



Heino Stöver, Daniela Jamin, Christina Padberg
(Hrsg.)

Ältere Drogenabhängige

Versorgung und Bedarfe

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

Heino Stöver, Daniela Jamin, Christina Padberg (Hrsg.)

Ältere Drogenabhängige

Versorgung und Bedarfe

Fachhochschulverlag

DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.skvshop.de | www.fhverlag.de

2., unveränderte Auflage 2024

ISBN 978-3-943787-04-7

e-ISBN 978-3-8248-9898-5

Alle Rechte vorbehalten

Fachhochschulverlag. Der Verlag für angewandte Wissenschaften. Ein Imprint der

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2024

Mollweg 2, D-65510 Idstein, info@schulz-kirchner.de

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Druck: Libri Plureos GmbH, Friedensallee 273, 22763 Hamburg

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Verfasser:innen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasser:innen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§§ 106 ff. UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Schulz-Kirchner Verlag GmbH behält sich eine Nutzung ihrer Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Vorwort	7
Voraussetzungen für das Überleben und Älterwerden-Können Opioidabhängiger <i>Heino Stöver</i>	9
Der Konsum von psychoaktiven Substanzen im Lebenslauf im gesellschaftlichen Kontext <i>Irmgard Vogt</i>	30
Ältere Drogenkonsument*innen in der stationären Versorgung <i>Katrin Helm</i>	51
Sucht – ein Thema bei alternden Männern?! <i>Daniela Jamin, Christina Padberg</i>	63
Lebensweisen und Gesundheitsförderung von älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet <i>Susann Hößelbarth, Heino Stöver</i>	83
Opiatabhängigkeit im Alter – Ergebnisse einer Hamburger Studie <i>Heike Zurhold</i>	166
Unsere alternde Klientel – Herausforderungen für die niedrigschwellige Arbeit <i>Gabi Becker</i>	190
Versorgungsstrukturen am Beispiel Frankfurt am Main <i>Daniela Jamin, Christina Padberg</i>	200
Stärkenbasiertes Case Management in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Männern und Frauen ab 45 Jahren <i>Ines Arendt, Klaudia Follmann-Muth, Martin Schmid, Irmgard Vogt</i>	214
Netzwerk 40+ und Ambulante Versorgung: Erfahrungen im Zusammenhang mit Vernetzungs- und Basisarbeit an der Schnittstelle von Sucht- und Altenhilfe – Ein Praxisbericht <i>Monika Thym, Florian Schäffler, Melanie Eggersh, Klaus Fuhrmann</i>	236

Beispiel der Wiedereingliederungshilfe-Angebote für chronifiziert erkrankte (und alternde) Drogenabhängige – Projekt LÜSA Unna <i>Anabela Dias de Oliveira</i>	252
Auch Drogenabhängige werden älter – Integrative Strategien in Wien <i>Georg Preitler</i>	273
Ältere substituierte Suchtkranke in Wien. Eine Bedarfserhebung tagesstrukturierender Angebote unter der Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte <i>Petra Salava</i>	291
Autor_innenverzeichnis	308

Vorwort

Der gesundheitlich-sozialen Versorgung älter werdender Drogenkonsument_innen kommt immer größere Bedeutung zu. Dank verbesserter Behandlungs- und Betreuungsbedingungen (v.a. Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige, Mortalitätsprophylaxe, Betreutes Wohnen) haben viele Drogenabhängige eine höhere Lebenserwartung. Bereits 2011 hatte sich der von Irmgard Vogt (Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences) herausgegebene Sammelband »Auch Süchtige altern« (Fachhochschulverlag) ausführlich mit dem Thema beschäftigt. In den letzten Jahren ist das Thema zunehmend Gegenstand von Fachtagungen, Publikationen und Forschungsarbeiten geworden.

In diesem sechs Jahre später erschienenen Sammelband werden erneut verschiedene Sichtweisen, Einblicke und Aspekte der Versorgung und Bedarfe älterer Drogenabhängiger aufgegriffen, aktualisiert und vertieft. So werden neue theoretische Grundlagen und Studienergebnisse für die Arbeit mit alternden Suchtkranken aufgegriffen. Zudem werden jüngere Beispiele guter Praxis in der Versorgung älter werdender Drogenabhängiger in Deutschland und Österreich dargestellt.

Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich bei allen Autor_innen, die mit ihren Beiträgen an der Zusammenstellung dieses Buches mitgewirkt haben und wünschen allen Leser_innen ansprechende Informationen zum Thema »Versorgungsbedarfe älterer Drogenabhängiger« sowie gute Anregungen für die Praxis.

Frankfurt am Main im Juli 2017

Heino Stöver, Daniela Jamin, Christina Padberg

Voraussetzungen für das Überleben und Alterwerden-Können Opioidabhängiger

Heino Stöver

Einleitung

Die Tatsache, dass viele Drogenabhängige in Deutschland älter werden (können), liegt vor allem daran, dass zwei Interventionen – wenn auch nicht flächendeckend – als zentrale Eckpfeiler in den letzten 20–30 Jahren entwickelt worden sind: Die Angebote von harm-reduction bzw. Überlebenshilfen und die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger. Die nach wie vor hohe Mortalitätsrate dieser Population (Custo 2014) (siehe Tabelle 1) zeigt jedoch, dass bei beiden und noch weiteren Interventionen der sozialen Stabilisierung erheblich Weiterentwicklungsbedarf besteht. Insbesondere der Kontinuität und dem Halten der Konsumierenden in einer Substitutionsbehandlung (v.a. nach Haftentlassung) kommt dabei eine besondere mortalitätsprophylaktische Bedeutung zu (Scherbaum et al. 2002). Schließlich wird auch deutlich, dass die hohen Risiken der Folgen der Kriminalisierung dieser Population zur Mortalität erheblich beitragen.

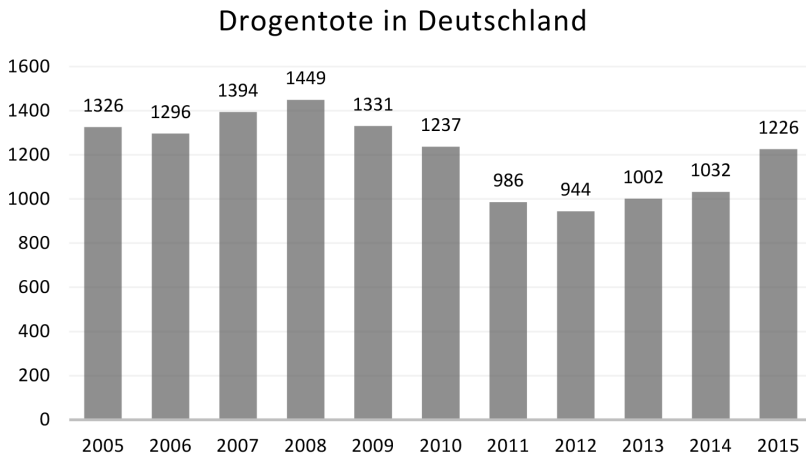


Tabelle 1: Drogentote in Deutschland (Bundeskriminalamt (BKA) 2016), eigene Darstellung

Drogentodesfälle Anzahl pro 100.00 Einwohner_innen im Jahr 2013

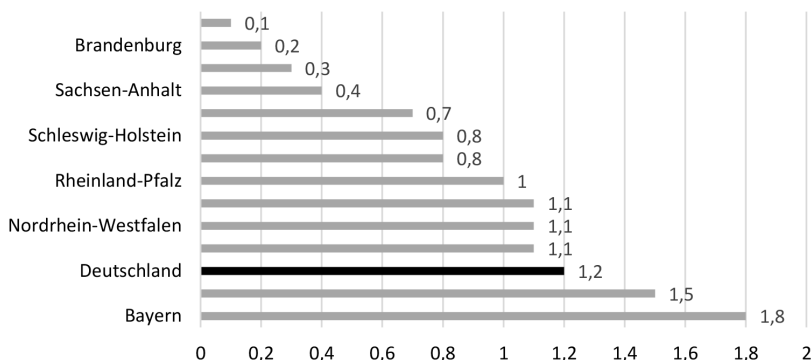


Tabelle 2: Häufigkeit von Drogentodesfällen in den Flächenstaaten der BRD (Cousto 2014), eigene Darstellung

1 Medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger – eine Erfolgsgeschichte für die Verbesserung der Lebenserwartung Opioidabhängiger – mit erheblichen Versorgungslücken und Zukunftsängsten

Trotz der Tatsache, dass mit der medikamentengestützten Behandlung immer mehr Opioidabhängige medizinisch gut behandelt und therapeutisch betreut werden können, Opioidabhängige älter werden (Höfelbarth et al. 2011), Kinder bekommen/versorgen, Familien gründen und sich gesundheitlich und sozial stabilisieren (Stöver, Gerlach 2010), stehen nach wie vor viele Fragen im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte auf nationaler, aber auch auf kommunaler Ebene.

