



# **Leitfaden zur Substitutionsbehandlung im Gefängnis**

**Die Entwicklung und Übersetzung dieses Leitfadens wurde von der Europäischen Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, unterstützt, Projekt Nr. 2003308, Europäisches Netzwerk zu Drogen und Infektionsprävention im Gefängnis (ENDIPP).**

## **Autoren**

Andrej Kastelic<sup>1</sup>, Jörg Pont<sup>2</sup>, Heino Stöver<sup>3</sup>

## **Herausgeber**

Fabienne Hariga (UNODC HQ Wien/Österreich)

Karlheinz Keppler (Frauengefängnis, Vechta/Deutschland)

Rick Lines (IHRA, London/Vereinigtes Königreich)

Morag MacDonald (UCE, Birmingham/Vereinigtes Königreich)

David Marteau (Offender Health, London/Vereinigtes Königreich)

Lars Møller (WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen/Dänemark)

Jan Palmer (Clinical Substance Misuse Lead, Offender Health London/  
Vereinigtes Königreich)

Ambros Uchtenhagen (Zürich/Schweiz)

Caren Weilandt (WIAD, Bonn/Deutschland)

Nat Wright, (HMP Leeds/Vereinigtes Königreich )

Dieser Leitfaden wurde von den Autoren und den Herausgebern zwischen Juni und September 2007 erstellt. Ein Teil des Textes (von Andrej Kastelic) wurde in veränderter Form aus einem Kapitel des WHO Leitfadens „Health in Prisons“ (Møller et al. 2007) entnommen.

<sup>1</sup> Dr. Andrej Kastelic, Center for Treatment of Drug Addiction Ljubljana, Zaloska 29, SI-1000 Ljubljana/Slovenia; andrej.kastelic@psih-klinika.si

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Jörg Pont, Brachtlgasse 20A, A-1230 Vienna/Austria, joerg.pont@univie.ac.at

<sup>3</sup> Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen, FB 06, Postbox 330 440, D-28334 Bremen/Germany

Inhalt	Seite
Abkürzungsverzeichnis	
<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
Für wen dieser Leitfaden gedacht ist	5
Wesentliche Elemente und erste wichtige Schritte	6
Engagement aller Mitarbeiter	7
Partnerschaften für die Gesundheit	8
Wichtige Punkte	10
<b>1. Hintergrund</b>	<b>12</b>
<b>2. Was ist Substitutionsbehandlung</b>	<b>14</b>
2.1 Die Hauptziele der Substitutionsbehandlung	16
2.2 Nachweis der Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung	17
2.3 Wirksame Behandlung	24
2.4 Substitutionsbehandlung ist wirksamer als andere Formen der Behandlung	27
2.5 Behandlungskriterien und Behandlungsplan	28
2.6 Risiken und Einschränkungen	29
2.7 Politoxikomanie	30
2.8 Politische Führung und klare Politiken und Protokolle	31
2.9 Substitutionswirkstoffe	31
2.9.1 Methadon	32
2.9.2 Buprenorphin	35
2.9.3 Retardiertes Morphin	37
2.9.4 Behandlung mit Antagonisten: Naltrexon	37
<b>3. Substitutionsbehandlung im Gefängnis</b>	<b>39</b>
3.1 Aufnahme der Substitutionsbehandlung im Gefängnis	39
3.2 Beginn der Behandlung	39
3.2.1 Entgiftung	40
3.2.2 Dosierung und Überwachung der Einnahme	41
3.2.3 Urinkontrollen	43

3.3	Abbruch des Substitutionsprogramms	44
3.4	Die Bedeutung psychosozialer Behandlung	44
3.5	Beigebrauch von Drogen	45
<b>4.</b>	<b>Grundlegende Informationen über die Behandlung</b>	<b>46</b>
4.1	Wichtige Informationen für den Patienten	46
4.2	Anonymität und Vertraulichkeit der Behandlung	47
4.3	Privilegien	48
4.4	Fortsetzung der Behandlung außerhalb und innerhalb des Gefängnisses	48
4.5	Einbeziehung des Drogenkonsumenten	50
4.6	Der Zusammenhang von Substitutionsbehandlung und HIV-Therapie	50
4.7	Substitutionsbehandlung in allen Bereichen des Strafrechtssystems	52
4.8	Spezielle Berücksichtigung von Frauen	53
<b>5.</b>	<b>Ausblick</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>Medizinisch-ethische Aspekte der Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis</b>	<b>55</b>
	<b>Quellenangaben</b>	<b>66</b>
	<b>Weiterführende Literatur</b>	<b>69</b>

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
CPT	Centre for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenmissbrauch)
EU	Europäische Union
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
IDU	Intravenous drug users (intravenöser Drogengebrauch)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Büro der Vereinten Nationen zu Drogen und Kriminalität)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WMA	World Medical Association (Weltärztebund)

## Einleitung

In vielen Teilen der Welt, in Europa, Asien und Nordamerika, sind opiatabhängige Menschen im Gefängnis überrepräsentiert. In diesen machen sie über ein Drittel der Gefängnispopulation aus und sogar bis zu 80% in manchen Ländern Zentralasiens. Im subsaharanischem Afrika weitet sich das Problem der Opiatabhängigkeit aus, während in Lateinamerika die Kokainabhängigkeit weiter verbreitet ist.

Gefängnisse sind nicht der richtige Ort, um drogenabhängige Männer und Frauen zu behandeln, vielmehr sollten in den verschiedenen Ländern Strategien zur Entwicklung von Alternativen zum Gefängnis erarbeitet werden. Aber solange diese nicht existieren, ist die Gefängnisleitung mit dieser spezifischen Gefangenengruppe und deren speziellen Bedürfnissen und Anforderungen an Behandlung, Versorgung und Unterstützung konfrontiert. Wie im Folgenden gezeigt wird, haben Studien erwiesen, dass die Substitutionsbehandlung der effektivste Weg ist, Opiatabhängige zu behandeln und gleichzeitig das Risiko der Übertragung von HIV und Hepatitis C, sowie das Risiko von Überdosierungen zu senken.

Wie jeder Mensch, sollten Gefangene den bestmöglichen Standard in der Gesundheitsversorgung genießen dürfen. Dies wird von Seiten internationalen Rechts unter Artikel 25 der universellen Deklaration der Menschenrechte der Vereinten Nationen und Artikel 12 des internationalen Abkommens über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte festgelegt. Die internationale Gemeinschaft hat allgemein anerkannt, dass Gefangene weiterhin alle Rechte besitzen, die nicht durch die Inhaftierung selbst entfallen, einschließlich des Rechts auf den bestmöglichen medizinischen Standard physischer und psychischer Gesundheitsversorgung. Lediglich der Verlust der Freiheit ist die Bestrafung und nicht der Verlust fundamentaler Menschenrechte. Die einzelnen Länder sind daher dazu verpflichtet, ihre Gesetzgebung, Richtlinien und Programme im Einklang mit den Normen des internationalen Menschenrechts zu gestalten und sicherzustellen, dass die Standards der Gesundheitsversorgung im Gefängnis denen außerhalb des Gefängnisses entsprechen.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> UNODC-UNAIDS-WHO Framework for HIV AIDS prevention, treatment, and care in prison (2006).

Dass von Opiaten abhängige Personen Zugang zu einer angemessenen Therapie benötigen, wurde bereits vor mehr als zehn Jahren international anerkannt. 1993 gab die WHO Richtlinien über HIV-Infektionen und AIDS im Gefängnis heraus, die besagen, dass „drogenabhängige Gefangene unterstützt werden sollten, unter angemessener Einhaltung von Vertraulichkeit und Verschwiegenheit an Drogentherapieprogrammen während ihres Gefängnisaufenthalts teilzunehmen. Solche Programme sollten Informationen bieten über die Behandlung von Drogenabhängigkeit und über die Risiken der verschiedenen Arten des Drogenkonsums. Gefangene, die sich bereits außerhalb des Gefängnisses in einer Substitutionstherapie waren, sollten die Möglichkeit haben, diese im Gefängnis fortzusetzen. In Ländern, in denen Methadon-Programme in Freiheit angeboten werden, sollten diese Programme ebenso Personen im Gefängnis zugänglich sein.

Dieser Leitfaden basiert auf den Erfahrungen von Wissenschaftlern sowie Ärzten und Psychiatern, die im Bereich der Substitutionsbehandlung im Gefängnis arbeiten. Um einen bestmöglichen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Leitfaden zu erstellen, wurde weiterhin eine ausführliche Recherche internationaler Literatur und Datenbanken betrieben. Die vorliegende Publikation folgt den Anleitungen und Empfehlungen vieler internationaler Leitlinien, wie zum Beispiel dem vom WHO Regionalbüro in Europa veröffentlichten „Health in Prison“, einem Leitfaden zu den wichtigsten Punkten von Gesundheit im Gefängnis. Besonders erwähnenswert an dieser Stelle ist ebenso das UNODC/UNAIDS/WHO Rahmenprogramm zur Prävention, Versorgung und Behandlung von HIV im Gefängnis, sowie das *Evidence for actions technical paper: Interventionen zu HIV im Gefängnis – Behandlung von Drogenabhängigkeit*.

### **Für wen dieser Leitfaden gedacht ist**

Dieser Leitfaden über Opiat-gestützte Substitutionstherapie ist dafür gedacht, Gefängnisärzte, Pflegepersonal, die Gefängnisleitung sowie NGOs und andere an der Durchführung und Unterstützung der Substitutionsbehandlung Beteiligte zu unterstützen.

Drogenabhängigkeit muss als ernstzunehmende Krankheit behandelt werden und jeder Beteiligte muss seinen Teil dazu beitragen, den Gefangenen die bestmögliche Behandlung zuzusichern, sowie dazu, dass drogenbezogener Schaden so gering wie möglich gehalten wird. Die Anwendung der Empfehlungen aus diesem Leitfaden wird einen wichtigen Beitrag leisten zu einem gesunden Gefängnis für drogenabhängige Gefangene, einer höheren Zufriedenheit der Bediensteten und einer deutlichen Minderung der Schäden, die durch Drogenabhängigkeit im Gefängnis entstehen.

### **Wesentliche Elemente und erste wichtige Schritte**

Auch wenn einzelne Gefängnisbedienstete viel hinsichtlich des Problems tun können, glauben wir fest daran, dass ein gesundes Gefängnis für drogenabhängige Gefangene nur erreicht werden kann, wenn alle Bediensteten involviert sind, einschließlich der älteren Mitarbeiter, die wesentlich den Ethos des gesamten Gefängnisses mitbestimmen.

Wenn Veränderungen eingeführt werden, sollte man deren langfristige Umsetzung mit bedenken. Obwohl einzelne oftmals extern finanzierte Initiativen und Pilotprojekte viel erreichen können, werden diese Projekte nur langfristig wirksam sein, wenn das Gesundheitssystem des Gefängnisses auf einem nachhaltigen Ansatz basiert. Wenn solide Richtlinien eingeführt werden, die auf genauen Prinzipien beruhen, die durch ein von allen Seiten unterstütztes und gut ausgebildetes Personal in eine effektive Ausführung derselben resultieren.

Nachhaltigkeit kann am besten erreicht werden, wenn stabile Verbindungen zwischen dem Gesundheitssystem des Gefängnisses und dem Gesundheitssystem außerhalb des Gefängnisses geschaffen werden und diese eng zusammenarbeiten. Solch eine Zusammenarbeit wird verhindern, dass Gefängnisse nur eine unzureichende Gesundheitsversorgung liefern.

Es gibt vieles, was benötigt wird, um ein gesundes Gefängnis für Drogenabhängige zu schaffen, wie zum Beispiel die Übernahme von Verantwortung durch die Politik, durch



die Gefängnisleitung sowie durch jeden einzelnen Bediensteten. Das Pflegepersonal spielt hierbei eine wichtige Rolle. Für die Realisierung eines gesunden Gefängnisses sind ebenso die direkte Einbindung der Gefangenen sowie Unterstützung von außerhalb des Gefängnisses wichtig.

Erfahrungen in verschiedenen Ländern Europas haben Probleme aufgezeigt, die entstehen, wenn die Gesundheitsversorgung im Gefängnis separat von der allgemeinen öffentlichen Gesundheitsversorgung des Landes erfolgt. Dies schließt Probleme bei der Suche nach ausreichend ausgebildetem Personal ein, aber auch Probleme wie ungenügende Weiterbildungsmaßnahmen. Heutzutage wird dringend empfohlen dass das Gesundheitssystem des Gefängnisses eng mit den nationalen Gesundheitsdiensten und Gesundheitsbehörden zusammenarbeitet, so dass in Gefängnissen derselbe Standard in der Gesundheitsversorgung wie außerhalb des Gefängnisses gesichert werden kann. Dabei sollte berücksichtigt werden, was die Moskauer Deklaration der WHO, die sich mit Gesundheit im Gefängnis als einem Teil öffentlicher Gesundheit beschäftigt, besagt:

„Den Regierungen der Mitgliedstaaten wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den für die Gesundheit und für den Strafvollzug zuständigen Ministerien empfohlen, um hohe Qualitätsstandards bei der Behandlung von Gefangenen und zum Schutze der Beschäftigten zu sichern, gemeinsame Fachschulungen zu moderner Krankheitsbekämpfung durchzuführen, eine hohe Professionalität des medizinischen Strafvollzugspersonals zu erzielen, Behandlungskontinuität in Strafvollzug und Gesellschaft zu erreichen und die Statistiken zu vereinheitlichen.“

## **Engagement aller Mitarbeiter**

Ein gesundes Gefängnis für Drogenabhängige kann nicht ohne Mithilfe eines jeden Bediensteten umgesetzt werden. Bedienstete müssen über die spezifischen Gesundheitsprobleme Drogenabhängiger, über Infektionsübertragung und darüber hinaus wie die Verbreitung von Infektionen besser kontrolliert werden kann und wie Gesundheit und Wohlbefinden gefördert werden können, ausreichend und verständlich informiert sein.

Ärzte und Pflegepersonal sowie andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich haben eine einzigartige Führungsrolle hinsichtlich der Schaffung einer gesunden Umgebung für drogenabhängige Gefangene. Hier sollte besonders Wert auf eine solide Ausbildung gelegt werden, die Dinge wie Vertraulichkeit und Verschwiegenheit, die Patientenrechte sowie allgemeine Menschenrechte umfasst. Bedienstete im Gesundheitsbereich sollten ebenso über epidemiologische Kenntnisse verfügen, darüber wie sich Krankheiten verbreiten und wie der Lebensstil und der sozioökonomische Hintergrund die Gesundheit beeinflussen können. Sie sollten ebenfalls mit Ernährungsfragen vertraut sein, sowie mit der Wichtigkeit von Bewegung und frischer Luft für die Gesundheitsförderung. Sie sollten möglichen Gesundheitsproblemen aufmerksam gegenüber sein und in der Lage sein, frühe Anzeichen von psychischen Gesundheitsproblemen aufzudecken, da die Komorbidität bei Drogenabhängigen sehr hoch ist.

## **Partnerschaften für die Gesundheit**

Eine der Hauptsäulen der Gesundheitsförderung ist das Konzept der Verantwortungsübernahme: das Individuum muss fähig und es muss ihm möglich sein, gesunde Entscheidungen zu treffen. Bei der Gesundheitsförderung im Gefängnis ist dieser Ansatz nicht möglich. Es ist daher wichtig, dass so viel Eigenverantwortung wie möglich im Gefängnisystem erlaubt wird.

Ein Bereich, der als wichtig befunden wurde, ist die Bereitstellung von Informationen zu Gesundheitsthemen für Gefangene. Informationsblätter, auf denen die Angebote des Gesundheitsdienstes im Gefängnis deutlich gemacht werden und Hilfestellung gegeben werden, wie der Gefangene am besten mit einer solchen Krankheit im Gefängnis umgehen kann, sollten drogenabhängigen Gefangenen zugänglich gemacht werden. Falls Informationsblätter aufgrund von Sprachbarrieren und mangelnder Lesefähigkeit nicht effektiv genug sind, sollten alternative Formen der Informationsvermittlung gewählt werden, wie z.B. in Form von Videofilmen und anderen visuellen Hilfen oder mit Hilfe von Gesundheits-Diskussionsgruppen, die von einem ausgebildeten Angestellten des Gesundheitsdienstes geleitet werden.

Neben der Verfügbarkeit von dauerhafter Drogenbehandlung sollten ebenso schadensbegrenzende Maßnahmen angeboten werden, wie z.B. saubere Nadeln und Spritzen sowie Desinfektionsmittel, insbesondere um die Verbreitung von durch Blut übertragbare Krankheiten durch Praktiken wie dem Piercen und Tätowieren zu vermeiden. Die Möglichkeit, Tattoos durch professionelle Tätowierer stechen zu lassen, sollte in Betracht gezogen werden.

Regelmäßiger Kontakt mit den jeweiligen Diensten in den lokalen Gemeinden und eine Einbeziehung von Nicht-Regierungs-Organisationen, kann viel zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Gefängnis beitragen. Wenn möglich sollten Gefangene schon vor ihrer Haftentlassung Kontakt zu wichtigen Diensten außerhalb des Gefängnisses haben, so zum Beispiel der Bewährungshilfe oder anderen sozialen Diensten. Für ehemals Drogensüchtige kann diese Verbindung sehr wichtig sein, um Todesfälle durch Überdosierungen nach der Entlassung zu verhindern.

