

A close-up portrait of a person's face, focusing on the eye and nose. A red rectangular box is overlaid in the upper right corner, containing the title and year. The background is a soft, out-of-focus grey.

substitution in haft

2015

EIGENTUMSVORBEHALT -
SIEHE RÜCKSEITE



INHALT

- 4** Vorwort **5** Wie sind medizinische Versorgung und Substitution in Haft geregelt? **8** Was versteht man im Strafvollzug unter Substitution? **9** Habe ich Anspruch auf eine Substitution? **11** Warum psychosoziale Betreuung? **12** Mit welchen Medikamenten wird substituiert? **17** Welche Nebenwirkungen haben die Substitutionsmittel? **19** Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten **21** Was ist bei der Wahl des Substitutionsmittels zu beachten? **22** Wie sollte dosiert werden? **26** Wie sollte „ausgeschlichen“ werden? **27** Welche Risiken hat Beikonsum? **28** Wozu dienen Urinkontrollen? **30** In welchen Fällen kann eine Substitution abgebrochen werden? **32** Substitution in Haft: von Bundesland zu Bundesland anders **43** Bestimmungen zur Substitution

VORWORT

Du bist in Haft und nimmst Drogen. Vielleicht hast du bereits mehrmals damit aufhören wollen, es aber nicht geschafft. Oder du hast schon daran gedacht, es mit einer Substitution zu versuchen: Die Behandlung mit Ersatzstoffen ist für viele Drogen gebrauchende Männer und Frauen ein Weg, die eigene Lebenssituation zu verbessern.* Es kann aber auch sein, dass du gerade die Zeit in Haft für den Einstieg in die Substitution nutzen möchtest: Sie nimmt den Beschaffungsdruck und befreit von den damit verbundenen Belastungen. Zugleich kann sie gesundheitlich und sozial stabilisieren und Chancen für eine angemessene medizinische Betreuung eröffnen. Außerdem ist im Gefängnis in der Regel alles da, was für die Substitution und die begleitende Betreuung benötigt wird. Die Sache hat nur einen Haken: Es gibt keine einheitlichen Regelungen für die Ersatzstoffbehandlung in Haft. Das hat dazu geführt, dass die Substitution je nach Bundesland und oft sogar von Haftanstalt zu Haftanstalt anders aussieht.

* Seit Mai 2009 gehört auch reines Heroin (Diamorphin) zu den verschreibungsfähigen Medikamenten für die Behandlung schwerstabhängiger Menschen. Bisher wurde Diamorphin allerdings noch nicht im Justizvollzug eingesetzt. Baden-Württemberg ist das einzige Bundesland, das zumindest die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Substitution mit Diamorphin im Justizvollzug geschaffen hat.

Diese Broschüre will dir einen Überblick über die Substitution im Justizvollzug geben. Sie enthält allgemeine Informationen über diese Behandlungsform und zeigt auf, wie die Substitution in den einzelnen Bundesländern gehandhabt wird. Dabei spricht sie Themen an, die für dich auch dann wichtig sein können, wenn du bereits in einer Substitution bist, wie z. B. Risiken des Beikonsums, Sinn und Zweck von Urinkontrollen oder ob dein Medikament auch „auf Transport“ bekommen kannst.

WIE SIND MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND SUBSTITUTION IN HAFT GEREGELT?

Bis 2007 war die medizinische Versorgung in Haft bundesweit einheitlich im Strafvollzugsgesetz (§§ 56–66) geregelt. Inzwischen dürfen die Bundesländer eigene Gesetze zur Regelung des Justizvollzugs erlassen. Elf Bundesländer haben das bereits getan: Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und

Thüringen. Das erschwert es, die medizinische Versorgung in Haft allgemein darzustellen. Grundsätzlich gilt aber, dass sie mit der Versorgung der gesetzlich Versicherten in Freiheit vergleichbar sein soll. Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt es mittlerweile z. B. bei den Zuzahlungen zu Medikamenten.

Gefangene im geschlossenen Vollzug sind nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und erhalten somit auch keine Leistungen über die Krankenkasse, sondern über die Gesundheitshilfe der Justiz. Für die Gesundheit der Gefangenen ist allein der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin zuständig und verantwortlich.

DIE SUBSTITUTION IN HAFT WIRD GEREGLT DURCH

- das Betäubungsmittelgesetz (BtMG; siehe S. 43)
- die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV; siehe S. 43)
- die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (siehe S. 45).



Nicht verbindlich ist dagegen die MVV-RL (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)*, weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regelt (siehe S. 6), Gefangene im geschlossenen Vollzug aber nicht gesetzlich krankenversichert sind. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie. Auf ihrer Grundlage erhalten die meisten, die schon vor der Haft substituiert wurden, eine Indikation**.

* MVV-RL = Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), davor BUB-Richtlinien (= Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), früher NUB-Richtlinien (= Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Seit 2002 finanziert die gesetzliche Krankenversicherung eine Substitution auch dann, wenn keine weitere Erkrankung – z. B. eine Hepatitis-C- oder HIV-Infektion – vorliegt.

** Grund oder Anlass, eine bestimmte Behandlung anzuwenden

WAS VERSTEHT MAN IM STRAFVOLLZUG UNTER SUBSTITUTION?