»Drogensersatztherapie«, »Opioidagonist-Behandlung«, »Methadontherapie«, »Opioidsubstitutionstherapie (OST)«¹ – allein die Bezeichnungen der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger hat in Deutschland eine längere Geschichte, die viel Aufschluss darüber gibt, mit welcher Wertschätzung sie wahrgenommen und wie sie verstanden worden ist bzw. wird.

¹ Obwohl missverständlich, wird dieser Terminus in der Folge synonym zum Begriff »medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger« benutzt, weil er eingeführt und verständlich ist.

»Drogenersatz« und »Substitution« suggerieren, dass es sich bei den zugelassenen Präparaten zur medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger um »Drogen« mit primär psychoaktiver Wirkung handelt. Darum geht es aber nicht: Die zugelassenen Medikamente sind erprobte Mittel zur ärztlich kontrollierten Behandlung der Entzugssymptome bei einer vorliegenden Opioidabhängigkeit und erlauben den Patient_innen ein stabiles und normales Leben ohne Suchtdruck oder »Heroinhunger«. Die Metaphern »Dealer in Weiß«, »ärztlicher Drogendealer« etc. zeugen von diesem Missverständnis. Auch »Methadontherapie« stellt eine Verkürzung dar: längst sind mehr Medikamente mit differenziertem Wirkungsspektrum zur medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger zugelassen und bilden die Grundlage für eine zunehmend individuellere Behandlung.

Trotz der Tatsache, dass die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger zu Beginn der 1990er Jahre erst nach jahrelanger Verzögerung gegenüber anderen europäischen Ländern und bis zum Jahr 2002 mit drastischen Indikationseinschränkungen gegen viele Widerstände von Politik und Fachverbänden eingeführt wurde, hat sie sich heute zu einer Therapieform entwickelt, die von aktuell 78.500 Patient_innen (die höchste Zahl seit Einführung der Substitutionsbehandlung – Bundesopiumstelle, 1.7.2016) in Anspruch genommen wird. Hiermit nimmt Deutschland einen vorderen Rang in Europa ein, was die Ratio opioidabhängige Menschen zu Patient_innen in medikamentengestützter Behandlung Opioidabhängiger anbetrifft. Die Erfolge dieser effektiven und evidenzbasierten Therapieform der Opioidabhängigkeit sind eindeutig und unumstritten (vgl. Michels et al. 2009):

- **die Reduktion des Mortalitätsrisikos.**
Studien zeigen, dass Todesfälle ohne Substitution oder nach Abbruch einer Substitution 2–3 Mal häufiger als während der Substitution auftreten. Die Rate an Todesfällen durch Opiatkonsum ist also mehrfach höher.
- **die Senkung der Morbiditätsraten.**
Hierbei kommt der kontinuierlichen Verringerung der neudiagnostizierten HIV-Infektionen bei intravenösen (iv) Drogenkonsument_innen eine besondere Bedeutung zu.
Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts lag der Anteil der iv-Drogenkonsument_innen an der Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2011 bei 3,2 Prozent. Dieser Wert lag bis zum Jahr 2000 noch bei 10,1 Prozent.
- **die Verringerung von delinquentem Verhalten** (Busch et al. 2007).
- **die soziale Stabilisierung im Sinne von gesellschaftlicher Teilhabe** (vgl. Gerlach, Stöver 2005).

Darüber hinaus kann die Substitutionsbehandlung die Grundlage für eine weiterführende Suchtbehandlung schaffen (z.B. in der ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation (siehe akzept 2012)).

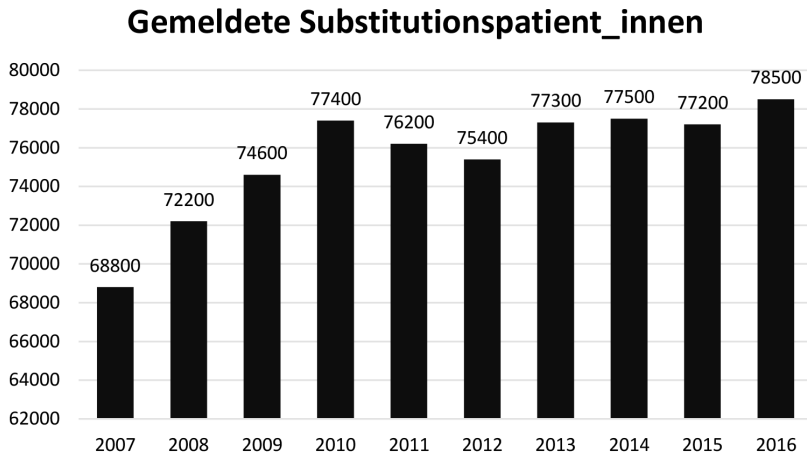


Abb. 1: Anzahl gemeldeter Substitutionspatient_innen in Deutschland von 2002 bis 2016 (jeweils Stichtag 1. Juli) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2017) eigene Darstellung

2 Überfrachtete Erwartungen an die Substitutionsbehandlung

Opioidabhängigkeit ist eine komplexe, chronisch rezidivierende Erkrankung mit hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken, bei der häufige Rückfälle und ein in den meisten Fällen langer Prozess des Herauswachsens aus der Abhängigkeit – wie bei anderen Abhängigkeiten auch – das Krankheitsbild prägen. Die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger mit den Medikamenten Methadon, Levomethadon, Buprenorphin, Diacetylmorphin, retardiertes Morphin, Dihydrocodein und Codein stellt ein probates Mittel der Behandlung Abhängiger dar: sie ist heute die medizinische Methode der Wahl zur Behandlung der Opioidabhängigkeit.

