

Opioidsubstitution in Haft: „Ein wichtiger Baustein der Suchttherapie“

Interview mit dem Sozialwissenschaftler Prof. Dr. Heino Stöver



Auch im Gefängnis sind Drogenprobleme allgegenwärtig.

Wie eng sind Suchterkrankung, Delinquenz und Stigmatisierung miteinander verbunden?

Prof. Dr. Heino Stöver: Die Suchterkrankung ist eine psychische Störung, die das größte Stigmatisierungspotenzial enthält. Menschen, die unter einer Suchterkrankung leiden, bekommen ein Etikett angeheftet und werden, leider meist ihr ganzes Leben lang, stigmatisiert. Auch wenn Menschen schon eine lange Zeit abstinenter leben, werden sie im Alltagsverständnis immer noch primär als „Süchtige“ wahrgenommen.

Es gibt aber auch den compulsiven – also zwanghaften und exzessiven – Drogengebrauch, der nur in einer bestimmten Lebensphase bzw. belastenden Lebenssituation wie Tod des Partners, Trennung oder

Scheidung auftritt. Viele Betroffenen befreien sich selbst wieder aus der Lage und beenden ihren Drogenkonsum. So können sich beispielsweise beim Alkohol 75 % der Betroffenen ohne oder maximal mit ein bis zwei professionellen Behandlungen aus ihrer Sucht lösen. Selbstheilungskräfte und eigene Willenskraft gefördert von sozialen Faktoren wie Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde spielen dabei eine große Rolle.

Welche Folgen zieht die Stigmatisierung nach sich? Wirkt sich diese auf eine Straffälligkeit aus?

Stöver: Im Alltagsverständnis sind bestimmte Suchtbilder – in erster Linie die Alkohol- und die Heroinsucht – mit moralischen Konnotationen verknüpft. Als „Al-

ki“ oder „Junkie“ tituliert, wird der Mensch auf seinen Umgang mit Drogen reduziert, selbst wenn der problematische Umgang damit längst überwunden ist. Davon muss man die Fachdiskussion trennen, denn wir brauchen differenzierte Annahmen.

Ein Problem ist, wie bereits gesagt, dass Sucht allgemein als lebenslänglich begriffen und katalytisch durch Kriminalisierung befördert wird. Hier erleben wir oft das Phänomen der sich-selbsterfüllenden-Prophezeiung. So haben von einer Suchterkrankung Betroffene häufig Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz oder eine Wohnung zu finden. Die Stigmatisierung führt zu sozialer Ausgrenzung, deren schärfste Form der Strafvollzug ist.

Viele Menschen, die aufgrund ihrer Drogensucht inhaftiert wurden, zweifeln an

der Rechtmäßigkeit ihrer Bestrafung. Wenn sie etwa für drei Gramm Heroin im Handschuhfach verurteilt werden, ein anderer aber für zehn Kästen Bier im Kofferraum keinerlei Sanktionen zu fürchten hat, fehlt ihnen häufig das Unrechtsbewusstsein für das, was sie getan haben.

Ist die Suchterkrankung ein häufiger Haftgrund?

Stöver: Etwa ein Drittel der Männer im Strafvollzug und über 50 % der Frauen haben Opiaterfahrungen oder sind opioidabhängig. Allerdings stehen lediglich 15 % der Fälle beim ersten Delikt – als dem ersten Strafgrund – in direkten Zusammenhang mit einem Vergehen nach dem Betäubungsmittelgesetz, der Rest ist Beschaffungskriminalität. Da nur der erste Strafgrund zählt, wird auch nur dieser statistisch erfasst. Die tatsächliche Zahl von Drogenabhängigen ist vermutlich höher aufgrund von Delikten, die nicht vordringlich einen Drogenbezug aufweisen, aber mit diesem in Zusammenhang stehen. Durch den Suchtdruck werden Suchtkranke immer wieder zu Straftaten getrieben. Die erste bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug (Stichtag: 31.03.2018 unter der Beteiligung von 12 Bundesländern) hat gezeigt, dass 44 % der 41.896 erfassten Gefangenen eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit und Missbrauch nach den Kriterien der WHO ICD-10) zum Zeitpunkt des Haftantritts aufweisen.

Die Zahlen machen deutlich, dass ein großer Teil der Inhaftierten Erfahrungen mit Drogen hat, bzw. unter einer Suchterkrankung leidet. Wie sieht die medizinische Versorgung im Strafvollzug aus?

Stöver: Für den Justizvollzug zeigte sich im Jahr 2018, dass mindestens 6.013 aller erfassten 39.699 Inhaftierten entweder von Opioiden oder anderen Substanzen abhängig waren. Nach der Entlassung kommt es oft zu Rückfällen in alte Konsummuster und damit verbundene Straftaten, bei ca. 30 % der nach dem Betäubungsmittelgesetz verurteilten Erwachsenen und bei über 45 % der verurteilten Jugendlichen.

