Humanistische Union

Die Substitutionsbehandlung

Die Veränderungsresistenz des Strafvollzugs als Gefahr für Grund- und Menschenrechte der Gefangenen*

In: vorgänge Nr. 234 (2/2021), S.43 - 56

*Wie weit gesetzlicher Anspruch und Realität des Strafvollzugs auseinanderklaffen, zeigt sich auch in der gesundheitlichen Versorgung der Gefangenen. Die Autor*innen des folgenden Beitrags verdeutlichen dies am Beispiel der Substitutionsbehandlung, die in Deutschland keineswegs flächendeckend, in manchen Bundesländern gar extrem selten angeboten wird. Vielerorts werde noch auf das (als überholt geltende) Abstinenzkonzept gesetzt, den Gefangenen eine leidmindernde, zeitgemäßen medizinischen Standards entsprechende Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit im Strafvollzug vorenthalten. Der Beitrag geht auf die medizinischen Behandlungsstandards genauso wie auf (menschen-)rechtlichen Rahmenbedingungen dieser Behandlungsmethode ein.*

Einleitung

Während der Corona-Pandemie veränderte sich der Alltag im Gefängnis erstaunlich schnell, insbesondere Abläufe und Routinen.1 Dies ist sehr ungewöhnlich. Gesellschaftliche Entwicklungen und Fortschritte werden dort meist (wenn überhaupt) mit erheblicher Verzögerung umgesetzt. Die Veränderungsresistenz der Gefängnisse bzw. der Vollzugsbehörden führt dazu, dass grund- und menschenrechtliche Standards teilweise stark beeinträchtigt sind. Dies soll am Beispiel der Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Gefangenen verdeutlicht werden.

Trotz umfangreicher wissenschaftlicher Evaluationen und praktischer Erfolge wird die Behandlungsmethode der Substitution für Gefangene, die von Heroin oder anderen Opiaten2 abhängig sind, vielfach nicht angeboten bzw. deren Einsatz teilweise sogar (bewusst) blockiert. Das Thema der Substitution in Haft wird schon seit Jahrzehnten diskutiert. Immer wieder wird suchtkranken Gefangenen durch die Vollzugsbehörden bzw. die Anstaltsärzt*innen der Zugang zu einer solchen Behandlung versagt, obwohl es sich oftmals um schwerkranke, dringend behandlungsbedürftige Menschen handelt. Beschwerden der Gefangenen gegen die Behandlungsverweigerung bleiben oft erfolglos, auch vor Gericht. Am Umgang mit suchtkranken Menschen in Haft wird die Abhängigkeit der Gefangenen von Vollzugsbehörden bzw. Anstaltsärztinnen deutlich.

Veränderungsresistente Vollzugsbehörden

Eine Inhaftierung hat extreme Auswirkungen auf die Ausübung von Grund- und Menschenrechten der Betroffenen. Auf den ersten Blick wird zwar „nur“ in die durch Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG geschützte körperliche Fortbewegungsfreiheit eingegriffen, indem die Gefangenen eingesperrt werden. Dieser Eingriff beeinträchtigt aber gleichzeitig zwangsläufig zahlreiche andere Freiheitsrechte,[3] da die Fortbewegungsfreiheit oftmals die Voraussetzung für deren Ausübung ist. So können Gefangene beispielsweise nicht an einer Versammlung teilnehmen (Art. 8 GG) und nicht mehr völlig selbstständig für ihre Bedürfnisse – etwa Ernährung oder Hygiene – sorgen,[4] sondern sind auf eine Versorgung durch die Vollzugsbehörde angewiesen. Gleiches gilt für medizinische Behandlungen und den Zugang zur Medikation. Insofern kann die Weigerung der Vollzugsbehörde, die entsprechende Versorgung der Gefangenen sicherzustellen, Grund- und Menschenrechte verletzen.[5]Zugleich beeinflussen gesellschaftliche Entwicklungen und dadurch entstehende Bedürfnisse sowie neue (wissenschaftliche) Erkenntnisse die Grund- und Menschenrechtsstandards im Gefängnis und verpflichten die Vollzugsbehörde, die Haftbedingungen gesellschaftlichen Entwicklungen anzupassen. Dies spiegelt sich auch in den Strafvollzugsgesetzen im Angleichungsgrundsatz wider, beispielsweise in § 3 Abs. 3 StVollzG Bln, der die Vollzugsbehörden verpflichtet, das Leben im Strafvollzug soweit wie möglich an die Verhältnisse in Freiheit anzugleichen. Ein statisches, abgeschlossenes Gefängnissystem, welches sich nicht an gesellschaftliche Entwicklungen anpasst, gewährleistet demgegenüber den Schutz von Grund- und Menschenrechten nicht ausreichend.