Dieser Erkenntnis ging eine in Deutschland hochemotionale und moralisch gefärbte Debatte um die Einführung der Substitutionsbehandlung voraus. Am Anfang war diese Debatte stark polarisiert, glaubenskriegsartig geführt, bevor es zu einer sachlichen und fachlichen Differenzierung auf der Basis der Erfahrun-

gen und weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse gekommen ist (Stöver 2005). Am Anfang schien die medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger für die einen Teufelswerk, »Kapitulation vor der Sucht«, »Teufel mit dem Beelzebub austreiben«, zu sein, während andere sie als ultimative Problemlösung des Heroinproblems ansahen. Rückblickend war es sicher richtig, diese Behandlung als kurz- oder mittelfristige Hilfe zur Abstinenz darzustellen, denn sonst wäre sie wahrscheinlich nie flächendeckend eingeführt worden. Wie tief sich diese Zielsetzung aber bei politisch Verantwortlichen sowie bei substituierenden Ärzt_innen festgesetzt hat, wird deutlich, wenn wir uns den nun schon 20 Jahre andauernden Prozess der Veränderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ansehen. Auch immer wiederkehrende Abstinenzforderungen von Behandler_innen sind ein Relikt der damals prognostizierten Abstinenzraten. Es galt also zu realisieren, was eine medikamentengestützte medizinische Behandlung überhaupt leisten kann. Sie kann die Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken (Überdosierung, HIV-/HCV-Infektionen etc.) erheblich senken, mit dem übergeordneten Ziel der Überlebenshilfe und der Verbesserung der Lebensqualität. Danach kann sie je nach individueller Lebenssituation zur gesundheitlich-sozialen Stabilisierung und gesellschaftlichen Re-Integration beitragen. Sie kann aber auch (lebensbegleitende) Basisbehandlung sein, in die noch nicht behandelte Abhängigkeiten von Substanzen wie Alkohol und/oder Benzodiazepinen, deren Konsum oft als »Beikonsum« bezeichnet wird, einbezogen werden. Trotz der erheblichen Erfolge einer medikamentengestützten Behandlung werden diese immer begrenzt bleiben, wenn die Behandlung

- zu hochschwellig organisiert ist und viele Menschen, die die Bedingungen (noch) nicht erfüllen können, ausschließt (z.B. Vergabe von Diamorphin bzw. Heroin nur bei Punktnüchternheit und mehrmalig täglicher Präsenz in der Ambulanz)
- nur zum Teil oder gar nicht jene erreicht, die von der Behandlung profitieren würden (Menschen mit erheblichem Mischkonsum und in nicht-stabiler gesundheitlicher und sozialer Lage)
- die nicht die breite Palette der zur Verfügung stehenden Medikamente nutzt
- die den Konsum anderer Substanzen, Verspätungen, ungebührliches Verhalten in der Praxis (Handynutzung, laute Unterhaltungen oder Streitigkeiten) versäumte Wochenendvergaben durch die Reduzierung der Dosis des Medikaments sanktioniert und versucht, Patient_innen so zu disziplinieren
- in bestimmten Settings in vielen Bundesländern kaum oder gar nicht vorhanden ist (Justiz-/Maßregelvollzug)
- oder eine Verschränkung mit vertiefenden therapeutischen Angeboten nur zu einem äußerst geringen Teil erfolgt (z.B. medizinische Rehabilitation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit).

Ähnlich komplex und dynamisch wie Patient_innen die Behandlung erleben (mit anfänglicher Euphorie und anschließender »Ernüchterung« nach einer teils als dramatisch erlebten Verbesserung des Allgemeinzustandes), ist die Pharmakotherapie selbst: das Medikament zu verabreichen ist das eine (notwendige), die psycho-sozialen Hilfen für die sehr belastete Patient_innenschaft das andere. Nur wenn beide Bestandteile der Behandlung miteinander verknüpft werden, kann die Behandlung ihr Potential entfalten. Das Medikament allein ist nicht alles, aber ohne das Medikament ist vieles nichts.

3 Versorgungsengpässe – Versorgungslängste

Trotz der beschriebenen und unstrittigen Erfolge der Substitutionsbehandlung sehen wir uns in Deutschland zusehends mit Problemen von Versorgungsengpässen konfrontiert. Insbesondere im kleinstädtischen und ländlichen Bereich ist bereits heute die Versorgung von Opioidkonsument_innen nicht mehr sichergestellt.

Während die Zahl der Patient_innen von 2003 bis 2016 um über 50% zugenommen hat, ist die Anzahl der Ärzt_innen in diesem Zeitraum auf dem geringsten Stand gesunken (2.607 bzw. 2.590; siehe Abb. 2) (vgl. Schäffer 2017). Dies bedeutet, dass die Anzahl der Patient_innen pro Ärzt_in stetig gestiegen ist, mit absehbaren Folgen für die Qualität der individuellen Behandlung. Wenn die Schere der Ärzt_in-Patient_in-Ratio immer weiter auseinandergeht (von 1:20 über 1: 30 im Jahre 2015), werden auch die lokalen Bedingungen einer Ärzt_innenpraxis verändert: die Anzahl der Patient_innen steigt, die Frequenz der Ärzt_innen-Patient_innenkontakte reduziert sich und es bilden sich vor den Praxen kleine »Szenen«. Bereits heute müssen Patient_innen (in der Regel ohne Führerschein und ohne Möglichkeit der Erstattung der Fahrtkosten) große Entfernungen überwinden, um zu ihren Ärzt_innen zu kommen. Die negative Berichterstattung in den Medien und die rigiden gesetzlichen und kassenrechtlichen Rahmenbedingungen tragen zusätzlich dazu bei, dass sich kaum neue und junge Mediziner_innen diesem Indikationsgebiet zuwenden.

Substituierende Ärzt_innen

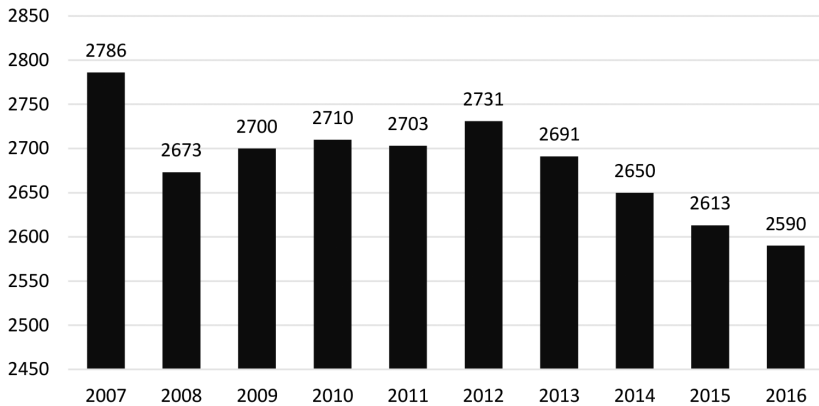


Abb. 2: Anzahl meldender, substituierender Ärzt_innen von 2002 bis 2016 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2017) eigene Darstellung

Die Tatsache, dass etwa 29% der aktuell substituierenden Ärzt_innen max. 3 Opioidabhängige behandeln dürfen, da ihnen die suchtmmedizinische Qualifikation fehlt, kann nicht zufriedenstellen. Diese Situation trägt in nicht unerheblicher Weise zur stetig steigenden Ärzt_in-Patient_in-Ratio mit allen beschriebenen negativen Folgen bei.

Erhebungen einiger Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) ergaben zudem ein Durchschnittsalter von 59 Jahren bei substituierenden Ärzt_innen. Vor dem Hintergrund, dass in den nächsten Jahren also viele aktuell substituierende Ärzt_innen aufgrund ihres Alters in den Ruhestand gehen, werden strategische Maßnahmen umso dringender erforderlich.

Voraussetzung zur Durchführung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger ist gemäß Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) die Erfüllung von »Mindestanforderungen an eine suchththerapeutische Qualifikation, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden«. Diese Qualifikation wird erworben mit der Zusatz-Weiterbildung »Suchtmmedizinische Grundversorgung« durch die Teilnahme an einem Kurs mit 50 Stunden, der von den Landesärztekammern durchgeführt wird.

Ein Blick in die Statistik macht deutlich, dass sich seit 2002 die Zahl der Ärzt_innen, die die Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung erworben haben von etwa 4.300 auf etwa 8.400 fast verdoppelt hat. Eigentlich ein positiver Trend – allerdings liegt die Motivation zum Erwerb dieser Qualifikation nicht darin begründet Heroinkonsument_innen zu behandeln, sondern sie stellt vielmehr eine erforderliche und attraktive Fortbildung z.B. für Kliniker_innen dar (siehe Abb. 3).

