter*innen des Allgemeinen Vollzugsdienstes und Mitarbeiter*innen der Suchtberatung, gelegentlich Sozial- und psychologischer Dienst eingebunden.

2.1 Methode

Um den tatsächlich anfallenden Arbeitsaufwand für den Medizinischen Dienst und den Allgemeinen Vollzugsdienst zu klären, wurde im Rahmen einer empirischen Untersuchung (Keppler & Stöver 2021) auf zwei Ebenen recherchiert. Zum einen wurde auf den 4. Gefängnismedizintagen (GMT) 2019 in Frankfurt am Main ein Fragebogen zur Substitutionspraxis verteilt, der von insgesamt 61 ärztlichen Kolleg*innen ausgefüllt wurde. Darüber hinaus wurden strukturierte Interviews mit insgesamt 7 Expert*innen aus allen Bereichen des Justizvollzuges (Männer-, Frauen-, Jugendvollzug) und aus Anstalten verschiedener Größe durchgeführt.

2.2 Ergebnisse

Innerhalb der Haftanstalten kommen Aufgaben hinzu, die außerhalb in den Praxen niedergelassener Ärzte nicht erforderlich sind. Während außerhalb der Haftanstalten der/die Patient*in in Eigenverantwortung in der Praxis, also zur Medikamentenvergabe erscheint, ist die Bewegungsfreiheit im Gefängnis naturgemäß eingeschränkt. Die Folge ist: Das Erscheinen des/der Patient*innen zur Vergabe des Substitutionsmittels muss organisiert werden, er/sie muss abgerufen und in aller Regel von Vollzugsbediensteten begleitet wer-

den. Dementsprechend fällt hier Arbeit auch für den Allgemeinen Vollzugsdienst an.

Gleiches gilt für die Psychosoziale Betreuung (PSB). In den meisten Praxen erfolgt die Psychosoziale Betreuung getrennt vom Praxisbetrieb. Im Gefängnis finden die Substitutionsbehandlung und die PSB unter einem Dach statt.

Das gilt ebenso für den Beikonsum und Intoxikationszustände. Beim in Freiheit substituierten Patienten bleibt ein Beikonsum oder eine Intoxikation im häuslichen Bereich naturgemäß eher unbemerkt vom Praxispersonal oder vom substituierenden Arzt/Ärztin. Im Gefängnis besteht stattdessen eine unmittelbare Kontrolle und Wahrnehmung von Veränderungen im Verhalten und/oder Kognition. Außerdem ist das Gefängnispersonal, auch das nicht-medizinische, im Umgang mit drogenkonsumierenden Menschen geschult und erfahren. Dazu kommt eine quasi stationär-familiäre Situation. So werden Beikonsum oder Sedierungs-/Intoxikationszustände wesentlich unmittelbarer wahrgenommen als in Freiheit. Werden diese Informationen an das medizinische Personal weitergegeben, hat das vermehrte und zeitaufwendige Interventionen zur Folge.

Auch über die hier illustrierten Beispiele hinaus ist der Umfang der Aufgaben in Zusammenhang mit Substitutionsbehandlung in den Haftanstalten deutlich höher als in substituierenden Praxen außerhalb der Gefängnisse. Umso wichtiger ist somit der sorgsame Umgang mit den vorhandenen, in aller Regel begrenzten personellen Ressourcen, die hier besonders in den Blick genommen wurden.

Die oben erwähnten Experten-Interviews aus den o. g. Vollzugsbereichen und die Umfrage auf den GMT 2019 erbrachten die folgende Zusammenstellung.

2.2.1 Administrative Tätigkeiten

Die Bestellung der Substitutionsmittel erfolgt in nahezu allen Anstalten über die zentralen Lieferapotheken. In substituierenden Anstalten ist die Logistik etabliert und macht allenfalls bei Umstellung des Substitutionsmittels (z. B. von DL-Methadon auf L-Methadon) oder bei Neueinführung eines Substitutionsmittels zusätzliche Arbeit.

Eine weitere Aufgabe besteht in der Führung des BtM-Buchwerks. Dosiersysteme erleichtern diese Arbeit und machen sie rechtssicher.

Die enge Zusammenarbeit mit der jeweiligen Suchtberatung ist empfehlenswert bzw. erforderlich. Regelmäßige Besprechungen über einzelne Patient*innen und darüber, wer bspw. entlassungsvorbereitend in die weiterführende Substitutionsbehandlung aufgenommen wird, sollten stattfinden. Auch Ausschlüsse bei Fehlverhalten sind im Zusammenwirken mit der Suchtberatung einfacher.

Um die Vergabe zum unmittelbaren Verbrauch schnell und reibungslos zu gewährleisten, ist oftmals die sog. „Vordosierung“, also das Bereitstellen des Substitutionsmittels für den einzelnen Patienten bereits am Vortag sinnvoll.

Die Organisation der Vergabe bei Hafturlauben ist bei Urlauben in ländlichen Regionen durchaus schwierig und zeitaufwendig. Auch hier lohnt eine gute Zusammenarbeit mit der Suchtberatung, da sie diese Aufgabe der Organisation übernehmen kann.

Die Organisation der Substitution bei Gefangenen, die auf Transport in eine andere Anstalt gehen, ist besonders schwierig. Gefangene, die bspw. von Hamburg nach München verlegt werden sollen, reisen nicht an einem Tag von Hamburg nach München. Gefangenentransporte laufen wie beim Zugverkehr nach Fahrplänen. So kann der Transport von Hamburg nach München über Aufenthalte und Übernachtungen in mehreren Anstalten als Zwischenstationen gehen. Die Mitgabe des Substitutionsmittels und die Organisation der Vergabe ist somit fast eine logistische Meisterleistung. Allerdings ist selbst bei guter Organisation nicht ausgeschlossen, dass der/die Substituierte in der einen Anstalt zwei Mal an einem Tag sein Substitutionsmedikament erhält oder in einer anderen Anstalt gar nicht.

Teambesprechungen und Fallbesprechungen auch zusammen mit der Suchtberatung sind ein ganz wesentlicher Bestandteil der Substitutionsbehandlung. Alle Mitarbeiter*innen müssen gegenüber den Patient*innen den gleichen Informationsstand haben und die gleichen Verfahrensweisen einhalten.

Vor allem wenn die Substitutionsbehandlung in einer Anstalt neu etabliert werden soll oder neue Substitutionsmittel eingesetzt werden sollen, muss ein tragfähiger Behandlungsvertrag erstellt und ggf. geändert und/oder fortgeschrieben werden.

Die eigentliche Substitutionsbehandlung, das Vergeben zum unmittelbaren Verbrauch, findet in den meisten Anstalten im Bereich der Medizin statt. Daher müssen die Patient*innen von ihrem Haftraum oder ihrem Arbeitsplatz in der Anstalt in die Medizinabteilung gebracht werden. So ist nicht nur in großen Anstalten mit großem Areal und mehreren Hafthäusern das Bringen und Zurückbringen mit weiten Wegen und großem zeitlichem Aufwand verbunden.

Die Tätertrennung muss im Bereich des Justizvollzuges beachtet werden, besonders häufig erfolgt das im Bereich der Untersuchungshaft. Tätertrennung führt dann dazu, dass bestimmte Gefangene einzeln und begleitet in der Medizin vorgestellt werden müssen.

Die Sicherheit der Vollzugs-Mitarbeiter*innen bei der Vorführung zur Substitution muss auf jeden Fall gewähr-

leistet sein. So können bspw. 30 Substituierte aus einem Hafthaus nicht nur von einem einzelnen Bediensteten zur Substitution begleitet werden. Entweder sind kleinere Gefangenengruppen erforderlich oder mehrere Bedienstete. Gefangene, die als gefährlich gelten, müssen einzeln und mit mindestens zwei Bediensteten zur Substitution gebracht werden.

Die Abgabe des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch ist das „Herzstück“ der Substitutionsbehandlung. Vor der Vergabe ist allerdings immer und zwingend sicherzustellen, dass die Abgabe des Substitutionsmittels (also das Abgeben einer potenziell tödlichen Dosis) an den/die Patient*in, der/die gerade im Moment vor einem steht, für sie/ihn gefahrlos möglich ist. Diese Beurteilung ist eine verantwortungsvolle Aufgabe, die zudem entsprechende Erfahrung erfordert.

Nach der Vergabe muss sichergestellt werden, dass das Substitutionsmittel auch ordnungs- und bestimmungsgemäß eingenommen wurde. Es gibt eine Fülle von Möglichkeiten und immer wieder Versuche der Patient*innen, diese ordnungsgemäße Einnahme zu umgehen.

Bei nicht ordnungsgemäßer Einnahme muss vom Personal oft zeitaufwendig interveniert werden. Letztendlich gilt es zu verhindern, dass Substitutionsmittel in die normalen Haftbereiche gelangen.

Ähnliches gilt bei Verstößen gegen den Behandlungsvertrag, z. B. verbalen Aggressionen gegen das Personal (z. B. bei längeren Wartezeiten) oder gegen Mitgefangene (z. B. bei Konflikten zwischen zwei Gefangenen).

Ein Gleiches gilt bei spontanen Gesprächen oder Kriseninterventionen (Tod eines Angehörigen, Gerichtstermin mit einer hohen Strafe wurde gerade beendet etc.).

Natürlich müssen die in den Bereich der Medizin gebrachten Gefangenen mit dem gleichen logistischen Aufwand wieder zurückgebracht werden.

2.2.2 Kontrollen auf Beikonsum

Zur vorgeschriebenen Kontrolle auf Beikonsum werden im Justizvollzug in aller Regel überwachete Urin-Screenings eingesetzt. Diese Urin-Screenings können gerade auch bei höheren Zahlen von Substituierten nicht zeitgleich mit der Substitution durchgeführt werden. Daher ist für das Bringen und Zurückbringen der gleiche logistische Aufwand erforderlich wie bei der eigentlichen Substitution. Zudem gelten auch die gleichen Restriktionen (Tätertrennung, gefährliche Gefangene einzeln etc.). Darüber hinaus kommt es oftmals zu langwierigen Diskussionen: „Warum ich?“, „Ich habe doch gerade erst Urin abgegeben!“, „Wer hat das angeordnet?“, „Ich war gera-

de auf Toilette und kann jetzt nicht.“ usw. sind gängige Diskussionsthemen.

Die Einführung von Speicheltests wäre hier für den Justizvollzug eine sehr gute Möglichkeit, Ressourcen einzusparen und dennoch verlässliche Kontrollen zu ermöglichen.

2.2.3 Beginn und Ende der Substitution

Wie außerhalb der Gefängnisse auch, muss auf jeden Fall die Indikation zur Substitution geprüft werden. Der in der jeweiligen Anstalt genutzte Vertrag muss besprochen und unterschrieben werden. Kommt ein Patient substituiert zur Aufnahme in das Gefängnis, muss der vorher substituierende Arzt kontaktiert werden, um die entsprechenden Daten (Höhe der Dosis, letzte Vergabe etc.) zu bekommen. Ein Eingangs-Urin-Screening ist erforderlich.

Eine besondere Herausforderung stellt die Sicherstellung einer Fortführung der Substitution nach Haftentlassung dar. Gerade bei Entlassung in ländliche Regionen ist es schwierig, manchmal unmöglich. Hilfreich ist dabei eine enge Zusammenarbeit mit der Suchtberatung und eine gute Netzwerkarbeit mit den niedergelassenen Kolleg*innen in Freiheit.