***Lars Möller, WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen/Dänemark***

***Fabienne Hariga UNODC, Hauptquartier Wien/ Österreich***

## Wichtige Punkte

- Schätzungsweise ein Drittel aller Gefängnisinsassen sind von Opiaten abhängig und eine weitaus größere Zahl hat Erfahrungen mit Drogengebrauch. In einigen Gefängnis beträgt dieser Anteil sogar bis zu drei Viertel der Gefängnispopulation.
- Gefängnisse stellen eine stark risikobehaftete Umgebung dar hinsichtlich der Ansteckung mit durch Blut übertragbare Krankheiten aufgrund von Faktoren wie Überbelegung, schlechter Ernährung, begrenztem Zugang zum Gesundheitssystem, fortgeführten illegalen Drogenkonsum sowie ungeschütztem Geschlechtsverkehr dar.
- Jegliche Form der Drogentherapie hat das Potential das Risiko der Übertragung von HIV und Hepatitis C zu beeinflussen, wobei Substitutionsprogramme hierbei das größte Potential besitzen, intravenösen Drogenkonsum und das daraus resultierende Risiko einer Ansteckung zu senken.
- Das *Positionspapier*, welches WHO, UNODC und UNAIDS kürzlich über Substitutionstherapie veröffentlicht haben, schlussfolgert, dass die Bereitstellung von Substitutionsprogrammen für Opiatabhängige eine effektive Strategie ist, um HIV und AIDS vorzubeugen. Dies zeigt deutlich, dass Substitutionsprogramme so schnell wie möglich gefährdeten Gruppen zugänglich gemacht werden sollten.
- Substitutionstherapie wurde in der Europäischen Union in den letzten 5-10 Jahren stark ausgeweitet.
- Die Verordnung einer Substitutionstherapie und die Verabreichung von Opiat-Agonisten an Opiatabhängige steht im Einklang mit den 1961 und 1971 verfassten Konventionen über narkotische Drogen und psychotrope Substanzen. Aufgrund der erwiesenermaßen ansteigenden Probleme intravenösen Drogenkonsums, HIV/AIDS und Hepatitis C in Gefängnissen Osteuropas und in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, ist es an der Zeit zu handeln. Ein Scheitern bei der Einführung effektiver Drogentherapien und effektiver HIV und Hepatitis C Präventionsmaßnahmen könnte zu weiterer Verbreitung von HIV und Hepatitis C Infektionen bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren sowie dem gesamten Gefängnis führen und potentiell Einfluss auf die Infektionsrate in der gesamten Gesellschaft haben.
- Intravenös Drogen gebrauchende Menschen, die nicht behandelt werden, haben ein um ein Sechsfaches erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken als jene, die sich in Therapie begeben und diese fortsetzen.

- Die Mortalitätsrate Opiatabhängiger, die sich in Methadonbehandlung befinden, ist ein Drittel bis ein Viertel geringer als bei jenen, die sich nicht in Behandlung befinden.
- Ähnlich wie außerhalb des Gefängnisses hat die Bereitstellung der Substitutionsbehandlung für Gefangene das Potential, intravenösen Drogenkonsum und das Teilen von Spritzbestecken im Gefängnis zu reduzieren. Zusätzlich weisen Gefangene, die an Methadonprogrammen teilnehmen, deutlich geringere Wiederinhaftierungsraten auf als solche, die nicht teilnehmen.
- Zwischen 70 und 98% aller Gefangenen, die wegen eines Drogendelikts verurteilt wurden und während der Haft nicht behandelt wurden, werden im folgenden Jahr nach Haftentlassung rückfällig.
- Die am weitesten verbreitete Form der Substitutionsbehandlung ist die Methadonbehandlung. Methadon wird seit Jahrzehnten dazu eingesetzt, Menschen zu behandeln, die von Heroin und anderen Opiaten abhängig sind. Das erst später entwickelte Buprenorphin ist ebenso in manchen Ländern verbreitet. Beide Substanzen tragen nachweislich dazu bei, das Risiko einer HIV Infektion erheblich zu senken, indem Drogenkonsum generell sowie intravenöser Konsum und Nadeltausch verringert werden als auch zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Opiatabhängigkeit.
- Die Bereitstellung von Methadonbehandlung ist daher eine effektive Strategie, um einer Infektion mit HIV und Hepatitis C vorzubeugen. Daher sollte diese so schnell wie möglich für besonders gefährdete Gruppen (auch für Gefangene) angeboten werden.
- Studien haben nachgewiesen, dass Methadonprogramme weitaus effektiver sind als Entgiftungsprogramme, indem sie eine längere Teilnahme an der Drogentherapie und die Abstinenz von illegalen Drogen fördern.
- Die Gesundheitsversorgung für Individuen in Gefängnissen sollte gleichwertig mit der außerhalb dieser Systeme sein.
- Behandlungskontinuität ist erforderlich (zum Beispiel beim Übergang von Gefängnis zu Gefängnis oder vom Gefängnis in die Freiheit), um die Erfolge der Methadonbehandlung aufrechtzuerhalten.
- Vor dem Beginn einer Methadonbehandlung müssen die Teilnehmer des Programms mit allen relevanten Informationen versorgt werden, insbesondere zu dem Risiko einer Überdosierung und potentiellen Risiken bei zusätzlichem Drogengebrauch sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.
- Vor dem Beginn der Behandlung sollte der Drogenabhängige über die jeweiligen Pflichten des Arztes gegenüber dem Staat, dem Gefängnis sowie dem Gefangenen selbst informiert sein.

## 1. Hintergrund

Es gibt weltweit schätzungsweise 13,2 Millionen Menschen, die intravenös Drogen konsumieren und mindestens 10% aller HIV Infektionen weltweit resultieren aus risikobehaftetem intravenösem Drogengebrauch, in Ländern in Osteuropa und Zentralasien sogar bis zu 90%.

Viele Drogengebraucher verbringen Jahre ihres Lebens im Gefängnis. Im Allgemeinen kommen Gefangene oft aus den ärmsten Schichten der Gesellschaft und haben schon allein daher einen schlechteren Gesundheitszustand zu verzeichnen als andere soziale Gruppen. Der Aufenthalt im Gefängnis verschlechtert üblicherweise bereits bestehende Gesundheitsprobleme, besonders bei gefährdeten Gruppen wie Drogengebraucher.

Gefängnisse stellen aufgrund von Überbelegung, schlechter Ernährung, begrenztem Zugang zu Präventionsmaßnahmen, illegalem Drogenkonsum und ungeschütztem Geschlechtsverkehr eine stark risikobehaftete Umgebung für die Übertragung von HIV dar:

- Intravenös Drogen gebrauchende Menschen sind aufgrund von Risikoverhalten wie das Teilen von Spritzbesteck und Drogen, Sexualkontakten mit anderen intravenös Drogen gebrauchenden Menschen sowie risikobehaftetes Sexualverhalten besonders gefährdet, sich mit HIV oder anderen durch Blut übertragbare Krankheiten anzustecken. Obwohl der Großteil der Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, Männer sind, neigen Frauen eher dazu, das Spritzbesteck ihrer Partner zu benutzen und haben es allgemein schwerer, Sexualpraktiken mit einem niedrigeren Risiko sowie den Gebrauch von Kondomen auszuhandeln. Intravenös Drogen gebrauchende Menschen sind mit höherer Wahrscheinlichkeit in die Sexindustrie verwickelt.
- Intravenöser Drogenkonsum ist momentan der häufigste Übertragungsweg für Hepatitis C. Eine Infektion mit Hepatitis C resultiert in 50-85% aller Fälle in eine chronische Krankheit. Circa 7-15% aller chronisch Hepatitis-C Erkrankten ent-

wickeln innerhalb von 20 Jahren eine Leberzirrhose, und von denen wiederum ein gewisser Anteil in der Folge Leberkrebs.

- Die Kosten für Strafverfolgung, Gerichtsverhandlungen und die Inhaftierung tragen wesentlich zu den sozialen Kosten bei, die mit Drogenabhängigkeit verbunden sind.
- Bei Haftentlassung sind opiatabhängige Gefangene gefährdet, einen Rückfall zu erleiden oder eine Überdosis Drogen einzunehmen.

Zwischen 70 und 98% der Personen, die aufgrund eines Drogendelikts verhaftet wurden und während des Gefängnisaufenthalts nicht behandelt wurden, werden innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung rückfällig.

Um den Gebrauch von Drogen und den daraus entstehenden Schaden im Gefängnis zu reduzieren, sollten Gefängnisse Drogengebraucher dazu bringen, keinerlei Drogen mehr zu konsumieren, und wenn sie trotzdem Drogen gebrauchen, diese nicht zu spritzen, und wenn sie dennoch Drogen intravenös gebrauchen, das Injektionsbesteck nicht mit anderen zu teilen. Es ist also notwendig, sowohl Drogentherapien als auch schadensbegrenzende Programme im Gefängnis zur Verfügung zu stellen (Stöver et al. 2007).

Es gibt einen wachsenden Konsens darüber, dass die Behandlung von Drogengebrauchern im Gefängnis wirkungsvoll ist, wenn diese auf die besonderen Bedürfnisse der Gefangenen eingeht, von ausreichender Dauer und Qualität ist und eine Weiterbetreuung nach der Entlassung sichergestellt ist.

Es gibt viele Arten der Drogentherapie, die man generell in zwei Kategorien einteilen kann: Substitutionsbehandlung und abstinenz-orientierte Programme. Alle Formen der Drogentherapie beeinflussen das Risiko der HIV-Übertragung, aber die Substitutionsbehandlung hat das größte Potential intravenösen Drogengebrauch und die daraus resultierenden Risiken sowie die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu reduzieren.

## 2. Was heißt Substitutionsbehandlung

Substitutions-Therapie (Agonisten-Arzneimitteltherapie, Agonisten ersetzende Therapie oder Agonisten gestützte Therapie) ist definiert als ärztlich kontrollierte Verabreichung einer verschriebenen psychoaktiven Substanz an Abhängige, welche pharmazeutisch verbunden ist mit der Substanz, welche die Abhängigkeit hervorruft, um festgelegte Behandlungsziele zu erreichen.

Substitutionsbehandlung mit Opioiden ist eine Form der medizinischen Versorgung von Heroin- oder anderen Opiaten abhängigen Personen unter Verwendung verschriebener Opiat-Agonisten mit ähnlichen oder identischen Wirkungen auf das Gehirn wie Heroin oder Morphine und welche Entzugerscheinungen lindern und das Verlangen nach illegalen Opiaten blockieren. Beispiele für Opiat-Agonisten sind Methadon, Levo-Alpha-Acetylmethadol, retardierte Morphine, Codein, Buprenorphin (ein teilweiser Agonist-Antagonist) und in einigen Ländern Diamorphin.

Antagonisten, welche die Wirkungen von Opiaten umkehren, werden bei der Behandlung von Opiat-Abhängigkeit ebenfalls eingesetzt. Sie besetzen Rezeptoren an den gleichen Stellen im Gehirn wie Opiate und blockieren damit ihre Wirkung, beenden jedoch nicht das Verlangen nach Drogen. Nimmt jemand einen Antagonisten und anschließend ein Opiat ein, wird der euphorisierende Effekt des Opiats aufgehoben, da es nicht auf das Gehirn einwirken kann. Falls der Antagonist nach dem Opiat eingenommen wird, kommt es bei einer Opiat abhängigen Person unmittelbar zu entsprechenden Entzugerscheinungen (daher sind Antagonisten kontraindiziert bei Personen, welche nicht von Opiaten entgiftet sind). Naltrexon ist der in der Behandlung von Opiat-Abhängigkeit am häufigsten gebräuchliche Opiat-Antagonist. Naloxon wird nur in Notfällen benutzt um die Wirkung von Opiat-Überdosen umzukehren. Buprenorphin ist ein teilweiser Agonist-Antagonist, welcher zunehmend zur Behandlung von Opiat-Abhängigkeit genutzt wird. Suboxone® ist eine Kombination von Naloxon mit Buprenorphin (im Verhältnis von 4:1), um den Missbrauch von Medikamenten durch Injektion zu verhindern.



**Tabelle 1: Unterschiede zwischen Agonisten und Antagonisten**

<b>Agonisten (Methadon, Levo-Alpha-Acetylmethadol, Morphine und Heroin)</b>	<b>Antagonisten (Naltrexon and Naloxon)</b>
Substitutionsbehandlung	Blockierende Behandlung
Wirkt ähnlich wie Opiate	Blockiert die Wirkung von Opiaten
Stimuliert Opiat-Rezeptoren	Blockiert die Opiat-Rezeption
Lindert oder stoppt das Verlangen nach Opiate	Ruft keinen Rausch hervor
Ruft keinen Rausch hervor (bis auf Morphine and Heroin)	Verursacht keine körperliche Abhängigkeit
Kann körperliche Abhängigkeit verursachen oder aufrechterhalten	

Substitutionsbehandlung ist nutzbringend, weil sie abhängigen Drogengebern die Möglichkeit bietet, ihre Gefährdung durch hoch riskantes Verhalten zu verringern und sich gesundheitlich und sozial zu stabilisieren, ehe sie die körperliche Seite ihrer Abhängigkeit angehen. Substitutionsbehandlung kommt im Allgemeinen in Betracht für Personen, die Schwierigkeiten haben ihren Drogengebrauch aufzugeben, sowie zur Beendigung von Entzugserscheinungen. Es ist wünschenswert, dass die zur Substitution verwendete Substanz eine längere Wirkzeit oder Halbwertszeit hat als die Droge, welche sie ersetzt, um das Auftreten von Entzugserscheinungen zu verzögern und die Häufigkeit der Verabreichung zu verringern. Dies ermöglicht der Person, sich auf ihre Alltagsaktivitäten zu konzentrieren ohne die Notwendigkeit, Drogen zu erhalten und zu verwenden. Weiterhin unterstützt der Ersatz einer illegalen Droge durch ein verschriebenes Medikament den Bruch mit kriminellen Handlungen und fördert die Veränderung des Lebensstils.

Qualitativ hochwertige Behandlung sollte:

- fortlaufend sein, im Einklang mit der Behandlung anderer chronischer Krankheiten (z.B. antivirale/antiretrovirale Behandlung);
- in der Lage sein, die vielfältigen Probleme anzugehen, die Rückfallrisiken mit sich bringen, wie medizinische and psychiatrische Symptom und soziale Instabilität;
- gesellschaftlich gut integriert sein, um raschen Zugang für Beobachtungszwecke zu erlauben und Rückfällen zuvorzukommen.

Andere Merkmale guter Praxismodelle sind:

- ein angemessener für die Behandlung verfügbarer Zeitraum;
- enge Verbindungen zu Gesundheits- und Drogendiensten in der Gemeinde;
- umfangreiche Fortbildung für die beteiligten Ärzte und Pfleger;
- ein hoher Grad an Berücksichtigung der persönlichen Sichtweisen der Gefangenen.

Wie im gemeinsamen Positionspapier von WHO/UNODC/UNAIDS (2004) zur Substitutionstherapie im Umgang mit Opioid-Abhängigkeit und HIV/AIDS Prävention ausgeführt wird, ist "keine einzelne Behandlung () für alle Individuen wirkungsvoll, deshalb sollten Dienste ausreichend variabel und flexibel sein, um den Bedürfnissen ihrer Klienten zu entsprechen, der Schwere ihrer Abhängigkeit, persönlichen Umständen, Motivation und darauf, wie sie auf Behandlungen ansprechen. Der vernünftige Umgang mit Opioid-Abhängigkeit erfordert eine ausgewogene Kombination von Arzneimitteltherapie, Psychotherapie, psychosozialer Rehabilitation und Interventionen zur Risikoverringern."

Wird eine Gleichwertigkeit gesundheitlicher Versorgung in der Gemeinde und im Gefängnis angestrebt, so ist die skizzierte Vielfalt von Behandlungsansätzen in das Justizvollzugssystem zu übertragen.

## **2.1 Die Hauptziele der Substitutionsbehandlung**

Auch wenn das letzte Ziel der Behandlung darin bestehen mag, Menschen vom Drogengebrauch wegzuführen, sind die Hauptziele von Substitutionsbehandlung auf Konzepte von öffentlicher Gesundheit und Schadensbegrenzung gegründet. Die Ziele der Substitutionsbehandlung sind:

- Menschen dabei zu unterstützen gesund zu bleiben, bis sie, mit der angemessenen Versorgung und Unterstützung, ein drogenfreies Leben erreichen können, oder, falls sie das nicht können oder das Programm verlassen möchten, für Jahre oder sogar lebenslang in Behandlung sind;
- den Gebrauch von illegalen oder nicht verschrieben Drogen zu verringern

- mit Problemen umzugehen, die mit Drogenmissbrauch verbunden sind;
- die mit Drogenmissbrauch verbundenen Gefahren zu verringern, speziell das Risiko der Übertragung von HIV, Hepatitis B und C und andere durch Blut übertragbare Infektionen durch Injektion und das Teilen von Injektionsinstrumenten;
- die zeitliche Länge des Drogenmissbrauchs zu verringern;
- die Wahrscheinlichkeit künftiger Rückfälle in den Drogenmissbrauch zu verringern;
- die Notwendigkeit krimineller Handlungen zur Finanzierung des Drogenmissbrauchs zu verringern;
- die Person angemessen mit Substitutionsmedikamenten zu stabilisieren, um Entzugerscheinungen zu verhindern;
- die allgemeine persönliche, soziale und familiale Funktionstüchtigkeit zu verbessern;
- und das Risiko eines mit Drogen verknüpften Todes zu verringern, speziell zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Gefängnis.

## **2.2 Nachweis der Wirksamkeit von Substitutionsbehandlung<sup>5</sup>**

Die häufigste Form von Substitutionsbehandlung ist Substitutionsbehandlung mit Methadon. Methadon wird seit Jahrzehnten zur Behandlung von Heroin- und anderer Opiatabhängigkeit verwendet. Das in jüngerer Zeit entwickelte Buprenorphin wird ebenfalls in einigen Ländern recht häufig verwendet (zu Einzelheiten über diese und andere Substitutionswirkstoffe siehe Seite 31). Beide Substanzen tragen nachweislich dazu bei, das Risiko einer HIV-Infektion erheblich zu senken, indem Drogenkonsum generell sowie intravenöser Konsum und Nadeltausch verringert werden als auch zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Opiatabhängigkeit.

Seit Mitte der 1990er Jahre konnten Substitutionsbehandlungsprogramme in der Gemeinde stark ausgebaut werden. Heute sind weltweit mehr als eine halbe Million Drogengebraucher in Substitutionsbehandlung. Substitutionsbehandlung wurde in der Europäischen Union in den letzten 10-15 Jahren erheblich ausgeweitet. Heute haben all Länder der Europäischen Union in irgendeiner Art und Weise Substitutionsbehand-

lungsprogramme, obwohl sich die Länder im Hinblick auf Ausmaß und Form von Zugänglichkeit und Qualität der Behandlung beträchtlich unterscheiden. Substitutionsbehandlung in ihren unterschiedlichen Formen hat sich in der Gemeinschaft als eine weithin akzeptierte Maßnahme der Schadensbegrenzung und Behandlung für Opiat abhängige Individuen etabliert (Council of Europe, 2001).

In einem gemeinsamen Papier stellten die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) und UNAIDS (2004) Folgendes fest:

“Substitutionstherapie ist eine der wirksamsten Behandlungsmöglichkeiten bei Opioidabhängigkeit. Sie kann die hohen Kosten von Opioidabhängigkeit für Individuen, ihre Familien und die Gesellschaft insgesamt senken, indem sie Heroingebrauch, damit verknüpfte Todesfälle, HIV-Risiko-Verhalten und kriminelle Handlungen verringert. Substitutionstherapie ist ein entscheidendes Element Gemeindebasierter Ansätze im Umgang mit Opioidabhängigkeit und der Prävention von HIV-Infektion unter intravenös Drogen gebrauchender Menschen.”

