



**akzept** e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik

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

ISBN 978-3-9813890

akzept e.V. | Fachtagung

akzept e.V. | Fachtagung

akzept e.V. | Fachtagung

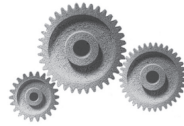
Substitutionsbehandlung in Haft | 20.4.2010

Dokumentation

## Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft

### Praxis, Probleme und Perspektiven

Dokumentation der akzept-Fachtagung  
vom 20.4.2010 in Berlin



# Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft

## Praxis, Probleme und Perspektiven

Dokumentation der akzept-Fachtagung  
vom 20.4.2010 in Berlin





## INHALT

### Vorträge

- „Was wissen wir über die Substitutionsbehandlung in Haft, wie machen es andere“?  
*Prof. Dr. Heino Stöver* 03
- „Welche Probleme gibt es in der Substitutionspraxis?“ Einstellung, Umgang mit Rückfällen, Beigebrauch, Entlassungsvorbereitung, psycho-soziale Betreuung, Entzugsbehandlung bei Mehrfachabhängigkeit  
*Dr. med. Karlheinz Keppler M.A* 31
- Substitutionsbehandlung in europäischen Haftanstalten- eine Übersicht  
*Dagmar Hedrich, Chloé Carpentier* 41
- „Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden?“ Das Beispiel NRW  
*Dr. Klaus Husmann MA* 47
- „Substitution in Haft: Zeit zum Handeln! Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz“  
*Dr. med. Hans Wolff* 55

### Arbeitsgruppen

- AG 1 Substitution in Haft- Der Umgang mit Beigebrauch  
*Dr. Klaus J. Fritsch, Bärbel Knorr, Dr. Jürgen Golze* 65
- AG 2 Schnittstellenprobleme: Wie muß eine gute Überleitung aussehen?  
*Dr. Michael Parys, Claudia Rey* 73



|      |  |     |
|------|--|-----|
| AG 3 | Doppelte Problematik: Suchtmedizin und Komorbidität<br>(Psychiatrie und Infektiologie) – Stand und Perspektiven<br>der Versorgung<br><i>Dr. Wolfgang Rieckenbrauck, Dr. Marc Lehmann</i> | 79  |
| AG 4 | Psychosoziale Betreuung in Haft: Wie kann sie aussehen?<br><i>Gangolf Schaper, Claudia Pastoor</i>   | 83  |
| AG 5 | „Ganz alltägliche Probleme: Substitution in der pflegerischen<br>Praxis“<br><i>Wilfried Weyl, Jens Wiegand</i>   | 87  |
| AG 6 | Substitution im Maßregelvollzug: Neuland?<br><i>Annette Classen, Dr. Thieß Matthießen</i>  | 97  |
| AG 7 | Leitlinien der Substitutionsbehandlung in Haft<br><i>Prof. Dr. med. Jörg Pont</i>  | 99  |
| <br> |  |     |
|      | Anhang   |     |
|      | Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der<br>Opioidabhängigkeit im Justizvollzug NRW<br>Substitutionstherapie in der Haft  | 105 |
|      | Substitutionsgestützte Behandlungen im Strafvollzug (SGB)<br><i>Dr. med. Catherine Ritter</i>  | 121 |
|      | Zum aktuellen Stand der Substitutionsbehandlung und deren<br>Umsetzung in Gefängnissen der Mitgliedstaaten des WHO Health in<br>Prisons Project (HIPP)<br><i>Tim Ellermann</i>           | 130 |
|      | „Drug use and opioid substitution treatment for prisoners“<br><i>Prof. Dr. Heino Stöver &amp; Dr. Ingo Ilja Michels</i>  | 141 |
|      | AutorInnen, ModeratorInnen und ReferentInnen   | 158 |
|      | Dank   | 161 |
|      | Impressum  | 162 |

## VORTRÄGE

### „Was wissen wir über die Substitutionsbehandlung in Haft, wie machen es andere“? Internationale Übersicht und nationale Bestandsaufnahme

*Heino Stöver*

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger hat sich weltweit als eine der wichtigsten Ansätze in der Behandlung Opioidabhängiger erwiesen vor allem in Bezug auf: die Reduktion

- des Opioidkonsums
- der Morbidität (insbesondere Reduktion von HIV-Transmissionen)
- der Mortalität

Ausserdem trägt sie wesentlich bei zur Steigerung der psychischen, physischen und sozialen Stabilität der PatientInnen (v.a. die Verringerung der Kriminalität und die Reduktion von Wiederinhaftierung).

Die Behandlung erfährt eine hohe Haltekraft und Reichweite als Basis für weiterführende Unterstützungs- und Therapieangebote. Für die Betroffenen ist die Substitutionsbehandlung eine Möglichkeit, die chronisch rezidivierende Erkrankung „Opiatabhängigkeit“ zu behandeln und sich körperlich und sozial zu stabilisieren – bis hin zu einer Rückkehr in ein ‚normales‘ Alltagsleben, in dem sie den Anforderungen in Partner-/Elternschaft, Ausbildung und Berufsleben besser gerecht werden können.

Trotz dieser Erfolge sind wir weit von einer ‚normalen‘ Krankheitsbehandlung entfernt. Während die Substitutionstherapie in ärztlichen Praxen und in Ambulanzen oft ein Drittel bis zur Hälfte die Nachfrage abdeckt, sieht es in anderen Regionen (v.a. im ländlichen Bereichen) ganz anders aus: hier suchen Opioidabhängige oft verzweifelt Ärzte, ebenso wie im Osten unserer Republik oder im Süden (Stöver 2010c). Dazu kommen strukturelle Hemmnisse: Die Zahl substituierender Ärzte stagniert vor dem Hintergrund zunehmender Patientenzahlen (vgl. Schulte et al. 2009).

Aber auch beim Übertritt von einem Setting in ein anderes, wird die Substitutionsbehandlung häufig abgebrochen, unterbrochen, Dosiseinstellung oder die Medikation verändert. Beim Übergang vom Setting ‚Straße‘ in ein Hospital, den Polizeigewahrsam, U-Haft, Strafhaft, Maßregelvollzug, medizinische ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme etc. – überall ergeben sich Brüche, Abbrüche, Unterbrechungen, inadäquate Dosierungen oder neue Medikationen! Dies schafft erhebliche Probleme für die Gesundheit der Substituierten, bzw. Opioidabhängigen, denn Diskontinuitäten in der Behandlung führen nicht zu Abstinenzversuchen oder gar zur Abstinenz, sondern in der Regel zur weiteren Beschaffung von Opioiden und/oder anderen Drogen auf dem (Schwarz-)Markt (vgl. Stöver & Michels 2010d). Aber auch Zwangsabstinenz hat bekanntermaßen erhebliche Nachteile: Nach Rückkehr in die Freiheit, ist die Mortalitätsrate besonders hoch (vgl. WHO 2010).

Vor diesem Hintergrund gilt es die Schnittstellen der Substitutionsbehandlung, die verschiedenen Lebens- und Aufenthaltswelten der Opioidabhängigen gezielt nach Unterbrechungen abzusuchen.

Inhaftierung ist zweifelsohne eine der wichtigsten Lebenswelten, bei deren Eintritt es zu Behandlungsabbrüchen kommt.

Neben einem internationalen Ausblick geht es im folgenden Beitrag um die Gründe der Behandlungsabbrüche und Möglichkeiten diese im Sinne einer nachhaltigen Suchtkrankenbehandlung zu vermeiden.

## 1. Substitutionsbehandlung in Deutschland und Europa

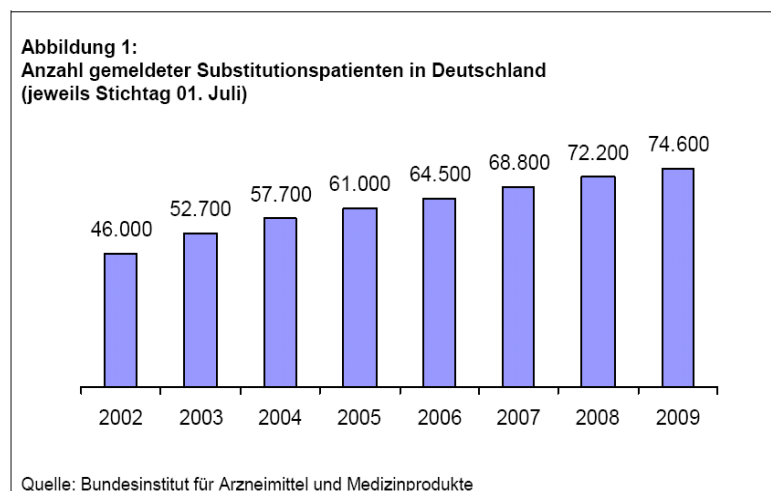
In Europa ist die Substitutionsbehandlung in den letzten 20 Jahren zu einer weithin akzeptierten und erfolgreichen Behandlungsform Opiatabhängiger avanciert<sup>1</sup> (vgl. Council of Europe 2001). Sie ist in allen 27 EU-Mitgliedsstaaten [außerdem in der Schweiz (flächendeckend), Norwegen und Kroatien] verfügbar. Die Versorgungsdichte variiert in

---

<sup>1</sup> Die folgenden Zahlen basieren, soweit nicht anders angegeben, auf dem Jahresbericht 2005 des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) in Lissabon/Portugal – siehe unter [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int).

Europa allerdings erheblich: In 9 Ländern ist sie allen Opioidabhängigen zugänglich, in weiteren 7 Ländern der Mehrheit. Allein in den Jahren 1993–1999 verdreifachte sich die Zahl der Therapieplätze. Von 2000 bis 2005 hat sich in 15 EU-Ländern die Zahl der Substituierten von 300.000 auf über 550.000 fast verdoppelt<sup>2</sup>, heute liegt sie bei über 650.000. Die „Abdeckungsrate“ (Behandlungsnachfrage und –angebot) liegt heute zwischen 28% - 31 % der geschätzten Zahl der Opioidabhängigen (mit erheblichen Variationsbreiten: von 7 % in Schweden bis zu über 58 % in Frankreich; siehe Pollähne/Stöver 2005). In den zehn 2004 in die EU aufgenommenen Ländern (Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern) liegt die Gesamtzahl der Substituierten bei etwa 8.000, was eine bisher noch niedrige Substitutionsrate von 5–7 % ergibt (siehe auch Graphik 2).

In Deutschland ist analog ein deutliches Anwachsen der Zahl der Substitutionspatienten zu beobachten (s. Abb 1):



---

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



Die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen ist in vielen Forschungsarbeiten belegt<sup>3</sup> (Küfner/Rösner 2005; WHO/UNODC/UNAIDS 2004; zur Substitution in Haft siehe WHO/UNODC 2007). Wissenschaftliche Erkenntnisse und nunmehr langjährige praktische Erfahrungen zeigen, dass die Substitution

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

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

- ihren Heroingebruch, den intravenösen Konsum und die Gemein-sambenutzung von Spritzen und Nadeln reduzieren
- weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind
- unmittelbar nach Haftentlassung weniger häufig versterben
- sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben
- unter dauerhafter Substitution deutlich weniger drogenbezogene Delikte begehen und generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen (vgl. Übersicht Keppler u. a. 2004; Stallwitz/Stöver 2007).

Auch das Gefängnis profitiert von der Substitutionsbehandlung:

- die Entzugssymptomatik ist besser kontrollierbar
- der Drogenhandel wird reduziert
- die Produktivität und Arbeitsfähigkeit der Gefangenen gesteigert (BISDRO/WIAD 2008)

---

<sup>3</sup> siehe unter [www.archido.de](http://www.archido.de) und [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de)

Trotz dieser Erfolge wird die Substitutionsbehandlung in Europa nur in geringem Maße in Gefängnissen angeboten bzw. durchgeführt. Jedenfalls wird die „draußen“ erreichte Substitutionsrate von 28–31 % (siehe oben) im Justizvollzug bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Dänemark, Österreich und Spanien) weit unterschritten (siehe Beitrag von Hedrich/Carpentier).

## 2. EU-Studie „Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen“

Die von der EU geförderte erste Studie zur „Substitutionsbehandlung in europäischen Gefängnissen“ (Stöver u. a. 2004) hatte folgende Problembereiche für Deutschland benannt:

- Trotz bundeseinheitlicher rechtlicher Rahmenbedingungen wird die Substitution in den Gefängnissen Deutschlands sehr unterschiedlich gehandhabt. Selbst die Umsetzung länderspezifischer Verwaltungsvorschriften erfolgt nicht in allen Gefängnissen der betreffenden Bundesländer auf gleiche Weise. So begegnet man in Deutschland einer Substitutionspraxis, die sich von Bundesland zu Bundesland, von Gefängnis zu Gefängnis und zum Teil selbst von Arzt zu Arzt (bei Urlaubsvertretungen) unterscheidet.
- Von einem flächendeckenden Substitutionsangebot kann nur in wenigen Bundesländern gesprochen werden.
- Eine Befristung der Behandlungsdauer auf 3–6 Monate ist weithin üblich.
- Es kommt immer wieder zu Schwierigkeiten, wenn Substituierte aus dem System der GKV ins Gefängnis oder, nach Haftentlassung, vom Gefängnis in die GKV wechseln (siehe Keppler in diesem Band; aber auch: Keppler/Knorr/Stöver 2004).

### Empfehlungen aus der Studie

Um eine patientenorientierte Behandlung zu erreichen, müsste

- die Substitutionsbehandlung in den meisten Ländern wesentlich breiter angeboten,

- die Qualität der Behandlung deutlich erhöht und
- die Kommunikation und Kooperation der Gesundheitsdienste innerhalb und außerhalb der Gefängnisse verbessert werden.

Die Studie zeigte außerdem, dass

- eine Fokussierung auf das Ziel „Abstinenz“ das Erreichen anderer existenziell wichtiger Ziele wie etwa die Vermeidung von HIV- und Hepatitis-Infektionen oder von Überdosierungen nach Haftentlassung gefährdet. Irreversiblen Schädigungen der Gesundheit vorzubeugen, muss oberste Priorität haben.
- sowohl niedrigschwellige als auch hochschwellige Programme erforderlich sind, die einerseits Harm-Reduction-Ziele, andererseits – ausgestattet mit zusätzlichen Mitteln für die psycho-soziale Begleitung – weiterführende Therapieziele verfolgen.
- die besonderen Behandlungsbedürfnisse drogenabhängiger Frauen angesichts spezifischer sozialer und gesundheitlicher Belastungen stärker berücksichtigt werden müssen.
- die Kenntnisse, Erfahrungen, Kompetenzen und Bedürfnisse von drogenabhängigen Gefangenen in die Zieldiskussion sowie die Gestaltung und Durchführung der Behandlung einbezogen werden sollten, weil sich so die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung erhöhen lässt. Gefangene mit Substitutionserfahrung sind in der Regel willens und in der Lage, an der Verbesserung der Behandlung mitzuwirken.
- die Substitutionsbehandlung in Haft einer angemessenen Dokumentation und Überprüfung bedarf. In vielen Ländern erfolgt dies entweder gar nicht oder nicht ausreichendem Maße, sodass oft nur grobe Schätzungen über die Zahl der Substituierten und die Behandlungsmodalitäten existieren. In fast keinem der besuchten Länder wurden die Behandlungswünsche und -bedürfnisse der Patient(inn)en und die Sichtweisen der Behandlungsanbieter wissenschaftlich untersucht.
- der Austausch zwischen den Behandelnden innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs – allerdings nur mit Zustimmung des Patienten – intensiviert werden sollte, um die Fortführung der Substitution nach Haftantritt oder Haftentlassung (besser) regeln und die Qualität der Behandlung verbessern zu können.

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

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

### 3. Verbreitung von Drogenkonsum/-abhängigkeit und viralen Infektionskrankheiten in Haft

Ein Großteil der Gefangenen in Deutschland (und Europa) ist drogen-erfahren beziehungsweise konsumiert illegale Drogen auch in Haft (vgl. Stöver et al. 2008). Die Zahl der wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Inhaftierten lag 2008 laut Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2009) bei 9540 (2007: 9665). Dies entspricht einem Anteil von 15,3% aller Inhaftierten. Bei den männlichen Erwachsenen liegt er bei 16,3%, bei den Frauen bei 18,9%. Eine europäische Übersicht der Fälle, die lediglich aufgrund eines Verstoßes gegen Betäubungsmittelgesetze verstoßen haben, gibt Tabelle 1:

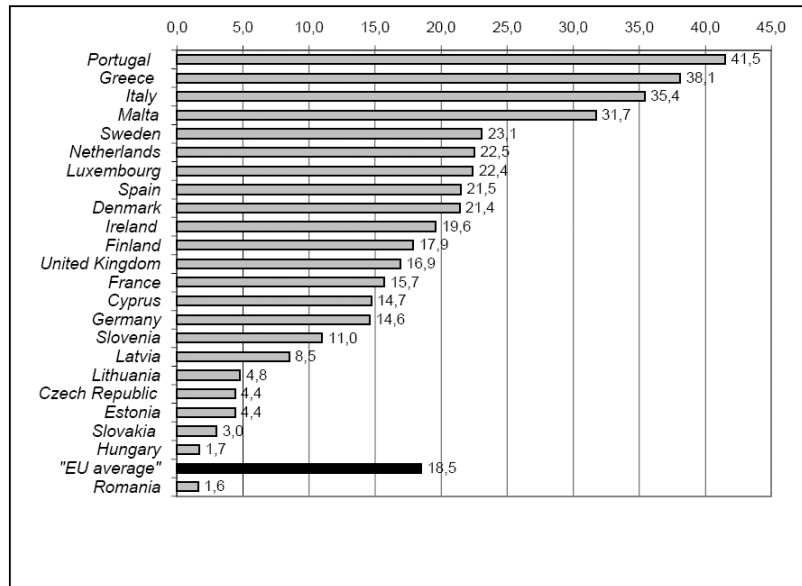


Tabelle 1:  
Verurteilte Gefangene nach Hauptdelikten: Drogendelikte in %  
Quelle: Council of Europe (2004)

Diese Zahlen spiegeln jedoch nicht die Gesamtzahl der Drogenkonsumenten/-abhängigen in Haft wider. Experten gehen davon aus, dass etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen intravenös konsumierende Drogenabhängige sind (Stöver 2002). Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jeder zweite Gefangene als „drogengefährdet“ (Justizministerium NRW 1992), jeder Dritte als „therapiebedürftig“ angesehen werden muss (Dolde 2002). Diese Zahlen werden bestätigt von der EMCDDA, deren Schätzungen darauf hinauslaufen, dass mindestens die Hälfte der europäischen Gefangenenpopulation „drogenerfahren“ ist, viele davon mit einem problematischem und/oder intravenösem Konsum (EMCDDA 2003).

Diese Befunde decken sich auch mit den Ergebnissen zweier multizentrischer epidemiologischer Studien zur suchtmittelmedizinischen und infektiologischen Situation und Versorgung von Opiatabhängigen im deutschen Justizvollzug. Sie geben erstmals einen genauen Überblick über die Zahl aktueller/ehemaliger i.v.-Drogenkonsumenten und drogenassoziiert Infizierter in deutschen Haftanstalten (Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009). Radun et al. (2007) fanden in ihrer Querschnittstudie unter 1.497 Inhaftierten in sechs deutschen Gefängnissen eine Lebenszeitprävalenz für intravenösen Drogenkonsum von 29,6% (n=464). 17,6% aller untersuchten Gefangenen waren mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV), 0,8% mit dem humanen Immundefizienz Virus (HIV) infiziert. Jeder zweite Gefangene (50,6%), der jemals Drogen injizierte, war HCV-positiv und 1,6% waren HIV-positiv.

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

Damit unterstreichen beide Studien: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind aktuelle/ehemalige i.v. Drogenkonsumenten, HCV-Infizierte und HIV-Infizierte in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (Tabelle 2).

|                              | IDUs              | HCV                    | HIV                |
|------------------------------|-------------------|------------------------|--------------------|
| Haftanstalten <sup>a,b</sup> | 21,9–29,6%        | 14,3%–17,6%            | 0,8%–1,2%          |
| Allgemeinbevölkerung         | 0,3% <sup>c</sup> | 0,4%–0,7% <sup>d</sup> | 0,05% <sup>e</sup> |
| Faktor                       | 73- bis 98-fach   | 26- bis 32-fach        | 16- bis 24-fach    |

<sup>a</sup>Radun et al. 2007 [29]; <sup>b</sup>Schulte et al. 2009 [30]; <sup>c</sup>EMCDDA 2006 [31]; <sup>d</sup>RKI 2007 [32]; <sup>e</sup>UNAIDS 2007 [33].  
IDUs Intravenous Drug Users, HCV Hepatitis-C-Virus, HIV Human Immunodeficiency Virus.

Tabelle 2: Anteil der i.v. – Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziiierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Keppler et al. 2010, S. 238)

Auf Basis der in Tabelle 2 genannten Werte muss man bei 74.706 Gefangenen (Stand 31.3.2008; mehr als doppelt so viele Gefangene sind innerhalb eines Jahres inhaftiert: 178.650 im Jahre 2008, vgl.



Bundesministerium der Justiz o.J.) von 16.500-22.200 Opioidkonsumenten beziehungsweise Abhängigen allein in den Haftanstalten Deutschlands ausgehen. Mehr als ein Zehntel der allgemein angenommenen Gesamtzahl von 175.000 Drogenabhängigen sind inhaftiert (Drogenbeauftragte 2007). Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen (Leune 2009) befinden sich also mehr Drogenkonsumenten im Gefängnis (1,5- bis zweimal mehr) als in Therapieeinrichtungen.

Während in den Gefängnissen der alten Bundesländer die Zahl an Opiatabhängigen deutlich überwiegt, finden sich in den Vollzugsanstalten der fünf ostdeutschen Bundesländer in etwa gleichem Maße Alkohol- und Drogenabhängige (Preusker 2002). Kufner (1998) und Kufner und Beloch (2001) gehen davon aus, dass der Anteil Alkohol- und anderer Drogenabhängiger in deutschen Gefängnissen in der Summe etwa gleich hoch ist.

#### 4. Drogenbezogene Risikoverhaltensweisen und Infektionen mit HIV und HCV

Drogenbezogene Risikoverhaltensweisen, wie Tausch von Spritzen, Nadeln, Injektionszubehör, Tätowieren und Piercen sind in Gefängnissen weit verbreitet und Ursache für HBV-, HCV- und HIV-Infektionen (Bobrik et al 2005; Goldberg et al 1998; Taylor et al 1995; Keppler et al 1996; Hellard et al 2007). Vescio et al. (2008) fanden, dass intravenöser Drogenkonsum und Tätowieren Prädiktoren dafür sind, im Gefängnis HCV-positiv zu sein. In dieser Studie wurde auch festgestellt, dass intravenös Drogenabhängige ungefähr 24-mal häufiger HCV-positiv sind als nicht-intravenös-Drogenabhängige, tätowierte Gefangene dreimal mehr mit HCV-infiziert waren als nicht tätowierte. Inhaftierung selbst wurde als unabhängiger Risikofaktor für eine HCV-Infektion (Hellard et al. 2007, Backmund et al. 2003, March et al. 2007, Stark et al 1997) und eine HIV-Infektion beschrieben (March et al. 2007, Hagan 2003, Tyndall et al. 2003, Werb et al 2008). Pontali und Ferrari (2008) zeigten kürzlich extrem hohe Prävalenzdaten für HCV-Koinfektionen (90%) in einer HIV-positiven Stichprobe Gefangener.

In europäischen Gefängnissen variieren die HCV-Prävalenzen unter Gefangenen sehr stark (20-40%). Unter früheren oder gegenwärtigen intravenös Drogenabhängigen schwanken diese Zahlen sogar zwischen 32 und 79% (Donoghoe 2006). Die HIV-Prävalenzen sind in Osteuropa generell höher (4%-14%); in den meisten westeuropäischen Ländern liegen diese Raten laut WHO unter 1% (WHO 2005). Allgemein sind weibliche Gefangene häufiger mit HCV (11-74%) und/oder HIV (3-62%) infiziert. Ursache hierfür ist die größere Verbreitung des intravenösen Drogenkonsums unter ihnen (Vescio et al 2008, Skoretz et al 2004, Zurhold et al 2005; vgl. insgesamt: Stöver et al. 2007).

## 5. Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen in Haft

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

- ihren Heroingebrauch, den intravenösen Konsum und die Gemeinsambenutzung von Spritzen und Nadeln reduzieren (Larney 2010)
- weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind
- ein geringes Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben
- sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben
- unter dauerhafter Substitution deutlich weniger drogenbezogene Delikte begehen
- und generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen.

Auch das Gefängnis profitiert von der Substitutionsbehandlung:

- Entzugssymptome lassen sich besser kontrollieren
- der Drogenhandel und -konsum wird reduziert
- die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht
- die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge und ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich (vgl. insgesamt: Stöver & Stallwitz 2007).

Die BISDRO/WIAD-Studie (BISDRO&WIAD 2008) zeigte, dass die Substitutionsbehandlung weiterhin nicht nur nützlich für die Gefangenen, sondern auch für die Strafvollzugsinstitution ist: Sie bietet einen täglichen Kontakt zwischen Gefangenen und medizinischer Abteilung und fördert zugleich die Vermittlung anderer gesundheitsrelevanter Botschaften und Verhaltensweisen. Eine Erhöhung der Zahl an Substituierten in Haft erfordert jedoch Investitionen in Personal und deren Ausbildung und Qualifizierung sowie eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit medizinischen Einrichtungen in Freiheit.

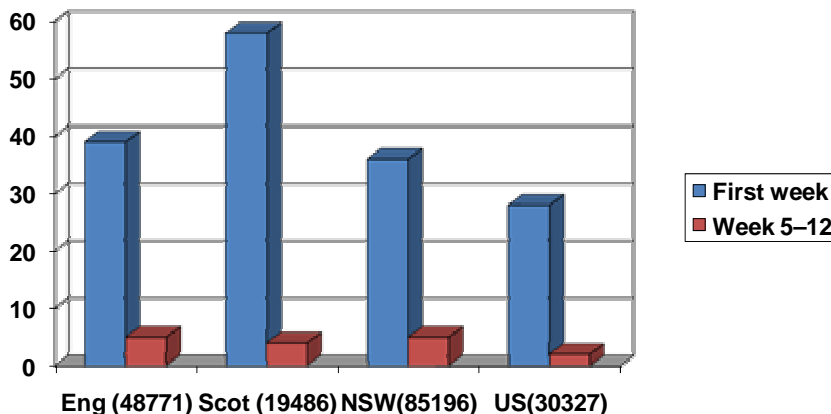
## 6. Suchtmedizinische Versorgungssituation

Während sich in Freiheit in den letzten 20 Jahren eine Vielzahl verschiedenschwelliger Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen entwickelt hat (Suchtbegleitung, Harm Reduction, ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung) (Böllinger, Stöver 2002), ist das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Vollzug überwiegend noch immer auf abstinenzorientierte Hilfen beschränkt. Dies geht einher mit der Setzung eines drogenfreien Gefängnisses und der Vorstellung, der Vollzug wäre ein geeigneter Ort, um die Drogenabhängigkeit erfolgreich zu überwinden. Gleichzeitig wird der Gesellschaft suggeriert, Gefängnisse seien drogenfrei, und ihr Sicherheitsauftrag werde erfolgreich erfüllt – eine Politik, die intra- und extramural eine große sozialpsychologische und politische Bedeutung erhält. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken kann in einer solchen Ausblendung von Ambivalenzen und Komplexitätsreduktion erfolgreich negiert werden.

Zugrunde liegen dieser Politik neben der Ignoranz evidenzbasierter Interventionen, stark ideologiebefrachteten Diskursen (Stöver 2009) ein fehlendes oder falsches Verständnis von Abhängigkeit.

Insbesondere Opioidabhängigkeit muss als eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung mit hoher Morbidität und Mortalität verstanden werden. Rückfall (oder Beikonsum) sind zu erwarten und müssen in das Behandlungskonzept integriert werden (Michels et al. 2009). Auch wenn der Konsum psychotroper Substanzen während der Haftzeit reduziert oder sogar eingestellt wird, sind Rückfälle unmittelbar nach der Haftentlassung die Regel (Kompensationskonsum für die

Zwangsabstinenz). Diese sind für Opioidkonsumenten sogar mit eindeutig erhöhtem Mortalitätsrisiko verbunden (Heinemann et al. 2002, Singleton et al 2003, Farrell, Marsden 2008].



**England:** Farrell M, Marsden J. Addiction 2008; **Scotland:** Bird SM et al. Addiction 2003; **New South Wales/Australia:** Kariminia A . PhD thesis 2007; **United States:** Binswanger IA et al. NEJM 2007

Aufgrund dieser Erkenntnisse ist verstärkt daran zu arbeiten, das Verständnis für und den Umgang mit Suchterkrankungen bei Medizinern, Krankenpflegern, Direktoren und den weiteren Mitarbeitern im Gefängnis zu verbessern und aktiv und offensiv Suchtprobleme und -folgeprobleme in Haft anzusprechen.

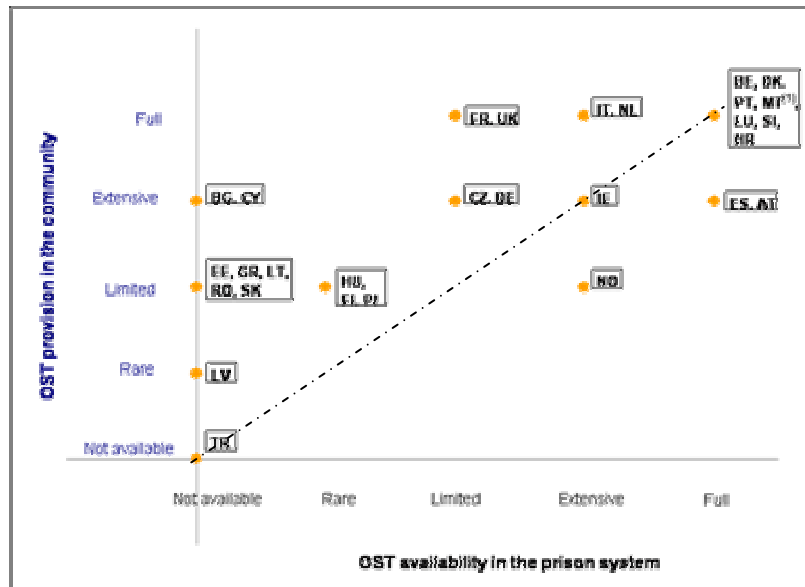
Die häufige Eindimensionalität der Ausrichtung der Hilfen auf abstinenzorientierte Angebote (weil sie scheinbar mit dem Vollzugsziel des § 2 StVollzG: „auf ein Leben ohne Straftaten vorbereiten zu wollen“ identisch sind) blendet die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsnotwendigkeiten Gefangener mit langfristig fortgesetztem Drogenkonsum und damit zusammenhängenden Gesundheitsbelastungen aus. Abstinenz ist für viele dieser Gefangenen oft keine realistische Option mehr. Suchtbegleitung als eine offensiv auf Schadensbegrenzung abzielende Begleitung ist innerhalb des Strafvollzuges so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet in deutschen Gefängnissen nur ein Schattendasein (Stöver 2007).

Die hohe Zahl an intravenös Drogenabhängigen in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate Antworten. Besonders weil das Setting Gefängnis zum einen – aufgrund der hohen Durchlaufquote für kurzzeitig Inhaftierte - eine große Bedeutung für die Gesundheit der übrigen Gesellschaft hat. Zum anderen können die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effizienten Therapien ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen implementiert werden (Stöver et al 2007).

Ein Vergleich zwischen der derzeitigen intra- und extramuralen suchtmmedizinischen Versorgungssituation fällt jedoch ernüchternd aus. Während sich die Zahl der Patienten unter Opioidsubstitutionsbehandlungen in Freiheit in Deutschland in den letzten sechs Jahren um 50% erhöht hat (auf über 74.600 Patienten) und etwa 40% der geschätzten 175.000 Opioidkonsumenten erreicht, bildet sich diese Entwicklung in deutschen Haftanstalten nicht annähernd ab: Lediglich etwa 500-700 der geschätzten 16.500-22.200 Opioidkonsumenten beziehungsweise -abhängigen in deutschen Haftanstalten, d.h. ca. 3%, befinden sich in einer dauerhaften Substitutionsbehandlung (Stöver 2007) – damit zehnmal weniger als in Freiheit.

Auch in anderen europäischen Ländern ist - bis auf wenige Ausnahmen - ein Gefälle in der Substitutionsbehandlung zwischen Freiheit und Haft erkennbar (Graphik 2). Selbst in Ländern mit hohen Behandlungszahlen in Freiheit wie etwa Frankreich geht die Zahl der Substituierten bei Haftantritt dramatisch zurück. Wird die Behandlung durchgeführt, kommt es oftmals zu Konflikten zwischen Patient und Arzt, Krankenpflegepersonal und Justizpersonal, was Dosierung, psychosoziale Begleitung, Ausgabemodi, Beigebrauch, Urinkontrollen, Mitgaberegelungen bei Ausgang und Überleitung in die Freiheit sowie das Wohlergehen der Gefangenen anbelangt. Eine unabhängige Instanz zur Qualitätssicherung im Strafvollzug existiert in den meisten Ländern nicht.

Graphik 2: Verbreitung von Substitutions(dauer-)behandlung in Freiheit und in Haft in 2007 (Experteneinschätzung)



**Notes:**

Data were not available for Sweden.

**Rating Scales**

**PRISON**

*Full:* substitution/maintenance treatment exists in nearly all prisons

*Extensive:* exists in a majority of prisons but not in nearly all prisons

*Limited:* exists in more than a few prisons but not in a majority of them

*Rare:* exists in just a few prisons

**COMMUNITY (provision in relation to the needs of target group POUs)**

*Full:* nearly all POU would obtain OST

*Extensive:* a majority but not nearly all POU would obtain OST

*Limited:* more than a few but not a majority of POU would obtain OST

*Rare:* just a few POU would obtain OST

**Sources:**

Structured Questionnaire on 'treatment programmes' (SQ27/P1), submitted by NFPs in 2008

(1) DG Health and Consumer Protection, Final Report on prevention, treatment and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/ analyse drug use among prisoners. SANCO/2006/C4/02.



Schulte et al. (2009) konnten zeigen, dass in Deutschland nur in drei von vier Gefängnissen (74,2%, das heißt 23 Justizvollzugsanstalten) überhaupt eine Opioidsubstitutionsbehandlung möglich ist. Als primäre Indikation steht dabei die Fortführung von in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund (Keppler et al. 2009). Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit Ergebnissen einer jüngsten Studie zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung (IMPROVE), die einerseits eine hohe Haftbelastung und -häufigkeit von OpioidkonsumentInnen belegt: Nur ein Drittel der Substitutionspatienten (35 %) und 32 % der gegenwärtig nicht in Substitution befindlichen war noch nie in Haft. Durchschnittlich waren die Patienten 2,8-4mal inhaftiert. Die durchschnittliche Gesamtdauer des Gefängnisaufenthalts bei beiden untersuchten Gruppen betrug 3,2-4,6 Jahre. Andererseits zeigen die Ergebnisse, dass nur wenige Patienten und Opioidkonsumenten die Chance hatten, ihre Therapie im Strafvollzug zu beginnen oder fortzuführen: Nur 23 % der aktuellen Substitutionspatienten und 35 % der Opioidkonsumenten wurden während der Freiheitsstrafen substituiert. Von denjenigen, die bis zum Antritt der Freiheitsstrafe in OST waren, mussten infolge des Haftantritts 70 % die Therapie abbrechen (vgl. Stöver 2010b).

