

Äquivalente Gesundheitsversorgung: Stationäre Einrichtungen

von

Prof. Dr. Arthur Kreuzer

Dokument aus der Internetdokumentation
des Deutschen Präventionstages www.praeventionstag.de
Herausgegeben von Hans-Jürgen Kerner und Erich Marks im Auftrag der
Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe (DVS)

Zur Zitation:

Arthur Kreuzer: Äquivalente Gesundheitsversorgung: Stationäre Einrichtungen, in: Kerner, Hans-Jürgen u. Marks, Erich (Hrsg.), Internetdokumentation des Deutschen Präventionstages. Hannover 2019, www.praeventionstag.de/dokumentation.cms/4470

Äquivalente Gesundheitsversorgung: Stationäre Einrichtungen

Vortrag auf dem 24. Deutschen Präventionstag in Berlin am 20. Mai 2019

I. Äquivalenzprinzip für Gesundheitsversorgung in stationären Einrichtungen

Zunächst der Leitgedanke des Vortrags: Grundsätzlich ist allen Bewohnern stationärer Einrichtungen die gleiche Gesundheitsversorgung zu gewähren wie sie zum Standard außerhalb solcher Institutionen gehört. Wir sprechen vom Äquivalenzprinzip in der Gesundheitsversorgung. Die Wirklichkeit ist aber eine andere. Das wird hier an zwei Beispielen dargestellt: der psychotherapeutischen Betreuung in Pflegeheimen und der Substitutionsbehandlung intravenös-Drogen-(Opiat-)Abhängiger in Haftanstalten. Auf eine äquivalente Versorgung drinnen wie draußen muss rechtlich und tatsächlich hingewirkt werden.

Wie lässt sich das Äquivalenzprinzip historisch und verfassungsrechtlich begründen? Unser Grundgesetz mit seinem Grundrechtskatalog gilt seit 70 Jahren. Artikel 1 deklariert: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Weitere verfassungsrechtliche Anker des Äquivalenzprinzips sind diese: Das Gebot der Gleichbehandlung in Artikel 3 mit dem Diskriminierungsverbot; danach dürfen stationär behandelte oder verwahrte Menschen in der Gesundheitsversorgung nicht schlechter gestellt werden als andere. Sodann das Sozialstaatsprinzip in den Artikeln 20, 28 Grundgesetz mit gleicher Konsequenz für stationär erfasste Menschen. Schließlich weist in dieselbe Richtung das Verbot unmenschlicher Behandlung in Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK).

Aber gilt das alles wirklich für alle Menschen, auch für inhaftierte Straftäter, psychisch Kranke in Kliniken, demente alte Bewohner in Pflegeheimen, „verwahrloste“ Heimkinder, Schülerinnen und Schüler in kirchlichen oder reformpädagogischen Internaten, Soldaten in

Kasernen der Bundeswehr, Flüchtlinge in Abschiebeheimen? Das war und ist nicht selbstverständlich und allseits akzeptiert. Von Goffman als „totale Institutionen“ charakterisierte, mehr oder minder geschlossene Institutionen neigen dazu, ihnen anvertraute Menschen zu verwalten, zu reglementieren, zu behandeln nach ideologischen und ökonomischen Verständnissen. Da ist wenig Platz für freie Arztwahl, kostenintensive Behandlung, Beschwerden über Missbräuche aller Art, die korrigierende Eingriffe von außen ermöglichen. Die Institutionen pflegten sich abzuschotten gegenüber Kritik und Kontrolle.

Sogar das Verständnis von der Geltung der Grundrechte an sich in diesen Institutionen musste erst in Wissenschaft und Praxis geschaffen, in der Rechtsprechung durchgesetzt werden. Man bediente sich sogar lange rechtlich eines Kunstgriffs, grundrechtsfreie Räume zu legitimieren: Das sogenannte „besondere Gewaltverhältnis“. Es gelte in Einrichtungen, in denen die Insassen in besonderer Weise gewaltunterworfen seien, in denen der Zweck der Anstalt gebiete, den Gewaltunterworfenen zumindest sachnotwendig Grundrechte vorzuenthalten. Im Strafvollzug verbiete zudem das Wesen des Strafübels eine unbegrenzte Ausübung vieler Grundrechte. So lernten wir es noch im Jurastudium in den sechziger Jahren.