Die Verschreibung von Substitutionsbehandlung und die Verabreichung von Opioid-Agonisten an Personen mit Opioidabhängigkeit – im Rahmen anerkannter medizinischer Praxis und gebilligt von den zuständigen Behörden – steht in Übereinstimmung mit der Einzelübereinkunft zu Rauschgift von 1961 und der Übereinkunft zu Psychopharmaka von 1971.

Genügend Daten belegen die Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungsprogrammen bei der Verringerung hoch riskanten Injektionsverhaltens und des Risikos der Ansteckung mit HIV. Substitutionsbehandlung ist die wirksamste verfügbare Behandlung für Heroin abhängige intravenös Drogen gebrauchender Menschen im Hinblick auf die Reduzierung der Sterblichkeit (die Todesrate von substituierten Personen mit Opioidabhängigkeit beträgt ein Drittel bis ein Viertel derjenigen Rate von nicht behandelten Personen), Heroinkonsum und Kriminalität. Drogengebraucher zeigen vor Aufnahme einer Behandlung beträchtliches kriminelles Verhalten, welches nach einem Jahr Substitutionstherapie mit Methadon um etwa die Hälfte zurückgeht. Ihr Nutzen ist am größten während und unmittelbar nach der Behandlung, aber deutliche Verbesserungen

---

<sup>5</sup> Für einen Gesamtüberblick vgl.: Stallwitz & Stöver 2007

bleiben einige Jahre nach der Behandlung bestehen. Die ausgeprägtesten Verringerungen betreffen Drogen bezogenes kriminelles Verhalten.

Viele Bedenken, die gegen Substitutionsbehandlung erhoben wurden, stellten sich als unbegründet heraus. Insbesondere erwies sich Substitutionsbehandlung nicht als Hindernis für eine Beendigung des Drogengebrauchs, vielmehr hat sich Substitutionsbehandlung im Vergleich zu Entgiftungsprogrammen als wirksamer herausgestellt bei der Förderung der Behandlungskontinuität und der Abstinenz gegenüber dem Gebrauch illegaler Drogen. Im Hinblick auf die Kosten ist Substitutionsbehandlung eine effiziente Behandlung und günstig im Vergleich zu anderen Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung, wie der Therapie ausgeprägten Bluthochdrucks oder von HIV-Infektionen und AIDS. Nach einigen konservativen Schätzungen fließen für jeden in Programme investierten Euro zwischen vier und sieben Euro allein aufgrund des Rückgangs Drogen bezogener Kriminalität, der Kosten in der Strafjustiz und von Diebstahl zurück. Wenn die Einsparungen bezüglich der Gesundheitsversorgung miteinbezogen werden, können die Minderausgaben die Kosten im Verhältnis von 12 zu 1 übersteigen. Intravenös Drogen gebrauchende Menschen, die keine Behandlung beginnen, infizieren sich mit einer bis zu sechs mal höheren Wahrscheinlichkeit mit HIV als Injizierende, die eine Behandlung aufnehmen und darin verbleiben (National Institute on Drug Abuse, 2000).

Schließlich kehren Menschen, die in Substitutionsbehandlung sind und aufgrund einer Inhaftierung gezwungen werden, Methadon abzusetzen, oft zum Rauschgiftgebrauch zurück, oft innerhalb des Gefängnissystems und oft mittels Injektion. Es wurde daher weithin empfohlen, dass es Gefangenen, die außerhalb des Gefängnisses in Substitutionsbehandlung waren, erlaubt sein sollte, diese Behandlung im Gefängnis fortzuführen (United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO, 2006).

In Gefängnissen, wie in der Gemeinde, bietet Substitutionsbehandlung, wenn sie für Gefangene erhältlich gemacht wird, die Möglichkeit, Injektionen und Spritzenaustausch zu verringern. Die *Richtlinien zu HIV-Infektion und AIDS im Gefängnis* der WHO (1993) empfehlen daher: "Gefangene, welche vor ihrer Inhaftierung in Methadon-Therapie waren, sollten die Gelegenheit haben, diese Behandlung im Gefängnis fortzusetzen. In Ländern, in denen Metadon-Therapie für opiatabhängige Individuen in der Gemeinde erhältlich ist, sollte diese Behandlung auch im Gefängnis erhältlich sein." In ähnlicher

Weise stellt die Dubliner Erklärung zu HIV/AIDS in Gefängnissen in Europa und Zentralasien fest (Lines et al., 2004):

**Artikel 1: Gefangene haben das Recht, sich gegen HIV-Infektionen zu schützen**

An HIV/AIDS erkrankte Gefangene haben ein Recht, sich vor Re-Infektion und/ oder Koinfektion mit Hepatitis C und/ oder TB zu schützen. Daher sind die Staaten in der Verantwortung, Gefangenen freien Zugang zu Methadon- und anderen Substitutionsbehandlungen in den Ländern zu bieten, in denen diese Behandlungen in der Gemeinde angeboten werden. Dies muss sowohl die Möglichkeit für Personen, die bereits in einer solchen Behandlung sind, diese während der Inhaftierung fortzusetzen, umfassen, als auch die Möglichkeit, eine Substitutionsbehandlung während der Inhaftierung zu beginnen. Länder, die Substitutionsbehandlungen nicht legalisiert oder eingeführt haben, sollten dies tun.

Weltweit bietet eine steigende Zahl von Gefängnisssystemen Substitutionsbehandlungen für Gefangene an, einschließlich Australien und Kanada, einige Staaten der USA, die meisten Länder der Europäischen Union und auch andere Länder, einschließlich Indonesien und der Islamischen Republik Iran. In Spanien erhalten 18% aller Gefangenen oder 82% aller problematischen Drogennutzer im Gefängnis diese Behandlung.

Programme zur Substitutionsbehandlung existieren auch in Gefängnissen der neuen Mitgliedsstaaten der EU, obwohl sie häufig sehr klein sind und nur eine geringe Zahl der Gefangenen, die sie benötigen, Nutzen bringen. Schließlich hat eine wachsende Anzahl von Gefängnisssystemen im östlichen Teil der europäischen WHO-Region Programme zur Substitutionsbehandlung begonnen, wie die Republik Moldau oder Kirgistan, aber Substitutionsbehandlung bleibt unerreichbar in Gefängnissen anderer Länder in dieser Region. Ursprünglich wurde Substitutionsbehandlung im Gefängnis oft nur Insassen mit HIV oder anderen Infektionskrankheiten oder schwangeren Frauen ermöglicht. Eine generelle Versorgung blieb unzureichend und unterhalb der Standards von Substitutionsbehandlung in der Gemeinde. In vielen Ländern ist es immer noch wahrscheinlich, dass eine Substitutionsbehandlung unterbrochen wird, wenn Personen in Behandlung ins Gefängnis kommen. Zwischen denen, die eine Substitutionsbehandlung benötigen, und denen, die sie erhalten, besteht weiterhin eine Behandlungslücke.

Einige Gefängnisssysteme sind weiterhin abgeneigt, Substitutionsbehandlung verfügbar zu machen oder ihre Verfügbarkeit auf jene Gefangene auszudehnen, die sie vor ihrer Inhaftierung nicht erhielten. Manche betrachten Methadon oder Buprenorphin lediglich als eine andere stimmungsändernde Droge, deren Verfügbarkeit die notwendige Per-

sönlichkeitsentwicklung verzögert, welche für eine Abkehr von einer Drogen zentrierten Existenz erforderlich ist. Einige lehnen Substitutionsbehandlung auch aus moralischen Gründen mit dem Argument ab, sie ersetze lediglich die eine Drogenabhängigkeit durch eine andere. Andere Gründe für den Widerstand gegen Substitutionsbehandlung umfassen:

- die Tatsache, dass in Gefängnissen Drogenfreiheit vorausgesetzt wird;
- die Angst, dass das Substitutionsmittel zweckentfremdet und verkauft werden könnte;
- ein fehlendes Verständnis von Drogenabhängigkeit als einer chronischen Erkrankung;
- räumliche Beschränkungen und fehlende Ressourcen und Personal in vielen Gefängnissen;
- die Kosten der Substitutionsbehandlung und die zusätzlichen organisatorischen Aufgaben, die ihre Einführung erfordert;
- Besorgnis, dass Substitutionsbehandlung das Gefängnis destabilisiert.

Geduldiges und beharrliches Skizzieren der eindeutigen Beweise des Nutzens, den die Substitutionsbehandlung sowohl für den Gefangenen als auch die Institution als Ganzes erbringt, ist der beste Weg, um diese Hindernisse zu überwinden. Spezialisierte Kliniker mögen notwendig an der Tatsache festhalten, dass Wissen über den anhaltenden und wiederkehrenden Charakter von Drogenabhängigkeit unter medizinischen Kollegen oder der Leitungsebene im Gefängnis nicht weit verbreitet ist. Zudem scheint dem Laien eine Substitutionsbehandlung die mit Drogenabhängigkeit verknüpften gesundheitlichen und sozialen Probleme eher noch zu verschlimmern als zu verbessern. Der Spezialist sollte daher den Befürchtungen der Kollegen zuhören und sie verstehen, dabei aber fortfahren, sie zu informieren und sich für Drogengebraucher einzusetzen, die diese geradlinige ökonomische Form der Behandlung verdient haben, die nachweislich die Lebensqualität fördert und Leben verlängert.

Einige Gefangene sind ebenfalls zurückhaltend, was die Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung im Gefängnis betrifft, entweder weil ihnen Informationen über den Nutzen von Substitutionsbehandlung fehlen oder weil sie ihren Drogengebrauch verbergen wollen (ein Grund dafür ist, dass sie Vorurteile und nachteilige Behandlung

fürchten, wenn sie als Drogengebraucher bekannt werden), was unmöglich ist, wenn sie Substitutionsbehandlung erhalten.

Wenn es zuverlässige wirksame alternative Methoden gäbe, andauernde Abstinenz zu erreichen, könnte Substitutionstherapie in der Tat als unangemessen angesehen werden. Jedoch es gibt solche Alternativen nicht (Dolan & Wodak, 1996).

“Die Mehrheit der heroinabhängigen Patienten kehrt nach der Entgiftung zum Heroingebrauch zurück; und wenige kommen zu drogenfreier Behandlung und verbleiben dort lange genug, um Abstinenz zu erreichen. Jede Behandlung (wie Substitutionsbehandlung) welche die Hälfte derer, die sich anmeldeten, behält, ihren illegalen Opioidgebrauch und ihre Verwicklung in kriminelle Handlungen wesentlich verringert und ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden verbessert, leistet mehr als den „bloßen“ Ersatz einer Drogenabhängigkeit durch eine andere.”

In den letzten Jahren haben Evaluierungen von Programmen der Substitutionsbehandlung im Gefängnis klare Hinweise auf deren Nutzen erbracht. Studien haben gezeigt, dass solche Programme intravenösen Drogenkonsums und das Teilen von Nadeln sowie die resultierende Ausbreitung von HIV und anderen durch Blut übertragene Infektionen reduzieren, wenn die Dosierung angemessen (mindestens 60 mg Methadon) und die Behandlung für die Dauer der Inhaftierung möglich ist. Im Übrigen haben sie zusätzlichen und lohnenswerten Nutzen sowohl für die Gesundheit der am Programm teilnehmenden Gefangenen als auch für das Gefängnisssystem und die Gemeinde:

- Substitutionsbehandlung beeinflusst das institutionelle Verhalten positiv indem sie Drogen suchendes Verhalten verringert und so die Gefängnissicherheit verbessert. Gefängnisse, die Substitutionsbehandlung anbieten, profitieren von Substitutionsbehandlung unter anderem aufgrund verringerter Entzugserscheinung bei der Aufnahme (welche häufig von Selbstschädigungen oder sogar Selbstmordversuchen begleitet sind), gemilderten Ängsten bei der Aufnahme, verringertem Drogenhandel und gesteigerter Produktivität der Gefangenen.
- Strafrückfälligkeit ist erheblich weniger wahrscheinlich unter Gefangenen, die Substitutionsbehandlung erhalten.
- Substitutionsbehandlung im Gefängnis erleichtert wesentlich den Eintritt in und die Fortführung von Behandlungen nach der Entlassung, verglichen mit Gefangenen, die sich Entgiftungsprogrammen unterzogen haben.



- Obwohl Gefängnisverwaltungen zu Beginn häufig Bedenken hegen im Hinblick auf Sicherheit, gewalttätiges Verhalten und der Verbreitung verschriebener Medikamente, treten diese Probleme weniger häufig auf, wenn keine Substitutionsprogramme angeboten werden.
- Sowohl Gefangene als auch Wachpersonal berichten, wie Substitutionsbehandlung das Leben im Gefängnis positiv beeinflusst.
- Substitutionsbehandlung bedingt täglichen Kontakt zwischen Gesundheitsversorgungsdiensten im Gefängnis und den Gefangenen und fördert damit eine Beziehung, die als Grundlage dienen kann, um weitere Gesundheitsfragen anzugehen, und für eine Verbindung mit anderen Strategien der Prävention von HIV-Übertragung.
- Es gibt Hinweise, dass ein plötzlicher Abbruch von Substitutionsbehandlung aufgrund von Inhaftierung das Risiko von Selbstschädigung und Selbstmord erhöht.

In Kanada erweiterte das bundesstaatliche Gefängnisssystem den Zugang zu Methadonbehandlung, nachdem eine Evaluation gezeigt hatte, dass Methadonbehandlung die Entlassungsergebnisse positiv beeinflusst (verringerte Wiederinhaftierung). Teilnehmer solcher Behandlungsprogramme wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, kriminelle Handlungen zu begehen und ins Gefängnis zurückzukehren. Dies ist wichtig, da die Kosten institutionalisierter Substitutionsbehandlungsprogramme aufgewogen werden müssen gegen die Kostenersparnis bei Tätern, die erfolgreich eine längere Zeit in der Gemeinde verbleiben als vergleichbare Täter, die keine Behandlung erhielten.

Zusätzlich kann Substitutionsbehandlung helfen, die Risiken einer Überdosierung für diejenigen senken, die sich der Entlassung nähern (Dolan et al., 2005, zufallskontrollierte Folgeuntersuchung: keine Tote nach der Entlassung in der Methadon-Behandlungsgruppe, 17 Tote in der Kontrollgruppe). Viele Gefangene beginnen nach der Entlassung wieder zu injizieren, jedoch mit einem erhöhten Risiko tödlicher Überdosierungen aufgrund einer verringerten Toleranz gegenüber Opiaten. Umfangreiche Forschungen haben eine große Zahl von Todesfällen während der ersten Wochen nach der Entlassung aus dem Gefängnis nachgewiesen, die Drogenüberdosierungen zuzuschreiben sind. Nach einer Untersuchung in Großbritannien von 51.590 Gefängnisentlassungen (Farrell & Marsden, 2005), wurde geschätzt, dass annähernd 35%

aller Todesfälle mit Drogenhintergrund von Männern und 12% aller Todesfälle mit Drogenhintergrund von Frauen solche von kürzlich aus der Haft entlassenen Gefangenen sind. Dies weist auf die Nützlichkeit und Notwendigkeit von durchgängiger Drogenbehandlung im Gefängnis hin, um solchen Risikosituationen entgegenzutreten und unterstreicht die Wichtigkeit von Substitutionsbehandlung nicht nur als Strategie der Prävention von HIV-Übertragung im Gefängnis, sondern ebenfalls als Strategie zur Senkung von Todesfällen aufgrund von Überdosierungen nach der Entlassung.

Zusammengefasst liefern die Belege und die Wichtigkeit, Versorgung und Behandlung im Gefängnis gleichwertig zur außerhalb erhältlichen anzubieten, zwingende Gründe für Gefängnissysteme, Substitutionsbehandlung einzuführen.

Der nachfolgende Kasten gibt ein Beispiel für Anweisungen zur Behandlung von Drogengebrauchern in Slowenien (Kastelic et al., 2001).

#### **Allgemeine Anweisungen zur Behandlung von Drogengebrauchern in Gefängnissen in Slowenien**

Die Gesundheitsdienste für Personen in Gefängnissen oder Besserungsanstalten sollten gleichwertig sein zu denen, die außerhalb des Gefängnissystems angeboten werden.

Die fachliche Unabhängigkeit von Beratern und Therapeuten von Sicherheitsdiensten ist sehr wichtig.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Fachleuten in Gefängnissen und in den Gemeinden muss aufgebaut werden.

Abhängige Personen müssen mit Eintritt in das Gefängnissystem die Möglichkeit zur Behandlung haben (Schadenbegrenzungsprogramme, Substitutionsbehandlung, Entgiftung oder drogenfreie Behandlung).

Sie müssen die Möglichkeit haben, in Gemeindeprogrammen behandelt zu werden.

### **2.3 Wirksame Behandlung**

Um wirksam zu sei, muss Substitutionsbehandlung, wie jede andere Art von Behandlung:

- auf den Bedürfnissen der Gefangenen basieren;
- im richtigen Zeitraum und der richtigen Dosis entsprechend der jeweiligen Person angeboten werden; und
- kontinuierlich angeboten werden, mit Inhaftierung und auch im Anschluss an die Entlassung.

Wie oben erwähnt, bringt wirksame Behandlung viel Nutzen für die Individuen mit sich, indem sie hilft, am Leben zu bleiben, das Risiko von Infektionen, speziell mit HIV und Hepatitis, senkt, Abstinenz oder stabilisierte Gebrauchsmuster erzielt, ihr Sozialleben stabilisiert, ihre körperliche Gesundheit verbessert und kriminelle Verhaltensweisen verringert. Sie bringt ebenfalls Nutzen für die Gesellschaft, indem sie die öffentliche Gesundheit verbessert, Notfälle und Hospitalisierungsraten verringert, die Verbreitung von HIV und anderen Infektionskrankheiten senkt, die sozialen Wohlfahrtskosten reduziert und die Kosten im Strafjustizsystem mindert.

Substitutionsbehandlungsprogramme variieren im Hinblick auf Dauer, Dosierung und angewandten Schema. Obwohl viele Belege (Zickler, 1999) darauf hinweisen, dass Substitutionsbehandlung, insbesondere Methadonbehandlung, wirksamer ist, wenn dauerhaft höhere Dosen verschrieben werden, konzentrieren sich viele Programme auf kurzfristige Entgiftung mit abnehmenden Dosierungen.

Die Anwendung von Substitutionstherapie allein in Form von Entgiftung beschränkt ihre therapeutischen Möglichkeiten. Dauerhafte Substitutionsbehandlung zielt auf gesundheitliche Stabilisierung und führt zu sozialem Rehabilitation. Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass für die meisten opiatabhängigen Personen (WHO, United Nations Office on Drugs and Crime und UNAIDS, 2004),

“...die Schwelle für wesentliche Verbesserungen nach drei Monaten in Behandlung erreicht, mit weiteren Zugewinnen, wenn die Behandlung fortgesetzt wird. Weil die Personen die Behandlung häufig verfrüht verlassen, und vorzeitiger Weggang mit hohen Rückfallraten in den Drogengebrauch verknüpft ist, sollten die Programme Strategien enthalten, um Patienten zu verpflichten und in der Behandlung zu halten. Viele Patienten benötigen mehrere Jahre der Behandlung.”

