

Justizministerium Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf  
Vorsitzenden der Vollzugskommission  
Herrn Dirk Wedel MdL  
[dirk.wedel@landtag.nrw.de](mailto:dirk.wedel@landtag.nrw.de)

sowie  
Funktionspostfach der Vollzugskommission  
[vollzugskommission@landtag.nrw.de](mailto:vollzugskommission@landtag.nrw.de)

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**VORLAGE**  
**16/4619**

A14/1

Seite 1 von 6

21.12.2016

Aktenzeichen  
4453 - IV. 12  
bei Antwort bitte angeben

Bearbeiterin: Frau Mathes  
Telefon: 0211 8792-251

## **Verunreinigung von Hafträumen mit Blut und Kot sowie Fäkalattacken gegen JVA Bedienstete**

Ergänzende Stellungnahme zu TOP 9 der 66. Sitzung des Rechtsausschusses am 23. November 2016

Sehr geehrter Herr Wedel,

in Ergänzung des Berichts der Landesregierung vom 21. November 2016 (Vorlage 16/4486) zur Verunreinigung von Hafträumen mit Blut und Kot sowie Fäkalattacken gegen JVA Bedienstete ist hinsichtlich des Umgangs mit der der hochgradigen Suchtanfälligkeit in Bezug auf Ritrovil, des Reinigungsaufwands nach Haftraumverunreinigungen, der Anzahl und den Auffälligkeiten ehemaliger Kindersoldaten sowie den Erfahrungen mit der Integrationsbeauftragten der Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede unter Beteiligung der Vollzugspraxis Folgendes festzustellen:

1.  
Umgang und Behandlung mit/der hochgradigen Suchtanfälligkeit im Allgemeinen

Die hauptamtlichen Anstaltsärzte führen die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Sie bieten grundsätzlich eine qualifizierte Entzugsbehandlung an.

Dienstgebäude und  
Lieferanschrift:  
Martin-Luther-Platz 40  
40212 Düsseldorf  
Telefon: 0211 8792-0  
Telefax: 0211 8792-456  
poststelle@jm.nrw.de  
www.justiz.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:  
ab Hbf mit Linien U 76, U 78  
oder U 79 bis Haltestelle  
Steinstraße / Königsallee

Entwöhnungsbehandlungen von Alkohol, Medikamenten, Betäubungsmitteln werden individuell medikamentös gestützt vorgenommen. Dieses geschieht in der Regel ambulant oder - falls erforderlich - stationär im JVK NRW.

Die Substitution wird bei Opiatabhängigen niedrighschwellig gemäß den „Ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug, Substitutionstherapie in Haft“<sup>1</sup> sowie auf der Grundlage der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ vom 19.02.2010 angeboten.

Bei jedem Inhaftierten erfolgt eine eingehende Beratung zu HIV- und Hepatitis-Infektionen, sowie Geschlechtskrankheiten. Blutuntersuchungen zwecks Infektionsserologie und soweit notwendig Behandlung sind ebenso wie umfangreiche Impfberatung und –angebote feste Bestandteile des medizinischen Angebotes, nicht nur bei Abhängigkeitserkrankten.

Besonderes Augenmerk erfährt diese Gruppe durch eine multidisziplinäre Betreuung unter Beteiligung und Zusammenarbeit mit anderen internen und externen Fachgruppen.  
In Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten werden Therapievermittlungen nach § 35 BtMG angeboten.

Umgang und Behandlung mit/der hochgradigen Suchtanfälligkeit im Besonderen:

Rivotril®

In den 60er Jahren wurde Rivotril® (Wirkstoff Clonazepam), zur Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine zugehörig, als Medikament eingeführt. In Deutschland sind eher Valium® (Diazepam) und Rohypnol® (Flunitrazepam) aus der gleichen Gruppe bekannt.

---

<sup>1</sup> Anlage 1

Indikationsgerecht eingesetzt wird es in Deutschland gegen Epilepsie; seltener verordnet wird es gegen Panikattacken.