Grundsätzlich sind Vollzugsbehörden sehr behäbige und unbewegliche Institutionen. Gesellschaftliche Entwicklungen kommen meist nur mit langer Verzögerung im Strafvollzug an. Dies hat unterschiedliche Gründe. Einerseits ist oftmals der politische Wille gering, auf Bedürfnisse von Gefangenen einzugehen, da damit kaum Wähler*innenstimmen zu gewinnen sind. Andererseits ist der Strafvollzug stark symbolisch aufgeladen: es soll der Eindruck eines „Hotelvollzuges“ vermieden werden, in dem es den Gefangenen womöglich besser geht als nicht straffällig Gewordenen. Zusätzlich werden neue gesellschaftliche Entwicklungen oftmals von den Vollzugsbehörden als Sicherheitsrisiko eingestuft. Das betrifft z. B. technische Entwicklungen, sodass es lange dauert, bis „neue“ technische Geräte Gefangenen zur Verfügung stehen.[6] Dies zeigt sich beispielsweise bei Telefonmöglichkeiten für Gefangene, die immer noch nicht in allen Vollzugsanstalten angeboten werden bzw. teilweise stark beschränkt sind,[7] was sich gerade während der Corona-Pandemie wegen der eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten gravierend für die Gefangenen auswirkt.[8]

Eine solche Veränderungsresistenz zeigt sich auch in der Debatte über die Substitutionsbehandlung im Gefängnis.

Substitutionsbehandlung

Die Bundesärztekammer (BÄK) definiert Opioidabhängigkeit als eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit.[9] Die Substitution ist eine wissenschaftlich umfangreich evaluierte Behandlungsform für diese Erkrankung.[10] Die Betroffenen erhalten ein Medikament zur Reduktion bzw. Aufhebung des Suchtdrucks. Sie werden mit genau definierten Mengen chemisch reinen Methadons oder eines anderen Substituts unter einwandfreier Hygiene versorgt, um sowohl die Folgen unsteriler Injektionen – wie virale und bakterielle Infektionen – zu minimieren, als auch den allgemeinen Gesundheitszustand der – oft verwahrlosten – Suchtkranken zu stabilisieren. Da der Suchtdruck so stark sein kann, dass der gesamte

Alltag der Suchtkranken dadurch geprägt ist, wird durch dessen Verringerung etwa eine substitutionsgestützte Therapie ermöglicht. So können Opioidabhängige einen Weg aus der Abhängigkeit finden, weniger psychotrope Substanzen konsumieren und/oder mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen (über)leben. Bei vielen Schwerstabhängigen hilft allein diese Behandlungsform. Durch die Substitutionsbehandlung wird den Kranken ein Weg aus der Sucht aufgezeigt, sie erhalten Zugang zu Institutionen der Suchthilfe und können in weitere ärztliche Behandlungen eingebunden werden (z.B. HIV/AIDS- und Hepatitis C-Behandlungen).[11]

Die Substitutionsbehandlung wurde erstmals in den 1940er Jahren in den USA eingesetzt. Anfangs bestand ihr gegenüber eine große Skepsis, die oftmals durch unbestätigte Vorurteile geprägt war. Dementsprechend gab es eine stark emotionalisierte politische Debatte über den Einsatz dieser Behandlungsmethode.[12] Im Zusammenhang mit Drogen verlaufen politische Debatten oftmals nicht faktenbasiert, sondern sind stärker von Emotionen geprägt.[13] Mit zunehmenden Erfahrungen und wissenschaftlichen Evaluationen wurde die Behandlung dennoch immer umfassender eingesetzt[14] und muss mittlerweile als *best practice* und Methode der Wahl zur Behandlung von opioidabhängigen Menschen eingestuft werden.[15]

Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass Gesundheitsrisiken durch Substitution gesenkt werden[16]. Die Todesrate für Suchtkranke in einer Substitutionsbehandlung ist bis zu einem Drittel geringer als ohne eine solche Behandlung. Auch das Risiko von – oft tödlichen – Überdosierungen wird deutlich verringert.[17] Eine kontinuierliche Substitutionsbehandlung trägt außerdem substantiell zur Verringerung von HIV-Infektionen bei.[18]

Viele Suchtkranke finden durch die Substitution einen Weg aus der (Beschaffungs-) Kriminalität. Es gibt zahlreiche internationale Studien zur Wirkung von Substitutionsbehandlungen auf die Reduktion kriminellen Verhaltens. Egli et al. untersuchten in ihrer Metaanalyse qualitativ hochwertiger Studien,[19] ob und wie sich die Behandlung mit Substitutionsmitteln auf die Häufigkeit von (Wieder-)Verurteilungen oder (Wieder-)Inhaftierungen auswirkte. Dabei zeigte sich, dass opioidabhängige Personen, die irgendeine Art von Substitutionsbehandlung erhielten, signifikant seltener strafrechtlich auffällig wurden als solche, die nicht behandelt wurden oder die ein Placebo erhielten. Aus einer Metaanalyse von Koehler et al. folgt, dass Behandlungen/Therapien häufiger zu einer Reduktion kriminellen Verhaltens führten als der „*natürliche Ausstiegsprozess*“ ohne Therapie.[20] Insgesamt zeigten sich die positivsten Ergebnisse mit eindeutig signifikanten Effekten bei vielen Studien zur Substitutionsbehandlung: Es kam seltener zu erneutem strafrechtlich relevanten Handeln und zum Konsum illegaler Suchtmittel. Für eine abstinenzorientierte Therapie sind die Befunde weniger eindeutig.

Ferner muss berücksichtigt werden, dass die Substitutionsbehandlung dazu beitragen kann, chronische Schmerzen zu lindern, die bei langjährig Suchterkrankten auftreten können und der Abbruch einer Substitutionsbehandlung zusätzliches körperliches und psychisches Leid bei den Erkrankten verursacht.