In der im März 2017 im Bundeskabinett verabschiedeten **Novellierung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV)** ist die Möglichkeit der Ausgabe des Substitutionsmedikaments auch in Alters-/Pflegeheimen durch Fachpersonal oder auch durch einen Fachpflegedienst vorgesehen, allerdings nur dann, wenn eine entsprechende **Vereinbarung** geschlossen wurde und eine fachliche Einweisung des Personals durch die substituierenden Ärzt_innen erfolgte:

»Der substituierende Arzt, der in der Einrichtung nicht selber tätig ist, hat mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung zu treffen. In dieser muss mindestens eine in der Einrichtung für die Substitution verantwortliche Person benannt werden. Darüber hinaus muss in der Vereinbarung auch festgelegt werden, wie vom substituierenden Arzt sichergestellt wird, dass das für das Überlassen des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch eingesetzte Personal fachlich eingewiesen wird und wie erforderliche Kontrollen durch den substituierenden Arzt durchgeführt werden« (BtmVV).

Dadurch wird voraussichtlich die Kontinuität der Behandlung – auch in Angeboten des Betreuten Wohnens in Alten- und Pflegeheimen – besser als bisher gesichert.

Mit der Novellierung wird weiterhin das bisher in der BtmVV festgeschriebene Abstinenzparadigma aufgehoben, das nicht mehr den internationalen Behandlungsstandards entsprach, und die vorliegende wissenschaftliche Evidenz, die die Opioidabhängigkeit als chronische Erkrankung einstuft, missachtete. Bisherige Strafandrohungen und enormer bürokratischer Aufwand tragen maßgeblich dazu bei, dass sich wenig Mediziner_innen von diesem Indikationsgebiet angesprochen fühlen. Potenzielle Behandler_innen hegen zudem Vorurteile gegenüber der Patient_innengruppe. Die fehlende Bereitschaft eine langjährige Beziehung zu Opiatabhängigen mit vielfach täglichen Kontakten in der Ärzt_innenpraxis aufzubauen, ist ein weiterer Grund für die Stagnation der Ärzt_innenzahlen.

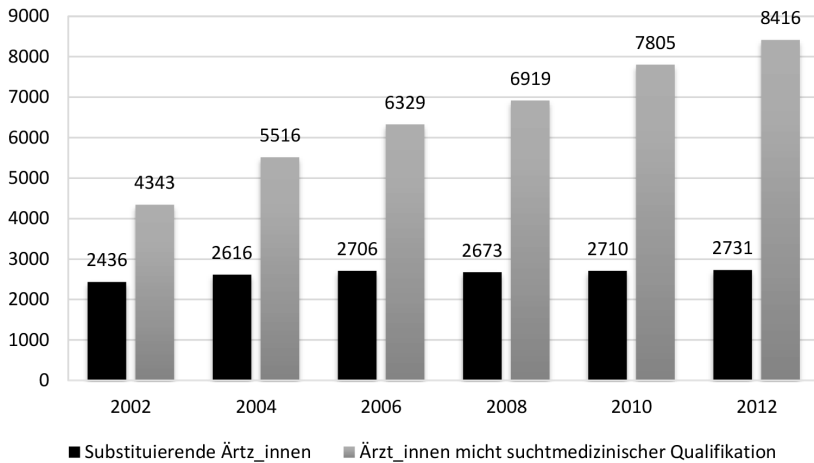


Abb. 3: Zahl der substituierende Ärzt_innen und der Ärzt_innen mit suchtmmedizinischer Qualifikation (Drogen und Suchtbericht 2013) eigene Darstellung

4 Die Substitutionsbehandlung – auch in Haft ein wichtiger Baustein der Suchttherapie

Eine wesentliche Erweiterung des therapeutischen Spektrums in der Behandlung Opioidabhängiger ist durch die Substitutionsbehandlung erreicht worden. Sie kann seit ihrer Einführung eine erhebliche Reduktion des Konsums illegaler Opioide, Erfolge bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage und bei der sozialen Stabilisierung vorweisen. OST kann dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Es gibt Hinweise darauf, dass OST sich auch günstig auf kriminelles Verhalten auswirkt und drogenbedingte Bestrafungen, kriminelles Verhalten und damit das Risiko einer erneuten Inhaftierung reduziert, ebenso wie die Verstrickung in intramurale Subkulturen und die Wahrscheinlichkeit nach der Haftentlassung gegen Bewährungsaufgaben zu verstoßen. Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben, sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben, v.a. bei OST in Verbindung mit einer Psychosozialen Begleitung (PSB), und dort auch länger verweilen sowie unter aufrechterhaltender OST generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen bzw. erst später rückfällig werden als nicht Substituierte. Zusätzlich zu all diesen Vorteilen verhindert die Fortsetzung einer in Freiheit begonnen OST einen Anstieg von Hepatitis C-Neuinfektionen in Haft.

5 Diskontinuität der Substitutionsbehandlung – das Beispiel Bayern

Der Europäische Menschengerichtshof befasste sich mit dem Fall eines langjährig heroinabhängigen Mannes, der seit 1975 an einer Hepatitis C Infektion leidet und seit 1988 HIV-positiv ist, und dem, trotz 17-jähriger Opioid-Substitutionstherapie (OST), diese Behandlung bei Haftantritt in einer bayrischen Justizvollzugsanstalt (JVA Kaisheim) verwehrt wurde. Den Empfehlungen eines 2010 erstellten externen internistischen Konsils, die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung zu überdenken, folgte der Anstaltsarzt nicht (vgl. Stöver, Knorr, Schäffler 2017).

Der Antrag des Klägers auf Behandlung mit Substitutionsmedikamenten wurde von der Anstalt abgelehnt. Die Justizvollzugsbehörde hielt die Substitutionsbehandlung weder für notwendig noch geeignet. Auch in einem ähnlich gelagerten Fall entschied die JVA Kaisheim in gleicher Weise. Beide Gefangenen beschritten den Klageweg. Die Beschwerde wurde in beiden Fällen sowohl vom Landgericht Augsburg als auch vom Oberlandesgericht München verworfen. Dabei ließen die Begründungen an einer besonderen Kenntnis in der Behandlung Drogenabhängiger zweifeln und drückten eine Haltung gegenüber suchtmittelabhängigen Menschen aus, die überdenkenswert erscheint, denn, so das Gericht, »der nicht therapierbare Kläger mit seiner antisozialen Persönlichkeit solle die einmalige Chance nutzen und sich in dem drogenfreien Raum von seiner Sucht befreien«, »Wer in diesem Verbund von Beratungs- und Behandlungsangebot in Verbindung mit einer nahezu lückenlosen und engmaschigen Kontrolle illegale Drogen konsumiert, sucht bewusst die Illegalität...« und »Wer wie der Ast [Antragsteller] durch jahrzehntelange Resistenz gegenüber jedweder Therapiemaßnahme sein völliges Desinteresse an einer therapeutischen Aufarbeitung seiner kriminalitätsmitbegründenden Suchtproblematik offenbart, kann nicht erwarten, dass die Vollzugsbehörde verpflichtet wäre, ihm die Zeit seiner Inhaftierung mit Drogensatzstoffen zu »überbrücken« [...].«. Das Bundesverfassungsgericht lehnte am 10. April 2013 die Annahme der Verfassungsbeschwerde einer der Gefangenen ab. Der Betroffene wandte sich daraufhin erfolgreich an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR). In seiner Beschlussbegründung führte der EGMR am 1.9.2016 aus, dass in 41 der 47 Mitgliedstaaten des »Council of Europe (CoE)« Opioid-Substitutionsprogramme in Freiheit, in 30 von 47 auch in Haft existieren. Er entschied nicht, ob der Antragsteller tatsächlich eine OST benötigte, betonte aber die Notwendigkeit, dass zur Sicherung der erforderlichen medizinischen Behandlung durch die zuständigen Behörden ein unabhängiger Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Opioidabhängigkeit hinzuzuziehen ist. Darüber hinaus stellte der EGMR fest, dass eine Abstinenztherapie einen radikalen Wechsel in der medizinischen Behandlung

des Antragstellers bedeutet hätte. Der EGMR begründete dies damit, dass laut der Ärzte in der vorangegangenen Entziehungsanstalt diese Therapieform versagt hat. Der EGMR war nicht überzeugt, dass der Antragsteller eine umfassende und angemessene medizinische Behandlung im Vollzug – vergleichbar mit einer in Freiheit durchgeführten Behandlung – erfahren hatte.