2.2.4 Wartezeiten

Wartezeiten sind im Justizvollzug ein massives Problem. Wird ein/eine Patient*in angefordert, sind die Stationsbediensteten häufig mit anderen vollzuglichen Aufgaben beschäftigt, die aus Vollzugssicht oft wichtiger scheinen als das Bringen zur Substitution.

Eine weitere vollzugstypische Situation, die gelegentlich Wartezeiten von 2 oder 3 Stunden generiert, ist der sog. „Hausalarm“. Wird ein Alarm ausgelöst, sind sämtliche Gefangenenbewegungen unterbunden.

Auch die bereits oben angesprochenen Urinkontrollen verursachen oft lange Wartezeiten. Erscheint der Gefangene zur Urinabgabe, so ist eine häufige Argumentation: „Ich kann jetzt nicht.“ Dann muss er/sie eingeschlossen werden, um mögliche Manipulationen zu verhindern. Er/sie hat dann die Möglichkeit, sich per Rufanlage zu melden. Da jederzeit damit zu rechnen ist, dass sich der/die Patient*in meldet, kann das Krankenpflegepersonal in dieser Zeit im Grunde keine anspruchsvollen Tätigkeiten beginnen oder fortführen, sondern muss warten.

2.2.5 Tätigkeiten des Vollzugspersonals

Zu den dargestellten Aufgaben und Tätigkeiten des medizinischen Personals bei der Substitution müssen die Tätigkei-

ten des Vollzugspersonals (z. B. das Vor- und Zurückführen der Inhaftierten aus dem Vollzugsbereich in den Bereich der Medizin) hinzugerechnet werden.

Zusammenfassend hat die Auswertung des anlässlich der GMT 2019 verteilten Fragebogens und die Experteninterviews folgende Zeitbedarfe für die Substitution ergeben:

- für das Krankenpflegepersonal und das ärztliche Personal 15:21 Minuten pro Patient*in pro Tag, davon entfallen ca. 1/5 auf den ärztlichen Dienst und ca. 4/5 auf den Pflegedienst (entspricht für ca. 40 Patient*innen eine Krankenpflegekraft),
- für das Vollzugspersonal 1:46 Minuten pro Patient*in pro Tag.

Damit ist ersichtlich, dass die Substitutionsbehandlung bei weitem nicht nur aus der Abgabe des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch besteht, sondern eine Fülle von zusätzlichen z. T. zeitraubenden und schlecht planbaren Tätigkeiten nach sich zieht. Dabei fallen erhebliche Zeitbedarfe sowohl für medizinischen Dienst als auch für den Allgemeinen Vollzugsdienst an. Es liegt somit auf der Hand, dass es angesichts dieser speziellen, vollzuglichen Situation sinnvoll ist, personelle und andere Ressourcen zunächst mit zu berücksichtigen und letztlich einzusparen, wo immer es möglich ist.

3 Welche Hinderungsgründe erschweren die Opioidsubstitution in Haft?

Eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber einer Suchterkrankung und eine Akzeptanz von Substitutionsbehandlungen ist nicht in allen Teilen des Vollzugspersonals die Regel. Substitutionskritische Mitarbeiter*innen beobachten die Substitutionstherapie und substituierte Patient*innen oft skeptisch. Auffälligkeiten werden im Zweifel genutzt, um die Opioidsubstitutionsbehandlung zu diskreditieren. Viele der Punkte, die dem Vollzugspersonal unangenehm auffallen, und viele Punkte, die die Substitution erschweren, lassen sich durch ein Depot-Substitutionsmittel lösen.

3.1 Missbrauch von Substitutionsmitteln

Erfahrene Vollzugsmitarbeiter*innen haben über verschiedene vollzugliche Kontrollmöglichkeiten und eine qualifizierte Beobachtung Informationen darüber, dass Substitutionsmittel auch missbraucht werden. Es gibt Hinweise darauf, dass flüssige Substitutionsmittel über saugende Materialien im Mundraum bei der Vergabe asserviert werden und anschließend entweder verkauft, intravenös gespritzt oder auf andere Art und Weise nicht bestimmungsgemäß verbraucht werden. Gleiches gilt für Substitutionsmittel in Tablettenform oder als Sublingualtablette. Für den Vollzug ist demnach das Substitutionsmittel, des-

sen Einnahme zu 100 % kontrollierbar ist und ein Missbrauch daher ausgeschlossen ist, das optimale Substitutionsmittel.

Eine Depot-Applikation erfüllt durch die subkutane Anwendung diese Voraussetzung und ist damit für den Vollzug das optimale Substitutionsmittel.

3.2 Gefangenenbewegungen – Unsicherheit und Mehrarbeit

Bisher ist bei den herkömmlichen Substitutionsmitteln eine tägliche Vergabe erforderlich – im Justizvollzug gibt es keine Take-Home-Vergabe. Dazu müssen die Gefangenen in der Regel in den Bereich der Medizin vorgeführt werden (s. o.). Diese Vorführungen haben für den Vollzug zwei wesentliche Nachteile. Gefangenenbewegungen sind zum einen immer ein Unsicherheitsfaktor und bedeuten zum anderen zusätzliche Arbeit für das Vollzugspersonal. Zusätzliche Arbeit, die es aus Sicht des Vollzugspersonals nicht geben würde, wenn es keine Substitution gäbe. Wie oben bereits erwähnt, ist das besonders augenfällig, wenn es sich um große Anstalten handelt, bei denen die Abteilungen auf einem großen Areal verteilt und insofern lange Wege zurückzulegen sind. Es gibt sogar Anstalten, in denen nicht substituiert wird, so dass die Gefangenen in einer anderen Anstalt zur Substitution vorgeführt werden müssen.

Eine Depot-Applikation reduziert die Zahl der Gefangenenbewegungen bei wöchentlicher Gabe um den Faktor 7, bei 4-wöchentlicher Applikation um den Faktor 28.

3.3 Drogen-Todesfälle im Vollzug

Todesfälle im Justizvollzug sind aus mehreren Gründen problematisch. Zum ersten haben Gefangene und Bedienstete oft eine durch den engen täglichen Kontakt gewachsene Beziehung. Der Todesfall belastet dann besonders. Zum zweiten ist das Auffinden des/r Toten und die sich anschließende Reanimation bis zum Eintreffen des Notarztes eine traumatisierende Erfahrung. Zum dritten besteht bei jedem Tod im Vollzug eine besondere Aufklärungspflicht, d. h. es wird immer die Polizei eingeschaltet, mit den entsprechenden Ermittlungen. Zum vierten besteht bei jedem Todesfall im Vollzug eine Meldepflicht an die Aufsichtsbehörde, die Stellungnahmen und Dokumentationen nach sich zieht. Zum fünften entsteht Druck durch Presse und Öffentlichkeit, die jeden Tod im Gefängnis verdächtig finden und in aller Regel nicht verstehen, dass es auch in Gefängnissen zu Überdosierungen und Drogentoten kommen kann.

Gerade auch Überdosierungen und Todesfälle bei substituierten Patient*innen durch Beikonsum sind im Blick

der Öffentlichkeit aber auch im Blick der substitutionskritischen Vollzugsmitarbeiter*innen besonders suspekt und unverständlich. Die Substitutionsmittel DL-Methadon, Levo-Methadon, retardierte Morphine und Diamorphin sind allesamt ausgesprochen atemdepressiv und damit potenziell tödlich.

Der im Depot vorhandene Wirkstoff Buprenorphin ist deutlich weniger atemdepressiv und vor dem oben angesprochenen Hintergrund das Substitutionsmittel, bei dem am wenigsten mit Atemdepression und Drogentod zu rechnen ist. Damit ist das Depot mit diesem Wirkstoff für den Einsatz im Justizvollzug besonders geeignet. Das Gleiche gilt im Grunde für die Verlängerung der QT-Zeit (bei den am häufigsten eingesetzten DL-Methadon und L-Methadon), einer potenziell tödlichen Herzrhythmusstörung, die beim Buprenorphin nur bei einer Beimedikation eine gravierende Rolle spielt (Anchersen et al. 2009).

3.4 Die Einstellungsphase und die sedierende Wirkung einiger Substitutionsmittel

Kommen Patient*innen innerhalb der Haftzeit neu in die Substitution, gibt es immer wieder Meldungen von den Stationen an die Medizin, dass der betreffende Patient ca. eine halbe Stunde nach der Vergabe deutlich sediert („breit“) wirkt. Sedierungszeichen wie Schläfrigkeit, verlangsamte Motorik, verwaschene Sprache sind verständlicherweise Dinge, die weder die Vollzugsbeamt*innen noch die Mitinhaftierten tolerieren wollen. Für den Vollzug sind alle Intoxikationszeichen verdächtig auf den Konsum illegaler Drogen. Zudem ist es für die ebenfalls drogenkonsumierenden Mitgefangenen nur schwer erträglich, wenn sie selber sich gerade um Abstinenz bemühen und dann eine/n sedierten/intoxikierten Mitgefängene*n vor Augen geführt bekommen.

Das Phänomen der Sedierung kurz nach Vergabe der sedierend wirkenden Substitutionsmittel zeigt sich zudem nicht nur in der Phase der Einstellung, sondern auch bei eingestellten Patient*innen mit fester Dosierung, wenn diese Dosierung etwas höher ist. In beiden Fällen stellt sich die Frage, ist der sedierende Effekt durch das Substitutionsmittel bedingt oder sind weitere Substanzen im Spiel?

Sediert wirkende Patient*innen sind also ein vollzugliches „No Go“, und schlimmer noch: Sie diskreditieren die Substitution. Das Depot mit seinem Wirkstoff Buprenorphin löst dieses Problem, da der Wirkstoff kaum sedierend wirkt. So werden weder in der Einstellungsphase noch später in der Dauer-Substitution bei höheren Dosen sedierende Effekte wirksam.