Aber auch die verbliebene Zahl von Opioidabhängigen geht in den Haftanstalten nicht notwendigerweise in die Dauerbehandlung, sondern mehrheitlich lediglich in die Entzugsbehandlung. Die in deutschen Haftanstalten mit der intramuralen Substitutionsbehandlung verbundenen Behandlungsziele sind deutlich abstinenzorientiert (Schulte et al. 2009). Entzugsbehandlungen allein führen jedoch in vielen Fällen zu Rückfällen und drogenkonsumbedingten Überdosierungen nach Haftentlassung (Crowley 1999). Opioidsubstitution als Dauerbehandlung ist effektiver als Entzugsbehandlung; dies drückt sich in einer Förderung der Haltekraft in der Drogenbehandlung in Haft und der (anschließend) Abstinenz von anderen illegalen Drogen aus (Kastelic et al. 2008).

Die mangelnde Nutzung der „Methode der Wahl“ in der Behandlung Opioidabhängiger ist umso erstaunlicher, da die Suchtbehandlung eine große Rolle in der Gefängnismedizin spielt: Ein Großteil der Arbeit des medizinischen Dienstes im Vollzug umfasst die Behandlung von

Suchterkrankungen und deren Folgen. Diese gesundheitlichen Störungen der drogenabhängigen Gefangenen absorbieren einen großen Teil der medizinischen Leistungen. Eine Untersuchung der U-Haftanstalt Oldenburg zeigte, dass dort 76% aller medizinisch betreuten Gefangenen aufgrund ihrer Drogenproblematik behandelt wurden (Tielking et al. 2003).

## 7. Gründe für die mangelhafte Verbreitung der Substitutionsbehandlung in Haft

Der Strafvollzug steht insbesondere unter dem öffentlichen Druck, das Gefängnis als drogenfreien Raum zu gestalten. Nur wenige Anstalten sprechen offen über vorhandene Drogenprobleme und bieten offensiv Hilfen an: Dies wird oft mit einem Scheitern des Sicherheitsauftrages und einer Desillusionierung in Bezug auf die Undurchlässigkeit des Gefängnisystems gleichgesetzt. Nach wie vor gibt es eine erhebliche Zahl von Anstalten, die einen Drogengebrauch entweder nicht beobachten oder ihn aus justizpolitischen Motiven ignorieren und leugnen. Da „nicht sein kann, was nicht sein darf“, ist der Umgang mit Drogenabhängigen im Vollzug ein Balanceakt zwischen der Erwartung an die Erfüllung seines Resozialisierungsauftrages und den Realitäten eines verbreiteten, stark schädigenden Drogenkonsums vieler Gefangener und zum Teil politisch stark eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung dieses Phänomens. Reaktionen darauf folgen in der Regel zwei unterschiedlichen Mustern; (i) intensivierete Abgrenzung des intra- und extramuralen Raums oder (ii) Entwicklung von realitätsadaptierten und bedürfnisgerechten Hilfen im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Ordnung sowie medizinischem Versorgungsauftrag. Sofern mit dem ersten Ansatz Drogenzufuhr und -konsum überhaupt reduziert werden könnte, ist dies vor dem Hintergrund eines resozialisierenden Auftrags mit dem Ziel einer weitgehenden Außenorientierung des Strafvollzuges kritisch zu betrachten. Zudem würde diese Reaktion auch zu Lasten nicht betroffener Gefangener gehen. Der zweite Ansatz sollte pragmatische und realistische Ziele verfolgen, das heißt sowohl für den Vollzug als auch für die Gefangenen machbar sein. Deutlich wird allerdings, dass die Arbeit mit Drogenkonsumenten

im Justizvollzug nur unter sehr eingeschränkten räumlichen und methodischen Bedingungen stattfinden kann. Eine haftinterne Drogenszene und Hilfeangebote fallen räumlich zusammen, es gibt keine Toleranz gegenüber dem Konsum: Sicherheits- und Ordnungsaspekte strukturieren und dominieren den Anstaltsalltag und den Umgang mit Drogen konsumierenden Gefangenen.

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit Drogenabhängigen besteht darin, dass sie in der Regel nicht als „lockerungsg geeignet“ betrachtet werden, das heißt, sie können ihr Handeln in der Freiheit nicht erproben, weil ihnen permanent eine Sucht- beziehungsweise Rückfallgefährdung sowie eine Flucht- oder Missbrauchsgefahr unterstellt wird.

## 8. Neuere Entwicklungen

Bereits im Schweizer Methadonbericht (SSAM 2006) wird eine ‚Durchbehandlung‘ (Throughcare) empfohlen:

- Bei Untersuchungshaft und Vollzug sind bereits bestehende SGB (Substitutionsgestützte Behandlungen, d.V.) weiterzuführen [C].
- Bei Opioidabhängigen, die nicht in einer SGB (Substitutionsgestützte Behandlungen, d.V.) stehen, ist in der Regel das Einleiten einer SGB angezeigt, um sie vor Gefahren eines Risikoverhaltens in der Haft und vor Überdosierungen bei Urlauben und Entlassung zu schützen“

Auch in den neuen Richtlinien der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2010) kommen diese Empfehlungen zur Behandlungskontinuität zum Tragen:

- „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“
  - ...
- „In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent,

aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden“.

Da die Bundesärztekammerrichtlinien den „medizinischen Stand der Forschung“ wiedergeben, ist damit zu rechnen, dass diese Aufforderungen zur Behandlungskontinuität sich in den nächsten Jahren auch in der Praxis niederschlagen werden.

### Beispiele „Guter Praxis der Substitution“

Beispiele „Guter Praxis der Substitution“ finden sich in spanischen Gefängnissen. Die Indikatoren dieser Praxis heissen:

- Identische Einschlußkriterien wie in Freiheit
- Keine Wartelisten
- Problemlose Übergänge Gefängnis/Haftsituation ⇔ Freiheit
- OST integraler Bestandteil einer umfassenden Suchtkrankenhilfe-strategie einschließlich drogenfreier Behandlung, Spritzenum-tausch, Zugang zu HAART und anti-viralen Therapien etc.
- OST kein Ausschlussgrund für andere Programme (nur: Thera-peutische Gemeinschaften)
- Behandlungsrichtlinien bilden die schriftliche Grundlage der OST
- „Normalisierung“ der Krankenbehandlung bedeutet eine „Ent-stigmatisierung“ (vgl. Stevens et al. 2010)

Auch in Österreich sind Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten erlassen worden, die eine grundsätzliche Orientierung für die Substitu-tionspraxis geben. Wesentliche Aussagen sind im Folgenden aufge-führt (Pont et al. 2005):

Zweck der Substitution:

- 1) Psychische und physische Stabilisierung von opiatabhängigen Menschen
- 2) Eindämmung der Beschaffungskriminalität und Vermeidung von Schulden

- 3) Verminderung des intravenösen Drogenkonsums und needle-sharing und somit der Übertragung von Hepatitis B/C und HIV/AIDS
  - Strategien der Substitution:
  - Zweck der Substitution:
- A) Entzugstherapie: Als Überbrückung bis zur Abstinenz wird in kleinen Schritten mit einer Substitutionssubstanz behandelt.
- B) Einstellungstherapie: Diese erfolgt nach einem Aufklärungsgespräch mit der/den Patientin/en und kann bis zum Erreichen der passenden Dosis des Substitutionsmittels mit erheblichen Entzugsbeschwerden einhergehen.
- C) Überbrückungstherapie: PatientInnen mit einem eklatantem Opiatabusus werden bis zur geplanten Entzugstherapie substituiert.
- D) Dauertherapie: PatientInnen werden wegen der Schwere ihres Krankheitsbildes aufgrund der Opiatabhängigkeit zum Schutz vor weiteren gesundheitlichen, psychischen und sozialen Schäden Jahre oder bis zum Lebensende substituiert.
- E) Reduktionstherapie: PatientInnen werden auf eigenen Wunsch über eine ausreichend lange Dauer entsubstituiert.

In NRW schließlich hat eine Expertenkommission „Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug“ erarbeitet (s. Husmann in diesem Band). Deren Kernprämisse lautet: „Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Wesentliches Anliegen der Arbeitsgruppe ist daher, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen zu erhöhen und eine möglichst einheitliche Handhabung im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen sicher zu stellen.“

Die Zielgruppen und Substitutionsstrategien wurden eindeutig formuliert:

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

Die Kriterien für eine Dauersubstitution in Haft wurden darin formuliert:

- Die Dauer der Haft hat keinen Einfluss auf die Indikation zur Substitution.
- Abbruch der Substitution erfolgt nach Entscheidung durch den Arzt, ggf. mit der suchttherapeutischen Arbeitsgruppe der JVA.
- Abbruch einer Substitution bedeutet nicht dauerhafter Ausschluss von OST.
- Wiederbeginn der Substitution Entscheidung im Einzelfall.
- Untersuchungshaft: Beginn der Substitution nur möglich, wenn Weitersubstitutionsplatz.
- Strafhaft: bei Haftdauer von mehr als zwei Jahren nicht erforderlich, dass ein Weitersubstitutionsplatz bekannt ist.
- Strafhaft unter zwei Jahren: Weitersubstitutionsplatz sollte bekannt sein.
-



## Literatur

Backmund M, Meyer K, Wachtler M, Eichenlaub D (2003): Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol* 18 (6): 563-568

Bird, S.M.; Hutchinson, S.J. (2003): Male drugs-related deaths in the fortnight after release from prison: Scotland, 1996-99. In: Addiction, Vol. 98 Issue 2, Pages 185 - 190

Binswanger, I.A. et al. (2007): Mortality after Release from Prison. In: *NEJM*, Vol. 356:1785-1787, April 26, No. 17

BISDRO & WIAD (2008): Reduction of drug-related crimes in prison. The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners. Bremen, Bonn: BISDRO, WIAD; Bezug: Universität Bremen, BISDRO, FB 6, 28334 Bremen

Bobrik A, Danishevski K, Eroshina K, McKee M (2005): Prison health in Russia: the larger picture. *J Public Health Policy* 26 (1): 30-59.

Böllinger L, Stöver H (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag

Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Dtsch Ärztebl* 107 (11): A 511ff

Bundesministerium der Justiz, Gesundheit im Justizvollzug Indikatoren-datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Regionalbüro für Europa - und des European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) Hier: Erhebungsbogen für Deutschland -Zusammenstellung der Länderdaten, D-11 015 Berlin, AZ: II B 2 – 9510/13 – 30 – 1- 5 – 24 963/2007

Council of Europe. (2004). Annual Penal Statistics SPACE I. Retrieved 01.10.2007, from [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_cooperation/prisons\\_and\\_alternatives/Statistics\\_SPACE\\_I/List\\_Space\\_I.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp).

Crowley D (1999): The drug detox unit at Mountjoy prison – a review. *J Health Gain* 3 (3): 17-19

Dolde G (2002): Therapie in Untersuchungs- und Strafhaft. In: Gassmann R (Hrsg.) Suchtprobleme hinter Mauern. Freiburg: Lambertus, S. 131-144.

Donoghoe MC (2006): Prisons and public health: the next ten years blood-borne viruses. Paper presented at the WHO, International Conference on Prison and Health, London

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2007) Sucht- und Drogenbericht. Berlin: Bundesministerium der Gesundheit

European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction/EMCDDA (2003). Treating drug users in prison - a critical area for health promotion and crime reduction policy. Drugs in focus: 7, Lisbon

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006) Statistical Bulletin. Lisbon

Farrell M, Marsden J (2008): Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 103: 251-255

Goldberg D, Taylor A, McGregor J et al (1998): A lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *Int J STD AIDS* 9 (1): 25-30.

Hagan H (2003): The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning. *Aids* 17: 911-913

Heinemann A, Bohlen K, Püschel K (2002): Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener – Eine katamnestiche Analyse von Hafterfahrungen vor drogenbedingten Todesfällen in Hamburg. *Suchttherapie* 3: 162-167

Hellard ME, Aitken CK, Hocking JS (2007): Tattooing in prisons – not such a pretty picture. *Am J Infect Control* 35 (7): 477-480

Justizministerium NRW (1992): AIDS und Strafvollzug in Nordrhein-Westfalen. Umsetzung der Empfehlungen der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages. Düsseldorf.

Kastelic A, Pont J, Stöver H (2008): Substitution treatment in custodial settings. A practical guide. Oldenburg: BIS-Verlag

Kariminia, Azar, Public Health & Community Medicine, Faculty of Medicine, UNSW -

Death among a cohort of prisoners in New South Wales Australia — a data linkage study, Thesis

Keppler K (2002): Zwei Systeme - eine Substitution. Von den Schwierigkeiten beim Wechsel Substituierter von der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gefängnis und umgekehrt. Suchttherapie 2002 (3): 168-172

Keppler K, Fritsch KJ, Stöver H (2009): Behandlungsmöglichkeiten von Opiathängigkeit. In: Keppler K, Stöver H (Hrsg.) Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 193-207

Keppler K, Nolte F, Stöver H (1996): Übertragungen von Infektionskrankheiten im Strafvollzug – Ergebnisse einer Untersuchung in der JVA für Frauen in Vechta. Sucht 96 (2): 98-107.

Keppler K, Stöver H, Schulte B, Reimer J (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. Bundesgesundheitsbl 2010 (53): 233-244

Körner HH (1993): Kann die Verweigerung der Substitution eine Körperverletzung darstellen? Die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen. MedR 1993: 257-260

Küfner H (1998): Evaluation von externen Beratungsangeboten für suchtfährdete und suchtkranke Gefangene in bayrischen Justizvollzugsanstalten. Sucht 44: 406-408

Küfner H, Beloch E (2001): Externe Beratung für Gefangene mit Drogenproblemen im bayrischen Justizvollzug. In: Jacob J, Keppler K, Stöver H (Hrsg) LebHaft – Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug. AIDS Forum Bd. 42, S. 91-104

Landgericht Dortmund (1995): Beschluss vom 1.12.1994 - 9 StVk 71/94 UN. Strafverteidiger 1995 (3): 143-144

Larney, S.: Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review – Addiction 105, 216–223

Leune J (2009): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen. In: DHS (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 09. Geesthacht: Neuland Verlag, S. 173-187.

March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M (2007): Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injection drug users in ten European cities. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 25 (2): 91-97

Meier B-D: Äquivalenzprinzip In: Keppler K, Stöver H (Hrsg.) *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen*. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 76-84

Michels II, Sander G, Stöver H (2009): Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 52: 111-121

Pont, J.; Resinger, E.; Spitzer, B. (2005): Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten. Vienna, January 2005 (unpublished guideline on the practice of substitution treatment of the Ministry of Justice of Austria)

Pontali E, Ferrari E (2008): Prevalence of hepatitis B and/or hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the human immunodeficiency virus *Int J Prison Health* 4 (2): 77-82.

Preusker H (2002): Suchtprobleme im Justizvollzug. In: Gasmann R (Hrsg) *Suchtprobleme hinter Mauern*. Freiburg: Lambertus, S. 123-187.

Radun D et al. (2007) Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep. b, hep. c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany.. Preliminary Results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology - ESCAIDE -.

Reimer, J.; Schulte, B.; Stöver, H. (2009): Suchtmedizinische Versorgung: Entschiedenenes Handeln notwendig. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106(45): A-2227

Robert-Koch Institut (2007): Virushepatitis B, C, und D: Situationsbericht Deutschland 2006. *EpidBull*.  
[http://www.rki.de/cln\\_100/nn\\_468106/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/49\\_07.html](http://www.rki.de/cln_100/nn_468106/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/49_07.html)

Schulte, B., Gansefort, D., Stöver, H., Reimer, J. (2009): Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: *Suchttherapie* 10, 125-130

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

Schwind H-D, Böhm A, Jehle J-M, Laubenthal K (2009): Strafvollzugsgesetz - Bund und Länder. Kommentar. Berlin: De Gruyter Recht

Singleton N, Pendry E, Taylor C et al. (2003): Drug-related mortality among newly released offender. Home Office, London. Findings 187. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r187.pdf>

Skoretz S, Zaniewski G, Goedhuis NJ (2004): Hepatitis C virus transmission in the prison/inmate population. Can Comm Dis Rep 30 (16): 141-148.

S•S•A•M• Swiss Society of Addiction Medicine; Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin – erstellt 2006, S. 36

Stark K, Bienzle U, Vonk R, Guggenmoos-Holzmann I (1997): History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. Int J Epidemiol 26 (6): 1359-1366.

Statistisches Bundesamt (2009) Rechtspflege – Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2008. Fachserie 10, Reihe 4.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Stevens, A., Stöver, H., Brentari, C. (2010): Criminal justice approaches to harm reduction. In Rhodes, T.; Hedrich, D. (ed.): Harm reduction: evidence, impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Lisbon. S. 379-404  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Stöver H (2002): DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug – Eine Übersicht. Suchttherapie 3. Jg.: 135-145

Stöver H (2007): Substitution in Haft. AIDS-Forum Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. Bd. 52. <http://gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/2008/04/forum-52substitution-in-haft.pdf>

Stöver H; Weilandt, C.; Zurhold, H.; Hartwig, C.; Thane, K. (2007): Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/-Analyse Drug use among Prisoners. European Commission, Directorate – General for health and Consumers. Drug policy and harm reduction. SANCO/2006/C4/02  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_frep1.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf)

Stöver H. et al. (2008): Reduction of Drug-related Crime in Prison: The impact of opioid substitution treatment on the manageability of opioid dependent prisoners . Bremen (BISDRO)/Bonn (WIAD)

Stöver, H. (2009): Drogenabhängige Menschen In Haft. In: Resozialisierung. Handbuch. Herausgegeben von Cornel, H.; Kawamura-Reindl, G.; Maelicke, B.; und Sonnen, B.R. 3. Auflage 2009,

Stöver H, (2010a) "Options in treating prisoners focussing on Opioid Substitution Treatment (OST)". Presentation on the "Fourth Nordic Opiate Meeting – Total Patient Care" in Stockholm, Sweden (10/11th February 2010)

Stöver, H. (2010b): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung Opioid-abhängiger: Die IMPROVE-Studie. In: Blickpunkt Medizin, Suchttherapie. In: Suchttherapie, H. 2/2010, S. 1-4

Stöver, H. (2010c): Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. In: European Addiction Research (in press)

Stöver, H., Michels, I.I. (2010d): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: Harmreduction Journal 2010, 7;17 (19 July 2010) <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17> (siehe Anhang)

Stöver H, Weilandt C, Zurhold H et al. (2007): Final Report on Prevention, Treatment, and Harm Reduction Services in Prison, on Reintegration Services on Release from Prison and Methods to Monitor/Analyse Drug use among Prisoners. European Commission, Directorate – General for health and Consumers. Drug policy and harm reduction. SANCO/2006/C4/02 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/dru\\_g\\_frep1.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/dru_g_frep1.pdf)

Stöver H, Schulte B, Reimer J (2009): Drogenabhängigkeit und Versorgungsangebote in Haft. Suchtmedizin 11 (1): 31-37

Stöver H, Stallwitz, A (2007): Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis – ein Literaturüberblick. In: Stöver H (Hrsg.) Substitution in Haft. AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe, Bd. 52: S. 88-95

Taylor A, Goldberg D, Emslie J et al. (1995): Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison BMJ 310 (6975): 289-292.

Tielking K, Becker S, Stöver H (2003): Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug. Eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Inhaftierten der Justizvollzugsanstalt Oldenburg. Oldenburg: BIS Verlag

Tyndall MW, Currie S, Spittal P et al. (2003): Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *Aids* 17 (6): 887-893

UNAIDS (2007): Overview of the global AIDS epidemic. Retrieved 5. June 2008.

[http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR\\_CH02\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf)

Vescio MF, Longo B, Babudieri S et al. (2008): Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 62 (4): 305-313.

Werb D, Kerr T, Marsh D et al (2008): Effect of Methadone treatment on incarceration rates among injection drug users. *Eur Addict Res* 14 (3): 143-149.

WHO (2005): Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen: Eigenverlag

WHO (2010): Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Zurhold H, Haasen C, Stöver H (2005): Female drug users in European prisons. A European study of prison policies, prison drug services and the woman's perspectives. Oldenburg: BIS-Verlag

## „Welche Probleme gibt es in der Substitutionspraxis?“ Einstellung, Umgang mit Rückfällen, Beigebrauch, Entlassungsvorbereitung, psychosoziale Betreuung, Entzugsbehandlung bei Mehrfachabhängigkeit

*Karlheinz Keppler*

### Praxis-Probleme in der Substitutionsbehandlung

Sowohl bei der Inhaftierung substituierter Patienten als auch bei der Substitution in Haft zeigen sich in der Praxis immer wieder Probleme. Typisch und häufig sind bei Inhaftierung die Frage nach Weitersubstitution oder Entzugsbehandlung, die Ausgestaltung der Entzugsbehandlung, die Entscheidung über Neu-Einstellungen während der Haft, der Umgang mit Beikonsum bzw. Rückfällen substituierter Patienten in Haft, die Ausgestaltung der Psychosozialen Betreuung, die Vorbereitung auf die Entlassung, die benötigten Ressourcen vor allem in der Krankenpflege und die grundsätzliche Schnittstellenproblematik bei Wechsel von drinnen nach draußen und umgekehrt.

### Inhaftierung: Weiter-Substitution oder Entzug?

Bei Inhaftierung substituierter Patienten steht der Arzt oft vor der Frage: nahtlose Weitersubstitution, oder nicht?

Ist draußen eine längere Substitution einwandfrei gelaufen, ist die Weiter-Substitution im Grunde gesichert. Liegt dagegen bei Inhaftierung ein mehr oder weniger ausgeprägter Beikonsum oder gar ein deutlicher Intoxikationszustand (Alkohol 2,6 Promille, im Urin Benzodiazepine, Methadon, Opiate, Kokain, Trizyklische Antidepressiva (=TCA) sämtlich positiv) tut der Anstaltsarzt aus forensischen Gründen gut daran, die Substitution zu beenden.

Auch eine sehr kurze Substitutionsdauer vor der Inhaftierung erschwert oftmals die Entscheidung zur Weiter-Substitution (s. unten Fall: ‚Franz Bindrauf‘).



Auch die Haftdauer spielt bei der Entscheidung eine Rolle. Besteht bei Aufnahme ein eher moderater Beikonsum (z.B. THC und ärztliche verordnete TCA), so wird bei kurzer Haftdauer eher die Entscheidung zur Weiter-Substitution fallen, macht es doch keinen Sinn, mit einer Abdosierung zu beginnen, die bei Haftende noch nicht beendet ist. Auch eine unklare Haftdauer z.B. bei Untersuchungshaft (wo anlässlich einer Haftprüfung jederzeit eine Entlassung erfolgen kann) oder bei sog. Ersatz-Freiheitsstrafen (wo bei Bezahlung der eigentlich zugrundeliegenden Geldstrafe ebenfalls sofort die Haftentlassung erfolgt) ist ein Grund, eher weiter zu substituieren. Eine sehr lange Haftstrafe (z.B. Haftantritt zu einer lebenslangen Haftstrafe) wird dagegen eher zu einer kritischen Prüfung der Substitutions-Indikation führen.

Auch die Weiter-Substitution mit bestimmten Substitutionsmitteln (z.B. mit Buprenorphin) ist in vielen Haftanstalten nicht möglich, da die Anstaltsärzte wegen des hohen Missbrauchspotentials und wegen des hohen intramuralen Schwarzmarkt-Wertes (8 mg Buprenorphin derzeit ca. 100,00 €) einen Einsatz dieses Substitutionsmittels ablehnen.

## Entzugsbehandlung

Eine Entzugsbehandlung, gleichgültig ob bei Opiat- oder Mehrfachabhängigkeit, sollte in den Gefängnissen dem aktuellen medizinischen Standard folgen. Bei Opiaten ist derzeitiger Standard die Abdosierung mit Methadon. Bei Mehrfachabhängigkeit (z.B. Heroin, Alkohol, Benzodiazepine) sollte ein sog. fraktionierter Entzug durchgeführt werden. Gemeint ist damit, dass die Substanzen nacheinander entzogen werden. Standard beim Alkohol-Entzug ist die Gabe von Distranerin, Vitamin-B-Komplex-Präparaten und ggf. einer Krampfprophylaxe. Müssen Benzodiazepine und Alkohol entzogen werden, ist die Entzugsbehandlungen mit Benzodiazepinen für beide Substanzen die Methode der Wahl.

## Neu-Einstellung in Haft

Ist der zuständige Anstaltsarzt grundsätzlich zur Neu-Einstellung von Patienten bereit, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien gehandelt wird. Wie werden die neuen Patienten ausgewählt? Welche Rolle spielt die Länge der Haftzeit (kurz, lang, lebenslang, unklare Haftdauer)? Ist eine Substitution zur Vorbereitung der Entlassung sinnvoll?

Ein besonderes Problem stellt die Neu-Einstellung nach längerer, dokumentierter Abstinenz in Haft dar. Über dokumentierte Abstinenz versuchen Patienten eine vorzeitige Entlassung zu erreichen, bitten dann aber um eine Substitution zur Vorbereitung der Entlassung, um nach Entlassung stabiler zu sein und nicht sofort wieder einen Rückfall zu erleiden. Dieses Szenario ist häufiger als gemeinhin angenommen. Es ist insofern schwierig, solche Patienten einzustellen, da sie ohne aktuellen Opiatkonsum ärztlich verordnet erneut von einer opioden Substanz abhängig (gemacht) werden.

Die Aufdosierung bei Neu-Einstellung sollte vorsichtig und in kleinen Schritten erfolgen. Das hat zwei Vorteile. Erstens werden Überdosierungen vermieden und zweitens wirken die Patienten auf den Stationen nicht intoxikiert.

## Rückfall/Beikonsum in Haft

Ein weiteres Feld ist der Umgang mit Rückfällen und Beikonsum bei laufender Substitution. Hier stellt sich immer wieder die Frage nach der Bewertung eines Beikonsums. Ist eine Graduierung beispielsweise in kleiner/leichter Rückfall/Beikonsum, schwerer/massiver Rückfall/Beikonsum oder ganz massiver/lebensgefährlicher Rückfall/Beikonsum möglich und sinnvoll? Sind die Konsequenzen unterschiedlich? Welchen Stellenwert hat ein Cannabis- Rückfall/Beikonsum?

Wie soll mit "iatrogenem" Beikonsum, z. B. bei psychiatrisch verordneten Medikamenten umgegangen werden? In diesem Zusammenhang steht auch die Frage nach der Relevanz bzw. Gefährlichkeit einer Verordnung von Medikamenten, die ähnlich wie Methadon auch eine QT-Zeit-Verlängerung machen (z. B. das sehr gebräuchliche Doxepin).

Welche Rolle spielen die Wahrnehmungen im Vollzug? Während der Substitutionsarzt draußen den Patienten lediglich bei der Vergabe sieht, hat der substituierende Anstaltsarzt laufend Rückmeldungen aus dem Vollzug auch über den Zustand des Patienten am Nachmittag oder am Abend. Sicher muss der Gefängnisarzt strengere Maßstäbe anlegen, auch um die Substitution nicht im Blick der Vollzugsbediensteten ("Substituierte sind doch sowieso dauerbreit") zu diskreditieren. Das hat auch Auswirkungen auf das Procedere bei der Neu-Einstellung (s. o.). Die Einstellung sollte so vorsichtig vorgenommen werden, dass die Patienten auf den Stationen nach der Vergabe nicht intoxikiert erscheinen.

### Psychosoziale Betreuung

Die Ressourcen für die Psychosoziale Betreuung von Substituierten werden im Vollzug im Grunde bereits vorgehalten. Suchtberatung und Sozialdienst, aber auch ein Psychologischer Dienst sind zumindest in allen größeren Anstalten vorhanden. Es bleibt allerdings jeweils die Frage, inwieweit diese zusätzliche Aufgabe bei üblicherweise bereits bestehender Arbeitsüberlastung zum Nulltarif übernommen werden kann. Ein weiterer Vorteil bei der Substitution Inhaftierter ist, dass qualifiziertes Vollzugspersonal vorhanden ist. Dieses Personal kann eine qualifizierte Beobachtung leisten und bei Auffälligkeiten Nachricht an den Suchtberatungsdienst, die Psychologie oder die Medizin geben. Insofern handelt es sich quasi um ein stationäres Setting. Ein Vorteil gegenüber der Substitution draußen, bei der der Arzt die Substituierten nur zum Vergabezeitpunkt sieht und allenfalls zufällig Rückmeldung bekommt, wie sie sich beispielsweise am Abend bzgl. eines Beikonsums verhalten.

### Entlassungsvorbereitung

Die Zeit nach einer Haftentlassung zählt zu den gefährlichsten Phasen überhaupt. Eine die Entlassung vorbereitende Einstellung auf ein Substitut ist daher grundsätzlich sinnvoll. Problematisch ist eine

Einstellung vor Entlassung aber dann, wenn sich der Patient seit längerem in Haft befindet und seit längerem dokumentiert drogenfrei gelebt hat (s. oben Kap. Neu-Einstellung in Haft). Ein weiteres Problem ergibt sich oft bei der Suche nach substituierenden Ärzten im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (=GKV). In Großstädten gibt es oft keine freien Substitutionsplätze, im ländlichen Bereich gibt es keine substituierenden Ärzte.

## Pflege-Ressourcen

Den eigentlich entscheidenden Anteil an einer funktionierenden Substitution in einer Haftanstalt hat das Krankenpflegepersonal. Es ist an vielen Stellen mit der Substitution befasst. Grundsätzlich lassen sich vorbereitende Arbeiten, die reine Vergabe und Folgearbeiten bei der Substitution unterscheiden.

Vorbereitende Arbeiten sind:

- Klärung der Substitution mit dem Vorbehandler
- Besprechung zwischen Suchtberatung, Krankenpflege und Arzt vor Neu-Einstellung
- Patienten-Instruktion über die formalen und organisatorischen Bedingungen vor Neueinstellung
- Anmeldung bei der Bundesopiumstelle
- Beschaffung der Substitutionsmittel

Arbeiten zur reinen Vergabe sind:

- Dosieren und/oder Bereitstellen des Substitutionsmittels
- Die reine Abgabe
- Gespräche und Reaktionen bei Auffälligkeiten
- ggf. zusätzliche UK oder Alkohol-Kontrolle vor Abgabe des Substitutes
- BtM-Dokumentation  
Hilfreich ab ca. 20 Patienten sind bei diesen Arbeiten PC-gestützte Dossier-Automaten, die auch die BtM-Dokumentation übernehmen.

Folgearbeiten einer Substitution sind:

- Urin-Kontrollen
- Vorbereitung der Weitersubstitution bei Haft-Urlaub
- Vorbereitung der Weitersubstitution vor der Entlassung
- Besprechungen (Pflege, Arzt, Suchtberatung)
- Abmeldung bei der Bundesopiumstelle
- Rückfragen der Bundesopiumstelle oder anderer Instanzen und/oder Kollegen
- Supervision o.ä.

Realistisch (und eher knapp) gerechnet summieren sich diese Arbeiten auf ca. 40 Stunden pro Jahr pro Patient. Zusammengefasst bedeutet das, dass bei ca. 40 Patienten entsprechend der üblichen Personalbedarfsberechnungen eine zusätzliche Pflegekraft erforderlich ist.

### Schnittstelle drinnen/draußen

Ein weiterer Bereich ist die Schnittstellenproblematik. Während das Problem der Schnittstelle bei dem Weg von draußen nach drinnen bekannt und bereits vielfach diskutiert wurde, werden die Probleme beim Weg von drinnen nach draußen gern vergessen.

Die folgenden Fälle illustrieren die vielfältigen Schnittstellenprobleme (siehe auch Keppler & Stöver 2002):

#### Der Fall ‚Paul Läufer-Sauber‘

Der Patient Paul Läufer-Sauber befindet sich in einer Substitution im System der GKV. Er zeigt seit langem einen einwandfreien Verlauf. Er soll jetzt inhaftiert werden wegen einer Straftat, die 3 Jahre zurück liegt. Bei seiner Inhaftierung ist kein Beikonsum nachweisbar, der Patient hat alle notwendigen Bescheinigungen dabei. Leider wird er inhaftiert im Bundesland ‚Metha-Donien‘ in der JVA ‚Vondraußvom-waldekommichher‘. Anstaltsarzt dort ist ‚Dr. Gibshiernich‘. Dieser lehnt Substitution grundsätzlich ab. Eine seiner Lieblingssprüche ist der Satz: "Substitution ist eine Kapitulation vor der Sucht." Statt einer

Weiter-Substitution wird der Patient mit Kodein entgiftet. Dem Patienten bleibt im Grunde nur der Klageweg. Die einschlägigen Urteile „stützen“ allerdings die Haltung des Anstaltsarztes. Der Tenor ist, dass kein Arzt von einem Gericht dazu verurteilt werden kann, Patienten zu substituieren. Allerdings nehmen die Urteile im Gegenzug den Justizvollzug in die Pflicht. Der Patient muss im Zweifelsfall in eine JVA verlegt werden, in der substituiert wird.

### Der Fall ‚Jens Privat‘

Der Patient Jens Privat befindet sich in einer sog. Privat-Substitution. Er wird inhaftiert in einer JVA im Bundesland ‚GKVJa-SonstNein‘. Auch in dieser JVA sind die Substitutionsplätze knapp. Deshalb werden dort Patienten, die substituiert aus dem System der GKV kommen (mit Meldung bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Code-Nr. etc.) weitersubstituiert. Da Jens Privat "Privat-Pat." ist, wird er nicht weiter-substituiert.

### Der Fall ‚Franz Bindrauf‘

Der Patient Franz Bindrauf konsumiert aktuell Drogen. Er muss aber in naher Zukunft in Haft in die ‚JVA Weiterso‘. Er weiß, wenn er dort substituiert zum Haftantritt kommt, wird er weitersubstituiert. Er geht daher zu dem Substitutionsarzt in seiner Stadt ‚Dr. Binschonvoll‘. Er erklärt Dr. Binschonvoll, der eigentlich keine freien Substitutionsplätze mehr hat, dass er in wenigen Tagen in Haft muss. Unter dieser Voraussetzung wird er substituiert.

In der JVA Weiterso wird ausgiebig substituiert. Es gibt dort schon Substitution seit 10 Jahren mit aktuell ca. 100 Patienten. Leider hat der Justizvollzug keine zusätzlichen Ressourcen für die Substitution bereit gestellt. Daher versucht der dortige Anstaltsarzt, die Substituierten-Zahlen auf maximal 100 zu begrenzen. Als Folge wurde u. a. die Regel aufgestellt, dass bei extrem kurzer Vorsubstitutionszeit nicht nahtlos weiter substituiert wird. Da das bei Franz Bindrauf zutrifft, wird er nicht weitersubstituiert.

### Der Fall ‚Grete Bauch‘

Die Patientin Grete Bauch ist schwanger. Draußen ist sie, im Interesse des ungeborenen Kindes, mit Buprenorphin substituiert worden. Sie wird jetzt in der Frauenabteilung in der ‚JVA Bloßnixneues‘ inhaftiert, im Bundesland ‚Südern‘. Dort gibt es weder Erfahrungen mit Buprenorphin noch mit der Umstellung von Buprenorphin auf Methadon. Die Folge ist ein symptomatisch behandelter Entzug.