Das Grundgesetz musste also erst rechtswissenschaftlich, in der Rechtsprechung und in der Praxis für diese Einrichtungen entdeckt und umgesetzt werden. Das geschah nach und nach. Die Psychiatrie-Enquete etwa prüfte seit 1971 menschenrechtswidrige Zustände in geschlossenen Kliniken und Heimen. Sie resümierte 1975, „dass eine sehr große Zahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen.“ Grundlegende Reformen wurden daraufhin eingeleitet. Mit einigen Strafvollzugswissenschaftlern machten wir um 1970 auf Missstände in Haftanstalten aufmerksam; es dürfe keine grundrechtsfreien Räume geben; in Grundrechte dürfe lediglich auf gesetzlicher Grundlage eingegriffen werden; auch ein Gefangener sei Rechtssubjekt und Grundrechtsträger; der Begriff des „besonderen Gewaltverhältnisses“ sei einzig beschreibend, keine Rechtsquelle für Eingriffe und Grundrechtsschmälerungen. Dem folgte 1972 das Bundesverfassungsgericht und verwarf die Lehre vom „besonderen Gewaltverhältnis“. Es verlangte eine gesetzliche Grundlage für den Strafvollzug und etwaige

Grundrechtseinschränkungen. Diese Gesetze gab es erst seit 1976 im Bund, später in den Ländern.

Weitere grundrechtsferne Räume gilt es immer wieder zu entdecken. Meist gelingt das erst durch Skandale. So befand kürzlich Heribert Prantl in der Süddeutschen Zeitung überpointiert zu der hier anschließend punktuell zu untersuchenden Pflege insgesamt: „Das deutsche Pflegesystem verletzt die Rechte der Pflegebedürftigen; der Personalschlüssel in den Alten- und Pflegeheimen ist ein Verbrechen; Strafgefangene haben de facto mehr Rechte als alte und demente Menschen... Abschiebegefängnisse und Pflegeheime sind derzeit die grundrechtsfernsten Orte in Deutschland.“

Die beiden nun folgenden Beispielsbereiche defizitärer Gesundheitsversorgung in stationären Einrichtungen werden von uns derzeit auch in Gremien des Hessischen Landespräventionsrats erörtert, in den Arbeitsgruppen „Prävention für ältere Menschen“ und „Suchtprävention“. Wertvolle Anregungen aus dortigen Diskussionen fließen in diesen Vortrag ein.

II. Beispiel: psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung in Pflegeheimen

Wie steht es als erstes mit der psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Betreuung in der stationären Altenpflege?

1. Daten zur Situation

Der Anteil im Rentenalter Stehender hat sich in der Bevölkerung im Laufe von vier Jahrzehnten auf 22% verdoppelt. Dazu gehören zunehmend Hochaltrige und Pflegebedürftige. Von den über 85-Jährigen sind etwa vier Fünftel pflegebedürftig. Es sind überwiegend Frauen. Bei steigender Tendenz gibt es gegenwärtig 3,4 Millionen pflegebedürftiger Menschen i. S. d. Pflegeversicherungsgesetzes, darunter etwa ein Viertel mit Migrationshintergrund. Die meisten werden in der häuslichen Umgebung gepflegt. Rund 850.000 befinden sich in Einrichtungen vollstationärer Altenpflege.

In der stationären Pflege dominieren unter den psychischen Störungen die dementiellen. Nach einer Studie von 2015 mit Daten der AOK waren davon über zwei Drittel der in Heimen Betreuten betroffen. Diesen Störungen galt bislang das Hauptaugenmerk der Diskussion. Aber sie gehen oft einher mit weiteren psychischen Störungen. So sollen 20 bis 50 % in der stationären Betreuung unter Depressionen leiden. Hinzu kommen bei vielen Wahnkrankheiten. Manche Störungen haben langjährige Ursachen, etwa in nicht bewältigten traumatischen Lebensereignissen. Außerdem sind psychosoziale Probleme zu beachten, die sich aus der Entstehung von Pflegebedürftigkeit, dem Wechsel in ein Heim und der Einsamkeit und Auseinandersetzungen im neuen Umfeld ergeben können.

2. Rechtsanspruch

Wie steht es mit dem Rechtsanspruch auf entsprechende Behandlung? Was verlangt vor allem die Menschenwürde?

Die Reichweite und inhaltliche Konkretisierung von Menschenwürde ist immer wieder neu zu klären. Das Menschenbild ist stets im Wandel. In manchen anderen und vor allem früheren Gesellschaften war nicht einmal das Lebensrecht der Alten gesichert, zumal, wenn sie als bloße Kostgänger erschienen. Das ist heute überholt. Zum jetzt unstrittigen Kern der Menschenwürde gehört neben dem Lebensrecht auch, dass niemand aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden darf, dass jeder eine zweite Chance erhalten muss, dass keiner erniedrigt, gedemütigt, zum bloßen Objekt degradiert werden darf. Nicht so selbstverständlich ist der Anspruch auf umfassenden Gesundheitsschutz. Er muss inhaltlich im gesellschaftlich-politischen Diskurs allzeit nach sich wandelnden medizinischen Erkenntnissen, demografischer Entwicklung und sich ändernden sozialetischen Bewertungen neu ausgehandelt werden.