Etwa 30% aller männlichen und mehr als 50% aller weiblichen Gefangenen sind intravenös konsumierende Drogenabhängige oder zumindest konsumervfahren. Dass diese Schätzungen eher konservativ sind, zeigen in einzelnen Bundesländern durchgeführte Untersuchungen, nach denen etwa jede_r zweite Gefangene als »drogengefährdet«, jede_r Dritte als »therapiebedürftig« angesehen wird [1]. Gegenwärtig muss man bei etwa 63.600 Straf- und Untersuchungsgefangenen [2] querschnittlich von ca. 15.000 (13.140-17.760) Opioidkonsumierenden bzw. -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregel, Polizeiarrest) – berücksichtigt man die Fluktuation im Vollzug, dann im Verlaufe eines Jahres von etwa doppelt so vielen. Etwa jeder Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 150.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert. Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsument_innen im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen.

6 Mortalitätsrisiken nach Haftentlassung

Mortalitätsrisiken bestehen insbesondere unmittelbar für Menschen nach Haftentlassung. Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach erzwungenen Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Nach längeren Abstinenzphasen, wie zum Beispiel bei einem Haftaufenthalt üblich, steigt das Risiko einer Überdosierung an. Laut Schätzungen der WHO (WHO Regional Office for Europe 2012) sterben ca. 20% aller sogenannten Drogentoten aufgrund eines Rückfalls aus »erzwungener Abstinenz«. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumierende harter Drogen ist die Phase nach Entlassung aus der Haft. Besonders die ersten sieben Tage nach Entlassung unterliegen nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind. Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten und zweiten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4-7 fach erhöht beschrieben). Das Risiko sinkt wöchentlich um 50% ab und stabilisiert sich nach vier Wochen (WHO Regional Office for Europe 2012; Stöver und Hariga

2015). Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle in den 2 Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13%). Ein solcher Abgleich wird allerdings nicht systematisch durchgeführt. Es wird davon ausgegangen, dass zu den typischen Umständen des Drogentodes kurz nach Haftentlassung intravenöser Konsum, prekäre Wohnumstände, Arbeitslosigkeit, psychiatrische Komorbidität mit Suizidalität gehören. In einer bereits länger zurückliegenden Analyse der Hafterfahrung von Drogentodesfällen aus dem Zeitraum 1990 bis 1997 in Hamburg zeigten sich assoziiert mit einem zeitnahen Tod nach Gefängnisaufenthalt im Vergleich zu späteren Todesfällen die Faktoren jüngeres Lebensalter bei Haftende, häufige Haftaufenthalte in der Vorgeschichte, hohe Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes (Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I. & Püschel, K. 2002).

Marsden u.a. (2017) fanden in ihrer groß angelegten Studie heraus, dass das Verbleiben in und die Kontinuität einer Substitutionsbehandlung (orales Methadon oder Buprenorphin) in und nach einer Haft eine sehr effektive Behandlung zur Mortalitätsprophylaxe darstellt: Die Mortalitätsrate in den ersten vier Wochen nach Haftentlassung konnte um 75% reduziert werden.

7 Legale Zugänge zu Opiaten – Substitutionsbehandlung und Diamorphinvergabe – die Patient_innensicht fehlt!

Eine im Jahr 2011 durch den JES Bundesverband und der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführte Befragung bei 702 Substitutionspatient_innen ergab, dass 24 % der Befragten nicht das Medikament ihrer Wahl erhalten. Bei 23 % waren nach Einschätzung der Befragten finanzielle Gründe dafür ausschlaggebend, dass ihnen das Medikament ihrer Wahl nicht verabreicht wurde oder ihrer Bitte nach Medikamentenwechsel nicht entsprochen wurde.

Trotz einer gesteigerten Medikamentenpalette werden in Deutschland nach wie vor 46,1% Opiatkonsument_innen mit Methadon behandelt. Liegt dies an dem bevorzugten Wunsch der Patient_innen? Möglicherweise liegt es auch an der mangelnden Auswahlmöglichkeit in den Praxen substituierender Ärzt_innen.

Die Praxis zeigt, dass viele Ärzt_innen nur jene Medikamente vorhalten, die sie durch langjährige Verordnungen gut kennen oder die ohne Probleme erstattet werden. Die heute zur Verfügung stehende Bandbreite an unterschiedlichen Medikamenten wird hingegen nur sehr selten im Sinne der Patient_in genutzt. Mit diesem Vorgehen wird eine individualisierte medikamentengestützte Behandlung verweigert. Anstatt wie bei allen anderen Erkrankungen dem Grund-

satz zu folgen, dass das Medikament zur Patient_in passen muss, soll bei der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger die Patient_in zum vorgehaltenen Medikament passen.

Aus Sicht der Patient_innen ist die Substitution tatsächlich oftmals ein notwendiges Übel, das in Kauf genommen wird, um das Leben einigermaßen im Griff zu behalten. Warum wird sie als Übel empfunden? Zwar ist die Substitution legal, und für Drogengebrauchende oftmals der einzige Weg, sich aus dem Dunkel der Illegalität herauszubewegen. Die Gründe hierfür mögen unterschiedlich sein – Krankheit, drohende Inhaftierung, körperlicher Verfall, finanzielle Gründe –, für viele ist das Ergebnis jedoch ähnlich. Die Vorstellungen, mit denen eine Substitutionsbehandlung begonnen wird, bewahrheiten sich nicht immer und die Enttäuschung bei den einzelnen Personen ist groß.

Vor Beginn der legalen Behandlung muss der_die Patient_in bis dato fremde Behandler_innen von der Schweigepflicht entbinden. In allen anderen Ärzt_in-Patient_innenbeziehungen stellt die Schweigepflicht ein unantastbares Gut dar. In zu unterschreibenden Behandlungsverträgen finden sich Punkte, die auf den Verzicht von Gewalt gegen Praxismitarbeitende hinweisen und mit dem sofortigen Abbruch der Behandlung drohen.

Hinzu kommt, dass für viele Opiatkonsumierende die Substitutionsbehandlung mit einer Vielzahl von Regeln, Pflichten, Kontrollen und Gesprächen eine Art Abenteuer ist, auf das sie sich trotz langjähriger Erfahrungen von Ausgrenzung, Kriminalisierung und Verfolgung und sozialer Isolation einlassen.

Der Grund hierfür ist, dass es oftmals keine Alternative zur verschreibenden Ärzt_in gibt. Im Verlauf der Behandlung zeigt sich dann, dass sie schnell am Regelwerk scheitern. Trotz der Tatsache, dass die meisten Opioidabhängigen auch andere Substanzen, wie z.B. Alkohol, Kokain oder Benzodiazepine missbräuchlich oder abhängig konsumieren, wird nach kurzer Zeit der völlige Verzicht dieser Stoffe verlangt. Jeder weiß, dass die zur Behandlung der Opioidabhängigkeit eingesetzten Medikamente eben nur das Verlangen nach Opioiden stillen. Das Verlangen nach Kokain, die unerträglichen Entzugserscheinungen bei nicht ausreichendem Konsum von Benzodiazepinen bleiben hingegen bestehen und werden vielfach nicht behandelt. Der Konsum von Benzodiazepinen und von Kokain ist unvermeidbar. Der nächste Besuch in der Praxis fordert die obligatorische Urinkontrolle. Aus Sicht der Patient_innen erinnern die Bemühungen um die Erlangung von Urin, Blut oder Speichel an oftmals erlebtes kriminalistisches Verhalten. Kapillarblut, Spucktests, DNA-Analysen und alles gipfelt in der videoüberwachten Urinkontrolle, ein Vorgang der datenschutzrechtlich, aber vor allem ethisch unhaltbar ist und gegen die Menschenwürde verstößt.