1990 schlug das europäische Regionalbüro der WHO Standardbegriffe zur Methadonbehandlung vor, unterteilt nach vier Kategorien:

- kurzfristige Entgiftung: abnehmende Dosierungen über einen Monat oder weniger;
- langfristige Entgiftung: abnehmende Dosierungen über mehr als einen Monat;
- kurzfristige Dauerbehandlung: gleich bleibende Verschreibung über sechs Monate oder weniger; und
- langfristige Dauerbehandlung: gleich bleibende Verschreibung über mehr als sechs Monate.

Weiterhin ist die Unterscheidung zwischen niedrig-schweligen Programmen und hoch-schweligen Programmen wichtig. Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Typen kann allgemein folgendermaßen zusammengefasst werden.

<b>Niedrigschwellige Programme:</b>	<b>Hochschwellige Programme:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• können leicht begonnen werden</li> <li>• sind auf Schadensbegrenzung ausgerichtet</li> <li>• haben als ein Hauptziel die Linderung von Entzugserscheinungen und Verlangen nach Drogen sowie die Verbesserung der Lebensqualität der Menschen</li> <li>• bieten eine Spannweite von Behandlungsmöglichkeiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sind schwieriger zu beginnen und können beschränkende Eintrittskriterien haben</li> <li>• sind auf Abstinenz ausgerichtet (was Methadonabstinenz einschließen kann)</li> <li>• haben keine flexiblen Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>• wenden regelmäßige (Urin-) Kontrollen an</li> <li>• haben eine unflexible Ausschlusspolitik (illegaler Opiatgebrauch wird nicht gebilligt)</li> <li>• und beinhalten obligatorische Beratung und Psychotherapie</li> </ul>

Das Konzept der "Niedrigschwelligkeit" sollte nicht als Synonym für "niedrige Qualität" angesehen werden. Im Allgemeinen sind niedrigschwellige Programme erfolgreicher

beim Erreichen von Schadensbegrenzung sowohl für das abhängige Individuum als auch für die Gesellschaft, durch die rasche Verpflichtung und Beibehaltung der Personen in Behandlung. Für diejenigen mit einem chaotischen Lebensstil aufgrund ihrer Drogengewohnheiten sind solche Programme mit besseren Behandlungsergebnissen verbunden und entsprechen somit den Zielen von Substitutionsbehandlung.

## **2.4 Substitutionsbehandlung ist wirksamer als andere Formen der Behandlung**

Gegen die Einführung von Methadonbehandlung im Rahmen des Strafvollzugs sind einige Einwände vorgebracht worden. Einige Kritiker betrachten Methadon einfach als eine weitere stimmungsändernde Droge, deren Verfügbarkeit die notwendige Persönlichkeitsentwicklung verzögert, welche für eine Abkehr von einer Drogen zentrierten Existenz erforderlich ist. Einige lehnen Methadonbehandlung auch aus moralischen Gründen mit dem Argument ab, sie ersetze lediglich die eine Drogenabhängigkeit durch eine andere. Studien haben jedoch gezeigt, dass Methadonbehandlung wirksamer ist als Entgiftungsprogramme bei der Verbesserung der Beibehaltung von Drogenbehandlung, einer Verringerung von Todesfällen mit Drogenbezug und der Abstinenz von illegalem Drogengebrauch. Ebenfalls haben im Hinblick auf geäußerte Besorgnisse bezüglich der Machbarkeit einer Einführung von Methadonbehandlung im Rahmen des Gefängnisses die Erfahrungen gezeigt, dass diese Schwierigkeiten überwunden werden können.

Die Anwendung von Substitutionstherapie allein in Form von Entgiftung beschränkt ihre therapeutischen Möglichkeiten. Substitutionsbehandlung mit dem Ziel der gesundheitlichen Stabilisierung und sozialen Rehabilitation erfordert längere Zeiträume.

Angesichts der chronischen Natur von Opiatabhängigkeit kann Substitutionsbehandlung mit anderen Behandlungen verglichen werden, welche in der Behandlung ernsthafter chronischer Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes wirksam sind. Diese Erkrankungen sind wie Opiatabhängigkeit chronisch, erfordern tägliche Behandlung und haben ein hohes Risiko von Folgeschäden falls die Behandlung eingestellt wird.

Es ist anzuerkennen, dass Sucht eine chronische, rückfallgefährdete Funktionsstörung ist, sogar nach erheblichen Zeiträumen der Genesung, und eine wirksame Behandlung kontinuierlicher Art sein muss. Abhängigkeitsbehandlung besteht jedoch zu häufig aus vielfachen Abschnitten akuter Versorgung anstelle eines zwischen dem Kliniker und dem Patienten vereinbarten Plans kontinuierlicher Versorgung.

## **2.5 Behandlungskriterien und Behandlungsplan**

Zwei international anerkannte diagnostische Kriterien definieren Drogenabhängigkeit: die zehnte Neufassung der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10, WHO, 1992) und die vierte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Geistiger Störungen (DSM IV, American Psychiatric Association, 1994).

Opioid-Substitutionstherapie sollte auf Personen begrenzt sein, welche den klinischen Kriterien für Opioid-Abhängigkeit entsprechen. Jedoch sind restriktive Regulierungen hinsichtlich der Aufnahme und der Einschlusskriterien einer Substitutionstherapie kontraproduktiv im Hinblick auf den Zugang zu Behandlung und Prävention von HIV- und Hepatitisübertragungen. Fragen wie die maximale Dosis oder die maximale Länge der Behandlung sollten der klinischen Beurteilung des Arztes auf der Grundlage der Einschätzung des individuellen Patienten überlassen bleiben.

Im Prinzip kann jeder Opioid-Abhängige, der Behandlung benötigt und den Wunsch nach einer Substitutionsbehandlung äußert, durch eine solche Behandlung nach entsprechender Diagnostik und Behandlungsaufnahme stabilisiert werden. Jedoch ist es empfehlenswert, bei der Festlegung von Aufnahmekriterien die Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen zu berücksichtigen. Alter, Länge der Opioidabhängigkeit, körperliche und psychische Gesundheit und individuelle Motivation der opioid-abhängigen Person sollten in Betracht gezogen werden. Einigen Gruppen, wie schwangere Frauen oder Personen mit HIV oder anderen Krankheiten, sollten Priorität haben. Dies sollte jedoch keine Verpflichtung zum HIV-Antikörpertest beinhalten. Da Entlassung aus dem Gefängnis mit einem Anstieg von drogenbezogenen Todesfällen aufgrund der Wiederaufnahme von Drogengebrauch nach einer Zeit der Abstinenz oder des verringerten

Gebrauchs (während der sich die Opiat-Toleranz reduziert haben kann) verbunden ist, sollte die Behandlung außerdem vorrangig auf diejenigen gerichtet sein, die vor der Gefängnisentlassung stehen.

Der individuelle Behandlungsplan hängt von den Zielen der Behandlung ab, die auf Grundlage der verfügbaren Ressourcen, der Bedürfnisse und Wünsche der betreffenden Person und der fachlichen Meinung des Arztes festgelegt werden. Zu den zu berücksichtigenden Aspekten bei Aufstellung des Behandlungsplans gehören:

- Ziele des Patienten;
- Aktuelle Umstände;
- Verfügbare Ressourcen;
- vorherige Behandlungsergebnisse; und
- Anhaltspunkte hinsichtlich Sicherheit, Wirksamkeit und Effektivität.

Opioidabhängigkeit ist mit einer Reihe von medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Problemen verknüpft. Eine Substitutionsbehandlung ist angemessen, wenn es wahrscheinlich ist, dass die mit dem Opioid-Konsum verbundenen individuellen und sozialen Schädigungen durch den Beginn der Behandlung verringert werden. Zusätzliche Probleme sollten sehr frühzeitig angegangen werden, entweder durch das Programm selbst oder mittels Überweisung an einen geeigneten Dienst.

## **2.6 Risiken und Einschränkungen**

Das bedeutsamste Risiko von Methadon und anderen Opioid-Agonisten ist eine Überdosierung, die tödlich sein kann. Forschungsergebnisse (Verster & Buning 2003) weisen darauf hin, dass das höchste Risiko einer Überdosierung zu Beginn einer Methadon-Substitutionsbehandlung besteht. Daher werden zu Behandlungsbeginn geringe Dosen empfohlen. Wenn jedoch einmal eine stabile Dosis erreicht ist (nach ungefähr zwei Wochen), sinkt das Risiko einer Überdosierung beträchtlich im Vergleich zum Risiko vor der Behandlung.

Es gibt einige weitere negative Aspekte von Substitutionsbehandlung. Der wichtigste ist die Tatsache, dass die Person in den meisten Fällen über einen langen Zeitraum behandelt werden muss. Der lange Zeitraum wirkt sich sowohl auf die öffentlichen Ausgaben als auch die individuelle Person negativ aus. Der Drogengebraucher wird ein Langzeitpatient, der von den Medikamenten und häufig auch von der sie verschreibenden Person abhängig ist. In manchen Fällen kann diese Abhängigkeit zu einer passiven Einstellung führen, in der der Gebraucher in ein Stadium der "erlernten Hilflosigkeit" gerät und die „Krankenrolle“ spielt.

Weiterhin kann die Abhängigkeit von den Medikamenten und das damit verknüpfte Stigma zu Schwierigkeiten führen, wenn Patienten an einen anderen Ort ziehen oder einfach verreisen möchten und ihre Medikamente nach der Entlassung mitnehmen.

Es existieren potentiell ernsthafte negative Wirkungen, die den Patienten bewusst gemacht werden müssen, ehe sie eine Behandlung beginnen, damit sie eine Einverständniserklärung zur Behandlung geben können. Jedoch überwiegt der Nutzen einer Substitutionsbehandlung diese potentiell negativen Wirkungen deutlich, sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft.

## **2.7 Politoxikomanie**

Hinsichtlich des Gebrauchs unterschiedlicher anderer Drogen durch inhaftierte Gefangene sollten klare und transparente Protokolle und Richtlinien angewandt werden. Insbesondere Benzodiazepine, Barbiturate und Alkohol stellen schwerwiegende gesundheitliche Risiken für eine Substitutionsbehandlung dar. In diesen Fällen sollte die Fortdauer der Substitutionsbehandlung gründlich von Fall zu Fall diskutiert werden. Die unterschiedlichen Optionen sollten im Idealfall innerhalb eines multi-professionellen Teams und (falls vorhanden) gemeinsam mit dem Drogenberatungsdienst des Gefängnisses diskutiert und zukünftige Pläne und Zielerreichungen bestimmt und vereinbart werden.



## 2.8 Politische Führung und klare Politiken und Protokolle

Um die Substitutionsbehandlung in den Gefängnissen innerhalb eines Landes zu vereinheitlichen ist es von überragender Bedeutung, vergleichbare Behandlungsstandards für Gefängnisse zu haben. Dies ist wichtig, um über vergleichbare Regularien zu verfügen wenn ein Gefangener einmal von einer Einrichtung zu einer anderen überwiesen wird.

## 2.9 Substitutionswirkstoffe

**Tabelle 2: Beschreibung von Substitutionswirkstoffen**

Medikament	Häufigkeit	Empfohlene optimale Dosis	Verabreichungsform	Überdosierungs-Risiko	Entzugerscheinungen	Anmerkungen
<b>Methadon</b>	Alle 24 Stunden	60-120 mg/Tag	Oral (Sirup, Tabletten) injizierbar	+++	+++	Optimale Dosierung abhängig von Patient: es kann <60 mg oder >120 mg sein nach der individuellen Situation.
<b>Buprenorphin</b> <b>Buprenorphin + Naloxon</b> <b>(Verhältnis 4:1)</b>	Alle 24 oder 48 oder 72 Stunden	8-24 mg/ Tag	Sublingual	+(mit zusätzlichen Drogen)	+	Start 6-8 Stunden nach der letzten Heroineinnahme oder bei Auftreten von Entzugerscheinungen. Falls die Person vorher Methadon eingenommen hat, muss Methadon nach und nach bis auf 30 mg/Tag reduziert werden und Buprenorphin kann 48 Stunden nach der letzten Methadoneinnahme oder bei Auftreten von Entzugerscheinungen verabreicht werden.
<b>Retardierte Morphine</b>	Alle 24 Stunden	300-1200 mg/ Tag	Oral (Kapseln)	+++	++(+)	In manchen Gefängnissen angeboten, wo die Versorgung mit Methadon oder Buprenorphin kontraindiziert ist.
<b>Diamorphine</b>	2-3 Mal alle 24 Stunden	400-700 mg/ Tag	Injizierbar Rauchbar	+++	+++	Nur in klinischen Versuchen erhältlich.
<b>Levo-alpha-acetylmethadol (LAAM)</b>	Alle 48-72 Stunden	70-120 mg 3 Mal pro Woche	Oral	+++	+++	Nicht in der EU erhältlich, Sicherheitsbedenken
<b>Levomethadon</b>	Alle 24 Stunden	40-60 mg/ Tag	Oral (Sirup)	+++	+++	Nur in Deutschland erhältlich
<b>Codein</b>			Oral (Sirup, Tabletten)	++	+++	Nur in Deutschland für dauerhafte Behandlung

Quelle: Europäische Methadon-Richtlinien (Verster & Buning, 2000), modifiziert

Im Gefängnis sind Protokolle und Praktiken der Substitutionsbehandlung häufiger an den Bedürfnissen und Erfordernissen der Institution orientiert als an den Bedürfnissen und Wünschen der Personen. Beispielsweise wird die annähernd fünf Minuten erfordernde Überwachung der Einnahme von Buprenorphin (sublingual) als übermäßig zeitaufwändig angesehen. In der Konsequenz wird Methadon verschrieben.

Drogengebraucher könnten sich über Wechsel ihres Substitutionsmedikaments beschweren und unterschiedliche Standards wahrnehmen im Hinblick auf das, was in der Gemeinde geschieht. Klare Kommunikation mit dem Gefangenen ist verpflichtend, wenn ein Substitutionsmedikament gegen ein anderes ausgewechselt wird.

### **2.9.1 Methadon**

Methadon (Methadon Hydrochlorid) ist das innerhalb und außerhalb von Gefängnissen vorwiegend gebrauchte Substitutionsmedikament. Es ist ein synthetischer Opioid-Agonist, welches beim Menschen ähnlich Wirkung hat wie Morphine. Methadon wird unabhängig von der Darreichungsart (Sirup versus Tabletten) vom Magen-Darm-Trakt gut absorbiert. Es hat eine sehr gute biologische Verfügbarkeit von 80–95%. Die geschätzte Halbwertszeit von Methadon ist 24–36 Stunden, mit beträchtlichen individuellen Schwankungen (10 bis 80 Stunden). Dieses pharmazeutische Profil macht Methadon als Substitutionsmedikament verwendbar, weil es orale Verabreichung, einzelne Tagesdosen und die Erzielung eines gleichmäßigen Plasmaspiegels nach wiederholter Verabreichung erlaubt, ohne Opioid-Entzugserscheinungen während eines gewöhnlichen Dosierungsintervalls von einem Tag.

Einige Patienten erleben Nebenwirkungen. Die am weitesten verbreiteten Nebenwirkungen umfassen gesteigerte Schweißabsonderung, Verstopfung und Schlafstörungen, verminderte Libido, verringerte Konzentrationsfähigkeit sowie mögliche Gewichtszunahme. Solche unerwünschten Nebenwirkungen treten im Allgemeinen zu Beginn der Behandlung auf und bessern sich im Zeitverlauf. Bei manchen Patienten dauern diese Nebeneffekte über längere Zeiträume der Behandlung an, bleiben aber meist ohne medizinische Folgen. Insgesamt betreffen diese Nebenwirkungen weniger als 20% der Patienten in Methadonbehandlung.

Methadon ist ein sicheres Medikament ohne dauerhaft schädliche körperliche Nebenwirkungen. Entgegen allgemeiner Annahmen hat es keine direkt schädigende Wirkung auf Knochen, Zähne oder Organe (Opioide schränken die Speichelproduktion ein, was wiederum zu Karies führen kann). Für manche Patienten kann jedoch die Entgiftung von Methadon schwierig und langwierig sein.

Methadon ist ein billiges Medikament; es ist dem Gefangenen leicht zu verabreichen und seine Einnahme kann einfach überwacht werden. In den meisten Fällen wird den Patienten nur wenig Information über die das Substitutionsmedikament gegeben. Dies mag an der Vermutung des Behandlers liegen, dass der erfahrene Nutzer bereits alles über das Medikament weiß. Dies ist jedoch nicht immer der Fall.

### **Methadon: Die Grundlagen für Behandler**

#### **Allgemeine Bemerkungen**

Größtenteils durch lokale Gesetze und Regelungen erlaubt, sollte Methadon entsprechend der gleichen fachlichen und ethischen Standards eingesetzt werden, die bei allen anderen Gesundheitsdiensten angelegt werden. Behandler sollten die Verfügbarkeit einer großen Spanne von Behandlungsansätzen und Versorgungsquellen unterstützen und auf Nachfrage bei der Überweisung und Weiterleitung von Drogengebrauchern helfen.

Der große Erfahrungsschatz zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Opioid-Abhängigkeit sollte maximal genutzt werden. Er ist zugänglich mittels Fachliteratur, Internet und der direkten Konsultation von Kollegen. Methadonbehandlung – sogar wenn sie über Jahrzehnte verabreicht wird – ist nicht mit ungünstigen Wirkungen auf irgendein Körperorgan verknüpft.

Das Leben der Personen kann zu Beginn der Behandlung chaotisch sein, was einen relativ größeren Grad an Überwachung und Struktur rechtfertigt. Alle Beschränkungen (wie etwa bezüglich der Mitnahme von Medikamenten nach Hause), sollten jedoch laufend überprüft und gelockert oder aufgehoben werden, wenn Stabilität erzielt wurde.

#### **Dosierung**

*grundsätzlich : beginne niedrig, verfare langsam – aber ziele hoch*

- Wichtig: den Patienten nicht schädigen! Schätzungen hinsichtlich des Grades der Abhängigkeit und der Toleranz sind unzuverlässig und sollten nie Grundlage für die Anfangsdosis von Methadon sein, da eine Fehleinschätzung eine Überdosierung verursachen kann.
- Weder mit "hohen" noch mit "niedrigen" Dosen ist irgendein moralischer Wert verbunden.
- Methadon sollte nicht als "Belohnung" gegeben oder als "Strafe" verwehrt werden.