3.5 Weitersubstitution bei Transport

Immer wieder müssen Inhaftierte innerhalb des Bundesgebietes aus unterschiedlichen Gründen in andere Anstal-

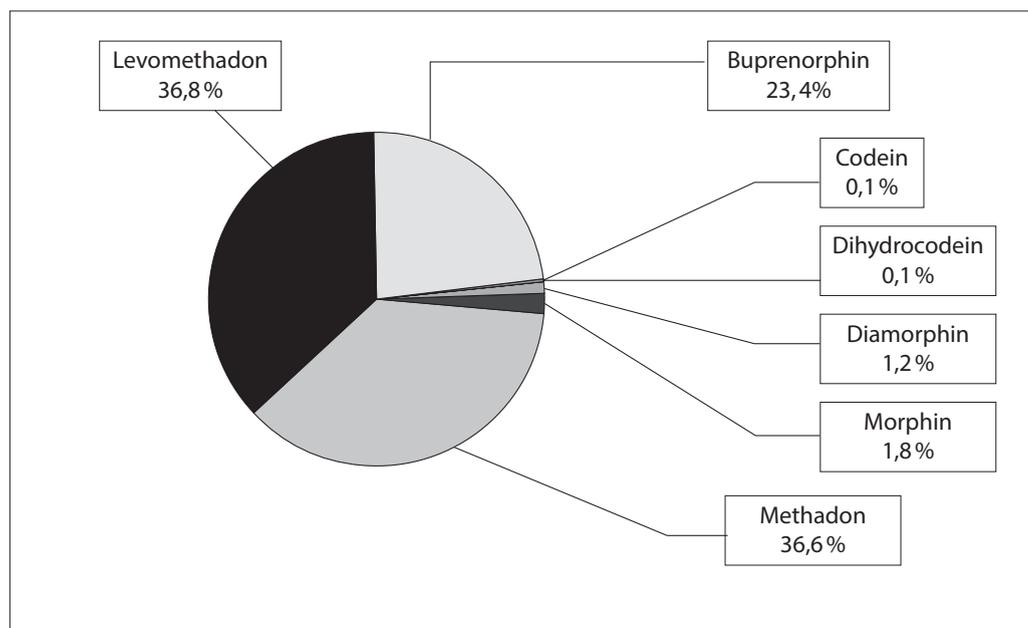


Abbildung 1: Art und Anteil der in Deutschland verabreichten Substitutionsmittel (Stichtag 1.7.2020, nach BfArM 2021)

ten verlegt bzw. transportiert werden. Bei substituierten Patient*innen ist die Organisation der Weitersubstitution oft ein Problem. Grundsätzlich kann eine Fahrt bedingt durch die Transportwege über mehrere Anstalten gehen und mehrere Tage dauern. Die Substitution dann so sicher zu organisieren, dass die Gefangenen verlässlich substituiert werden, ist eine logistische Herausforderung.

Die Depot-Applikation löst dieses Problem. Die Substitution bei kürzeren Transporten kann mit dem Depot über 7 Tage sichergestellt werden. Selbst sehr lange Transportzeiten können mit dem Depot über 4 Wochen problemlos und sicher für alle Beteiligten abgedeckt werden. Voraussetzung ist, dass die Eistellung auf den Wirkstoff Buprenorphin und auf die Applikationsform Depot abgeschlossen ist.

3.6 Weitersubstitution nach Entlassung

Die Haftentlassung und die Tage danach sind aus verschiedenen Gründen höchst vulnerabel und mit typischen Problemen und einer deutlich erhöhten Mortalität belastet (Binswanger et al. 2013).

Ein Problem besteht darin, dass der Vollzug trotz Pflicht zur Entlassungsvorbereitung vor dem Tag der Haftentlassung weder die Anbindung an die ARGE sicherstellen kann, noch in der Lage ist, die Krankenversicherung zu organisieren, da sich beide Systeme aus formalen Gründen weigern. Beides muss der/die Patient*in am Tage der Haftentlassung selbst zustande bringen.

Es gibt also ein ausgesprochen großes Schnittstellenproblem bei der Haftentlassung.

Ein Depot löst dieses Schnittstellenproblem. Sowohl das Depot über 7 Tage und in noch größerem Maße das Depot über 4 Wochen hilft den Patient*innen. Durch das Substitutionsmittel ist der Suchtdruck zumindest deutlich vermindert und das Depot über 7 Tage oder 4 Wochen verschafft ausreichend Zeit, sich um alle anstehenden Dinge zu kümmern.

3.7 Kleine Anstalten und tägliche Substitution ohne Arztpräsenz

Gerade wenn Vertragsärzte nicht täglich in der Anstalt sind oder wenn in kleineren Anstalten nicht eine tägliche Arztpräsenz gewährleistet ist, wird die tägliche Substitution ohne Arztpräsenz durchgeführt. Diese ist sowohl für das medizinische Assistenzpersonal als auch für den verantwortlichen Arzt unbefriedigend und auch angstbesetzt. Immer auch verbunden mit der Frage, was passiert, wenn es zu relevanten medizinischen Problemsituationen bei der Vergabe kommt? Was passiert, wenn bei der Vergabe relevante Entscheidungen zu treffen sind? Sind unter diesen Kautelen die einschlägigen Vorgaben des Betäubungsmittelrechtes eingehalten worden?

Ist wie beim Depot nur wöchentlich oder monatlich eine Vergabe nötig, kann diese auf den Tag gelegt werden, an dem eine Arztpräsenz gewährleistet ist.

3.8 (Vermeidbare) Körperverletzung im Amt?

In Anstalten, in denen der Einsatz von Buprenorphin als Sublingualtablette aus den bereits angesprochenen Grün-

den (schlechte Kontrollierbarkeit etc.) abgelehnt wird, wird oft auf das folgende Procedere zurückgegriffen:

Bei Aufnahme in Haft wird vom Buprenorphin umgestellt, meist auf L- oder DL-Methadon. Nach Haftentlassung wird dann außerhalb der Anstalt in der Praxis des/r draußen substituierenden Arztes/Ärztin extern wieder auf Buprenorphin zurück umgestellt.

Die Umstellung von Buprenorphin ist aus medizinischer Sicht problemlos. Allerdings kann der/die Patient*in geltend machen, dass er/sie sich bewusst für das Buprenorphin entschieden hat. Zum einen, weil es ihn/sie im täglichen Leben weniger beeinträchtigt (z. B. weniger Abstinenzsyndrom beim Weglassen oder bei einer Abdosierung, weniger sedierend, Stichwort: unter Buprenorphin ‚klarer Kopf‘). Oder zum anderen, weil individuell aufgetretene methadontypische Nebenwirkungen (Schlafstörungen, Schwitzen, depressive Verstimmungen) vermieden werden sollen. Inwieweit diese vom Patienten nicht gewollte Beeinträchtigungen möglicherweise von Gerichten als körperverletzend bewertet werden, mag dahingestellt bleiben.

Die Rück-Umstellung vom Methadon auf das Buprenorphin ist medizinisch weit weniger problemlos. In der Regel treten beim Patienten Entzugssymptome auf bzw. sind diese fast gewollt. Denn je stärker die Entzugssymptomatik nach Weglassen des Methadons ist, desto unproblematischer ist dann die Umstellung auf Buprenorphin. Fakt aber ist: Der Patient hat Entzugssymptome, die er ohne die Umstellung in Haft nicht gehabt hätte. Inwieweit die Strafvollstreckungskammern oder im nächsten Rechtszug die Oberlandesgerichte diese Entzugssymptomatik als „vermeidbares Übel“ erkennen, bleibt abzuwarten. Je nach Einschätzung der zuständigen Gerichte besteht aber zumindest die Gefahr, dass hier auf eine Körperverletzung im Amt erkannt wird.

Die Umstellung auf das Buprenorphin-Depot vermeidet zumindest die doppelte Umstellung und das Risiko der Körperverletzung im Amt. Die invasive Applikationsform wäre durch die besonderen Sicherheitsbelange des Justizvollzuges zu rechtfertigen.

Lehnt der/die Patient*in diese Applikationsform des Buprenorphin ab und entscheidet sich für die Umstellung, ist zumindest dem Patient*innenwillen Rechnung getragen.

4 Welches ist, auf dem Hintergrund von Arbeitsaufwand, von Hinderungsgründen und von personellen, sächlichen und finanziellen Ressourcen das am besten für den Justizvollzug geeignete Substitutionsmittel?

Buprenorphin, seit vielen Jahren als Schmerzmittel zugelassen, ist im Jahre 2000 in Deutschland als Substitutionsmittel

zugelassen worden und erweitert so die Palette der Substitutionsmittel.

Bisher sind 7 Medikamente in Deutschland zur Behandlung der Opioidabhängigkeit in verschiedenen Zubereitungen zugelassen. Mittlerweile produzieren verschiedene Hersteller Buprenorphinprodukte. Vom BfArM (► s. Abb. 1) werden für Methadon 36,6 %, für Levomethadon 36,8 % und für Buprenorphin (ohne Differenzierung ob mit oder ohne Naloxon) 23,4 % genannt.

Im November 2018 hat das erste Depot-Buprenorphin die EU-Zulassung erhalten. Mit dem neuen Medikament könnte sich die Substitutionsbehandlung für Buprenorphinpatient*innen künftig vereinfachen, denn das Depot-Buprenorphin erhalten die Opioidkonsument*innen nur einmal pro Woche oder Monat subkutan injiziert. Damit soll die selbstbestimmte Lebensführung der Substitutionspatienten verbessert und ihre gesellschaftliche Wiedereingliederung erleichtert werden (DAZ.online 2019).

Seine nachgewiesene Wirksamkeit als Substitutionsmittel in der Opioidtherapie hat dazu geführt, dass Buprenorphin zusammen mit Methadon von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2006) 2006 in ihre Liste der unentbehrlichen Arzneimittel aufgenommen wurde (EMCDDA 2006).

Im Gegensatz zu Methadon oder Heroin bewirkt Buprenorphin kein Gefühl von „Wie-in-Watte-gepackt-zu-sein“, sondern belässt den Patienten in einer Klarheit. Dies bestimmt den Kreis der Patient*innen, für die dieses Medikament hilfreich ist. Deshalb eignet sich Buprenorphin gut zur Substitution derjenigen Opioidkonsument*innen, die auf eine sedierende Wirkung verzichten können oder auch wegen der stark sedierenden Wirkung von Methadon oder Morphin (Substitol) oder Diamorphin ihre Tagesstruktur (Arbeit, Familie, Sport etc.) nicht aufrechterhalten können.

Am Kappa-Rezeptor wirkt Buprenorphin antagonistisch, d. h., es blockiert die Wirkung an dem Rezeptor, der für die sedierenden und dysphorischen Wirkungen von Vollagonisten wie Morphin verantwortlich gemacht wird. Diese Wirkungen fehlen bei Buprenorphin oder sind deutlich schwächer ausgeprägt. Die Patient*innen sind klarer und sind eher in der Lage, Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung und weitere Tagesaktivitäten aufrechtzuerhalten.

Die fehlende Sedierung bedeutet allerdings auch für manche Patient*innen, dass sie mit den nicht mehr betäubten Folgen und Problemen ihrer Sucht bzw. Suchtursachen und -folgen konfrontiert werden und sich damit auseinandersetzen müssen.

Buprenorphin wurde daher zu Beginn vor allem bei jüngeren Patient*innen mit weniger stark ausgeprägter Krank-

Tabelle 1: Substitutionsmittel und ihr Wert für den Einsatz im Justizvollzug

Substitutionsmittel	A	B	C	D	E	F	G	Summe
DL-Methadon flüssig	2	1	1	1	1	1	1	8
DL-Methadon Tablette	1	1	1	1	1	1	1	7
L-Methadon flüssig	2	1	1	1	1	1	1	8
L-Methadon Tablette	1	1	1	1	1	1	1	7
Buprenorphin sublingual	1	1	3	3	1	1	2	12
Buprenorphin sublingual schnell	3	1	3	3	1	1	2	14
Buprenorphin sublingual + Naloxon retardiertes Morphin	2	1	3	3	1	1	2	13
Codein	1	1	1	1	1	1	1	7
Buprenorphin retard subkutan	3	3	3	3	3	3	3	21

heitsgeschichte bevorzugt eingesetzt (Davids & Gastpar 2004). Die sublinguale Einnahme der Tabletten erfolgt in den meisten Ländern täglich, oft unter Sichtkontrolle.