Substitutionsbehandlung im Gefängnis

Durch den Suchtdruck werden Suchtkranke immer wieder zu Straftaten getrieben.[21] Dementsprechend ist der Anteil von Drogenabhängigen an der Gefangenenpopulation sehr hoch.[22] Trotz dieses Befunds und der wissenschaftlich bestätigten Erfolge von Substitutionsbehandlungen und ihrer positiven Einflüsse auf die Legalbewährung lehnen einige Vollzugsbehörden die Substitutionsbehandlung immer noch ab. Die Deutsche Aidshilfe und andere Expert*innen gehen davon aus, dass zwischen unter einem Prozent (Sachsen) bis 65 Prozent (Bremen) der suchtkranken Gefangenen eine Substitutionsbehandlung erhalten.[23] Zudem werden schätzungsweise 70 Prozent der begonnenen Substitutionsbehandlungen während der Inhaftierung abgebrochen.[24] Die Vollzugsbehörden rechtfertigen ihre Verweigerungshaltung damit, die Vergabe eines Ersatzstoffes „heile“ die Sucht nicht, sondern ersetze eine Abhängigkeit durch eine andere und die Substitution sei nicht für jede*n Opioidabhängige*n die passende Behandlungsmethode. Damit herrscht bei vielen Behördenvertretern immer noch der Gedanke vor, eine Suchterkrankung müsse durch Abstinenz geheilt werden, was ganz offensichtlich einem Großteil der Gefangenen nicht gelingt, die immer wieder aufgrund von Beschaffungskriminalität auffällig und verurteilt werden.

Diese Herangehensweise führt dazu, dass eine Abstinenz allenfalls während des Vollzuges erreicht wird und nach der Entlassung der Gesundheitszustand der Gefangenen wieder gefährdet ist, da sie dann nicht mehr (fortwährend) durch die Vollzugsbehörden kontrolliert werden. Da im Gefängnis häufig ein reger Drogenhandel betrieben wird, muss selbst diese „offizielle“ Abstinenz allerdings bei vielen Gefangenen zumindest angezweifelt werden.[25]

Manche Vollzugsbehörden und Teile der Rechtswissenschaft gehen weiter davon aus, dass eine Substitution der Resozialisierung der Gefangenen entgegenlaufe.[26] Empirische Untersuchungen deuten jedoch auf eine Förderung der Resozialisierung von Gefangenen durch Substitution hin. So gibt es Hinweise darauf, dass durch eine Substitutionsbehandlung in Haft abhängigkeitsbedingte Delikte nach der Entlassung sowie ein Verstoß gegen Bewährungsauflagen reduziert werden und Gefangene während der Haft besser an Resozialisierungsmaßnahmen mitwirken. So zeigten sich im Gefängnisalltag positive Effekte der Behandlung (z. B. Reduktion gewalttätigen Handelns oder Steigerung der Arbeitsfähigkeit).[27] Therapie und Substitution bedeuten keinen Widerspruch; eine Substitution ist vielmehr oft die Voraussetzung für weitere Therapien. Ferner begeben sich opioidabhängige Gefangene öfter aus der Haft heraus in eine Entwöhnungs- bzw. medizinische Rehabilitationsbehandlung oder beenden diese häufiger regulär, wenn eine Anschlussbehandlung durch Substitution in der Therapieeinrichtung gewährleistet ist,[28] wodurch sie auch nach der Entlassung weiter ihre Opioidsucht bekämpfen können.

Dementsprechend kann festgehalten werden, dass die alleinige Fokussierung auf eine abstinenzorientierte Behandlung im Vollzug überholt sein sollte, die Praxis jedoch teilweise immer noch vom „Abstinenzparadigma“ geprägt ist. Dies mag daran liegen, dass sich unter den kontrollierten Bedingungen der Haft viele Gefangene gesundheitlich stabilisieren und möglicherweise auch kurzfristig abstinent leben können. Ob und wie es nach der Entlassung weitergeht, bleibt der Vollzugsbehörde im Regelfall jedoch verschlossen, sollte aber mit Blick auf eine nachhaltige Stabilisierung Suchtkranker stärker berücksichtigt werden.

Rechtlicher Anspruch auf eine Substitutionsbehandlung

Die Veränderungsresistenz des Vollzugs setzt sich häufig sogar vor Gericht durch. Für Gefangene ist es äußerst schwierig, Substitutionsbehandlungen einzuklagen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass viele Gefangene bereits in ihren Rechtsschutzmöglichkeiten eingeschränkt sind und sich häufig aus unterschiedlichen Gründen nicht gegen eine verweigerte medizinische Behandlung wehren. Die Verfahren dauern für Gefangene meistens nicht nur (zu) lange und erledigen sich häufig bereits durch Verlegung in eine andere Anstalt oder ihre Entlassung, sondern können von vielen Gefangenen oftmals nicht finanziert werden. Zwar sind die Gerichtsgebühren gering, viele Gefangene werden sich jedoch eine anwaltliche Vertretung nicht leisten können, auf die sie aber aufgrund des komplexen Rechtsschutzsystems, fehlender Rechts- und/oder Deutschkenntnisse sowie Schreib- und Leseschwäche angewiesen sind.[29] Selbst mit anwaltlicher Unterstützung bleiben Klagen zudem oft erfolglos, sodass viele Gefangene keinen Zugang zu einer Substitutionsbehandlung haben, obwohl diese aus rechtlichen Gründen geboten wäre.