Unter Substitution wird allgemein eine langfristige Behandlung verstanden. Im Strafvollzug ist das nicht immer so. Hier handelt es sich manchmal nur um einen **medikamentengestützten Entzug** (Entgiftung). Das heißt, du erhältst vorübergehend einen Ersatz-

stoff, der nach kurzer Zeit stufenweise verringert („ausgeschlichen“) und schließlich ganz abgesetzt wird. Substituiert wird auch zur Überbrückung, wenn man vor Haftantritt offiziell substituiert worden ist und der Gefängnisaufenthalt kurz ist, oder zur Vorbereitung der Entlassung. In vielen Bundesländern wird inzwischen auch die „klassische“, über längere Zeit durchgeführte Substitution angeboten. Oft gibt es dafür jedoch nur wenige Plätze. Das wird unter anderem damit begründet, dass die Behandlung viel Zeit und Arbeit koste und dass nur eine begrenzte Zahl von Mitarbeiter(inne)n für die Betreuung der Substituierten zur Verfügung stehe. Manchmal heißt es auch, man habe kein Geld für die langfristige Substitution. Und mitunter sind es ideologische Bedenken, die ein solches Angebot verhindern.

HABE ICH ANSPRUCH AUF EINE SUBSTITUTION?

Jede/r Gefangene hat einen Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards entsprechende medizinische Versorgung, nicht aber auf darüber hinausgehende Leistungen oder eine bestimmte Art der Versorgung und Behandlung. Gefangene haben somit auch keine freie Arztwahl und werden in der Regel auf die Angebote ihrer Haftanstalt verwiesen. Wer nicht angemessen behandelt wird, kann bei der Anstaltsleitung Beschwerde einreichen. Wird damit nichts erreicht, bleibt der Klageweg. Um eine

außergerichtliche Einigung zu erzielen, kann man den Anstaltsbeirat um Unterstützung bitten. Bei unterlassener Hilfeleistung oder fraglicher Behandlungsqualität kann auch die Ärztekammer hinzugezogen werden. Häufig können einem auf diesem Verfahrensweg auch Aids- und Drogenhilfen beratend zur Seite stehen.

Ist eine Substitutionsbehandlung angezeigt (indiziert), kann das Gericht zwar von keinem Arzt verlangen, sie durchzuführen. Sehr wohl aber kann es den Vollzug dazu verpflichten, die Substitution zu ermöglichen. Dies gilt seit 1994 (Landgerichte in Dortmund und Bochum, Oberlandesgericht Frankfurt/Main). Die betreffende Person soll dann z. B. in eine Haftanstalt verlegt werden, die diese Behandlung anbietet.

Wenn du bereits vor deiner Inhaftierung substituiert worden bist und die Behandlung in Haft weitergeführt werden soll, kann es sein, dass du dich auf eine andere Dosis einstellen musst. Die Dosierung des Substitutionsmittels wird vom Anstaltsarzt/der Anstaltsärztin festgelegt.

Es empfiehlt sich – sofern es möglich ist –, bei Haftantritt einen Brief deines Arztes/deiner Ärztin über das Substitut sowie ein Schreiben deines Beraters/deiner Beraterin über den Stand der psychosozialen Betreuung (PSB) mitzubringen. Bei Vorlage einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung kann auch veranlasst werden, diese Unterlagen an die Anstalt schicken zu lassen.

WARUM PSYCHO-SOZIALE BETREUUNG?

Die Substitutionsbehandlung hat zum Ziel, Infektionen mit HIV und Hepatitis zu verhindern (indem keine Spritzen gemeinsam gebraucht werden), die soziale Teilhabe zu erhöhen, den Gesundheitszustand zu verbessern und den Ausstieg aus dem Drogenkonsum zu ermöglichen. All das kannst du rascher und besser erreichen, wenn du während der Substitution psychosozial betreut wirst. Wo die Substitution angeboten wird, ist man dafür in der Regel auch entsprechend ausgestattet.

Die psychosoziale Begleitung (PSB) wird je nach Anstalt anders organisiert. Sie erfolgt durch die Sozialarbeiter/innen der Haftanstalt und/oder durch externe Mitarbeiter/innen, z. B. von Drogenberatungsstellen.

Wer dich betreut, soll dich in deinem Alltag und deiner Lebensplanung unterstützen. Mit dieser Person besprichst du, was du von der Betreuung erwartest und erhoffst, an sie wendest du dich, wenn es Probleme bei der Umstellung auf das Substitutionsmittel gibt oder wenn du in Schwierigkeiten bist, bei denen du sonst immer Drogen genommen hast. Sie hilft dir auch bei den vielen Dingen des täglichen Lebens, die es in Haft zu regeln gilt, z. B.

bei finanziellen Angelegenheiten, bei der Vorbereitung der Entlassung (Wohnungssuche, Organisieren eines Platzes im Betreuten Wohnen usw.) oder bei der Kontaktaufnahme zu Familienangehörigen.

MIT WELCHEN MEDIKAMENTEN WIRD SUBSTITUIERT?

In Deutschland werden verschiedene Medikamente für die Substitution eingesetzt. Diese wirken, indem sie die Opiat-rezeptoren im Gehirn besetzen und dadurch den „Hunger“ auf andere Opiate stillen. Nimmt man trotzdem ein Opiat, z. B. Heroin, wirkt es kaum oder gar nicht – außer man dosiert es extrem hoch, was aber zum Tod durch Überdosierung führen kann. Die Substitutionsmittel lindern außerdem Schmerzen und beruhigen.

Mit den nachfolgend genannten Mitteln kann nur die Heroinabhängigkeit behandelt werden. Bei Abhängigkeit von anderen Drogen – z. B. Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel – sind gesonderte Behandlungsangebote notwendig.



METHADON

Am häufigsten wird in Deutschland mit Methadon (kurz für: DL-Methadon, Methadon-Razemat) substituiert. Da das früher gebräuchliche Levomethadon (Polamidon[®]) teurer ist, wird es häufig nur bei Menschen eingesetzt, die Methadon nicht vertragen.