Rechtlich gilt heute nach § 27 SGB V, dass alle Versicherten Anspruch haben „auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“

Krankenbehandlung umfasst dabei auch Psychotherapie durch Ärzte oder Psychotherapeuten. Allerdings erscheint es angezeigt, dass dieser allgemein geltende Rechtsanspruch im Sinne des Äquivalenzprinzips gesetzlich und versicherungsrechtlich konkretisiert wird für die Heimpflege. Zusätzlich sollten von den dafür zuständigen

medizinischen Organisationen Evidenz- und Konsens-basierte Leitlinien entwickelt werden zu bestimmten psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlungserfordernissen und Behandlungsformen für Pflegeheim-Bewohner.

3. Tatsächliche Erfüllung des Rechtsanspruchs

Die tatsächliche Erfüllung eines solchen Rechtsanspruchs auf psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung für stationär Gepflegte ist hingegen völlig unzureichend. So haben nach Darstellung von Fachleuten im Pflegereport 2017 in einem Quartal nur gut 8% der dementiell Belasteten psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen, von allen anderen Pflegebedürftigen lediglich 4%; psychotherapeutische Versorgung gebe es fast gar nicht. Wenn es darum geht, psycho-soziale Nöte Betreuer zu erkennen und Hilfe anzubieten, ist an erster Stelle sicherlich die tägliche persönliche Zuwendung durch den Pflegedienst des Heimes gefordert. Aber bekanntermaßen wird der Pflegepersonalschlüssel dieser notwendigen Zuwendung nicht gerecht. Viele psychosoziale Störungen könnten aufgefangen, gemildert oder behoben werden, wenn hinreichend geschultes allgemeines Pflegepersonal zur Verfügung stünde. Schon insoweit ist von einem Pflegenotstand zu sprechen. Erst recht fehlen spezifisch psychotherapeutisch ausgebildete Fachkräfte im Personal. Ergänzend zum Pflegepersonal können Angehörige und ehrenamtliche Besuchsdienste helfen. Sie sind weiter zu ihren nicht hoch genug einzuschätzenden wichtigen unterstützenden Diensten zu ermutigen. Wenige Einrichtungen verfügen zusätzlich über eigene speziell für psychosoziale Arbeit mit alten Heimbewohnern kompetente Psychologen; nur peripher werden ambulant psychologisch-psychotherapeutische Fachdienste hinzugezogen. Psychiater oder andere Fachärzte suchen Heimbewohner äußerst selten auf, weil sie ohnehin überlastet sind, Heimbesuche den Praxisalltag zusätzlich belasten und die Vergütung durch Krankenkassen dem tatsächlichen Aufwand eines Besuchs vor Ort nicht entspricht; bei dennoch durchgeführten Besuchen müssten sie überdies weit mehr Gewicht auf persönliche Untersuchungen der Patienten und Patientinnen legen, statt sich wesentlich auf Angaben von Heimpersonal zu stützen. So müssten beispielsweise bei Prüfungen, ob, wann und ggf. welche Fixierungen infrage kommen oder ob Medikamente an deren Stelle treten dürfen, nicht nur Betreuungsrichter, sondern auch Fachärzte vor Ort tätig werden.