Die Wirkung ist dosisabhängig angstlösend, beruhigend bis einschläfernd und atemlähmend.

Häufig wird es von Drogenabhängigen zum „Runterkommen“ wegen des Gefühls von Entspannung, Sorglosigkeit und Enthemmung benutzt.

Es besteht nachweislich ein erhöhtes Risiko der Beeinträchtigung des Gefühlslebens und Denkens, von Unfällen sowie des Auftretens von aggressivem Verhalten und Übergriffen, Streitigkeiten, nicht selten wird eine Neigung zu Ladendiebstahl und anderem unsozialem Verhalten beobachtet. Todesfälle infolge von Überdosierung und Kombination mit anderen Medikamenten/Drogen sowie Suizidversuche vor allem bei gleichzeitig vorliegender Depression werden beschrieben.<sup>2</sup>

Das ausgeprägte Suchtpotenzial der Substanz führt zur Benzodiazepin-abhängigkeit<sup>3</sup>, in der Folge zu Depressionen und emotionaler Abstumpfung.<sup>4</sup>

Häufig werden Benzodiazepine als Beigebrauch bei Polytoxikomanie, nicht selten in Kombination mit Alkohol wegen der additiven Wirkung missbräuchlich eingenommen.

Der Benzodiazepinentzug (Rivotril®) zeigt protrahierte Verläufe mit sich über Wochen und Monate hinziehenden Symptomen. Es zeigen sich Angstzustände, Depressionen, Schlaf-, Empfindungs- und motorische Störungen sowie eingeschränkte Gedächtnisleistungen und Wahrnehmungen.<sup>5</sup>

---

2 <http://www.benzo.org.uk/german/bzcha01.htm>

3 <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Clonaz%C3%A9pam>

4 <http://www.benzo.org.uk/german/bzcha01.htm>

5 <http://www.benzo.org.uk/german/bzcha03.htm#28>

Der Missbrauch und die Abhängigkeit sind bei Heranwachsenden der Unterschicht im nordafrikanischen Maghreb-Bereich weit verbreitet, wo Rivotril<sup>®</sup> als Straßendroge mittlerweile ein größeres Problem der öffentlichen Gesundheit darstellt.<sup>6,7</sup>

In Frankreich ist in den letzten Jahren ein zunehmender Anstieg des Rivotril<sup>®</sup>-Abusus zu verzeichnen.<sup>8</sup>

Gefördert werden Missbrauch und Abhängigkeit mutmaßlich durch eine lockere Verschreibungspraxis. Seit dem 01.01.12 wurde diese deutlich verschärft. Die einzige Indikation ist aktuell die Epilepsie. Verordnet werden kann nur durch einen Facharzt für Neurologie und dies für maximal 12 Wochen<sup>9</sup>. Weiterhin besteht jedoch unverändert ein florierender Schwarzmarkt.

In Deutschland wurde man auf dieses wachsende Problem erst aufmerksam, seitdem uns in den letzten Jahren eine steigende Zahl an Zuwanderern aus den Maghreb-Staaten, z. T. via Frankreich, erreicht. Der soziokulturelle Hintergrund ist zu beachten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der vorvollzugliche (ggf. auch missbräuchliche) Konsum von und das Verlangen nach Rivotril<sup>®</sup> für die anstaltsärztliche Versorgung kein Novum darstellt. Es handelt sich vielmehr um ein bekanntes Phänomen. Intramural wird im Wege der ärztlichen Versorgung bei Bedarf medikamentös gegengesteuert. In Betracht kommt auch eine kontrollierte Abdosierung des Wirkstoffes oder im Einzelfall sogar eine stationäre Entzugsbehandlung im JVK NRW.

---

6 [http://www.pistes.fr/swaps/47\\_101.htm](http://www.pistes.fr/swaps/47_101.htm)

7 <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/phisp/cardon.pdf> S.1

8 <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2011/phisp/cardon.pdf> S. 3

9 <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Clonaz%C3%A9pam>

2.