Methadon wirkt gering euphorisierend (stimmungsaufhellend). Es verbleibt wesentlich länger im Körper als Heroin und kann daher bis zu 36 Stunden wirksam bleiben. Weil Methadon erst nach 8 bis 10 Tagen vollständig abgebaut ist, Heroin dagegen in 4 bis 5 Tagen, ist bei Methadon allerdings auch der Entzug schwieriger. Wenn die Substitutionsbehandlung beendet wird, sollte das Medikament deshalb in kleineren Schritten reduziert („ausgeschlichen“) werden.

Methadon gibt es als Trinklösung, die in der Apotheke zubereitet wird, und als Fertigtrinklösung direkt vom Hersteller (Methaliq[®]) sowie in Tablettenform (Methaddict[®]).

Die Trinklösungen enthalten Sirup oder andere Substanzen und sind daher nicht zum Spritzen geeignet. Intravenöser Konsum birgt unkalkulierbare Risiken wie Herzklappenentzündung, Venenverstopfung oder Thrombose.

BUPRENORPHIN

Dieses halbsynthetische Opiat ist in Deutschland seit 2000 für die Substitution zugelassen und wird auch in einigen Haftanstalten eingesetzt.

Buprenorphin hebt die Wirkung von Opiaten teilweise auf („partieller Opiatantagonist“). Daher kann es bei einer Umstellung von Methadon oder Polamidon® auf Buprenorphin zu Entzugsproblemen kommen, wenn die Dosis dieser Medikamente vorher nicht reduziert wird (Methadon auf 30 bis 40 mg, Polamidon® auf 15 bis 20 mg). Buprenorphin wird als Tablette sublingual (unter der Zunge) eingenommen. Üblicherweise gibt man das Medikament täglich, man kann es jedoch auch 2- bis 3-mal wöchentlich verabreichen. Die Vorteile von Buprenorphin: Es wirkt länger als die anderen Substitutionsmittel, und der Entzug ist leichter.

BUPRENORPHIN + NALOXON (SUBOXONE®)

Seit März 2007 ist in Deutschland das Kombinationspräparat Suboxone® zugelassen. Es enthält Buprenorphin und Naloxon und ist ebenfalls als Tablette sublingual einzunehmen. Naloxon ist ein reiner Opiatantagonist, der Opiate vollständig von ihren Rezeptoren verdrängt. Wird das Medikament missbräuchlich

gespritzt oder gesnieft, wird dieser Effekt verstärkt, sodass unmittelbar heftige Entzugserscheinungen auftreten.

CODEIN

Nach dem Betäubungsmittelgesetz darf Codein heute nur noch in Ausnahmefällen – z. B. bei Unverträglichkeit gegenüber anderen Substitutionsmitteln – ärztlich verordnet werden.

DIAMORPHIN

2002 starteten in Deutschland die ersten Modellversuche der heroingestützten Behandlung. Sie verliefen erfolgreich, weshalb es seit 2009 möglich ist, mit Diamorphin (Heroin) substituiert zu werden. Da die Vergabe mit Auflagen verbunden ist, gibt es außerhalb der alten Vergabeprojekte bisher nur zwei neue Standorte (Berlin und Stuttgart), an denen Diamorphin ausgegeben wird; ein Ausbau ist jedoch zu erwarten.

In Deutschland wurde Diamorphin bisher noch nicht im Gefängnis eingesetzt. Bislang hat nur das Justizministerium Baden-Württemberg eine Verwaltungsvorschrift erlassen, in der geregelt ist, wie Diamorphin im Gefängnis eingesetzt werden kann. Seit dem Jahr 2000 gibt es die heroingestützte Behandlung in zwei Schweizer Haftanstalten (s. DAH-Broschüre „Modelle guter Praxis – HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft“).

WELCHE NEBEN- WIRKUNGEN HABEN DIE SUBSTITUTIONSMITTEL?

Wie alle Medikamente können auch die Substitutionsmittel unerwünschte Wirkungen haben – egal, welches du nimmst. So kann es während der Substitution zu Verstopfung, Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen kommen. Möglich sind ebenso Depressionen oder Euphorie, Müdigkeit, allergische Hauterscheinungen, Magenschmerzen, Krämpfe und Atembeschwerden. Außerdem kann die sexuelle Lust (Libido) nachlassen.

Werden Substitutionsmittel regelmäßig genommen, kommt es zu einer Gewöhnung, das heißt, man wird abhängig. Wie stark diese Abhängigkeit ausgeprägt ist, hängt von dem jeweils eingesetzten Medikament ab.



WECHSELWIRKUNGEN MIT HIV-MEDIKAMENTEN

Von Wechselwirkungen spricht man, wenn sich Medikamente – oder Substitutionsmittel und Drogen; siehe Abschnitt „Welche Risiken hat Beikonsum?“, S. 27 – gegenseitig beeinflussen. Das kann dazu führen, dass die Menge einer Substanz im Blut („Wirkstoffspiegel“) sehr viel höher oder deutlich niedriger ist als sonst. Die Folge kann eine Über- oder Unterdosierung sein – mit der Gefahr starker Nebenwirkungen oder des Wirkungsverlusts. Inwieweit Substitutionsmittel mit HIV-Medikamenten „wechselwirken“, wurde in Studien bisher nur bei einigen Substanzen untersucht. **Wechselwirkungen mit anderen als den nachfolgend genannten Substanzen sind daher nicht auszuschließen!**

METHADON

Für **Proteasehemmer** sind die Wechselwirkungen schwer vorhersehbar. Für die geboosteten Proteasehemmer Aptivus® (Tipranavir), Kaletra® (Lopinavir) und Prezista® (Darunavir) wurden reduzierte Methadonspiegel beschrieben, die aber nicht mit Entzugserscheinungen einhergehen müssen. Keine Veränderung des Methadonspiegels hat man unter Telzir® (Fosamprenavir), Invirase® (Saquinavir) und Reyataz® (Atazanavir) festgestellt.