Nach den Landesstrafvollzugsgesetzen haben Gefangene einen Anspruch auf angemessene medizinische Behandlung, beispielsweise in Bayern auf notwendige Krankenbehandlung gemäß Art. 60 Abs. 1 BayStVollzG. Bei der Substitution handelt es sich um eine solche medizinische Behandlung im Sinne der Strafvollzugsgesetze. Erläuterungsbedürftig ist, wann ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf eine bestimmte Behandlung – hier die Substitution – besteht.

Ein Anspruch auf Substitution folgt aus der Indikation der Behandlung. Dementsprechend stellt sich die Frage, wer diese bestimmt und nach welchen Kriterien die Indikation beurteilt wird. Für die gesundheitliche Betreuung der Gefangenen sind die Anstaltsärzt*innen zuständig. Die Wahl der richtigen Behandlungsmethode und die Bestimmung des medizinisch Erforderlichen sind grundsätzlich allein ihre Sache.[30] Sie haben im Rahmen ärztlicher Therapiefreiheit u.U. einen medizinischen Ermessensspielraum. Im Falle einer eindeutigen Indikation besteht kein Ermessensspielraum. Raum für die Auswahl von Therapien besteht nur dann, wenn medizinische Standards nicht eindeutig vorgeben, welche von mehreren möglichen Therapien die für die Patient*innen geeignetere ist.[31] Gefangene sind, da sie keinen Anspruch auf eine freie Ärzt*innen-Wahl haben, besonders darauf angewiesen, dass zum Schutz ihrer Grundrechte eine gerichtliche Überprüfung von Entscheidungen hinsichtlich ihrer medizinischen Behandlung stattfinden kann.[32] Die Gerichte haben deshalb zu prüfen, ob die Grenzen pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens eingehalten worden sind.[38i] Aufgrund der potentiell gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen einer fehlerhaften ärztlichen (Nicht-)Behandlung besteht eine besondere gerichtliche Aufklärungspflicht. Die zuständigen Richter*innen müssen also das konkrete Krankheitsbild, die erforderliche Medikation etc. ermitteln, ggf. unter Zuziehung von Sachverständigen. Dies umfasst auch die Bestimmung der Grenzen ärztlicher Therapiefreiheit.[39]

Die Grenzen der ärztlichen Therapiefreiheit bei der Substitution ergeben sich aus betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften und daraus resultierenden ärztlichen Standards. Aus § 5 Abs. 12 BtMVV folgt, dass die BÄK den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand für die Substitution und die Voraussetzungen für eine entsprechende Behandlung in einer Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger festlegt, die auf Basis wissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse stetig aktualisiert wird.

Als Indikation für eine Substitutionsbehandlung gilt nach dieser Richtlinie eine diagnostizierte Opioidabhängigkeit, sodass eine Substitutionsbehandlung im Regelfall bei einer Opioidabhängigkeit indiziert ist. Eine Versagung bedarf einer besonderen Begründung und muss sich an der Richtlinie der BÄK

orientieren, weshalb genau zu begründen ist, warum von der regelmäßig indizierten Behandlung im Einzelfall abgewichen werden soll. Nach der Substitutionsrichtlinie soll die Kontinuität der Behandlung sichergestellt werden. In aller Regel wird deshalb ein Abbruch der Behandlung gegen den Willen des Betroffenen nicht in Betracht kommen.[40]

Frühere Rechtsprechung in Deutschland

Lange Zeit entschieden Vollzugsbehörden und Gerichte über das Verlangen von Gefangenen nach einer Substitutionsbehandlung, ohne die BÄK-Richtlinie zu berücksichtigen oder die Entscheidung der Anstaltsärzt*innen einer angemessenen Überprüfung zu unterziehen. Das OLG Hamburg wies z. B. lediglich darauf hin, dass die Überprüfungsmöglichkeiten ärztlicher Entscheidungen stark eingeschränkt seien,[45] ohne den gerichtlichen Prüfungsrahmen näher zu bestimmen oder selbst in eine Überprüfung einzusteigen. Der Antrag des Gefangenen wurde abgelehnt.

Auch das LG Augsburg führte lediglich aus, dass es keinerlei Zweifel an der Kompetenz des Anstaltsarztes habe. Es läge deshalb eine qualifizierte ärztliche Überprüfung der medizinischen Notwendigkeiten vor, die nachvollziehbar eine Indikation verneint habe.[47] Die Vollzugsbehörde hatte ausgeführt: „*Wie bereits mehrfach vom Anstaltsarzt festgestellt, handelt es sich bei dem Antragsteller jedoch nicht um einen kranken Gefangenen. Vielmehr ist er langjähriger Drogenkonsument und massiv drogenabhängig.*“[48] Bereits aus der Präambel der BÄK folgt, dass eine Drogenabhängigkeit eine Erkrankung darstellt, sodass bereits die Prämisse des Gerichts und der Vollzugsbehörde verfehlt war. Auch die Beschwerdeinstanz – das OLG München – verzichtete auf eine Prüfung der Plausibilität der ärztlichen Entscheidung unter Berücksichtigung der Richtlinien.[49]