Insgesamt ist also die psychotherapeutische Versorgung in Pflegeheimen äußerst defizitär. An Kosten darf eine entscheidende Verbesserung jedenfalls rechtlich grundsätzlich nicht scheitern. Auch darf sie nicht beeinträchtigt werden von primären ökonomischen, an Rentabilität und Profit ausgerichteten Interessen. Jedoch ist über Grenzen und Begrenzungen zu befinden, so wie ja auch bei der Berücksichtigung Älterer auf Wartelisten für Organtransplantationen oder bei kostspieligen Knie- und Hüftoperationen Grenzen gezogen werden. Selbst bei einer entsprechenden Verbesserung der Finanzierung werden aber praktische Schwierigkeiten bleiben, die nur schwer zu beheben sind. Beispielsweise wird man eine freie Arztwahl kaum ermöglichen können, wo bereits draußen fachärztliche Versorgung defizitär ist und Fachärzte schon wegen der Entfernungen für Heime kaum erreichbar sind. Auch werden bei den meisten Pflege-Patienten und -patientinnen psychotherapeutische Methoden ausscheiden, die langfristig und auf intellektuelle Mindestfähigkeiten ausgelegt sind. Hilfen sind auf die individuelle Person und Situation auszurichten. Eine Standardisierung im Sinne dessen, was die Menschenwürde gebietet, ist deswegen kaum möglich. Aber dieses Problem, menschenwürdige Behandlung zu definieren, stellt sich hier im Grundsatz nicht anders als etwa in der klinischen Versorgung schwer kranker und sterbender alter und dementer Menschen; dort wird mitunter sogar des vermeintlich Guten zu viel getan, menschenwürdiges Sterben kostenintensiv durch künstliches Hinausschieben des Todes behindert; das hat zuletzt im April der Bundesgerichtshof gezeigt, als er entschieden hat, dass kein Schadensersatz verlangt werden kann, wenn ärztlicherseits ein Sterben in Würde durch intensivmedizinisches Verlängern des Leidensweges jahrelang verhindert wurde. Gleiches gilt für den rechtlichen und tatsächlichen Umgang mit dauerhaft Demenzkranken oder im Koma Liegenden, die Jahre, sogar Jahrzehnte ohne jede Kommunikation künstlich ernährt und versorgt und deren mögliche Patientenverfügungen mit einer Verweigerung solcher Behandlung nicht oder nicht mehr als gültig erachtet werden.

III. Beispiel: Substitutionsbehandlung i.v. Opiatabhängiger in der Haft

1. Befunde zur Drogenabhängigkeit und Substitutionsbehandlung außerhalb von Haftanstalten

Jährlich werden 155.000 Personen in Einrichtungen der Suchthilfe behandelt; Hauptdiagnosen haben bei 48% mit Alkohol zu tun, bei 18% mit Cannabinoiden, bei 13% mit Opioiden, bei 6% mit Stimulanzien, bei ebenso vielen mit pathologischen Spielen, bei 3% mit Kokain. Die Zahl Opiatabhängiger in Deutschland wird auf 166.000 geschätzt, darunter 42.000 Frauen.

Opiatabhängigkeit birgt nicht nur erhebliche Gesundheitsprobleme und erhöhte Mortalitätsrisiken für die betroffenen Personen selbst, sondern auch Sicherheitsrisiken durch deren Abgleiten in Beschaffungs- und allgemeine Kriminalität, außerdem erhebliche Infektionsgefahren; in dieser Hochrisikogruppe verbreiten sich HIV- und Hepatitis-Infektionen wegen riskanter sexueller Praktiken und des Benutzens und der Weitergabe nicht steriler, oftmals bereits gebrauchter Spritzutensilien. 70% aller intravenös injizierenden Opiat-Konsumenten sollen eine dieser Infektionen, ein Drittel beide haben.

In der Behandlung zumeist intravenös injizierender Opiatabhängiger ist neben dauerhafter Drogenentziehung und -entwöhnung wichtigster Behandlungsansatz die Substitution, die dauerhafte oder zumindest vorübergehende Umstellung auf ärztlich verordnete Ersatzmedikamente; diese Medikamente werden oral eingenommen und vermitteln nicht den üblichen Rausch; das unterscheidet sie von der Diamorphin-Substitution.

Substitutionsbehandlungen dürfen nur von dafür geschulten Ärzten angeordnet und durchgeführt werden; Behandlungen sind zum Substitutionsregister zu melden; 2018 waren darin 79.400 Substituierte erfasst. Mit leicht abnehmender Tendenz beteiligen sich 2585 Ärzte an der Substitution. Bei fast 40% ist das Substitut Methadon, bei 35% Levomethadon, bei 23% Buprenorphin und lediglich bei unter einem Prozent, etwa 500 Opiatabhängigen, Diamorphin (Heroin). Substitution ist noch immer sehr ungleich in den Bundesländern; so gibt es in Bremen je 100.000 Einwohner 260, in NRW 144, in Hessen 123, in Bayern 64, in Brandenburg 5 Substituierte. Dies, obwohl die Bundesärztekammer einheitlich für alle Länder 2010 Richtlinien zur Substitutionsbehandlung erlassen hat. Die

teilweise anzutreffende zu starke Zurückhaltung geht darauf zurück, dass sich Substitution an sich erst medizinisch und politisch als Bestandteil einer außer auf Repression, Prävention und Behandlung auch auf „harm reduction“, pragmatisch auf Schadensminderung, ausgerichteten Drogenpolitik nach und nach durchsetzen musste. Das Abstinenz-Paradigma scheitert bei allzu vielen Betroffenen. Sich auf weniger rigide, aber realistische Ziele der Behandlung einzulassen, hat sich seit Jahrzehnten bewährt.