Bei den **NNRTIs** Sustiva® (Efavirenz) und Viramune® (Nevirapin) kommt es durch eine starke Absenkung des Methadonspiegels zu Entzugserscheinungen – allerdings erst nach ungefähr zwei bis drei Wochen, da die NNRTIs das Methadon abbauende Enzym erst langsam „ankurbeln“.

Unter Sustiva® können die Methadonspiegel bis zu 60 % abfallen. Die Methadondosis sollte in diesen Fällen in 10-mg-Schritten erhöht werden.

BUPRENORPHIN

Proteasehemmer (z. B. bei der Kombination Reyataz® + Norvir®) können den Buprenorphinspiegel im Blut erhöhen und damit auch zu verstärkten Nebenwirkungen durch Buprenorphin führen. Vor allem bei Reyataz® (Atazanavir) ist auf potenzielle Nebenwirkungen zu achten und gegebenenfalls eine Dosisreduktion von Buprenorphin vorzunehmen.

In einem Fallbericht wurden bei drei Probanden Müdigkeit, Benommenheit, Konzentrationsmangel und eine reduzierte geistige Leistungsfähigkeit unter Reyataz® 300/100 mg QD mit Buprenorphin in Dosen von 8 bis 14 mg/Tag beschrieben. Bei Reduktion der Buprenorphin-Dosen auf 8 mg jeden zweiten Tag verschwanden die Nebenwirkungen.

Betrachtet man die Abbauewege von Buprenorphin, so stellt man fest, dass es – ebenfalls wie sein beim Abbau

entstehendes, aktives Zwischenprodukt Norbuprenorphin – durch die Bindung an Glucuronsäure über Leber und Niere ausgeschieden wird. Diese Ausscheidung (Glucuronidierung) wird von Reyataz® gehemmt. Da die anderen Proteasehemmer das für die Ausscheidung zuständige Enzym nicht hemmen, werden für diese keine relevanten Wechselwirkungen erwartet.

Unter Kaletra® (Lopinavir) veränderten sich bei HIV-negativen Opiatabhängigen die Buprenorphin- und Norbuprenorphin-spiegel nicht signifikant. Mit Norvir® (Ritonavir) 100 mg BID stiegen die Buprenorphin-Spiegel um 57 % an. In keinem Fall wurden Entzugserscheinungen oder Nebenwirkungen berichtet; Dosisanpassungen waren nicht erforderlich.

WAS IST BEI DER WAHL DES SUBSTITUTIONS- MITTELS ZU BEACHTEN?

In Haft kannst du dein Substitutionsmittel nicht selbst auswählen: Welches zum Einsatz kommt (falls überhaupt substituiert wird), entscheidet der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin. Trotzdem kannst du mit dem Arzt oder der psychosozialen Betreuung die Vor- und Nachteile der einzelnen Medikamente besprechen.

Als Faustregel gilt: Je kürzer die Wirkzeit eines Opiats, desto stärker seine euphorisierende Wirkung. Und je länger es wirkt, desto klarer bleibt der Kopf. Wichtig ist, dass das Medikament insgesamt zu dir passt. Welches zu wählen ist, hängt davon ab, wie viel Heroin du pro Tag nimmst, wie dein Gesundheitszustand ist und was du in deinem Leben vorhast.

Eine Nebenwirkung von Methadon sind Depressionen. Sind sie besonders stark, kann eine Umstellung auf Buprenorphin sinnvoll sein. Hinzu kommt, dass Buprenorphin den Methadon-Entzug erleichtert. Soll Methadon nach langjähriger Behandlung „ausschleichend“ abgesetzt werden, lohnt sich eine Umstellung auf Buprenorphin, sobald die Methadon-Dosis 30 mg erreicht hat.

WIE SOLLTE DOSIERT WERDEN?

Ob das Ersatzmittel wie erwartet wirkt, hängt von seiner Dosierung ab, die individuell ermittelt werden muss. Damit das Ersatzmittel in der „richtigen“ Menge in den Körper kommt, muss bei der Dosierung vor allem auf Folgendes geachtet werden:

- Die Dosis darf nicht zu hoch sein, andernfalls kann sie eine Vergiftung (Intoxikation) verursachen.
- Die Dosis darf aber auch nicht zu niedrig sein, sonst kommt es zu Entzugserscheinungen.

Laut Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) beträgt die Höchstmenge bei Polamidon® 50 mg, bei Methadon 100 mg, bei Buprenorphin 26,7 mg, bei Codein 1.333 mg und bei Diamorphin 1.000 mg täglich. Wird die Höchstmenge überschritten, muss der Arzt oder die Ärztin dies begründen.

Zur Dosierung zu Beginn der Substitution hier ein Beispiel aus einer Berliner Arztpraxis * . Die Dosis wird aus dem Konsum von 17-prozentigem Straßenheroin errechnet (1000 mg gekauftes Straßenheroin entsprechen dann 170 mg reinem Heroin).

Heroinmenge pro Tag in mg

- geteilt durch 15 = tägliche Methadon-Menge in mg
- geteilt durch 30 = tägliche Polamidon®-Menge in mg
- geteilt durch 150 = tägliche Buprenorphin-Menge in mg

* Dr. med. Jörg Gözl, Facharzt für Allgemeinmedizin,
HIV-Schwerpunktpraxis

Bei **Buprenorphin** liegt die Anfangsdosis bei 0,8 bis 4 mg. Sie kann täglich um 2 bis 4 mg gesteigert werden bis zu einer Maximaldosis von 24 mg pro Tag. Die Erhaltungsdosis liegt in der Regel bei 8 bis 12 mg. Bei einer Einnahme alle zwei oder drei Tage können maximal 32 mg genommen werden. Nach dem schrittweisen Absetzen kann Naltrexon* (Narcanti®) gegeben werden, um Rückfällen vorzubeugen. Bei Polamidon® wird in der Regel eine tägliche Dosis zwischen 40 und 55 mg erreicht.