Was die Therapie der Drogenabhängigkeit betrifft, haben wir ziemlich dramatische

Zustände in Haft. Die medizinische Versorgung stellt hier eine Besonderheit dar, denn im Vollzug existiert ein eigenes System. Ganz basal: Wer inhaftiert wird, fliegt aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heraus und hat nach der Haft Schwierigkeiten, sofort wieder in die GKV zurückzukehren. Für die Dauer des Vollzugs übernimmt der Staat die Verantwortung und die Kosten für die medizinische Versorgung.

Dabei tut sich ein grundlegendes strukturelles Problem auf: Die Belegung der Vollzugsanstalten reicht von 180 bis zu 1.200 Gefangenen. Jede dieser Anstalten hat ihr eigenes medizinisches Versorgungssystem mit einem Anstaltsarzt und externen Ärzten, die stundenweise zur Behandlung hinzugezogen werden. Ist eine Anstalt klein, wird die medizinische Versorgung meist von niedergelassenen Ärzten übernommen.

Was bedeutet das für den Umgang mit Suchterkrankungen?

Stöver: Ganz elementar: Die Gefangenen haben keine freie Arztwahl mehr und müssen mit dem vorlieb nehmen, was ihnen geboten wird. Präventive Angebote wie etwa Krebsvorsorgeuntersuchungen finden in der Haft in der Regel nicht in dem Umfang wie in Freiheit statt.

Drogenabhängige Inhaftierte haben weniger Schutzmöglichkeiten. In Freiheit stand ihnen beispielsweise sauberes, steriles Spritzenmaterial zur Verfügung. Das war vor 30 Jahren die zentrale Antwort auf

HIV/AIDS; über diesen Transmissionsweg haben es die niedrigschwellige Drogenhilfe und die Ärzteschaft geschafft, Menschen mit Kondomen, Spritzen und Substitutionsprogrammen zu versorgen und damit die Verbreitung von HIV bei Opiatabhängigen einzudämmen. Das war und ist ein Riesenerfolg.

Doch drinnen, im Gefängnis, steht nur in einer von 181 Haftanstalten in Deutschland (JVA für Frauen in Berlin) mit einer geringen Inhaftiertenzahl (90 Haftplätze) sauberes und steriles Spritzenmaterial zur Verfügung. Die Gefängnisadministration hat Mühe, das Parallelsystem Haft so zu gestalten, dass die medizinische Versorgung von drogenabhängigen Gefangenen dem state of the art in Freiheit entspricht.

Welche Bedeutung hat die medikamentengestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit?

Stöver: Die Bundesärztekammer (BÄK) definiert Opioidabhängigkeit (zum Beispiel von Heroin) als eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Die Opioidsubstitutionsbehandlung als wissenschaftlich evaluierte Behandlungsform stellt sicher, dass opioidabhängige Menschen ein Medikament zur Reduktion bzw. Aufhebung des Suchtdrucks erhalten, etwa um eine weiterführende Therapie zu ermöglichen. Für viele Suchtkranke ist eine solche Therapie die einzige Möglichkeit, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden und sich gesundheitlich und sozial zu stabilisieren.



Prof. Dr. Heino Stöver (Foto) ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor am Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit“ sowie Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences. Er ist Mitbegründer und Vorstand von akzept e. V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik). Kontakt per E-Mail: hstoever@fb4.fra-uas.de

Erhalten drogenabhängige Gefangenen eine Substitutionstherapie, bzw. können sie eine in Freiheit begonnene Therapie in Haft fortsetzen?

Stöver: Die BÄK-Richtlinie zur Substitutionstherapie gilt bundesweit und auch in Haft. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass die Substitution dazu beitragen kann, Rückfälle in kriminelles Verhalten zu verhindern. Auch in Haft ist die Substitutionsbehandlung daher ein wichtiger Baustein der Suchttherapie. Sie kann die gesundheitliche Lage der betroffenen Gefangenen verbessern; außerdem ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind und sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben. Auch die Gefängnisse selbst können von der Substitutionstherapie profitieren, denn mit ihrer Hilfe lassen sich die Entzugssymptome von drogenabhängigen Inhaftierten besser kontrollieren und diese lassen sich besser in den Haftalltag integrieren.

Doch obwohl die Substitution opioidabhängigen Inhaftierten in über 40 Mitgliedsstaaten des Europarats zur Verfügung steht, erhalten viele Inhaftierte in Deutschland keine Substitution. Oder aber diese ist mit hohen Hürden verbunden. Durchschnittlich werden bundesweit 24 % der opioidabhängigen Inhaftierten substituiert. Schätzungsweise 70 % der vor der Haft begonnenen Substitutionsbehandlungen werden während der Inhaftierung abgebrochen, oft entgegen den Richtlinien der BÄK. Auch wird Inhaftierten immer wieder eine Substitutionsbehandlung verweigert.

Besteht ein Anspruch auf Substitutionsbehandlung in Haft?