### Der Fall ‚Ingo Willjetztraus‘

Ingo Willjetztraus befindet sich in Haft. Er wird zur Vorbereitung seiner Entlassung substituiert. Er soll entlassen werden in eine Stadt im ‚Bundesland Ostringen‘. Eine Entlassung dorthin ist nicht möglich, da kein Arzt im System der GKV bereit ist, zu substituieren. Er will deshalb alternativ in das ‚Bundesland Wessen‘. Dort gibt es substituierende Ärzte, aber keiner hat einen freien Platz zum Entlassungszeitpunkt. Trotz aller Bemühungen gelingt es der Suchtberatung der JVA nicht, den Patienten nach seiner Entlassung bei einem substituierenden Arzt unterzubringen.

### Der Fall ‚Karl Positiv‘

Karl Positiv hat eine HIV-Infektion mit AIDS-definierenden Erkrankungen. Es ist inhaftiert in Norddeutschland. Wegen eines Raubüberfalls wurde er zu 5 Jahren Haft verurteilt. Eigentlich kommt er aber aus Süddeutschland, hat dort Familie etc. Er befindet sich in einer Substitution.

Wegen seiner Familie (Besuch, Kontakt, etc.) will er eine Verlegung nach Süddeutschland. In Süddeutschland ist in seinem Fall keine Substitution möglich. Da sich Karl P. derzeit ein Leben ohne Substitution nicht vorstellen kann, bleibt er in Norddeutschland. Für die ihn und die Familie bedeutet das weniger Besuche, weniger Kontakt, etc. und für jeden Besuch muss die Familie 2 x 700 km reisen.

Zusammenfassend zeigt sich an den Beispielen die ausgeprägte Schnittstellenproblematik. Aber auch die anderen, beschriebenen Problembereiche bedürfen dringend einer Lösung. Zudem besteht ein ausgesprochenes Nord-Süd- und West- Ost-Gefälle. Es fehlt eine bundeseinheitliche Substitutionspraxis innerhalb und außerhalb der Gefängnisse.

## Literatur

Keppler, K.; Stöver, H.: Zwei Systeme - eine Substitution. Von den Schwierigkeiten beim Wechsel Substituierter von der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gefängnis und umgekehrt. In: Suchttherapie, 3. Jahrgang, Sept. 2002, S. 168-172





## Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten

*Dagmar Hedrich und Chloé Carpentier*

Zu einem bestimmten Stichtag verbüßten in der Europäischen Union mehr als 600 000 Menschen eine Haftstrafe <sup>(4)</sup>. Dies entspricht einer durchschnittlichen Inhaftierungsrate von etwa 120 Haftinsassen je 100 000 Einwohner. Die nationalen Inhaftierungsraten liegen zwischen 65 und 320 Haftinsassen je 100 000 Einwohner, wobei die meisten mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten überdurchschnittlich hohe Raten melden. Jedoch liegen sowohl die nationalen Raten als auch der EU - Durchschnitt erheblich unter den aus Russland (629) und den USA (756) gemeldeten Raten<sup>(5)</sup>. In den meisten EU -Mitgliedstaaten liegt der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter an den Haftinsassen zwischen 10 % und 30 %. Der Anteil der übrigen Haftinsassen, die wegen Eigentumsdelikten zur Suchtbefriedigung oder aufgrund anderer Straftaten im Zusammenhang mit Drogen verurteilt wurden, ist nicht bekannt. Ungeachtet der niedrigen Gesamtzahlen ist der Anteil der wegen Drogendelikten verurteilten Straftäter an den Haftinsassen in den letzten Jahren in mehreren mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten gestiegen.

### Drogenkonsum unter Haftinsassen

Zwar belegen die vorliegenden Studien, dass die Prävalenz des Drogenkonsums unter Haftinsassen nach wie vor höher ist als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch herrscht noch immer ein Mangel an standardisierten Definitionen, Fragestellungen für die Forschung und Methoden für Studien über den Drogenkonsum in Haftanstalten (Vandam, 2009; Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, 2008).

---

<sup>4</sup> Daten über Haftanstalten in Europa sind verfügbar beim Europarat unter [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_cooperation/prisons\\_and\\_alternatives/Statistics\\_SPACE\\_/List\\_Space\\_I.asp](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_/List_Space_I.asp).

<sup>5</sup> Zahlen für Russland und die Vereinigten Staaten von Amerika sind der Website <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/> entnommen.

Die Daten aus mehreren Studien, die seit dem Jahr 2002 vor allem in Westeuropa durchgeführt wurden, belegen, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte der Befragten angab, vor der Inhaftierung regelmäßig eine illegale Droge konsumiert zu haben. Darüber hinaus weisen Studien darauf hin, dass die schädlichsten Formen des Drogenkonsums unter Haftinsassen womöglich besonders stark verbreitet sind und ein Fünftel bis ein Drittel der Befragten angibt, mindestens einmal Drogen injiziert zu haben<sup>(6)</sup>.

Die Mehrheit der Drogenkonsumenten reduziert oder beendet den Drogenkonsum bei Haftantritt, vor allem wegen der Schwierigkeiten bei der Beschaffung der Substanzen. Die Tatsache, dass illegale Drogen trotz aller ergriffenen Maßnahmen zur Angebotsreduzierung ihren Weg in die meisten Haftanstalten finden, wird jedoch sowohl von Gefängnisexperten als auch von politischen Entscheidungsträgern in Europa anerkannt. Den seit 2002 durchgeführten Studien zufolge geben zwischen 1 % und 50 % der Haftinsassen an, in der Haftanstalt Drogen konsumiert zu haben, wobei bis zu 27 % der Insassen während der Haftzeit regelmäßig Drogen konsumiert haben<sup>(7)</sup>. Im Rahmen einer Studie unter 1 457 Haftinsassen in sechs deutschen Haftanstalten wurde festgestellt, dass 22 % der Befragten in der Haftanstalt Drogen injiziert hatten, während bei Studien in vier anderen Ländern Raten von 10 % oder mehr ermittelt wurden<sup>(8)</sup>. Offenbar nutzen injizierende Drogenkonsumenten in Haftanstalten ihre Spritzbestecke häufiger gemeinsam als andere Drogenkonsumenten. Dies wirft Fragen im Zusammenhang mit einer möglichen Ausbreitung von Infektionskrankheiten unter Haftinsassen auf.

## Gesundheit von Haftinsassen in Europa

Haftinsassen haben das Recht auf eine ebenso gute medizinische Versorgung wie die Allgemeinbevölkerung. Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sollten daher in Haftanstalten unter ähnlichen Bedingungen behandelt werden können, wie sie

---

<sup>6</sup> Siehe Tabellen DUP -105 und DUP -2 im Statistical Bulletin 2009.

<sup>7</sup> Siehe Tabelle DUP -3 im Statistical Bulletin 2009.

<sup>8</sup> Siehe Tabelle DUP -4 im Statistical Bulletin 2009.

außerhalb der Haftanstalten angeboten werden (CPT 2006; WHO, 2007). Dieser allgemeine Gleichheitsgrundsatz wurde mit der Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 über die Prävention und Verringerung von Gesundheitsschäden in Verbindung mit Drogenabhängigkeit<sup>9</sup>) in der Europäischen Union anerkannt, und seine Umsetzung wird im neuen EU -Drogenaktionsplan (2009-2012) eingefordert. Der Erbringung von Gesundheitsdiensten für Haftinsassen wird inzwischen von politischen Entscheidungsträgern mehr Aufmerksamkeit gezollt, und es gibt Anzeichen dafür, dass die EU -Mitgliedstaaten die Leistungen für Haftinsassen verbessern. Beispielsweise berichten mehrere Länder über nationale politische Strategien und Programme für die Gesundheit in Haftanstalten. Dennoch besteht weiterhin großer Handlungsbedarf, um sicherzustellen, dass Haftinsassen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben, die in Niveau und Qualität den außerhalb der Haftanstalten angebotenen Gesundheitsleistungen entspricht. Darüber hinaus müssen sich Haftanstalten den Herausforderungen stellen, die mit dem Bedarf von Drogenkonsumenten an speziellen Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten und psychiatrischer Komorbidität einhergehen.

### Unterstützung für Drogenkonsumenten in Haftanstalten

In europäischen Ländern werden für Haftinsassen unter anderem die folgenden Leistungen angeboten:

- Informationen über Drogen und Gesundheit,
- Screenings und Impfungen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten,
- Drogentherapien einschließlich Entgiftung, Substitutionsbehandlung und drogenfreien Konzepten sowie
- Vorbereitung auf die Entlassung.

Beispiele für die fortgesetzte Ausweitung der Leistungen für Haftinsassen sind unter anderem die Einführung von Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten in der Tschechischen Republik, Polen und

---

<sup>9</sup> AB I. L 165 vom 3.7.2003, S. 31.

Schweden, ein drogenfreies Behandlungsprogramm in Zypern und die Erweiterung der dänischen „Behandlungsgarantie“ (für den Zugang zu einer Drogenbehandlung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung) auf Haftanstalten.

Die Fortsetzung von Substitutionsbehandlungen nach einer Inhaftierung ist in 26 Ländern nach Maßgabe offizieller Vorschriften gestattet, findet jedoch in fünf dieser Länder keine Anwendung. Die Aufnahme einer solchen Behandlung in Haftanstalten ist in 21 Ländern zulässig. Nach Einschätzung der Sachverständigen bestehen jedoch Unterschiede hinsichtlich der Erbringung dieser Leistungen.

Substitutionsbehandlungen sind in neun Ländern in fast allen und in weiteren vier Ländern in mehr als der Hälfte der Haftanstalten verfügbar. In der Tschechischen Republik, Frankreich und Deutschland sowie im Vereinigten Königreich geht man davon aus, dass in weniger als der Hälfte der Haftanstalten Substitutionsbehandlungen angeboten werden, während sie in Ungarn, Polen, Finnland und Schweden nur in einigen wenigen Haftanstalten verfügbar sind. In neun Ländern (Bulgarien, Estland, Griechenland, Zypern, Litauen, Lettland, Slowakei, Rumänien, Türkei) schließlich wird diese Therapieform in Haftanstalten grundsätzlich nicht angeboten, obwohl in Bulgarien und Rumänien derzeit Vorbereitungen für ihre Einführung getroffen werden und in Lettland entsprechende Gesetzesänderungen im Gespräch sind.

Werden in einem Land insgesamt nur in begrenztem Maße Substitutionsbehandlungen angeboten, so spiegelt sich dies in der Regel darin wider, dass diese Behandlungsform auch in Haftanstalten nicht oder nur in sehr begrenztem Maße durchgeführt wird<sup>(10)</sup>. Als weitere Hindernisse für den Zugang zu Substitutionsbehandlungen in Haftanstalten nennen die Mitgliedstaaten unter anderem einen fehlenden Rechtsrahmen für die Einführung dieser Therapieform (Finnland) und die Tatsache, dass diese Behandlung kostenpflichtig ist (Französische Gemeinschaft Belgiens). Darüber hinaus ist die Durchführung von Substitutionsbehandlungen häufig von den Gegebenheiten vor Ort und zuweilen von der Initiative des betreffenden Gefängnisarztes abhängig.

---

<sup>10</sup> Siehe Abbildung HSR -2 im Statistical Bulletin 2009.

Sachverständigenschätzungen über die Verfügbarkeit und das Angebot anderer Maßnahmen zur Prävention und Schadensminimierung in Haftanstalten liegen für 26 EU-Länder, Norwegen und die Türkei vor. In 26 Ländern werden den Berichten zufolge in Haftanstalten individuelle Beratungen über Infektionskrankheiten und Bewertungen des mit dem Drogenkonsum verbundenen Risikoverhaltens angeboten. In 22 Ländern werden bei Haftantritt Tests auf Hepatitis C durchgeführt, jedoch nicht in Ungarn, Polen und der Türkei. In Ungarn wurden allerdings in den ersten neun Monaten einer Kampagne, die 2007 begann und noch nicht abgeschlossen ist, mehr als 14 % aller Haftinsassen auf den Hepatitis-C-Virus getestet. Zu den weiteren Maßnahmen zählen gezielte Hepatitis-B-Impfprogramme in Haftanstalten, drogenspezifische Schulungen zur Gesundheitsförderung für das Personal von Haftanstalten sowie Beratung und Schulungen zum sicheren Konsum. Alle diese Maßnahmen werden den Berichten zufolge in 13 Ländern angeboten, wenn auch mit unterschiedlichem Erfassungsgrad. Ähnlich verbreitet ist ferner das Angebot von Maßnahmen zur Prävention von Überdosierungen. Zwar werden in 18 Ländern Beratungen über das Risiko von Überdosierungen vor der Haftentlassung angeboten, jedoch geht man davon aus, dass in den vergangenen zwölf Monaten in lediglich acht Ländern mehr als nur einige wenige Haftinsassen eine solche Beratung erhalten haben. In gerade einmal sieben Ländern ist speziell auf Haftanstalten zugeschnittenes Informationsmaterial über drogenbedingte Todesfälle und Notfälle verfügbar <sup>(11)</sup>.

Spritzenaustauschprogramme werden den Berichten zufolge in Haftanstalten in Deutschland, Spanien, Luxemburg, Portugal und Rumänien angeboten und sind im Vereinigten Königreich (Schottland) geplant. Als Hindernisse für eine erfolgreiche Einführung von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in Haftanstalten wurden unter anderem der Widerstand des Gefängnispersonals und mangelndes Vertrauen genannt.

*Dieser Text wurde im Jahresbericht der EBDD für 2009 veröffentlicht.*

---

<sup>11</sup> Siehe Tabelle HSR -7 im Statistical Bulletin 2009.

## Literatur

CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2006), *The CPT standards — 'Substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 . Online verfügbar: <http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>.

Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (2008), Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Brüssel. Online verfügbar: ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_frep1.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf)).

Vandam, L. (2009), 'Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature', in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. et al. (Hrsg.), Maklu, Antwerpen.

WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen. Online verfügbar: <http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>.

## „Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden?“ Das Beispiel Nordrhein-Westfalen

*Klaus Husmann*

Drogenabhängige Gefangene sind eine problematische Gruppe im Justizvollzug. Sie bedürfen einer besonders intensiven vollzuglichen Behandlung und Betreuung.

Die Auseinandersetzung mit der Drogenabhängigkeit ist für die Reintegration dieser Inhaftierter in die Gesellschaft und ihre Resozialisierung von entscheidender Bedeutung.

Die jetzige Landesregierung hat im Jahr 2007 eine grundlegende Neujustierung der vollzuglichen Betreuung der suchtmittelabhängigen Gefangenen veranlasst. Die Landesregierung hat dabei neue Akzente gesetzt.

Im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen ist seit Ende der neunziger Jahre ein gemeinsame Runderlass des Justizministeriums und des Gesundheitsministeriums Grundlage für die Betreuung der suchtmittelabhängigen Gefangenen. Die gesellschaftlichen und vollzuglichen Rahmenbedingungen und die suchtbetragenden Krankheitsbilder bei den Inhaftierten haben sich seitdem erheblich verändert. Deshalb ist im Jahr 2007 eine Neujustierung des vollzuglichen Betreuungsansatzes erfolgt.

Die neue Akzentsetzung bei der Auseinandersetzung des Vollzuges mit der Sucht ist den Anstalten mit Wirkung vom 01.03.2007 durch Erlass bekannt gemacht worden. Der Erlass hat die bis dahin geltenden Regelungen ergänzt und schreibt sie fort.

Weiterhin gilt:

Der Justizvollzug ist für eine Drogentherapie im engeren Sinne nicht bestimmt und auch nicht in der Lage. Die klassische Aufgabe der vollzuglichen Drogenberatung ist deshalb weiterhin die Motivationsarbeit. Ihr Ziel ist es, Gefangene zu motivieren, Behandlungsangebote



außerhalb des Vollzuges zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Dieses rehabilitativ orientierte Betreuungsangebot ist seit 2007 unter Effizienzgesichtspunkten deutlich optimiert worden. Im Ergebnis konnte mit geringerem Ressourcenverbrauch die Zahl der Vermittlungen in externe Therapiemaßnahmen auf hohem Niveau konstant gehalten werden.

Die durch die Effizienzsteigerung zusätzlich zur Verfügung stehenden Ressourcen werden seit nunmehr drei Jahren für ergänzende Betreuungsmaßnahmen eingesetzt.

Ein wichtiger Betreuungsaspekt ist nunmehr die Prävention. Bei den präventiv ausgerichteten Angeboten stehen junge Gefangene im Mittelpunkt. Dabei nimmt die Aufklärung über den Umgang mit Drogen einen wichtigen Platz ein. Ergänzt wird das Präventionsangebot durch ein Impfangebot, das offensiv unterbreitet werden soll.

Die dritte Säule der Neuakzentuierung besteht aus Maßnahmen, die als „palliativ orientierter vollzuglicher Betreuungsansatz“ zusammen zu fassen sind. Diese zunächst etwas missverständlich Bezeichnung umfasst Angebote, die sich an Gefangene richten, die manifest und meist schwer suchtmittelabhängig sind, die aber von den klassischen Abstinenzangeboten derzeit nicht oder nicht mehr profitieren wollen oder können.

Die Vermittlung in eine externe abstinenzorientierte Therapiemaßnahme ist grundsätzlich auch bei diesen Inhaftierten vordringliches Ziel der vollzuglichen Suchtarbeit. Allerdings muss den Realitäten Rechnung getragen werden. Für eine wachsende Zahl von Inhaftierten sind ergänzende vollzugsinterne Angebote erforderlich. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Substitutionsbehandlung zu.

Eine Vielzahl derjenigen Inhaftierten, die mit klassischen Abstinenzangeboten während der Inhaftierung nicht erreichbar sind, kann hiervon ganz massiv profitieren. Die Gründe liegen auf der Hand.

Die Substitutionsbehandlung kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen. Die gilt auch für die Zeit der Inhaftierung. Sie kann daneben in ganz erheblichem Umfang der

Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Auf beide genannten Aspekte ist noch zurück zu kommen.

Vorweg ist jedenfalls festzustellen: Wünschenswert und auch zu fordern ist, dass in denjenigen Fällen, in denen eine medizinische Indikation für die Substitutionsbehandlung gegeben ist, diese auch im Vollzug durchgeführt wird.

Bei der Indikationsstellung und der Durchführung der Behandlung sind ärztliche Richtlinien und die entsprechenden Rechtsvorschriften zu beachten. Rechtlich maßgeblich sind die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. Fachlich sind die diesbezüglich veröffentlichten Richtlinien der Bundesärztekammer zu beachten.

Als persönliche Voraussetzung für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen muss der Arzt über eine ausreichende suchttherapeutische Qualifikation verfügen.

Letztere Voraussetzung ist im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen flächendeckend sicher gestellt.

Im Vollzug und in Freiheit bestehen also identische Rahmenbedingungen. Die Indikation für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung wurde allerdings in der Vergangenheit im Vollzug und in Freiheit sehr unterschiedlich gestellt, im Vollzug vergleichsweise eher sehr selten. Dies war auch in Nordrhein-Westfalen so der Fall. Ein Fallzahlenvergleich macht das deutlich: Nach einer Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt lebten 2009 in Deutschland nach ungefähre Schätzung bis zu 180.000 Heroinabhängige. 130.000 -150.000 Heroinabhängige leben in Freiheit. In Freiheit wurden im Jahr 2009 annähernd 69.000 Heroinabhängige substituiert. Die Quote liegt also bei etwa 50 %.

Im Vollzug des Landes Nordrhein-Westfalen gelten etwa 35 % der 17.500 Inhaftierten als abhängig von illegalen Drogen. Ein erheblicher Teil Anteil davon, vielleicht die Hälfte, ist heroinabhängig. Nach eher konservativer Schätzung sind im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen also täglich 2.500 bis 3.500 Heroinabhängige untergebracht. Hiervon wurden gemäß einer Stichtagerhebung am 30.06.2008 nur 139

substituiert. Die Substitutionsrate im nordrhein-westfälischen Vollzug lag damit also um eine Zehnerpotenz niedriger als in Freiheit.

Zusätzlich waren von Anstalt zu Anstalt ganz erhebliche Unterschiede feststellbar. In exemplarisch ausgewählten Anstalten mit annähernd gleicher Vollstreckungszuständigkeit - in den aufgeführten Anstalten wird Untersuchungshaft und Strafhafte vollzogen, die Klientel ist weitgehend vergleichbar - erfolgte die Indikationsstellung für einer Substitutionsbehandlung außerordentlich unterschiedlich. Die Quote der behandelten Heroinabhängigen schwankte dort im Jahr 2008 zwischen 15 Prozent und Null.

Die ärztliche Entscheidung soll nach objektiven fachlichen Kriterien erfolgen. Maßgeblich sind die Richtlinien der Bundesärztekammer. Das erhobene Zahlenmateriel hat deutlich gemacht, dass die Anwendung dieser Richtlinien durch suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte in Freiheit und durch die gleichermaßen suchtmedizinisch qualifizierten Kräfte des anstaltsärztlichen Dienstes und auch innerhalb des nordrhein-westfälischen Vollzuges von Anstalt zu Anstalt sehr unterschiedlich erfolgt.

Diese Feststellungen hatten Anlass gegeben, gemeinsam mit den Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen vollzugsspezifische Empfehlungen für den Justizvollzug dieses Landes zu erarbeiten.

Die Behandlungsempfehlungen (siehe Anhang) sind vor Bekanntgabe von den zuständigen Gremien der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe gebilligt worden und mit dem Gesundheitsministerium des Landes abgestimmt. Soweit sie auch vollzugliche und administrative Belange berühren, sind sie innerhalb des Justizministeriums Nordrhein-Westfalen abgestimmt. Die Behandlungsempfehlungen und der Inkraftsetzungserlass haben der politischen Leitung des Justizministeriums Nordrhein-Westfalen vor Ausfertigung vorgelegen.

Die Empfehlungen sind als Handreichung zu verstehen. Sie berücksichtigen die spezifischen Verhältnisse einer Substitutionsbehandlung in Haft. Sie sollen den verantwortlichen ärztlichen Mitarbeitern des vollzugsärztlichen Dienstes konkrete Entscheidungshilfe für die Handhabung der therapeutischen Entscheidung im Einzelfall geben.

Auf die Einzelheiten der Empfehlungen möchte ich an dieser Stelle nicht eingehen (siehe Anhang). Ich möchte jedoch kurz die maßgeblichen Leitgedanken zusammenfassen:

- Die Heroinabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Die Herstellung einer Zwangsabstinenz ist keine Behandlung der Sucht.
- Die Behandlung der Heroinabhängigkeit mit Methadon ist die bei weitem am häufigste gewählte und damit wichtigste Behandlungsmaßnahme.
- Das mehrjährige Vorhandensein einer Drogensucht ist die maßgebliche Indikation für den Beginn einer Substitutionsbehandlung. Das gilt auch im Vollzug.
- Kontraindikationen müssen beachtet werden. Beigebrauch vor oder während der Inhaftierung muss allerdings differenziert bewertet werden.
- Sucht besteht auch nach der Inhaftierung im Vollzug fort. Dauerhafte Zwangsabstinenz ist nicht herbeizuführen.
- Vollzugseinrichtungen sind nicht drogenfrei. Das Einschmuggeln von Drogen ist trotz aller Anstrengungen nicht vollständig zu unterbinden. Die benötigten Mengen insbesondere an Heroin stehen zwar nicht annähernd zur Verfügung, Konsum findet jedoch gleichwohl statt. Die dann zu beobachtenden schädlichen gesundheitlichen Folgen liegen auf der Hand.
- Beschaffungsprostitution findet im Vollzug meist ungeschützt statt. Der Handel, das Strecken von Substanzen, die Weitergabe und der Konsum von illegalen Drogen erfolgt im Vollzug unter noch risikoreicheren Bedingungen als in Freiheit.
- Die finanziellen Ressourcen Heroinsüchtiger sind begrenzt. Unter freiheitsentziehenden Bedingungen stehen kaum Barmittel zur Verfügung. Die Finanzierung des Drogenkonsums in Haft erfolgt durch angepasste illegale subkulturelle Aktivitäten.
- Beschaffung und Konsum determinieren bei fehlender Substitution das Denken und Handeln.

- Substitution reduziert den Suchtdruck, die zuvor beschrieben Aktivitäten und die hieraus erwachsende Gefährdung für die Gesundheit des Inhaftierten.
- Die subkulturelle Betätigung stellt nicht nur eine Gefahr für die Gesundheit dar. Sie steht auch dem vollzuglichen Behandlungsziel diametral entgegen.
- Der Inhaftierte wird nicht im Sinne des Erlernens von legalem Verhalten gefördert, sondern in illegalen Verhaltensweisen bestärkt und zur Begehung weiterer Straftaten auch im Vollzug veranlasst.
- Das Ziel ist, auch Drogenabhängige zu einem straffreien Leben nach der Entlassung aus der Haft zu befähigen.
- Drogenabhängige Inhaftierte, die im subkulturellen Milieu verhaftet sind oder resignativ das Haftende abwarten, profitieren von dem Resozialisierungsangebot des Vollzuges nicht. Die Haftzeit ist vertan.
- Ein substituierter Gefangener kann vom vollzuglichen Angebot eher erreicht werden.
- Die Inhaftierung bietet dann die große Chance, in Freiheit kaum erreichbare Patienten zum Überdenken ihrer Situation zu motivieren.
- Das interne vollzugliche und externe Hilfeangebot erhält eine Chance.

Ergänzend einige Anmerkung zur Gruppe der Polytoxikomanen. Viele Heroinabhängige in Haft sind überdurchschnittlich dissozial. Sie sind nur in geringem Umfang absprachefähig und unzuverlässig. Gerade dieser Personenkreis konsumiert häufig wahllos. In Freiheit findet sich vielfach ein massiver Alkoholabusus. Im Vollzug werden derartige Gefangene zunächst bestimmungsgemäß abdosiert. Gerade bei diesen Gefangenen können aber Gesichtspunkte für einen Substitutionsversuch während der Inhaftierung sprechen.

Die Inhaftierung bietet für diesen Personenkreis Protektion. Der Vollzug verfügt über repressive Kontrollmöglichkeiten. Polytoxikomane haben deshalb die Chance, bei einer engmaschig kontrollierten

ärztlichen Substitution zu lernen, mit nur einer - durch Ärzte verschriebenen Substanz - ihre Sucht in den Griff zu bekommen.

Ein wichtiger Gesichtspunkt zum Schluss:  
Substitution vermeidet Todesfälle nach der Entlassung.

Der Gefangene ist während der Inhaftierung üblicherweise zwangsweise soweit abstinent, dass eine pharmakologische Entwöhnung eintritt. Er verliert daher die zuvor bestehende Toleranz gegenüber Opioiden. Ohne Substitutionsbehandlung ist bei der Entlassung aus der Haft der Rückfall vorprogrammiert. Beim dann erneuten Konsum sind vital bedrohliche Überdosierungen kaum vermeidbar. Statistisch sind die ersten Wochen nach Inhaftierung die Hauptrisikozzeit für den Drogentod. Todesfälle könnten vermieden werden, wenn bei der Entlassung eine stabile Substitutionsbehandlung erfolgt und eine Entlassung in eine gesicherte Weiterbehandlung erfolgt.

Ich darf zusammenfassen:

Die ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug sind Anfang des Jahres bekannt gemacht worden. Zwischenzeitlich ist ein erstes Resümee möglich.

Die Behandlungsempfehlungen sind durchweg positiv aufgenommen worden. Dies betrifft sowohl den politischen Raum wie auch die Fachöffentlichkeit. Auch im Vollzug des Landes Nordrhein-Westfalen finden die Empfehlungen breite Zustimmung.

Die Behandlungsempfehlungen sind den Leitern der Justizvollzugsanstalten im Februar 2010 und Ende März 2010 der Anstaltsärzteschaft des Landes bei einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung mit den Ärztekammern vorgestellt worden. Das Feedback war ganz vorwiegend positiv. Die Intentionen des Papiers werden grundsätzlich begrüßt.

Natürlich gibt es auch die ein oder andere Nachfrage oder kritische Anmerkung. Bei den substituierenden Kollegen wird immer wieder die Frage des fachlichen Umganges mit Beigebrauch thematisiert.

Wir haben hierzu schon einiges gehört. Der heutige Nachmittag bietet die Gelegenheit, diese Frage näher zu diskutieren.

Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen ist ein weiteres Thema. Für eine Ausweitung der Substitution im Justizvollzug muss die Administration die personellen und sächlichen Mittel bereit stellen.

Die Zunahme der Behandlungsfälle bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Kräfte des ärztlichen Dienstes. Der medizinische Assistenzbereich, die interne Suchtberatung und der allgemeine Vollzugsdienst sind ebenfalls betroffen. Dieser Teilaspekt ist in Nordrhein-Westfalen mit der Leitungsebene der Justizvollzugsanstalten bereits erörtert worden. Konsens war, dass die Thematik gestemmt werden kann. Das Justizministerium wird ggf. steuernde Hilfestellungen leisten.

Ein Wort noch zur psycho-sozialen Betreuung. Die Durchführung von psycho-sozialen Betreuungsmaßnahmen ist verbindlich vorgeschrieben. Ob der erforderliche zusätzliche Betreuungsaufwand durch die vorhandene Mitarbeiterkapazität im Sozialdienst des Landes Nordrhein-Westfalen geleistet werden kann, ist derzeit noch nicht genau absehbar. Ggf. muss auch auf externe Leistungsanbieter zurück gegriffen werden. Für zusätzlichen Betreuungsfälle ist daher vorsorglich ein Sachkostenmittelmehrbedarf in der Größenordnung von 250.000 € für den Haushaltplanentwurf 2011 angemeldet worden. Ob die Mittel zur Verfügung gestellt werden, entscheidet der Haushaltsgesetzgeber.

## Substitution in Haft: Zeit zum Handeln! Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz

Hans Wolff



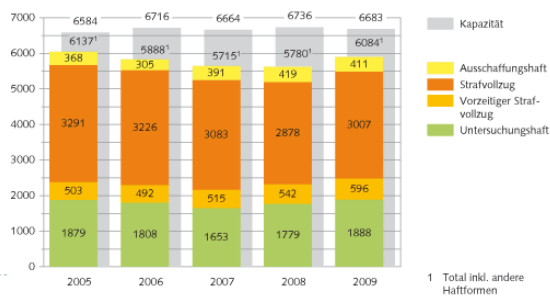
▶ 18 U-Haft Gefängnis Champ-Dollon, Genf, Schweiz

### Haft in der Schweiz

- ▶ Allgemeinbevölkerung: 7 Mio
- ▶ 115 Gefängnisse: 80 Häftlinge/100'000 Bewohner
- ▶ Frauen 6.1 %
- ▶ Anteil Ausländer 70.2 %
- ▶ Anteil Minderjähriger 0.9 %



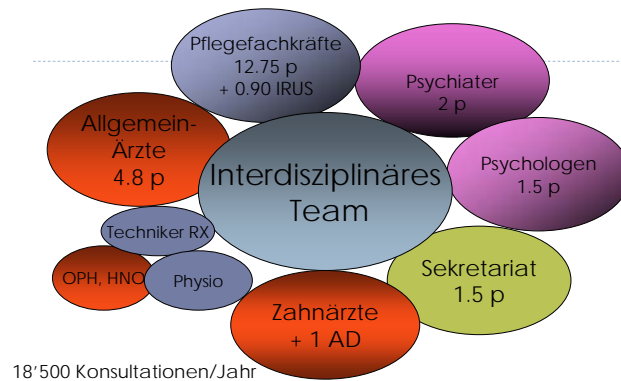
Insassenbestand nach Haftform



▶ 19



- ▶ 3000 Gefangene/Jahr
- ▶ 270 Plätze: 570 Gefangene (Überbelegung >200% !!)
- ▶ 94% Männer
- ▶ 58% < 30 Jahre
- ▶ Nationalitäten:
  - ▶ Schweiz 10%
  - ▶ Ost-Europa 21%
  - ▶ Andere Europa 17%
  - ▶ Nord Afrika 21%
  - ▶ Afrika andere 19%
- ▶ Ausländer (ohne Aufenthaltsgenehmigung) 67%
- ▶ Aufenthaltsdauer:
  - 33% < 1 Woche
  - 49% < 1 Monat
- ▶ 20



Bei Ankunft:

- Screening: Infektionen, Drogen, Krankheiten, Medikamente, Psyche, Gewalt

▶ 21

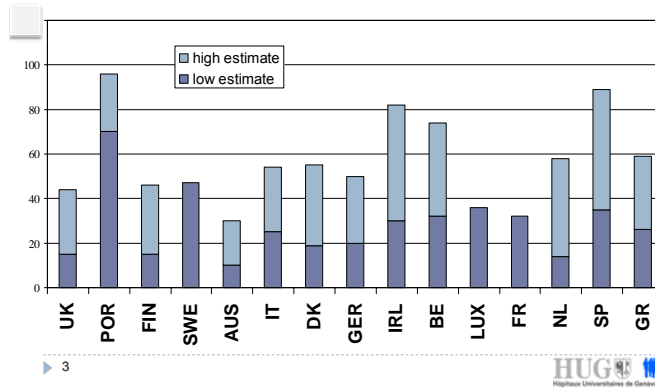


### Zusammenfassung:

Substanzgebrauch im Gefängnis ist 20 bis 100-mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung: 20-60% der Häftlinge nutzen illegale Drogen, 10-30% intravenös und von denen, die intravenöse Gebraucher sind,

tauschen 60-80% ihr Material mit anderen Häftlingen ( Jürgens *et al*, 2009).

Proportion of Illicit Drug Users in EU prisons  
 (EMCDDA, 2002)



## England and Wales

### Representative sample from 8/135 prisons

|                                       | Ever injected<br>n (%) | First injected in<br>prison<br>(injectors)<br>n (%) | Ever injected in<br>prison<br>(injectors)<br>n (%) | Shared in prison<br>(prison injectors)<br>n (%) |
|---------------------------------------|------------------------|---|--|---|
| <b>Male<br/>n = 2769</b>              | <b>660 (24%)</b>       | <b>36 (6%)</b>                                      | <b>195 (31%)</b>                                   | <b>147 (75%)</b>                                |
| <b>Female<br/>n = 407</b>             | <b>117 (29%)</b>       | <b>3 (3%)</b>                                       | <b>29 (26%)</b>                                    | <b>20 (69%)</b>                                 |
| <b>Young<br/>offender<br/>n = 714</b> | <b>30 (4%)</b>         | <b>1 (3%)</b>                                       | <b>6 (20%)</b>                                     | <b>3(50%)</b>                                   |

► Weild et al. (2000) Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Communicable Disease and Public Health*. 2: 121-126.

|   | Location                    | Study population (N)                           | Injected in prison (%)         | Shared equipment (%) |
|---|-----------------------------|--|--------------------------------|----------------------|
| Rutter et al (1995) <sup>22</sup>   | Australia (New South Wales) | 7 studies                                      | 31-74%*                        | 70-94%†              |
| Gaughwin et al (1991) <sup>23</sup>   | Australia (South Australia) | 50   | 52%*                           | 60%†                 |
| Canadian Correctional Service (1995) <sup>24</sup>                          | Canada                      | 4285   | 11%                            | --                   |
| Ford et al (2000) <sup>25</sup>   | Canada                      | 350  | 18.3%                          | --                   |
| DiCenso et al (2003) <sup>26</sup>  | Canada                      | 105 women                                      | 19%                            | --                   |
| Martin et al (2005) <sup>27</sup>   | Canada                      | 102  | 21%                            | 86%                  |
| Small et al (2005) <sup>28</sup>  | Canada                      | >1200  | 27%                            | 80%                  |
| Calzavara et al (2003) <sup>29</sup>  | Canada                      | 439 men, 158 women                             | 3.3%                           | 32%                  |
| Dufour et al (1995) <sup>30</sup>   | Canada                      | 450  | 2.4%                           | 92%                  |
| Edwards et al (1999) <sup>31</sup>  | England                     | 378  | 11.6%                          | 73%                  |
| Rotily et al (2001) <sup>32</sup>   | Europe‡                     | 871  | 13%                            | --                   |
| European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2005) <sup>33</sup> | European Union, Norway      | --   | 0.2-34%                        | --                   |
| Malliori et al (1998) <sup>34</sup>   | Greece                      | 544  | 24.1%                          | 92%                  |
| Kouliarakis et al (1999) <sup>35</sup>                                      | Greece                      | 861  | 20.2%                          | 83%                  |
| Allwright et al (2000) <sup>36</sup>  | Ireland                     | 1178   | --                             | 70.5%                |
| Rapid Situation Assessment (2005) <sup>5</sup>                              | Mauritius                   | 100 men, 50 women, 50 youth (25 men, 25 women) | 10.8% of adults, 2.1% of youth | --                   |
| Van Haastrecht et al (1998) <sup>37</sup>                                   | Netherlands                 | 497 IDUs                                       | 3%                             | 0                    |
| Frost and Tcherkov (2002) <sup>38</sup>                                     | Russia                      | 1044   | 10%                            | 66%                  |
| Dolan et al (2004) <sup>39</sup>  | Russia                      | 277  | 13%                            | --                   |
| Gore et al (1995) <sup>40</sup>   | Scotland, UK                | --   | 15.9%                          | --                   |
| Thairi et al (2003) <sup>41</sup>   | Thailand                    | 689  | 25%                            | 77.8%                |
| Clarke et al (2001) <sup>42</sup>   | USA                         | 281 men, 191 women                             | 31%¶                           | --                   |

Unless otherwise indicated, data show the percentage of the total prison population who injected and the percentage of those who injected who shared equipment. \*Data from Australia refer to the percentage of IDUs who injected. †Data from Australia refer to the percentage of IDUs who shared equipment. ‡Cross-sectional study in France, Germany, Italy, Netherlands, Scotland, and Sweden. §Unpublished data from the Rapid Situation Assessment Mauritius (2005), available from RJ on request. ¶Percentage of IDUs with history of imprisonment who had used illegal drugs in prison, nearly half of these had injected in prison.