Besonderer Reinigungsaufwand / Personalaufwand infolge der Haft-  
raumverunreinigungen

Der besondere Reinigungsaufwand wird nachfolgend für die drei Anstalten mit der größten Anzahl an Haftraumverunreinigungen seit Anfang des Jahres 2016 dargestellt.

In der *JVA Bielefeld-Brackwede* wurde eine externe Spezial-Reinigungsfirma, die u.a. auch Tatortreinigungen vornimmt, in allen fünf genannten Fällen mit der Reinigung der Hafträume beauftragt. Die Reinigung erfolgt mittels eines Hochdruckreinigers und Desinfektionsmitteln, die Mitarbeiter der Reinigungsfirma tragen Schutzkleidung und Atemschutzmasken. Obwohl die Räume nach dem Reinigungsvorgang "klinisch rein" waren, hatten die Verunreinigungen aber (Schatten-) Spuren an den Haftraumwänden hinterlassen, sodass Malerarbeiten durch Gefangene unter Beaufsichtigung angezeigt waren.

In der *JVA Düsseldorf* standen alle sechs gemeldeten Fälle im Zusammenhang mit Urinieren (5x vor die Haftraumtür (Protesthandlung), 1x im Gemeinschaftshaftraum (ohne erkennbaren Grund)), ohne dass es zu weiteren Verunreinigungen mit Kot kam. Insofern wurde kein externes Reinigungskommando beauftragt. Die Reinigung erfolgte durch Hausarbeiter (auf freiwilliger Basis).

In der *JVA Aachen* wurde kein externes Reinigungskommando beauftragt, da die Verunreinigungen gegenüber der *JVA Bielefeld-Brackwede* ein geringeres Ausmaß aufwiesen. Die Reinigung erfolgte durch Gefangene der Hofkolonne unter Anleitung eines AVD-Bediensteten, der eine Zusatzfortbildung als Desinfektor aufweist. Für die Gefangenen besteht das Angebot von Einmal-Schutzanzügen, Atemschutzmasken, Handschuhe etc., sie erhalten eine besondere Zulage, wenn sie an derlei Reinigungen beteiligt waren. Die konkrete Reinigung der Hafträume erfolgt mittels Dampfreiniger und einer Desinfektion mit speziellen Reinigungsmitteln. Auch hier waren die Räume nach dem Reinigungsvorgang sauber und desinfiziert, die Verunreinigungen hinterließen aber (Schatten-) Spuren an den Wänden, sodass auch in Aachen Malerarbeiten durch Gefangene unter Beaufsichtigung angezeigt waren.

3.

Anzahl der und Umgang mit ehemaligen Kindersoldaten in der JVA  
Bielefeld-Brackwede

Hinsichtlich der Anzahl ehemaliger Kindersoldaten ist festzustellen, dass es sich um Einzelfälle handelt, die Gesamtanzahl ist in der JVA Bielefeld-Brackwede sehr gering (< 5). Die Gefangenen stammen aus Guinea, Sierra Leone und vermutlich Kamerun.

Als Besonderheiten / Auffälligkeiten werden eine aggressive und wütende Grundhaltung (Aggressionsproblematik), drohendes Verhalten, psychische Auffälligkeiten (langanhaltendes Schreien, Randalieren mit der Folge der Unterbringung im bgH) und Konflikte mit Mitgefangenen benannt.

Behandlungsmaßnahmen, mit denen diesen Auffälligkeiten begegnet wird, umfassen zunächst eine Stabilisierung mit dem Versuch der Integration in den „normalen“ Haftalltag, um später, wenn eine erhöhte Ansprechbarkeit erreicht werden konnte, die Möglichkeit der Inanspruchnahme therapeutischer Angebote zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
Schenkelberg

## **Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug**

# **Substitutionstherapie in der Haft**

### **Präambel**

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

Im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen sind die Voraussetzungen für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen bei Opioidabhängigen grundsätzlich gegeben. Die Kräfte des anstaltsärztlichen Dienstes verfügen über die erforderliche Fachkunde. Qualifiziertes Hilfspersonal - examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger – steht zur Verfügung. Die Behandlung richtet sich auch im Vollzug grundsätzlich nach den von der Bundesärztekammer festgelegten Behandlungsrichtlinien.