*Insbesondere*

- Anfangsdosen sollten 30 mg nicht überschreiten. Einige nationale Richtlinien (z.B. in Großbritannien) liegen noch darunter und beginnen mit Dosen von 20 mg, sofern die Opiatstoleranz niedrig oder unbekannt ist. Für potentiell opiatnaive Gefangene werden 10 mg alle sechs Stunden bei der Einstellung bevorzugt und empfohlen (dies gilt sowohl für den Therapiebeginn beim Haftantritt als auch für die Aufnahme von Gefangenen in Substitutionsbehandlung als Entlassungsvorbereitung).
- Dosierungen sollten graduell angehoben oder gesenkt werden. Sowohl aus Gründen der Sicherheit wie der Verträglichkeit sollten kleinere Änderungen (wie etwa 5 mg auf einmal) in längeren Intervallen (wie etwa alle fünf Tage) angewandt werden, wenn die Personen auf relativ niedrig dosiertem Niveau sind (weniger als 60 mg pro Tag), hingegen sind größere und häufigere Wechsel (wie etwa 10 mg pro Tag) auf höherem Niveau im Allgemeinen sicher.
- Generell sind höhere Dauer-Dosierungen mit besseren therapeutischen Resultaten verbunden als geringere Dosierungen; die optimal wirksame Spannbreite für die meisten Personen liegt zwischen 60–120 mg pro Tag.
- Im Falle subjektiver Beschwerden, dass „die Methadonwirkung nicht anhält“, ist die Teilung ebenso wie die Erhöhung der täglichen Dosis zu erwägen. Dies kann von besonderer Bedeutung sein für Schwangere und/oder Personen, die eine antiretrovirale Therapie erhalten.

**Ergänzende Angebote**

- Je mehr angeboten werden können, um so besser, aber solche Dienste sollten nicht verpflichtend sein.
- Eines der größten Hindernisse für die Wirksamkeit der Methadonbehandlung ist das weit verbreitete, mit der Situation der Abhängigkeit, der behandelten Person und der Behandlung verknüpfte Stigma. Drogengebraucher sollten im Umgang mit diesem Stigma unterstützt werden und Behandler sollten jede Gelegenheit nutzen, die Öffentlichkeit und vor allem ihre Kollegen im Gesundheitsdienst wertfrei zu informieren.

**Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität**

- Für Personen, die in eine Institution eintreten (wie ein Krankenhaus oder ein Gefängnis) oder von dieser wieder in die Gesellschaft zurückkehren, sollte in höchstem Maße Kontinuität in der Methadonbehandlung sichergestellt werden.
- Ohne zweifelsfreie Dokumentation darüber, dass in vorherigen Institutionen höhere Methadondosen gegeben wurden, sollten die empfohlenen Dosierungsrichtlinien für neue Drogengebraucher angewendet werden.

**Urintoxikologie und Serum-Methadon-Level**

- Der Nutzen dieser und anderer Labortests muss gegen ihre Kosten und den möglichen Nutzen verbesserter Behandlungsdienste, die mit den Mitteln anderenfalls unterstützt werden könnten, abgewogen werden. In manchen Ländern verlangen die klinischen Richtlinien das Testen auf Drogen vor Beginn der Substitutionsbehandlung.
- Beobachtung während des Urinierens ist erniedrigend und läuft einer optimalen Arzt-Patient-Beziehung üblicherweise entgegen.
- Unabhängig davon, wie die Proben entnommen wurden, sollte man sich nicht auf die Ergebnisse von Labortest verlassen, wenn sie den klinischen Beobachtungen widersprechen.

**Therapeutische Ziele**

- Behandlungsziele mögen sich auf Heroin- oder anderen Drogengebrauch, HIV-Risikoverhalten, Beziehungen, Beschäftigung, Wohnen, etc. beziehen – aber sie sollten in Zusammenarbeit von Arzt und Drogengebraucher festgelegt und generell nicht vom Behandlungsanbieter auferlegt werden.

**Einverständniserklärung – spezifische Aspekte bei der Suchttherapie**

- Der Drogengebraucher muss zu Beginn der Behandlung informiert werden, ob der Kliniker vorrangig dem Staat oder einer anderen dritten Partei verpflichtet ist – wie etwa Gericht, Arbeitgeber, Familienmitglieder etc. Selbst wenn dies nicht der Fall ist, werden in vielen Ländern Drogengebraucher nicht glauben, dass ihre Vertraulichkeit geschützt ist und diese Ansicht – ob berechtigt oder nicht – kann die therapeutische Beziehung beeinflussen.
- Der Drogengebraucher muss über die spezifischen Gründe für unfreiwillige Beendigungen und die verfügbaren Möglichkeiten der Anfechtung solcher Therapieabbrüche unterrichtet werden. Drogengebraucher, die eine freiwillige Beendigung der Behandlung erwägen, müssen über die Möglichkeit eines nachfolgenden Rückfalls informiert werden. Gebraucher, die eine freiwillige Beendigung gewählt haben, sollten ermuntert werden, die Dosierungen in ihrem eigenen Rhythmus zu reduzieren, anstatt erzwungene Reduktionsintervalle der Dosierung zu akzeptieren.

Quelle: Newman (2003), von den Autoren und Mitgliedern des Herausgebergremiums geringfügig verändert und angepasst.

Wie oben erwähnt, haben Forschungsergebnisse übereinstimmend den bedeutsamen Nutzen der Methadon- und in jüngerer Zeit auch der Buprenorphinbehandlung aufgezeigt.

Angesichts des vergleichsweise hohen Wertes von Drogen im Gefängnis ist zu empfehlen, dass alle Substitutionswirkstoffe den Patienten im Gefängnis unter überwachten Konsumbedingungen verabreicht werden. Die Anwesenheit eines zweiten Kliniklers oder einer anderen verantwortlichen Person kann dazu dienen sicherzustellen, dass das Medikament vollständig eingenommen wird.

**2.9.2 Buprenorphin**

Buprenorphine ist ein verschriebenes Medikament mit einer schwächeren Aktivität als Opioid-Agonist als Methadon. Buprenorphine wird nicht gut absorbiert, wenn es oral eingenommen wird, und die übliche Verabreichungsform bei der Behandlung von Opioid-Abhängigkeit ist daher sublingual. Mit steigender Dosierung von Buprenorphin erreicht der Opioid-Effekt einen Grenzwert. Folglich ist es mit Buprenorphin weniger

wahrscheinlich als mit Methadone oder Heroin eine Opioid-Überdosierung hervorzurufen, auch dann nicht, wenn es mit anderen Opioiden gleichzeitig eingenommen wird. Die Wirksamkeit von Buprenorphin ist ähnlich der von Methadon bei angemessener Dosierung hinsichtlich der Verringerung von illegalem Opioidgebrauch und einer Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit. Jedoch kann Buprenorphin mit höheren Therapieabbruchraten verbunden sein. Buprenorphin ist derzeit teurer als Methadon.

Buprenorphin ist akzeptabel für Heroingebraucher, hat wenig Nebenwirkungen und ist mit vergleichsweise leichten Entzugserscheinungen verknüpft. Wenn es in der Opioid-substitutionstherapie von schwangeren opioidabhängigen Frauen eingesetzt wird, scheint es mit einer geringeren Häufigkeit von neonatalen Entzugserscheinungen verbunden zu sein.

Der Hauptnachteil der Buprenorphintherapie im Gefängnis liegt darin, dass aufgrund der Tatsache, dass es fünf bis zehn Minuten dauert, bis die Tablette sublingual absorbiert ist, ein Risiko der Entnahme und anschließendem Verkauf besteht. Die Erfahrung zeigt, dass eine solche Praxis den Patienten, dem ein solches Medikament verschrieben wurde, dem Risiko von Bedrohung und Schikane aussetzen kann, sein Medikament zu teilen. In einigen Gefängnissen wird das Medikament vor der Verabreichung zerdrückt, da es keinen Hinweis darauf gibt, dass das Zerdrücken die biologische Verfügbarkeit der Substanz verändert. In anderen Gefängnissen wird der Konsum von Buprenorphin direkt beobachtet. Jedoch ist eine solche Praxis sehr arbeitsintensiv aufgrund der benötigten Zeit, bis das Medikament sublingual absorbiert ist. Daher verbreitet sich in Gefängnissen als Alternative zunehmend die Verschreibung von Suboxone®.

Suboxone® ist ein Kombinationsprodukt (verkauft unter dem Markennamen Suboxone®) aus Buprenorphine mit einer kleinen Menge Naloxon (Verhältnis 4:1) wurde entwickelt, um mögliche Abzweigung und Missbrauch zu reduzieren. Naloxone wird sublingual schlecht absorbiert, was seine pharmakologische Wirkung begrenzt. Wenn die Tablette jedoch zerdrückt und von einer opioidabhängigen Person intravenös appliziert wird, ist Naloxon biologisch verfügbar und kann schwere Opiod-Entzugserscheinungen herbeiführen, was potentiell dem künftigen Missbrauch auf diesem Wege vorbeugt.

### **2.9.3 Retardiertes Morphin**

Retardiertes Morphin wird in einigen Ländern als wertvoller Beitrag zur Substitutionsbehandlung gesehen (so in Australien, Österreich, Bulgarien, den Niederlanden, Slowenien, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich). Studien haben darüber berichtet, dass der Gebrauch oraler retardierter Morphine bei den behandelten Personen aufgrund weniger Nebenwirkungen zu einem besseren Allgemeinbefinden führt im Gegensatz zu denen, die eine Methadonbehandlung erhalten. Retardiertes Morphin ist besonders einfach zu handhaben (dessen Einnahme erfolgt einmal täglich) und der Konsument berichtet über eine verbesserte Konzentration, keine großen Stimmungsschwankungen, keine Gewichtszunahme und einen erhöhten Antrieb.

Eine individuelle Versorgung der Patienten im Gefängnis kann eine deutliche Herausforderung darstellen. Die hohe Anzahl von behandlungsbedürftigen Drogenkonsumenten in einem Setting, in dem die Verfügbarkeit von Drogen deutlich reduziert ist, kann dazu führen, dass die Modalitäten und Praktiken der Substitutionsbehandlung eher auf die Anforderung der Gefängnisleitung als auf die Bedürfnisse und Wünsche eines jeden Patienten ausgerichtet sind. Zum Beispiel werden ungefähr fünf Minuten für die überwachte sublinguale Einnahme von Bupremorphin benötigt. Diese Art der Einnahme benötigt eine Menge Zeit und birgt die Gefahr der Weiterverbreitung des Medikaments. Aus diesem Grund wird hauptsächlich Methadon im Gefängnis verschrieben. Manche Drogenkonsumenten können jedoch ein solches Verfahren als nicht gleichwertig mit denen außerhalb des Gefängnisses empfinden. Daher muss der Ersatz einer Substitutionssubstanz durch eine andere dem Gefangenen genau erklärt werden.

### **2.9.4 Behandlung mit Antagonisten: Naltrexon**

Wenn eine Person auf Opiatentzug ist, kann eine Therapie mit Naltrexon im Gefängnis oder kurz vor Haftentlassung begonnen werden. Naltrexon ist ein reiner Opiat-Antagonist und wird als solcher nicht als Agonist in der Substitutionsbehandlung angesehen. Trotzdem hat dieser Wirkstoff in der jüngsten Zeit eine besondere Aufmerksamkeit erhalten durch seine Verwendung in der äußerst schnellen Entgiftung unter Narkose, einer Praktik, die nicht ohne Risiken für den Patienten ist. Zusätzlich zu sei-

ner Verwendung als Wirkstoff in der schnellen Entgiftung, wurde Naltrexon ebenso über Jahrzehnte als länger wirksamer Rezeptorenblocker in der Substitutionsbehandlung verwendet.

Der Opiat-Antagonist Naltrexon kann als ein Teil von Programmen zur Vorbeugung von Drogenrückfällen verwendet werden. Eine einzelne Dosis Naltrexon bindet sich an die Opiatrezeptoren im Gehirn und blockiert damit die Wirkung jeglicher Opiate, die innerhalb der nächsten 24 Stunden eingenommen werden. Der Wirkstoff kann auch als doppelte oder dreifache Dosis dreimal die Woche eingenommen werden. Dieser ruft keine euphorischen Gefühle hervor und führt weder zu Opiattoleranz noch zu einer Abhängigkeit. Patienten müssen vor dem Beginn der Einnahme von Naltrexon ungefähr 5 bis 10 Tage abstinent sein (die Länge der erforderlichen Abstinenzzeit ist abhängig von der Halbwertszeit des Opiats, das regelmäßig vor Beginn der Einnahme von Naltrexon genommen wurde).

Eine Ausgabe der *Cochrane Review* über die Effektivität von dauerhafter Naltrexonbehandlung (Kirchmayer et al., 2002; Minozzi et al., 2006) hat keinen Hinweis für deren Wirksamkeit als Dauertherapie gefunden. Naltrexon wurde vornehmlich für die Behandlung bestimmter Gruppen hochmotivierter Personen eingesetzt. Die Effektivität der Behandlung mit Naltrexon hängt eindeutig ab von der Bereitschaft, die medizinische Empfehlung zu befolgen (*Compliance*), aktiver psychosozialer Unterstützung und der Motivation, das Medikament jeden oder jeden zweiten Tag einzunehmen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Studien gezeigt haben, dass dieser Behandlungsansatz für hochmotivierte Patienten angemessen ist, wenn dieser zusammen mit weiteren psychosozialen Therapien angeboten wird.



## **3. Substitutionsbehandlung im Gefängnis**

### **3.1 Beginn einer Substitutionsbehandlung im Gefängnis**

Historisch gesehen, gab es schon immer einen begrenzten Zugang zu opiatgestützter Substitutionsbehandlung im Gefängnis, auch wenn das Prinzip der Gleichwertigkeit in der Gesundheitsversorgung wie in Freiheit vermuten lassen würde, das Substitutionsprogramme für alle Gefangenen verfügbar und zugänglich sein sollten. Da viele Gefangene einen Drogenrückfall direkt nach der Entlassung erleiden, sollten sie die Wahl zwischen Entgiftung und einer dauerhaften Behandlung haben und über beide Methoden ausreichend informiert sein.

Aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit von Rückfällen und der starken Abhängigkeit bei Opiatabhängigen, ist eine Entgiftung alleine gesehen nur für eine Minderheit von Drogenabhängigen eine langfristige Lösung. Der Nutzen von Substitutionsprogrammen kann maximiert werden dadurch, dass:

- die Patienten länger in Behandlung bleiben,
- eher höhere als niedrige Dosen verschrieben werden,
- Programme eher auf dauerhafte Therapie als Abstinenz ausgelegt sind,
- Beratungsangebote und Behandlung psychiatrischer Komorbidität und sozialer Probleme angeboten werden
- die Verbindung zwischen Arzt und Patient gestärkt wird, um den Gebrauch zusätzlicher Drogen zu vermindern.

### **3.2 Beginn der Behandlung**

Es gibt drei Zeitpunkte, an denen eine Substitutionsbehandlung abhängiger Gefangener begonnen werden kann:

- direkt bei Haftantritt;
- während des Gefängisaufenthalts;
- eine gewisse Zeit vor Haftentlassung.

Viele Studien haben gezeigt, dass das Risiko eines Rückfalls und einer Überdosierung für drogenabhängige Gefangene kurz nach Haftentlassung extrem hoch ist. Überdosierungen nach Haftentlassung und eine erhöhte Suizidrate im Gefängnis waren in manchen Ländern die Hauptgründe dafür, die Substitutionsbehandlung im Gefängnis einzuführen. Zur Vermeidung von Rückfällen und Überdosierungen kurz nach der Entlassung wird empfohlen, die Gefangenen mit kleinen, gleich bleibenden Dosierungen bis zur Entlassung zu behandeln.

### **3.2.1 Entgiftung**

Während es einige Gefangene schaffen, im Gefängnis dauerhaft drogenabstinent zu bleiben, ist eine Entgiftung allein genommen nicht geeignet, um effektive langfristige Verbesserungen für einen Großteil der Drogengebraucher zu erzielen. Die Vorteile von Methadonprogrammen bestehen darin, dass die Patienten länger im Programm und damit in Behandlung bleiben, eher höhere als niedrige Dosen verschrieben werden, die Programme auf Langfristigkeit und nicht Abstinenz ausgerichtet sind, Beratungsangebote und Behandlung psychiatrischer Komorbidität und sozialer Probleme angeboten werden und die Verbindung zwischen Arzt und Patient gestärkt wird, um den Gebrauch zusätzlicher Drogen zu vermindern. Ob nur kurze Entgiftung oder dauerhafte Substitution im Gefängnis angewendet wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab.

**Institutionsbezogene Faktoren** sind z.B. mangelnde Ressourcen und/oder Personal, die zu einer Begrenzung der Behandlungsplätze führen können, mangelndes Wissen, Mangel an unterstützenden Richtlinien und Maßgaben, Abhängigkeit von der Entwicklung der Substitutionstherapie außerhalb der Gefängnisse, abweichende Substitutionspolitik für Gefängnisse oder restriktive Substitutionsrichtlinien in der Gemeinde.

**Individuelle Faktoren:** Manchmal wollen Gefangene schnell entgiftet werden und komplett drogenfrei sein, keinen Kontakt mehr mit Drogen haben und nicht mehr über Abhängigkeit und drogenbezogene Probleme reden und hören. Sie wünschen sich, ein neues Leben zu beginnen, und gut vorbereitet und drogenfrei für die Entlassung zu sein. Ärzte und Pflegepersonal können jedoch einem solchen Ziel gegenüber kritisch eingestellt sein, wenn sie das Gefühl haben, dass der Zeitplan der Entgiftung wie vom

Gefangenen gewünscht, zu schnell und unrealistisch ist. Rückfälle und mögliche Überdosierungen treten besonders auf, wenn die Entgiftung zu schnell erfolgt. Wichtig ist hierbei, dass der Arzt dem Patienten genau die Vor- und Nachteile einer langen und einer kurzen Entgiftung erklärt.

Ein zentraler Aspekt ist es, einen individuellen Ansatz zu wählen, in dem Sinne, dass der behandelnde Arzt dem Patienten klar und ausführlich die Vor- und Nachteile einer schnellen versus langfristigen Entgiftung erläutert.