Einfluss des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte

Diese Entscheidungen auf nationaler Ebene sind mittlerweile überholt. 2016 gab der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) der Klage eines suchtkranken deutschen Gefangenen statt.[50] Geklagt hatte ein Gefangener eines bayerischen Gefängnisses, dem jahrelang eine Substitutionsbehandlung verweigert worden war, obwohl er seit seiner Jugend heroinabhängig, mittlerweile HIV-positiv und an Hepatitis C erkrankt war. Diverse Versuche, die Abhängigkeit zu überwinden, waren gescheitert. Vor seiner Inhaftierung war er 17 Jahre mit Methadon substituiert worden; die Behandlung wurde erst nach der Entlassung wiederaufgenommen. Die Vollzugsbehörde hatte die Substitutionsbehandlung abgelehnt, weil sie weder aus medizinischen Gründen noch aus Gründen der Resozialisierung indiziert gewesen sei.[51]

Der EGMR gab der Klage des Gefangenen mit der Begründung statt, dass kein externer Sachverständiger hinzugezogen wurde, um zu beurteilen, ob die Substitutionsbehandlung indiziert war. Die Richter*innen führten aus, dass zu den besonderen Schutzpflichten gegenüber Gefangenen auch gehöre, Untersuchungen durch Ärzt*innen zuzulassen, zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht,52 auch von solchen, die auf Substitution spezialisiert seien.[53] Sollten hinsichtlich der Frage, welche Behandlung zur angemessenen

Gewährleistung der Gesundheit von Gefangenen notwendig sind, die Meinungen der Ärzt*innen auseinandergehen, könne es erforderlich sein, zusätzlichen Rat von spezialisierten medizinischen Sachverständigen einzuholen. Andernfalls sei nicht von einem ausreichend aufgeklärten Sachverhalt auszugehen.

Zusätzlich verdeutlichte der EGMR aber auch, dass eine verweigerte Substitutionsbehandlung eine Verletzung von Art. 3 EMRK in Form einer erniedrigenden Behandlung darstellen kann. Nach Art. 3 EMRK darf niemand der Folter oder einer unmenschlichen oder erniedrigenden Strafe oder Behandlung ausgesetzt werden. Unmenschlich ist eine Behandlung, die absichtlich ungerechtfertigte, schwere psychische oder physische Leiden verursacht.[54] Nach Ansicht des EGMR kann eine verweigerte Substitutionsbehandlung bei Langzeitopiatabhängigen starke körperliche Belastungen und extremen psychischen Stress verursachen, wodurch die Schwelle der Anwendbarkeit des Art. 3 EMRK erreicht sein kann. Der EGMR stellte überdies fest, dass nicht zwingend körperliche Entzugserscheinungen für eine Verletzung von Art. 3 EMRK notwendig sind.[55] Auch chronische Schmerzen können im Einzelfall mit einer Substitutionstherapie wirkungsvoller gelindert werden als mit herkömmlichen Schmerzmitteln. Das Leid des Betroffenen werde dadurch verschlimmert, dass eine Therapie bekannt sei, die die Schmerzen des Betroffenen besser lindern kann, diese aber dennoch verweigert werde.[56]

Auch wenn der EGMR – im konkreten Fall – aufgrund der unterlassenen Hinzuziehung eines externen Sachverständigen nicht mehr abschließend entscheiden musste, ob die vorliegende Behandlung unmenschlich war, ist aufgrund der von ihm aufgestellten Maßstäbe davon auszugehen, dass bei einer indizierten, aber verweigerten Substitutionsbehandlung regelmäßig die Schwelle von Art. 3 EMRK erreicht sein wird. Die Entscheidung kann daher als Leitlinie für den Umgang mit suchtkranken Gefangenen auf andere Fallkonstellationen übertragen werden. Gerade bei Langzeitabhängigen, bei denen bisher nur eine Substitutionsbehandlung erfolgreich war, ist eine Verletzung von Art. 3 EMRK sehr wahrscheinlich, wenn die Behandlung nach Haftantritt beendet wird.[xlvii] Die Fortsetzung einer bereits bei Haftantritt laufenden Substitutionsbehandlung darf dementsprechend nur dann abgelehnt werden, wenn dies aus (externer) medizinischer Sicht geboten ist.[xlviii]

Daher sind aus der Entscheidung des EGMR Konsequenzen für die Praxis und Rechtsprechung zu erwarten. Ob und welche Änderungen dadurch angestoßen und umgesetzt werden, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Es gibt Hinweise darauf, dass die vollzugliche Veränderungsresistenz selbst durch ein Urteil des EGMR nicht zwangsläufig überwunden wird. Die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Haft sind besonders in Sachsen und – trotz steigender Anzahl von Substituierten[xlix] – auch in Bayern noch immer gering.[l] Auch ist noch unklar, wie die Rechtsprechung mit der Entscheidung des EGMR umgehen wird. Aus einigen Entscheidungen können jedoch erste Hinweise gezogen werden.

Das OLG München[li] setzte sich umfassend mit der Entscheidung des EGMR auseinander und griff die Verpflichtung zu einer Beteiligung eines/r externen Ärzt*in auf, die im zugrundeliegenden Fall unterblieben war. Deshalb – sowie aus anderen Gründen – sei der Sachverhalt noch nicht abschließend geklärt; die Entscheidung wurde an das Ausgangsgericht zurückverwiesen. Zwar hob das OLG München die Bedeutung der Richtlinien der BÄK hervor, betonte allerdings nach wie vor, dass sich die Substitution auch an den Erfordernissen des Vollzuges zu orientieren habe und die Richtlinie nur ein Aspekt der Ermessensentscheidung sei. Welche vollzuglichen Erwägungen bei medizinischer Indikation entgegenstehen können, wird nicht erklärt.