Das gilt seit etwa einem Jahrzehnt auch für die Diamorphin-Substitution. Sie ermöglicht im Gegensatz zu den anderen Substitutionsformen das Benutzen steriler Spritzen, den legalen Erwerb von Heroin und den von dieser Droge erwarteten Rausch, auf den Langzeit-Opiatabhängige mitunter nicht verzichten können. Die Zulassung zur Diamorphin-Substitution ist nach den Richtlinien streng begrenzt u.a. nach Alter, Eindeutigkeit und Länge der Opiatabhängigkeit, körperlichem Entzugssyndrom, Dominanz der Drogen im Sozialverhalten – früher hätte man von psychosozialer Verwahrlosung gesprochen –, Scheitern zweier vorangegangener Behandlungen, darunter einer in einem Substitutionsprogramm, sowie Bereitschaft zu regelmäßigem, meist täglichem Aufsuchen der Abgabestelle und dauerhafter Urinkontrolle. Eine ärztliche individuelle Prüfung aller Besonderheiten ist geboten, so dass diese Substitution auf Ausnahmen beschränkt ist, wenn realistische Alternativen nicht mehr erkennbar sind und die Diamorphinvergabe grundsätzlich als vorübergehend geplant wird und soziale Stabilisierung verspricht.

Folgende Langzeiteffekte von allen Arten der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger wurden in der PREMOS-Studie (Wittchen, Bühringer und Rehm) 2011 bei 2300 repräsentativ ausgewählten Substituierten festgestellt: Eine hohe Haltequote zeigt sich darin, dass 70% noch am Ende der sechsjährigen Beobachtungsphase in der Substitution verblieben. Nur 4% waren zu dem Zeitpunkt stabil abstinent. Günstig wurde der Verlauf insgesamt bei 55%, ungünstig bei 30% eingeschätzt. Verstorben sind 8%. 13% hatten einen instabilen Verlauf. 3% befanden sich in Haft oder stationärer Therapie. Die Komorbiditätsquote erwies sich als hoch. Beigebrauch von Opioiden war noch bei 12% festzustellen, Beigebrauch anderer illegaler Drogen bei 20-30%. Bemerkenswert ist vor allem, dass ungünstige Verläufe und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko in Einrichtungen mit starker Abstinenzorientierung festzustellen waren.

2. Tatsächliche Bedeutung der Drogen in der Haft

Wohl keine Haftanstalt ist drogenfrei. Drogen, Drogenabhängigkeit und illegaler Drogenhandel gehören zum Gefängnisalltag. Selbst rigide Kontrollen, etwa generelle Urintests, Zellen- und Personendurchsuchungen oder der Einsatz von Drogenspürhunden, können es nicht verhindern. Das zeigen unsere Dunkelfelduntersuchungen, und das räumen Anstaltsleiter ein. Nur Politiker wollen es oft nicht zur Kenntnis nehmen.

Warum gehören Drogen zum Haftalltag? Etwa die Hälfte Inhaftierter hat bei Haftantritt schon Erfahrungen mit illegalen Drogen, bis zu einem Fünftel auch mit Heroin. Nach einschlägigen Studien gelangen Drogenabhängige ganz überwiegend irgendwann, oft mehrmals in Haft. Fast ein Drittel der Drogenabhängigen berichtet, in Haft Drogen injiziert, jeder Zehnte, damit in der Haft begonnen zu haben. Nach Schätzungen sind ein Viertel bis ein Drittel der männlichen und die Hälfte der weiblichen Inhaftierten drogenabhängig und gehören überwiegend zu den intravenös injizierenden Drogenkonsumenten; noch mehr dürften problematischen Alkoholumgang haben oder alkoholabhängig sein. Man muss von 15.000 ganz überwiegend Opiat-abhängigen Inhaftierten ausgehen.

Die Gründe sind komplex. Inhaftierte bringen entsprechende Erfahrungen und Abhängigkeiten mit in die Anstalt oder erwerben sie in ihr. Sie sind in ihrem Sozialverhalten ohnehin problematisch. In der Haft erleben sie eine Zwangsgemeinschaft mit Männern oder Frauen, Langeweile, den Druck ausbleibender Drogenversorgung, Alkoholverbot und vor allem das aufgenötigte System einer Subkultur, in das sie sich einfügen müssen. Subkultur kennt eine Hierarchie nach tatsächlicher Macht; in ihr herrschen Rücksichtslosigkeit und Gewalt, eigene Regeln, die den offiziellen oftmals entgegengesetzt sind, Umgehungen aller Verbote, ein flexibles System illegaler Beschaffung entbehrter Güter, auch aller Drogen. Im informellen Anstaltsmarkt haben Drogen einen hohen Stellenwert. Der entsprechende Markt mit Herstellung, Einschleusung, Handel von Drogen bildet ein äußerst flexibles, anpassungsfähiges, differenziertes System. Im Handelssystem mit seinen Ersatzwährungen müssen noch rigidere Preise, Betrüge, Fälschungen und Schuldenbeitreibungen inkauf genommen werden als außerhalb. Am Einschleusen der Drogen haben Gefangene als Urlauber und Rückkehrer, Besucher, mitunter Bedienstete teil oder Dritte, die beispielsweise gezielt