Für die Bewertung der Substitutionsmittel hinsichtlich ihrer Eignung für den Einsatz im Justizvollzug sind im **► Abschnitt 3 „Welche Hinderungsgründe erschweren Substitution in Haft?“** die folgenden Kriterien herausgearbeitet worden:

- A = Missbrauch von Substitutionsmitteln
- B = Gefangenenbewegungen – Unsicherheit und Mehrarbeit
- C = Drogen-Todesfälle im Vollzug
- D = Die Einstellungsphase und die sedierende Wirkung einiger Substitutionsmittel
- E = Weitersubstitution bei Transport
- F = Weitersubstitution nach Entlassung
- G = Kleine Anstalten und tägliche Substitution ohne Arztpräsenz
- H = (Vermeidbare) Körperverletzung im Amt

Werden die einzelnen Substitutionsmittel in Bezug auf die herausgearbeiteten Kriterien bewertet, ergibt sich das in **► Tabelle 1** dargestellte Schema. Die Bewertung erfolgte nach den Kriterien

Problematisch bzw. ungeeignet für den Justizvollzug
Bewertung mit 1 Punkt

Teilweise problematisch bzw. ungeeignet
Bewertung mit 2 Punkten

Unproblematisch bzw. gut geeignet für den Justizvollzug
Bewertung mit 3 Punkten

In der Summe ist das Substitutionsmittel mit der höchsten Zahl das am besten geeignete. Das Kriterium „(Vermeidbare) Körperverletzung im Amt“ blieb hier unberücksichtigt, da es nicht auf alle Substitutionsmittel anwendbar ist.

Die Kennzeichnung A–G bezieht sich auf die Zusammenstellung der Kriterien in **► Abschnitt 3 „Welche Hinderungsgründe erschweren Substitution in Haft?“**

In der Gesamtschau erreicht das Substitutionsmittel Buprenorphin als subkutan Depot die höchste Punktzahl.

Allerdings ist in dieser Tabelle unberücksichtigt geblieben, dass der Wirkstoff Buprenorphin nicht für alle Patient*innen der geeignete ist. Außerhalb wie innerhalb des Vollzuges werden ca. 23 % der Patient*innen mit Buprenorphin substituiert. Voraussetzung für eine Substitution mit diesem Wirkstoff ist vor allem die Sicht des/der Patient*in. In der Vorbesprechung mit dem/den Patient*innen sollte deutlich kommuniziert werden, dass die Tatsache, dass Arztkontakte beim Depot deutlich reduziert werden können, nicht dazu führen sollte, das Depot bei Patient*innen einzusetzen, die mit dem Wirkstoff Buprenorphin eigentlich nicht „zurechtkommen“.

4.1 Aus aktuellem Anlass: die Corona-Pandemie

Für dieses Dilemma der täglichen Vergabe bei gleichzeitig hohem Kontakt- und Übertragungsrisiko haben sowohl die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (o.J.) als auch die Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland 2020) Handlungsempfehlungen erstellt, die auch im Vollzug berücksichtigt werden sollten.

Diese beinhalten neben den üblichen Empfehlungen vor allem verstärkte Nutzung von Take-Home-Vergaben und bei Patienten mit dem Substitutionsmittel Buprenorphin verstärkte Nutzung der verfügbaren Wochen- oder Monats-Depot-Applikationen. Durch beide Maßnahmen könnten 7 Kontakte pro Woche auf zumindest 1 Kontakt pro Woche reduziert werden, bei Nutzung der jetzt möglichen 28 Tage Take-Home-Vergabe und dem bereits erwähnten Monatsdepot möglicherweise sogar von 28 Tagen im Monat auf 1 Tag im Monat. Eine Maßnahme, die sicher im Interesse der von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen ist und das Übertragungsrisiko erheblich reduziert.

Einwände der Vollzugsmitarbeiter*innen gegen eine Take-Home-Vergabe auch in Haft dürfen bei dem übergeordne-

ten Ziel der Infektionsvermeidung gerade auch bei bisher zuverlässigen und von Beikonsum freien Patient*innen keine Rolle spielen (Keppler & Stöver 2020a).

4.2 Nachteile einer Depot-Applikation

Als Nachteile müssen die Spritze als Applikationsform, die Tatsache, dass der Wirkstoff Buprenorphin nicht für alle Patienten der geeignete bzw. gewünschte ist und auf den ersten Blick möglicherweise der Preis bedacht werden.

Werden allerdings nicht nur der reine Preis, sondern auch die personellen und andere zur Substitution nötigen Ressourcen (s. o.) mit eingerechnet, ist das Depot günstiger als die Substitution mit herkömmlichen Substitutionsmitteln. Ein Vergleich in einer gesundheitsökonomischen Berechnung (Keppler & Stöver 2020b) hat einen deutlichen Kostenvorteil für das Buprenorphin-Depot erbracht. Die Kosten für eine Substitution über 7 Tage mit den herkömmlichen Substitutionsmitteln liegen je nach Substitutionsmittel zwischen ca. 27 % (für das DL-Methadon) und ca. 50 % (für Buprenorphin/Naloxon-Sublingualtablette) höher als für die wirkungsäquivalente Dosis eines Buprenorphin-Depots. Noch evidenter wird der Unterschied bei dem 28-Tage-Depot. Hier liegen die Kosten für eine Substitution über 28 Tage mit den herkömmlichen Substitutionsmitteln je nach Substitutionsmittel zwischen ca. 54 % (für das DL-Methadon) und ca. 81 % (für Buprenorphin/Naloxon-Sublingualtablette) höher als für das wirkungsäquivalente Buprenorphin-Depot.

4.3 Zusammenfassend

Berücksichtigt man alle vollzuglichen Aspekte und die benötigten Ressourcen, ist das Buprenorphin-Depot nicht nur das für den Vollzug am besten geeignete Substitutionsmittel. Es ist bei gesundheitsökonomischer Betrachtung darüber hinaus das kostengünstigste Substitutionsmittel.

Interessenkonflikte

Karlheinz Keppler: Honorare für Vorträge und Beratung von AbbVie, Hexal, DAH, Camurus, Gilead, SKF Bayern, Süddeutscher Verlag Veranstaltungen

Heino Stöver: Vortragshonorare von Sanofi, Camurus, Gilead, AbbVie und Deutscher Aids-Hilfe

Manuskript

Eingereicht am 9.2.2021, akzeptiert am 16.3.2021

5 Literatur

- Alam F, Wright N, Roberts P, Dhadley S, Townley J, Webster R (2019). Optimising opioid substitution therapy in the prison environment. *International Journal of Prisoner Health* 15(4): 293–307. <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2017-0061>
- Anchersen K, Clausen T, Gossop M, Hansteen V, Waal H (2009). Prevalence and clinical relevance of corrected QT interval prolongation during methadone and buprenorphine treatment: a mortality assessment study. *Addiction* 104(6): 993–999. PMID 19392907
- BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2021). Bericht zum Substitutionsregister – Januar 2021. Online unter: https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/Bericht/_node.html;jsessionid=4BD9AB59BDF3C5CC63EC3F0FE8777E0D.2_cid507 [Stand 09.03.2021]
- Binswanger IA, Blatchford PJ, Mueller SR, Stern MF (2013). Mortality after prison release: opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Ann Intern Med* 159: 592–600. doi:10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005
- Daivs E, Gastpar M (2004). Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *Europ Neuropsychoph* 14(3): 209–216. doi:10.1016/S0924-977X(03)00146-9
- DAZ.online (2019). Buprenorphin-Depot: nur einmal pro Woche oder Monat. Einfachere Opioidsubstitution mit Buprenorphin. Online unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/02/19/buprenorphin-depot-nur-einmal-pro-woche-oder-monat> [Stand 19.10.2020]
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (o.J.). Aktuelles. Online unter: <https://www.dgsuchtmedizin.de/aktuelles> [Stand 08.02.2021]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019). Drogen- und Suchtbericht 2019. Online unter: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiHyTYytruAhXF2MBHbOhD3YQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bundesregierung.de%2Fbreg-de%2Fservice%2Fpublikationen%2Fdrogen-und-suchtbericht-2019-1688896&usq=AOvVaw2fRLConW5RzT43zunt23J1> [Stand 08.02.2021]
- EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) (2006). Jahresbericht 2006. Stand der Drogenproblematik in Europa. Online unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi0nNzDx9ruAhWm3eAKHcCBAHoQJfABegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fsystem%2Ffiles%2Fattachments%2F1777%2F2006_nr4_de.pdf&usq=AOvVaw0-dm15oeLAPxHYOwt8iVnj [Stand 08.02.2021]
- Gross G, Conroy S, Leonardi C, Meroueh F, Antolin JM, Somaini L (2021). Reducing opioid dependence therapy risk in the prison system and the use of extended-release buprenorphine as an additional treatment option: A consensus statement. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, online ahead of print
- Jamin D, Stöver H (Hrsg.) (2021). Zwischen Haft und Freiheit, Nomos-Verlag: Baden-Baden (im Druck)
- Keppler K, Stöver H (2020a). Forderungen zum Schutz vor SARS-CoV-2 im Justizvollzug. Positionspapier. *Sucht* 66: 207–211. Online unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/0939-5911/a000673?journalCode=suc> [Stand 19.10.2020].
- Keppler K, Stöver H (2020b). Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen im Justizvollzug verwendeten Substitutionsmedikamenten – Eine gesundheitsökonomische Modellrechnung. Online unter: https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Publikationen/2021/Cam_Bup-Depot_im_JV_final.pdf [Stand 08.02.2021]
- Keppler K, Stöver H (2021). Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen im Justizvollzug verwendeten Substitutionsmedikamenten – Eine gesundheitsökonomische Modellrechnung. DOI: 10.13140/RG.2.2.26002.07360
- Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschland (2020). Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/COVID-19. Online unter: https://www.forum-substitutionspraxis.de/images/Handreichung_Kurzfassung_Subst_und_Sars_2_Covid_19_-16320-final-.pdf [Stand 08.02.2021]
- Stöver H, Jamin D, Michels II, Knorr B, Keppler K, Deimel D (2019). Opioid substitution therapy for people living in German prisons-inequality compared with civic sector. *Harm Reduct J* 16: 72. doi:10.1186/s12954-019-0340-4
- WHO (2006). WHO Model List of Essential Medicines (Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation). Online unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_unentbehrlichen_Arzneimittel_der_Weltgesundheitsorganisation#2_Analgetika [Stand 19.10.2020]

Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review

Birgit Völlm, Deniz Cerci

Klinik für Forensische Psychiatrie, Universitätsmedizin Rostock

Zusammenfassung

Die forensische Psychiatrie ist ein Spezialgebiet der Psychiatrie, das sich der Begutachtung und Behandlung psychisch gestörter Straffälliger widmet. Menschen, die im Zusammenhang mit einer substanzbedingten Störung Straftaten begehen, stellen eine wichtige Patientengruppe innerhalb der forensischen Psychiatrie dar. Diese Personen können in Deutschland nach § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht werden. Die Therapie dort umfasst neben der Behandlung der Suchterkrankung auch Interventionen zur Reduktion anderer Risikofaktoren sowie zur Stärkung protektiver Faktoren. Einheitliche Behandlungskonzepte oder Therapieleitlinien fehlen jedoch. Manche ansonsten anerkannte Therapieverfahren, wie etwa die Substitutionstherapie, werden im Maßregelvollzug nur zurückhaltend eingesetzt. In internationalen Reviews zeigen therapeutische Gemeinschaften die beste Evidenz bei der Behandlung von Straffälligen mit substanzbedingten Störungen. In Deutschland beenden etwa die Hälfte der unter § 64 StGB untergebrachten Personen die Therapie nicht regelhaft. Dennoch konnte im Vergleich zu Inhaftierten im Justizvollzug bei den im Maßregelvollzug untergebrachten Patient*innen eine Reduktion von etwa 30 % bei Straftaten beobachtet werden. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Unterbringung nach § 64 ihren Auftrag einer Reduktion des Risikos erneuter Straftaten erfüllt.