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

**Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Wünschenswert wäre daher, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen. Dabei sollte die Handhabung der Behandlung im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen möglichst einheitlich erfolgen.**

## I.

### Grundsätzliches zur Substitutionsbehandlung

1.

#### Grundsätze der Substitutionsbehandlung:

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

2.

#### Zielsetzungen der Substitutionsbehandlung

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

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

## II.

### **Substitutionsbehandlung im Vollzug**

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

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

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

#### 1.

### **Vollzugliche Besonderheiten**

#### 1.1 Soziale Rahmenbedingungen

- Gesicherte Grundversorgung  
Die Grundbedürfnisse bei der Versorgung in Bezug auf Unterkunft, Ernährung, und medizinische Versorgung sind im Vollzug sicher gestellt. Ein Mitwirken des Drogenabhängigen hierbei ist nur eingeschränkt erforderlich, ein Abgleiten in vollständige Desintegration ist nicht möglich. Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge werden „aufsuchend“ angeboten und sind teilweise durch Verwaltungsvorschriften verbindlich geregelt.
- Soziale Kontrolle  
Im Zusammenhang mit vollzuglichen Behandlungsmaßnahmen bestehen Angebote zur Strukturierung des Tagesablaufes, zur Freizeit und zur Beschäftigung, die aktiv unterbreitet werden. Die Arbeitspflicht, der sich der Inhaftierte - bei medizinisch festgestellter Arbeitsfähigkeit - nicht entziehen kann, bindet und verpflichtet den Konsumenten in anderer Weise als in Freiheit.

#### 1.2 Besonderheiten der vollzuglichen Behandlung

- Vollzugliche Behandlung und psychosoziale Betreuung  
Drogenabhängige Gefangene unterliegen - wie andere Inhaftierte - einer vollzuglichen Behandlung. Sie erhalten in diesem Zusammenhang Angebote, die sich an ihren speziellen Bedürfnissen orientieren. Hierfür stehen

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen, teilweise mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und Psychiater zur Verfügung. Die psychosoziale Betreuung ist dabei nicht an den Umstand und das Vorliegen einer Substitutionsbehandlung gebunden. Sie umfasst auch Motivationsarbeit im Hinblick auf Arbeits- und Freizeitverhalten.

- Prinzip der Belohnung und Bestrafung  
Der Vollzug verfügt über die Möglichkeit, Fehlverhalten zu sanktionieren und kooperatives Verhalten sowie Mitwirkung bei der Vollzugsgestaltung zu belohnen. Er kann - wesentlich intensiver als in Freiheit - repressive Strategien durchsetzen und mittels repressiver Maßnahmen Drogenkonsum kontrollieren.
- Fremdbestimmte Abstinenz des Suchtkranken auf Grund eingeschränkter Verfügbarkeit von Drogen und weitgehender Mittellosigkeit  
Einrichtungen des geschlossenen Vollzuges sind nicht drogenfrei. Das Einschmuggeln von Drogen ist nicht vollständig zu unterbinden. Für die Perpetuierung süchtigen Verhaltens wie in Freiheit stehen die benötigten Mengen insbesondere an Opioiden nicht annähernd zur Verfügung. Konsum findet gleichwohl statt, allerdings nicht in der Menge und Regelmäßigkeit wie in Freiheit.
- Die finanziellen Ressourcen Heroinsüchtiger sind auch in Freiheit begrenzt. Unter freiheitsentziehenden Bedingungen stehen keine Barmittel zur Verfügung. Die Finanzierung des Heroinkonsums in Haft erfolgt daher durch angepasste subkulturelle Aktivitäten.

2.