verpackte Drogen von außen über die Mauer werfen. Der illegale Handel bezieht auch in der Anstalt abgegebene oder sonst erreichbare Medikamente und Substitutionsdrogen ein, einschließlich von erworbenem oder ersatzweise hergestelltem Injektionsgerät. Die Infektionsgefahr ist entsprechend höher. Mancher Gefangener hat sich in der Haft erstmals Drogen injiziert und dort HIV oder Hepatitis zugezogen.

Einige opiatabhängige Inhaftierte nutzen die Haftzeit, von den Drogen frei zu kommen oder auf weniger riskante Drogen und Konsumformen umzuwechseln. Den meisten gelingt das nicht, zumal sie allenthalben in der Subkultur in Versuchungssituationen geraten.

3. Äquivalente Substitutionsbehandlung

Dass nach dem Äquivalenzprinzip auch inhaftierten Opiatabhängigen Substitutionsbehandlung ermöglicht werden muss, hat in einem bayerischen Fall der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte am 1. September 2016 entschieden. Wegen der Bedeutung des Urteils für das Äquivalenzprinzip und die Versorgung inhaftierter Drogenabhängiger seien zwei der Leitsätze wörtlich zitiert:

„1. Aus Art. 3 EMRK folgt die positive Gewährleistungsverpflichtung, die Gesundheit eines Gefangenen in Haft angemessen sicherzustellen, indem ihm die notwendige medizinische Behandlung auf einem Niveau zuteil wird, das dem entspricht, an das sich die staatlichen Stellen bei der Versorgung in Freiheit befindlicher Personen gebunden sehen; Gefangene haben Anspruch auf medizinische Behandlung unter vergleichbaren Bedingungen, wie sie Patienten in Freiheit genießen, und ihnen sollte ohne Diskriminierung aufgrund ihres rechtlichen Status Zugang zur Gesundheitsfürsorge des betreffenden Staates gewährt werden.“

Im 3. Leitsatz wird ein staatlicher Ermessensspielraum bei der Wahl der Behandlungsmethode anerkannt, der aber dem genannten Grundsatz gerecht werden muss.

Zur Substitutionsbehandlung wird ausgeführt:

„4. Die Verweigerung der Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung kann jedenfalls dann nicht damit begründet werden, den Gefangenen durch die in Haft erzwungene

Überwindung seiner Drogensucht zu resozialisieren und ihn so dazu zu befähigen, außerhalb der Haftanstalt ein drogenfreies Leben zu führen, wenn eine vorherige stationäre Suchttherapie mangels Erfolgsaussichten beendet worden war.“

Damit wird anerkannt, dass auch in Haftanstalten nicht realitätswidrig ein Abstinenz-Paradigma in der Behandlung durchgesetzt werden darf und kann – dieses gestützt auf die rechtlichen Verpflichtungen, zu resozialisieren und Sicherheit in der Haft zu gewährleisten durch striktes Unterbinden jeglichen Suchtmittelumgangs. Süchtigen Gefangenen darf nicht eine Abstinenz aufgezwungen werden, die anerkanntermaßen Süchtige außerhalb der Haft überfordern würde und bei ihnen scheitern müsste. Es muss beachtet werden, dass Drogenabhängigkeit zugleich eine Krankheit mit hohen Risiken der Rückfälligkeit ist. Alkohol- und Drogenabhängige gelangen meist erst nach vielen Rückfällen in eine stabilere Entwicklung. Sicherheitsbelange und Resozialisierungsbemühen müssen also pragmatisch ausbalanciert werden. Erkenntnisse zur Suchtbehandlung draußen müssen soweit möglich in der Haft ebenfalls umgesetzt werden.