Es kommt wie es kommen musste: Die Urinkontrolle ist positiv und enttäuschte Blicke des Praxispersonals und der behandelnden Ärzt_in sind noch erträglich, aber die folgenden Sanktionen mit denen Patient_innen diszipliniert werden sollen, lassen bekannte Gefühle der Ablehnung und Bestrafung wiederkehren. Wen wundert es, dass unter diesen Bedingungen, die zarten Pflanzen mit den Namen »Vertrauen und Sicherheit« wieder wie Staub zerfallen.

Spätestens an dieser Stelle muss jedem klar werden, dass die medikamentengestützte Behandlung der Opioidabhängigkeit auch nach 30 Jahren den Charakter einer Sonderbehandlung hat und von einer normalen Krankenbehandlung weit entfernt ist. Wird Frau Müller bestraft, wenn sie einen Arztbesuch auslöst, weil sie z.B. heute nicht so gut zu Fuß ist oder Herr Peters als Diabetiker mit hohen Zuckerwerten in die Praxis kommt, weil er der Sonntagstorte nicht widerstehen konnte?

Patientenvertreter_innen, Interessenvertretungen und Fachverbände haben keine nicht-realisierbaren Forderungen. Wenn opioidabhängige Frauen und Männer in der medikamentengestützten Behandlung der Opioidabhängigkeit das gleiche Maß an Empathie, Vertrauen und Respekt entgegengebracht würde wie Herrn Peters und Frau Müller, wäre ein wichtiger Schritt getan.

Urinkontrollen unter Sicht oder gar per Video und die Inspektion des Mundraums nach Einnahme des Medikaments zeigen, dass auch viele Suchtmediziner_innen ihren Patient_innen nicht trauen. Die Meinung, dass Substituierte grundsätzlich lügen und betrügen und ihnen kein Vertrauensvorschuss gewährt werden sollte, ist vielerorts zu finden.

Während einer medikamentös unterstützten Suchttherapie kommt es nicht selten zum Beikonsum legaler oder illegaler Substanzen. Während ein Teil der Substituierten es schafft, ohne weiteren Substanzkonsum auszukommen, konsumieren andere weiterhin regelmäßig andere Substanzen. Bei anhaltendem zusätzlichem Konsum sollte gemeinsam mit der Ärzt_in überlegt werden, ob vielleicht die Dosierung des Suchtmedikaments erhöht werden kann.

Mit Rückschritten muss umgegangen werden. Nur ist der derzeitige Umgang mit den sogenannten »Rückfällen« der wahre?

Die Ziele der substitutionsgestützten Behandlung liegen doch nicht nur in der Abstinenz, vielmehr sind

- ein risikoarmer Konsum psychoaktiver Substanzen,
- die Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes und der sozialen Integration,

- die Distanzierung von der Drogenszene und
- die Verhinderung der Beschaffungskriminalität sinnvoll und anzustreben.

Es wundert nicht, wenn unter all den genannten Bedingungen für viele die Substitution nur ein notwendiges Übel ist. Der Zugang zur opiatgestützten Behandlung kann noch so legal sein, attraktiv ist er auf keinen Fall. Vielleicht muss Behandlung auch nicht immer attraktiv sein, aber sie sollte auf jeden Fall würdevoll und respektvoll sein. Substituierte Patient_innen wünschen sich, dass man sie als mündige Patient_innen behandelt und ihnen respektvoll begegnet. Noch ein kurzer Blick auf ein weiteres legales Medikament zur Substitutionstherapie: Von 2002 bis 2007 fand die diamorphingestützte Behandlung als Modellprojekt in 7 deutschen Städten statt. 2009 wurde diese Behandlung in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen. Seit 2010 gibt es die »Diamorphingestützte Substitution Opiatabhängiger« auf Kosten der GKV – also seit ca. 5 Jahren. Aber es gibt nur etwa 470 Patient_innen, die sich für diese Art von Substitution entschieden haben. Warum so wenige? Die Behandlungsform bzw. das Substitut könnte sicher für einige hundert bis tausend Patient_innen **mehr** attraktiv sein – wenn eine alternative Konsumform möglich wäre (z.B. oral).

Gerade diejenigen, die lange Jahre konsumiert und intravenösen Gebrauch praktiziert haben, sind meist nicht mehr in der Lage Venen zu finden. Sie sind oftmals schon lange auf eine andere Konsumform umgestiegen und müssten für eine Aufnahme im Diamorphinprogramm wieder zur Spritze greifen. Undenkbar! Auch die fehlende Take Home Regelung ist für viele ein Grund mehr sich gegen diese Behandlungsform zu entscheiden. Da nutzt auch keine Legalität etwas, wenn nicht endlich attraktivere Behandlungssettings geschaffen werden.

8 Medizinische Rehabilitation

Der Beginn einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke nach Haftentlassung gestaltet sich für viele ehemalige Gefangene schwierig. So ergab eine Umfrage in stationären Suchthilfeeinrichtungen, dass ein Großteil der gerade Entlassenen keinen Krankenversicherungsschutz aufwies (Bürkle, Koch, Leune, Weissinger & Wessel 2010): In den befragten Einrichtungen (n=141) kamen knapp 30% der Patient_innen aus dem Indikationsbereich Drogen direkt aus der Haft. Über 75% von ihnen waren ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf bei der Regelung des therapiebezogenen Übergangs zwischen Haft und Freiheit. Und einige Veränderungen zeichnen sich bereits ab: Beispielsweise haben drogenabhängige Gefangene seit einem Beschluss des Sozialgerichts Fulda

vom November 2010 Anspruch auf die feste Zusage der Kostenübernahme einer Drogentherapie durch die Rentenversicherung (Agence France-Press (AFP) 2010). Dies gilt, wenn eine vorzeitige Haftentlassung von der Zusicherung des Therapieplatzes abhängt.

Auch in einzelnen Bundesländern gibt es Bemühungen, den Übergang zwischen Haft und Freiheit bzgl. Gesundheitsversorgung zu optimieren. So gibt es in Hessen seit Oktober 2011 eine Integrationsvereinbarung, deren Ziel es ist, zum Zeitpunkt der Entlassung eines Strafgefangenen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine geordnete Reintegration in die Gesellschaft geschaffen zu haben. Beispielsweise sollten zu diesem Punkt die Sozialleistungen geklärt sein (Kötter 2010). Auch in Nordrhein-Westfalen besteht seit April 2011 eine Rahmenvereinbarung zum sogenannten Übergangsmanagement für suchtkranke Gefangene. Sie sichert suchtkranken Gefangenen ein umfassendes Hilfe- und Beratungsangebot zu, um sie besser vor den Gefahren eines Rückfalls zu schützen (Justizministerium Nordrhein-Westfalen 2011).