Das Erleiden eines Rückfalls nach kurzer Entgiftung ist weit verbreitet und eine kurze Entgiftung alleine genommen stellt selten eine angemessene Behandlung von Drogenabhängigkeit dar. Die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten reichen von gradueller Entgiftung bei Haftantritt, um Entzugssymptome zu mindern, und danach auf eine abstinenzorientierte Therapie oder auf eine dauerhafte Substitutionsbehandlung zu zielen. Ein Erfolg der Behandlung kann sich nur einstellen, wenn die Interventionen möglichst genau auf die Patienten abgestimmt sind und jeder Fall einzeln bewertet wird.

Es ist wichtig, dass es nicht *den* Drogenabhängigen gibt, sondern, dass sich Drogenabhängige stark untereinander unterscheiden. Je nachdem an welchem Zeitpunkt ihrer Drogenkarriere sie sich befinden, welches Maß an Selbstvertrauen und sozialer Unterstützung sie haben, unterscheiden sich ihre Bedürfnisse. Diese Faktoren tragen dazu bei, ob ein Patient sich eher für eine schnelle oder langsame Entzugsart entscheidet. Ebenso muss beachtet werden, dass die Anforderungen an die Behandlung für Männer und Frauen unterschiedlich sind.

### **3.2.2 Dosierung und Überwachung der Einnahme**

Da es nicht so etwas wie eine allgemeingültige durchschnittliche Dosierung gibt, sollten alle Fragen bezüglich derselben dem Arzt in Zusammenarbeit mit dem Patienten überlassen werden und die Dosierung den jeweiligen individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst werden. Auf jeden Fall sollte die Möglichkeit und ausreichend Zeit eingeplant werden, die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten auszuhandeln, um die Dosierung jeweils zu erhöhen oder zu vermindern.

Jeder Patient stellt eine individuelle medizinische Herausforderung dar und es gibt keine allgemeingültige optimale Dosierung für alle Patienten. Klinische Anzeichen und vom Patienten berichtete Entzugssymptome sowie Drogenbeigebrauch sind eindeutige Hinweise darauf, dass die Dosierung falsch eingestellt ist. Es scheint keine Begrenzung in der maximalen Dosierung zu geben, wenn darüber entschieden wird, was angemessen ausreichend viel Methadon in der Substitutionsbehandlung ist. Die Dosis muss auf ein Niveau eingestellt werden, das Entzugssymptome vermindert und jeglichen Gebrauch von Heroin verhindert.

Für Hinweise zur Dosierung und detailliertere Vorschläge (kurze oder lange Entgiftung oder dauerhafte Therapie) siehe auch: EuroMethwork Methadon-Leitfaden. <http://www.quest4quality.nl/euromethwork/index.php?page=32>

Im Gegensatz zur Behandlung in Freiheit sind im Gefängnis relativ geringe Dosen der Substitutionssubstanz ausreichend, da:

1. im Gefängnis die umfassende Überwachung der Einnahme eine fast 100%ige Aufnahme des Substitutionsmedikaments sichergestellt ist und
2. der Beigebrauch anderer Drogen substantiell eingeschränkt ist im Gegensatz zur Situation in Freiheit.

Studien weisen darauf hin, dass die durchschnittliche Dosis des Substitutionsmedikaments im Gefängnis sehr unterschiedlich sein kann (von 30 mg bis 70 mg). Im Gegensatz zur Situation außerhalb des Gefängnisses sind hier mehr Ärzte der Meinung, dass geringere Dosierungen ausreichen, da eine vollständige Einnahme sichergestellt ist und das Ausmaß ein Beigebrauch im Gefängnis signifikant geringer ist. Die Gefangenen sollten generell über die Höhe der Dosierung informiert sein, es sei denn, sie wünschen dies ausdrücklich nicht.

Die Überwachung der Einnahme von Methadon (entweder in flüssiger Form oder als Tablette) kann auf verschiedene Art und Weise organisiert werden. Die Einnahme wird entweder vom Pflegepersonal oder den Sicherheitsbediensteten überwacht, abhängig davon, wo die Substitutionssubstanz ausgegeben wird (in der medizinischen Abteilung

des Gefängnisses, auf den Flure oder in den Zellen). Die Kontrolle erfolgt, um sicher zu gehen, dass die Substanz vollständig geschluckt wurde. Hier ist es üblich, den Patienten nach der Einnahme sprechen zu lassen um sicher zu gehen, dass sich die Substanz nicht mehr in der Mundhöhle befindet. In manchen Fällen teilt das Sicherheitspersonal die Substitutionssubstanz aus, zum Beispiel, außerhalb der Arbeitszeiten des Pflegepersonals. Es gibt einen Konsens, dass die Einnahme von Substitutionssubstanzen (so wie die Einnahme anderer psychoaktiver Substanzen, Antidepressiva etc.) überwacht werden muss, um sicherzugehen, dass die Substanz vollständig geschluckt wurde, und damit zu verhindern, dass Patienten in Methadonprogrammen von anderen erpresst werden, ihr Medikament zu verkaufen oder zu teilen und letztendlich auch um Überdosierungen von Gefangenen ohne Opiattoleranz zu vermeiden.

### **3.2.3 Urinkontrollen**

Die Beurteilung von und die Konsequenzen der medizinisch angeordneten Urinkontrollen gehen stark auseinander. Urinalysen sind ein Thema, das in Fachkreisen stark diskutiert wird. Obwohl Urinkontrollen ein zentraler Bestandteil der medizinischen Grunduntersuchung eines Patienten sind (als Bestätigung, dass der Patient tatsächlich Opiate konsumiert) werden sie oft auch als Kontrollmechanismen eingesetzt um festzustellen, ob der Patient keinen Beigebrauch hat. Viele Experten bezweifeln, dass Urintests einen positiven Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Oft wird argumentiert, dass die eben genannten Informationen auch durch einfaches Befragung des Patienten erhoben werden können, was eine Menge Zeit und Arbeit sparen würde. Es ist selbstverständlich, dass dies eine gute Arzt-Patient-Beziehung erfordert, die auf Respekt und gegenseitigem Vertrauen basiert.

Ein positiver Urintest sollte jedoch niemals Grund für den Abbruch der Behandlung sein, da dies Ausdruck der Tatsache ist, warum der Patient behandelt wird, d.h. aufgrund seiner Drogenabhängigkeit.

### **3.3 Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm**

Wenn ein Patient Missbrauch mit der Substitutionssubstanz betreibt oder Manipulationen vornimmt, kann dieser in einigen Fällen aus dem Substitutionsprogramm ausgeschlossen werden. Es ist jedoch von großer Wichtigkeit, dass der Patient lange genug im Programm war und seine Dosis hoch genug eingestellt war. Im Falle eines Ausschluss sollte die Dosierung graduell herabgesetzt werden.

Einige Programme schließen Patienten aus, wenn diese sich physisch oder auch nur verbal gewalttätig gegenüber anderen Gefangenen oder den Bediensteten verhalten. Substitutionsbehandlung sollte jedoch niemals als eine Belohnung für gutes Verhalten oder als Bestrafung für schlechtes Verhalten gelten, sondern als ein selbstverständlicher Bestandteil des medizinischen und psychosozialen Angebots des Gesundheitssystem des Gefängnisses angesehen werden.

### **3.4 Die Bedeutung psychosozialer Begleitung**

Das Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen trägt zur Komplexität von Suchterkrankungen bei. Um Suchterkrankungen erfolgreich zu behandeln und die Sucht zu überwinden, müssen sowohl physische als auch psychologische Dimensionen der Erkrankung mit einbezogen werden. Für viele Drogenabhängige bedeutet dies, dass sie eine substantielle Änderung ihres Lebensstils vornehmen müssen – ein Prozess, der eine Menge Zeit erfordert. Substitutionsbehandlung muss sich also unbedingt nicht nur mit der körperlichen Abhängigkeit befassen, sondern auch psychische, medizinische und soziale Problem mit einbeziehen.

Psychosoziale Begleitung ist dennoch ein zusätzlicher und notwendiger Teil der Behandlung, der den medizinischen Teil der Substitutionstherapie unterstützt.

### 3.5 Beigebrauch von Drogen

Der Beigebrauch von Drogen neben der Substitutionssubstanz ist weit verbreitet unter Drogenabhängigen, hauptsächlich um die Lücke zu überbrücken, die dadurch entsteht, dass nicht mehr das bevorzugte Opiat (hauptsächlich Heroin) eingenommen wird. Dieses Konsumverhalten stellt eine zusätzliche Abhängigkeit dar mit ernstzunehmenden Folgen, die die Therapie beeinträchtigen.

Opioidabhängige Menschen und Menschen, die Opiate intravenös konsumieren, nehmen häufig eine Reihe anderer psychoaktiver Substanzen, einschließlich Alkohol zu sich. Studien haben gezeigt, dass der Gebrauch von Kokain in Kombination mit Opioiden ein Zeichen für einen Behandlungsmisserfolg ist. Wenn andere Drogen wie Kokain intravenös konsumiert werden, ist außerdem die Effektivität der Substitutionsbehandlung hinsichtlich des Managements von Risikoverhalten begrenzt. Gleichzeitig haben Studien erwiesen, dass wenn opiatabhängige Personen sich langfristig in Therapie befinden, die Konsumraten von Kokain als auch der Opiatgebrauch zurückgehen.

## 4. Grundlegende Informationen über die Behandlung

### 4.1 Wichtige Informationen für den Patienten

Wichtigste Voraussetzung für einen effektiven Start einer Substitutionsbehandlung ist es, den Drogenabhängigen mit relevanten Informationen zu versorgen, insbesondere sollte er/sie über das Risiko einer Überdosierung sowie über folgende Punkte informiert werden:

- die Verzögerung des Einsetzens der Maximalwirkung der Substitutionssubstanz (Methadon innerhalb von 2–4 Stunden);
- die Anreicherung der Substitutionssubstanz im Laufe der Zeit, was wiederum eine größere Wirkung hervorruft (Methadon für 3–5 oder mehr Tage), selbst bei einer stabilen Dosierung;
- die Risiken, die durch mehrfachen Drogengebrauch während der Substitutionsbehandlung entstehen, im Speziellen durch andere Opiate, Kokain, Benzodiazepine und Alkohol; und
- mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Zusätzlich benötigen Drogengebraucher Informationen über die Substitutionstherapie, Drogen im Allgemeinen, spezielle Regeln und Erwartungen. Drogengebraucher verstehen oftmals weder die Ziele, die mit der Substitutionsbehandlung verfolgt werden, noch haben sie hinreichende Informationen über die jeweilige verwendete Substitutionssubstanz oder die Regeln, die sie befolgen müssen. Gefangene sollten eine Einverständniserklärung unterschreiben, wenn sie alle relevanten Informationen deutlich verstanden haben.



## 4.2 Anonymität und Vertraulichkeit der Behandlung

Jeder Gefangene sollte vor Beginn einer jeden Behandlung über die jeweiligen Pflichten des Arztes gegenüber dem Staat, dem Gefängnis oder dem Gefangenen selbst informiert werden.

Obwohl die Einhaltung der Anonymität und Vertraulichkeit innerhalb eines Gefängnisses sich als schwierig darstellt, wird versucht, die Substitutionssubstanz zu verabreichen ohne, dass dies auffällt. Dies geschieht entweder dadurch, dass alle Drogenabhängigen in einer Abteilung des Gefängnisses zusammen untergebracht werden oder die Substitutionssubstanz diskret zusammen mit anderen Medikamenten verabreicht wird.

Andere Gefangene und die Bediensteten sollten nicht darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein Gefangener Drogengebraucher ist oder sich in Substitutionsbehandlung befindet. Es besteht die Gefahr, dass bei Bekanntwerden der Abhängigkeit gewisse Nachteile für den jeweiligen Gefangenen resultieren (z.B. den Zugang zur Arbeit und Möglichkeiten der Weiterbildung betreffend), dass Vorurteile entstehen, gewisse Privilegien verloren gehen oder die Bediensteten sowie die anderen Gefangenen den Drogenabhängigen generell negativ gegenüber eingestellt sind. Darüber hinaus fürchten die Drogengebraucher, von Mitgefangenen unter Druck gesetzt zu werden, die im Substitutionsprogramm verwendeten Substanzen herauszuschuggeln.

Trotzdem kann es sinnvoll sein, ausreichend ausgebildete Sicherheitsbedienstete und andere Bedienstete zu informieren, besonders wenn es um die Beobachtung besonders gefährdeter Patienten betrifft, die unter den häufig als Begleiterscheinung auftretenden psychischen Gesundheitsproblemen leiden. Wenn die Sicherheitsbediensteten komplett von der psychosozialen Betreuung und der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden, kann dies auch zu Barrieren zwischen den verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Gefängnisses führen und manchmal die Vorurteile und Missverständnisse gegenüber den Gefangenen und deren Drogenkonsum noch verstärken. Daher ist eine grundlegende Zusammenarbeit zwischen den Bediensteten notwendig sowie ausreichende Information und Ausbildung der Bediensteten, einschließlich der

Sicherheitsbediensteten, um sicherzustellen, dass das Gefängnispersonal eine positive oder immerhin vorurteilsfreiere Einstellung gegenüber Drogenabhängigen bekommt.

### 4.3 Privilegien

Patienten, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen und die Regeln der therapeutischen Vereinbarung befolgen, sollten dieselben Privilegien genießen wie alle anderen Gefangenen. Entscheidungen in Richtung eines offenen Vollzugs sollten auf Grundlage der individuellen Einschätzung des Therapeuten gefällt werden. Der Übergang in einen offenen Vollzug sollte gut geplant sein und graduell erfolgen.

Als Privileg können Dosen der Substitutionssubstanz bei Heimbisuchen oder anderen längeren Aufenthalten außerhalb des Gefängnisses für mehr als 24 Stunden auch mitgegeben werden. Ein Gefangener, der sich einer Substitutionsbehandlung unterzieht, muss die Möglichkeit haben, diese fortzusetzen, ebenso wie es ihm möglich sein sollte, an weiterführenden Substitutionsprogrammen nach seiner Entlassung teilzunehmen. Der Arzt entscheidet darüber, ob ein Substitutionspatient arbeitsfähig ist.

### 4.4 Fortsetzung der Behandlung außerhalb und innerhalb des Gefängnisses

Patienten, die sich vor Eintritt in das Gefängnis in Substitutionsbehandlung befunden haben, sollten auch während ihres Gefängnisaufenthalts diese Behandlung fortsetzen. Nichts desto trotz gibt es eine Reihe von Hindernissen, die einer durchgehenden Behandlung im Weg stehen. Das wichtigste Hindernis besteht darin, dass viele Patienten ihre Langzeittherapie unterbrechen, wenn sie sich vor dem Haftantritt in polizeilichem Gewahrsam befinden. Dies kann in einen deutlichen Verlust der Opiattoleranz resultieren. Wo immer möglich, sollten Abhängige während ihres Polizeigewahrsams ihre Behandlung mit der verschriebenen Dosis fortsetzen können. Eine Ausnahme besteht, wenn der Drogenabhängige unter Drogeneinfluss steht zu dem Zeitpunkt, zu dem die tägliche Dosis der Substitutionssubstanz eingenommen werden soll (**Wichtig:** wenn

Patienten unter Drogeneinfluss verhaftet werden, sollte dies kein Grund sein, die Substitutionsbehandlung auszusetzen, da viele der Abhängigen nicht mehr unter Drogeneinfluss stehen werden, zu dem Zeitpunkt, an dem sie ihre nächste Dosis erhalten sollten). Wenn der Drogengebraucher außerhalb der normalen Arbeitszeiten (so zum Beispiel am Wochenende) in Polizeigewahrsam kommt und es nicht möglich ist, mit dem jeweiligen Drogendienst Kontakt aufzunehmen und damit die vom Drogengebraucher angegebene Dosis zu bestätigen, sollte die Dosis, die nach Untersuchung durch einen Arzt verabreicht wird, niemals 30 ml überschreiten. Diese sollte nur nach Überprüfung vorhergegangenen Drogengebrauchs durch einen positiven Urintest oder einen positiven oralen Drogentest verabreicht werden.

Die verschiedenen Stufen des Strafrechtssystems sollten enger zusammen arbeiten, da oftmals zwar die Gefängnisse Substitutionsbehandlung anbieten, im Polizeigewahrsam aber weder Substitutionsbehandlung noch andere Maßnahmen zur Bekämpfung von Entzugerscheinungen zur Verfügung stehen. Dies stellt sich als besonders problematisch dar, wenn Verhaftete nicht direkt ins Gefängnis verlegt werden, sondern zunächst in Polizeiarrest verbleiben, wo sie in manchen Ländern bis zu sechs Monate (oder noch länger) verweilen und erst dann ins Gefängnis verlegt werden.

Eine weitere schwierige Situation ergibt sich, wenn Gefangene erst ins Polizeigewahrsam gehen, dann ins Gefängnis und dann wieder in Polizeigewahrsam, um die Gerichtsverhandlung abzuwarten, um danach wieder ins Gefängnis verlegt zu werden. Da die Polizei allgemein dem Innenministerium untersteht während Gefängnisse dem Justizministerium unterstehen, ist deren Zusammenarbeit in manchen Ländern weiter erschwert.

Substitutionstherapie sollte mit kommunalen Drogendiensten, der Polizei, den Gefängnissen und eventuell dem Gesundheitsministerium ausgehandelt werden, um eine nahtlose therapeutische Versorgung für Drogenabhängige zu gewährleisten.

Wenn Drogengebraucher im Gefängnis aufgenommen werden und angeben, sich in Methadontherapie zu befinden, sollte die Höhe der Dosis, die Art der Supervision und der Zeitpunkt der letzten Einnahme von den jeweiligen lokalen Drogendiensten erfragt werden. Wenn bestätigt werden kann, dass der Drogengebraucher innerhalb der letz-

ten 48 Stunden seine volle Dosis unter Beobachtung erhalten hat, sollte der Gefangene genau diese Dosierung, die außerhalb verabreicht wurde, weiter erhalten. Oftmals ist es nicht möglich, solche Informationen zu erhalten, wenn Straftäter außerhalb der normalen Arbeitszeiten ins Gefängnis aufgenommen werden. In solchen Situationen sollte die Anfangsdosis Methadon nach Untersuchung durch einen Arzt nicht mehr als 30 ml betragen. Wenn Gefangene angeben, eine höhere Methadondosierung einzunehmen, könnte es nötig sein, eine längere Beobachtungsphase einzuplanen, und je nachdem, ob Entzugserscheinungen auftreten, die Dosis entsprechend zu erhöhen.

#### **4.5 Einbeziehung der Drogenkonsumenten**

Stetige Einbeziehung und Rückmeldung von Seiten der Drogengebraucher sind wichtig, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern; die meisten Gefangenen haben vorangegangene persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung im Gefängnis und Drogentherapien (entweder Entgiftung oder langfristige Therapie) innerhalb und außerhalb des Gefängnisses gemacht.

