

Bericht zur Fachtagung:

„Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft“ – 20.4.2010 in Berlin

Wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen belegen, dass das Drogenproblem im Justizvollzug eine erhebliche Rolle spielt: Es stellt nicht nur eine Herausforderung für die Sicherheit des Vollzuges, sondern auch für die Möglichkeit eines Behandlungsvollzuges und die Gesundheit der (Mit-)Gefangenen, ihrer Angehörigen und indirekt auch für die Bediensteten dar.

In Freiheit ist die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in den letzten Jahren zur Methode der Wahl in der Therapie und als Grundlage weiterer Suchtbehandlung geworden. Etwa 75.000 Patienten, d.h. etwa 30-50% aller Opioidabhängigen in Deutschland befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. In Justizvollzugseinrichtungen ist diese Behandlungsform jedoch wenig entwickelt: Nur etwa 3% aller opioidabhängigen Gefangenen befinden sich in einer solchen Behandlung. Dafür ist eine Vielzahl von Gründen ausschlaggebend. Insbesondere an der Schnittstellen zwischen Freiheit und Inhaftierung ergeben sich oftmals Probleme in der Fortführung bzw. Wiederaufnahme einer Substitutionsbehandlung im Justizvollzug: Fehlende personelle Ressourcen in den medizinischen Fachdiensten, mangelnde Absprachen mit dem in Freiheit behandelnden Arzt, Mischdrogengebrauch der Patienten als Ausschlussgrund, organisatorische Probleme, insbesondere bei Verlegung der Gefangenen etc.

akzept e.V. bemüht sich seit einigen Jahren verstärkt um eine Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung (siehe dazu auch www.akzept.org/pro_expert_gesp_sub.html). Deshalb haben wir am 20.4.2010 über 80 ExpertInnen aus allen deutschen Bundesländern nach Berlin eingeladen, um die o.g. Probleme zu diskutieren. Die Einladung erfolgte im wesentlichen über die Justizministerien / Medizinalreferenten der 16 Bundesländer: Als TeilnehmerInnen benannt wurden Ärzte, Krankenpflegekräfte und MitarbeiterInnen aus dem Vollzug (anteilig zur Größe der Bundesländer). Außerdem hat akzept ca. 20 Schlüsselpersonen direkt eingeladen.

Das Ziel dieses Treffens war neben ein Austausch über Erfahrungen und Informationen über Modelle guter Praxis, und Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung auch in Haft zu diskutieren.

Eingeleitet wurde die Fachtagung von einem Referat des akzept-Vorsitzenden *Prof.Dr. Heino Stöver* (Fachhochschule FFM/ FB 4 Public Health) zum Thema

„Was wissen wir über die Substitutionsbehandlung in Haft, wie machen es andere“?

Danach gab *Dr. med. Karlheinz Keppler* (M.A., Medizinaldirektor – Frauenarzt, Ärztlicher Dienst JVA f. Frauen Vechta) eine Übersicht über Alltagsproblem in der Substitutionsbehandlung in Haft:

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

Der Vortrag von Dagmar Hedrich, EMCDDA Lissabon zum Thema: „**Substitutionsbehandlung in europäischen Haftanstalten - eine Übersicht**“ musste aufgrund des aschebedingten Flugausfalls leider ausfallen.

Ein überzeugendes Beispiel guter Praxis wurde aus Nordrhein-Westfalen von *Dr. Klaus Husmann* (MA, Justizministerium NRW, Referatsleiter IV B 2)

Berichtet: „**Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden? Das Beispiel NRW**“

Den Abschluß der Plenumsvorträge bildete *Dr. Hans Wolff* (Unité de médecine pénitentiaire (UMP), Centre médical universitaire, Genève) „**Substitution in Haft: Zeit zum Handeln! Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz**“.

Nach der Mittagspause wurden in 7 Arbeitsgruppen (AGs) Teilprobleme der Substitutionsbehandlung in Haft diskutiert. Jeweils zwei ModeratorInnen begannen mit kurzen input-Referaten den Problemaufriß. Jede dieser Arbeitsgruppen wurde protokolliert.