Laut Antwort des niedersächsischen Landtags vom August 2010 auf eine große Anfrage (Drucksache 16/2755) sind die Mitarbeiter_innen des Sozialdienstes in Niedersachsen im besonderen Maße in die Aufgaben der Entlassungsvorbereitung eingebunden (Niedersächsischer Landtag 2010). Seit dem Jahr 2012 erhält der Kriminologische Dienst in Niedersachsen Daten zu verschiedenen Strategien und Maßnahmen, die den Übergang von der Haft in die Freiheit erleichtern und eine Eingliederung fördern sollen. Darüber hinaus ist die Evaluation einer Trainingsmaßnahme geplant, die drogenabhängige Inhaftierte auf eine stationäre Drogenentwöhnung (im Rahmen des § 35 BtMG) vorbereiten soll. Ergebnisse hierzu liegen gegenwärtig (Oktober 2012) noch nicht vor. Das in Baden-Württemberg ins Leben gerufene Nachsorgeprojekt »Chance« wendet sich an Straftatklasse ohne Bewährungshelfer_innen und bietet den Teilnehmenden sowohl vor als auch bis zu sechs Monate nach der Entlassung eine intensive Betreuung an (Institute für Kriminologie der Universitäten Heidelberg und Tübingen 2010). In Bayern hat die Arbeitsgruppe »Übergangsmanagement« aus dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz empfohlen, suchtkranke Gefangene zu einer an den Justizvollzug anschließenden Langzeittherapie zu motivieren und zu befähigen (Arbeitsgruppe »Übergangsmanagement« 2012). Ergänzt werden diese Maßnahmen durch Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zum Thema »Drogenmissbrauch«. Die Aufklärung über die medizinischen und sozialen Folgen des Missbrauchs bezieht auch solche Gefangene mit ein, die bisher keine oder nur wenig Erfahrung mit Drogen haben oder gefährdet erscheinen. Die Arbeitsgruppe geht des Weiteren davon aus, dass die Entlassungsvorbereitung bei denjenigen Gefangenen als gut bezeichnet werden kann, die Kontakt mit der externen Suchtberatung oder den Fachdiensten der

Anstalten haben. Letztlich geht es an dieser Stelle aus Sicht der Arbeitsgruppe vor allem darum, auch diejenigen Gefangenen mit Suchtproblematik zu erreichen, die während ihrer Inhaftierung keinen Kontakt zu externer Suchtberatung, Fachdiensten der Anstalt oder sonstigen externen Beratungsstellen aufnehmen.

9 Naloxon

Der Opiatantagonist wird seit über vier Jahrzehnten sehr erfolgreich in der Notfallmedizin eingesetzt, um Auswirkungen von Opiatüberdosierungen innerhalb von Minuten aufzuheben. Er normalisiert Atmung, Pupillengröße und Bewusstseinszustand und seine Anwendung ist sowohl intravenös und intramuskulär als auch subkutan sowie intranasal – derzeit als Off-Label-Use – möglich.

Erfolgreiche Implementierung von Take-Home Naloxon-Programmen in über 20 Ländern weltweit

Da viele Überdosierungen im privaten Raum unter der Anwesenheit von anderen Drogengebrauchenden, Familie, Freund_innen oder Bekannten passieren, wurden bereits Mitte der 1990er Jahre erste Take-Home Naloxon-Programme in den USA implementiert, in denen das lebensrettende Medikament nach einer Drogennotfallschulung an potenzielle Ersthelfende – medizinische Laien – abgegeben wird. Diese können mit der Naloxongabe im Notfall die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungswagens überbrücken. Seitdem wurden weltweit in über 20 Ländern Naloxon-Programme vor verschiedenen rechtlichen Hintergründen, in verschiedenen Modellen und durch unterschiedliche Finanzierungen (staatlich und privat) implementiert.

WHO und EMCDDA empfehlen Abgabe von Naloxon an medizinische Laien

Mittlerweile zeigen viele wissenschaftliche Forschungen (Dichtl/Stöver 2015), dass eine adäquate und sichere Anwendung von Naloxon unter geringen und seltenen Nebenwirkungen durch medizinische Laien möglich ist. Die nasale Verabreichung wird inzwischen von vielen Projekten präferiert, da diese mit weniger Risiken verbunden und nachgewiesenermaßen in der Wirkung mit der intramuskulären und intravenösen Verabreichung vergleichbar ist. Zudem gibt es erste Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Ausweitung von Naloxon-Programmen und einem Rückgang opioidbedingter Todesfälle aufzeigen. Aufgrund dessen wird die Abgabe von Naloxon an Drogengebrauchende und an

Personen ihres alltäglichen Umfelds von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausdrücklich empfohlen.

Auch in Deutschland ist die Verschreibung von Naloxon an medizinische Laien möglich.

Eine Verschreibung von Naloxon auf Privatrezept an opiatgebrauchende Menschen ist nach Erfüllen der Aufklärungs- und Informationspflicht bei Einhaltung der allgemeinen Regeln des Arzneimittelrechts sowie der ärztlichen Berufsordnung standesrechtlich unbedenklich. § 34 StGB (»Rechtfertigender Notstand«) deckt zudem die Anwendung von Ersthelfenden im Notfall.

Aktuell existieren in Deutschland vier Naloxon-Projekte, bei Fixpunkt e.V. in Berlin, Condrops München, JES Köln sowie bei der Integrativen Drogenhilfe e.V. in Zusammenarbeit mit der Malteser Suchthilfe in Frankfurt am Main, die das Notfallmedikament nach einer Drogennotfallschulung an Opiatgebrauchende vergeben. Die Schulung umfasst Themen wie Überdosierungsrisiken und deren Vermeidung, Anzeichen einer Opiatüberdosierung, die Wichtigkeit des Notrufs, die Wirkungsweise von Naloxon, seine Indikation und Anwendung sowie Praxisübungen zur Beatmung. Im Anschluss wird Naloxon an die Teilnehmenden verschrieben und ein Naloxon-Kit an diese ausgegeben. Inhalte eines Kits sind Naloxon-Ampullen, Verabreichungsutensilien (Spritze, Kanüle, Nasalapplikator) sowie teilweise Beatmungstücher und Einmalhandschuhe. Sein Preis beläuft sich in Deutschland auf ca. 20-25 Euro pro Komplett-Kit.

Vergabe von Naloxon muss auch in Deutschland Teil der Regelversorgung werden!

Obwohl nichts mehr dagegen spricht, ist Naloxon trotz der zahlreichen internationalen Empfehlungen in Deutschland nur sehr wenigen drogengebrauchenden Menschen zugänglich. An den Schnittstellen von Konsumbiographien – etwa nach einem Gefängnisaufenthalt, einem Therapieabbruch oder einer Entgiftung – ist die Implementierung aufgrund des hohen Überdosierungsrisikos besonders wichtig. Die flächendeckende Einführung von Take-Home Naloxon-Programmen könnte eine nachgewiesenermaßen wirksame Strategie im Kampf um (Über-)Leben sein und ihr Potential vor allem in der Ergänzung zu schadensminimierenden Strategien wie Drogenkonsumräumen und Substitutionsbehandlung entfalten.

Was fehlt sind allerdings klare politische Aussagen zum Nutzen von Naloxon! Und letztlich auch die Änderung, dass Naloxon apothekenpflichtig, aber nicht mehr verschreibungspflichtig ist, wie der Bundesverband (der akzeptierenden Eltern ... usw.) gefordert hat/fordert. Dass es ohne Rezept geht, zeigt die Praxis in Italien.

10 Fazit

Dank Einführung und Ausbau der Substitutionsbehandlung, Drogenkonsumräumen, leichte 24h, 7/7 – Zugänglichkeit zu Injektionsutensilien, Veränderung der Konsummuster von injektiv zu inhalativ, und weiteren niedrigschwelligen Hilfeangeboten konnten die tödlichen Ausgänge von Opiatintoxikationen in den letzten zwanzig Jahren in Deutschland um ca. die Hälfte verringert werden. Das sind Erfolge – dennoch könnten die bestehenden Angebote erheblich verbessert werden (v.a. Kontinuität der Opiodsubstituitionsbehandlung, Steigerung Patient_innenzahl etc.). Ferner könnten ca. zwei Drittel der Todesfälle durch die rechtzeitige Gabe von Naloxon durch Anwesende verhindert werden. Als wesentliches Element einer Mortalitätsprophylaxe muss der Einsatz von Naloxon angesehen werden: Und zwar in allen Kontakten und Hilfeangeboten für Opioidabhängige. Darüber hinaus sollte Drogennotfallprophylaxe ein selbstverständlicher Teil professioneller Ausbildung und fachlicher Standards in allen Segmenten der Drogenhilfe werden: Abbruch/Entlassung (aus) der stationären Langzeittherapie, Entlassung aus der Haft, in Drogenkonsumräumen, Kontaktläden, Beratungsstellen in der psycho-sozialen Betreuung Substituierter – überall sollte der Kontakt genutzt werden, um Menschen auf die Prävention von Überdosierungen mit einer Schwarzmarktdroge anzusprechen. Die Forderung müsste sein, dass in jedem Haushalt, in dem ein_e Drogenabhängige_r lebt, ein Naloxon-Kit zur Verfügung steht und Partner_innen, Familienangehörige, Kinder, Freund_innen in der Applikation geschult sind.