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

Die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen liegt in der ausschließlichen Zuständigkeit und Verantwortlichkeit des Anstaltsarztes. Das bedeutet, dass der Anstaltsarzt mit Unterstützung der übrigen Vollzugsbediensteten, insbesondere des Pflegedienstes, die zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit erforderlichen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen hat<sup>1</sup>.

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

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

---

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

weitere Einschränkungen, aber auch weitergehende Ansprüche des Strafgefangenen ergeben<sup>2</sup>.

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

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

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

### 3.

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

##### 3.1.

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

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

Drogenabhängige leiden - im Sinne einer Zweiterkrankung - in einem überdurchschnittlichen Ausmaß an weiteren psychiatrischen Störungen. Dies gilt auch für Drogenabhängige in Haft. Heroinkonsum bzw. der polytoxikomaner Konsum

---

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

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

anderer Suchtmittel einschließlich von Ersatzsubstanzen wie Methadon kann eine - ungeeignete - Eigetherapie psychischer Störungen darstellen. Der Opioidentzug belastet die Abhängigen insofern gleich in mehrfacher Weise. Konsequenz ist häufig eine schwerwiegende und lang anhaltende depressive Herabgestimmtheit. Sie wird realisiert und - zutreffend - auf den Substanzmangel zurückgeführt. Die Erkrankten begegnen dem von ihnen als negativ erlebten Substanzmangel in unterschiedlicher Weise.

### 3.1.1

#### Vermeidung von subkulturellen Aktivitäten

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

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

### 3.1.2

#### Rückzug und Verweigerungshaltung

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

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

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

Das Ziel ist, auch Drogenabhängige für die Zeit nach der Entlassung aus der Haftanstalt in die Lage zu versetzen, ihr Leben wieder selbst in den Griff zu

bekommen, nicht erneut in Suchtverhalten und illegale Aktivitäten abzurutschen mit Beschaffungskriminalität und der Folge neuer Inhaftierungen oder mit Beschaffungsprostitution mit dem bekannten Risiko für sich und den Gesundheitsstatus der diese "Dienstleistung" nachfragenden Bevölkerung.

Die Inhaftierung bietet die große Chance, sonst in Freiheit kaum erreichbare Patienten zum Überdenken ihrer Situation zu motivieren, mit dem Ziel, einen grundlegenden Neuanfang zu versuchen und sie dabei über längere Zeit psychosozial zu begleiten. Hierfür stehen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zur Verfügung, die psychotherapeutische Betreuung, Gruppenarbeit, das Erlernen eines strukturierten Tagesablaufs durch den Drogenkranken (in der Haft bereits weitgehend gegeben) anbieten und einüben. Der Vollzug versucht, Bildung, Ausbildung und Berufsabschlüsse zu vermitteln. Dem Abhängigen soll so eine neue Perspektive vermittelt werden und die Chance geboten werden, positive Erfahrungen außerhalb des Drogenkonsums zu erleben. In diesen Kontext gehören auch Versuche, die vorbestehenden sozialen Kontakte z.B. zur Familie oder Freunden außerhalb wieder aufzubauen, und im Idealfall, in Einzelfällen, Arbeitsplätzen für die Zeit nach der Inhaftierung zu beschaffen.

#### **Fazit:**

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

#### 3.2.

##### Vermeidung von Zwischenfällen im Vollzug

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

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

#### 3.3

##### Substitutionsversuch bei polytoxikomanen Abhängigen

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

In Freiheit werden Suchtkranke mit derartig ungünstigen Voraussetzungen häufig nicht ärztlich substituiert. Sie konsumieren allerdings - zusätzlich zu diversen legalen und illegalen psychotrop wirkenden Substanzen - gleichwohl Substitute in eigener Verantwortlichkeit, die sie sich üblicherweise mittels illegaler Praktiken verschaffen. Im Vollzug werden derartige Gefangene bislang regelmäßig - bestimmungsgemäß - abdosiert. Ob im weiteren Verlauf der Inhaftierung - nach entsprechender Latenz und Stabilisierung der Detoxifikation - eine Substitutionsbehandlung möglich wäre, wird selten geprüft.