Stöver: Nach den Strafvollzugsgesetzen haben Inhaftierte einen Anspruch auf angemessene medizinische Behandlung – in Umfang und Qualität ausgerichtet an den Vorgaben des SGB V. Die Entscheidung über eine Behandlung darf dabei nicht durch unzureichende Ressourcen des Vollzuges beeinflusst oder durch nichtmedizinische Gründe abgelehnt werden. Auch hat die Vollzugsbehörde eine besondere Fürsorgepflicht, aus der Ansprüche der Inhaftierten erwachsen können, da sie keine freie Arztwahl haben, und daher nicht

selbst für ihre medizinische Versorgung sorgen können. Auch bei der Substitution handelt es sich um eine Behandlung im Sinne der Strafvollzugsgesetze. Insofern kann ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Substitution bei einer entsprechenden medizinischen Indikation bestehen.

Wie viele Inhaftierte befinden sich in Hessen in Substitutionstherapie?

Stöver: Schätzungsweise 166.000 Menschen in Deutschland sind opioidabhängig (Quelle: Münchner Institut für Therapiefor- schung). Nach Angaben der Drogenbeauftragten der Bundesregierung erhalten 79.700 (1.7.2019) Opioidabhängige eine Substitutionsbehandlung.

In Haft sind die Zahlen weit geringer: Während etwa zum Stichtag 1. Juli 2016 hessenweit 9.105 Substituierte gemeldet waren und die geschätzten Zahlen sich auf 15.898 Personen beliefen (Quelle: „Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland“, Münchner Institut für Therapiefor- schung), befanden sich zum 31. März 2020, Stichtag der jüngsten Erhebung, 352 drogenabhängige Inhaftierte in hessischen Gefängnissen in Substitutionsbehandlung. Meiner Meinung nach deckt diese Zahl den Bedarf nicht ab.

Woran liegt es, dass die Zahl der Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug so niedrig ist?

Stöver: Das hängt mit mehreren Faktoren zusammen. So hinken die Vollzugsanstalten bei der Substitutionstherapie der Standardbehandlung sieben bis 15 Jahre hinterher. Die Gefangenen haben also nicht nur keine freie Arztwahl; sie sind auch vom Fortschritt der Medizin abgeschnitten.

Außerdem ist es nicht leicht, Ärzte für die herausfordernde Arbeit im Strafvollzug zu gewinnen; die Tätigkeit hat kein gutes Image. Daher tun die Landesjustizverwaltungen alles, um die wenigen Anstaltsärzte zu halten: So müssen diese beispielsweise keine Fortbildung absolvieren. Ein Manko, denn wer sich nicht im Bereich Substitutionstherapie fortgebildet hat, führt diese auch nicht durch.

Die Anstaltsärzte arbeiten in der Regel sehr lange in einem Gefängnis. Sie sind für die gesundheitliche Betreuung der Inhaftierten zuständig und müssen Ermessens-

entscheidungen fällen. Aufgrund ihrer Sachkunde haben die Ärzte einen Beurteilungsspielraum, der nur eingeschränkt von der Anstaltsleitung und den Gerichten kontrolliert werden kann. Wenn sich ein Arzt gegen Substitution wendet, bleibt den Gefangenen nur der Klageweg, um eine adäquate Behandlung zu bekommen. Aber es gibt auch sehr fortschrittliche Ärzte im Strafvollzug, die erfolgreiche Substitutionstherapien durchführen.

Wie stellt sich die Situation im bundesweiten Vergleich dar?

Stöver: Die Situation in deutschen Gefängnissen ist ausgesprochen heterogen und variiert je nach Bundesland. Es gibt Bundesländer, in denen Anstaltsärzte erst über den Klageweg dazu gebracht werden, eine Substitutionsbehandlung durchzuführen. Bayern war lange Zeit ein Negativbeispiel, da dort regelmäßig Behandlungen bei Haftantritt abgebrochen wurden. Vor vier Jahren hat ein Gefangener dagegen geklagt und es geschafft, bis vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte zu ziehen. Mit dem Urteil „Wenner gegen Deutschland“ vom 1. September 2016 hat er dort Recht bekommen. Dieses Urteil hat damals international großes Aufsehen erregt und war ein Meilenstein. Seitdem hat sich Bayern bewegt.

Im Vergleich mit den anderen Bundesländern befindet sich Hessen im Mittelfeld. Vorreiter sind Bremen, wo es nur eine große Haftanstalt gibt, und Nordrhein-Westfalen (NRW). Dort wird allen Nachfragen nach einer Substitutionsbehandlung entsprochen. Das war nicht immer so: 2009 gab es in nordrhein-westfälischen Gefängnissen 18.000 Inhaftierte, von denen gerade einmal 100 bis 150 substituiert wurden. Das Gute ist: Die Verantwortlichen haben daraus Konsequenzen gezogen und 2010 mit beiden Ärztekammern – der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe – sowie engagierten niedergelassenen Ärzten eine ausgezeichnete Behandlungsempfehlung entwickelt. Mittlerweile gibt es in NRW ca. 2.500 Substituierte in Haft. Ein solches, von allen Beteiligten konsentiertes Konzept als Basis für die Behandlung existiert in Hessen nicht. Der Weg dorthin ist lang, aber erfolgsversprechend!

Interview: Katja Möhrle