Auch die Strafvollstreckungskammer des LG Regensburg griff die medizinische Indikation nach der Richtlinie der BÄK auf und betonte zu Recht, dass aus dem Urteil des EGMR folge, dass suchtkranke Menschen im Gefängnis nicht anders behandelt werden dürfen als außerhalb des Gefängnisses.[lii] Diese Entscheidung wurde vom BayObLG – mittlerweile höchste fachgerichtliche Instanz in Bayern – unter Hinweis auf alternative Behandlungsmethoden, deren Anwendung im Ermessen des ärztlichen Personals stünden, aufgehoben.[liii] Um welche Methoden es sich im konkreten Fall handelte, ob sie evidenzbasiert sind, und warum sie zur Behandlung ausreichend sein sollen, blieb dabei genauso unklar, wie der Umstand, ob die ärztliche Entscheidung auf ihre Plausibilität hin überprüft wurde. Im Urteil heißt es nur, dass „*die Vollzugsbehörde (…) auch die weiteren in den Richtlinien der BÄK enthaltenen Ziele des Substitutionsprogrammes im Blick*“ hatte. Zudem wird darauf hingewiesen, dass der EGMR nur über den Abbruch einer Substitutionsbehandlung entschieden habe und nicht über den Neubeginn. Die negativen Auswirkungen eines Abbruches oder die medizinische Indikation sind vielfach die gleichen, wenn eine Behandlung nicht (erneut) aufgenommen wird. Auch die Erstaufnahme einer Substitution kann medizinisch indiziert sein, worüber im konkreten Einzelfall zu entscheiden ist.

Insgesamt bleibt noch unklar, ob die Entscheidung des EGMR mehr Gefangenen den Zugang zu einer medizinisch indizierten Behandlung ermöglichen wird. Die ausgewerteten Entscheidungen und die Praxis in einigen Vollzugsanstalten und -behörden lassen hieran zweifeln, wobei ein langfristiger Einfluss nicht ausgeschlossen werden kann.

Fazit und Ausblick

Die Veränderungsresistenz im Strafvollzug kann einen großen Einfluss auf die Durchsetzung von Grund- und Menschenrechen der Gefangenen haben. Dabei kann nicht nur entscheidend sein, was im Gefängnis verboten ist, sondern welche gesellschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnisse im Strafvollzug nicht umgesetzt werden. Insofern ist es wichtig, die Bedeutung des Angleichungsgrundsatzes im Gefängnis zu betonen und diesen stärker bei gerichtlichen Entscheidungen zu beachten. Neue Perspektiven auf gesellschaftliche Entwicklungen sind gerade in Zeiten einer Pandemie, die zahlreiche Schwächen des Strafvollzuges wie unter dem Brennglas zeigt, nötiger denn je.[liv]

Der Umgang mit Substitutionsbehandlungen in Haft ist in einigen Bundesländern dringend reformbedürftig. Wissenschaftliche Evidenz wird von einigen Gerichten und Vollzugsbehörden genauso ignoriert wie Grund- und Menschenrechte suchtkranker Gefangener, zumal die Substitutionsbehandlung in zahlreichen

Bundesländern und Anstalten durchaus angeboten wird. Aufgrund der ungleichen Anwendung sollten Überlegungen angestellt werden, wie der Anspruch der Gefangenen auf eine indizierte medizinische Behandlung gestärkt werden kann. Oftmals werden den Vollzugsbehörden bzw. Anstaltsärzt*innen (zu) große Entscheidungsspielräume zugebilligt, von denen letztlich abhängt, wie effektiv Grund- und Menschenrechte der Gefangenen hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung gewährleistet sind. Zwar sind Standards, die festlegen, wann eine Substitution geboten ist, durchaus vorhanden, jedoch eröffnen diese in der Praxis anscheinend noch zu weite Interpretationsmöglichkeiten, um ihre Verweigerung zu rechtfertigen.

Dr. Jan Fährmann *ist Jurist und Kriminologe. Nach einer Tätigkeit in der Strafverteidigung arbeitet er aktuell im Forschungsinstitut für öffentliche und private Sicherheit an der HWR Berlin, an der er auch als Dozent tätig ist. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Polizei-, Strafvollzugs-, Datenschutz- und Betäubungsmittelrecht.*

Dr. Wolfgang Lesting *war bis zu seiner Pensionierung Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Oldenburg. Er beschäftigt sich seit mehr als 40 Jahren mit Fragen des Strafvollzugs, zuletzt vor allem mit der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen.*

Prof. Dr. Heino Stöver *ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Er ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.isff.info).*

Ulrike Häßler *Sozial-und Organisationspädagogin (M.A.), wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kriminologischen Dienst Niedersachsen.*

DR. Susanne Schuster *ist derzeit Richterin in einer großen Straf- und Berufungskammer in Brandenburg (Landgericht Cottbus). Zuvor hat sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin für das Forschungsinstitut für Öffentliche und Private Sicherheit (FÖPS Berlin), die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (www.nationale-stelle.de) sowie die Europa-Universität Viadrina gearbeitet.*

Dr. Karlheinz Keppler *M.A., Medizinaldirektor i.R. Er arbeitete 25 Jahre Gefängnisarzt in Niedersachsen. Die Arbeitsschwerpunkte waren allgemeinmedizinische und gynäkologische Versorgung der Inhaftierten, Sucht, Drogen, Infektionsprophylaxe, Prävention, Gesundheitsförderung, Hepatitis-Situation im Gefängnis. Pensioniert seit August 2016.*