Table 1: Studies that have examined drug injecting behaviour in prison  
 Jürgens, Lancet Inf Dis 2009

Dieses Risikoverhalten erklärt hohe Prävalenzen und Inzidenzen fast aller Infektionskrankheiten im Gefängnis, weltweit.

## Hepatitis C

- ▶ Prävalenz (Allgemeinbevölkerung):
  - ▶ 3% weltweit
  - ▶ 0.5-1% Schweiz/EU
  - ▶ EU: 60-90% der IVDU sind HCV+
  - ▶ Aussicht 2015-2020:
    - ↑ 70-90% Morbidität und Mortalität
- ▶ Prävalenz Gefängnis:
  - ▶ 12-31% (US)
  - ▶ 6,9-33% (EU)
  - ▶ Genf:
    - ▶ 6.9%
    - ▶ IV Drug Users: 78%
    - ▶ Ost-Europäer: 17%
  - ▶ USA: 29-43% aller Personen mit HCV sind mind. 1x/Jahr im Gefängnis!



▶ 6

[www.hep.ch](http://www.hep.ch)  
 Sagmeister Eur J Gastr & Hep 2002  
 Tan Hepatology 2008  
 Spaulding Ann Intern med 2006

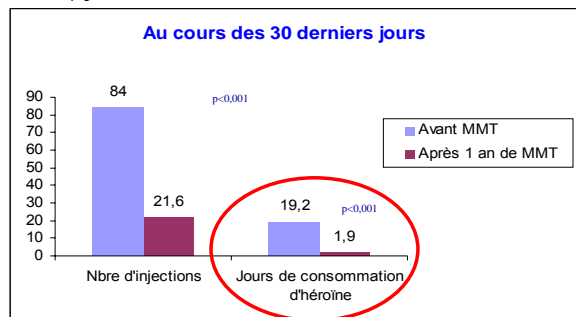


Opiat-Substitutions-Therapie (OST) ist eine effiziente Präventions-Maßnahme, da sie erwiesenermaßen:

1. Das Überleben der Opiatabhängigen verbessert,
2. die Abstinenz oder stabilen Konsum fördert,
3. die Verminderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis C) fördert,
4. kriminelle Aktivität vermindert,
5. Kosten senkt und
6. die Verminderung von Notfallaufnahmen und Hospitalisationen ermöglicht (Guidelines Euromethwork).

## OST - Injektionen und Bei-Konsum

60 Patienten, niederschwellige Einrichtung. Evaluierung ein Jahr mit Methadon Substituierung (Methadon-Maintenance Therapy=MMT)

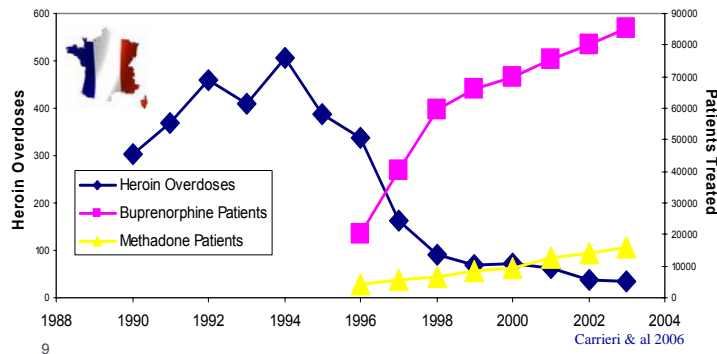


► 11 Michel Perreault & AL., Montréal, Revue canadienne de Santé Publique Janvier-Février 2007; 98,1



## Überleben

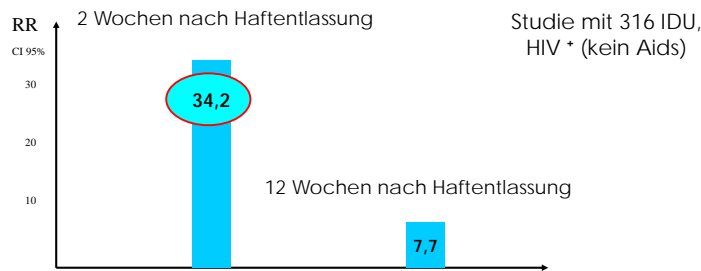
Zugang zu Opiatsubstitution verringert die Anzahl von Überdosen Heroin drastisch!



## Tod durch Überdosis



Überdosis-Todesrisiko nach Haftentlassung (im Vergleich zu Nicht-Inhaftierten)



10 S R Seaman & al. BMJ 1998;316:426-428



Angesichts dieser starken Evidenzlage ist es erstaunlich, dass OST nach wie vor wenig im Gefängnis eingesetzt wird. Jeder opiatabhängige Häftling sollte schnellen Zugang zu einer Substitutionstherapie

haben. Weltweit ermöglichen dies zurzeit nur 31 Länder und dies auch nicht in allen Gefängnissen dieser Länder sowie mit oft hohen administrativen Zugangsbarrieren (Larney 2009).

Im größtem Schweizer U-Haft-Gefängnis in Genf werden alle opiat-abhängigen Häftlinge substituiert; dies unabhängig von Ihrem Aufenthaltsstatus (illegal oder nicht) und davon, ob sie in einem externen OST-Programm integriert sind oder nicht. In Genf wird zu 95% mit Methadon substituiert, Buprenorphin ist möglich, wird aber aus praktischen Gründen für Häftlinge reserviert die schon vor der Haft damit substituiert wurden.

Zur wirkungsvollen Umsetzung von OST in Haft braucht es:

1. Einen klaren rechtlichen Rahmen,
2. Ein möglichst niederschwelliges Angebot,
3. Ausbildungs-Programme für Mitarbeiter der Gesundheitsdienste im Gefängnis sowie interdisziplinäres Teamwork zur Sicherung der Behandlungskontinuität.

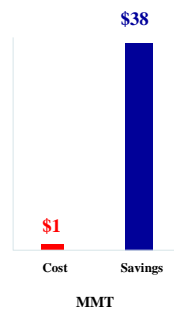
Behandlungsäquivalenz (OST außerhalb und innerhalb Haft) ist ein wichtiges Ziel, welche die Qualität der medizinischen Behandlung und auch die Behandlungskontinuität ermöglicht und somit der Gesundheit der gesamten (Allgemein-) Bevölkerung dient.

## Kosteneffizient



1 \$ investiert in  
Methadonsubstitution (MMT),  
Spart 38 \$ bezüglich:

Kriminelle Aktivitäten,  
Haftaufenthalte, Arbeitslosigkeit,  
Hospitalisierungen,  
Gesundheitskosten



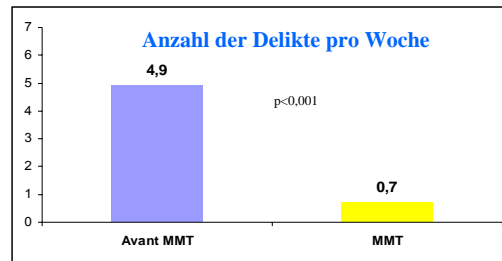
12 Gary A. Zarkin, Laura J. Dunlap, Katherine A. Hicks and Daniel Mamo [Additional contact information](#) Health Economics, 2005, vol. 14, issue 11, p 1133-1150

## Reduktion der Kriminalität

Zwei Interviews mit 85 Patienten:

1. vor Methadon-Substitution (MMT)

2. im Mittel 57 Monate nach Substitutionsbeginn

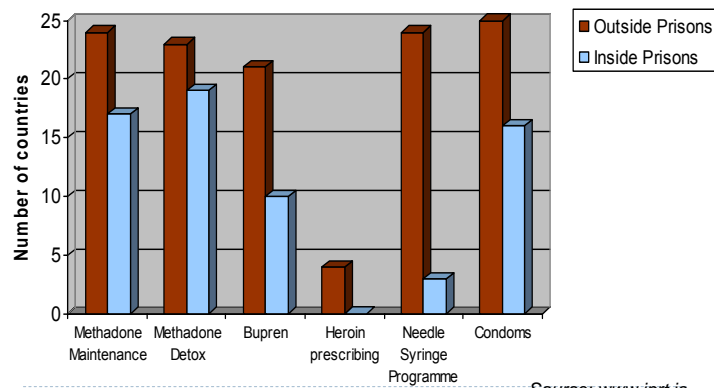


▶ 13 I Sheerin & al. Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy in New Zealand. The New Zealand Medical Journal; 12 March 2004 vol 117, n° 1190 ISSN 11758716



Mangelnde Äquivalenz:

Präventionsmaßnahmen- drinnen und draußen



▶ 15

Source: [www.iprt.ie](http://www.iprt.ie)

## Schlussfolgerungen I

---

- ▶ Drogengebrauch im Gefängnis 20-100 mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung
- ▶ Hohes Risikoverhalten im Gefängnis
- ▶ Opiat-Substitutions-Therapie (OST):
  - ▶ Überleben
  - ▶ Abstinenz oder stabiler Konsum
  - ▶ Verminderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis C)
  - ▶ Verminderung von krimineller Aktivität
  - ▶ Kosten-effizient

---

▶ 26



## Schlussfolgerungen II

---

- ▶ Notwendige Maßnahmen:
  - ▶ Entwicklung und Umsetzung
    - ▶ Rechtlicher Rahmen für OST im Gefängnis
    - ▶ Niederschwelliges Angebot
    - ▶ Ausbildungs-Programme für Mitarbeiter der Gesundheitsdienste im Gefängnis
    - ▶ Interdisziplinäres Teamwork (Behandlungskontinuität)
  - ▶ Pragmatischer Ansatz
  - ▶ Ganzheitlicher Ansatz: Prävention, Risikoreduktion und Therapie
  - ▶ **Behandlungsäquivalenz (OST außerhalb und innerhalb Haft)**
    - ▶ Captive populations: OST im Gefängnis als Chance
  - ▶ **Prison Health is Public Health!**

---

▶ 27





## Literatur

Jürgens,R., Ball,A.& Verster, A. (2009) Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect.Des.,9, 57-66*

Guidelines Euromethwork, [www.g4q.nl/methwork/startguidelines.htm](http://www.g4q.nl/methwork/startguidelines.htm)  
Larney S, Dolan K. A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? Eur Addict Res. 2009; 15(2):107-12. Epub 2009 Feb 2.

## ARBEITSGRUPPEN

### AG 1 Substitution in Haft - Der Umgang mit Beigebrauch

*Klaus J. Fritsch, Bärbel Knorr, Jürgen Golze*  
*Protokoll: Bärbel Knorr*

Gebrauch, Beigebrauch, Konsum, Abhängigkeit... - Worüber sprechen wir und mit wem haben wir es in den Justizvollzugsanstalten zu tun?

Folgende Feststellungen und Fragestellungen haben die Diskussion geleitet:

- Bestimmte Zielgruppe sind von Inhaftierung häufiger betroffen!
- Die Hilfestellungen außerhalb waren oft nicht ausreichend!
- Wie können Hilfestellungen in Haft optimiert werden?

In 2010 wurden die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger aktualisiert.

Was sagen die Richtlinien der Bundesärztekammer zum Beigebrauch und Substitution in Haft?

- Bei Inhaftierung ist die *Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.*
- Gefährdender Gebrauch weiterer psychotroper Stoffe muss bei Einleitung der Substitution berücksichtigt und je nach Ausmaß behandelt werden. Dabei sollen die Ursachen eruiert und nach Möglichkeiten ihrer Beseitigung gesucht werden.

Insbesondere an folgende Gründe ist dabei zu denken:

- Eine erfolgte Destabilisierung der individuellen Lebenssituation
- Eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels
- Eine komorbide psychische oder somatische Erkrankung
- Es ist darauf zu achten, dass die Substitution keine Erhöhung der Gefährdung darstellt.

- Aufgrund des hohen Gefährdungspotenzials, das mit einem Behandlungsabbruch verbunden ist, ist anzustreben, den Patienten auch bei Verstößen möglichst weiter in der Behandlung zu halten.
- Bevor eine Behandlung beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z.B. Dosisanpassung. Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer aktuellen Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Fehlverhalten begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein.

#### Empfehlungen zum Vorgehen bei festgestelltem Beikonsum (Quelle Ärztekammer Westfalen-Lippe, ASTO-Handbuch, 2001)

Ein abgestuftes Vorgehen ist zu empfehlen:

- Gesprächsversuche intensivieren, PSB einbeziehen
- Dosisanpassung überprüfen
- Stationärer (Teil-) Entzug anbieten
- Patient psychiatrisch untersuchen und ggf. behandeln
- Anderes Behandlungssetting
- Abbruch der Substitutionsbehandlung.

Beim Beigebrauch sind folgende Situationen zu unterscheiden

- *Zugangsuntersuchung:* Es ist davon auszugehen, dass fast alle Drogengebraucher/innen oder Substituierte eine positive UK im Zugang abgeben – Konsum vor Aufnahme in der Haftanstalt ist nicht grundsätzlich als problematisches Verhalten einzustufen).
- *Konsum während der Haftzeit:* Ist der Konsum weiterer psychotroper Stoffe als problematisch einzustufen oder handelt es sich um gelegentlichen nicht gefährdenden Gebrauch?

Die Bewertung von Beikonsum hat sich in Freiheit in den letzten Jahren verändert. Ein Paradigmenwechsel beim Beigebrauch außerhalb des Vollzuges schlägt sich langsam auch im Justizvollzug nieder.

## Substitutionspraxis in der JVA Bremen

Herr Dr. Fritsch berichtete über die Substitutionspraxis der JVA Bremen. Die JVA Bremen verfügt über 750 Haftplätze, ca. die Hälfte der Gefangenen haben Suchterfahrungen. Davon werden 100-120 Gefangene substituiert. Die JVA verfügt über 2,5 Arztstellen.

### Zum Therapie- oder Behandlungskonzept

„Substitution“ ist nur der Ersatz einer zuvor gebrauchten Droge. Der Drogengebrauch und die Abhängigkeit als Krankheitsbild mit entsprechender Symptombildung entwickeln sich auf dem Boden einer psychischen Struktur, gleichsam einer Grundlage oder Grundgestalt mit entsprechenden Fähigkeiten und Defiziten. Die Struktur entscheidet über die Entwicklung von Sucht. „Süchtigmachende“ Wirkstoffe bewirken nicht bei jedem eine Sucht.

In der nachstehenden Systematik sind die psychischen Störungen aufgeführt, deren diagnostische Zuordnung zu unterschiedlichen Behandlungsansätzen führt. Die in unserem Bereich am häufigsten auftretende Störung wird als Frühstörung oder Persönlichkeits-/Verhaltensstörung bezeichnet, die im Gegensatz zur neurotischen Störung als unreifer betrachtet wird. Die Behandlung der Frühstörung ist als Unterstützung bei der Nachreifung der Persönlichkeit zu verstehen. Insoweit sind auch die Behandlungsmaßnahmen bei Drogenabhängigkeit als Unterstützung anzulegen.

### Systematik psychischer Störungen nach ICD 10

- Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen  
Hirnorganisches Psychosyndrom
- Störungen durch psychotrope Substanzen  
Gifte, Medikamente
- Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (Psychosen)  
Wahn, Wahrnehmung, Halluzinationen, Körperempfindungen
- Affektive Störungen (Psychose)  
Depression, Manie
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Neurose)

Angst, Zwang, Belastung, Anpassung, Konversion, Funktionsstörung, körperliche Symptome

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Frühstörung)  
Sucht, Abhängigkeit, emotional instabil, dissozial
- Intelligenzminderungen

Es wurden verschiedene Aspekte aus der Substitutionspraxis zur Diskussion gestellt:

- Beigebrauch vs. Beikonsum = Konsum:
- Gebrauch“ scheint noch zielgerichtet zu sein, Konsum ist noch undifferenzierter.
- Medikation unter Substitution: Indikation vs Scheinindikation :  
„Depression“ ist ein Allerweltsbegriff in Haft für schlechtes Befinden. Das ist keine Erkrankung, könnte aber trotzdem zur Medikation führen. Die Abgrenzung gegen „echte“ Depression ist sicher nicht immer leicht.
- Beigebrauch führt zum Gespräch über Suchtverhalten und Suchtstruktur:
- Wenn das süchtige Verhalten durchschaubar wird kann es vielleicht vermindert werden.
- Maligner Beigebrauch birgt die Gefahr der Intoxikation: Gefahr für Patient und Gefahr für den Arzt, dem man vorhalten kann, dass er in Kenntnis der Intoxikationsgefahr weiter substituiert hat.
- Vertrauen, Kooperation, Compliance: Spannungsfeld Arzt-Patient und Justizvollzug. Diskussion über Vertrauensverhältnis und Pflege dieses Vertrauensverhältnisses. Der Arzt muss davon ausgehen können, dass der Patient mit dem Substitut „vernünftig“ umgeht, dass er Entwicklungen in seinem Befinden und damit in seinem Gebrauchsverhalten bemerkt und mit dem Arzt bespricht.

Die Substitution ist keine staatliche Wohltat, kein Geschenk, sondern Therapie einer Krankheit, die nicht beliebig abgebrochen werden kann (*niemand nimmt einem Diabetiker das Insulin weg, wenn die BZ-Werte nicht gut sind*).

Ärzte, die sich der Substitution zuwenden, sollten sich um Supervision bemühen oder auch eine Psychotherapie-Ausbildung anstreben (was im Übrigen für alle Anstaltsärzte gilt).

Mit Hilfe der nachstehenden Tabelle „Suchtniveau“, werden die einzelnen „Suchtstufen“ festgelegt und Entwicklungen aufgezeigt. Diese dient der Entscheidungshilfe, ob Substitution erfolgen sollte und in welchem Rahmen.

| Sucht-niveau | Definition  | Substi-tution                     | Interne Behandlung                    | Externe Therapie   | Status-Änderung                                 |
|--------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| 0            | Keine Sucht   | Keine                             | Keine                                 | Keine  | <i>Aufsteigend/ Gleichbleibend/ absteigend</i>  |
| I            | Stabil unter Spezif. Bedingungen                                | Keine                             | Beratung Nach Bedarf                  | Ambulante Maßnahmen möglich                              | <i>aufsteigend / gleichbleibend/ absteigend</i> |
| II           | Gelegentlicher eher seltener unauffälliger Gebrauch             | Substitu-tion möglich             | Beratungs-angebot                     | ambulante Maßnahmen möglich                              | <i>aufsteigend / gleichbleibend/ absteigend</i> |
| III          | Gelegentlicher Gebrauch mit Verhaltensauffälligkeit, verführbar | Substitu-tion sinnvoll            | Aufsuchende Behandlung nach Absprache | stationäre Maßnahmen ambulant Anschluss-konzept dringend | <i>aufsteigend / gleichbleibend/ absteigend</i> |
| IV           | häufiger Gebrauch mit Verhaltensauffälligkeit                   | Substitu-tion unter enger Führung | Aufsuchende systematische Behandlung  | stationäre Maßnahmen zwingend, Prognose unsicher         | <i>aufsteigend / gleichbleibend/ absteigend</i> |
| V            | aktive Beschaffung aggressive Ablehnung jeder Alternative       | Substitu-tion kontra-indiziert    | Aufsuchende systematische Behandlung  | Therapie aussichtslos                                    | <i>aufsteigend / gleichbleibend/ absteigend</i> |

Einigkeit bestand, dass der Beigebrauch nicht ignoriert werden darf, u.a. auch, da die Gefahr einer Intoxikation gegeben ist. Allerdings zeigt ein problematischer Beigebrauch auch, dass eine Therapie notwendig ist („Sucht ist aktiv“) und Anlass für ärztliche Gespräche und nicht direkter Therapieabbruch sein sollte.

### Welche Stoffe werden neben dem Substitutionsmittel konsumiert?

Es besteht eine große Bandbreite an zusätzlichen Stoffen, die konsumiert werden, u.a. Benzodiazepine, THC, Alkohol, Heroin, Kokain, Psychopharmaka, Subutex, Tilidin.

Eine besondere Situation stellt der Zugang bzw. die Neuaufnahme dar: Hier ist vom zusätzlichen Konsum verschiedener Stoffe auszugehen. Während der Haftzeit wird diese Vielzahl häufig reduziert, allerdings gab es auch in der Arbeitsgruppe kein einheitliches Bild über „klassischen Beigebrauch“ oder welche Stoffe in den JVAen konsumiert werden.

### Urinkontrollen

Auch hier gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen und Häufigkeit der durchgeführten Urinkontrollen. Tendenziell wird 1x monatlich eine UK durchgeführt.

### Zugangsuntersuchung und Beigebrauch

Hier erfolgt die Klärung, ob eine stationäre Entgiftung vom Beikonsum notwendig ist oder diese ambulant durchgeführt werden kann.

Wie behandle ich den Beikonsum - Beispiel ambulanter Entzug vom Alkohol:

Carbamazepin ret. 200 und Tiaprid 100

- In den ersten 2-3 Tagen alle 6 Stunden
- Danach alle 8 Stunden
- Und zum späteren Zeitpunkt alle 12 Stunden

### Welche Ermessensspielräume habe ich?

Durch den Paradigmenwechsel hinsichtlich des Beigebrauchs und den Änderungen der Richtlinien und Empfehlungen haben sich auch größere Ermessensspielräume zur Akzeptanz des Beigebrauchs für Anstaltsärzte eröffnet. Diese Ermessensspielräume werden bisher aber nur zögerlich genutzt.

Weitere Einflussfaktoren: Der Umgang mit dem Beigebrauch ist auch abhängig von den speziellen Gefangenengruppen, die substituiert werden (jung/kurze Konsumzeiten, ältere Gefangene/jahrelange Kon-

sumerfahrungen etc.). Weitere Einflussfaktoren sind struktureller Art (in welchen Abteilungen sind die Gefangenen untergebracht, wie sieht die Belegung aus, welche Gruppendynamik entsteht durch den Konsum, muss ggf. Verlegung stattfinden etc.).

Ggf. andere Bewertung und Entscheidung über Beigebrauch bei HIV-positive Gefangenen und Schwangeren.

#### Kooperation

- Bei vorseubstituierten Gefangenen sollte eine Rücksprache mit dem niedergelassenen Arzt/Ärztin erfolgen.
- Kollegialer Austausch, Fallbesprechungen
- Qualitätszirkel zum Austausch Substitution, Beigebrauch mit niedergelassenen Ärzten und anderen Einrichtungen.
- Individuelle Fortbildungen, Tagungen

#### Fazit und Konsens der AG

- Beigebrauch findet statt, wird vom Arzt/Ärztin individuell bewertet und behandelt
- Individualisierung der Therapie (Dosisanpassung, Gespräche, Entgiftung vom Beikonsum...)
- Bei schädlichem Beigebrauch ist ein Therapieabbruch zu prüfen (zuvor jedoch vermehrte Kommunikation anzustreben!)
- Zur Qualitätssicherung: Besuch von Qualitätszirkeln, kollegialer Austausch etc.





## AG 2 Schnittstellenprobleme: Wie muß eine gute Überleitung aussehen?

*Michael Parys, Claudia Rey.  
Protokoll : Judith Hoffmann*

Die Referenten hielten einleitende Vorträge, wobei sich Frau Rey auf die Schnittstellen aus Vollzugsperspektive anhand der Beispiele JVA Berlin Tegel und Lichtenberg konzentrierte und Herr Parys sich den Schnittstellen bei Entlassung aus dem Vollzugssystem am Beispiel Baden-Württemberg zuwandte.

Zu Beginn der Diskussion zeigten sich die Teilnehmer erstaunt darüber, dass Beikonsum so häufig als Grundlage für die Verweigerung einer Substitutionstherapie (OST) angebracht wird. Sie kritisierten, dass in diesem Fall die gesetzlichen Vorgaben fehlinterpretiert und zu restriktiv gehandhabt würden (siehe AG 1).

Die Teilnehmer äußerten sich positiv darüber, dass in der Gesellschaft ein Paradigmenwechsel in Bezug auf Drogenkonsumenten stattfindet und Sucht zunehmend als Krankheit verstanden wird. Dies resultiert in einem verbesserten Verständnis und hoffentlich zunehmender Akzeptanz und Bereitschaft, sich des Themas anzunehmen.

Grundsätzlich konnten von der Gruppe drei bedeutsame Schnittstellen unterschieden werden:

1. vor Haftantritt
2. bei Haftentlassung
3. während der Haft

### 1. Vor Haftantritt

sind Polizeigewahrsam, Staatsanwaltschaft und Justizvollzug betroffen. Die Teilnehmer waren sich einig, dass aufgrund mangelnder Koordination der beteiligten Akteure häufig wichtige Informationen verloren gehen. In diesem Zusammenhang wurde von einem Teilnehmer die Idee des ‚Laufzettels‘ vorgestellt. Dabei würde mit jedem Betroffenen bei Verhaftung ein kleiner Fragebogen ausgefüllt werden, der verschie-

dene Variablen, wie eine derzeitige Abhängigkeit und Substitution erfasst und worin zusätzlich alle bis zur Einweisung in die JVA durchgeführten Maßnahmen (z.B. Methadon-Vergabe im Polizeigewahrsam, wann und wie viel) vermerkt werden. Dieser Laufzettel würde allen beteiligten Akteuren vorgelegt werden und eine schnelle, fallspezifische Beurteilung der Person erlauben. Einige Teilnehmer zeigten sich verunsichert, ob dies mit den Datenschutzrichtlinien vereinbar sei. Es wurde die Idee präsentiert, den Betroffenen vorher um Zustimmung zu bitten, dass die behandelnden Personen/ betreffende Institutionen seine/ihre personenbezogenen Informationen einsehen dürfen.

Des Weiteren wurde die Finanzierungsfrage aufgeworfen, v.a. wer die Kosten für eine OST vor JVA-Eintritt zu tragen hat. Da die Teilnehmer verschiedene Praktiken äußerten, wurde das Fazit gezogen, dass dieser Punkt von allen beteiligten Akteuren besprochen werden sollte, das heißt Justiz-, Gesundheits- und Innenministerien müssten ihre Zuständigkeiten diesbezüglich untereinander abklären.

Als Beispiele guter Praxis wurde die Wiener Polizei genannt, die bereits in Polizeigewahrsam die OST sicherstellt. Auch erklärte ein Teilnehmer die ‚Grüne Straße‘ in Frankfurt/Main sei eine Substitutionsambulanz, die von der Polizei genutzt wird, um Festgenommene, die Entzugserscheinungen oder andere drogen-assoziierte Auffälligkeiten zeigen, zu substituieren bzw. zu behandeln. Dabei werden die Betroffenen zuerst in die Ambulanz gebracht und erst nach Stabilisierung in das Vollzugssystem weitergeleitet. Als Grundlage für dieses Handeln verwies der Teilnehmer auf die Garantenstellung der Polizei - das heißt die Fürsorgepflicht dieser für Personen in ihrer Obhut.

## 2. Haftentlassung

Bei den Diskussionen zur Schnittstellenproblematik bei Haftentlassung spielte vor allem das Thema Substitution im Rahmen der Entlassungsvorbereitung eine Rolle. Dabei wurden von der Gruppe verschiedene Fragen aufgeworfen. Zum Beispiel wer die potenzielle Zielgruppe bestimmt und wie die Praxis aussieht: Fragt der Gefangene eine entlassungsvorbereitende OST an oder wird diese vom Anstaltsarzt angeboten? In diesem Zusammenhang diskutierten die Teilnehmer die

Gefahr, Personen außer Acht zu lassen, die während des Gefängnis-aufenthaltes nicht konsumiert haben (weil Gefahr zu hoch entdeckt zu werden, zu hohe Infektionsgefahr, sich nicht prostituieren wollen oder zu teuer) aber in Freiheit nach langer Abstinenz sofort konsumieren wollen. Diese Personen werden höchstwahrscheinlich fälschlicherweise nicht als potenziell gefährdet eingestuft und ihnen wird somit keine entlassungsvorbereitende OST angeboten. Da sich unter den Teilnehmern kein Anstaltsarzt befand, konnten diese Fragen leider nicht abschließend geklärt werden.

Die Gruppe war sich einig, dass gerade bei der Entlassung erhöhte Koordination und Kooperation verschiedener Akteure wichtig sind. Es wurde mehrmals angesprochen, dass Entlassene Hilfe suchen, aber keine finden können. Vor allem das Auffinden einer Einrichtung bzw eines Arztes, der außerhalb des Vollzugs weiter substituiert, scheint in einigen Regionen sehr schwierig zu sein. Dies ist besonders problematisch, da Personen, die eigentlich bereits in Betreuung waren, in der Szene verschwinden und damit nicht mehr greifbar sind für Hilfeanbieter. Des Weiteren schlägt die Weiterleitung von Informationen zu Entlassenen vorab an den medizinischen Dienst bzw. den substituierenden Arzt häufig fehl. Teilnehmer merkten außerdem an, dass besonders die Entlassungen Substituierter zum Wochenende in der Praxis große Probleme hervorrufen, wenn in der JVA bis Montag kein Anstaltsarzt erreichbar ist, um Informationen über den Entlassenen zu geben.

Die Idee des Laufzettels sei auch bei Entlassung zu überdenken. Es ist für substituierende Ärzte sehr vorteilhaft, über die letzte Dosis, Dauer der OST, etc. informiert zu sein. Einige der Teilnehmer merkten an, dass sie noch nie eine Substitutionsbescheinigung oder ähnliches nach Haftentlassung gesehen haben, häufig derartigen Informationen lange hinterher telefonieren müssen und auch dann sei nicht immer sichergestellt sei, dass man sie erhält.

Eine Teilnehmerin merkte an, dass ihre Haftanstalt (Bremen) den in Haft Substituierten anbietet, bis zu vier Wochen nach Entlassung weiter zu substituieren und der Person damit die Möglichkeit zu geben, sich außerhalb des Vollzugs einen substituierenden Arzt zu suchen. Diese Lösung wurde von der Gruppe sehr begrüßt.

Die Teilnehmer haben so genannte ‚Entlassungskonferenzen‘ diskutiert, zu denen im Idealfall alle den Gefangenen Betreuenden (auch externe Suchtberater, substituierende Ärzte, etc.) hinzugeholt werden. Dieses Konzept hat sich in verschiedenen Städten bzw. Stadtstaaten bewährt, wo ein Großteil der Einsitzenden aus dieser Stadt kommt und somit auch alle Betreuer in unmittelbarer Nähe sind. Ein Teilnehmer lobte das Konzept, wies aber darauf hin, dass es sich in Flächenstaaten nicht realisieren ließe, wenn Externe erst weite Strecken zur JVA zurücklegen müssten, um an dieser Konferenz teilzunehmen.

Des Weiteren wurde in diesem Zusammenhang ‚case management‘ als Konzept vorgestellt, wobei dem Gefangenen bereits vor Haftentlassung ein externer Betreuer zugewiesen wird, der ihn/sie durch die Entlassungsvorbereitung und dann auch nach Entlassung begleitet. Ein Teilnehmer merkte an, dass dieses Konzept in der Praxis sehr gut funktioniert, aber aufgrund von Ressourcenmangel nicht Realität für alle Gefangenen werden kann. Trotzdem sei es sinnvoll, wenn es auf bestimmte Hochrisikogruppen fokussiert sei.

Die Gruppe diskutierte darüber, wie wichtig es sei, Personenkontinuität zu gewährleisten. Die Referentin merkte an, dass es in Berliner Haftanstalten sehr gut funktioniere, wenn der frühere Suchtberater auch während der Haftzeit und auch danach wieder die Betreuung übernimmt. Auch Teilnehmer aus NRW schilderten gute Erfahrungen damit in Düsseldorf. Dies sei allerdings erneut ein Konzept, das nur in großen Städten und Stadtstaaten zur Anwendung kommen kann.

Eine Teilnehmerin warf die Frage ein, ob man nicht bei stabilen Leberwerten vor Haftentlassung auf Nemexin umstellen kann, da dies außerhalb des Vollzugs unkompliziert von jedem niedergelassenen Arzt verschrieben werden kann. Ob dies heute noch praktiziert wird, konnte unter den Teilnehmenden nicht geklärt werden.

### 3. Während der Haftzeit

müssen die Suchtkranken selbst in größerem Umfang über ihre Rechte und Möglichkeiten in Bezug auf die Substitution informiert werden, so z. B. auch über die kürzlich stattgefundenen Richtlinienänderungen der

BÄK. Gleichzeitig müssen aber auch die Mitarbeiter der JVA bzw. externe Ausbildungsanbieter über die Substitution aufgeklärt werden. Vor allem muss erreicht werden, dass diese Personengruppen Vorurteile gegenüber Substituierten abbauen und verstehen lernen, dass Substituierte im normalen Umfang lern- und arbeitsfähig sind.

Abschließend wurde die Frage diskutiert, wie viel der Suchtkranke selbst beim Übergang zwischen den Schnittstellen beitragen muss bzw. kann. Es wurde debattiert, ob von ihm/ihr erwartet werden kann, dass er/sie sich vor Haftentlassung um eine Substitutionsfortführung außerhalb der Anstalt kümmert. Die Gruppe war sich einig, dass es Personen gibt, die sich engagieren und eine Weiterführung sicherstellen andere jedoch nicht. In diesen Fällen ist die Sicherstellung der Substitution außerhalb der Anstalt oft von dem persönlichen Engagement des Anstaltsarztes abhängig, weshalb sie oft nicht gelingt.

Ein Teilnehmer zog das Fazit, dass es keinen ‚Königsweg‘ gibt, der gegangen werden muss und ein Gelingen immer auch von der Einbeziehung des Patienten bzw. von einer auf seine/ihre Person und Situation bezogene Lösung abhängig ist.