AG 1: Substitution in Haft- Der Umgang mit Beigebrauch: *Dr. Klaus J. Fritsch*, Ltd. Anstaltsarzt JVA Bremen; *Bärbel Knorr*, Dipl.-Soz.-Päd., Dipl.-Gesundheits- und Sozialökonomin Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Referat: Drogen & Menschen in Haft; *Dr. Jürgen Golze*, Anstaltsarzt JVA Berlin Tegel

AG 2: Schnittstellenprobleme: Wie muß eine gute Überleitung aussehen? *Dr. Michael Parys*, Leiter der Substitutionsambulanz der *Claudia Rey*, Berliner AIDS-Hilfe e.V.

AG 3: Doppelte Problematik: Suchtmedizin und Komorbidität (Psychiatrie und Infektiologie) – Stand und Perspektiven der Versorgung: *Dr. Wolfgang Rieckenbrauck*, Ärztlicher Direktor Justizvollzugskrankenhaus Nordrhein-Westfalen; *Dr. Marc Lehmann*, Ärztlicher Direktor Justizvollzugskrankenhaus Berlin

AG 4: Psychosoziale Betreuung in Haft: Wie kann sie aussehen? *Gangolf Schaper*, Dipl. Soz.-Wirt, Leiter Suchtberatung JVA Vechta; *Claudia Pastoor*, JVA Werl

AG 5: „Ganz alltägliche Probleme: Substitution in der pflegerischen Praxis“ *Wilfried Weyl*, Erster Pflegevorsteher Bezirkskrankenhaus bei der JVA Butzbach; *Jens Wiegand*, Abtlg. für psychisch auffällige Gefangene in der JVA Weiterstadt

AG 6: Substitution im Maßregelvollzug: Neuland? *Annette Classen*, Oberärztin Psychiatrische Abteilung Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg; *Thieß Matthießen*, Landeskrankenhaus Moringen

AG 7: Leitlinien der Substitutionsbehandlung in Haft: *Prof. Dr. Jörg Pont*, Wien, *Prof. Dr. Heino Stöver*, FH Frankfurt/Main; *Dr. med. Catharine Ritter*, Genf und *Dr. Wilfried Kunstmann*, Bundesärztekammer Berlin waren leider verhindert

Zum Abschluss wurden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorgestellt und Orientierungen für die Weiterentwicklung gegeben.

Insgesamt wurde deutlich, dass in vielen Bereichen Klärungs- und Weiterentwicklungsbedarf zur Substitutionsbehandlung in Haft besteht. Fachtagungen wie diese tragen wesentlich zu einem notwendigen Erfahrungsaustausch mit einigen Herausforderungen der Pharmakotherapie bei.

Die AG 1 wies auf die Notwendigkeit hin, Beigebrauch als ‚Normalfall‘ in der Behandlung Opioidabhängiger zu thematisieren und zu nutzen für weitergehende Anpassungen und Auseinandersetzungen. Grenzen liegen in einem für den Arzt nicht mehr verantwortbaren schädlichen und riskanten Beigebrauch, der Mortalitätsgefahren massiv erhöht. Mit dem

Krankenpflege- und Sicherheitspersonal ist im Laufe der Zeit ein Konsens über die pharmakogestützte Suchtbehandlung zu erzielen.

Die AG 2 identifizierte einen Mangel an Informationen über den Zeitpunkt der Entlassung für Ärzte und Krankenpfleger, aber auch für die Ärzte in Freiheit. In Haft sollte möglichst viel passieren: der Aufenthalt sollte genutzt werden für alle möglichen Unterstützungen, z.B. §35 BtMG). Die Entlassung sollte gut mit den Patienten/Gefangenen geplant werden (gut mit Laufzetteln oder schriftl. Informationen - ideal wäre eine Helferkonferenz mit allen Beteiligten, case management – abhängig von Ressourcen).