Die Dosis bei **Methadon** liegt anfangs bei 20 bis 30 mg pro Tag und wird dann über 10 bis 14 Tage auf 70 mg gesteigert. In den folgenden Wochen wird die individuelle Dosis ermittelt, die meist zwischen 80 und 100 mg, selten über 120 mg pro Tag liegt.**

* Naltrexon ist wie Naloxon (siehe S. 15) ein reiner Opiatantagonist und unterstützt die psychische Entwöhnung. Das Medikament wird auch bei Überdosierung eingesetzt.

** vgl. Bornemann, R./Poelke, T.: Mit Methadon-Razemat Anpassung an den internationalen Standard. Deutsches Ärzteblatt 1994, 91: B-2390-2



WIE SOLLTE „AUSGESCHLICHEN“ WERDEN?

Das Absetzen oder der Entzug von Methadon kann mit starker Unruhe und hoher Aggressivität einhergehen, was die Patient(inn)en, aber auch die Bediensteten und Mitgefangenen oft völlig überfordert. Häufig wird zu schnell herunterdosiert, teilweise auch auf Wunsch der Substituierten. Dadurch können die Erfolge, die man durch die Substitution erreicht hat, gefährdet werden. Wird richtig „ausgeschlichen“, kann sich der Körper langsam auf die jeweils geringere Dosis einstellen.

Für das Ausschleichen gibt es unterschiedliche Verfahrensweisen. Hier zwei Beispiele:

- In einer Berliner Arztpraxis wird die Ausgangsdosis pro Woche um 10 bis 15 % reduziert.
- In einer Haftanstalt verringert man die Ausgangsdosis entweder pro Tag um 10 % (bei Problemen alle 2 Tage) oder alle 2 Tage um 5 mg.

WELCHE RISIKEN HAT BEIKONSUM?

Ein Ziel der Substitution ist, aus der Sucht herauszuführen. Durch zusätzlichen Drogenkonsum wird das Suchtverhalten jedoch fortgesetzt. Bei nachgewiesenem Beikonsum wird die Behandlung unter Umständen abgebrochen. Beikonsum kann allerdings auch ein Hinweis darauf sein, dass das Ersatzmittel zu niedrig dosiert ist.

Das Ersatzmittel kann zwar dauerhaft und auch in höherer Dosis eingenommen werden, ohne dass es zu Gesundheitsschäden kommt. Die Einnahme weiterer Drogen kann aber seine Wirkung verstärken und zu gefährlichen Vergiftungserscheinungen mit Atemdepression (man atmet seltener und weniger tief) bis hin zu Atemstillstand führen. Wird man nicht rechtzeitig gefunden, bedeutet dies möglicherweise den Tod.

Übrigens: Je höher die Dosierung des Substitutionsmittels, desto geringer ist die Wirkung von zusätzlich konsumiertem Heroin. Wer dann versucht, die Heroinmenge zu erhöhen, um trotz des Medikaments eine Wirkung zu erzielen, begibt sich in Lebensgefahr.

WOZU DIENEN URINKONTROLLEN?

Wenn du ein Substitutionsmittel erhältst, wird in bestimmten Abständen dein Urin auf Rückstände von Beigebrauch anderer Drogen untersucht; gelegentlich werden auch Alkoholkontrollen durchgeführt. Die angewandten Suchtests liefern zu 85 bis 90 % richtige Ergebnisse. Ein falsch positiver Befund ist z. B. beim Cannabinoid-Test bei HIV-Positiven möglich, die das antiretrovirale Medikament Sustiva® einnehmen.

Urinkontrollen sind einerseits rechtlich erforderlich, andererseits benötigt man ihre Ergebnisse als Anhaltspunkte für weitere Klärungen. Bei Urinkontrollen aus vollzuglichen Gründen prüft die Haftanstalt, ob du lockerungsgerecht bist. Ergibt die Kontrolle, dass du Drogen genommen hast, kann es sein, dass du z. B. keinen Hafturlaub oder Ausgang bekommst oder nicht in den offenen Vollzug verlegt wirst. Bei Urinkontrollen aus medizinischen Gründen wird geprüft, ob du neben dem Ersatzmittel auch noch Drogen nimmst. Kontrolliert wird ebenso dann, wenn körperliche Anzeichen auf Beikonsum schließen lassen. Dabei solltest du bedenken: Mit Beikonsum geht man in Haft sehr viel strenger um als „draußen“ und stellt die Substitution dann häufig ein.

Urinkontrollen sind strikt zu trennen von Urinuntersuchungen zur Feststellung bestimmter Krankheiten.

IN WELCHEN FÄLLEN KANN EINE SUBSTITUTION ABGEBROCHEN WERDEN?

Die Substitutionsbehandlung kann abgebrochen werden, wenn du

- weiterhin Drogen nimmst
- nicht oder nur wenig an der Behandlung mitwirkst („Behandlungsverweigerung“, z. B. Ablehnung der psychosozialen Begleitung).



SUBSTITUTION IN HAFT: VON BUNDESLAND ZU BUNDESLAND ANDERS

Die folgenden Informationen haben wir bei den Justizministerien der einzelnen Bundesländer eingeholt. Falls in deiner Haftanstalt anders verfahren wird als dargestellt, kannst du den Medizinischen Dienst nach den Gründen fragen. (Wenn du trotz entsprechender Indikation nicht substituiert wirst, siehe Kapitel „Habe ich Anspruch auf eine Substitution?“, S. 9.)