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

### 3.4

#### Vermeidung von Todesfällen nach Entlassung

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

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

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

3.5.

#### Substitution mit dem Ziel der Entwöhnung

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

4.

#### **Vollzugliche Rahmenbedingungen**

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

4.1

#### Behandlungsvertrag

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

4.2

#### Abbruch einer Substitutionsbehandlung

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

Ausschlussgründe für eine Weiterführung der Substitution sind:

- wiederholter problematischer Beikonsum (therapieresistente komorbide substanzbezogene Störungen),
- Nichtentbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Suchtberatung,
- Verweigerung notwendiger ärztlicher Untersuchungen,
- Handel mit Drogen,
- Betrugsversuche bei der Einnahme,
- Verweigerung von ärztlich angeordneten Drogenkontrolluntersuchungen oder Manipulationen,
- Gewalt und Bedrohung im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung.

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

Wiederaufnahme der Substitutionsbehandlung, werden dieser Forderung nicht gerecht.

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

5.

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

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

5.1

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

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

5.1.1

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

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

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

Das therapeutische Vorgehen folgt grundsätzlich folgendem Schema:

- Weitersubstitution, angelegt als Dauersubstitution,
- ausreichende Dosierung zur Sättigung der Rezeptoren (ggf. Spiegelmessung),
- psychosoziale Betreuung,

- Urinkontrollen zum Ausschluss von problematischer Beikonsum.

Bei ärztlich substituierten Patienten, bei denen bei Inhaftierung und der Aufnahme in die Justizvollzugsanstalt problematischer Beikonsum feststellbar ist (vorzugsweise Alkoholmissbrauch), ist zunächst die Detoxifikation vom Beikonsum erforderlich. Auch hier ist das Ziel die Erreichung einer stabilen Dauersubstitution, die unter vollzuglichen Bedingungen deutlich sicherer darstellbar ist als in Freiheit. Die Problematik des Beikonsums ist verstärkt zu beachten. Ansonsten ist grundsätzlich wie bei ärztlich vorbehandelten (substituierten) Patienten ohne problematischen Beikonsum zu verfahren.

### 5.1.2

#### Patienten mit polytoxikomaner Opioidabhängigkeit ohne ärztliche Substitution

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

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

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

### 5.2

#### Medizinische Behandlung von Suchtkranken während der Inhaftierung

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

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

Vorausgehen muss eine sorgfältige Anamnese der Drogenabhängigkeit, insbesondere bei Patienten, die längere Zeit drogenfrei waren. Die Entscheidung zur Dauersubstitution ist eine Einzelfallentscheidung. Wird die Indikation zu einer

Substitutionsbehandlung gestellt, folgt die Behandlung nach dem folgenden Ablaufschema:

- Schrittweise Einstellung auf eine suffiziente Substitutedosis (ggf. Spiegelmessung),
- psychosoziale Betreuung,
- Urinkontrollen zur Detektion von problematischem Konsum.

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

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

### 5.3

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

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

Grundsätzlich ist ansonsten wie unter 5.2 zu verfahren.

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

- Der Weitersubstitutionsplatz muss sichergestellt sein.
- Die Klärung des Krankenversicherungsverhältnisses bzw. der Kostenträgerschaft der Behandlung in Freiheit ist obligat, damit die Substitution ohne Unterbrechung weitergeführt werden kann. Sie muss vor der Entlassung des Inhaftierten erfolgen (durch Beteiligung der insoweit in Frage kommenden Institutionen: z.B. ARGE, gesetzliche Krankenversicherung, Sozialämter).
- Seitens des medizinischen Dienstes der Justizvollzugsanstalt ist die Erstellung einer Substitutionsbescheinigung zur Aushändigung an den Patienten erforderlich.

6.

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

6.1

### Checkliste Zugang Abhängigkeit

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

6.2

### Umrechnungsprogramm Methadon

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