Es ist wichtig, die Meinung und Erfahrungen der Gefangenen bei der Entwicklung und Bereitstellung von Interventionen anzuerkennen und mit einzubeziehen, um damit sicherzustellen, dass diese erreichbar und den Bedürfnissen angemessen sind.

Bei der HIV-Behandlung von intravenös Drogen gebrauchender Menschen sollten Selbsthilfegruppen oder Informationsprogramme angeboten werden. Besonders ehemalige Drogengebraucher sind besonders erfolgreich hinsichtlich der Aufklärung und Motivierung von Drogengebrauchern und diese dazu bringen, sich in eine effektive Behandlung zu begeben.

#### **4.6 Der Zusammenhang von Substitutionsbehandlung und HIV-Therapie**

Die Substitutionstherapie stellt eine Möglichkeit dar, den Zugang zu antiretroviraler Therapien für HIV-infizierte Drogengebraucher zu verbessern. Die Substitutionsbe-

handlung erlaubt es Drogenabhängigen, ihr Leben zu stabilisieren und viele der mit intravenösem Drogenkonsum zusammenhängenden Probleme zu vermeiden oder besser mit ihnen umzugehen. Es wird daher als zentral angesehen, Menschen, die Drogen intravenös gebrauchen, im Therapieprogramm zu behalten. Die Substitutionsbehandlung ermöglicht eine größere Inanspruchnahme von antiretroviraler Therapie, verbessert die Compliance und verbessert den Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Substitutionsprogramme können von großer Wichtigkeit für Menschen sein, die Drogen intravenös gebrauchen und mit HIV infiziert sind, indem sie:

- intravenös Drogen gebrauchenden Menschen HIV-Tests anbieten;
- Drogengebraucher in HIV-Behandlungsprogramme überweisen;
- Verknüpfungen mit HIV-Behandlungsprogrammen aufbauen;
- Menschen mit intravenösem Drogengebrauch auf eine antiretrovirale Behandlung vorbereiten;
- die Drogenabhängigkeit auf ein Maß stabilisieren, das es dem oder der Betroffenen ermöglicht, an einer antiretroviralen Therapie teilzunehmen;
- ermöglichen, die antiretroviralen Medikamente gleichzeitig mit der Substitutionstherapie durchzuführen;
- ermöglichen, die Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie besser zu kontrollieren und zu behandeln;
- die Wechselwirkungen von Methadon oder Buprenorphin und der antiretroviralen Therapie zu kontrollieren und zu behandeln; und
- ermöglichen, die betreffende Person und seine/ihre Familie zu unterstützen durch die lebenslange Verpflichtung, die man durch die antiretrovirale Therapie eingeht.

Der tägliche Kontakt mit dem Substitutionsprogramm hat potentiell große Vorteile für den Zugang zu antiretroviraler Therapie sowie deren Compliance.

#### **4.7 Substitutionsbehandlung in allen Bereichen des Strafrechtssystems**

Substitutionsbehandlung kann auch im Polizeigewahrsam sowie in Untersuchungshaft eine wichtige Rolle spielen. Bei von Heroin oder anderen Opiaten abhängigen Personen, die von der Polizei verhaftet und in Polizeigewahrsam genommen werden, können schweren Entzugerscheinungen auftreten. Dies kann deren Aussagefähigkeit beeinflussen und damit den Aufenthalt in Polizeigewahrsam verlängern. Substitutionsbehandlung sollte als Form einer durchgehenden Behandlung angeboten werden, welche die Stabilität des physischen und psychischen Gesundheitsstatus des Straftäters sichert. Der Gebrauch von Drogen in oben genannten Einrichtungen nach einer kurzen Entgiftungsphase kann das Risiko einer Überdosierung zur Folge haben, da der Drogenabhängige innerhalb von Tagen seine Opiattoleranz verliert. Inwieweit die Substitutionsbehandlung positiven Einfluss auf das Risiko eines Selbstmords oder Selbstverletzung nimmt, wurde noch nicht erforscht. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass die Substitutionsbehandlung während der ersten Wochen der Inhaftierung positiv auf diese Phänomene Einfluss nimmt.

Dasselbe gilt für den Gewahrsam vor Gerichtsverhandlungen sowie Untersuchungsgewahrsam. Daher sollte eine bereits vorher bestehende Substitutionsbehandlung in Polizeigewahrsam, Gewahrsam vor Gerichtsverhandlungen und in Untersuchungshaft fortgesetzt werden. Die Fortsetzung der Behandlung sollte auch bei Heimbesuchen und Hafturlauben bestehen. Des Weiteren sind Heimbesuche, Hafturlaube etc. kritische Perioden, in denen zwar grundlegende Rehabilitationsschritte angegangen werden, aber auch das Rückfallrisiko erhöht ist. Die Substitutionsbehandlung bedeutet Stabilität für die Behandelten im Sinne von Prävention von Überdosierungen.

#### **4.8 Spezielle Berücksichtigung von Frauen**

Frauen machen andere Erfahrungen mit Drogen und deren Behandlung als Männer. Die hohen Raten physischer und mentaler Komorbidität bei opiatabhängigen Frauen müssen bei den Behandlungsangeboten berücksichtigt werden. Frauen, die von Opiaten abhängig sind, sind oftmals mit einer Reihe von Hindernissen auf dem Weg zu einer adäquaten Behandlung konfrontiert, wie z.B. fehlenden finanziellen Mittel, fehlenden Stellen und Überweisungssysteme, die Substitutionsbehandlung speziell auf Frauen ausgerichtet anbieten sowie Unklarheiten darüber, wer für die Kinderbetreuung zuständig ist.

Eine effektive Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Frauen kann substantiell zur Verbesserung gynäkologischer pränataler und neonataler Resultate führen. Opiatgestützte Substitutionsbehandlung spielt auch eine wichtige Rolle dabei, schwangere Frauen in Behandlung zu nehmen und dort zu behalten und damit gleichzeitig für einen guten Kontakt mit den lokalen gynäkologischen und anderen Diensten, (wie z.B. der Primärversorgung bzw. dem Hausarzt) zu sorgen.

## 5. Ausblick

Um sicherzustellen, dass die Gesundheitsversorgung im Gefängnis gleichgestellt ist mit der außerhalb des Gefängnisses, wird in vielen Ländern

- eine deutliche Erweiterung der Versorgung von durch Blut und sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten benötigt, um damit den speziellen Bedürfnissen der Gefangenen zu genügen,
- müssen deutliche Anstrengungen unternommen werden, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und
- werden bessere Verbindungen und Übergänge zwischen der Behandlung in den Gefängnissen und den unterschiedlichen Angeboten in der Gemeinde benötigt, um die Behandlungskontinuität sicherzustellen.

Das 2002 verfasste *Consensus Statement* über Gefängnisse, Drogen und die Gesellschaft (WHO Regionalbüro für Europa und die Pompidou Gruppe des Europarats, 2002) erkennt an, dass:

- Drogen und Gefängnisse in einem breiteren sozialen Kontext gesehen werden müssen;
- Menschen sich zwischen dem Gefängnis und der Freiheit hin- und herbewegen;
- die Haft nicht mehr Bestrafung als die Einschränkung der Freiheit beinhalten sollte;
- Gefängnisse sichere, ungefährliche und ordentliche Orte sein sollen, an denen Menschen leben und arbeiten; und
- Menschen, die im Gefängnis arbeiten, sich an bestehendes Recht halten müssen.

Aufgrund der nachgewiesenen Tatsache, dass das Injizieren von Drogen sowie HIV bzw. AIDS in Gefängnissen ein immer größeres Problem werden und gleichzeitig die Substitutionsbehandlung als äußerst effektiv eingestuft wird, ist es eindeutig Zeit, jetzt zu handeln. Ein Scheitern bei der Einführung effektiver Drogenbehandlungsprogramme, einschließlich der Substitutionsbehandlung und Maßnahmen, um die Übertragung von HIV zu verhindern, wird in einer weiteren Verbreitung von HIV-Infektionen unter Menschen, die Drogen intravenös konsumieren, der gesamten Gefängnisgemeinschaft und schlussendlich auch außerhalb des Gefängnisses resultieren.



## **6. Medizinisch-ethische Aspekte der Opioid-Substitutionsbehandlung im Gefängnis**

Es gibt drei Gründe, aus denen eine Beschäftigung mit dem Thema der ethischen Implikationen der Substitutionsbehandlung Opiat-Drogenabhängiger im Gefängnis angebracht ist. Substitutionsbehandlung ist eine Behandlungsweise, die wie jede andere anerkannte medizinische Behandlung wissenschaftlich belegt ist, und die im Einklang mit Empfehlungen der Vereinten Nationen (WHO, United Nations Office on Drugs and Crime und UNAIDS, 2004) und verschiedenen nationalen Gesetzgebungen ist.

- Drogenabhängigkeit ist Gegenstand einer stark ideologischen und kulturellen Diskussion. Der ungünstige Einfluss ideologischer Diskussionen über Behandlungsansätze und Behandlungsziele führt dazu, dass der Zugang drogenabhängige Patienten zur Behandlung sowie deren Wahl der Behandlungsart oftmals eher durch ideologische als durch medizinische Aspekte beeinflusst werden.
- Um Missbrauch und Handel mit den Substitutionssubstanzen zu verhindern, unterliegt die Verschreibung von Opioiden strengen rechtlichen Regulierungen, welche wiederum die Schweigepflicht des Arztes beeinträchtigen. Die Abgabe von Opiaten an abhängige Patienten unterliegt Kontrollmechanismen, die der Arzt-Patienten-Beziehung eine merkwürdige Zwangskomponente hinzufügt.
- Beide oben genannten Tatsachen werden noch komplexer was die ethischen Gesichtspunkte in der Interaktion zwischen dem Gefangenen als Patient und dem Gefängnisarzt in der totalitären Institution des Gefängnisses betrifft (Pont, 2006).

Im Folgenden werden ethische Aspekte der Substitutionsbehandlung im Gefängnis auf der Basis medizinisch-ethischer Prinzipien im Gefängnis ausgeführt, wie sie durch die Europäischen Gefängnisregeln (Europarat, 2006), vom Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT Europarat, 2004) festgelegt wurden, sowie in vielen weiteren international verabschiedeten Dokumenten der Vereinten Nationen und des Weltärztebundes.

Die **zentralen Aspekte medizinischer Ethik** im Gefängnis, wie es in den aufgeführten internationalen Dokumenten beschrieben wird, können wie folgt zusammengefasst werden:

- A) Die primäre Aufgabe (die Daseinsberechtigung) des Gefängnisarztes und anderer Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes im Vollzug ist es, der Gesundheit und dem Wohlergehen der Gefangenen zu dienen (Europarat 1999, Penal Reform International 2001).
- B) Die sieben zentralen Prinzipien für die Gesundheitsversorgung Gefangener, wie sie vom Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe des Europarates (CPT) festgelegt wurden, lauten:
1. Ungehinderter Zugang zum Arzt für jeden Gefangenen
  2. Gleichwertigkeit der Gesundheitsversorgung wie in Freiheit
  3. Selbstbestimmung des Patienten sowie Vertraulichkeit und Verschwiegenheit des Arztes
  4. Präventive Gesundheitsvorsorge
  5. Humanitärer Beistand
  6. Professionelle Unabhängigkeit
  7. Professionelle Kompetenz

Es ist wichtig, dass Gefängnisärzte und Pflegekräfte sich an diese Prinzipien halten, und dass die gesamte Gefängnisgemeinschaft, das heißt, die Gefangenen, die Bediensteten sowie die Gefängnisleitung, über deren Existenz informiert sind und von allen Beteiligten akzeptiert werden. Die Einhaltung dieser Prinzipien unterstützt das Vertrauen der Insassen in die medizinische Behandlung im Gefängnis, lässt keinen Zweifel an der medizinischen Professionalität des Arztes und dessen Ethik, beugt Missverständnissen vor und gibt Hilfestellung in Konfliktsituationen.

Es erscheint als selbstverständlich, dass **primäre Aufgabe** des Gefängnisarztes die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Gefangenen ist, aber wie jeder Mitarbeiter des Gesundheitssystems des Gefängnisses weiß, muss für dieses Ziel permanent gekämpft werden, ebenso wie für die Implementierung und Durchführung von Substitutionsprogrammen. Wenn die Gefängnisleitung

sowie Bedienstete aus dem nicht-medizinischen Bereich nicht adäquat über die wissenschaftlich belegten Vorteile dieser Behandlungsweise informiert sind, fokussieren diese sich auf das Risiko des Missbrauchs und des Handels mit den Opioiden und neigen weniger dazu gegen Substitutionsprogramme zu arbeiten. In Bezug auf A), ist es Aufgabe des Arztes diese Informationen zur Verfügung zu stellen, den Sicherheitsbediensteten und der Gefängnisleitung die Ziele der Behandlung näher zu bringen, falsche Vorstellungen und Missverständnisse zu klären um damit opiatabhängigen Gefangenen den Zugang zu einer angemessenen opiatunterstützten Behandlung zu verschaffen.

Das Sicherheitspersonal kann bei Gefangenen aus Gründen der Sicherheit und zur Aufrechterhaltung der Ordnung Drogentests anordnen. Urintests sind ebenso ein Bestandteil von Behandlungsverträgen in vielen Substitutionsprogrammen. Es besteht die Möglichkeit, dass Ärzte und Pflegebedienstete, die sich um Gefangene kümmern, vom Sicherheitspersonal gefragt werden, Urintests durchzuführen. Mit Punkt A) im Hinterkopf und der Wichtigkeit des Vertrauens ihrer Patienten, sollten Ärzte und Pflegepersonal nicht an Drogentests beteiligt sein, die aus Sicherheitsgründen durchgeführt werden. Es ist von äußerster Wichtigkeit, dass Insassen über den Unterschied zwischen Urintests einerseits aus Sicherheitsgründen und andererseits aus therapeutischen Gründen genauestens informiert sind, und dass die Ergebnisse der Urinalysen, die während der Substitutionsbehandlung durchgeführt werden, streng vertraulich behandelt werden, lediglich Behandlungsempfehlungen dienen, und niemals eine Bestrafung nach sich ziehen. Diese Ergebnisse sollen lediglich innerhalb des medizinischen Teams diskutiert werden mit der expliziten Einverständniserklärung des Patienten und wenn es als im besonderen Interesse des Patienten liegend erachtet wird.

Ein anderes wichtiges Prinzip aktueller Behandlungskonzepte für drogenabhängige Patienten trifft ebenfalls auf A) zu: Der behandelnde Arzt sollte nicht nur darauf achten, dass die abgestimmten Behandlungsziele auf kurze und lange Sicht für den individuellen Patienten erreichbar sind, sondern auch, dass die persönliche Einstellung des Arztes über Menschenwürde und unterschiedliche Lebensstile keinen Einfluss auf die Behandlungsziele nehmen, die mit dem Patienten abgestimmt wurden. Bestandteil der Therapie ist die Gesundheit und das Wohlbefinden des inhaftierten Patienten sind Ge-

genstand und Aufgabe der Behandlung und nicht die Angleichung des Lebensstils des Patienten an den Lebensstil des Behandlers.

Bereits 1993 ließ die WHO die Forderung nach **ungehindertem Zugang** und **Gleichwertigkeit** (den ersten zwei Punkte von B und damit gleichzeitig die essentiellen Prinzipien der CPT) in Bezug auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis verlauten (WHO, 1993), welche seitdem immer wieder wiederholt wurde (Lines et al, 2004). Es gibt immer noch europäische Länder, in denen Substitutions-Erhaltungsprogramme außerhalb des Gefängnisses angeboten werden, jedoch nicht innerhalb. Teilweise ist in Gefängnissen nicht einmal eine opiatunterstützte Entgiftung möglich. Jeglicher plötzliche Opiatentzug, insbesondere Methadonentzug, ohne Unterstützung durch Opiate ("cold turkey") zählt zu medizinischem Fehlverhalten und ist absolut inkompatibel mit medizinischer Ethik und medizinischer Professionalität!

Die Anzahl der Substitutionsprogramme in europäischen Gefängnissen wie auch in anderen Teilen der Welt hat im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen, aber es besteht immer noch eine Lücke in der Versorgung von Gefangenen, die einer Substitutionsbehandlung bedürfen und jenen, die diese tatsächlich erhalten (Stöver, Casselman & Hennebel, 2006). Diese Lücke bedeutet nicht nur eine Unterversorgung was Behandlungsmöglichkeiten und Schadensbegrenzungsmöglichkeiten des individuellen inhaftierten Patienten betrifft, sondern ebenso eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit: von allen Orten, an denen Drogenkonsumenten Drogen spritzen, ist das Gefängnis der Ort, an dem das Injizieren von Drogen mit dem höchsten Risiko einer Ansteckung mit durch Blut übertragbaren Viruserkrankungen verbunden ist. Diese Hochrisikosituation führt zu einem nicht nur gleichwertigen sondern darüber hinausgehenden Erfordernis von Schadensbegrenzungsstrategien im Gefängnis als in Freiheit (Lines, 2006).

In einigen Ländern wird mehr als eine Art von Opioiden zur Substitutionsbehandlung verwendet. Nicht nur aus ethischen sondern aus praktischen Gründen sollte eine einheitliche Regelung zwischen Behandlungsangeboten in der Gemeinde und dem Gefängnis sowie zwischen den verschiedenen Gefängnissen geschaffen werden, um Veränderungen in der Behandlung gerade in solch sensiblen Phasen wie dem Haftantritt, dem Transfer in ein anderes Gefängnis und der Haftentlassung zu vermeiden.

Der Zugang zu opioidunterstützter Behandlung und die Gleichwertigkeit in der Versorgung muss ebenso für weibliche Drogenkonsumenten im Gefängnis angestrebt werden: aufgrund der relativ geringen Anzahl weiblicher Gefangener gibt es für diese in einigen Ländern weitaus weniger Angebote und Behandlungsmöglichkeiten. Wegen ihrer vergleichsweise größeren physischen und psychischen Komorbidität und ihrer höheren HIV-Prävalenz, sollten weibliche Gefangene sie nicht nur gleichwertige sondern darüber hinausgehend mehrere Behandlungsmöglichkeiten haben als die männlichen Gefangenen. Aufgrund ihrer spezifischen Erfahrungen mit der Abhängigkeit und deren Behandlung könnte es ebenso sein, dass sie Behandlungsmuster bedürfen. Substitutionsbehandlung spielt eine wichtige Rolle in der Schwangerschaft und in der perinatalen Versorgung opiatabhängiger Frauen, indem die Risiken für Mutter und Kind reduziert werden.