### AG 3 Doppelte Problematik: Suchtmedizin und Komorbidität (Psychiatrie und Infektiologie) – Stand und Perspektiven der Versorgung

*Wolfgang Riekenbrauck, Marc Lehmann  
Protokoll: Kerstin Dettmer*

Einführung Dr. Riekenbrauck Bericht über den aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Gefängnissen:

- an erster Stelle steht die Suchtbehandlung, häufig der Entzug- es gibt große Defizite bei der Substitution- chirurgische Behandlung ist in Ordnung
- internistische Behandlung (incl. TBC) ist in Ordnung- Hepatitis C- Therapie ist ausreichend
- die Therapie psychiatrischer Erkrankungen ist defizitär- die Entlassungsvorbereitung weist große Mängel auf.

Perspektive:

In NRW hat das Justizministerium einen großen Schritt gemacht bzgl. der Substitution in Haft; die Inhalte müssen von den Ärztekammern und dem Justizministerium publik gemacht werden

Einführung Dr. Lehmann

Probleme, die eine effektive medizinische Behandlung erschweren / unmöglich machen:

- schlechte (Aus-) Bildung des Vollzugspersonals
- häufig menschliche Schwächen des Personals („Machtmenschen“), teilweise auch beim medizinischen Personal
- extrem schlechtes Image der DrogengebraucherInnen
- es handelt sich bei den DrogengebraucherInnen um einen Personenkreis, der durch Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsstörungen, bis hin zu psychischen Erkrankungen auffällt. Sie sind gekennzeichnet durch provozierendes und vollzugsstörendes Verhalten.



- generell unzureichende Personalausstattung (Aufnahmeuntersuchungen werden häufig unvollständig bzw. so gut wie gar nicht durchgeführt. Auf dem Anamnesebogen steht mitunter nur „haftfähig“).
- die notwendigen Rahmenbedingungen (Personal, Organisation, Absprache etc.), um Substitution in Haft gewährleisten zu können, sind oft nicht gegeben, Substitution wird als zusätzliche dienstliche Belastung gesehen
- Substitution ist häufig eine individuelle, nicht transparente Entscheidung des Arztes
- schwierige / unmögliche Abstimmung der Medizin-, Vollzugs-, und Sozialplanungen
- es bildet sich manchmal eine Front: med. Personal & Gefangene versus Vollzugpersonal
- Ärzte bzw. ärztliche Entscheidungen werden mitunter übergangen
- das Vollzugpersonal versucht immer wieder die ärztliche Schweigepflicht zu untergraben – besonders im Hinblick auf Infektionskrankheiten.

Was müsste sich verbessern, was müsste geklärt werden?

- bessere Ausbildung / Fortbildung des Personals
- Supervisionen
- bessere Personalausstattung
- bessere Verzahnung / Abstimmung der Bereiche Medizin, Vollzug und Sozialarbeit
- die wichtigsten Punkte: Wo in der Hierarchie steht der Anstaltsarzt? Ist er präsent? Gibt es eine gegenseitige Wertschätzung?

Entwicklung von Thesen zur qualitätsgesicherten Behandlungsplanung

*Hepatitis C-Therapie:*

Die Suchtbehandlung hat absoluten Vorrang – die HCV-Therapie ist zunächst nachrangig.

*TBC-Therapie:*

Die Behandlung einer TBC ist notwendig und läuft auch relativ unproblematisch.

*HIV-Therapie:*

HIV-Therapie wird bei längeren Haftstrafen angeboten.

*Psychiatrische Erkrankungen:*

Psychische Grunderkrankungen sind nicht selten Anlass für den Drogenkonsum (Drogengebrauch als Selbstmedikation). Die Fokussierung auf die Suchterkrankung könnte deshalb verengend sein.

Thesen:

1. Qualitätsgesichertes gesundheitliches Assessment
  - die Ärzte sollen letztendlich ihre originäre Aufgabe erfüllen: Anamnese und körperliche Untersuchung bei Aufnahme, Dokumentation
  - Voraussetzung: ausreichend Personal und verantwortlich handelnde Ärzte
2. Transparente, nachvollziehbare und individualisierte Behandlungsplanung mit klarer Priorisierung („Sucht führt“)
3. Koordinierung mit Vollzugs- und Sozialplanung.



## AG 4 Psychosoziale Betreuung in Haft: Wie kann sie aussehen?

*Gangolf Schaper, Claudia Pastoor*  
*Protokoll: Urs Köthner*

Problemanalyse PSB/ Fragen, die angerissen wurden:

PSB von internen und von externen Fachkräften:  
Was macht wo Sinn? Was kommt auf uns zu?

- Muss jeder Substituierte ein zusätzliches Angebot von „Intensivbetreuung“ haben oder geht auch eine Substitutionsbehandlung ohne PSB?
- Gruppen und Einzelangebote?
- Übergangszeit Haft/Freiheit und umgekehrt, z.B. KV-Schutz müsste unmittelbar am Entlassungstag rechtl. verankert sein.
- Wo soll der Unterschied sein zu den normalen Angeboten des Sozialdienstes. Wer kümmert sich um was.
- Es gibt kaum Daten
- Interne und externe Netzwerke werden zur Zeit nicht optimal genutzt. Zu wenig Infos darüber was geht wo draussen?
- Beziehungskontinuität ist durch Inhaftierung unterbrochen
- Fehlender Austausch, Kooperation und Hilfestellung zwischen Medizinischem Dienst + interner Suchtberatung
- Datenschutzrechtliche Schranken des Austausches intern und zwischen intern/extern (Schweigepflicht/Anonymität)
- Partizipation bei der Entscheidung ob substituiert wird oder nicht?
- Justizpersonal ist nicht ausreichend fortgebildet, alle suchtspezifischen Fragen werden i.d.R. von dem normalen Sozialdienst als zu schwer und aufwendig befunden. Suchtberater sind spezialisiert auf die suchtspezifischen Fachkenntnisse z.B. im Bezug auf Kostenklärung, Wahl der geeigneten Einrichtung, suchttherapeutische (Krisen-) Intervention.

- Einhaltung von Vertragsbindung
- Sanktionen wegen Fehlverhalten, oder ist eine Beendigung der Behandlung durch Fehlverhalten vertretbar, und wenn ja ab wann?
- Substitution bei Hafturlaub?
- Wandel im Bewusstsein sowohl unter den Beschäftigten als auch unter den Häftlingen: Während es früher eher ein Stigma war substituiert zu sein, gibt es heute deutlich mehr Akzeptanz.

#### Forderungen für die PSB in Haft

- Berücksichtigung der Erkenntnisse und Empfehlungen des Suchberaters bei der Substitutions-Entscheidung/ regelmäßiger Austausch, d.h. scheinbar bisher keine oder kaum gelebte Praxis...
- Festsetzung über den Umfang der PSB, im Spektrum zwischen Grundversorgung oder Intensivbetreuung PSB = Soll durch Mediziner, Suchberatung *und Patienten* bestimmt werden!

Grundversorgung meinte hier die normalen Angebote des internen Sozialdienstes, wie für alle anderen Inhaftierten auch bestehen, also eigentlich Substitution ohne PSB. Der Bedarf an Intensivbetreuung wurde einmal als Instrument für die Übergänge, also bei Haftantritt Bedarfsanalyse und ggf. Einleitung der Substitution, PSB oder anderer Hilfen und bei Haftentlassung die Vorbereitung und Überleitung der Zeit nach Haft gesehen. Hier gibt es deutlichen Verbesserungsbedarf im Netzwerk interner mit externen Hilfen und umgekehrt. Aber auch als (temporäres) „Sanktions- oder Interventionsmittel“ für „dauerhaftes, wiederholtes Fehlverhalten im Rahmen der Substitutionsbehandlung.

Der mögliche Bedarf einer dauerhaften Intensivbetreuung wurde bei Inhaftierten mit komorbiden Störungen, hier vor allem psychische Dispositionen gesehen.

- Förderung von mehr Akzeptanz bei den anderen Diensten, vor allem auch dem Krankenpflegedienst (z.B. durch gezielte Fortbildungen, und Dosierautomaten als Beispiel dafür, erforderliche Arbeitsabläufe für die Mitarbeiter zu vereinfachen um den Mehraufwand so gering wie möglich zu halten= erhöht die Zustimmung zu dieser Behandlungsmethode.

- Netzwerkausbau intern/extern. Da vor allem die Übergangssituationen Probleme bereiten und viel Handlungs- und Klärungsbedarf besteht muss die Zusammenarbeit zwischen intern/extern ausgebaut und ggf. (neu) organisiert werden.
- Wichtige Informationen intern/extern austauschen (Übergangslaufzettel) Problem Schweigepflicht?

Wofür ist die externe Drogenberatung wichtig:

- Überleitungen organisieren
- Beziehungskontinuität leisten
- Informationen über was geht wo wie draußen
- und umgekehrt für die Mitarbeiter draußen: Was passiert in Haft, was ist der Bedarf der MitarbeiterInnen dort...
- Standards: (u.a. klare Definition zu der Grundversorgung und der Intensivbetreuung PSB und ihren Abgrenzungen.
- Dokumentationspflicht (auch für externe), klare Regelungen über Zugriffsrechte (Bsp.: NRW Dokumentationssystem SOPAT inkl. Suchtakte)
- Integration der OST in die Standardausbildung des Vollzugpersonals (AVD)
- Bewusstseinsarbeit = weg von ideologischen Aspekten, hin zu mehr Pragmatismus
- Ressourcen einsparen durch vorzeitige Einbindung der Wohneinrichtungen = Federführung Hilfeplanverfahren (muss zwischen Justizministerium und Sozialhilfeträgern geregelt werden)

*Atlas Substitution im Internet:*

- Wo welche Einrichtungen für Substituierte?
- Wo welcher Substituierende Arzt/Ambulanz?
- Wegweiser Kostenklärung
- Wo welche Drogenberatung die PSB anbietet?
- Welche Bestimmungen und Verordnung für welches Bundesland?

Kontext: Der Atlas soll helfen die Übergänge nach Haftentlassung leichter organisieren zu können. Allerdings sind die Informationen regional sehr spezifisch und beständigem Wandel unterzogen, so dass ein beständiger Aktualisierungsbedarf besteht. Durch die - in den

meisten Bundesländern mittlerweile gestrichene - externe Drogenberatung in den Gefängnissen waren früher die Strukturen Innen/Außen immer im gelebten Austausch und immer auf dem aktuellen Stand.

NRW hat diesbezüglich eher einen Rückschritt gemacht als die externen Stellen in der JVA so 2004/05 gestrichen wurden. Während vorher Transparenz und Zusammenarbeit herrschte, ist heute der Austausch und das Wissen um den anderen eher schlecht und sicherlich nicht dem Bedarf angemessen. Hier sollte man eher zu dem zurückkehren was sich bewährt hat.

## AG 5 „Ganz alltägliche Probleme: Substitution in der pflegerischen Praxis“

*Wilfried Weyl, Jens Wiegand*

### Substitutionsbehandlung in Haft aus pflegerischer Sicht

Bei täglichen Anstaltsabläufen ist die Substitution in Haft ein „Heißes Eisen“. Vom größten Teil der Vollzugsbeschäftigten werden die Häftlinge sprich ‚Suchtblizen‘ als störend empfunden. Für konservative Politiker und damit verbunden auch für Beschäftigte bei der Justiz ist die Vergabe eines Substitutionsmittel ein ‚Einknicken vor der Droge‘. Einige bei der Justiz Beschäftigte sehen auch das Substitutionsmittel als Droge und weigern sich aus „ethischen Gründen“ dies bei der Suchtbehandlung einzusetzen. Wer verweigert einem Schmerzpatienten seine Schmerztherapie?

Der Vollzug ist nicht der Ort an dem man drogenfrei werden kann. Im Gefängnis kommt es immer wieder zu ‚Rückfällen‘ und ausgelebter Sucht.

Die medizinische Versorgung Gefangener ist im Strafvollzugsgesetz festgelegt. Es wird von den jeweiligen Ministerien immer auf die Richtlinien der Gesetzlichen Kranken Versicherung verwiesen. Die Versorgung der Gefangenen ist der Versorgung der GKV anzupassen.

Richtlinien zur Behandlung Opiatabhängiger wie in der GKV geregelt, werden bei der Justiz aber nicht analog umgesetzt, sondern über Erlasse geregelt. Diese weichen von den GKV Richtlinien ab und führen gerade bei Neuinhaftierung und bei Entlassungen zu Schwierigkeiten.

Die Dosierung des Neuinhaftierten wird oft nicht so übernommen bzw. zu schnell herabdosiert. Von Bundesland zu Bundesland weicht die Substitution voneinander ab. Sogar innerhalb der einzelnen Bundesländer, von Gefängnis zu Gefängnis, von Arzt zu Arzt ist Substitution nicht gleich Substitution.

Dies kann schwere Folgen für die Inhaftierten haben, es wird

- das Substitutionsmittel verändert, Methadon statt Buprenorphine,



- die Höhe auf ein Knastmaß verändert und
- die Substitutionszeit verkürzt.

Zitat aus Gefängnismedizin, Thiemeverlag, Heino Stöver/ Karlheinz Keppler, 5,5 Diskontinuitäten in Behandlung und Betreuung:

„Gründe für Behandlungsdiskontinuität:

Eine grundsätzliche Abstinenzorientierung der Anstaltsärzte lässt die Substitutionsmittel als psychoaktive Drogen wahrnehmen, die für die Therapie Drogenabhängiger nicht geeignet zu sein scheinen.

Es besteht ein mangelndes Verständnis dafür, dass Abhängigkeit eine chronische rezidivierende Krankheit ist,

Die Ressourcen sind begrenzt, das Fachwissen ist unzureichend“.

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

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

Was heißt dies alles für die Pflege hinter Gittern?

Das Pflegepersonal ist zunächst ausführendes Organ des Anstaltsarztes. Es setzt die Anordnungen des Arztes um. Dies geht vom Stellen bis zur Vergabe des Substitutionsmittels, die Organisation der Vergabe und die Buchführung. Drogenscreenings auf Beikonsum werden durchgeführt.

Als Personalschlüssel zur Substitution wurde einmal festgelegt:

- pro 40 Substituierte 1 Arzt
- pro 40 Substituierte 1 Psychologe

- pro 40 Substituierte 1 Krankenpflegekraft
- pro 20 Substituierte 1 Kraft für die psychosoziale Betreuung

Das Pflegepersonal steht zwischen dem Gefangenen und dem Arzt. Es ist der erste Ansprechpartner und Beschwerdeempfänger. Ihm wird unterstellt, willkürlich das Mittel zu kürzen und zu strecken. Es soll vermitteln zwischen dem Gefangenen und dem Arzt. Es wird an den „Mutter – Theresa - Instinkt“ des Personals appelliert. Ursache ist oft ein Suchtdruck der nicht von dem jeweiligen Substitutionsmittel abgedeckt wird, ein Nichtverstehen der Knastmedizin.

Wie oft bin ich nach mehr Gesprächen gefragt worden, mehr Zeit zum Zuhören.

Wie oft bin ich aber auch nach Medikamenten, nach mehr Substitutionsmitteln aber auch nach Pumpen und Nadeln gefragt worden.

Eine Mehrheit der Vollzugsbeamten sieht die Vergabe als zusätzliches Laufen an, also ein mehr an Arbeit und ein Bonbon für die ‚Junkies‘ an. „Wenn’s nach mir ginge“ hört man häufig.

Ich kann nur für mich und meine direkten Mitarbeiter sprechen wenn ich sage, die Einführung des Substitutionsmittel Methadon vor vielen Jahren hat den Knast ruhiger gemacht. Es ist zwar mehr Arbeit an unserer Abteilung hängengeblieben, aber sie hat insgesamt durch weniger Lauferei im Zellenbau den Knastalltag angenehmer gemacht.

In den letzten Jahren wurde die Vergabe restriktiver. Es wird, so kommt es den Gefangenen vor, nicht patientenbezogen Methadon ausgegeben, sondern pauschal eine mg (‚Meter‘) - Zahl festgesetzt, „... mehr gibt es nicht. Sei froh dass du überhaupt etwas bekommst!“. Die Lauferei hat zugenommen, die Anfragen nach mehr „Stoff“ haben zugenommen, der Versuch über Schmerzmittel eine Suchtbefriedigung zu erhalten hat zugenommen und eine unterschwellige, noch verbale, Gewaltbereitschaft hat zugenommen, und schon steht das Pflegepersonal dazwischen.

| Themen und Probleme   | Lösungen  |
|---|---|
| Angliederung des Medizinischen Dienstes an die Justizvollzugsanstalt  | unabhängiger Medizinischer Dienst   |
| Zuständigkeiten:<br>Medizinischer Dienst vs. AVD<br>Vertrauen vs. Manipulation gegenüber den Inhaftierten   |   |
| Kontrolle der Therapie vs. Aufgabenübernahme der Sicherheit   |   |
| Dokumentation: elektronisch vs. Papierform  |   |
| Ausbildung der Pflege im Bereich Substitution nicht vorhanden<br>→ Arbeiten in einer rechtlichen Grauzone   | beide Ausbildungen, JVA und Medizinische Ausbildung (Kranken- und Gesundheits-pfleger)<br>Training für Pflegekräfte → Fortbildungen   |
| Qualifiziertes Pflegepersonal: welche Aufgaben sollen übernommen werden? (Pflegepersonal als „Medikamenten- Ausgeber“ → Ressourcen- Verschwendung)  |   |
| Selbstbild und Fremdbild der Pflege<br>keine Besprechungen im interdisziplinären Team   | Selbstbild verbessern durch Fortbildungen/ Weiterbildung<br>Berufsverbände finden/ organisieren, der für die Rechte der Pflegekräfte im Vollzug einsteht<br>Zertifizierung sorgt für Aufmerksamkeit |
| Personalschlüssel Tages- und Nachtschicht<br>→ Probleme bei nur einer Pflegekraft zur Zeit, kleine Anstalten  |   |
| Keine Qualitätssicherungsaufgaben werden übernommen   | Zertifizierung  |
| Definition von pflegerischen Aufgaben<br>„Wir sind selber Schuld, dass wir immer mehr Aufgaben bekommen, weil wir sie machen!“<br>„Wir laufen schneller und lassen keine Arbeiten liegen“ | Weigerung UK durchzuführen → keine Aufgaben der „Sicherheit“ werden übernommen<br>klar stellen, dass einige Aufgaben nicht übernommen werden können, sie sind keine pflegerischen Aufgaben (z.B.:   |

|   |  |
|---|--|
|   | Sanitäter stellen beim Sportdienst, Zellen untersuchen) outsourcen   |
| Qualitätsmanagement- Katalog soll erstellt werden, vom Ministerium  |  |
| Keine Transplantation, da Gefängnisaufenthalt: ethisches Problem  |  |
| Personalschere klafft auseinander:<br>Keine präventiven Anstrengungen um Personal frühzeitig zu ersetzen<br>Zu wenig Personal insgesamt um individuelle Betreuung sicherzustellen<br>Personalschlüssel unterscheiden sich | Arbeitsplatzbeschreibung soll erstellt werden, die den Personalschlüssel überarbeitet und einen neuen festlegen würde (hessen 1:135) |
| Prävalenz von psychiatrischen Fällen steigt an  |  |
| Absicherungsmentalität in Deutschland   |  |

## Resümee

- Zu wenig Personal
- Aufgaben abgeben und sich bewusst machen, was sind Aufgaben von Pflegekräften und werden die anderen Aufgaben vom AVD übernommen (z.B.: Einzelfreistunde)?

Wie kann logistisch die Aufgabenübernehmung vom AVD geregelt werden?

- Austauschtreffen (wie diese Konferenz) organisieren um Anregungen zu geben, Probleme besprechen und angehen
- Substitution: spielt sich nicht nur zwischen Inhaftierten und Ärzten ab, sondern auch Fachärzte und Pflegekräfte sind beteiligt  
→ Teambesprechungen organisieren
- Sind nicht Inhaftierte → sondern PATIENTEN!
- „Pflegekraft als Vertrauensperson und nicht als AVD“
- Kommunikation stärken
- Entlassungsvorbereitung oft Aufgabe des MD
- Appell an die Selbstständigkeit im Sinne des Resozialisierungsgedanken → Gefangene werden zur Unselbstständigkeit erzogen

## Darstellung der Situation (Wilfried Weyl)

- 20 - 50 Substituierte in Hessen
- rückläufige Raten, konservative Politiker
- Schwerpunkt der Politik: weitere Sparmaßnahmen
- in den 80er Jahren hat die Substitution angefangen
  - Spritzenaustauschprogramm war angedacht und ausgearbeitet
  - Gescheitert am Ministerium
- Angedacht: Analoge Versorgung der Personen in Haft und Freiheit → weichen in der Realität ab
- Dosierungen von Medikamenten werden oft nicht übernommen
- Substitutionsmittel werden verändert (Subutex® → Methadon → ohne vernünftigen Umrechnungsschlüssel)
- Beigebrauch ist bekannt.

## Anmerkungen aus der Gruppe

- Man kann nicht jeden Gefangenen zu seinem Glück/Substitution zwingen!
- Einige wollen nicht in das Methadonprogramm → da Angst vor Druck vom Mithäftling
- Vorkommen von Unterdrückung, Gewalt, Prostitution, Weitergabe von Substanzen sind im Gefängnis bekannte Probleme

## Konsequenzen der Substitutionsbehandlung für die Pflege

- Pflegekräfte sind ausführendes Organ
- Drogenscreening bei Beikonsum → wer ist zuständig? Arzt oder Justizvollzugspersonal?
- Pro 40 Substituierte → Stelle für einen Arzt, einen Psychologen, eine Pflegekraft
- Pro 20 Substituierte → eine Stelle für Psychosoziale Betreuung
- Pflegekräfte sind die Verbindungsstelle zwischen den Ärzten und den Inhaftierten und haben eine Vermittlungsaufgabe
  - Hierdurch ist ein Boden für Manipulation entstanden
  - Die Inhaftierten appellieren an den „Mutter Theresa - Instinkt“

- Hoher Beigebrauch, da die Inhaftierten verkehrt eingestellt werden bezüglich der Dosierung des Substituts.

#### Bestimmte Situationen der einzelnen Städte: Bremen

- Ungefähr 100 Substituierte
- Vergabe des Methadons mit Hilfe von Methadondosierautomaten in den Abteilungen: Strafhaf, Untersuchungshaft und im Frauenvollzug
- Vorteile hierbei:
  - Inhaftierte müssen nicht dem Lazarett zugeführt werden
  - Keine Manipulationsanschuldigung, wie z.B. „Ihr habt es verdünnt“

#### Situation in Hessen

Abdosierung wird mit den Insassen abgesprochen

#### Pflegerisches Problem im Alltag: Kontrolle vs. Vertrauen

Vom Pfleger muss ein Vertrauensverhältnis zum Inhaftierten aufgebaut werden.

- Schwierigkeit bei Vertrauensverlust, welcher auf folgenden Gegensätzlichkeiten basiert: Kontrolle vs. Manipulation
  - Z.B. UK- Kontrolle: zeigt Misstrauen
  - Aber Kontrolle heißt auch Fürsorge
  -

#### Vertrauen auf beiden Seiten

Wie soll es funktionieren, wenn man mit Misstrauen an die Inhaftierten herantritt?

- Wer Medikamente einnimmt, muss kontrolliert werden, ob der therapeutische Spiegel stimmt (bei *allen* Medikamenten wird kontrolliert → warum nicht bei Methadon?)
- Frage bei Aufgaben der Kontrolle: medizinische Sache (therapeutische Kontrolle) oder Aufgabe der Sicherheit und damit Aufgabe der Vollzugsbeamten (z.B. UK)

## Angliederung des Medizinischen Dienstes an den Justizvollzug

- Wieso ist der Medizinische Dienst der Justiz unterstellt?
- Medizinischer Dienst kann aus dem Justizvollzug herausgenommen werden, wie in der Schweiz!
- In Österreich und Spanien: Medizinischer Dienst als eingekaufter Dienst
  - Pflegepersonal läuft separat, ist nicht der Anstalt unterstellt

## Vorbild Österreich

- In Österreich: *jeder* hat Anspruch auf die Substitution
  - Mit Beigebrauch: ist „das eigene“ Problem
  - Ärzte und Ministerien müssen umdenken

## Aufgabenbereich: Substitutionsbehandlung

- Verantwortung der Substitutionsbehandlung liegt beim Arzt
- substituiert werden darf nur in Anwesenheit oder in Delegation des Arztes

Wieso hat die Pflege den Aufgabenbereich bekommen?

- Wie hat die Substitutionsbehandlung angefangen?
- Wieso gibt es keine spezielle Ausbildung für substituierende Pflegekräfte?

→ Überschreitung der Qualifikation der Pflegekräfte

→ Arbeiten in einer rechtlichen Grauzone

- Fehlendes Hintergrundwissen bei den Pflegekräften
- Voraussetzung für die Substitution: in einigen Gefängnissen wöchentliche Arztvisite

(„war nicht in der Sprechstunde, kriegt kein Methadon“ → Sanktion, ist es unsere Aufgabe?)

→ Konfliktsituation

## Weitere Themen

### *Unterschiedliche Vergabe des Substituts*

- Sanitäter geht in die Abteilungen vs. Vergabe durch Abholung der Inhaftierten

*Allgemein: unterschiedliche Vergabe der Medikamente*

- „Packen von Tüten“ mit unterschiedlich vielen Medikamenten

*Dokumentation*

- Papierform vs. elektronische Dokumentation
  - Datenschutz bei elektronischer Dokumentation?!
- automatische Dokumentation durch spezielle Methadonvergabeautomaten

*Ansprechen der Ärzte bezüglich der Änderung der Dosierung*

- Aufgrund der Hierarchie ist es für einige Pflegekräfte eine Überwindung den Arzt direkt anzusprechen
- Für einige andere stellt dies kein Problem da

*Interdisziplinäre Teambesprechungen ohne Pflegekräfte*

- Patientenbezogene Behandlung erfordert Besprechung im Team und eine ganzheitliche Betrachtung → Pflegekraft soll „mit gehört“ werden → nicht nur „Befehls- Empfänger“
- Nicht nur mitlaufen
- Ansonsten sind die Pflegekräfte „reine Medikamenten-Ausgeber“ und erfüllen keine eigentlichen Aufgaben mehr

*Schnittstellenprobleme*

- zwischen Arzt und Pflegekraft
  - Ärzte sehen die Probleme der Pflege nicht
- Pflegekraft und Psychologen
- Allgemein: zwischen Pflegepersonal und anderen Personal (wie Drogenberater etc.)

*Personalschlüssel*

- separater vs. integrierter Personalschlüssel für Medizinpersonal im Personalschlüssel des Allgemeinen Vollzugsdienstes
- Erfahrung: pflegerisches Personal wird häufig nicht ersetzt
  - Keine präventiven Anstrengungen um Personal frühzeitig zu ersetzen
- unterschiedliche Bestimmung des Personalschlüssels: Schätzung vs. Errechnung

*Qualitätssicherung*

- kann sie durchgeführt werden?



*Definition des Aufgabenbereichs für Pflegekräfte*

- Hin- und Herführen der Inhaftierten → wessen Aufgabe ist es, die des medizinischen Dienstes, oder die des Justizvollzugsbeamten?
- entsprechen den tatsächlichen Tätigkeiten, den Tätigkeiten im Arbeitsvertrag

*Kurzer Abriss der geschichtlichen Entwicklung von Krankenpflegepersonal im Justizvollzug*

- Mitte bis Ende der 60er Jahre: Anfang von Krankenpflegepersonal im Justizvollzug
- 1968er Jahre modernisiert
- Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe thematisiert „Pflege hinter Gittern“

Rolle der Pflegekräfte: Pflegekräfte sind immer die „Bösen“, sind schuld an allem

*Take- Home- Mitgabe von Substitut*

- Abgeschafft im Sinne der Absicherungsmentalität
- Mitgabe bis zu vier Wochen nach Entlassung, danach schrittweise Herunterdosierung

*Notwendigkeit eines Berufsverbandes*

- Stärkung des Selbst- und Fremdbildes

## AG 6 Substitution im Maßregelvollzug: Neuland?

*Annette Claßen, Thieß Matthießen*  
*Protokoll: Tim Ellermann*

### Hauptthesen

Die Substitution im Maßregelvollzug stellt für viele Patienten (z.B. durch die verringerte Entzugssymptomatik) die nötige Grundlage für die Teilnahme an weiteren Therapien dar.

Die Abstinenz ist kein realisierbares Ziel im Maßregelvollzug.

Für eine angemessene Substitutionsbehandlung im Maßregelvollzug muss in der Durchführung ein größerer Bezug zur evidenten Wissenschaft hergestellt werden.

Zeitgleich mit der Substitution im Maßregelvollzug sollten Chancen genutzt werden, weitere Erkrankungen wie z.B. Hepatitis C effektiv und frühzeitig zu behandeln.

- frühzeitige Impfungen als Präventivmaßnahme
- früher Therapiebeginn
- erhebliche Reduzierung der Folgekosten durch Impfungen

Eine Fachtagung zum Thema der Substitution im Maßregelvollzug kann entscheidend zur Verbesserung der Situation beitragen (findet im Januar 2011 in Hamburg statt – weitere Informationen über akzept):

Vorbereitend: Erstellen und Versenden (sowie anschließende Auswertung) eines Fragebogens zur Erfassung von Daten u. Informationen zur Vorbereitung:

- Abdeckungsrate?
- vorhandene Leitlinien?
- Durchführung?

Erstellung von einheitlichen Leitfäden zur Substitution im Maßregelvollzug:

- u.a. Verfahrensweisen:
- bei Beurlaubung der Patienten; Take-Home-Dosen, etc.,

- nach Entlassung der Patienten; Folgeversorgung, etc., in den Übergangsbereichen; Lockerungen bis hin zu Wohngruppenversorgung
- Behandlung bei verschiedenen/mehreren Krankheitsbildern
- insg.: Standards sollten alle insbesondere im Maßregelvollzug bestehenden Themenbereichen abdecken ← zusätzlich zur Notwendigkeit von allgemeinen Standards für Substitutionsversorgung in Haft

Vereinbarkeit der Substitution im Maßregelvollzug mit verschiedenen Berufsgruppen:

- z.B. Thema: Polymedikationen, interdisziplinäres Arbeiten, etc.
- direkte Rezeptvergabe durch Forensik-Personal?

Aktualität der Suchtbehandlung: Ist der Maßregelvollzug auf dem neuesten Stand?

- Daten/Institutionen vergleichbar machen; Datenerhebung explizit im Maßregelvollzug

Folgeversorgung: Rückkehr zur Szene?

- mehr substituierende Ärzte um Fokuspunkte der Szene zu zerstreuen?
- Substituieren in der forensischen Ambulanz?
- Gefahr der Überdosen (← Verfahren bei Lockerungen? etc.)

Ungleichheiten in der Abdeckung der Substitution im Maßregelvollzug:

- Unterschiede im Zugang zur Versorgung im Maßregelvollzug
- Stadtstaaten im Unterschied zu Flächenstaaten
- Unterschiede in den Ausschlusskriterien
- Verfahren bei Weiterverkauf der Medikamente, etc.

## AG 7 Leitlinien der Substitutionsbehandlung in Haft

*Jörg Pont*  
*Protokoll: Katja Thane*

### Inputreferat

Brauchen wir nationale Leitlinien für OST? Brauchen wir Leitlinien für OST in Haft? Was haben wir an Evidenzen?

#### 1. OST: Richtlinien, Empfehlungen, Konsensus (WHO, D, CH, A)

WHO: Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opiate Dependence, 2009

[www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

Bundesärztekammer: Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, 19 Feb 2010

[www.bundesärztekammer.de/downloads/RL-Substitution\\_19-Februar-2010.pdf](http://www.bundesärztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf)

SSAM: Medizinische Empfehlungen für substituionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit (Meili et al), 2007

[www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen\\_kurz\\_071209\\_de.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_kurz_071209_de.pdf)

ÖGPP: Substanzabhängigkeit vom Morphintyp. State of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. Psychiatrie & Psychotherapie 2 (Fischer et al) 2006

ÖGABS: Konsensus Statement „Substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ Suchtmed 11 (Haltmayer et al) 2009

[www.drogensubstitution.at/fileadmin/substitution/documents/Konsensus\\_Statement.pdf](http://www.drogensubstitution.at/fileadmin/substitution/documents/Konsensus_Statement.pdf)

#### 2. Guidelines für Substitution in Haft

WHO/UNODC: Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings. (Kastelic, Pont, Stöver) 2008

[www.unodc.org/documents/baltics/OST%20in%20Custodial%20Settings.pdf](http://www.unodc.org/documents/baltics/OST%20in%20Custodial%20Settings.pdf)

Österreich: Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten JMZ 52203/  
 0001-V1/05

3. Was haben wir an Evidenzen?

| WHO Guidelines 2009   |   |  |   |
|-----------------------|---|--|---|
|                       |   | Recommendation                                   | EBM Evidence                                |
| Type of TX            | Maintenance > Detoxification<br>Naltrexon after Detoxification  | Strong<br>Standard                               | Low to moderate<br>Low                      |
| Maintenance treatment | Methadon > Buprenorphin<br>Methadon starting ≤ 20mg<br>Average MMT dose 60-120mg<br>Average Bupr dose ≥ 8mg<br>+ Psychosocial support | Strong<br>Strong<br>Strong<br>Standard<br>Strong | High<br>Very low<br>Low<br>very low<br>High |
| Withdrawal TX         | Tapered doses of agonists<br>No antagonists, little sedation<br>+ Psychosocial support  | Standard<br>Standard<br>Standard                 | Moderate<br>Low<br>Moderate                 |
| Pregnancy             | Agonist maintainance<br>Methadone > Buprenorphin  | Strong<br>Standard                               | Very low<br>Very low                        |

Behandlungsziele, Indikatoren der OST

Verminderung von illegalem und iv Drogenkonsum  
 HC/B,HIV Übertragung  
 Mortalität  
 Beschaffungskriminalität  
 Gefängnisaufenthalte

Verbesserung des physischen/psychischen Gesundheitszustandes  
 der Fähigkeit zur Langzeitbetreuung (Retention)  
 der persönlichen/familiäre/sozialen Situation  
 der Behandlungsfähigkeit von Begleiterkrankungen  
 ....

Was wollen wir mit Leitlinien erreichen?

Wer soll sie verfassen, herausgeben?

An wen richten sie sich?

## Inhalt ?

Indikationen, Behandlungsstrategien, Pharmakologie, Risiko-Nutzen-abwägung, Vereinbarungen mit Patienten, Psychosoziale Begleit-therapie, Abbruchkriterien, Ausstiegsstrategien, Kontrollen, Weiterbe-treuung nach Entlassung, Kooperation der Justizanstalten unterein-ander und mit Einrichtungen „draußen“, Minimalerfordernisse, Ausbil-dung, behördliche Vorschriften, Meldung, ethische Grundsätze.....

Kurz – Detailliert ?

Kantig – Flexibel ?

## Protokoll der AG

### Einführung durch J. Pont

Es gibt eine Reihe von Richtlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft (z.B. Österreich, WHO, etc.). Leitlinien brauchen Evidenzen. Nach den klassischen Cochrane-Standards sind die Evidenz-Kriterien eher schwach, doch nach den WHO Recommendations und anderen Guide-lines wird dem Punkt eine hohe Wichtigkeit eingeräumt. Wichtig bei Leit- und Richtlinien sei ein guter Titel und anerkannter Herausgeber, dies kann etwas bewegen.