Schlagwörter: Forensische Psychiatrie, Maßregelvollzug, Behandlung suchtkranker Straftäter, Evidenz, § 64 StGB, Rückfallrisiko

Abstract

Forensic psychiatry is a branch of psychiatry focusing on the assessment (including providing expert opinions) and treatment of mentally disordered offenders. Individuals who commit offences due to substance use disorders are an important subgroup within forensic-psychiatric care. In Germany these individuals can be compulsorily admitted to a forensic-psychiatric hospital under § 64 of the German Penal Code. Therapy in these settings comprises the treatment of the substance use disorder as well as interventions to reduce risk and increase protective factors. However, there are no generally accepted therapy concepts or treatment guidelines. Interventions generally accepted in other groups, such as opioid substitution therapy, are only slowly accepted in forensic-psychiatric settings in Germany. International reviews show the best evidence for drug-abusing offenders for therapeutic communities. In Germany, about half of those detained under § 64 of the German Penal Code end their treatment prematurely. Nevertheless, in comparison with prisoners patients detained under § 64 show a 30 % reduction in reoffending indicating that treatment achieves its goal of risk reduction.

Keywords: Forensic psychiatry, treatment of offenders with substance use disorders, evidence, § 64 German Penal Code, risk of recidivism

1 Einführung

1.1 Forensische Psychiatrie

Im Mittelpunkt der Aufgaben der forensischen Psychiatrie stehen Erfassung, Beurteilung, Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen, die Straftaten begangen haben, sowie gegebenenfalls auch anderer Personen, die vergleichbare Unterstützung benötigen. Risikoeinschätzung, Risikomanagement und das Verhindern von Viktimisierung sind dabei zentrale Aufgaben (Nedopil 2009, Müller et al. 2017).

Als *dual role dilemma* bezeichnet man in diesem Zusammenhang das Spannungsfeld, das sich für forensische Psychiater*innen zwischen dem Fürsorgeprinzip gegenüber Patient*innen und der Verantwortung gegenüber der Ge-

sellschaft, Mitarbeiter*innen und anderen dritten Parteien ergibt (Konrad & Völlm 2010).

1.2 Unterbringung im Maßregelvollzug

In Deutschland kann einem Menschen eine Strafe nur auferlegt werden, wenn er oder sie schuldhaft gehandelt hat. Wer

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD, MRCPsych, DiplForPsych
Klinik für Forensische Psychiatrie
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Straße 29
18147 Rostock
E-Mail: birgit.voellm@med.uni-rostock.de

aufgrund einer Schuldunfähigkeit wegen einer seelischen Störung eine rechtswidrige Tat begangen hat, bleibt von einer Strafe verschont (§ 20 StGB). Andere Sanktionen, wie zum Beispiel freiheitsentziehende Maßregeln, sind jedoch möglich. Ist die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit erheblich gemindert, aber nicht vollständig aufgehoben, kann eine Strafe gemildert werden (§ 21 StGB), ► siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Kriterien der §§ 20 und 21 StGB

§ 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Eine Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt bei psychisch kranken oder süchtigen Menschen, welche im symptomatischen Zusammenhang mit ihrer Erkrankung ein schweres Delikt begangen haben und rückfallgefährdet sind. Die im Strafgesetzbuch vorgesehenen Maßregeln zur Besserung und Sicherung sollen neben der Behandlung der Patient*innen vor allem auch der Sicherung der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten dienen. Neben den Maßregeln zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) bestehen noch die Sicherungsverwahrung (§ 66 ff StGB), die Führungsaufsicht (§ 68 StGB), die Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69 StGB) und das Berufsverbot (§ 70 StGB). Die Kriterien für die §§ 63 und 64 sind in ►Tabelle 2 dargestellt. Die Maßregelvollzugsgesetze sind Ländersache, weshalb bundesweit unterschiedliche Regelungen bestehen.

Die Entwöhnungsbehandlung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB weist gegenüber der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB einige Besonderheiten auf. Sie erfolgt, wenn die Tat auf einen Hang zum Konsum berauschender Mittel im Übermaß zurückzuführen ist und eine konkrete Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, wodurch Rückfallgefahr und Delinquenz vermindert werden. Die Neigung zum Konsum „im Übermaß“ ist nicht mit einer Abhängigkeit gleichbedeutend, sondern wird mit einer Beeinträchtigung von Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Zusammenhang gebracht.

Die Behandlungsdauer in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB ist auf zwei Jahre begrenzt, kann aber im Falle einer Anrechnung der Freiheitsstrafe um bis zu zwei Drittel der Freiheitsstrafe verlängert werden. Bei langen Freiheitsstrafen erfolgt in der Regel ein Vorwegvollzug der Freiheitsstrafe, um die Resozialisierung der betroffenen Person nach der Behandlung im Maßregelvollzug zu erleichtern. Während bei einer Unterbringung in einem

Tabelle 2: Kriterien der Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB

§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

psychiatrischen Krankenhaus jährliche gerichtliche Prüfungen vorgesehen sind, erfolgen diese bei einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt halbjährlich. Dass eine hinreichend konkrete Erfolgsaussicht für eine Unterbringung nach § 64 StGB bestehen muss, bedeutet für die Behandlung zugleich, dass diese bei Aussichtlosigkeit für erledigt erklärt wird.

Die Kosten einer Unterbringung im Maßregelvollzug unterscheiden sich je nach Bundesland erheblich. Eine Unterbringung im Strafvollzug macht nur etwa zwei Fünftel der Kosten der Behandlung im Maßregelvollzug aus. Trotz kurzfristig hoher Unterbringungskosten im Maßregelvollzug zeigen Kosten-Nutzen-Analysen jedoch langfristig deutliche Einsparungen sozialer Kosten durch Reduzierung von Kriminalität (Entorf 2007).

1.3 Nach § 64 StGB untergebrachte Patient*innen im Maßregelvollzug

Die Datenbasis zur Versorgungsforschung im Maßregelvollzug ist nicht zuletzt aufgrund fehlender struktureller Voraussetzungen und länderspezifischer Unterschiede unbefriedigend (Querengässer et al. 2017).

Die letzten flächendeckenden bundesweiten Daten sind bereits veraltet. Dennoch ist über die letzten Jahrzehnte eine deutliche Steigerung der Unterbringungszahl nach § 64 StGB zu verzeichnen. So wurden im Jahr 1990 1160, im Jahr 2000 1774 und im Jahr 2010 3021 Personen in einer

Entziehungsanstalt untergebracht (Statistisches Bundesamt 2014).

Aufschlussreich in Bezug auf Entwicklungen im Maßregelvollzug ist die Stichtagserhebung, die seit 1994 jährlich durchgeführt wird, jedoch nur einen Teil der Maßregelvollzugskliniken beinhaltet. Im Jahr 2019 beteiligten sich 19 Kliniken (Riedemann & Berthold 2020).

Die Erhebung zeigt, dass in diesem Jahr 91,2 % der nach § 64 StGB untergebrachten Personen männlichen und 8,8 % weiblichen Geschlechts waren; der Altersdurchschnitt betrug 37 Jahre. Festzustellen ist weiterhin, dass über die letzten Jahre eine stetige Zunahme an Einträgen im Bundeszentralregister (BZR) bei Aufnahme in den Maßregelvollzug zu verzeichnen ist (Mittelwert von 10 Einträgen im Jahr 2019 gegenüber 7,15 im Jahr 2000). Bei den Einweisungsdelikten handelte es sich überwiegend um Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), Körperverletzungsdelikte und sonstige Gewaltdelikte oder Eigentumsdelikte. 64,7 % der Untergebrachten waren zum Zeitpunkt des Anlassdeliktes laut Urteil voll schuldfähig, 33,3 % vermindert schuldfähig nach § 21 StGB und 2 % schuldunfähig nach § 20 StGB, womit sich ein Trend zu einer Zunahme an schuldfähigen und einer Abnahme von vermindert schuldfähigen und schuldunfähigen Patient*innen erkennen lässt. Knapp ein Drittel der Patient*innen wies eine multiple Substanzabhängigkeit auf, gefolgt von einer Abhängigkeit von Alkohol (22,2 %) und Stimulanzien (13,3 %). Die häufigste zusätzliche Diagnose neben der Substanzabhängigkeit war eine Persönlichkeitsstörung (23,1 %), wobei meist eine dissoziale, kombinierte oder emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vorlag.

2 Behandlung von nach § 64 StGB Untergebrachten im Maßregelvollzug

2.1 Therapiekonzepte

Ein allgemein anerkanntes Therapiekonzept zur Behandlung von Suchtpatient*innen im Maßregelvollzug gibt es nicht. Auch Leitlinien zur Behandlung dieser speziellen Patientengruppe fehlen. So entwickelt jede Klinik ihr eigenes Therapiekonzept, wobei natürlich auch die allgemein gültigen Leitlinien zur Behandlung von Suchterkrankungen (für Alkohol z. B. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) et al. 2021) sowie ggf. von Komorbiditäten Gültigkeit haben. Außerdem sollten die Grundsätze und Besonderheiten der Behandlung im Maßregelvollzug (z. B. Müller et al. 2017) berücksichtigt werden.

Wie in anderen Settings auch, unterteilt sich die Behandlung in die Phasen der körperlichen Entgiftung und der qualifizierten Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung, wobei diese Phasen nicht klar getrennt werden; eine Trennung ist im nicht-forensischen Bereich vor allem aufgrund der

unterschiedlichen Kostenträger für die verschiedenen Behandlungselemente etabliert, im Maßregelvollzug werden jedoch alle Phasen in derselben Einrichtung durchlaufen und einheitlich finanziert. Die Behandlung beginnt normalerweise auf der Aufnahmestation, auf der nach der körperlichen Entgiftung die ausführliche Aufnahmediagnostik mit Anamnese, psychometrischer Testung, diagnostischer Einordnung und Risikokonzeptualisierung stattfindet. Diese Phase umfasst auch die Motivation zur weiteren Therapie, z. B. unter Einsatz des Motivational Interviewing (MI). MI, als Methode zur Motivationsförderung ambivalenter Personen, hat eine breite Evidenzbasis für eine Vielzahl von Erkrankungen, auch Suchterkrankungen (für einen aktuellen Review siehe Bischof et al. 2021), und Straftäter in verschiedenen Settings (McMurran 2009). Die Aufnahme-phase dauert, je nach Klinikkonzept, etwa drei Monate und mündet in einen detaillierten Behandlungsplan sowie eine Entscheidung darüber, auf welcher der verschiedenen möglichen Stationen die weitere Behandlung stattfinden soll. Hierbei unterscheiden sich die Kliniken darin, inwieweit sie eine Spezialisierung der Stationen, z. B. im Hinblick auf diagnostische (z. B. für Patient*innen mit und ohne zusätzliche Persönlichkeitsstörung) oder deliktspezifische (z. B. Patient*innen mit und ohne Gewaltstraftaten) Kriterien vornehmen.