BADEN-WÜRTTEMBERG

Im baden-württembergischen Justizvollzug ist die Substitution seit 2002 in einer Verwaltungsvorschrift geregelt. Dabei wurden so weit wie möglich die draußen für gesetzlich Krankenversicherte geltenden Regelungen übernommen – dies insbesondere bei den Indikationen.

Anerkannte Indikationen für eine Substitution sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit und die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

In den letzten Jahren ist das Behandlungsangebot erweitert worden; die Substitution wird in allen Haftanstalten des Bundeslandes angeboten. Wer bereits vor Haftantritt substituiert wurde oder erst während der Haft eine Indikation erhält, kann im Justizvollzug Ersatzmittel erhalten. Ihr Einsatz ist ebenso beim medikamentengestützten Entzug möglich, als Maßnahme zur Vorbereitung der Entlassung oder bei substituierten Gefangenen auf Transport. Die Substitution ist zeitlich nicht begrenzt. Eingesetzt werden können Methadon, Polamidon® und Buprenorphin; die Diamorphinvergabe ist in Planung. Welches Mittel gewählt wird, entscheidet der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin.

BAYERN

Im bayerischen Justizvollzug steht man der Substitution äußerst kritisch gegenüber. Sie wird nicht als „Programm“ oder „Therapie“ angeboten, sondern in Einzelfällen auf Anordnung des Anstaltsarztes durchgeführt.

Substituiert werden können

- Gefangene, die schon vor Haftantritt Ersatzmittel erhielten und nur kurzzeitig (wenige Wochen) in Strafhaft sind
- schwangere Drogengebraucherinnen; in Einzelfällen werden sie nach Rücksprache mit dem behandelnden Gynäkologen in die Justizvollzugsanstalt Aichach verlegt und dort substituiert
- Gefangene im Jugendarrest
- Schwerkranke, bei denen ein Entzug die Grunderkrankung verschlimmern würde (in diesen Fällen wird unbefristet substituiert)
- substituierte Gefangene, die sich auf Transport befinden oder wegen eines Gerichtstermins vorübergehend in eine bayrische Haftanstalt aufgenommen werden
- Gefangene, die kurz vor der Haftentlassung stehen (als im Einzelfall von den Anstaltsärzten im Rahmen der medizinischen Indikation indizierten entlassungsvorbereitenden Maßnahme).

Ist eine Substitution indiziert, aber vor Ort nicht – oder in einer anderen Haftanstalt besser – durchführbar, kann eine Verlegung erfolgen.

Gefangene, die eine kurze Haftzeit verbüßen und schwangere Drogengebraucherinnen, die nach Haftantritt weitersubstituiert werden, erhalten das gleiche Substitutionsmittel wie vor der Haft. Die psychosoziale Beratung erfolgt durch interne und externe Berater/innen.

An dieser Stelle noch eine Anmerkung: Die Substitution erfolgt im bayrischen Vollzug nur in Ausnahmefällen, was bereits zu Klagen und dem Einschalten des Petitionsausschusses führte. Für 2015 wird eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte zu diesen Fällen erwartet. Weitere Informationen hierzu sind über das Strafvollzugsarchiv und die Deutsche AIDS-Hilfe erhältlich.

BERLIN

In den Berliner Justizvollzugsanstalten wurde das Substitutionsangebot ausgebaut: Grundsätzlich können Gefangene in allen JVs substituiert werden (einschließlich Untersuchungshaft). Eine Substitution ist möglich, wenn sie schon vor Haftantritt erfolgte oder eine Indikation während der Haft gestellt wird. Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung und auf Transport.

Eingesetzt werden Methadon, L-Polamidon[®], Buprenorphin oder Suboxone[®]. Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch interne Fachdienste und wird ergänzt durch Mitarbeiter/innen externer Drogenberatungsstellen.

BRANDENBURG

Ersatzmittel erhalten substituierte Gefangene auf Transport, in Ausnahmefällen auch bereits vor Haftantritt Behandelte – dies jeweils abhängig von der Indikation und der Haftdauer. Angeboten wird auch der medikamentengestützte Entzug. Zum Einsatz kommt Polamidon[®].

Aufgrund des geringen Substitutionsbedarfs hat man die Zahl der Behandlungsplätze bisher nicht festgelegt. Substituiert werden nur männliche Gefangene; in Brandenburg inhaftierte Drogengebraucherinnen werden nach Berlin überstellt. Kann eine indizierte Substitution in der betreffenden Anstalt nicht angeboten werden, kann der Gefangene in eine andere Justizvollzugsanstalt überstellt werden.

BREMEN

Wer schon vor der Haft substituiert wurde, wird im Bremer Justizvollzug in der Regel weiterbehandelt. Man nimmt Drogenabhängige auch neu in die Substitution auf, wenn es im Rahmen des Behandlungskonzepts erforderlich und sinnvoll erscheint. Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit und chronische Schmerzen.

Die Substitution wird auch kurzfristig angeboten, z. B. als medikamenten-gestützter Entzug oder auf Transport. Zum Einsatz kommt Methadon. Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch interne Berater/innen.

Die Zahl der Substitutionsplätze ist nicht festgelegt; im Bremer Justizvollzug können jedoch etwa 100 Gefangene substituiert werden. Neuaufnahmen richten sich nach den Kapazitäten der medizinischen und psychosozialen Begleitung.