Sind weitere Richtlinien (hohe (rechtliche) Verbindlichkeit) oder Leit-linien notwendig, und wenn ja welcher Art und mit welcher Verbind-lichkeit? Die Teilnehmer plädieren für Leitlinien, Richtlinien zu erstellen wäre ein längerfristiges Ziel. Sollen Leitlinien an die Bundesärzte-kammer (BÄK) angelehnt werden? An wen sollen sich Leitlinien richten? Wie hoch soll die Verbindlichkeit sein?

Das Ziel von Leitlinien soll sein, mehr Substitution in Haft zu guter Qualität durchzuführen und der Justiz verdeutlichen, dass sie einen Versorgungsauftrag haben und die Bedingungen nach state of the art durchführen.

### Diskussion der TeilnehmerInnen

Die Gesundheitsversorgung liegt in den Händen des Justizministeriums in Deutschland (auch in Österreich, z.T. in der Schweiz zu etwa 80%, hier gibt es große Unterschiede zwischen den Kantonen).

Was fehlt ist in den Köpfen der Mediziner die Einsicht ins Chronische der Suchterkrankung. Urinkontrollen werden zur Reglementierung eingesetzt. Juristische Bedrohung/Unsicherheit stellt ein zentrales Problem für die Durchführung von Substitution dar. Motivation und Schulung von Ärzten seien wichtig, sowohl materielle Anreize als auch Handlungssicherheit für die Ärzte muss es geben. Ähnlich wie auch sonst im öffentlichen Dienst gibt es viele unbesetzte Stellen auf Grund der niedrigen Bezahlung.

Die neuen BÄK-Richtlinien sind als berufsrechtliche Grundlage auch für Anstaltsärzte relevant. Die Richtlinien sprechen nur noch von komorbidem Substanzgebrauch, nicht mehr von Beigebrauch. Beigebrauch wird als Mittel zur Reflektion begriffen.

Es herrscht Einigkeit in der Arbeitsgruppe, dass es Leitlinien zur Substitution in Haft geben soll. Im Anschluss werden verschiedene Aspekte diskutiert.

- Leitlinien wären wichtig für Argumentationen in den Anstalten.
- Warum suchtmedizinische Qualifikation? Der Begriff ist in den BÄK-Richtlinien schwammig formuliert.
- Die Pflege mit einbeziehen bei Leitlinien und als Charakteristikum klar nennen.
- BÄK-Richtlinien kommunizieren
- Das Thema Handlungssicherheit beachten
- Barrieren benennen – Haftspezifika, Bezahlung, Stellenschlüssel (Pflege, Sozialarbeit, Allgemeiner Dienst)
- Dabei wurde auch diskutiert, wie qualitativ gute Substitutionsbehandlung in Haft aussieht.
- „Umgang mit gewalttätigen Patienten“ – *Konsens* unter KollegInnen geschaffen.
- Welches sind qualitative und quantitative Gesundheitsziele für Patienten in Haft?
- „Hitlisten“ (wo läuft was besonders gut) waren in der Schweiz erfolgreich. Darüber könnten Bundesländer in Konkurrenz gesetzt werden.

- Ist Dokumentation ein ganz wesentliches Ziel?
- Wie ist Versorgung am Wochenende geregelt, wenn kein medizinisches Personal anwesend ist (in Mecklenburg-Vorpommern derzeit über die Polizei)?
- Justizministerien sollten Anreize und Ressourcen bereitstellen. Pro 50 Inhaftierte sollte eine Vollzeitpflegekraft; pro 200 Inhaftierte ein Anstaltsarzt tätig sein.
- Wer wird geachtet und gehört von verschiedenen Adressaten?
- Anleihen an österreichische und schweizer Leitlinien
- Minimalstandards beachten

Zielgruppe von Leitlinien: Die Leitlinien sollen sich an verschiedene Adressaten wenden:

- Ärzte – state of the art
- Justiz – was wird an personellen Kapazitäten und Qualifikationen gebraucht etc.

Nach dem Council of Europe und den European Prison Rules (§4) sind schlechte Ressourcen kein Grund, schlechte Krankenbehandlung durchzuführen.

Als Grundlage für Leitlinien können das (abgespeckte) ASTO-Handbuch und die BÄK-Richtlinien fungieren. Jedoch gelten für die Haft als stationäres Setting z.T. andere Notwendigkeiten als in der ambulanten Behandlung, einige Bestimmungen für Ambulanzen treffen in Haft nicht zu. Die Leitlinien sollen offen gestaltet sein, so dass eine flexible Behandlung möglich ist.

Wichtige Punkte sind Qualifikation, Ausbildung, Fortbildung. Diese sollten ggf. regelmäßig erfolgen und sollte gefordert werden. Darüber hinaus wären Qualitätszirkel regionsspezifisch sinnvoll. Themen wären u.a. Drogenhilfe, eigene Ängste abbauen. Der Fachkundenachweis beinhaltet kein update. Je nach Bundesland wird damit unterschiedlich umgegangen, so gibt es z.B. in Sachsen Auffrischkurse alle 2-3 Jahre. Auch die Regelung, welche Fachärzte den Fachkundenachweis



machen dürfen, ist unterschiedlich geregelt: In NRW weit gefasst, in Sachsen eng gefasst.

Wer soll die Leitlinien verfassen, wer sie herausgeben?

Menschen aus der Praxis und Menschen die Funktionen haben;  
Ein Kooperationsverbund von Fachgesellschaften

*Äußere Form:* so kurz wie möglich, so lang wie nötig, viele Quer-  
verweise, Es soll je eine Kurz- und Langversion erstellt werden.

*Zeitplan:* Zum Ende des Jahres 2010 soll ein Entwurf vorliegen.

Ein 2. Treffen zur Vorstellung der Leitlinien mit JVA-Beamten und  
Krankenpflegern, mit moderierten Workshops, mit Betroffenen,  
inhaftierten Patienten und externen Beratern sollte im Jahr 2011  
ermöglicht werden.

## ANHANG

Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug NRW

### Substitutionstherapie in der Haft

#### Präambel

Inhaftierte erhalten nach den Bestimmungen des Strafvollzugsgesetzes freie Heilfürsorge. Hierfür sind justizeigene Kräfte des medizinischen Dienstes zur Verfügung zu halten. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach den Bestimmungen des SGB V für gesetzlich Versicherte. Inhaftierte haben auf Grund der gesetzlichen Regelungen kein Anrecht auf die Behandlung durch justizfremde Ärzte.

Im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen sind die Voraussetzungen für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen bei Opioidabhängigen grundsätzlich gegeben. Die Kräfte des anstaltsärztlichen Dienstes verfügen über die erforderliche Fachkunde.

Qualifiziertes Hilfspersonal - examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger – steht zur Verfügung. Die Behandlung richtet sich auch im Vollzug grundsätzlich nach den von der Bundesärztekammer festgelegten Behandlungsrichtlinien.

Die für die ärztliche Behandlung verantwortliche zuständige Kraft des ärztlichen Dienstes entscheidet über die im Einzelfall erforderliche Behandlung nach eigenem Ermessen. Die Indikation für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung wird von den Kräften des anstaltsärztlichen Dienstes zurzeit vergleichsweise selten gestellt. Von Anstalt zu Anstalt sind - auch bei einer ähnlichen Patienten Klientel - im Hinblick auf die Häufigkeit der Indikationsstellung erhebliche Unterschiede feststellbar.

**Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Wünschenswert wäre**

**daher, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen. Dabei sollte die Handhabung der Behandlung im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen möglichst einheitlich erfolgen.**

## I.

### **Grundsätzliches zur Substitutionsbehandlung**

#### 1.

##### Grundsätze der Substitutionsbehandlung:

Die Opioidabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Die Behandlung der Opioidabhängigkeit und insbesondere der Heroinabhängigkeit mit Substituten ist von den möglichen Behandlungsformen die bei weitem am häufigsten gewählte und damit wichtigste Behandlungsmaßnahme dieser Sucht. Das (mehrjährige) Vorhandensein einer Drogensucht als solche ist die maßgebliche und – neben dem entsprechenden Behandlungswunsch des Patienten - einzig notwendige Voraussetzung für den Beginn einer Substitutionsbehandlung. Bei der Indikationsstellung müssen etwaige vorliegende Kontraindikationen beachtet werden. Krankheitsverlauf und Begleiterkrankungen müssen – wie bei anderen körperlichen und seelischen Erkrankungen - mit berücksichtigt und mit behandelt werden. Sie sind für die Indikationsstellung einer Substitutionsbehandlung jedoch nicht ausschlaggebend.

#### 2.

##### Zielsetzungen der Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung erfolgt unter definierten Zielsetzungen, die sich in der Haft und in Freiheit grundsätzlich nicht unterscheiden. Die bei Einführung der Behandlungsmöglichkeit ursprünglich als Zielvorgabe vorgesehene dauerhafte Abstinenz hat sich lediglich bei dem kleineren Teil der Behandelten als erreichbar erwiesen. Mittels der regelmäßigen Verabreichung des Substitutes werden Suchtdruck und Entzugsbeschwerden gemildert sowie der Konsum von Heroin reduziert. Bei reduziertem Heroinkonsum können dann auch die illegalen Aktivitäten zur Beschaffung von Heroin reduziert werden. Auf diese Weise wird der weiteren sozialen Desintegration des Abhängigen entgegengewirkt. Zielsetzungen sind heute

die Sicherstellung des Überlebens und die Sicherung der Grundlagen der menschlichen Existenz (Wohnung, Ernährung, Gesundheitsfürsorge),

- Befreiung des Patienten aus der krankheitsbedingten Verstrickung in illegale Aktivitäten mit Vermeidung von Straftaten und nachfolgender Sanktionierung, z. B. des Freiheitsentzuges,
- die Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit,
- Vermeidung von Beschaffungsprostitution mit schädlichen Sekundärfolgen (Erkrankung bzw. Weitergabe von Hepatitis C und B und Aids),
- soziale „Gesundung“ und gesellschaftliche Reintegration,
- dauerhafte Abstinenz (jährlich etwa 3% der Substituierten).

## II.

### Substitutionsbehandlung im Vollzug

Durch den Umstand der Inhaftierung verändert sich die Lebenssituation eines Suchtkranken erheblich. Zahlreiche Ziele, die - in Freiheit - als Ergebnis einer Substitutionsbehandlung erreicht werden sollen, können vordergründig während der Inhaftierung allein durch die Ingewahrsamnahme und die Fürsorgeleistungen des Vollzuges erreicht werden. In Konsequenz dieses Umstandes wird - bisher häufig - von einer Indikation zur Substitutionsbehandlung bei Inhaftierten abgesehen.

Sucht besteht jedoch auch im Vollzug fort und manifestiert sich in entsprechendem, situationsangepasstem süchtigen Verhalten. Substitution beeinflusst das süchtige Verhalten auch unter vollzuglichen Bedingungen positiv und bildet eine Brücke für die weitere Behandlung nach Ende der Haft.

Dabei ist eine differenzierende Betrachtungsweise für die verschiedenen Vollzugsformen erforderlich. Für den offenen Vollzug gelten andere Rahmenbedingungen als für den geschlossene Vollzug.

1.

**Vollzugliche Besonderheiten**

1.1 Soziale Rahmenbedingungen

• Gesicherte Grundversorgung Die Grundbedürfnisse bei der Versorgung in Bezug auf Unterkunft, Ernährung, und medizinische Versorgung sind im Vollzug sicher gestellt. Ein Mitwirken des Drogenabhängigen hierbei ist nur eingeschränkt erforderlich, ein Abgleiten in vollständige Desintegration ist nicht möglich. Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge werden „aufsuchend“ angeboten und sind teilweise durch Verwaltungsvorschriften verbindlich geregelt.

• Soziale Kontrolle Im Zusammenhang mit vollzuglichen Behandlungsmaßnahmen bestehen Angebote zur Strukturierung des Tagesablaufes, zur Freizeit und zur und Beschäftigung, die aktiv unterbreitet werden. Die Arbeitspflicht, der sich der Inhaftierte - bei medizinisch festgestellter Arbeitsfähigkeit - nicht entziehen kann, bindet und verpflichtet den Konsumenten in anderer Weise als in Freiheit.

1.2 Besonderheiten der vollzuglichen Behandlung

• Vollzugliche Behandlung und psychosoziale Betreuung

Drogenabhängige Gefangene unterliegen - wie andere Inhaftierte - einer vollzuglichen Behandlung. Sie erhalten in diesem Zusammenhang Angebote, die sich an ihren speziellen Bedürfnissen orientieren. Hierfür stehen Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen, teilweise mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und Psychiater zur Verfügung. Die psychosoziale Betreuung ist dabei nicht an den Umstand und das Vorliegen einer Substitutionsbehandlung gebunden. Sie umfasst auch Motivationsarbeit im Hinblick auf Arbeits- und Freizeitverhalten.

• Prinzip der Belohnung und Bestrafung

Der Vollzug verfügt über die Möglichkeit, Fehlverhalten zu sanktionieren und kooperatives Verhalten sowie Mitwirkung bei der Vollzugsgestaltung zu belohnen. Er kann - wesentlich intensiver als in Freiheit - repressive Strategien durchsetzen und mittels repressiver Maßnahmen Drogenkonsum kontrollieren.

• Fremdbestimmte Abstinenz des Suchtkranken auf Grund eingeschränkter Verfügbarkeit von Drogen und weitgehender Mittellosigkeit

Einrichtungen des geschlossenen Vollzuges sind nicht drogenfrei. Das Einschmuggeln von Drogen ist nicht vollständig zu unterbinden. Für die Perpetuierung süchtigen Verhaltens wie in Freiheit stehen die benötigten Mengen insbesondere an Opioiden nicht annähernd zur Verfügung. Konsum findet gleichwohl statt, allerdings nicht in der Menge und Regelmäßigkeit wie in Freiheit.

- Die finanziellen Ressourcen Heroinsüchtiger sind auch in Freiheit begrenzt. Unter freiheitsentziehenden Bedingungen stehen keine Bar-mittel zur Verfügung. Die Finanzierung des Heroinkonsums in Haft erfolgt daher durch angepasste subkulturelle Aktivitäten.

2.

### **Die besondere Rechtsstellung der Anstaltsärztin und des Anstaltsarztes**

Die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen liegt in der ausschließlichen Zuständigkeit und Verantwortlichkeit des Anstaltsarztes. Das bedeutet, dass der Anstaltsarzt mit Unterstützung der übrigen Vollzugsbediensteten, insbesondere des Pflegedienstes, die zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit erforderlichen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen hat<sup>12</sup>.

Der Anspruch auf Krankenbehandlung gründet sich auf § 58 StVollzG und § 63 JStVollzG NRW. Der § 61 StVollzG und der § 66 JStVollzG NRW regeln Art und Umfang der medizinischen Leistungen. Dieser richtet sich also nach den entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches und den aufgrund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen.

Es besteht allerdings weitgehend Einigkeit, dass der Anspruch eines Gefangenen auf ärztliche Heilbehandlung nicht deckungsgleich mit dem Anspruch eines gesetzlich Krankenversicherten ist. Aus den Besonderheiten des Strafvollzuges können sich weitere Einschränkungen ergeben.

---

<sup>12</sup> 1) Calliess/Müller-Dietz, Strafvollzugsgesetz, 11. Auflage 2008, § 56 Rn. 3.

kungen, aber auch weitergehende Ansprüche des Strafgefangenen ergeben<sup>13</sup> 2) .

Dem Anstaltsarzt verbleibt in seiner fachlich-medizinischen Tätigkeit ein Ermessensspielraum. Der Gefangene hat keinen Anspruch auf Verordnung einer vom ihm geforderten bestimmten Behandlungsmaßnahme durch den Anstaltsarzt. Über die Notwendigkeit einer Maßnahme entscheidet der Anstaltsarzt nach den ihn verpflichtenden Regeln der ärztlichen Kunst. Die Frage, ob eine bestimmte Maßnahme erforderlich ist, beantwortet sich in erster Linie nach medizinischen Gesichtspunkten und ist vom Anstaltsarzt nach ärztlichem Ermessen im Rahmen eigenverantwortlicher spezifischer Tätigkeit zu prüfen. Sie ist sowohl vom Anstaltsleiter als auch von Gerichten nur daraufhin überprüfbar, ob die Grenzen pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens eingehalten sind. Unbeschadet des Anspruchs auf hinreichende Gesundheitsfürsorge gibt die Vorschrift dem Gefangenen kein Recht, die Verordnung bestimmter Maßnahme zu verlangen, weil er das nach seiner subjektiven Ansicht für geboten hält.

Dies gilt auch im Hinblick auf den Anstaltsleiter, der zwar für den gesamten Vollzug, nicht aber für den Aufgabenbereich der ärztlichen Versorgung zuständig ist<sup>14</sup> 3) .

Die medizinische Tätigkeit unterliegt allerdings der Fachaufsicht durch die Aufsichtsbehörde. Sie trifft Anordnungen, falls die Grenzen des pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens überschritten oder fehlerhaft ausgeübt werden. Fachaufsichtliche Weisungen sind auf konkrete Einzelfälle beschränkt.

3.

### **Maßgebliche Entscheidungsgründe für eine Substitution im Vollzug**

3.1.

#### **Vermeidung einer lang anhaltenden dysphorischen Herabgestimmtheit und psychische Stabilisierung**

---

<sup>13</sup> 2) Calliess/Müller-Dietz, Strafvollzugsgesetz, 11. Auflage 2008, § 58 Rn. 1.

<sup>14</sup> 3) Calliess/Müller-Dietz, Strafvollzugsgesetz, 11. Auflage 2008, § 56 Rn. 3.

Die Erfahrung der Inhaftierung stellt für den ganz überwiegenden Teil der Betroffenen eine sehr erhebliche psychische Belastung dar. Bei Drogenabhängigen werden körperliche Entzugserscheinungen bei Anwendung der im Vollzug üblichen Methadon gestützten Abdosierung zwar weitgehend vermieden. Die Imbalance von zentralnervösen Transmittersystemen bleibt jedoch auch nach dem Entzug der psychotrop wirksamen Opiode lang anhaltend bestehen mit den daraus resultierenden negativen Konsequenzen bei diesem Personenkreis.

Drogenabhängige leiden - im Sinne einer Zweiterkrankung - in einem überdurchschnittlichen Ausmaß an weiteren psychiatrischen Störungen. Dies gilt auch für Drogenabhängige in Haft. Heroinkonsum bzw. der polytoxikomaner Konsum anderer Suchtmittel einschließlich von Ersatzsubstanzen wie Methadon kann eine - ungeeignete - Eigen-therapie psychischer Störungen darstellen. Der Opioidentzug belastet die Abhängigen insofern gleich in mehrfacher Weise. Konsequenz ist häufig eine schwerwiegende und lang anhaltende depressive Herabgestimmtheit. Sie wird realisiert und - zutreffend - auf den Substanzmangel zurückgeführt. Die Erkrankten begegnen dem von ihnen als negativ erlebten Substanzmangel in unterschiedlicher Weise.

### 3.1.1

#### Vermeidung von subkulturellen Aktivitäten

Ein Teil der Drogenkranken versucht, die erlernten und als bewährt erlebten Strategien auch unter vollzuglichen Bedingungen zu leben. Beschaffungsversuche und in diesem Sinne zu wertende Aktivitäten determinieren das Denken und Handeln. Subkulturelle Aktivitäten werden gefördert. Sie sind im Vollzug als besonders gesundheitsschädlich anzusehen. Beschaffungsprostitution findet im Vollzug meist ungeschützt statt. Der Handel, das Strecken von Substanzen, die Weitergabe und der Konsum von illegalen Drogen erfolgt im Vollzug unter noch risikoreicheren Bedingungen als in Freiheit.

Die subkulturelle Betätigung steht dem vollzuglichen Behandlungsziel diametral entgegen. Der Inhaftierte wird nicht im Sinne des Erlernens von legalem Verhalten gefördert, sondern in illegalen Verhaltensweisen bestärkt und zur Begehung weiterer Straftaten auch im Vollzug veranlasst.



### 3.1.2

#### Rückzug und Verweigerungshaltung

Der andere Teil der Inhaftierten findet sich ab, lebt Regressionsstrategien und "sitzt die Situation aus". Die Zwangsabstinenz führt zur Verweigerungshaltung der Patienten gegenüber psychosozialen Angeboten. Sie wirkt kontraproduktiv zum Vollzugsziel.

Die Grundbedürfnisse des Drogenkranken im Vollzug - Nahrung, Wohnung, Kleidung, gesundheitliche Basisversorgung - mögen gesichert sein. Sein Abgleiten in vollständige soziale Desintegration wird durch die gebotene Fürsorge verhindert. Insoweit wirkt allein der Umstand der Inhaftierung ähnlich wie eine Substitutionsbehandlung in Freiheit.

Das Kernanliegen des Vollzuges, die Vermittlung der Befähigung zu zukünftigem straffreiem Leben, kann jedoch nicht vermittelt werden. Die vollzuglichen Angebote zur nachhaltigen Umstellung des bislang dissozial geprägten Lebensstils gehen am Drogenabhängigen, der sich verweigert, vorbei.

Das Ziel ist, auch Drogenabhängige für die Zeit nach der Entlassung aus der Haftanstalt in die Lage zu versetzen, ihr Leben wieder selbst in den Griff zu bekommen, nicht erneut in Suchtverhalten und illegale Aktivitäten abzurutschen mit Beschaffungskriminalität und der Folge neuer Inhaftierungen oder mit Beschaffungsprostitution mit dem bekannten Risiko für sich und den Gesundheitsstatus der diese "Dienstleistung" nachfragenden Bevölkerung.

Die Inhaftierung bietet die große Chance, sonst in Freiheit kaum erreichbare Patienten zum Überdenken ihrer Situation zu motivieren, mit dem Ziel, einen grundlegenden Neuanfang zu versuchen und sie dabei über längere Zeit psychosozial zu begleiten. Hierfür stehen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zur Verfügung, die psychotherapeutische Betreuung, Gruppenarbeit, das Erlernen eines strukturierten Tagesablaufs durch den Drogenkranken (in der Haft bereits weitgehend gegeben) anbieten und einüben. Der Vollzug versucht, Bildung, Ausbildung und Berufsabschlüsse zu vermitteln. Dem Abhängigen soll so eine neue Perspektive vermittelt werden und die

Chance geboten werden, positive Erfahrungen außerhalb des Drogenkonsums zu erleben. In diesen Kontext gehören auch Versuche, die vorbestehenden sozialen Kontakte z.B. zur Familie oder Freunden außerhalb wieder aufzubauen, und im Idealfall, in Einzelfällen, Arbeitsplätze für die Zeit nach der Inhaftierung zu beschaffen.

**Fazit:**

**Für Drogenabhängige, die für sich im Vollzug nur den Ausweg der subkulturellen Betätigung oder des resignativen Abwartens sehen, ist die Zeit im Vollzug im Hinblick auf Reintegration und Resozialisierung, also dem eigentlichen Vollzugsziel, vertan.**

3.2.

Vermeidung von Zwischenfällen im Vollzug

Ein quantitativ eher nachrangiger, gleichwohl bedeutungsschwerer, weil in unmittelbarerem Bezug zum möglichen Ableben durch die Erkrankung stehender Gesichtspunkt ist die Vermeidung von letalen Zwischenfällen durch Drogenkonsum im Vollzug.

Immer wieder konsumieren Suchtkranke dann, wenn Suchtdruck und Gelegenheit zusammentreffen, illegale Substanzen in einer von ihnen als üblich erachteten Menge. Nach meist schon länger bestehender Entwöhnung ist die pharmakologische Toleranz im Hinblick auf Opiode drastisch reduziert. Intoxikationen im Vollzug auch mit tödlichem Ausgang sind zwar nicht in großer Zahl zu registrieren. Sie sind jedoch bekannt und in jedem Fall letztendlich eine therapeutische Niederlage mit katastrophalem Ausgang für den Betroffenen.

3.3

Substitutionsversuch bei polytoxikomanen Abhängigen

Inhaftierte Drogenabhängige stellen in der Querschnittsbetrachtung eine besonders ungünstig selektierte Teilmenge aller Drogenabhängigen dar. Viele erstmals oder erneut Inhaftierte sind überdurchschnittlich dissozial, nur in geringem Umfang absprachefähig und unzuverlässig und leiden in erheblichem Umfang unter mehreren substanzbezogenen Störungen (polytoxikomanes Verhalten, massiver Alkoholabusus).

In Freiheit werden Suchtkranke mit derartig ungünstigen Voraussetzungen häufig nicht ärztlich substituiert. Sie konsumieren allerdings - zusätzlich zu diversen legalen und illegalen psychotrop wirkenden Substanzen - gleichwohl Substitute in eigener Verantwortlichkeit, die sie sich üblicherweise mittels illegaler Praktiken verschaffen.

Im Vollzug werden derartige Gefangene bislang regelmäßig - bestimmungsgemäß - abdosiert. Ob im weiteren Verlauf der Inhaftierung - nach entsprechender Latenz und Stabilisierung der Detoxifikation - eine Substitutionsbehandlung möglich wäre, wird selten geprüft.

Gerade bei diesen Gefangenen könnten Gesichtspunkte für einen Substitutionsbehandlung unter den Bedingungen der Inhaftierung sprechen. Die Patienten haben im schützenden Umfeld des Vollzuges mit den hier bestehenden repressiven Kontrollmöglichkeiten die sich ihnen in Freiheit nur selten bietende Chance, durch eine eng-maschig kontrollierte ärztliche Substitution zu lernen, mit nur einer - durch Ärzte verschriebenen Substanz - ihre Sucht in den Griff zu bekommen und zu beherrschen.

### 3.4

#### Vermeidung von Todesfällen nach Entlassung

Während der Inhaftierung sind nicht substituierte Gefangene zwangsweise weitgehend abstinent. Bei Entlassung aus der Haft oder bei Lockerungen besteht die Suchtproblematik aber weitgehend fort. Der Rückfall ist bei Entlassung in ungesicherte Verhältnisse und ohne Substitutionsbehandlung vorprogrammiert und regelmäßig zu erwarten.

Bei Entlassung aus der Haft ist der ehemalige Konsument über längere Zeit (weitgehend) abstinent gewesen. Er verliert daher die zuvor bestehende Toleranz gegenüber Opioiden.

Bei Gebrauch der vor der Inhaftierung üblichen Opioiddosis kann es daher zu vital bedrohlichen Überdosierungen kommen. Statistisch sind die ersten Wochen nach Inhaftierung die Hauptrisikozzeit für den Drogentod. Diese Todesfälle können weitgehend vermieden werden, wenn bei Entlassung eine stabile Substitutionsbehandlung erfolgt und eine Entlassung in eine gesicherte Weiterbehandlung erfolgt.

### 3.5.

#### Substitution mit dem Ziel der Entwöhnung

Während der Inhaftierung sollten inhaftierten Patienten ein zur Abstinenz führendes mit ärztlicher Hilfe gesteuertes Ausschleichen aus der Droge und/oder dem Substitut angeboten werden. Dieser Weg sollte beschränkt werden, wenn der Patient es selber wünscht. Die Erfolgsquote, über eine Substitution dauerhaft abstinent zu werden, liegt statistisch in gleicher Höhe wie bei der Abstinenztherapie.

### 4.

#### Vollzugliche Rahmenbedingungen

Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug erfolgt unter ähnlichen Rahmenbedingungen wie in Freiheit.

#### 4.1

##### Behandlungsvertrag

Die Einleitung einer Substitutionsbehandlung setzt voraus, dass der Patient bereit ist, einen Behandlungsvertrag zu unterschreiben, der die Regeln festlegt, unter denen die Substitution durchgeführt wird.

#### 4.2

##### Abbruch einer Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung erfordert die Mitarbeit des Gefangenen sowie das Einhalten bestimmter Verhaltensregeln. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben wird im Einzelfall über den Abbruch der Substitutionsbehandlung entschieden. Die Entscheidung trifft der ärztliche Dienst. Bei der Entscheidungsfindung sollte die suchttherapeutische Arbeitsgruppe der Justizvollzugsanstalt beteiligt werden.

Ausschlussgründe für eine Weiterführung der Substitution sind:

- wiederholter problematischer Beikonsum (therapieresistente komorbide substanzbezogene Störungen),
- Nichtentbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Suchtberatung,
- Verweigerung notwendiger ärztlicher Untersuchungen,
- Handel mit Drogen,
- Betrugsversuche bei der Einnahme,

- Verweigerung von ärztlich angeordneten Drogenkontrolluntersuchungen oder Manipulationen,
- Gewalt und Bedrohung im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung.

Der Abbruch einer Substitutionsbehandlung führt nicht automatisch zu dem dauerhaften Ausschluss von einer Substitutionsbehandlung. Die Entscheidung ist bei entsprechender Verhaltensänderung des Patienten oder sonstigen Änderungen der Rahmenbedingungen zu überdenken. Dabei ist jeweils eine Entscheidung im Einzelfall erforderlich. Zeitliche Rahmenvorgaben, z.B. Bewährungsfristen für eine Wiederaufnahme der Substitutionsbehandlung, werden dieser Forderung nicht gerecht.

Die Feststellung von Beikonsum erfordert regelmäßig die therapeutische Intervention, jedoch nicht zwangsläufig den Abbruch der Substitutionsbehandlung.

5.

#### **Szenarien der medizinische Behandlung der Opioidabhängigkeit durch Substitution in einer Justizvollzugsanstalt**

Die Indikationsstellung zur Substitution ist in Bezug auf die unterschiedlichen Phasen einer Inhaftierung gesondert zu betrachten. Bei der Aufnahme, während der Inhaftierung sowie bei Vorbereitung der Entlassung eines Gefangenen sind im Hinblick auf die Substitution jeweils spezielle Gesichtspunkte und Anforderungen zu beachten. Die vollzuglich zu beachtenden Besonderheiten bei Aufnahme, während der Haft und vor der Entlassung werden im Folgenden kurz skizziert.

5.1

#### **Medizinische Behandlung von Suchtkranken bei Aufnahme in eine Justizvollzugsanstalt**

Bei Aufnahme in eine Justizvollzugsanstalt ist zu differenzieren zwischen vorbehandelten (substituierten) und nicht substituierten Patienten.

### 5.1.1

#### Ärztlich vorbehandelte (substituierte) Patienten ohne problematischen Beikonsum / mit problematischem Beikonsum:

Die in Freiheit oder innerhalb des Vollzuges - in einer anderen Justizvollzugsanstalt - durch eine suchtmmedizinisch qualifizierte ärztliche Kraft gestellte Substitutionsindikation ist grundsätzlich nicht in Frage zu stellen. Die Weiterbehandlung ist sicher zu stellen. Eine Substitutionsbehandlung ist eine medizinisch erforderliche Behandlung. Die Behandlung darf ohne Grund nicht beendet werden.

Sofern im Einzelfall die in der aufnehmenden Justizvollzugsanstalt weiterbehandelnde ärztliche Kraft zu einer abweichenden therapeutischen Entscheidung kommt, sind die maßgeblichen Gründe ausführlich mit dem Patienten zu erörtern und therapeutische Alternativen aufzuzeigen. Die entscheidungsrelevanten Gründe und die aufgezeigten Alternativen sind schriftlich in der Gesundheitsakte zu dokumentieren.

Das therapeutische Vorgehen folgt grundsätzlich folgendem Schema:

- Weitersubstitution, angelegt als Dauersubstitution,
- ausreichende Dosierung zur Sättigung der Rezeptoren (ggf. Spiegelmessung),
- psychosoziale Betreuung,
- Urinkontrollen zum Ausschluss von problematischer Beikonsum.

Bei ärztlich substituierten Patienten, bei denen bei Inhaftierung und der Aufnahme in die Justizvollzugsanstalt problematischer Beikonsum feststellbar ist (vorzugsweise Alkoholmissbrauch), ist zunächst die Detoxifikation vom Beikonsum erforderlich.

Auch hier ist das Ziel die Erreichung einer stabilen Dauersubstitution, die unter vollzuglichen Bedingungen deutlich sicherer darstellbar ist als in Freiheit. Die Problematik des Beikonsums ist verstärkt zu beachten. Ansonsten ist grundsätzlich wie bei ärztlich vorbehandelten (substituierten) Patienten ohne problematischen Beikonsum zu verfahren.

### 5.1.2

#### Patienten mit polytoxikomaner Opioidabhängigkeit ohne ärztliche Substitution

Bei dieser Gruppe von Patienten ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob die unter Nr. 3 aufgeführten Gründe eine Substitutionsbehandlung rechtfertigen. Grundsätzlich steht zu Beginn der Behandlung allerdings die Detoxifikation.

- Detoxifikation mit gleichzeitiger ärztlicher suchttherapeutischer Behandlung,
- Prüfung der Substitutionsindikation.

Die maßgeblichen Gründe sind ausführlich mit dem Patienten zu erörtern und therapeutische Alternativen aufzuzeigen. Die entscheidungsrelevanten Gründe und die aufgezeigten Alternativen sind schriftlich in der Gesundheitsakte zu dokumentieren

### 5.2

#### Medizinische Behandlung von Suchtkranken während der Inhaftierung

Wird die Indikation zu einer Substitutionsbehandlung während einer Inhaftierung neu gestellt, zum Beispiel bei einem unter 5.1.2 beschrieben Fall, ist das Folgende vorab zu klären bzw. zu bedenken:

- Bei in Untersuchungshaft befindlichen Gefangenen ist der Beginn der Substitution nur möglich, wenn ein Weitersubstitutionsplatz gesichert ist.
- Bei in Strafhaft befindlichen Gefangenen ist es bei einer Haftdauer von mehr als zwei Jahren nicht erforderlich, dass ein Weitersubstitutionsplatz bekannt ist.
- Bei Haftstrafen (Strafhaft) unter zwei Jahren sollte in der Regel ein Weitersubstitutionsplatz bekannt sein.

Vorausgehen muss eine sorgfältige Anamnese der Drogenabhängigkeit, insbesondere bei Patienten, die längere Zeit drogenfrei waren. Die Entscheidung zur Dauersubstitution ist eine Einzelfallentscheidung. Wird die Indikation zu einer Substitutionsbehandlung gestellt, folgt die Behandlung nach dem folgenden Ablaufschema:

- Schrittweise Einstellung auf eine suffiziente Substitutdosis (ggf. Spiegelmessung),
- Psychosoziale Betreuung
- Urinkontrollen zur Detektion von problematischem Beikonsum

Folgendes ist im Zusammenhang mit einer Dauersubstitution während der Haft zu beachten:

- Die Dauer der Haft hat keinen Einfluss auf die Indikation zur Substitution.
- Die Entscheidung in Hinblick auf eine ggf. erforderliche Beendigung der Substitutionsbehandlung trifft der ärztliche Dienst. Bei der Entscheidungsfindung sollte die suchtherapeutische Arbeitsgruppe der Justizvollzugsanstalt beteiligt sein.
- Der Abbruch einer Substitution bedeutet nicht automatisch den dauerhaften Ausschluss von der Substitutionsbehandlung.
- Es existieren keine festen Vorgaben zu den Bedingungen eines Wiederbeginns der Substitution. Der Wiederbeginn der Substitution ist eine Entscheidung im Einzelfall.

### 5.3

#### Medizinische Behandlung von suchtkranken Gefangenen mit Opioidabhängigkeit im Hinblick auf die Entlassung aus der Haft

Hinsichtlich der Indikationsstellung sind insbesondere die Überlegungen unter 3.4 von Bedeutung.

Grundsätzlich ist ansonsten wie unter 5.2 zu verfahren.