In der Entwöhnungsphase finden die Therapiekonzepte der Suchtbehandlung nach den allgemein gängigen Leitlinien Anwendung. Das Augenmerk der Behandlung liegt jedoch nicht nur auf der Sucht. Zum einen liegt bei den Patient*innen oft eine Komorbidität, z. B. mit Persönlichkeitsstörungen, vor allem aus dem B-Cluster, vor. Zum anderen findet in der Therapiephase in jedem Fall, entsprechend des Auftrags des Maßregelvollzugs, die eigentliche Kriminaltherapie statt. Darunter versteht man eine therapeutische (nicht eng begrenzt auf psychotherapeutische) Behandlung von Straftätern, die dem Ziel der Rückfallprävention dient. Sie fokussiert zum einen auf eine Reduktion von Risikofaktoren für eine Rückfälligkeit, zum anderen auf eine Stärkung von protektiven Faktoren.

Als allgemeine Prinzipien der Kriminaltherapie sind das Risk-Need-Responsivity-(RNR; Bonta & Andrews 2017) und das Good-Lives-Modell (Ward 2002) inzwischen gut etabliert. Das RNR-Modell fordert eine Ausrichtung von Behandlungsprogrammen am Risiko, den Bedürfnissen und der Ansprechbarkeit (z. B. Bonta & Andrews 2017, ▶ s. Tab. 3). Tatsächlich konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass Behandlungsprogramme, die sich am RNR-Modell orientieren, erfolgreicher sind, als solche, die diese Prinzipien nicht berücksichtigen (z. B. Wormith & Zidenberg 2018).

Das Good-Lives-Modell fokussiert eher auf Stärken als auf Defizite, kann aber komplementär zum RNR-Prinzip angewandt werden. Das Modell besagt, dass Straftäter, wie alle Menschen, in ihrem Leben bestimmte Ziele, sogenannte primäre Güter (siehe Auflistung in ▶ Tab. 4)

Tabelle 3: Das Risk-Need-Responsivity-Modell

Prinzip	Therapeutischer Fokus	Erklärung
Risk (Risiko)	Wer soll behandelt werden?	Ausrichtung von Therapiemaßnahmen hinsichtlich Intensität und Dauer am Rückfallrisiko des Patienten
Need (Bedürfnis)	Was soll behandelt werden?	Ausrichtung der Behandlung auf die konkreten individuellen und modifizierbaren (dynamischen) Risikofaktoren (den „kriminogenen Bedürfnissen“). Die folgenden Risikofaktoren werden mit Kriminalität und Rückfälligkeit in Verbindung gebracht und sind mögliche Behandlungsinhalte: 1. Vorgeschichte antisozialen Verhaltens 2. antisoziale Kognitionen (deliktbegünstigende Einstellungen) 3. antisoziale Persönlichkeitsstruktur 4. kriminalitätsförderndes soziales Umfeld 5. familiäre/eheliche Probleme 6. Mangel an Erfolg in der Schule und/oder bei der Arbeit 7. fehlende prosoziale Freizeitaktivitäten 8. Substanzmissbrauch
Responsivity (Ansprechbarkeit)	Wie soll behandelt werden?	Berücksichtigen der individuellen Ansprechbarkeit des jeweiligen Patienten (z. B. Seh-/Hörbehinderung, individuelle kognitive und motivationale Voraussetzungen, Lernstil)

erreichen wollen, dies jedoch aufgrund mangelnder Ressourcen und maladaptiver Verhaltensmuster nicht in einer prosozialen Weise tun können (z. B. Gemeinschaftserleben in der antisozialen Peer Group). Ziel der Straftäterbehandlung ist daher die Stärkung der Ressourcen zum Erreichen der individuellen Lebensziele ohne Begehung erneuter Straftaten.

Im Hinblick auf die konkret angebotenen Therapien kommen sucht-, delikt- und störungsspezifische Ansätze zum Einsatz. Sowohl in der Suchtbehandlung als auch in der Straftäterbehandlung werden kognitiv-behaviorale Therapien empfohlen, entweder als Einzeltherapie oder in Gruppen. Gruppen spielen in der Behandlung im Maßregelvollzug eine wichtige Rolle, nicht zuletzt, weil die Evidenzlage bezüglich Gruppenprogrammen (z. B. das Reasoning & Rehabilitation-Programm, dialektisch-behaviorale Therapie, etc.) hier deutlich besser ist als für Einzeltherapien. Die Behandlung ist oft, im Sinne der Milieuthherapie, in kleineren Wohngruppen organisiert, wobei die Auseinandersetzung in der Gruppe so-

wie die Übernahme von Verantwortung für die Abläufe des täglichen Lebens (Kochen, Reinigung, Einkaufen, etc.) weitere Behandlungselemente darstellen, die auch dem Transfer von Therapieinhalten in die Praxis dienen. Sowohl in der Sucht- als auch in der Straftäterbehandlung spielt, auch über die initiale Phase der Behandlung hinaus, das Motivational Interviewing eine besondere Rolle. Zudem sind der Einbezug von Angehörigen sowie psychosoziale Behandlungselemente, wie z. B. Psychoedukation, aber auch Ergo-, Arbeits- und Sporttherapie integraler Teil der Behandlung.

Einen wichtigen Aspekt der Behandlung stellt die schrittweise Lockerung mit anfänglich begleiteten, dann unbegleiteten Ausgängen, Urlaub und Dauerbeurlaubung dar, so dass die neuen Skills zunehmend in realen Lebenssituationen ausprobiert werden können. Oft können noch während der Lockerungsphase ein Praktikum oder eine Arbeit begonnen und weitere Schritte zur Reintegration unternommen werden (Aufbau und Festigung prosozialer Beziehungen, Aktivitäten in Vereinen, Anbindung an eine Suchtgruppe, etc.). Trotz der sehr intensiven Nutzung von Lockerungen (etwa 60 % der Patient*innen haben Lockerungen) kam es 2019 nur bei 3,0 % der Patient*innen zu Entweichungen bzw. Ausbrüchen, bei 11,3 % dieser Fälle kam es während der Entweichung zur einem erneuten Delikt.

Tabelle 4: Primäre Güter nach dem Good-Lives-Modell

- (physisch gesundes) Leben
- Wissen
- Leistungen/Erleben von Selbstwirksamkeit in Arbeit und Spiel
- Autonomie
- innerer Frieden
- Gemeinschaft
- Spiritualität
- Freude
- Kreativität
- Verbundenheit/Freundschaften

2.2 Besonderheiten der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

2.2.1 Behandlungsdauer

Eine Besonderheit der Behandlung im Maßregelvollzug besteht darin, dass die Behandlungsdauer, im Vergleich zu der

in anderen Suchtkliniken, mit durchschnittlich 3,5 Jahren sehr lang ist (Muysers et al. 2011) Die Behandlungsdauer orientiert sich, zumindest teilweise, an rechtlichen Vorgaben. Dabei ist die Höchstfrist der Unterbringung zwar bekannt, allerdings wird die Mehrzahl der Patient*innen vor dieser Frist entlassen, also zwischen dem Halbstrafentermin als Minimum und einem Zeitraum von 2/3 der parallelen Freiheitsstrafe zuzüglich 2 Jahren als Höchstfrist. Diese Unsicherheit des tatsächlichen Entlassungstermins macht eine Therapieplanung schwierig – zum einen kann es zu einer frühzeitigen, also zu einer zu diesem Zeitpunkt vom Behandler*enteam noch nicht empfohlenen Entlassung kommen. Zum anderen kann es auch passieren, dass eine Entlassung eines aus Sicht des Behandler*enteams ausreichend behandelten Patienten oder einer Patientin schon vorbereitet wurde (z. B. Wohnraum, Arbeit, etc.), dieser dann aber vom Gericht nicht zugestimmt wird.

2.2.2 Substitutionsbehandlung

Leitlinien zur Behandlung der Opioidabhängigkeit beschreiben die substituionsgestützte Behandlung als wissenschaftlich gut evaluierte Therapieform, die für die Mehrheit der Patient*innen die Therapie der Wahl darstellt (z. B. National Institute for Health and Care Excellence 2007). Studien haben eindeutig belegt, dass die substituionsgestützte Therapie nicht nur zu einer verbesserten Compliance mit dem Behandlungsprogramm, niedrigeren Mortalitätsraten und einer verbesserten psychosozialen Einbindung führt, sondern auch zu einer geringeren Rückfallhäufigkeit bezüglich Straftaten (z. B. Saulle 2017). Trotz dieser Ergebnisse wird die substituionsgestützte Behandlung der Opioidabhängigkeit im Maßregelvollzug eher zurückhaltend eingesetzt. Ergebnisse der Stichtagserhebung von 2019 zeigten z. B. eine entsprechende Behandlung bei nur 6,3 % der Patient*innen. Die Prävalenz einer reinen Opiatabhängigkeit lag in derselben Untersuchung bei 10,5 %, zudem wurde bei über 30 % der Patient*innen eine Polytoxikomanie* beschrieben, so dass davon auszugehen ist, dass eine Indikation eigentlich bei mehr Patient*innen vorlag.

Aufgrund der klaren Evidenzlage und im Sinne des Äquivalenzprinzips sollte eigentlich kein Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer Substitutionsbehandlung auch im Maßregelvollzug bestehen. Dennoch werden verschiedene Gründe gegen eine solche Behandlung angeführt. Zum einen wird bisweilen bezweifelt, dass die Substitution den rechtlichen Anforderungen der Unterbringung nach § 64 StGB entspricht „die Person ... zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren“. Manche Autoren zweifeln daran, ob Patient*innen, die substituiert werden, in der Lage sind, sich auf die Therapie einzulassen. Zum anderen werden praktische Probleme, wie z. B.

fehlende Expertise und Zulassung für die Substitutionstherapie, sowie Probleme bei der gemeinsamen Behandlung von substituierten und nicht-substituierten Patient*innen angeführt. Diese Aspekte sind zweifelsohne besondere Herausforderungen im Maßregelvollzug, können aber durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen, Schulungen und Therapievereinbarungen für die Patient*innen überwunden werden.

2.2.3 Umgang mit Rückfällen

Laut der Stichtagserhebung kam es im Jahr 2019 bei einem guten Viertel der Patient*innen zu einem oder mehreren Konsumrückfällen während der Behandlung, wobei diese häufiger im Zusammenhang mit illegalen Drogen auftraten als mit Alkohol oder Medikamenten. Wie mit diesen umgegangen wird, ist von Klinik zu Klinik unterschiedlich. Sinnvoll ist die Beachtung von Faktoren wie Häufigkeit der Rückfälle, Bereitschaft zu Offenheit und Aufarbeitung auf Seiten des Patienten oder der Patientin und ob es sich um ein individuelles Rückfallgeschehen oder z. B. Handeln mit Drogen in der Klinik handelt. Bei letzterem wird die Nachsicht der Klinik in der Regel eher begrenzt sein. Individuelle Rückfälle sollten u. E. nach als Teil der Erkrankung gesehen und bei entsprechender Bereitschaft zur Aufarbeitung therapeutisch genutzt werden. Andere vertreten hier ein strikteres Vorgehen mit Therapieabbruch als Konsequenz eines Rückfalles, was teilweise die hohe Anzahl an Therapieabbrüchen im § 64er-Bereich des Maßregelvollzugs erklärt. Hier ist allerdings zu bedenken, dass anders als im allgemeinen suchttherapeutischen Bereich nach Rückkehr in den Strafvollzug eine kurzfristige Wiederaufnahme in den Maßregelvollzug nicht möglich ist, so dass ein solcher Schritt u. E. nach gut abgewogen werden muss.