Literatur

- Agostini, R. (2005): Substitutionsbehandlungen im Rahmen stationärer Therapie. In: Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.): 20 Jahre Jahre Substitution in Deutschland – eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft. Lambertus. akzept e.V. (2010). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2010 in Berlin. Berlin.
- akzept e.V. 2012 (Hrsg.): Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin. Berlin: Selbstverlag.

- Agence France-Press (AFP) (2010): Sozialgericht stärkt drogenabhängige Häftlinge. Therapie-Träger muss zur vorzeitigen Haftentlassung beitragen. Zugriff am 04.04.2017 unter <http://www.123recht.net/article.asp?a=79796&cccheck=1>.
- Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV).
- Bürkle, S.; Koch, A.; Leune, J.; Weissinger, V.; Wessel, T. (2010): Krankenversicherungsschutz nach der Haft. Beim Übergang in die medizinische Rehabilitation stehen viele Haftentlassene ohne KV-Schutz da. In: Konturen (6).
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2017): Bericht zum Substitutionsregister. Berlin.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2016): Rauschgiftlagebericht 2016.
- Busch, Martin; Haas, Sabine; Weigl, Marion; Wirl, Charlotte; Horvath, Ilonka; Stürzlinger, Heidi (2007): Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. DIMDI. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland.
- Cousto, H. (2014): 2013 wieder mehr Drogentote In: taz.blogs 17.4.2014. Online verfügbar unter <http://blogs.taz.de/drogerie/2014/04/17/2013-wieder-mehr-drogentote/>. Letzter Zugriff am 04.04.2017.
- Deimel, D., Gerlach, R., Stöver, H. (2015): Psycho-soziale Betreuung von Menschen in Substitutionsbehandlung – welchen Stellenwert hat die sozialpädagogische Arbeit in Aus- und Fortbildungscurricula? In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation (Sonderheft). 28. Jg. 2015, Heft 1 (95), S. 64-69.
- Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitutionsbehandlungen in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft. Lambertus: Freiburg.
- Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.) (2009): Psycho-soziale Betreuung: Zur Praxis und Bedeutung psycho-sozialer Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus.
- Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I. & Püschel, K. (2002): Haftentlassung als Risikoz Zeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. In: Suchttherapie 3 (3), S. 162–167.
- Höfelbarth, S., Eppler, N., Kuplewatzky, N., Stöver, H.; Vogt, I. (2011): Problemlagen und Hilfebedarf älterer Drogenabhängiger. In: Suchttherapie 2011; S. 12-21.
- JES-Bundesvorstand (2017): Mehr Substituierte und weniger Ärzte denn je – droht eine Versorgungskrise?. In: Drogenkurier. Magazin des JES-Bundesvorstandes, März 2017, Nr. 109, S. 5-7
- Justizministerium Nordrhein-Westfalen (2011): Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen, und dem Städtetag NRW, dem Landkreistag NRW, dem Städte- und Gemeindebund NRW sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen über Grundsätze für das Übergangsmanagement im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener. Düsseldorf: Justizministerium Nordrhein-Westfalen.

- Marsden et al. (2017): Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England. *Addiction Research Report*. doi: 10.1111/add.13779.
- Michels, I.I.; Sander, G.; Stöver, H. (2009): Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt* 52, S. 111–121.
- Niedersächsischer Landtag (2010): Antwort auf eine Große Anfrage. Drucksache 16/2755
- Scherbaum, N., Specka, M., Hauptmann, G., Gastpar, M. (2002): Senkt die Methadonsubstitutionsbehandlung die Mortalität Opiatabhängiger? *Fortschr Neurol Psychiatr*; 70(9): 455–461 DOI: 10.1055/s-2002-33758. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
- Stöver, H. (2005): Substitutionsbehandlung in Europa. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): 20 Jahre Substitutionsbehandlungen in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft. Lambertus: Freiburg.
- Stöver, H., Gerlach, R. (2010): Geschichte und aktuelle Problembereiche der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Vom »Glaubenskrieg« zur Standardtherapie. In: *Konturen* 8, 2/2010, S. 8–13.
- Stöver, Knorr, Schäffler (2017): Substitutionsbehandlung, Gefängnis und Menschenrecht. In: *suchttherapie*, 2017, S. 18ff.
- WHO Regional Office for Europe (2012): The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 01.09.2016.

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen im Lebenslauf im gesellschaftlichen Kontext

Irmgard Vogt

Der Ansatz der Lebenslaufforschung und der Einstieg in den Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen

Kulturelle Gebräuche steuern den Einstieg in den Konsum von alkoholischen Getränken. Das lässt sich zum Beispiel daran ablesen, dass es in einer Reihe von Europäischen Ländern toleriert wird, dass Jugendliche im Alter von 13 bis 15 Jahren ihre ersten eigenen Erfahrungen mit alkoholischen Getränken machen. In den USA ist der Konsum von alkoholischen Getränken in der Jugend (bis zum 18. bzw. 21 Lebensjahr) tabuisiert, findet aber dennoch statt (Patrick & Schulenberg 2014). In vielen Europäischen Ländern und vor allem in den USA ist man weniger tolerant gegenüber dem Konsum von Tabakwaren im Jugendalter. Am geringsten ist die Toleranz gegenüber dem Konsum von psychoaktiven Substanzen, mit denen der Handel verboten ist, also von Cannabis (und seiner Produkte wie Haschisch, Marihuana, THC-Öl, E-Joints usw.), von Heroin, Kokain und vielen anderen Stoffen (im Folgenden: Straßendrogen).¹ Die Hintergründe, die dazu geführt haben, dass einige Substanzen wie z.B. alkoholische Getränke für Jugendliche in europäischen Ländern relativ leicht erreichbar sind, reichen historisch weit zurück (Spode 1993). Im Vergleich dazu hat das Verbot des Handels mit Substanzen wie Cannabis, Heroin und Kokain eine eher kurze Entwicklung; es reicht gerade einmal gut 100 Jahre zurück. Allerdings zeichnen sich seit ca. 15 Jahren Veränderungen ab, die sich in erster Linie auf Cannabis und seine Produkte beziehen. Immer mehr Staaten gehen dazu über, den Konsum von Haschisch bzw. Marihuana von Erwachsenen in gewissen Grenzen zu tolerieren. In einigen US-Staaten ist das Handelsverbot ganz aufgehoben. Da es sich nicht um eine US-Bundesregelung handelt, kann die Zentralregierung diese Entwicklung stoppen und zurückdrehen.

Diese Hinweise zeigen bereits, dass hinsichtlich der Regelungen im Umgang mit Straßendrogen einiges in Bewegung geraten ist. Das liegt auch daran, dass immer offensichtlicher wird, dass Handelsverbote von ausgewählten psychoaktiven Sub-

¹ In den USA regeln sehr strenge Jugendschutzgesetze auch in den Bundesstaaten, die den Handel mit Cannabis-Produkten legalisiert haben, den Zugang von Jugendlichen zu diesen Produkten. Die Toleranz hinsichtlich des Konsums von Cannabis-Produkten von Jugendlichen unter 18 bzw. 21 Jahren ist so gering wie hinsichtlich des Konsums von alkoholischen Getränken.