Die AG 3 fordert ein detailliertes Assessment, Stuserhebung als die Grundlage individuell zugeschnittener Therapieentscheidungen. Die Umsetzung/Anwendung erweist sich oft als problematisch – alle Involvierten sind gefordert zu einer umfassenden Behandlungsplanung (z.B. hep.) beizutragen. Gefragt wurde inwieweit Sucht als Schwerpunktthema dientlich ist. Medizinische Entscheidungen sollten mit dem Vollzug abgestimmt werden – die Zusammenarbeit muss intensiviert werden. Frühzeitiger Therapiebeginn? Im Einzelfall bewerten und entscheiden! Nicht kann sofort angegangen werden. Wichtig auch hier: Substituierte nicht am Freitag entlassen; OST als integraler Bestandteil der Entlassungsvorbereitung.

Die AG 4 forderte die Erkenntnisse des Suchtberaters sollten in der Substitutionsbehandlung mitberücksichtigt werden. Die Festsetzung des Umfangs der PSB ein wesentlicher Aspekt: die Grundversorgung das über weite Strecken gegeben, eine Intensivbetreuung erfordert jedoch mehr personelle Fachressourcen – Kriterien und Standards darüber fehlen, was Intensivbetreuung ist – sie ist nur bei einer gewissen Anzahl von Klienten leistbar. Wer legt was fest? Der Umfang muss zwischen Arzt, Patient und Suchtberater entschieden werden. Auch in diesem Bereich muss eine Akzeptanz bei den JVA-Beamten hergestellt werden, Auch der Krankenpflagedienst muss einbezogen werden, Dosierautomaten müssen vorhanden sein. Als wichtig wurde auch ein Netzwerkaufbau beschrieben. Auch ein Austausch zwischen externen u internen Suchtberatungsfachkräften wurde als wichtig erachtet. OST sollte als Standardtherapie vorgestellt werden.

Die AG 5 befasste sich mit Problemen der pflegerischen Praxis in der Substitutionsbehandlung. Eine Ausbildung der Pflege im Bereich Substitution ist nicht vorhanden. Sowohl JVA- als auch MitarbeiterInnen des Medizinische Dienstes (Kranken- und Gesundheitspfleger) benötigen Ausbildungen und Trainings. Pflege sollte sich auf die Kernaufgaben, die sie qualifiziert ausführen kann, konzentrieren und eine präzise Definition der pflegerischen Aufgaben und Abgrenzungen zu anderen Tätigkeiten vornehmen..

Jeder der in AG 6 aktiven Ärzte und PflegerInnen hat wenig institutionelle Absicherung und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zur Substitution erhalten: Jede/r hat die Entscheidung für die Einführung der OST in der Institution allein getroffen. Die dringendste Forderung war hier eine separate Veranstaltung zu OST im Maßregelvollzug durchzuführen. Wesentliches Ziel sollte sein: Bestandsaufnahme, Erfahrungsaustausch, Standards (jede Einrichtung hat ihre eigenen Standards). Auch die Unterbringung im Maßregelvollzug bietet Chancen zur Behandlung – mit Blick auf die Entwicklung von Prävention, Impfungen, Interferon-Behandlung etc.

AG 7 hat festgestellt, dass Leitlinien zu OST in Haft notwendig sind Dies entspricht auch den Empfehlungen der WHO. Die Leitlinien sollten vor dem Hintergrund der BÄK-RL entwickelt werden (BÄK-RL gute Grundlage, mit haftspezifischen Gegebenheiten verknüpfen, auch mit ASTO-Handbuch vernetzen). Die Fragen waren: der Inhalt der Leitlinien, wer verfasst sie für wen? Wer übernimmt die Herausgeberschaft, wo wird der Inhalt präsentiert? Die Adressaten sind: KollegInnen und Justizbehörden (sollen darauf achten dass die eingestellten Ärzte suchtmmedizinische Qualifikationen aufweisen auch Ressourcen müssen für OST bereit gestellt werden).