2.2.4 Therapieabbrüche

Bedauerlicherweise wird bei etwa der Hälfte der Behandlungen im § 64-Bereich die Maßregel mangels Erfolgsaussicht vorzeitig für erledigt erklärt** (von der Haar 2013).

Therapieabbrüche zu verhindern ist nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, da Studien gezeigt haben, dass Patient*innen, die die Therapie abbrechen, nicht nur keinen Therapieerfolg erzielen, sondern eine noch schlechtere Prognose haben als solche, die nie eine Therapie angefangen haben (McMurran & Theodosi 2007).

Daher ist es naheliegend, sich zu fragen, ob Prädiktoren für den Therapieabbruch beschrieben werden können, die z. B. bei der Entscheidung der Aufnahme von Patient*innen oder

* Dieser Begriff wurde aus dem Bericht der Stichtagserhebung übernommen. Nach ICD-10 wäre hier F19.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ gemeint.

** Nach § 67d StGB erklärt das Gericht die Unterbringung für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen, wenn also keine hinreichend konkrete Aussicht mehr besteht, dass die Behandlung erfolgreich sein wird.

auch für die Therapieplanung, im Sinne des RNR-Modells, berücksichtigt werden könnten.

Als statische, also unveränderbare Faktoren beschrieb Hartl (2012), anhand von Daten zweier Kliniken in Bayern, niedrigen IQ, Auffälligkeiten in der Kindheit, fehlenden Abschluss von Schule und Berufsausbildung, frühen Krankheitsbeginn, psychiatrische Vorbehandlungen, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, frühe Straftaten, vorige Unterbringungen im Maßregelvollzug, frühere Therapieabbrüche, Körperverletzungs-, Diebstahl- und Betrugsdelikte sowie eine kurze Haftstrafe als Faktoren, die in einer Gruppe von Patient*innen mit vorzeitigem Therapieabbruch häufiger vorkamen als in der Gruppe der regulär (auf Bewährung) Entlassenen. Eher günstig wirkten sich weibliches Geschlecht, junges Alter, eine feste Partnerschaft und Elternschaft aus.

Querengässer (2014) wies darauf hin, dass nicht nur patientenbezogene Faktoren, sondern auch Behandlungsindikatoren für die Vorhersage von Therapieabbrüchen relevant sind, erstere scheinen nur 20 % der Varianz des späteren Therapieerfolges zu erklären. Zum einen spielt die therapeutische Beziehung auch im Maßregelvollzug eine wesentliche Rolle für den Erfolg der Therapie. Zudem sind Lockerungsmissbräuche, Substanzmittelrückfälle sowie weitere Vorkommnisse, wie z. B. körperliche Angriffe auf andere, während der Behandlung als ungünstige dynamische Faktoren beschrieben worden. Hier spielt allerdings der Umgang der Institution mit solchen Vorkommnissen eine entscheidende Rolle, d. h. ob die Behandlung nach Vorkommnissen als erfolglos angesehen wird, obgleich der Patient oder die Patientin selbst diese gerne fortführen würde. Interessant in diesem Zusammenhang sind Ergebnisse von Befragungen von Patient*innen und Therapeut*innen, die wenig Übereinstimmung in der Angabe der Gründe eines Therapieabbruchs zeigten (Querengässer 2014). Beide Seiten schienen vor allem „die andere Seite“ für den Abbruch verantwortlich zu machen – so sahen Therapeut*innen zu wenig Therapiemotivation bei den Patient*innen, während diese häufig Mitpatient*innen oder die negative Stationsatmosphäre für das Scheitern verantwortlich machten. Hieraus lassen sich Hinweise für die Organisation von Therapieangeboten unter vermehrtem Einbezug der Einschätzungen der Patient*innen ziehen.

Ermutigend ist, dass in einer anderen Studie (Querengässer 2014) Therapeut*innen von Abbruchpatient*innen bei fast zwei Drittel der Patient*innen der Meinung waren, dass diese dennoch irgendwie von der Therapie profitiert hätten, etwa ein Viertel habe sich auch nach dem Beschluss des Abbruchs positiv zur Therapie geäußert und bei etwa einem Drittel wurde trotz Abbruch eine positivere Legalprognose vermutet. Genauere Angaben zu den Gründen für diese Einschätzung fehlen in der Studie. Vermutet werden kann, dass der Patient oder die Patienten möglicherweise trotz Therapieabbruch etwas des Erlernten mitnehmen kann oder auch nur einen positiven Eindruck von

einer therapeutischen Einrichtung gewonnen hat, der vielleicht die Durchführung einer Therapie zu einem späteren Zeitpunkt erleichtert.

3 Effektivität der Behandlung suchtkranker Straftäter

Um die Frage zu beantworten, ob die Behandlung suchtkranker Straftäter erfolgreich ist, muss zunächst geklärt werden, welche Erfolgskriterien hier angelegt werden sollen. Prinzipiell bieten sich zum einen Indikatoren einer erfolgreichen Behandlung der Suchterkrankung und zum anderen eine positive Legalbewährung an. Da die Unterbringung in einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung dem Ziel einer Reduktion erneuter Straftaten dient, wird das Augenmerk in der Regel auf Letzteres gelegt. Suchtmittelrückfälle sind eher von sekundärer Bedeutung, nämlich als möglicher Indikator eines steigenden Risikos erneuter Straftaten. Um die Effektivität der Behandlung nachzuweisen, ist es zudem notwendig, eine geeignete Vergleichsgruppe heranzuziehen, also etwa eine Gruppe von Straftätern, die ihre Strafe in einer JVA verbüßt haben.

3.1 Internationale Studien

International gibt es mehrere systematische Reviews, die die Ergebnisse randomisierter Studien zu Therapien für Straffällige mit substanzbedingten Störungen zusammenfassen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings beachtet werden, dass der Behandlungskontext hier sehr unterschiedlich ist; eine forensisch-psychiatrische Behandlung bei einer primären Suchtproblematik ist in anderen Ländern z. B. nicht vorgesehen. Einige Reviews widmeten sich der Substitutionstherapie, auf diese wird hier nicht näher eingegangen.

McMurran (2007) fasste die Literatur bis zu diesem Zeitpunkt zusammen. Sie fand die beste Evidenz sowohl im Hinblick auf Drogenrückfälle als auch bezüglich erneuter Straftaten für therapeutische Gemeinschaften und kognitive Verhaltenstherapie. Nicht wirksam waren reine Verhaltenstherapie, „Boot camps“ und Gruppenberatung. McMurran weist auch auf initiale positive Ergebnisse von sogenannten „diversion schemes“ hin. Diese Programme haben zum Ziel, Personen mit einer substanzbedingten Störung frühzeitig zu identifizieren (z. B. durch die Anwesenheit von Psychiatriefachkräften in Polizeiwachen und bei Gericht), um diesen Hilfe anbieten zu können und ggf. auch eine Verurteilung zugunsten einer Therapie zu verhindern.

In einem Cochrane-Review (Perry et al. 2019a) untersuchten die Autoren Interventionen für Straffällige mit substanzbedingten Störungen und zusätzlichen anderen psychischen Störungen. Outcomes von Interesse waren sowohl Suchtmittelrückfälle als auch erneute Delikte. Die Autoren

konnten 13 Studien einschließen, wovon die Mehrzahl in Strafvollzugsanstalten durchgeführt wurde, zwei Studien wurden im Gericht und je eine in einer forensisch-psychiatrischen Klinik und im ambulanten Bereich durchgeführt. Eine Vielzahl verschiedener Interventionen wurden angeboten, wovon die therapeutische Gemeinschaft die vielversprechendste Intervention darstellte mit positiven Effekten im Hinblick auf erneute Straffälligkeit und Inhaftierung. Weniger überzeugende Ergebnisse konnten z. B. mit interpersoneller Therapie, kognitiver Verhaltenstherapie und Motivational Interviewing erzielt werden. In einem ähnlichen Cochrane-Review zu Interventionen für straffällige Frauen mit substanzbedingten Störungen (Perry et al. 2019b) konnte nur für kognitive Verhaltenstherapie ein positiver Effekt für das Einhalten von Bewährungsauflagen gefunden werden.

3.2 Wirksamkeit der Unterbringung nach § 64 StGB

Größere randomisierte oder ähnliche experimentelle Studien einzelner Therapieformen gibt es aus dem deutschen Maßregelvollzug nicht. Vielmehr widmet sich hier die Literatur der Evaluation der Wirksamkeit des Maßregelvollzugs als Ganzes. Nach einigen kleineren Studien bzw. Studien ohne Kontrollgruppe, die initiale Hinweise auf die Wirksamkeit der Behandlung im Maßregelvollzug gezeigt hatten, konnte die Essener Evaluationsstudie in einer größeren Stichprobe mit einer Vergleichsgruppe von Straftätern, die ihre Strafe in einer Justizvollzugsanstalt verbüßt hatten, eine um etwa 30 % geringere Rückfälligkeit in der Patientengruppe nachweisen (Schalast et al. 2019). Die prospektive Studie erfasste Daten von 314 nach § 64 StGB untergebrachten Patient*innen aus 16 Maßregelkliniken und einer anhand verschiedener Kriterien (Alter, Sucht- und Delinquenzvariablen) gematchter Vergleichsgruppe von 314 Strafgefangenen aus 18 Strafvollzugsanstalten. Die „Time at risk“ betrug durchschnittlich 1440 Tage. Wichtig ist hier zu bemerken, dass in der Maßregelgruppe alle Patient*innen, also auch solche, die die Behandlung frühzeitig abgebrochen hatten, in die Auswertung einbezogen wurden. In der Gruppe der Strafgefangenen waren nach 1000 Tagen nur 32,8 % nicht erneut straffällig geworden (definiert als neuer Eintrag im Bundeszentralregister), in der Maßregelgruppe waren dies 52,7 %. 3 % der Strafgefangenen, aber keine Personen in der Maßregelgruppe, waren in diesem Beobachtungszeitraum verstorben.