Folgendes ist vor der Entlassung eines substituierten Gefangenen besonders sorgfältig zu beachten:

- Der Weitersubstitutionsplatz muss sichergestellt sein
- Die Klärung des Krankenversicherungsverhältnisses bzw. der Kostenträgerschaft der Behandlung ist obligat, damit die Substitution ohne Unterbrechung weitergeführt werden kann. Sie muss vor der Entlassung des Inhaftierten erfolgen (durch Beteiligung der insoweit in Frage kommenden Institutionen: z.B. ARGE, gesetzliche Krankenversicherung, Sozialämter).



- Seitens des medizinischen Dienstes der Justizvollzugsanstalt ist die Erstellung einer Substitutionsbescheinigung zur Aushändigung an den Patienten erforderlich.

6.

### **Anwendung von Formblättern/Tabellen bei der Substitutionsbehandlung**

6.1

#### Checkliste Zugang Abhängigkeit

Die Checkliste Zugang Abhängigkeit sollte bei jedem Erstkontakt mit einem suchtkranken Gefangenen nach der Inhaftierung durch den Krankenpflagedienst zur Anwendung kommen. Sie ermöglicht die standardisierte Erfassung der Anamnese und Entzugssymptomatik eines suchtkranken Patienten.

6.2

#### Umrechnungsprogramm Methadon

Anhand der Tabelle ist es möglich, bei Methadonlösungen mit verschiedenen Konzentrationen die Umrechnung in Äquivalenzdosen vorzunehmen, um die entsprechende Flüssigkeitsmenge zu ermitteln.

## Substitutionsgestützte Behandlungen im Strafvollzug (SGB)

*Catherine Ritter BAG März 2010*

Adressaten des vorliegenden Dokuments: Gesundheitsfachleute  
Die nachfolgend präsentierten konkreten Inhalte stützen sich auf empirische Daten oder Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin (EBM), die der Fachliteratur entnommen wurden. Die Referenzen verweisen auf weiterführende oder ergänzende Literatur.

### Einleitung

Die substitutionsgestützte Behandlung stellt einen der Ansätze unter den vielfältigen Therapieformen der Opioidabhängigkeit dar. Sie leistet ebenfalls einen Beitrag zur Schadensminderung (harm reduction). Je nach Therapieeinrichtung wird die Substitution durch Allgemeinmediziner/Internisten oder Psychiater verschrieben. Von Erstverschreibungen per Telefon wird abgeraten.

### 1. Prävention

- Den Insassen sind die zur Prävention des Opioidkonsums notwendigen Informationen in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen. Beispiel für Informationsquellen:
- SFA
- Vorbeugung von Intoxikationen / medikamentösen Überdosierungen → vgl. Dokument *Vorgehen bei Überdosis*

### 2. Erkennung und Diagnose von Opioidgebrauch / Opioidabhängigkeit

- Substanzgebrauch bei jeder neu eintretenden Person erkennen
- Beim ersten Kontakt mit Gesundheitsfachleuten (oder bei der ärztlichen Eintrittsmusterung) wird systematisch ein möglicher Substanzkonsum erfragt und abgeklärt: Substanzart, Häufigkeit und tägliche Mengen, Konsumweise. → vgl. Dokument *Eintrittsbefragung*

- Eine vollständige Anamnese des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen erstellen

*Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung* in Betracht zu ziehende Aspekte:

Substanzkonsum:

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

*In einem zweiten Schritt* zu berücksichtigende Aspekte:

- Aktueller Substanzkonsum (ergänzen) und früherer Substanzkonsum
- Behandlungsvorgeschichte
- Kriterien für eine Opioidabhängigkeit bestätigen (ICD-10 oder DSM-IV)
- Klinischen Status erheben

*Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung* abzuklärende Punkte:

- Entzugssymptome und -zeichen:
- objektiv: Niesen, Rhinorrhoe, Tränenfluss, erweiterte Pupillen, Durchfall, abdominale Schmerzen, Schwitzen (cave: kann auch ein Zeichen für unerwünschte Wirkungen sein), Gähnen, Hypotonie;
- subjektiv: Schlafstörungen, Entzugsgefühl, Konsumverlangen, kürzlicher Konsum (bei Verhaftung und Verheimlichung des Produkts);
- Somatischer Allgemeinzustand: Bewusstsein, Gewicht, Blutdruck, Hautmanifestationen;
- Komplikationen des intravenösen Konsums, die sofortige Massnahmen erfordern: Abszess, Thrombose, Endokarditis.

*In einem zweiten Schritt* zu berücksichtigende Aspekte:

Systemanamnese komplettieren und Organstatus erheben

- Psychiatrische Anamnese und Sozialanamnese ergänzen

- Zusätzlichen Untersuchungsbedarf abklären
- Behandlungs- oder Impfindikationen stellen
- Zusätzliche klinische Untersuchungen durchführen

*Im Vorfeld einer ersten Opioidverschreibung* durchzuführende Untersuchungen:

- Urinanalyse: Der Opioidnachweis kann einen kürzlich stattgefundenen Opiatkonsum belegen
- Schwangerschaftstest

In Abhängigkeit von *Anamnese und klinischem Status* durchzuführende Untersuchungen:

- Laboruntersuchungen (virologische Untersuchungen, Tuberkulose-tests): vgl. Dokumente STI, Hepatitis C, Tuberkulose
- Blutbild, Leberfunktion
- Lungenröntgen
- EKG (QTc)

### 3. Therapie und Verlauf

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

Zugänglich zu machende Behandlungen:

- Medikamentöse Behandlungen: Substitution unterschiedlicher Dauer je nach Zielsetzungen, die gemeinsam mit dem Insassen regelmässig vereinbart werden
- Entzug und Abstinenzhaltung
- Psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenbetreuung
- Information über die Existenz der Narcotics Anonymous oder Kontaktaufnahme mit dieser Gemeinschaft (Schreiben, Besuch)

Vier gängige Situationen, in denen Substitutionsmedikamente verschrieben werden:

1. Behandlung des Opioidentzugs und kurzfristige Stabilisierung
2. Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung

3. Weiterführung einer im Vorfeld begonnenen substitutionsgestützten Behandlung
4. Änderung der Dosierung und Abschluss einer substitutionsgestützten Behandlung (abstinenzorientierter Entzug)

#### 1. Behandlung der Opioidentzugsserscheinungen und kurzfristige Stabilisierung der Person.

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

##### Behandlung der Entzugsserscheinungen *mit Opioiden*

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

#### 2. Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung bei *nicht substituierten* Opioidabhängigen

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

Bei der *Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung* zu berücksichtigende Aspekte:

- Indikationen sind: nachgewiesene Opioidabhängigkeit, insbesondere im Falle einer Schwangerschaft; keine Kontraindikationen; Überbrückung einer provisorischen Situation wie z. B. kurzer

Gefängnisaufenthalt; Minderung der Folgeschäden des Opioidkonsums während des Strafvollzugs; Toleranzerhaltung und Verhinderung einer Überdosierung während der Haft und nach der Entlassung.

- Administrative Schritte unternehmen, um Meldung zu erstatten oder gegebenenfalls die Bewilligung für die Behandlung während des Gefängnisaufenthalts einzuholen.
- Die betroffene Person darüber aufklären, dass die Behandlung nach der Entlassung weitergeführt werden muss, und die entsprechenden Vorkehrungen treffen.

Weitere Faktoren sind gemeinsam mit der Person abzusprechen: Behandlungsziel; Wahl des Substitutionsmedikaments und Dosierung; Häufigkeit und Dauer der regelmässigen Termine bei den Gesundheitsfachleuten; Interventionsmöglichkeiten, wenn nicht eingeplante zusätzliche Konsultationen benötigt werden; Art der Kontrollen im Laufe der Behandlung und Folgen der Ergebnisse, insbesondere Urinproben.

### 3. Fortsetzung der substitutionsgestützten Behandlung

Es gibt zwei Standardsituationen: Die Person kommt entweder bereits aus einem Substitutionsprogramm oder nicht. Im letzteren Fall sind die Behandlung und die Massnahmen gemäss den Punkten 1 und 2 durchzuführen.

Fortsetzung der substitutionsgestützten Behandlung von Opioidabhängigen, *die sich bereits in substitutionsgestützter Behandlung befinden.*

Nach Bestätigung einer laufenden Behandlung durch den Verschreibenden wird die Behandlung nach den vorgängig festgelegten Modalitäten fortgesetzt, wobei eventuelle Entzugs- oder Intoxikationszeichen während der ersten Abgaben zu beachten sind (aufgrund der Toleranzabnahme um 20 % pro behandlungsfreien Tag). Die Dosierung ist entsprechend anzupassen.

### 4. Regelmässige Beurteilung der Motivation, die Substitution weiterzuführen

Bei einer *Dosisänderung* zu berücksichtigende Aspekte:

- Zu grosse oder zu rasche Änderungen vermeiden;
- Die klinische Entwicklung des Patienten auf physischer und psychischer Ebene genau beobachten;
- Die Möglichkeit in Betracht ziehen, im Rahmen der Auflagen der jeweiligen Einrichtung betreffend Verschreibung oder klinische Beurteilung (wöchentliche Arztvisite) den Entscheid der Dosisänderung zu revidieren.

Bei einem *abstinenzorientierten Entzug* zu berücksichtigende Aspekte:

- Indikation besprechen: persönlicher Wille; Verlegung in eine stationäre Einrichtung befehlender Substitutionsbehandlung; Ausreise.
- Aufklärung über Vorsichtsmassnahmen, die bei einer Wiederaufnahme des illegalen Substanzkonsums zu treffen sind, insbesondere im Hinblick auf die Entlassung.
- Schrittweisen Entzug nach den geltenden medizinischen Empfehlungen durchführen, indem der klinische Verlauf auf somatischer und psychischer Ebene regelmässig beurteilt wird.
- Die Möglichkeit in Betracht ziehen, auf den Entzugsentscheid zurückzukommen.

Dieses Vorgehen kann jederzeit während der unter Punkt 1 beschriebenen kurzzeitigen Stabilisierungsphase Anwendung finden, ohne dass im Vorfeld eine kurzfristige Stabilisierung nach Punkt 1 durchlaufen wird, oder bei einem Entscheid, im weiteren Verlauf die Behandlung zu unterbrechen.

- Verschreibung der Substitution nach den geltenden medizinischen Empfehlungen Wahl des Substitutionsmedikaments: Synopsis zu Buprenorphin und Methadon(1)<sup>15</sup>  
Dosierungen: vgl. SSAM-Empfehlungen

Behandlung somatischer und psychischer Komorbiditäten sowie sozialer Problemstellungen

Beispiele für die Behandlung einer Komorbidität:

---

<sup>15</sup> (1)SSAM - Empfehlungen, S. 16

- Therapie somatischer Komorbiditäten: Hepatitis C, HIV, Venenthrombose, Abszess
- Einzelpsychotherapie (unterstützend)
- Rechtliche Folgen des Substanzkonsums zur Sprache bringen

Beispiele für zu berücksichtigende Faktoren:

- Möglicher Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Inhaftierungsgrund
- Strafrechtlich angeordnete Teilnahme an einer Behandlungsmaßnahme
- Auf die „Adherence“ oder Therapietreue bei der substituionsgestützten Behandlung achten  
Einnahme unter Sichtkontrolle
- Die informierte Einwilligung (informed consent) der Person in ihre Behandlung einholen.

Anzuspreekende Punkte:

Behandlungsrahmen: Zielsetzungen; Dauer; Wahl des Substitutionsmedikaments und Dosierung; Rechte und Pflichten aller Parteien; Einnahmebedingungen; Verlauf; Behandlungskontrollen; Urintests; Massnahmen bei fehlender Compliance, bei spontanem Behandlungsabbruch oder illegalem Konsum; Vertraulichkeit.

Diese Punkte werden manchmal vertraglich geregelt.

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

Erforderliche Mittel:

- Impfungen gegen Hepatitis A und B
- Steriles Material für den Substanzkonsum
- Informationsmaterial (kumulative Wirkung der Substanzen, Wechselwirkungen, Intoxikations-/Überdosierungsgefahr)
- Verhütung der Wiederaufnahme des Substanzkonsums

## 5. Information und Aufklärung

Information / Aufklärung über die Krankheit und deren Behandlung

Zu thematisierende Inhalte

- Behandlungsrahmen



- Substitutionsbehandlungen: Ziele; längere Behandlungsdauer; Nebenwirkungen
- Metabolismus und Kinetik von Methadon
- Kumulative Wirkung der Substanzen, Wechselwirkungen, Gefahr einer Intoxikation/Überdosierung auch im Hinblick auf die Entlassung
- Aufklärung über Präventionsmassnahmen zum Schutz des Umfelds  
Relevante Massnahmen:
- Bei einer Einnahme in der Zelle in Anwesenheit von Nichtkonsumenten Material sicher verräumen und entsorgen
- Substanz geschützt vor den Blicken anderer Personen konsumieren
- Bei Abgaben für mehrere Tage sind diese ausser Reichweite von nicht opioidtoleranten Personen aufzubewahren

## 6. Meldepflicht und Kohorten für epidemiologische Verlaufuntersuchungen

Formulare zuhanden der kantonalen Gesundheitsbehörden ausfüllen

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

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

Auslieferungen aus der Schweiz können je nach Land Gegenstand spezifischer Vereinbarungen sein, um Unterbrüche der weiterhin medizinisch indizierten Substitutionsbehandlung zu vermeiden und um die Weiterführung der in der Haftanstalt begonnenen Behandlung zu begünstigen.

## 8. Netzwerkarbeit

- Vernetztes Arbeiten (vgl. Dokument Behandlungskontinuität)
- Nachsorge im Hinblick auf die Entlassung organisieren

Mitglieder des Netzwerks

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Gesundheitsfachleute der Haftanstalt | Für die Gesundheit der Insassen zuständiger Arzt/Ärztin; Pflegepersonal; Psychiater/in; |
|--------------------------------------|---|

|                              |   |
|------------------------------|---|
|                              | Psychiatriepflegende, Psychologe/-in  |
| Externe Gesundheitsfachleute | Suchtmedizinische Spezialisten; für die Nachbetreuung bei Entlassung zuständige Fachstelle oder zuständiger Arzt/Ärztin; Infektiologe/-in; stationäre Therapieeinrichtungen |
| Externe Begleitung           | Narcotiques Anonymus; NGO, die sich die Beziehungen mit dem familiären Umfeld kümmern   |
| Sozialarbeitende             | Bewährungshilfe, spezialisierte Behandlungszentren  |

## Referenzen

UNODC, WHO, UNAIDS, 2006, HIV/AIDS: Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings, A Framework for an Effective National Response, [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701\\_hiv-aids\\_prisons\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf)

Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit, erstellt durch die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM 2006)

[http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen\\_070619\\_de.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Substitutionsempfehlungen_070619_de.pdf)

BAG 2009, Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit Evidence for action technical papers, Interventions to address HIV in prisons : Drug dependence treatments, WHO, UNODC, UNAIDS. Jürgens R, 2007. [http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug\\_treatment.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf)

Kastelic A, Jörg Pont, Heino Stöver. Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings – A Practical Guide

[http://www.archido.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=35&Itemid=188&mosmsg=Thanks+for+your+submission](http://www.archido.de/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=188&mosmsg=Thanks+for+your+submission)

WHO 2009, Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. DRAFT

Dieser Beitrag wurde von Catherine Ritter für das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz, Bern erstellt und war zum Vortrag auf der Fachtagung in Berlin vorgesehen.



## Zum aktuellen Stand der Substitutionsbehandlung und deren Umsetzung in Gefängnissen der Mitgliedstaaten des WHO Health in Prisons Project (HIPP)

*Tim Ellermann*

### Einleitung

Die Umsetzung der Substitutionsbehandlung in Gefängnissen zeigt auch 40 Jahre nach der erstmaligen Einführung noch große Ungleichheiten in der Versorgung unter den europäischen Mitgliedsstaaten des WHO HIPP. Verschiedene Aspekte nicht nur politischer, sondern auch ökonomischer, geographischer und nicht zuletzt auch ideologischer Grundlagen stehen sich in Europa gegenüber und begründen einen Raum, in welchem die medizinische Behandlung von Insassen deutlich variiert.

Für eine Übersicht über den aktuellen Stand der Substitutionsbehandlungen in den Gefängnissen wurden im Januar 2010 Fragebögen an alle 39 Mitgliedstaaten des WHO HIPP gesendet. Das Ziel war die Erfassung möglichst aktueller Daten um einen innereuropäischen Vergleich zu ermöglichen. Die Items der Erhebung umfassten dabei generelle Fragen wie die allgemeine Versorgung mit Substitutionsmitteln in Freiheit und Gefängnissen, sowie spezifische Fragen zu verwendeten Medikamenten und zur Anzahl der substituierten Insassen.

Von 26 der 39 angeschriebenen Staaten erfolgte ein Rücklauf, teils jedoch nicht mit vollständigen Datensätzen. Dennoch lassen sich für den europäischen Raum einige Tendenzen bezüglich vorhandener Mängel in der Substitutionsversorgung in den jeweiligen Gefängnissen erkennen.

Die meisten der erhaltenen Daten stammen aus dem Jahr 2009, wobei einige Staaten auch aktuelle Daten von 2010 präsentierten.

## Ergebnisse der Befragung

Um die Ergebnisse in Gruppen einzuteilen werden sie in die erstmalig 2005 vorgestellten Mortalitätsgruppen der WHO (Eur-A, Eur-B, Eur-C) eingestuft. Somit lassen sich Gruppentendenzen unabhängig von der geographischen Lage der einzelnen Staaten bilden, was den häufig undifferenzierten Gebrauch der Einteilungen in Nord-, Süd-, West-, Ost- und Mitteleuropa vermeiden lässt.<sup>16</sup>

Eur-A beinhaltet dabei diejenigen Staaten in Europa, welche eine *sehr geringe Kinder- und Erwachsenensterblichkeit* aufweisen. Im Rahmen der Befragung unter den Mitgliedstaaten des WHO HIPP sind dies Belgien, Kroatien, Dänemark, England, Finnland, Island, die Niederlande, Norwegen, Schottland, Spanien, Schweden und die Schweiz.

Unter Eur-B fallen europäische Staaten mit *geringer Kinder- und Erwachsenensterblichkeit*. Aus dieser Subregion stellten die Staaten Albanien, Aserbaidshan, Belgien, Georgien, Kirgisistan, Rumänien, die Slowakei, Serbien, Polen und Usbekistan Informationen zur Verfügung.

Eur-C umfasst schließlich alle europäischen Staaten mit *niedriger Kindersterblichkeit und hoher Erwachsenensterblichkeit*. Von den WHO HIPP Mitgliedstaaten aus dieser Gruppe lieferten Belarus, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen und Moldawien verwertbare Informationen.

## Standards zur Substitutionsvergabe in Gefängnissen

Insgesamt gaben 20 Mitgliedstaaten an über Standards für die Substitutionsvergabe in Gefängnissen zu verfügen. Die meisten haben dabei Regelungen, welche denen der Substitutionsvergabe außerhalb der Haftbedingungen ähnlich sind. Georgien, Rumänien und Schweden haben hingegen eigens entwickelte Leitlinien für die Vergabe unter Haftbedingungen, unabhängig von den Regulierungen für die Versorgung in der Öffentlichkeit. England, Schottland und die Schweiz

---

<sup>16</sup> für eine genauere Erläuterung: WHO (2005): Der europäische Gesundheitsbericht 2005: Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. Kopenhagen, Weltgesundheitsorganisation.

verfügen über beide Formen, teils bestehen im Gefängnis die gleichen Voraussetzungen wie in der Öffentlichkeit und teils wurden spezifische Standards für die Substitutionsversorgung in Haft zusätzlich entwickelt.

Allein 11 der Staaten mit Substitutionsmaßnahmen in Haftanstalten sind in der Subregion Eur-A vorzufinden (Kroatien, Dänemark, Finnland, Island, die Niederlande, Spanien, Belgien, Schweden, Schottland, England und die Schweiz). Mit höherer Kinder- und Erwachsenenmortalität in den Staaten der anderen beiden Subregionen nimmt die Anzahl der Standards ab. In der Region Eur-B haben nur noch 5 Staaten bestehende Richtlinien für die Substitutionsvergabe in Gefängnissen (Georgien, Rumänien, Albanien, Kirgisistan, Polen und Serbien), in der Region Eur-C lediglich 3 (Estland, Ungarn und Moldawien).

Allein in dem Vorhandensein von Richtlinien zur Substitution in Haft sind in Europa deutliche Unterschiede erkennbar. Im Vergleich haben Staaten mit höheren Mortalitätsraten offensichtlich weniger Standards in der Vergabe von Substitutionsmedikamenten unter Haftbedingungen.

### Substitution mit verschiedenen Medikamenten

Methadon ist sowohl in Freiheit, als auch in Gefängnissen nach wie vor das am Häufigsten verwendete Medikament in der Substitutionsbehandlung. Es ist im Vergleich zu anderen Präparaten deutlich kostengünstiger und hat sich im Laufe der Jahre quasi als eine Art „Standardbehandlung“ bei der Opiatabhängigkeit etabliert. Als Alternative zum Methadon wird auch in den Gefängnissen maßgeblich auf Buprenorphin zurückgegriffen sofern eine Unverträglichkeit oder schwerwiegende Nebenwirkungen bei dem Patienten auftreten (in Frankreich ist Buprenorphin das bevorzugte Medikament zur Behandlung der Opiatabhängigkeit).

Die Originalstoffvergabe mit Heroin ist in Haftanstalten bisher kaum vorhanden. Lediglich die Schweiz verfügt über ein Vergabesystem, in welchem Heroin im Strafvollzug verschrieben werden kann. Unter den Mitgliedstaaten des WHO HIPP sind Dänemark, die Niederlande und

England bisher die einzigen Staaten, in welchen Heroin zumindest in Freiheit verschrieben wird. Die fehlende Verfügbarkeit unter Haftbedingungen ist womöglich darauf zurückzuführen, dass die Originalstoffvergabe eine recht junge Entwicklung ist, welche sich im Laufe der Zeit noch weiter etablieren muss. In Dänemark ist die Vergabe von verschriebenem Heroin beispielsweise erst seit Anfang 2010 implementiert.

Abgesehen von den meist gebräuchlichen Medikamenten geben einige Staaten die Verwendung von weiteren Medikamenten zur Behandlung der Opiatabhängigkeit an. In den Niederlanden wird bei Unverträglichkeit beispielsweise auch Palfium verabreicht, während in schottischen Gefängnissen in manchen Fällen noch (das mittlerweile eher veraltete) Dihydrocodein angeboten wird. In Ungarn werden in Haft auch Narcoleptika zur Behandlung der Opiatabhängigkeit verschrieben.

### Substitutionsbehandlung in verschiedenen Settings

Die Tatsache dass Standards für die Substitution unter Haftbedingungen existieren bedeutet nicht gleichzeitig eine flächendeckende Vergabe in allen Settings der Haft. Da die Vergabe in vielen Staaten erst seit einigen Jahren üblich ist, kann eine vollständige Entwicklung in allen Bereichen oftmals noch nicht gewährleistet werden. Sicher ist jedoch, dass alle WHO HIPP Mitgliedstaaten mit Substitutionsprogrammen in Haft auch eine Vergabe in Freiheit vorweisen. In der Regel ist die Einführung von diesen Maßnahmen gegenüber den Gefängnissen jedoch zeitlich versetzt und bisher sehr ungleich verteilt.

Betrachtet man die Haftbedingungen unterteilt in Untersuchungsgefängnissen und Strafvollzug sind auch hier Unterschiede erkennbar. In 17 der 26 Länder wird in beiden Haft-Settings substituiert, mit einer Mehrheit in den Staaten der Subregion Eur-A. Belarus, Ungarn, Lettland, Litauen, Aserbajdschan, die Slowakei und Usbekistan verfügen demgegenüber weder über eine Substitutionsversorgung in Untersuchungshaft, noch in Gefängnissen des Strafvollzugs.

## Status der Implementierung in Untersuchungshaft und Strafvollzug

In Untersuchungsgefängnissen und im Strafvollzug ist die Verbreitung der Substitutionsbehandlung im Allgemeinen vergleichbar. 8 der WHO HIPP Mitgliedstaaten beschreiben eine vollständige Umsetzung der Behandlung in beiden Settings (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Ungarn, die Niederlande, Schottland und Spanien), 4 Staaten haben eine Umsetzung der Therapie in mehr als der Hälfte der Haftinstitutionen (Belarus, Lettland, Litauen und die Slowakei), während in Albanien, Georgien, Kirgisistan, Polen, Rumänien und Serbien eine Umsetzung in weniger als der Hälfte der Institutionen gegeben ist. Auch hier sind die größten Defizite in der Versorgung in den Subregionen Eur-B und Eur-C vorzufinden.

### Untersuchungshaft

In Belarus, Lettland und der Slowakei gibt es bisher keine Maßnahmen zur Substitution von Opiatabhängigen in Untersuchungshaft, Pläne hierfür sind bis heute auch nicht vorhanden. Litauen und Moldawien weisen zwar den gleichen Mangel an Programmen vor, jedoch sind für das Jahr 2010 entsprechende Maßnahmen geplant.

Viele der Staaten welche bei der Implementierung noch in der Phase der Umsetzung sind haben erst seit frühestens 2008 mit der Einführung begonnen. So ist in Georgien, Kirgisistan, Rumänien und Serbien noch in weniger als der Hälfte der Institutionen eine Substitutionsvergabe vorhanden. In Polen und Albanien sind Substitutionsprogramme zwar schon seit 2003 bzw. 2004 vorhanden, jedoch auch noch in weniger als 50% der Anstalten umgesetzt. Die meisten Mitgliedstaaten mit (fast) vollständiger Implementierung von Substitutionsprogrammen haben diese Maßnahmen schon seit längerer Zeit eingeführt und konnten sie somit bis heute umfangreicher aufbauen. Von den übrigen HIPP Mitgliedstaaten haben lediglich Kroatien (seit 1999), England (seit 2001) und die Schweiz (seit 1991) noch keine vollständig implementierte Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige in Untersuchungshaft.



Insgesamt ist im Laufe der letzten Jahre also ein positiver Trend in der Versorgung Opiatabhängiger in Untersuchungshaft zu erkennen. Von den 23 Staaten welche Informationen lieferten, bilden lediglich 3 eine Ausnahme und haben keine bestehenden Pläne zur Einführung der Substitutionsbehandlung.

### Strafvollzug

Im Strafvollzug sind Lettland, Litauen und die Slowakei die einzigen HIPP Mitgliedstaaten, welche keine Pläne für die Einführung von Substitutionsprogrammen haben. Eine Einrichtung der Therapiemaßnahme ist bisher nur in Belarus geplant, hier sollen von 2011-2015 zunehmend flächendeckende Programme entstehen.

Die meisten Staaten mit einer Versorgung in weniger als 50% der Anstalten sind wie in der Untersuchungshaft meist noch im Aufbau und erst seit wenigen Jahren dabei zu substituieren. Dies ist in Kirgisistan (seit 2008), Moldawien (seit 2005), Rumänien (seit 2008), Serbien (seit 2008) und Schweden (seit 2006) der Fall. Auch hier bilden Albanien und Polen (beide seit 2004) mit 6 Jahren Umsetzungsprozess die Ausnahme.

In Kroatien, England und der Schweiz ist die derzeitige Umsetzung im Strafvollzug äquivalent mit der Umsetzung in Untersuchungshaft, auch hier werden opiatabhängige Gefangene in weniger als 50% der Anstalten mit Substitutionsmedikamenten versorgt.

Die übrigen HIPP Mitgliedstaaten verfügen über eine vollständig durchgeführte Implementierung und bieten diese Therapie in allen Haftanstalten an.

Sowohl im Strafvollzug, als auch in Untersuchungshaft sind insbesondere Staaten der Subregionen Eur-B und Eur-C noch nicht flächendeckend, bzw. ungenügend versorgt. Die meisten Mitgliedstaaten der Subregion Eur-A mit sehr geringer allgemeiner Kinder- und Erwachsenensterblichkeit haben hingegen vollständig implementierte Maßnahmen zur Substitutionsbehandlung in Haft.

## Opiatabhängige Häftlinge in Behandlung

Die umfassendste Versorgung von opiatabhängigen Häftlingen unter den WHO HIPP Mitgliedstaaten hat Dänemark. Zum Zeitpunkt der Befragung waren alle diagnostizierten Patienten in Substitutionsbehandlung sofern es von den Häftlingen gewünscht war. Bei geschätzten 4000 Häftlingen erhielten ca. 1500 Patienten diese Form der Behandlung, was einem Wert von ungefähr 38% der Insassen entspricht.

In England werden bei insgesamt etwa 135.000 Gefangenen ca. 86% der Opiatabhängigen substituiert, in Schottland bei 8027 Insassen noch ca. 59%. In den Niederlanden, Spanien, Kroatien, Schweden und Finnland wurden zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 20% und 50% der opiatabhängigen Gefangenen mit Substitutionsmedikamenten versorgt. Raten von unter 10% sind von Kirgisistan (~8%), Moldawien (~4%), Rumänien (~2%), Serbien (~1%) und Estland (~1%) angegeben.

Die vorhandenen Informationen müssen dabei ständig in Verbindung zu dem derzeitigen Status der Implementierung und weiteren Einflussnehmenden Faktoren stehen. Eine hohe Abdeckungsrate kann beispielsweise auch entstehen wenn Gefangene aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung gar nicht als opiatabhängig diagnostiziert werden. Von der Behandlung wären sie somit ausgeschlossen.

Vergleichbar dem Status der Implementierung bieten die meisten Staaten der Subregion Eur-A im Gegensatz zu den beiden anderen Subregionen eine umfassendere Versorgung an. Die adäquate Behandlung aller opiatabhängiger Insassen ist bisher jedoch nur in Dänemark möglich.

## Kontinuität der Behandlung

Es ist hinlänglich bekannt, dass eine adäquate Folgeversorgung insbesondere nach der Haftentlassung eines opiatabhängigen Patienten von großer Bedeutung ist. Dem Tod durch Überdosierung direkt nach der Entlassung kann somit effektiv vorgebeugt, sowie ein Rückfall in eventuell bestehende Konsummuster aus der Zeit vor der Inhaftierung verhindert werden. 10 der 24 WHO HIPP Mitgliedstaaten (Belgien,

Kroatien, Dänemark, England, Estland, Island, die Niederlande, Polen, Schottland und Spanien) verfügen über etablierte individuelle Pläne zur Folgeversorgung aller opiatabhängiger Insassen, gegenüber 7 Staaten (Finnland, Kirgisistan, Moldawien, Rumänien, Serbien, die Schweiz und Ungarn) welche dies in den meisten Fällen gewährleisten. In Schweden und Georgien ist eine Folgeversorgung in einigen Fällen gegeben, wohingegen in Albanien, Belarus, Lettland, Litauen und der Slowakei keine individuellen Pläne für eine Folgebehandlung nach der Entlassung bestehen. Abgesehen von Albanien hat keiner dieser Staaten vorhandene Standards für die Substitutionsbehandlung in Haft.

Innerhalb der WHO Mortalitätsgruppen zeichnet sich auch hier ab, dass Länder in der Subregion Eur-A die umfassendsten Maßnahmen zur Folgebehandlung nach der Entlassung haben, einzig in *Schweden* ist diese nicht gewährleistet. In den Staaten der Eur-B und Eur-C Regionen herrscht dagegen - ähnlich wie bei der Versorgung während der Haftzeit - ein eher gemischtes Bild mit insgesamt 5 von 13 Mitgliedstaaten ohne adäquate weitere Behandlung nach der Haftentlassung. Demgegenüber stellen nur *Polen* (Eur-B) und *Estland* (Eur-C) in allen Fällen eine Folgebehandlung sicher.

## Diskussion

Insgesamt betrachtet weisen die Ergebnisse der Befragung auf eine defizitäre Versorgung in der Substitutionsbehandlung in den Regionen Eur-B und Eur-C hin. Professionelle Standards für eine adäquate Versorgung sind in allen Staaten der Region Eur-A vorhanden, was diese folglich in einer Art „Vorbildrolle“ agieren lassen könnten. In Dänemark gibt es beispielsweise Maßnahmen und Regelungen zur Substitutionsbehandlung in Haft welche eine Behandlungsabdeckung von 100% unter den Opiatabhängigen ermöglichen.

Die häufig bestehende Ungleichheit zwischen der Gesundheitsversorgung in Freiheit und der Versorgung in Gefängnissen besteht nach wie vor auch im europäischen Raum. In nahezu allen WHO HIPP Mitgliedstaaten haben opiatabhängige Patienten in Freiheit einen deutlich leichteren Zugang zu dieser Therapie als unter Haftbe-

dingungen. In diesem Bereich besteht folglich also noch recht hoher Handlungsbedarf.

Ein weiterer Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten, sowie teils überhaupt die Einführung von Substitutionsmaßnahmen muss insbesondere in den Subregionen Eur-B und Eur-C erfolgen. Darüber hinaus sollte bei Haftantritt sowie bei der Entlassung ein nahtloser Übergang der Behandlung bestehen, um die Aufrechterhaltung der oftmals langfristig angesetzten Therapien zu gewährleisten. Rückfällen und der Gefahr von Überdosen können somit vorgebeugt werden. Individuelle Behandlungspläne für jeden Häftling, sowie ein umfassendes zusätzliches Therapieangebot in Form von psychotherapeutischer Behandlung sollten hierbei die Regel sein.

Insbesondere in Ländern mit unzureichender Substitutionsversorgung können schon bestehende Leit- und Richtlinien eine Basis bilden um eine qualitativ hochwertige und langfristige Behandlung der Patienten in Haft zu ermöglichen. Vor allem in Mitgliedstaaten der Subregion Eur-C herrscht noch Handlungsbedarf, fehlende Leitlinien sollten (natürlich in angepasster Form für das entsprechende Land) verstärkt eingeführt werden.

Staaten mit vollständiger Implementierung der Substitutionsbehandlung und zusätzlichem niederschweligen Zugang haben im Laufe der letzten Jahre zeigen können, dass die Mortalitätsrate in Gefängnissen verringert und der allgemeine Gesundheitszustand der Insassen verbessert wurde. Der gerade in Haftanstalten häufig auftretende Spritzentausch unter den Gefangenen kann somit reduziert werden und als Folge das Risiko von übertragbaren Krankheiten wie HIV und Hepatitis minimieren.

Weitere Harm Reduction Maßnahmen wie die Vergabe von Bleiche und Desinfektionsmitteln, sowie drogenbezogene Aufklärung und/oder Spritzentauschprogramme (insbesondere bei nicht verfügbarer Substitutionsbehandlung) haben sich zusätzlich als präventiv wirksam erwiesen.

Insgesamt sind nach über 40 Jahren seit der erstmaligen Einführung der Substitutionsmedikamente noch deutliche Defizite in der Versorgung in Gefängnissen der WHO HIPP Mitgliedstaaten erkennbar.

Wenn auch die europaweite Umsetzung dieser Therapie in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg verzeichnet hat, bestehen in einigen wenigen Ländern noch immer politische, ideologische und wirtschaftliche Interessen, welche eine europaweite flächendeckende Implementierung dieser Maßnahmen verhindern. Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien und nicht zuletzt ein mittlerweile hoher Erfahrungswert in manchen Ländern können die bestehenden Gegenargumente zur Substitution jedoch weitestgehend widerlegen. Der weitere Ausbau dieser Therapiemaßnahme ist somit in allen Settings der Haftanstalten notwendig.