4. Behandlung Drogenabhängiger und Substitutionsmöglichkeiten in der Haft

Noch immer ist Substitutionsbehandlung in der Haft nicht bei allen infrage kommenden Gefangenen möglich. Hinderungsgründe sind das als vorrangig geltende Abstinenzziel, die Sorge um Sicherheit, der nicht überall als erfüllbar erscheinende zusätzliche Verwaltungsaufwand, der Mangel an für solche Behandlungen spezifisch geschultem ärztlichen Personal. Weiterhin besteht ein Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle in der haftinternen Substitutionsbehandlung. Von einem Abdecken des tatsächlichen Bedarfs kann keine Rede sein. Nur ein kleinerer Teil der infrage kommenden inhaftierten Drogenabhängigen erhält die Chance. Doch die Lage verbessert sich. Vorbild könnten die vom nordrhein-westfälischen Justizministerium veranlassten, 2010 überarbeiteten Behandlungsempfehlungen sein. Schlusslicht waren bisher die süddeutschen Länder; Bayern hat aber aufgrund der EGMR-Entscheidung inzwischen dafür gesorgt, dass es nunmehr in der Hälfte der Haftanstalten Substitution gibt.

Vor allem wird gegen das Äquivalenzprinzip verstoßen, wenn Substitutionsbehandlungen, die vor der Haft eingeleitet waren, in der Haft indikationswidrig abgebrochen werden. Nur bei wenigen gelingt haftintern eine Entwöhnung. Was draußen fachärztlich als angezeigt erschien, muss auch in der Haft angeordnet und fortgeführt werden dürfen. Anderenfalls verstärken sich der Druck zu illegalen Praktiken, Mortalitätsrisiken nach Haftentlassung, schnelle Rückfälligkeit in Abhängigkeit und Kriminalität sowie Infektionsrisiken. Substitutionsbehandlung muss nach ärztlicher Diagnose in Haftanstalten eingeleitet werden können entsprechend den Vorgaben der Richtlinien der Bundesärztekammer.

Würden mehr infrage kommende Inhaftierte substituiert, leistete man wertvolle Beiträge zur Vorbeugung gegen subkulturell-kriminelle Verstrickungen in der Haft, zur Infektionsprophylaxe, zur rechtzeitigen Vorbereitung von Entlassungen und Übergängen in haftexterne Behandlungen sowie langzeitiger Rehabilitation, zur Minderung von Risiken weiteren sozialen Abgleitens und krimineller Rückfälligkeit sowie zu Mortalität nach der Entlassung. Dann ließen sich Überleitungen in haftexterne Behandlungseinrichtungen rechtzeitig vorbereiten und die Kostentragung nachfolgender Behandlung durch Krankenkassen gewährleisten. Jedoch steht es gerade um die haftinterne Vorbereitung der Entlassung Drogenabhängiger schlecht. Nötig wären für sie etwa rechtzeitige Vollzugsöffnungen, um früh in externe Behandlungseinrichtungen überleiten zu können, wie es in § 35 BtMG als „Therapie statt Strafe“ vorgesehen ist; doch werden sie fast gänzlich ausgeschlossen wegen der Annahme hoher Rückfälligkeit dieser Population; dabei wird das krankheitssymptomatische Rückfallrisiko bezüglich erneuter Drogeneinnahme gleichgesetzt mit dem Risiko, erneut Straftaten zu begehen. Dies muss sich ändern. Geht es nur um das krankheitstypische Rückfallrisiko, muss das Resozialisierungs-Modell „Therapie statt Strafe“ Vorrang haben. Das sollte alsbald in den Verwaltungsvorschriften zum Strafvollzug geklärt werden. Hilfreich bei dieser Planung frühzeitiger Überleitung in Anschluss-Behandlungs-Einrichtungen könnte eine verstärkte Zusammenarbeit mit Einrichtungen der externen Drogenberatung sein. Nicht in allen Haftanstalten ist solche nötige Kooperation vorgesehen.

5. Insbesondere haftinterne Diamorphin-Substitution und Spritzenvergabe

Auf besondere politische, rechtliche und tatsächliche Schwierigkeiten stößt selbstverständlich die Umsetzung einer haftinternen Diamorphin-gestützten Substitution. Sie können nur angedeutet werden.

Bislang gibt es fast nirgendwo Diamorphin-Substitution in deutschen Haftanstalten. Das muss sich ändern, vor allem bei Gefangenen, die bereits vor Haftantritt erfolgreich in einem Diamorphin-Substitutionsprogramm waren.