4 Ausblick

In den letzten Jahren wird vermehrt diskutiert, ob der § 64 StGB reformiert oder ganz abgeschafft werden sollte (für eine Zusammenfassung der Argumente siehe z. B. Schalast et al. 2019 und Steinert 2017). Tatsächlich stellt er in mancherlei Hinsicht eine Anomalie dar: In anderen Bereichen der psychiatrischen Behandlung wird der Freiwilligkeit, außer in klar umschriebenen Ausnahmefällen, eine besondere

und zunehmend wichtigere Bedeutung beigemessen, nicht zuletzt durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil von 2013 (Beschluss 2 BvR 228/12 vom 20. Februar 2013 zur Frage der medikamentösen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug). Einwilligungsfähige Personen, die eine Behandlung ablehnen, dürfen richtigerweise nicht gegen ihren Willen behandelt werden, selbst wenn die Ablehnung der Therapie negative Konsequenzen für sie haben könnte. Im Maßregelvollzug jedoch wird Patient*innen per Gericht eine Behandlung auferlegt, unabhängig davon, ob sie eine solche wollen oder nicht. Zwar geht die Therapiemotivation indirekt in die „konkrete Aussicht“ auf Erfolg ein, und Patient*innen haben die Möglichkeit, auch bereits kurz nach der Aufnahme einen Abbruchantrag zu stellen; dennoch stellt der § 64 StGB auch im internationalen Vergleich eine Besonderheit dar, die nicht zuletzt im Hinblick auf die UN-Behindertenkonvention einer kritischen Prüfung bedarf.

Die Kritik am § 64 StGB bezieht sich aber meist nicht auf solche menschenrechtlichen Überlegungen, sondern resultiert aus den stetig ansteigenden Einweisungszahlen, die auf die unscharfen Eingangskriterien zurückgeführt werden (z. B. „Hang“). Besonders kritisiert werden sogenannte Fehleinweisungen, worunter hier zum einen Einweisungen von Personen mit einer Diagnose eines schädlichen Gebrauchs (aber keiner Abhängigkeit) von Substanzen, zum anderen mit Komorbiditäten verstanden werden, letzteren wird zugeschrieben, in besonderem Maße für gewalttätige Übergriffe verantwortlich zu sein. Auch der kausale Zusammenhang zwischen einer substanzbedingten Störung und Kriminalität sowie der Erfolg der Behandlung im Rahmen einer Unterbringung nach § 64 StGB wird von manchen Autoren angezweifelt. Obgleich Erfolge bei regulärer Beendigung der Therapie nachgewiesen sind, wird diese bei etwa der Hälfte der Patient*innen frühzeitig abgebrochen. Besonders kritisch wird gesehen, dass manche Patient*innen der Behandlung im Maßregelvollzug aus strategischen Gründen vordergründig zustimmen, tatsächlich jedoch vor allem an einer, im Vergleich zum Vollzug der Freiheitsstrafe, verkürzten Unterbringungsdauer interessiert sind.

Vorschläge zur Reform des § 64 StGB (z. B. Walther 2020, aktuell aber vor allem das DGPPN-Positionspapier Müller et al. 2021) umfassen vor allem eine Konkretisierung der Eingangskriterien, etwa begrenzt auf eine Abhängigkeitserkrankung anhand anerkannter diagnostischer Kriterien (im DGPPN-Paper „mindestens mittelgradige Substanzkonsumstörung oder Abhängigkeit“). Zudem soll der Zusammenhang zwischen der Substanzkonsumstörung, Straffälligkeit und Gefährlichkeit eindeutig sein. Im DGPPN-Papier wird zudem auf die Behandlungsbereitschaft und Selbstbestimmung bei Aufnahme in die Klinik abgehoben – nur bereits motivierte Personen, nachgewiesen z. B. durch die Teilnahme an Suchtberatungsangeboten in der JVA, sollen die Möglichkeit erhalten, in einer Maßregelvollzugseinrichtung behandelt zu werden. Eine solche Unterbringung und Behandlung soll auch vorbehalten werden können, also nicht schon mit dem Urteil abschließend entschieden werden müssen. Die

meisten Kommentatoren fordern außerdem eine Orientierung am 2/3-Termin der Parallelstrafe als frühesten Entlassungstermin, um sogenannte Fehlanreize zu minimieren.

Unseres Erachtens könnte man jedoch auch umgekehrt argumentieren, dass die hohe Anzahl an Einweisungen auf einen (zumindest von Seiten der Einweiser so wahrgenommenen) Erfolg des § 64 StGB hinweist, was positiv zu bewerten ist. Dass manche Patient*innen nach Erreichen des Therapieziels die Möglichkeit erhalten, frühzeitig entlassen zu werden, scheint uns eher zielführend als Grund zur Sorge; schließlich geht es im Maßregelvollzug um Therapie und nicht um Strafe. Dass es Patient*innen gibt, die die geltenden Regeln versuchen zu ihrem Vorteil zu nutzen, ist verständlich und so lange nicht alarmierend wie die Unterbringung in diesen Fällen ja abgebrochen werden kann. Eine vorbehaltene Anordnung könnte hier zielführend sein, um auch zu einem späteren Zeitpunkt noch eine Überführung in den Maßregelvollzug zu vollziehen, ebenso eine Unterbringung „auf Probe“. Kritischer sehen wir die hohen Anforderungen an die „Motivation“, ist doch zum einen Ambivalenz Teil des Krankheitsbildes, zum anderen fordert das RNR-Prinzip eher die ressourcenintensive Maßregelvollzugsbehandlung denjenigen vorzubehalten, die eben nicht durchgehend intrinsisch motiviert sind (die anderen würden es möglicherweise auch mit den geringeren Ressourcen in der JVA „schaffen“) und eine höhere Komplexität mitbringen. Hier scheint uns eine Weiterentwicklung der Therapieangebote (z. B. durch konsequente Anwendung bzw. Adaption leitlinienorientierter Verfahren für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, erhöhte Anstrengungen in der Evaluation, etc.) für diese Patientengruppe, mit entsprechender finanzieller und personeller Ausstattung, die adäquate Antwort und nicht ein Ausgrenzen von Menschen mit hoher Therapiebedürftigkeit.

Gleich, welche Position vertreten wird, ist die zentrale Frage, ob der Maßregelvollzug tatsächlich seinen Zweck erfüllt, nämlich das Risiko erneuter Straftaten zu verringern. Hier gibt es, wie oben beschrieben, einige positive Belege, weitere Forschung ist jedoch notwendig, um die Wirkkomponenten der angebotenen Interventionen sowie die Ansprechbarkeitsfaktoren auf solche Angebote zu beschreiben. Besonders dringend erscheint uns die konsequente Evaluation von angewandten Interventionen, z. B. der Dialektisch-Behavioralen-Therapie-Forensik oder des Reasoning & Rehabilitation-Programms mit angemessenen Verfahren (randomisiert-kontrollierte Studien, quasi-experimentelle Studien). Notwendig ist auch die Weiterführung und der Ausbau schon bestehender Stichtags- und Kohortenstudien um Variablen zu therapeutischen Interventionen sowie die langfristige Erhebung von Rückfallraten für aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patient*innen.

Interessenkonflikte

Birgit Völlm und Deniz Cerci geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Manuskript

Eingereicht am 16.2.2021, akzeptiert am 23.3.2021

5 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg) (2021). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>
- Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ (2021). Motivierende Gesprächsführung: Ein evidenzbasierter Ansatz für die ärztliche Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 7: 109–115
- Bonta J, Andrews DA (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge
- Entorf H (2007). Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse. *Darmstadt Discussion Papers in Economics* 183: 52
- Hartl C (2012). Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät II (Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaft) der Universität Regensburg. Universität Regensburg
- Konrad N, Völlm B (2010). Ethical Issues in Forensic and Prison Psychiatry. In: Helmchen H, Sartorius M (Hrsg), *Ethics in Psychiatry*. 45: 363–380. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. Dordrecht: Springer Netherlands
- McMurrin M (2007). What work in substance misuse treatment in offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health* 17: 225–233
- McMurrin M (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology* 14: 83–100
- McMurrin M, Theodosi E (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime & Law* 13: 333–343
- Müller JL, Saimen N, Briken P, Eucker S, Hoffmann K, Koller M, Wolf T, Dudeck M, Hartl C, Jakovljevic AK, Klein V, Knecht G, Müller-Isberner R, Muysers J, Schiltz K, Seifert D, Simon A, Steinböck H, Stuckmann W, Weissbeck W, Wiesemann C, Zeidler R (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Der Nervenarzt* 88: 1–29
- Müller JL, Koller M, Böcker F, Muysers J, Eusterschulte B, Pollmächer T (2021). Neuregelung des § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. Berlin: DGPPN
- Muysers J, Lux H, Senger S (2011). Behandlung im Maßregelvollzug. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 5, Nr. 02 (März): 113–128
- National Institute for Health and Care Excellence (2007). *Methadone and Buprenorphine for the management of opioid dependence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta114>
- Nedopil N (2009). The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe. *Criminal Behaviour and Mental Health* 19: 224–234
- Perry AE, Martyn-St James M, Burns L, Hewitt C, Glanville JM, Aboaja A, Thakkar P, Santosh Kumar KM, Pearson C, Wright K, Swami S (2019a). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10: CD010901
- Perry AE, Martyn-St James M, Burns L, Hewitt C, Glanville JM, Aboaja A, Thakkar P, Santosh Kumar KM, Pearson C, Wright K (2019b). Interventions female drug-using offenders. *Cochrane Database Syst Reviews*, 13 (12): CD010910
- Querengässer J (2014). Abbruchgründe und Risikofaktoren für Therapieabbrüche nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) (Dissertation). Universität Konstanz
- Querengässer J, Bulla J, Mielke R, Hoffmann K, Ross T (2016). Patienten- und Therapeutensicht auf Abbruchgründe bei Therapien nach § 64 StGB. *Sucht* 62: 225–231
- Querengässer JA, Bezzel K, Hoffmann WM, Schiffer B (2017). Versorgungsforschung im Maßregelvollzug oder das Stochern im Nebel: Konsenspapier zur Notwendigkeit einheitlicher und besserer Daten. *Der Nervenarzt* 88: 1292–1297
- Riedemann C, Berthold D (2020). Auswertung der Daten der deutschlandweiten Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB – 2019. Rehburg-Loccum: MRVZN Bad Rehburg
- Saulle R, Vecchi S, Gowing L (2017). Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Data-*

base Syst Rev: CD011983

Schalast N, Frey M, Boateng S, Dönisch-Seidel U, Leygraf N (2019). Was rechtfertigt eine Behandlungsmaßregel für Täter mit Suchtproblemen? *Recht & Psychiatrie* 37: 141–146

Statistisches Bundesamt (2014). Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) – 2013/2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Steinert T (2017). Debatte: § 64 StGB sollte abgeschafft werden: Pro. In: *Psychiatrische Praxis* 44: 1–2

von der Haar M (2013). Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Rehburg-Loccum: MRVZN Bad Rehburg

Walther A (2020). Reformbedarf bei der Maßregel des § 64 StGB. *Juristische Rundschau* 6

Ward T (2002). The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist* 37: 172–179

Wormith JS, Zidenberg A (2018). The historical roots, current status, and future applications of the Risk-Need-Responsivity Model (RNR). In: Jeglic EL, Calkins C (Hrsg). *New Frontiers in Offender Treatment* (pp. 11–41). Berlin: Springer



FluidCrystal®
Neue Therapieoptionen
durch smarte
Depot-Technologie

Unser Forschungsschwerpunkt liegt auf der Entwicklung intelligenter pharmazeutischer Technologien zur Wirkstofffreisetzung. Mit neuen Strategien für die Therapie von Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen wollen wir dazu beitragen, die Behandlung und den Alltag dieser Patienten maßgeblich zu verbessern.