HAMBURG*

In allen sechs Justizvollzugsanstalten Hamburgs wird die Substitution Gefangenen ermöglicht, die bereits vor der Haft mit Ersatzmitteln behandelt wurden. Über die Fortsetzung oder Beendigung der Substitution entscheidet der behandelnde Arzt. Die Behandlungsdauer ist nicht vorgegeben. Das Angebot umfasst keine psychosoziale Begleitung durch externe Fachkräfte. Behandelt wird mit Methadon – dies auch beim Entzug und bei substituierten Gefangenen auf Transport.

- * Die Informationen wurden aus der letzten Auflage (Stand 2009) übernommen und konnten aufgrund der fehlenden Rückmeldung des Justizministeriums nicht aktualisiert werden.

HESSEN

In elf der 16 hessischen Justizvollzugsanstalten werden Drogengebraucher/innen dann substituiert, wenn sie selbst die Initiative dafür ergreifen: Der/die Gefangene beantragt die Behandlung beim Ärztlichen Dienst oder macht bei der Zugangsuntersuchung entsprechende Angaben. Der Ärztliche Dienst entscheidet dann über die Fortsetzung einer bereits draußen durchgeführten Substitution oder den Beginn einer Behandlung und ebenso über die Behandlungsdauer. Der Entzug wird in vielen Fällen durch Substitutionsmittel unterstützt.

Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Eine kurzfristige Substitution erfolgt bei Gefangenen, die zuvor substituiert wurden und sich auf dem Transport befinden.

Zur Substitution wird fast immer Methadon verwendet. Nur in begründeten Ausnahmefällen kann ein anderes Substitutionsmittel verabreicht werden. Die psychosoziale Betreuung wird durch die anstaltsinternen Fachdienste gewährleistet. In einigen Justizvollzugsanstalten sind zusätzlich externe Berater/innen tätig.

Verlegt wird nur im Einzelfall, um einen medikamentengestützten Entzug durchzuführen. Für eine langfristige Substitution erfolgt keine Verlegung.

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Die Substitution ist in allen Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes möglich. Das Angebot gilt sowohl für bereits draußen Behandelte als auch für Gefangene, die in Haft eine Indikation erhalten. Falls eine Haftanstalt keine Substitution anbietet, ist auf Antrag eine Verlegung möglich.

Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung bei bestehender Drogenabhängigkeit (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung und bei substituierten Gefangenen auf Transport.

Eine psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne Berater/innen. Die Dauer der Substitution ist nicht festgelegt. Behandelt wird mit Methadon, Polamidon® und Buprenorphin. Substitutionsmittel werden auch beim Entzug angeboten.

NORDRHEIN-WESTFALEN

2010 wurden die „Ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug“ in Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Dies führte zu einem erheblichen Ausbau des Substitutionsangebots im nordrhein-westfälischen Vollzug.

In welchen Fällen und wie lange substituiert werden soll, entscheiden die Anstaltsärztinnen und -ärzte. Die Behandlung der Heroinsucht mit Ersatzmitteln kann je nach medizinischer Indikation befristet oder unbefristet sein. Sie erfolgt als Entzugsbehandlung nach Haftantritt,

als Fortführung einer bereits vor der Haft begonnenen Substitution, als Erstbehandlung in der Haft oder zur Vorbereitung auf eine Dauersubstitution nach der Entlassung.

Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Substituiert werden kann auch kurzfristig: zur Vorbereitung der Entlassung, als medikamentengestützter Entzug und auf Transport.

Die Substitution ist grundsätzlich in allen Haftanstalten des Bundeslandes möglich. Als Substitutionsmittel kommen Methadon, Polamidon® und Buprenorphin zum Einsatz. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater/innen.

NIEDERSACHSEN

Die Substitution wird grundsätzlich in allen Justizvollzugsanstalten Niedersachsens angeboten. Gefangene, die bereits vor der Inhaftierung substituiert wurden, können weitersubstituiert werden. Bei entsprechender Indikation kann eine Substitutionsbehandlung in Haft begonnen oder zur Vorbereitung der Haftentlassung durchgeführt werden. Möglich ist auch eine Entzugsbehandlung in Haft. Das Substitutionsmedikament erster Wahl ist Polamidon®. Wann, wie und in welcher Dosierung die Medikamentengabe erfolgt, entscheiden leitliniengerecht die Anstaltsärztinnen und -ärzte gemeinsam mit dem Patienten vor Ort. Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch interne Berater/innen im Justizvollzug.

RHEINLAND-PFALZ

Sechs Justizvollzugsanstalten des Landes bieten eine Substitution an; insgesamt werden etwa 50 Gefangene behandelt. Möglich sind die Fortsetzung einer vor der Haft begonnenen Substitution sowie die Erstbehandlung, wenn sich die Indikation während der Haft stellt. Auch eine kurzfristige Substitution ist möglich, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung, als medikamentengestützter Entzug und auf Transport, wenn zuvor substituiert wurde. Die Dauer der Substitution ist nicht festgelegt. Verabreicht wird Methadon und Buprenorphin.

Wo keine Substitution angeboten wird, ist eine Verlegung in eine andere Haftanstalt möglich. Die psychosoziale Begleitung wird von internen und externen Berater(inne)n durchgeführt.

SAARLAND

Im Saarland ist eine längerfristige Substitution in einer Justizvollzugsanstalt möglich. Angeboten wird sie Gefangenen, die bereits vor Haftantritt substituiert wurden oder die in der Haft eine Indikation erhalten. Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands und die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit. Substituiert werden kann auch kurzfristig: zur Vorbereitung der Entlassung, als medikamentengestützter Entzug und auf Transport.

Verabreicht werden Methadon, Polamidon® und Buprenorphin. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater/innen. Wo keine Substitution angeboten wird, ist eine Verlegung in eine andere Haftanstalt möglich.