Literatur

Arloth, Frank (2019): BeckOK Strafvollzugsrecht Bayern. München

Bäumler, Ester; Schmitz, Magdalene; Neubacher, Frank (2019): Drogen im Strafvollzug. Einschätzungen und Bewertungen von Gefangenen. In: Neue Kriminalpolitik 31, 3/2019, S. 301–318

Bögelein, N. (2020): Corona und der Umgang mit den Ersatzfreiheitsstrafen (EFS): und plötzlich ging alles ganz einfach. Vortrag auf den 5. Gefängnismedizintagen, 4.-5.12.2020

Burmester, Alexander (2016): Analyse der drogenbezogenen Todesfälle 2003-2013 in Hamburg: Risikofaktor Haftentlassung. https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/7077/1/Dissertation.pdf (Zugriff: 06.03.2021)

Egli, Nicole; Pina, Miriam; Skovbo Christensen, Pernille; Aebi, Marcelo F.; Killias, Martin (2009): Effects of drug substitution programs on offending among drug-addicts

Fährmann, Jan (2016): Telefonieren im geschlossenen Strafvollzug. In: Neubacher, Frank; Bögelein, Nicole (Hrsg.): Krise - Kriminalität - Kriminologie. Mönchengladbach, S. 257–266

Fährmann, Jan (2018): Drogenpolitik – soziale Kontrolle durch Repressionen? In: Mercer, Milena u. a. (Hrsg.): Altered States. Substanzen in der zeitgenössischen Kunst. Berlin, S. 220–22

Fährmann, Jan (2019): Resozialisierung und Außenkontakte im geschlossenen Vollzug. Eine kriminologische, strafvollzugs- und verfassungsrechtliche Untersuchung am Beispiel des Telefonierens. Berlin

Fährmann, Jan; Knop, Julian (2019): Wie man ins Gefängnis kommt – Staatliche Begrenzung von Strafvollzugsforschung im Lichte von Kontrolle und Transparenz. In: Neue Kriminalpolitik 31, 4/2019, S. 395–409

Feest, Johannes; Lesting, Wolfgang; Lindemann, Michael: Strafvollzugsgesetze, Kommentar. 8. Aufl. Köln. Im Erscheinen.

Frowein, Jochen; Peukert, Wolfgang (2019): Europäische Menschenrechts-Konvention. EMRK-Kommentar. Kehl am Rhein

Graebsch, Christine M. (2014): Kontrolle des Strafvollzugs durch unabhängiges Monitoring und die Prävention von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. In: Forum Strafvollzug 63, 6/2014, S. 390–396

Groenemeyer, Axel (2012): Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In: Albrecht, Günter u. a. (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden, S. 433–493

Groß, G. (5.-6.12.2019): Opioid-Substitutions-Therapie (OST) – Entwicklung der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug in Bayern. Vortrag auf den 4. Gefängnismedizintagen in Frankfurt am Main

Groß, G. (2021): Entwicklung der Substitutionsbehandlung im bayerischen Strafvollzug am Beispiel der Justizvollzugsanstalt Straubing. In: Suchtmedizin 1/2021 (im Druck)

Häßler, Ulrike; Maiwald, Thomas (2018): Drogenabhängige Inhaftierte. In: Maelicke, Bernd u. a. (Hrsg.): Das Gefängnis auf dem Prüfstand. Zustand und Zukunft des Strafvollzugs. Wiesbaden, S. 423–442

Häßler, Ulrike; Suhling, Stefan (2017): Wer nimmt denn im Gefängnis Drogen? Prävalenz und individuelle Prädiktoren des Suchtmittelkonsums im Justizvollzug. In: Bewährungshilfe 64, 1/2017, S. 17–33

Keppler, K.; Stöver H. (2020): Forderungen zum Schutz vor SARS-CoV-2 im Justizvollzug. Positionspapier. In: Sucht 66, 4/2020, S. 207-211

Hedrich, Dagmar; Alves, Paula; Farrell, Michael; Stöver, Heino; Møller, Lars; Mayet, Soraya (2012): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: Addiction 107, 3/2012, S. 501–517

Koehler, Johann A.; Humphreys, David K.; Akoensi, Thomas D.; Sánchez de Ribera, Olga; Lösel, Friedrich (2013): A systematic review and meta-analysis on the effects of European drug treatment programmes on reoffending. In: Psychology, Crime & Law 20, 6/2013, S. 584–602

Krausz, M.; Raschke, P.; Naber, D. (1999): Substitution von Heroinabhängigen mit Methadon. In: Der Internist 40, 6/1999, S. 645–650

Peters, Helge (2012): Soziale Kontrolle. In: Albrecht, Günter u. a. (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden, S. 1255–1284

Schlebusch, Stephan (2020): Corona im Knast. In: Sozial Extra 44, 4/2020, S. 239–243

Schuster, Susanne; Fährmann, Jan (2019): Substitutionsbehandlung im Gefängnis aus einer menschenrechtlichen Perspektive. In: akzept e. V. Bundesverband u. a. (Hrsg.): 6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Lengerich, S. 157–165

Stöver, Heino (2018): Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten in der Behandlung von Gefangenen. In: Festschrift für Arthur Kreuzer. In: Bartsch, Tillmann u. a. (Hrsg.): Mittler zwischen Recht und Wirklichkeit. Festschrift für Arthur Kreuzer zum 80. Geburtstag. Frankfurt am Main, 429 ff.