Allerdings setzt diese Substitution voraus, dass den wenigen infrage kommenden Opiatabhängigen sterile Einwegspritzen zum jeweiligen Konsum des ihnen mehrmals täglich zur Verfügung zu stellenden Substituts ausgehändigt und nach dem Konsum wieder eingezogen werden. Ob das nach einem weitergehenden Spritzentausch-Programm mit Automaten, die allen Gefangenen zugänglich sind, geschehen soll, ist umstritten. In wenigen Anstalten wurde modellartig zeitweilig ein solches von der Diamorphinabgabe unabhängiges Modell von Spritzentausch-Automaten in der Haftanstalt erprobt. Lediglich in der Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin ist solcher Spritzentausch geblieben. Es fehlte an politischem Willen zur Fortsetzung, es dominierten Bedenken von Anstaltsbediensteten und wegen erheblicher Kosten, und es gaben sicher auch einige negative Befunde der Evaluationen den Ausschlag.

Zu den positiven Befunden gehörte es, dass anonyme Spritzenvergabe machbar erschien, dass viele Inhaftierte davon Gebrauch machten, dass keine Bedrohungen oder Tötlichkeiten mit gebrauchten Spritzen gegen Mitgefangene oder Personal vorkamen, dass im Großen und Ganzen keine Zunahme des Drogenkonsums festgestellt wurde. Zu den negativen Befunden gehörten die von uns in unserer Vergleichsuntersuchung 2002 herausgestellten: Von den allen zugänglichen Automaten gehen Anreize für erneuten intravenösen Drogengebrauch bei Gefangenen aus, die sich in der Haft vom Drogenumgang oder wenigstens vom intravenösen Konsum lösen wollen. Aus Automaten bezogene Spritzen haben einen großen Stellenwert im illegalen intramuralen Markt. Sie werden – benutzt oder unbenutzt – oft an andere weitergegeben. Nicht jeder Gefangene traut sich, selbst den Automaten zu benutzen wegen der Gefahr, beobachtet und

daraufhin stärker kontrolliert zu werden. Es gab sogar ein Verhaltensmuster, wonach der Spritzenlieferant die Hälfte aus der aufgezogenen Spritze erhält, die andere Hälfte der Drogenlieferant. Bei häufigen Defekten von Automaten kommt es zu Zerstörungen und vermehrtem Einsatz gebrauchter Spritzen.

Wir kamen daher zu der Empfehlung, zunächst Modelle zu erproben, in denen Diamorphin und Spritzen an für diese Substitution zugelassene Gefangene einzeln in einem Gesundheitsraum kontrolliert zum unmittelbaren Gebrauch abgegeben werden. Dann können Signalwirkungen, HIV- und Hepatitis-Infektionen und subkultureller Missbrauch vermieden werden. Wer anhaltend vereinbarte Regeln dabei bricht, muss vom Programm wieder ausgeschlossen werden. Diese Ausgestaltung von Diamorphin-gestützter Substitution würde indes nur sehr wenigen Gefangenen zugute kommen. Dem Verlangen nach Spritzen bei anderen Gefangenen würde nicht entsprochen. Sogar nicht alle für Diamorphin-Substitution infrage kommenden Gefangenen würden am Programm der Einzelvergabe teilnehmen, weil sie die Rahmenbedingungen des konkreten individuellen Drogengebrauchs nicht selbst gestalten könnten.

Es gibt Fachleute, die den hier vertretenen restriktiven Standpunkt zu Spritzehtausch-Programmen nicht teilen. Namentlich genannt sei Heino Stöver. Er will die Diamorphin- und Spritzenvergabe ausschließlich nach medizinischen Kriterien beurteilt wissen; er betrachtet den Aspekt der Sicherheit in der Anstalt deswegen in diesem Zusammenhang als nicht maßgeblich. Dagegen meine ich, dass Sicherheitsabwägungen in jeder Strafanstalt bei allen für andere riskanten Praktiken im Gesundheitsbereich zu beachten sind. Das Äquivalenzprinzip kann nicht vernachlässigen, dass Spritzentausch über Automaten außerhalb einer Anstalt ganz anders funktioniert als in der Haft; es schafft draußen weniger Risiken des Missbrauchs, jedoch erhebliche Verbesserungen in der Infektionsprophylaxe, drinnen erhebliche Risiken. Mögliche Fremdschädigungen, die erkennbar von einer ansonsten gesundheitspolitisch positiv einzuschätzenden Maßnahme des Gesundheitsdienstes ausgehen, müssen daraufhin geprüft und bewertet werden, ob sie auch in der Haft verantwortbar sind. Doch sollte man den Weg weitergehen, an Modellen zu erproben, wie eine Diamorphin-gestützte Substitution und weitergehender Spritzentausch am besten in Haftanstalten praktiziert werden können. Die Problematik der Spritzenvergabe an Diamorphin-substituierte Opiatabhängige ließe sich außerdem künftig

mindern, wenn sich die Umstellung auf Praktiken oraler Einnahme des Substituts als gangbare Alternative zu Injektionen erweise.