Der Zugang zu einer lückenlosen Substitutionsbehandlung in der Gemeinde nach der Haftentlassung ist von ausgesprochener Wichtigkeit, wenn man die extrem hohe Mortalität Drogenabhängiger, die hauptsächlich durch Überdosierungen verursacht wird, in den ersten beiden Wochen nach Entlassung aus dem Gefängnis in Betracht zieht (Christensen, Hammerby, Smith & Bird, 2006). Neben einer ständiger Schulung von Gefangenen vor deren Entlassung, muss die Weiterführung der Substitutionsbehandlung sorgfältig und rechtzeitig genug vom Pflegepersonal vor der Entlassung geplant werden.

Eine **Einverständniserklärung** des angemessen informierten Patienten ist Voraussetzung für jegliche Behandlung, die wie die Substitutionsbehandlung ungünstige Nebenwirkungen und/oder Risiken birgt. Aufgrund der Komplexität der Substitutionsbehandlung in medizinischer, rechtlicher und psychosozialer Hinsicht, verlässt man sich in vielen Substitutionsprogrammen nicht auf mündliche oder schriftliche Einverständniserklärungen, sondern macht förmliche Verträge, die von Patient und Therapeut unterschrieben werden. Es sollte dabei bedacht werden, dass es wenige wenn nicht keine anderen Behandlungsformen gibt, bei denen ein Vertrag von Seiten der Patienten erforderlich ist, was wiederum die Patient-Arzt-Beziehung durch eine Art Zwangscharakter und durch Misstrauen beeinflussen kann. Auf der anderen Seite unterstreicht ein Vertrag die von Arzt und Patient abgestimmten Pflichten, erinnert an sie und verlangt nach deren Einhaltung. Wenn jeder der individuell abgeschlossenen Verträge ausrei-

chend erklärt und diskutiert wird, wird dies das Verständnis der Substitutionsbehandlung, der verschiedenen Behandlungsprogramme sowie der Behandlungsziele vergrößern. Eine neuere Studie (Stöver, Casselman & Hennebel, 2006) zeigte deutlich, dass hier das Verständnis der Patienten durch verbesserte Informationen erhöht werden muss.

Die allerwichtigsten Informationen, die ein Patient immer vor Aufnahme in das Substitutionsprogramm erhalten sollte, sind folgende:

- Jegliche Verpflichtungen, die der Arzt gegenüber einer dritten Partei hat, die die Vertraulichkeit und Verschwiegenheit beeinflusst (gesetzlich oder gerichtlich festgelegte Meldung an Autoritäten), aber auch alle Bereiche, in denen sich der Patient auf die strikte Einhaltung der Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verlassen kann
- Die Grundprinzipien von Substitutionsbehandlung
- Die gemeinsam abgestimmten Verpflichtungen von Patient und Arzt
- Das individuelle Behandlungsziel, wie es mit dem Patienten vereinbart wurde
- Risiken, unerwünschte Nebenwirkungen und mögliche Beschränkungen
- Was passiert, wenn der Patient die Behandlung unterbricht
- Umgang mit Rückfällen
- Was die Beendigung der Teilnahme am Substitutionsprogramm verursacht

Aufgrund der Tatsache, dass die Substitutionsbehandlung auf eine längere Zeitdauer ausgerichtet ist, sowie eine Anpassung der Behandlungsziele und Änderungen der Behandlung im Laufe der Zeit erfolgen können, müssen die Einverständniserklärung und/ oder der Therapievertrag kontinuierlich angepasst werden.

Der Patient ist auch angehalten, Kontrollmechanismen, wie der Überprüfung der Mundhöhle nach der Einnahme der Substitutionssubstanz zuzustimmen, um den Missbrauch und die Weiterverbreitung von Opioiden zu verhindern, was wiederum im Gefängnis als besonders wichtig erachtet wird. Diese sollten Teil des Behandlungsprogramms sein und nur vom Pflegepersonal und nicht durch Wachpersonal durchgeführt werden. Das gleiche gilt für den Fall, wenn Urinalysen Teil des Programms sind. Deren Ergebnisse müssen streng vertraulich behandelt werden und dürfen lediglich therapeutischen

und niemals disziplinen Entscheidungen dienen. Wie bereits erwähnt, sollte das Pflegepersonal niemals an Leibesvisitationen oder Urintests beteiligt sein, die vom Sicherheitspersonal, d.h. aufgrund nicht-medizinischer Gründe angeordnet wurden.

Der Aspekt der **Vertraulichkeit und Schweigepflicht** gegenüber den Gefangenen, die an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, ist häufig aufgrund rechtlicher aber auch praktischer Gründe begrenzt: In den meisten Ländern fordert die nationale Gesetzgebung eine Registrierung der Personen, denen Opioid verschrieben werden. Im Gefängnis wird aufgrund fehlenden Personals für die Versorgung und Verteilung der Substitutionssubstanz oftmals die Mitarbeit des Sicherheitspersonals erforderlich, eine Maßnahme, die die medizinische Schweigepflicht gegenüber den Drogengebrauchern beeinträchtigt. Eine umfassende Drogenbehandlung erfordert interdisziplinäre Kooperationen, wodurch ein Austausch von Information und Unterlagen unvermeidbar sind, da dies auch im Interesse des Patienten erfolgt. Jedes einzelne Mitglied des Behandlungsteams ist professioneller Verschwiegenheit verpflichtet. Es ist von großer Wichtigkeit, dass Patienten ausreichend darüber informiert sind, wer Zugang zu ihren Unterlagen hat, wer der Schweigepflicht unterliegt und wo de facto die Grenzen der Schweigepflicht liegen.

Drogengebraucher haben aus mehreren Gründen ein Interesse daran, ihren Drogenkonsum im Gefängnis zu verbergen: es werden Nachteile erwartet, was die Unterbringung, gewisse Privilegien sowie die Arbeitsmöglichkeit betreffen, weiterhin werden Vorurteile und Diskriminierung durch Mitgefangene und Bedienstete und manchmal sogar durch das Pflegepersonal (!) befürchtet, ebenso besteht die Möglichkeit, dass bei Bekanntwerden ihrer Drogenabhängigkeit, Drogenkonsumenten unter Druck gesetzt werden und Opfer von Erpressung werden. Drogenabhängige in Substitutionsprogrammen, werden oftmals gezwungen, die Substitutionssubstanz auf dem Schwarzmarkt weiterzuverbreiten.

Aus all diesen Gründen sollte durch möglichst große Vertraulichkeit und Einhaltung der Schweigepflicht sowie mit der Abschaffung diskriminierender Regulierungen, Verhaltensweisen und Einstellungen jegliche Anstrengung unternommen werden, um Drogenkonsumenten und Teilnehmer an einem Substitutionsprogramm im Gefängnis zu

schützen. Im Besonderen darf die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm niemals zu diskriminierenden Nachteilen während des Gefängnisaufenthalts führen.

Was die **präventive Gesundheitsvorsorge** betrifft, ist die Substitutionsbehandlung ein klassisches Beispiel einer effektiven Präventions- und schadensbegrenzenden Maßnahme für den individuellen Drogenkonsumenten sowie für die Gesellschaft innerhalb und außerhalb der Gefängnismauern: der wissenschaftliche Nachweis der Prävention von Mortalität, Morbidität, persönlichem Leid, sozialer Instabilität und krimineller Aktivität ist vielfach belegt und ein präventiver Einfluss auf die Übertragung von HIV und Hepatitis B und C durch weniger Risikoverhalten wie zum Beispiel dem Teilen von Spritzen ist mehr als wahrscheinlich.

**Humanitärer Beistand** wie vom CPT zitiert bezieht sich auf besonders gefährdete Gefangene. Drogengebraucher gehören in gewisser Weise zur Gruppe der besonders vulnerablen Gefangenen, da sie einen niedrigen Rang in der Gefängnishierarchie einnehmen, mit Vorurteilen durch Gefangene und Bedienstete konfrontiert sind, oftmals Schulden machen und nachfolgend Drohungen, Schikane, Gewalt und erzwungenem Geschlechtsverkehr erleiden oder unter Druck gesetzt werden, die verschriebene Substitutionssubstanz weiter in Umlauf zu bringen. Einige dieser Probleme können durch strikte Einhaltung der Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verhindert werden sowie durch angemessene Behandlung der Drogenabhängigen, aber oft können auch eine Verlegung von Gefangenen sowie zusätzliche protektive Maßnahmen von Nöten sein. Das Leben von Drogengebern im Gefängnis kann sicherlich dadurch erleichtert werden, indem sie dazu ermutigt und bestärkt werden, die Substitutionsbehandlung als einen normalen Teil der Gefängnisroutine anzusehen, der mit anderen angebotenen medizinischen Behandlungen in Einklang steht.

Jugendliche, weibliche Drogenkonsumenten, im Besonderen schwangere Drogenkonsumentinnen sowie Angehörige ethnischer oder kultureller Minderheiten benötigen zusätzlichen Schutz und Hilfe. Es gibt einen Anstieg fremdsprachiger Drogengebraucher in europäischen Gefängnissen, die Übersetzerdienste während der Aufnahme und Beratung benötigen. Neben Sprachbarrieren stellen die weit verbreitete psychiatrische Komorbidität sowie kognitive Beeinträchtigung inhaftierter Drogengebraucher weitere Herausforderungen an die Behandlung drogenabhängiger Gefangener.



Aus Angst vor möglichen Risiken und Missbrauch wurde von Seiten nationaler Gesundheitsinstanzen sowie von Seiten der Gefängnisleitung wiederholt versucht, mit Hilfe von Regeln und Beschlüssen die **professionelle Unabhängigkeit** in der Substitutionsbehandlung zu beschneiden, indem Verschreibungsvorschriften verschärft, oder die maximal erlaubte Dosis sowie die Länge der Behandlung begrenzt wurden. Abgesehen von der Tatsache, dass nationale Autoritäten kein Mitspracherecht bei der Indikation oder Dosierung der Behandlung haben, haben Erfahrungen gezeigt, dass niedrigschwellige Programme mit höheren Dosierungen und einer längeren Behandlungsdauer bessere Behandlungsergebnisse ergeben haben. Sachverhalte wie die Behandlungsindikation, die maximale Dosis und die Dauer der Behandlung sollten erfahrenen Drogentherapeuten überlassen werden, die ihre Entscheidungen auf Basis der individuellen Beurteilung des Patienten und einvernehmlichen Vereinbarungen fällen.

Es scheint Bedarf zu geben, Patienten darüber zu informieren, dass Substitutionsbehandlung im Gefängnis eine medizinische Behandlungsform ist, die unabhängig von Haftmaßnahmen ist: In einer neueren Studie (Stöver, Casselman & Hennebel, 2006) wurde festgestellt, dass Substitutionsbehandlung von den Gefangenen teilweise eher als Vergütung oder Belohnung für gutes Verhalten gesehen wurde als eine medizinische Behandlungsform des Gesundheitssystems des Gefängnisses. Eine Klärung scheint hier besonders wichtig bei den Patienten, die vom Gericht verurteilt wurden, sich während ihres Gefängnisaufenthalts eines Drogenentzugs zu unterziehen ("Maßnahmenvollzug").

Jegliche Suchtbehandlungsmethode erfordert solide **professionelle Kompetenz**. Aufgrund der komplexen Natur der Substitutionsbehandlung im Gefängnis verbunden mit der Verantwortung, jeden Patienten individuell zu diagnostizieren und die Behandlung individuell zu planen sowie der Verpflichtung, Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten, sollte jedes Gesundheitsteam, das Substitutionsbehandlung anbietet, einen auf Substitutionsbehandlung spezialisierten Arzt einbeziehen.

Die Substitutionsbehandlung sollte als ein Teil einer Reihe von Behandlungsangeboten für Drogenabhängige gesehen werden und sollte dem Drogenabhängigen den Zugang

zu weiteren Behandlungsmethoden verschaffen und erleichtern. Wie jedoch durch die oben zitierte Studie (Stöver, Casselman & Hennebel, 2006) gezeigt wurde, gibt es aufgrund fehlender Ressourcen im Großteil der Gefängnisse einen Mangel an psychosozialer Unterstützung, so dass in einigen Fällen die Substitutionsbehandlung zu einer reinen Verschreibung von Substitutionssubstanzen verkam, was wiederum eine große Unzufriedenheit bei Patienten und Ärzten nach sich zog.

Um Handel mit und Missbrauch der Substitutionssubstanzen zu minimieren, sind Kontrollmechanismen unverzichtbar. Dies beinhaltet die Überprüfung der Mundhöhle nach Verabreichung der verschriebenen Opioide und in vielen Programmen ebenfalls die Analyse des Urins nach Drogenabbauprodukten. Diese Überprüfung sollte durch das medizinische Personal erfolgen unter Einhaltung der Vertraulichkeit und Verschwiegenheit. Wissenschaftliche Studien haben bisher nicht belegen können, dass Urinanalysen ein verlässlicher und effektiver Weg sind, Drogenkonsum zu überwachen. Es ist wahrscheinlicher, dass eine offene und vertrauenswürdige therapeutische Beziehung genauere und zuverlässigere Hinweise für Drogengebrauchsmuster liefert. Die direkte visuelle Kontrolle des Urinierens ist erniedrigend und nicht vereinbar mit einer respektvollen Patientenbeziehung. Ergebnisse von Urinalysen müssen vertraulich behandelt werden und sollten nur medizinischen Entscheidungen dienen.

Um die Qualität von Substitutionsprogrammen im Gefängnis zu verbessern, sollten Pflorgeteams:

- versuchen, eine angemessene Zahl an Mitarbeitern zu beschäftigen
- einen interdisziplinären Ansatz im Hinblick auf Programme zur Behandlung von Drogenabhängigkeit haben
- sich an Modellbeispielen bester klinischer Praxis orientieren
- Behandlungsergebnisse erheben und evaluieren durch angemessene Dokumentation
- nahtlose Behandlung bei Gefängnistransfers oder Haftentlassung sicherstellen
- die Meinung der Patienten einholen und deren Ansichten und Meinungen bei der Entwicklung des Behandlungsangebots einbeziehen
- auf die diversen Bedürfnisse aller Drogenkonsumenten im Gefängnis eingehen

- in ständigem Kontakt mit Pflgeteams aus anderen Gefängnissen sowie mit Drogeneinrichtungen außerhalb des Gefängnisses stehen
- sich regelmäßigen Überprüfungen unterziehen und
- sich an Forschungserhebungen beteiligen, die das Ziel der Optimierung der Behandlung haben.

Die opiatunterstützte Behandlung von Drogenabhängigen ist eine wertvolle und wissenschaftlich gut belegte Behandlungsmöglichkeit, die einen erwiesenen schadensbegrenzenden Effekt auf die individuelle und die öffentliche Gesundheit hat. Daher ist dieser Behandlungsansatz aus Sicht der medizinischen Ethik sehr empfehlenswert. Jene, die ethische Vorbehalte gegenüber der Verschreibung von Substanzen haben, die die Abhängigkeit von Drogenkonsumenten aufrechterhalten, und die nur eine völlige Abstinenz als Behandlungserfolg sehen, sollten überdenken, ob dieses erhabene Behandlungsziel, welches selten innerhalb einer kurzen Zeitperiode erreicht wird, die Vorteile der konkreten Reduzierung von Mortalität, Morbidität, persönlichem Leid, sozialer Instabilität und krimineller Aktivität durch die Substitutionstherapie aufwiegt.

## Quellenangaben

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

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

Christensen PB, Hammerby E, Smith S, Bird SM (2006). Mortality among Danish drug users released from prison. *International Journal of Prisoner Health* 2: 13-19

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

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

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

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

Dolan KA, Wodak AD, Hall WD (1996). An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4:85–97.

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

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

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

Lines R et al. (2004). *Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia*. Dublin, Irish Penal Reform Trust.

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

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

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

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

Penal Reform International (2001): *Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice*, 2<sup>nd</sup> edn. Penal Reform International, The Hague,

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

Stallwitz, A.; Stöver, H. (2007): The impact of substitution treatment in prison – a literature review, *International Journal of Drug Policy* (in press).

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

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

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, accessed 15 September 2006).

Verster A, Buning E (2000). *European methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork (<http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm>, accessed 15 September 2006).

WHO (1993). *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization, 1993 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_GPA\\_DIR\\_93.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf), accessed 15 September 2006).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/psychoactives/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html), accessed 15 September 2006).

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

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002). *Prisons, drugs and society*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1), accessed 15 September 2006).

Zickler P (1999). High-dose methadone improves treatment outcomes. *NIDA Notes*, 14(5) ([http://www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol14N5/HighDose.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html), accessed 21 December 2006)

## Weiterführende Literatur

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

Council of Europe (2001). *Development and improvement of substitution programmes*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.

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

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). Key role of substitution in drug treatment. *Drugs in Focus*, Issue 1 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, accessed 15 September 2006).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. *Drugs in Focus*, Issue 7 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, accessed 15 September 2006).

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

Ford C et al. (2003). *Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care*. London, RCGP Drug and Alcohol Misuse Training Programme, RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group and SMMGP (<http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php>, accessed 15 September 2006)).

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

Kastelic A, Kostnapfel Rihtar T (2003). Drug addiction treatment in the Republic of Slovenia. *SEEA Addictions*, 4(1–2).

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

Kerr T, Jürgens R (2004). *Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence*. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network (<http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf>, accessed 15 September 2006).

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

La Vincente S (in press). *Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery*. Geneva, World Health Organization.

MacDonald M (2004). *A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe*. Warsaw, Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison (CEENDSP), Cranstoun Drug Services ([http://www.endipp.net/index.php?option=com\\_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1](http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1), accessed 15 September 2006).

Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H (EDS) (2007). Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization. (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).

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

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

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

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

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



United Nations Office on Drugs and Crime (2002). *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime ([http://www.unodc.org/unodc/treatment\\_toolkit.html](http://www.unodc.org/unodc/treatment_toolkit.html). accessed 15 September 2006).

United Nations Office on Drugs and Crime (2003). *Investing in drug abuse treatment: a discussion paper for policy makers*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime. ([http://www.unodc.org/unodc/treatment\\_toolkit.html](http://www.unodc.org/unodc/treatment_toolkit.html). accessed 15 September 2006).

United Nations (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 15 September 2006).

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

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

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

WHO Regional Office for Europe (2003). *Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2003 ([http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow\\_declaration\\_eng04.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf), accessed 15 September 2006).

WHO (2004). *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html), accessed 15 September 2006).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), UNAIDS (2004): *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*. Geneva ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/PositionPaper\\_English.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf), accessed 19 October 2005).

WHO Regional Office for Europe (2005). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610\\_1](http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1), accessed 15 September 2006).

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

Zickler P (1999). High-dose methadone improves treatment outcomes. NIDA Notes, 14(5) ([http://www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol14N5/HighDose.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html), accessed 21 December 2006)

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.