Stöver, Heino; Stallwitz (2007): Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis – ein Literaturüberblick. In: Stöver, Heino (Hrsg.): Substitution in Haft. Berlin, S. 88–95

Stöver, H.; Keppler, K. (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? In: Suchtmedizin 1/2021 (im Druck)

WHO (2010): Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. https://www.rsat-tta.com/Files/Prison_Mortality.pdf (Zugriff: 06.03.2021)

Anmerkungen:

1 Schlebusch 2020; Bögelein 2020.

2 Als Sammelbezeichnung wird im Folgenden von Opioiden gesprochen. Gemeint sind alle natürlich vorkommenden, halbsynthetischen oder vollsynthetischen Stoffe aus diesem Wirkspektrum (z.B. Heroin, Morphin, Fentanyl).

3 BVerfGE, 45, 187 (223).

4 BVerfGE 98, 169 (200); Fährmann 2019, 177.

5 BVerfG, Beschl. v. 10.10.2012 - 2 BvR 922/11 - Rn. 16 ff.

6 Fährmann 2019, 308.

7 Ausführlich dazu Fährmann 2019; Fährmann 2016.

8 Fährmann im selben Heft.

9 BÄK zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, mit der Veröffentlichung
im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017 in Kraft getreten (BÄK-RiLi).

10 Deutscher Bundestag, WD 9– 3000 – 049/16, 12; United Nations Office on Drugs and Crime/International Labour Organization/UNDP/World Health Organization/UNAIDS, 2013; Koehler/Humphreys/Akoensi et al 2013, 584 ff.

11 Krausz/Raschke/Naber 1999.

12 Groenemeyer 2012, 435; Krausz/Raschke/Naber 1999

13 Zur Übersicht: Fährmann 2018.

14 Krausz/Raschke/Naber 1999; Groememeyer 2012, 435.

15 BÄK-RiLi, 6.

16 Stöver/Keppler 2021.

17 Burmester 2016; WHO 2010.

18 Hedrich/Alves/Farrell et al. 1991, 501 ff.

19 Egli/Pina/Skovbo et al., 2009, 3. Es wurden mindestens Kontrollgruppenstudien mit mehreren Messzeitpunkten zu Grunde gelegt.

20 Koehler/Humphreys/Akoensi et al. 2013, 595.

21 Häßler/Suhling 2017, 17 ff.

22 Stöver 2018, 429 ff.

23 Stöver/Jamin/Michels et al., 2019.

24 Deutscher Bundestag, WD 9– 3000 – 049/16.

25 Bäumer/Schmitz/Neubacher, Neue Kriminalpolitik, 2019, 301 (307).

26 Vgl. Arloth, 2019, Art. 60 Rn. 4.

27 Stöver/Stallwitz 2007; Häßler/Maiwald 2018, 423 ff.

28 Koehler/Humphreys/Akoensi et al., 2013, 584 ff.

29 Fährmann/Knop 2019, 301 f.; Graebsch, 2014, 391 ff.

30 KG StV 2018, 361.

31 Lesting in Feest/Lesting/Lindemann § 62 LandesR Rn. 99.

32 BVerfG StV 2013, 578.

33 BVerfG NStZ-RR 2014, 259; OLG Celle StV 2018, 639 m. Anm. Lesting.

34 Lesting a.a.O.

35 Lesting a.a.O. Rn. 77.

36 OLG Hamburg, BeckRS 2001, 30204998.

37 LG Augsburg zitiert aus dem Tatbestand von OLG München, BeckRS 2012, 26014, Rn. 64 f.

38 Aus den Ausführungen der Vollzugsbehörde im Sachverhalt von OLG München, BeckRS 2012, 26014, Rn. 7.

39 OLG München, BeckRS 2012, 26014, Rn. 104 ff.

40 Ausführlich Schuster/Fährmann 2019.

41 EGMR, Wenner./.Deutschland, Urt. v. 1. September 2016 – 62303/13.

42 EGMR, Algür./.Türkei, Urt. v. 22. Oktober 2002 – 32574/96 Rn. 44.

55 Fährmann et al.: Die Substitutionsbehandlung vorgänge #234

43 EGMR, Wenner./.Deutschland, Urt. v. 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 56; Keenan./.GB – 27229/95 Rn. 115-116 = ECHR 2001-III.

44 Frowein/Peukert, 2019, Art. 3 Rn. 2.

45 EGMR, Wenner./.Deutschland, Urt. v. 1. September 2016 – 62303/13, Rn. 70.

46 EGMR, Wenner./.Deutschland, Urt. v. 1. September 2016 – 62303/13, Rn. 78.

47 Schuster/Fährmann 2019.

48 Lesting a.a.O. Rn. 77.

49 Groß 2021.

50 Groß 2019.

51 OLG München, Beschl. v. 6.12.2018 – 5 Ws 19/18 (R).

52 LG Regensburg zitiert nach dem Sachverhalt von BayObLG, Beschl. v. 15.4.2019, 203 StObWs 227/19.

53 BayObLG, Beschl. v. 15.4.2019, 203 StObWs 227/19.

54 Keppler/Stöver 2020.

---

https://www.humanistische-union.de/publikationen/vorgaenge/234-vorgaenge/publikation/die-substitutionsbehandlung-copy/
Abgerufen am: 15.10.2026