## Drug use and opioid substitution treatment for prisoners

(source: *Harm Reduction Journal* 2010, 7:17 (19 July 2010))

*Heino Stöver & Ingo Ilja Michels*

### Abstract

Drug use is prevalent throughout prison populations, and, despite advances in drug treatment programmes for inmates, access to and the quality of these programmes remain substantially poorer than those available for non-incarcerated drug users. Because prisoners may be at greater risk for some of the harms associated with drug use, they deserve therapeutic modalities and attitudes that are at least equal to those available for drug users outside prison. This paper discusses drug use by inmates and its associated harms. In addition, this paper provides a survey of studies conducted in prisons of opioid substitution therapy (OST), a clinically effective and cost-effective drug treatment strategy. The findings from this overview indicate why treatment efforts for drug users in prison are often poorer than those available for drug users in the non-prison community and demonstrate how the implementation of OST programmes benefits not only prisoners but also prison staff and the community at large. Finally, the paper outlines strategies that have been found effective for implementing OST in prisons and offers suggestions for applying these strategies more broadly.

### Introduction: Drug use by prisoners

Drug use remains endemic among incarcerated populations [1,2]. In Europe, the prevalence of drug dependence among prisoners varies from country to country; a systematic review of the literature found the prevalence to range from 10% to 48% for male prisoners and 30% to 60% for female prisoners at the point of incarceration [3]. In the United States, the number of people incarcerated annually for drug-related offenses in the past 20 years has grown from 40,000 to 450,000, leading to prison populations with high rates of drug use [4].

Imprisonment of drug users for crimes they commit—often to support their addiction—contributes to prisoners' high prevalence of drug dependence [5]. A lifetime history of incarceration is common among intravenous drug users (IDUs); 56% to 90% of IDUs have been imprisoned previously [6]. Drug-using prisoners may be continuing a habit acquired before incarceration or may acquire the habit in prison [7,8]. In Europe, 16% to 60% of prisoners who injected outside prison continued to inject while incarcerated [5], whereas 7% to 24% of prisoners who injected said they started in prison [5]. In another study, one-fifth of prisoners injected drugs for the first time in prison [9].

Imprisonment also favours high-risk behaviour regarding drugs because of concentrated at-risk populations and risk-conducive conditions such as overcrowding and violence. The consequences of drug use in prison include drug-related deaths, suicide attempts and self-harm. Drug use tends to be more dangerous inside than outside prisons because of the scarcity of drugs and sterile injecting equipment [5,10,11]. In a study of 492 IDUs, 70.5% reported sharing needles while in prison compared with 45.7% who shared needles in the month before imprisonment ( $P < 0.0001$ ) [9]. Of particular concern is that sharing injecting equipment inside prisons is a primary risk factor for human immunodeficiency virus (HIV) transmission [12]. Additionally, hepatitis C virus (HCV) infection through shared injecting equipment in prison has been reported in studies undertaken in Australia [13,14] and Germany [15]. Drug use in prison is also associated with the risk for involvement in violence. Inmates who incur disciplinary action related to possession or use of a controlled substance or contraband were 4.9 times more likely to display violent or disruptive behaviour than those who did not incur such disciplinary action [16]. Prisoners using drugs are also at risk for engaging in further illicit activity [17]. If discovered using illegal drugs, inmates risk prolonged incarceration for breaking security rules and eliciting hostility among prison staff [2,12].

Unless a prisoner receives adequate treatment, drug addiction and dependence and their attendant dangers persist after the prisoner's release into the community and are associated with a high rate of overdose and other harms. Overall, the determining factor in drug-related deaths soon after release appears to be altered tolerance to

opioids [18]. In the week after release, prisoners are approximately 40 times more likely to die than are members of the general population; in this immediate post-release period, more than 90% of deaths are drug related [18]. Among women, the odds of a drug-related death in the first week after release were >10 times greater than at 52 weeks (overall risk [OR] = 10.6; 95% confidence interval [CI] = 4.8–22.0); among men, the odds were ~8 times greater (OR = 8.3; 95% CI = 5.0–13.3) [19]. Very high rates of drug-related mortality persist at least through the first 2 weeks after release from prison [20]. Among the costs to society for an inmate's failure to fully reform while in prison is increased risk for recidivism. Within 12 months of release from prison, 58% of heroin users who did not receive opioid substitution therapy (OST) were re-incarcerated compared with 41% of those who did receive OST [21].

This paper provides a non-systematic overview of the literature comparing the quality of drug treatment for inmates with their non-incarcerated counterparts. Guidance regarding the implementation of drug treatment programmes was collected from the literature and included herein. All searches were conducted using Web-based search engines (e.g. PubMed, EMBASE) or abstract archiving system (e.g. SciFinder) combining terms related to incarceration (eg, prison, prisoner) with terms related to drug misuse and treatment (eg, heroin, OST); the end date for searches was December 2009.

### Current state of drug treatment health care efforts for inmates

Many data attest to the low quality or non-existence of drug treatment health care efforts for prisoners compared with efforts made for non-prisoner drug users. For example, in early 2007, 24 of 25 European Union member states had needle exchange programmes in the community, but only three had such programmes in prisons, and only Spain covered all prisons [7]. An international survey reported in 2009 that at least 37 countries offered OST in community settings but not in prison settings [22]. European countries not offering OST in prison include Bulgaria, Cyprus, Estonia, Greece, Latvia, Lithuania, Slovakia and Sweden [22]. OST was considered any treatment for opioid



dependence using a medicinal opioid such as methadone, buprenorphine, or buprenorphine/naloxone [22]; this differs from methadone maintenance treatment (MMT), in which methadone is the only agent used for substitution therapy.

Universally, the percentage of drug users offered OST varied considerably from prison to prison (from 2% to 16.2%) but utilisation of these programmes was uniformly low (e.g. 7.8% of drug addicts in French prisons received OST) [23]. In most European countries that offered OST in prison, access to and varieties of available OST programmes were heterogeneous and inconsistent [5,24]. For example, although OST is nominally available in German prisons, implementation is the responsibility of each of the 16 federal states and often varies from prison to prison within states [25]. In France, many physicians have been reluctant to initiate OST in prison or even to renew existing buprenorphine or methadone prescriptions for prisoners [26]. If substitution treatment is provided, it is often limited to drug detoxification [5,17]. Furthermore, most efforts to scale up OST in the community have not been carried through to the prison setting [24,27,28].

Why is drug treatment for prisoners not yet comparable to that available for non-incarcerated drug users?

Several factors affect the extent to which prisons provide OST, including the varied health policies of prisons and the difficulties in employing adequate numbers and quality of prison staff [26]. Some prisoners are prevented from entering an OST programme because of excessively restrictive criteria [22]. For example, in some countries OST is limited to inmates who are serving sentences of a particular length, were in treatment before imprisonment or can confirm that they are enrolled in a post-release treatment programme [22]. In Croatia, OST is restricted to persons aged 25 and older who used illegal drugs for  $\geq 10$  years and heroin for  $\geq 5$  years [29]. Other limitations related to OST in prisons include a deficiency of psychological and social support for drug-using prisoners [5] and lack of or limited access to certain OST programmes, such as buprenorphine-based regimens, that may be more suitable for use in prison [27,30].

Several theoretical and functional reasons have resulted in drug treatment for prisoners not having parity with drugs users in the community. In particular, some societal misconceptions pervade the medical management of drug dependence. There exists a poor understanding of opioid dependence as a chronic and recurring disease; some clinicians may feel that a hedonistic practice indicates a weakness of character [5,24]. Another widespread but mistaken belief involves the benefits of abstinence for drug users, which leads to the omission of maintenance therapy after detoxification, which in turn leads to reversion to opioid use [31]. In Her Majesty's Prison at Leeds, 43% of prisoners with an illicit opioid habit continued to acquire and use opioids even through the first days of imprisonment and completion of a detoxification regimen [32]. There are also socioeconomic reasons drug-using prisoners, particularly IDUs, do not receive appropriate therapy for their drug problem: they are frequently poor and deprived and, therefore, marginalised [33] and not considered worthy of treatment. These beliefs delay the implementation of OST, as does the common perception that prisons should be "drug-free zones" [5]. Prison authorities may also be concerned that OST undermines their efforts to reduce the drug supply in their institutions (ie, a black market for drugs) [5,33] and that providing needles is, in effect, placing "weapons" in inmates' hands [26].

## Rationales for drug dependence treatment in prisons

### Benefits for the prisoner

There are many reasons drug-using prisoners should be afforded the same quality of health care regarding drug maintenance treatment—including OST—as is available to non-prisoners [12,34,35]. Primarily, it is appropriate to treat prisoners' drug use so that they will not leave prison in worse health than when they entered [33]. OST is recognised as one of the most effective treatment options for opioid dependence [34]. It can decrease the high cost of opioid dependence to users, their families and society at large by reducing heroin use, associated deaths, HIV-risk behaviours and criminal activity. Substitution maintenance

therapy is established as a critical component of community-based approaches in the management of opioid dependence.

Many studies have demonstrated the successful application of OST in prison populations with regard to prisoner-centred and non-prisoner-centred outcomes. Positive prisoner-centred outcomes associated with OST include reduced rates of drug abuse and infectious diseases. Prisoners receiving MMT have shown less drug injecting [11,36,37] and less risk-taking behaviour (e.g. sharing of syringes) [11,38]. In one study, only 1 of 18 (5.6%) prisoners receiving MMT reported heroin use in the past 30 days compared with 15 of 40 (37.5%) prisoners not receiving MMT ( $P < 0.05$ ) [36]. After 4 months in prison, illicit use of morphine was 27% for MMT-treated prisoners and 42% for controls ( $P = 0.05$ ) [39]. The use of buprenorphine maintenance therapy in prisons has been based chiefly on results obtained outside prisons [23,25]; however, there is growing experience with buprenorphine in prisons [29]. A group of prisoners receiving buprenorphine reported for their designated post-release treatment programme significantly more often than did a comparison group receiving methadone (48% vs. 14%, respectively;  $P < 0.001$ ) [40]. A 2-year study in Puerto Rico is under way to examine the feasibility of initiating prisoners with histories of heroin addiction on buprenorphine/naloxone before their release to determine the effectiveness of such treatment with regard to post-release treatment entry, reduction in heroin use and reduction in criminal activity at 1 month after release [41].

OST in prison has also been associated with reduced rates of infectious disease. Adequate OST has been associated with reduced risk for HCV infection [39], whereas inadequate MMT—periods of <5 months in one study, for example—was found to be significantly associated with increased risk for HCV seroconversion ( $P = 0.01$ ) [42]. Prisoners receiving MMT with a daily dose >60 mg during their whole prison sentence were found to be least likely to inject heroin, share needles and engage in HIV risk-taking behaviour while in prison [38]. In another study, needle-sharing and drug-injecting behaviour decreased significantly among prisoners receiving MMT for >6 months [43]. Additionally, in Spain, there was a significantly reduced sharing of needles by IDU prisoners in an OST programme (Marco A, 1995,

personal communication). OST has also been associated with a reduced risk for prisoner death. In one study, no deaths were recorded while prisoners were enrolled in MMT, whereas 17 prisoners died while not enrolled in MMT, representing an untreated mortality rate of 2.0 per 100 person-years (95% CI, 1.2–3.2) [42]. Finally, prisoners receiving MMT have shown a decrease in serious violent drug charges over time, whereas those not receiving MMT showed an increase [21].

Other positive prisoner-centred outcomes related to OST in prison can be observed after the term of incarceration is completed. Reduced drug use after release was reported among prisoners engaged in an MMT plan [35]. The mean number of days in community-based drug abuse treatment 1 year post-release—as a function of in-prison treatment for drug abuse—was 23.1 days' counselling only in prison; 91.3 days' counselling plus passive transfer to treatment upon release; and 166.0 days' counselling plus methadone treatment in prison and continued post-release (each pairwise comparison,  $P < 0.01$ ).

Participants in the counselling-plus-methadone group were significantly less likely than those in the other groups to have opioid-positive or cocaine-positive urine drug test results [44]. OST also lessens the likelihood of released prisoners committing crimes [35]. The reported number of days of criminal activity in the past 365 days after release was 106.7 (standard deviation [SD] = 128.7) with counselling only; 65.2 (SD = 96.2) counselling plus transfer to methadone; and 81.8 (SD = 109.5) days counselling plus methadone [44]. Reduced recidivism was reported among prisoners engaged in some type of OST [35]. Prisoners on a 12-month MMT while incarcerated had a lower level of re-incarceration than heroin-using prisoners with no treatment [21]. Reduced rates of re-incarceration during a 3½-year period following a first incarceration were related to maintenance OST in prison [46]. A Correctional Service of Canada study found that, after 1 year, 41% of addicted inmates receiving MMT were re-admitted to prison compared with 58% of addicted inmates who were not receiving the treatment [46]. Compared with periods of no MMT in prison, the risk for re-incarceration was reduced by 70% during MMT periods  $\geq 8$  months ( $P < 0.001$ ) [42].

## Benefits for the prison staff and community

A major rationale for the use of OST in prison is the cost-effectiveness of such a strategy. For example, prison methadone is no more costly than community methadone and provides the benefit of reduced heroin use in prisons with the associated reductions in morbidity and mortality [47]. The cost of an institutional OST programme may be offset by the cost savings accruing from offenders successfully remaining in the community longer than equivalent offenders not receiving OST [21,47]. Expanded access to MMT has an incremental cost-effectiveness ratio of <\$11,000 per quality-adjusted life-year, which is more cost-effective than many widely used medical therapies [48]. Implementing OST in prisons is also associated with improvement in inmate manageability and prison safety; total institutional charges for prisoners enrolled in MMT are lower than for prisoners not enrolled in MMT [21]. Reduced drug use and reduced recidivism were reported among prisoners engaged in methadone treatment [35].

## Strategies for implementing appropriate maintenance therapy in prisons

Among the more successful strategies for implementing appropriate maintenance therapy in prisons are those used in Spain and the United Kingdom. The mechanics of these programmes may be applicable in other countries that want to implement appropriate maintenance programmes in prisons.

### The Spain model

For more than 10 years, all prisons in Spain have had a legal duty to implement MMT programmes involving syringe exchanges. Incoming prisoners are given a full medical examination, and those who are drug users are offered a treatment programme in which medications are given daily. The laboratory-produced methadone is pre-packaged with the dose for each prisoner in the programme. Prisoners must present identification at the point of medication dispensing and are watched to ensure that the complete dose is taken [49].

## The United Kingdom model

In the United Kingdom, the prison programme (Integrated Drug Treatment System [IDTS]) is funded to provide OST in every adult prison, within an integrated clinical and psychosocial treatment approach, uniting prisons' psychosocial drug treatment services (counselling, assessment, referral, advice and through-care services) and clinical substance misuse management (incorporating the option of MMT or detoxification) services. The design of the programme took into account the vulnerability of drug-using prisoners to suicide and self-harm in prison and to death upon release from prison because of accidental opioid overdose, prison regimen services that correspond to national and international good practice and the need to provide clinical interventions that harmonise with practice in the community and other criminal justice settings.

The United Kingdom programme organised five "work streams" to develop national policies and strategies that would (1) facilitate the integration of the two halves of IDTS; (2) develop a guidance document indicating how IDTS would work with community and criminal justice partners; (3) design and commission a large research study of IDTS; (4) develop a workforce strategy, setting out the knowledge and skills requirements for staff involved in IDTS; and (5) produce a performance management framework, setting out how indicators of performance would be collated.

Training was planned to ensure that staff responsible for the well-being or treatment of IDTS service users had the requisite knowledge and skills for the role. Funding for the United Kingdom programme included a sufficient amount for the purchase and installation in prisons of computer-controlled methadone-dispensing devices. IDTS partners received guidance on staff recruitment, with materials for a national advertising campaign. The creation of shared locations in prisons for IDTS team members and the provision of adequate space for IDTS facilities, including harm minimisation groups and treatment rooms, were actively encouraged. From 2008 to 2009, more than 19,000 MMT treatments were administered in United Kingdom prisons; this number will continue to increase until the full implementation of the IDTS programme occurs in 2010 to 2011.

## Guidance on overcoming barriers to the implementation of substitution programmes in prisons

### Overcoming barriers from the prisoner

Prisoner resistance to participation in a maintenance programme is often based on a lack of desire to be treated. Of 140 eligible men approached to take part in a study of opioid detoxification, 36% declined to be recruited [32]. A similar lack of desire to be treated may be seen with regard to OST. Some prisoners may resist participating in a programme because they do not want their partners or relatives to know they have been using drugs. Some may resist treatment with methadone because they consider methadone a street drug.

Prisoners' refusal to participate in a maintenance programme is best addressed by improving prisoner education. Prisoners may be convinced to participate in a substitution maintenance programme through discussion that includes an explanation and demonstration, through the use of data, of benefits accruing from in-prison OST, including easier incarceration with less desire to inject an illicit drug [17] and the potential for less violence [16], less risk for prolonging incarceration or of irritating prison staff [2], less risk for acquiring an infectious disease [5] and less risk for self-harm. Other benefits that may be demonstrated are realised after release from prison, including less desire to commit crime and, consequently, lower risk for re-incarceration and lower risks for violence, potentially lethal overdose [18] and infectious disease [44].

### Overcoming barriers from the prison staff and other stakeholders

Stakeholders who lack understanding or misunderstand the value of maintenance treatment in prisons—and who may block the implementation of a treatment programme—include politicians, ministerial representatives and prison staff and professionals. A necessary step in convincing stakeholders to support the development of an OST programme is to educate them on the nature of the opioid drug problem among prisoners and on evidence-based benefits of successful OST, including health economics benefits.

Stakeholders need instruction that opioid dependence is a chronically relapsing disease [24] and that coercive abstinence in prison may be followed by relapse immediately after release, often resulting in overdose, drug emergencies and death [19]. This education may include evidence of beneficial results of OST, including reduced rates of drug abuse, both in prison and after release from prison [23, 25,35, 36,39], less risk-taking behaviour [11,38], reduced rate of infectious disease acquisition [39,42], reduced risk for death [42], decrease in serious violent drug charges [21], reduced criminal activity after release [44] and reduced re-incarceration rate [21,42,45,46].

Outcomes and health economic data demonstrating results of studies showing the cost-effectiveness of drug maintenance therapy in prisons [21,47] should be included. Techniques and resources to gain support for instituting an OST programme and to disseminate information in support of such a programme include initiating and maintaining contact with decision-making politicians, the media, the professional public and non-governmental organisations such as human rights agencies, the United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization Regional Office for Europe Health in Prison Project. Other techniques for obtaining and building support for a programme include publishing and making available information on best OST practices; promoting the exchange of knowledge and experience among scientists, politicians and practitioners through international and national conferences of experts from various fields; and organising local and regional discussions among interested physicians. Finally, identifying local "champions" who can knowledgeably explain models of best practice to their peers and to provide opportunities for personnel who are interested in starting an OST programme to visit prisons where successful harm reduction programmes are in operation can be invaluable in the process.

Stakeholders should be informed that an OST programme must provide for the supply of OST medications. Lack of access to these medications is often a barrier to the successful implementation of an OST programme. Prisons may have a limited list of medications available for dispensing, and OST maintenance medications may not be among those available. In some cases, there may not be medication available to continue maintenance therapy that was started before imprison-



ment. Prisoners usually do not have health insurance while in prison and thus cannot afford medication they could afford outside prison; they are dependent for their medications on a prison's health care system.

Prison staffs often express a concern that an OST programme introduces the potential risk for internal diversion of maintenance drugs [17]. In some studies, such diversion was suspected [40], whereas in others it was found not to be a problem [36]. When diversion was suspected, it was because of actions such as movement of a prisoner's hand to the face when sublingual buprenorphine was administered [40]. Because it takes 5 to 10 minutes for a buprenorphine tablet applied sublingually to be absorbed completely, there is time for it to be removed from the mouth after insertion for subsequent potential black-market sale. Prison personnel are often unwilling to spend the time necessary to observe each administered dose of buprenorphine in order to prevent its extraction from the mouth and diversion. Thus, instead of buprenorphine tablets, prisons are increasingly administering tablets combining buprenorphine and naloxone to reduce potential diversion and misuse: applied sublingually, the naloxone is poorly absorbed and has limited pharmacological effect, whereas the efficacy of the buprenorphine is not affected by the presence of naloxone. If a buprenorphine/naloxone tablet is crushed and used intravenously, the naloxone is bioavailable; it will counteract the potential euphoric effect of the buprenorphine and can precipitate severe opioid withdrawal, a strong deterrent to intravenous misuse of diverted buprenorphine/naloxone [28].

Finally, lack of adequate funding to cover start-up costs of a prison OST programme constitutes a barrier to implementing a programme. To remove this barrier, the following items must be covered in a programme's start-up budget: general administration and administration of the OST programme; medical and nursing staffs to execute maintenance therapy assessments, administration and delivery; pharmacy and courier services for stocking, preparation and delivery of medications; disposable materials used in medicating prisoners; maintenance medication; and correction officers to supervise medication administration to prisoners [47].

## Conclusion

Imprisoned IDUs have the basic right to receive treatment for their drug addiction comparable to treatment available to IDUs in the community. This treatment should include OST, a treatment modality with demonstrated broad benefits to prisoners, both while they are incarcerated and after their release from prison, as well as benefits to the community. Examples of successfully implemented OST programmes exist, and these point to effective strategies and tactics for establishing OST programmes elsewhere.

## References

1. European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General. Models of good practice in drug treatment in Europe (MoreTreat): final report. [[http://ec.europa.eu/eahc/documents/projects/highlights/2007\\_5986\\_EN\\_82.pdf](http://ec.europa.eu/eahc/documents/projects/highlights/2007_5986_EN_82.pdf)]
2. Shewan D, Stöver H, Dolan K: Injecting in prisons. In *Injecting Illicit Drugs*. Edited by Pates R, McBride A, Arnold K. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2005: 69-81.
3. Fazel S, Bains P, Doll H: Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006, 101:181-191.
4. Rich JD, Boutwell AE, Shield DC, Key RG, McKenzie M, Clarke JG, Friedmann PD: Attitudes and practices regarding the use of methadone in US state and federal prisons. *J Urban Health* 2005,82:411-419.
5. Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. Bonn, Germany: European Commission 2008. [[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_frep1.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf)]
6. Jürgens R, Ball A, Verster A: Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009,9:57-66.
7. Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. [[http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/SHA/treatment/20051018\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/SHA/treatment/20051018_1)]
8. Wood E, Lim R, Kerr T: Initiation of opiate addiction in a Canadian prison: a case report. *Harm Reduction J* 2006,3:11.
9. Allwright S, Bradley F, Long J, Barry J, Thornton L, Parry JV: Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *BMJ* 2000,321:78-82.
10. Shewan D, Macpherson A, Reid MM, Davies JB: Patterns of injecting and sharing in a Scottish prison. *Drug Alcohol Depend* 1995,39:237-243.
11. Darke S, Kaye S, Finlay-Jones R: Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction* 1998,93:1169-1175.
12. Lines R, Jürgens R, Stöver H, Kaliakbarova G, Laticevschi D, Nelles J, MacDonald M, Curtis M: Dublin Declaration in HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia: prison health is public health. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2004,9:41-45.

13. Haber PS, Parsons SJ, Harper SE, White PA, Rawlinson WD, Lloyd AR: Transmission of hepatitis C within Australian prisons. *Med J Aust* 1999,171:31-33.
14. O'Sullivan BG, Levy MH, Dolan KA, Post JJ, Barton SG, Dwyer DE, Kaldor JM, Grulich AE: Hepatitis C transmission and HIV post-exposure prophylaxis after needle- and syringe-sharing in Australian prisons. *Med J Aust* 2003,178:546-549.
15. Keppler K, Stöver H: [Transmission of infectious diseases during imprisonment--results of a study and introduction of a model project for infection prevention in Lower Saxony]. *Gesundheitswesen* 1999,61:207-213.
16. Friedmann PD, Melnick G, Jiang L, Hamilton Z: Violent and disruptive behavior among drug-involved prisoners: relationship with psychiatric symptoms. *Behav Sci Law* 2008,26:389-401.
17. Stallwitz A, Stöver H: The impact of substitution treatment in prisons--a literature review. *Int J Drug Policy* 2007,18:464-474.
18. Drug-related mortality among newly released offenders. London, UK: Home Office Findings 187; 2003.  
[<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r187.pdf>]
19. Farrell M, Marsden J: Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 2008,103:251-255.
20. Drug-related mortality among newly released offenders 1998 to 2000. London, UK: Home Office Findings; 2005.  
[<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr4005.pdf>]
21. Institutional methadone maintenance treatment: impact on release outcome and institutional behaviour. Ottawa, ON, Canada: Addictions Research Centre Research Branch: Correctional Service Canada.  
[[http://198.103.98.138/text/rsrch/reports/r119/r119\\_e.pdf](http://198.103.98.138/text/rsrch/reports/r119/r119_e.pdf)]
22. Larney S, Dolan K: A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? *Eur Addict Res* 2009,15:107-112.
23. Michel L, Maguet O: [Guidelines for substitution treatments in prison populations]. *Encephale* 2005,31:92-97.
24. Stöver H, Casselman J, Hennebel L: Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices in 18 European countries. *Int J Prisoner Health* 2006,2:3-12.
25. Michels II, Stöver H, Gerlach R: Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduction J* 2007,4:5.
26. Michel L, Carrieri MP, Wodak A: Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduction J* 2008,5:17.
27. 2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon, Portugal: EMCDDA; 2008.

- [<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>]
28. Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide. Oldenburg, Germany: BIS-Verlag; 2008.  
[<http://www.unodc.org/documents/baltics/OST%20in%20Custodial%20Settings.pdf>]
29. Carrieri MP, Amass L, Lucas GM, Vlahov D, Wodak A, Woody GE: Buprenorphine use: the international experience. *Clin Infect Dis* 2006,43:S197-S215.
30. Springer SA, Bruce RD: A pilot survey of attitudes and knowledge about opioid substitution therapy for HIV-infected prisoners. *J Opioid Manage* 2008,4:81-86.
31. Gjersing LR, Butler T, Caplehorn JRM, Belcher JM, Matthews R: Attitudes and beliefs towards methadone maintenance treatment among Australian prison health staff. *Drug Alcohol Rev* 2007,26:501-508.
32. Sheard L, Wright NMJ, El-Sayeh HG, Adams CE, Li R, Tompkins CNE: The Leeds Evaluation of Efficacy of Detoxification Study (LEEDS) prisons project: a randomised controlled trial comparing dihydrocodeine and buprenorphine for opiate detoxification. *Subst Abuse Treatment Prev Policy* 2009,4:1.
33. Stöver H: Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons. *J Drug Issues* 2002,32:573-595.
34. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.  
[[http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure\\_E.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochure_E.pdf)]
35. Views of recidivists released after participating in the NSW prison methadone program and the problems they faced in the community: evaluation of the NSW Department of Corrective Services Prison Methadone Program: Study 8. New South Wales, Australia.  
[[http://www.dcs.nsw.gov.au/information/research\\_and\\_statistics/research\\_publication/rp021.pdf](http://www.dcs.nsw.gov.au/information/research_and_statistics/research_publication/rp021.pdf)]
36. Heimer R, Catania H, Newman RG, Zambrano J, Brunet A, Ortiz AM: Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend* 2006,83:122-129.
37. Dolan K, Hall W, Wodak A: Methadone maintenance reduces injecting in prison. *BMJ* 1996,312:1162.
38. Dolan KA, Wodak AD, Hall WD: Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998,17:153-158.
39. Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend* 2003,72:59-65.

40. Magura S, Lee JD, Hershberger J, Joseph H, Marsch L, Shropshire C, Rosenblum A: Buprenorphine and methadone maintenance in jail and post-release: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 2009,99:222-230.
41. Gordon MS, Kinlock TW, Schwartz R, Albizu-Garcia C, Carabello-Correa G: Buprenorphine for Puerto Rican prison inmates nearing release [abstract]. Presented at *Annual Meeting of the American Society of Criminology; 14-17 November 2007; Atlanta, GA*.
42. Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2005,100:820-828.
43. Mourino AM: Behandlung mit Ersatzopiaten in einer katalanischen Strafvollzugsanstalt [poster]. Presented at *World Health Organization Meeting; March 1994; Athens, Greece*.
44. Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, Fitzgerald TT, O'Grady KE: A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months postrelease. *J Subst Abuse Treat* 2009,37:277-285.
45. Levasseur L, Marzo JN, Ross N, Blatier C: [Frequency of re-incarcerations in the same detention center: role of substitution therapy. A preliminary retrospective analysis]. *Ann Med Interne* 2002,153:1S14-1S19.
46. Sibbald B: Methadone maintenance expands inside federal prisons. *CMAJ* 2002,167:1154.
47. Warren E, Viney R, Shearer J, Shanahan M, Wodak A, Dolan K: Value for money in drug treatment: economic evaluation of prison methadone. *Drug Alcohol Depend* 2006,84:160-166.
48. Barnett PG, Hui SS: The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mt Sinai J Med* 2000,67:365-374.
49. Rincon-Moreno S: Ten years of methadone maintenance programs in Spanish prisons (1996-2005) [abstract]. Presented at *4th International Conference on Alcohol and Harm Reduction; 12 May 2008; Barcelona, Spain*.

## AUTORINNEN, MODERATORINNEN UND REFERENTINNEN

**Annette Classen**

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll; Oberärztin VI. Psychiatrische Abteilung  
Langenhorner Chaussee 560; D - 22419 Hamburg

Tel.: 040 - 181887-2513

[a.classen@asklepios.com](mailto:a.classen@asklepios.com)

**Tim Ellermann**

Sedanstraße 126, D - 28201 Bremen

[tim.ellermann@gmx.de](mailto:tim.ellermann@gmx.de)

**Dr. Klaus J. Fritsch**

Ltd. Anstaltsarzt JVA Bremen

Sonnemannstr. 2; D - 28239 Bremen

Tel.: 0421/361 15 – 337

[Dr.Klaus.J.Fritsch@JVA.BREMEN.de](mailto:Dr.Klaus.J.Fritsch@JVA.BREMEN.de)

**Dr. Jürgen Golze**

Anstaltsarzt JVA Tegel

Seidelstrasse 39; D -13507 Berlin

[juergen-golze@t-online.de](mailto:juergen-golze@t-online.de)

**Dagmar Hedrich**

Senior Scientific Analyst; Health and Social Responses; Interventions, Law and  
Policies Unit

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Cais do Sodré, P - 1249-289 Lisboa

Tel.: + 351 211210267

[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

**Dr. Klaus Husmann MA**

Justizministerium NRW

Martin-Luther-Platz 40; D - 40212 Düsseldorf

[klaus.husmann@jm.nrw.de](mailto:klaus.husmann@jm.nrw.de)

Dr. med. **Karlheinz Keppler** M.A.

Medizinaldirektor, Ärztlicher Dienst JVA für Frauen

An der Propstei 10; D - 49377 Vechta

Tel.: 04441 884-312 Fax -317

[Karlheinz.Keppler@justiz.niedersachsen.de](mailto:Karlheinz.Keppler@justiz.niedersachsen.de)

**Bärbel Knorr**

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; Referat: Drogen & Menschen in Haft  
Wilhelmstr. 138; D -10963 Berlin  
Tel.: 030 - 690087-45  
[baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de](mailto:baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de)

**Dr. Marc Lehmann**

Ärztlicher Direktor Justizvollzugs Krankenhaus Berlin  
Saatwinkler Damm 1a, D - 13627 Berlin  
Tel.: 030- 90144 -- 1300  
[marc.lehmann@jvkb.berlin.de](mailto:marc.lehmann@jvkb.berlin.de)

**Dr. Thieß Matthießen**

Psychotherapeut, Niedersächs.Landeskrankenhaus Moringen  
Mannenstrasse 29; D - 37186 Moringen  
[thiess.matthiessen@nlkh-moringen.niedersachsen.de](mailto:thiess.matthiessen@nlkh-moringen.niedersachsen.de)

**Dr. Ingo Ilja Michels**

Project Leader of Central Asia Drug Action Programme (CADAP) of the  
European Union, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit  
(GTZ), Bishkek, Kyrgyzstan  
Tel.: ++996 312906741 ; Mobile: ++996 778003764  
Mobile; ++996 772570084  
[ingoilja.michels@gtz.de](mailto:ingoilja.michels@gtz.de)

**Dr. Michael Parys**

Leiter der Substitutionsambulanz der Caritas in Stuttgart  
Eduard-Pfeifferstrasse 12; D -70192 Stuttgart  
[parysm@web.de](mailto:parysm@web.de); [michael.parys@googlemail.com](mailto:michael.parys@googlemail.com)

**Claudia Pastoor**

Dipl.-Sozialarbeiterin, Sozialdienst - Justiz Vollzugsanstalt Werl  
Langenwiedenweg 46, D - 59457 Werl  
[claudia.pastoor@jva-werl.de](mailto:claudia.pastoor@jva-werl.de)

**Prof. Dr. Jörg Pont**

Brachtlgasse 20A; A - 1230 Vienna  
[joerg.pont@univie.ac.at](mailto:joerg.pont@univie.ac.at)

**Dr. Wolfgang Rieckenbrauck**

Ärztlicher Direktor  
Justizvollzugs Krankenhaus Nordrhein-Westfalen  
D - 58730 Fröndenberg  
[wolfgang.riekenbrauck@jvk.nrw.de](mailto:wolfgang.riekenbrauck@jvk.nrw.de)



**Dr. med Catherine Ritter**

Fachberaterin Projekt BIG  
38 Ch du Vignoble; CP 8 ; 1232 Confignon/GE - Suisse  
[info@catherineritter.ch](mailto:info@catherineritter.ch)  
[www.catherineritter.ch](http://www.catherineritter.ch)

**Gangolf Schaper**

Dipl. Soz.-Wirt , Leiter Suchtberatung JVA Vechta  
An der Propstei 10; D - 49377 Vechta  
Tel.: 04441 884 303  
[Gangolf.Schaper@jva-vec.niedersachsen.de](mailto:Gangolf.Schaper@jva-vec.niedersachsen.de)

**Prof. Dr. Heino Stöver**

Fachhochschule Frankfurt/Main  
FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit /Health and Social Work  
Nibelungenplatz 1; D - 60318 Frankfurt/Main I  
Tel.: 069-1533-2823; mobil: 0162 133 45 33  
[hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de),

**Wilfried Weyl**

Leitung Krankenpflagedienst Justizvollzugsanstalt Butzbach  
Bezirkskrankenhaus  
Kleeberger Str. 23, D - 35510 Butzbach  
Tel.: 06033 893 3340  
[Wilfried.Weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de](mailto:Wilfried.Weyl@jva-butzbach.justiz.hessen.de)

**Jens Wiegand**

Abtlg. für psychisch auffällige Gefangene in der JVA Weiterstadt  
Vor den Löserbecken 4, D - 64331 Weiterstadt  
[jens.wiegand@jva-weiterstadt.justiz.hessen.de](mailto:jens.wiegand@jva-weiterstadt.justiz.hessen.de)

**Dr. med. Hans Wolff**

Unité de médecine pénitentiaire (UMP), Centre médical universitaire, Av. de  
Champel 9 ; CH - 1211 Genève 4  
Tel.: +41 22 (37) 95 969 (direct 95 547)  
[Hans.Wolff@hcuge.ch](mailto:Hans.Wolff@hcuge.ch)

## DANK

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik dankt der Fa. R&B Pharmaceuticals für die bedingungslose Unterstützung dieser Konferenz und Purple Hat Communications Ltd für die Vermittlung.

## IMPRESSUM

*Herausgeber:*

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

*Redaktion:*

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

*Umschlag und Innentitel:*

Katja Fuchs

*Umschlagfoto:*

Heino Stöver

*Gestaltung und Satz*

Christine Kluge Haberkorn

*Druck:*

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

*Bestellungen:*

akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org,  
www.akzept.org, www.gesundinhaft.eu

Alle Rechte bei den Autoren bzw. akzept  
Berlin, August 2010

ISBN 978-3-981 3890