SACHSEN

Im sächsischen Justizvollzug können drogenabhängige Gefangene substituiert werden. Die Indikation einer Substitution obliegt dem medizinischen Dienst des Justizvollzugs. Über die Dauer und das eingesetzte Substitutionsmittel entscheidet der behandelnde Arzt. Die Substitution kann auch als medikamentengestützter Entzug durchgeführt werden. Bei substituierten Gefangenen, die sich auf dem Transport befinden, wird die Substitution fortgeführt.

Die psychosoziale Beratung und Betreuung substituiert Gefangener wird durch die in allen sächsischen Justizvollzugsanstalten eingerichtete externe Suchtberatung und durch die Fachdienste des Justizvollzugs geleistet.

SACHSEN-ANHALT

Substituiert werden nur Gefangene, die bereits vor Haftantritt behandelt wurden oder sich auf Transport vorübergehend im Justizvollzug des Bundeslandes aufhalten. Die Weiterbehandlung ist grundsätzlich in allen Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes möglich. Die Dauer der Behandlung ist nicht festgelegt. Behandelt wird mit Polamidon® und Buprenorphin. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne Berater/innen.

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Wer bereits vor Haftantritt substituiert wurde, kann in allen Haftanstalten Schleswig-Holsteins weiterbehandelt werden, unabhängig von der Haftdauer. Werden während der Haftzeit Gründe aufgezeigt, die für eine Substitution sprechen, kann diese auch im Gefängnis begonnen

werden. Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, die Unterstützung der Behandlung einer zusätzlichen schweren Erkrankung (z. B. HIV, chronische Hepatitis B oder C) bei bestehender Drogenabhängigkeit sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Die Substitution wird auch als medikamentengestützter Entzug angeboten.

Zum Einsatz kommen Methadon und Polamidon®. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Fachkräfte. Im Bedarfsfall kann eine Verlegung erfolgen.

THÜRINGEN

In Thüringen besteht grundsätzlich in allen sechs Justizvollzugseinrichtungen, einschließlich des Jugendarrests, die Möglichkeit zur Substitution. Aufgrund der geringen Fallzahlen werden Substituierte des Erwachsenenvollzugs regelmäßig zentral in der JVA Tonna untergebracht. Substituiert werden Gefangene, die sich bereits vor dem Haftantritt in der Substitution befanden, und Gefangene und Sicherungsverwahrte, bei denen sich die Indikation während der Haftzeit/Unterbringung stellt. Anerkannte Indikation ist in diesem Fall die Stabilisierung bei bestehender Drogenabhängigkeit. Die Substitution wird ebenso zur Unterstützung des Entzugs angeboten. Eine Substitution zur Entlassungsvorbereitung ist nicht ausgeschlossen. Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung ist nicht festgelegt.

Verabreicht werden Methadon, Polamidon und Buprenorphin. Die psychosoziale Betreuung bieten sowohl interne als auch externe Fachkräfte an.

BESTIMMUNGEN ZUR SUBSTITUTION

BETÄUBUNGSMITTELGESETZ (BTMG)

§ 13 (1) legt dar, dass bei einer Betäubungsmittelabhängigkeit das Verabreichen von Substitutionsstoffen und das Überlassen dieser Stoffe durch den Arzt/die Ärztin zum direkten Verbrauch zulässig ist. Voraussetzung ist, dass die Behandlung medizinisch begründet ist und der Behandlungszweck nicht anders erreicht werden kann.

BETÄUBUNGSMITTEL-Verschrei- bungsverordnung (BtMVV)

(BtMVV) vom 20.1.1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 20.7. 2012 (BGBl. I S. 1639)

In der BtMVV sind die Bedingungen für die Substitution ausführlich beschrieben. Nachfolgend seien nur einige Punkte daraus aufgeführt.

§ 2 (1a) benennt die Verschreibungshöchstmengen und legt dar, dass diese in begründeten Einzelfällen unter Wahrung der erforderlichen Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs und bei Personen in Dauerbehandlung überschritten werden dürfen.

§ 5 (1) legt fest, dass ein Substitutionsmittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustands, zur Unterstützung der Behandlung einer schweren Erkrankung bei bestehender Opiatab-

hängigkeit und zur Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und Geburt eingesetzt werden darf.

§ 5 (2) erlaubt eine Verschreibung, wenn und solange

- keine medizinischen Ausschlussgründe entgegenstehen
- begleitende psychosoziale oder psychotherapeutische Maßnahmen einbezogen werden
- der Arzt die Meldepflichtungen nach § 5a Abs. 2 erfüllt hat
- der Patient keine anderen Substitutionsmittel erhält
- der Patient die begleitenden Maßnahmen in Anspruch nimmt
- die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährden
- der Patient das Substitutionsmittel bestimmungsgemäß verwendet
- der Patient in der Regel wöchentlich den Arzt konsultiert
- der Arzt Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllt, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden.

§ 5 (3) schreibt vor, dass Ärzte, die keine suchtttherapeutische Qualifikation vorweisen können, höchstens drei Patienten gleichzeitig substituieren dürfen und die Behandlung mit einem Arzt abstimmen müssen, der über eine solche Qualifikation verfügt. Der Patient muss diesem Arzt mindestens einmal im Quartal vorgestellt werden.

Laut **§ 5 (4)** darf der Arzt als Substitutionsmittel nur Zubereitungen von Polamidon®, Methadon und Buprenorphin, in begründeten Ausnahmefällen Codein oder Dihydrocodein, Diamorphin als zur Substitution zugelassenes Arzneimittel oder ein anderes zur Substitution zugelassenes Arzneimittel verschreiben.

Gemäß **§ 5 (9)** ist eine Substitutionsbescheinigung auszustellen, wenn der Patient zeitweilig oder endgültig die Arztpraxis wechselt.

AUSZÜGE AUS DEN „RICHTLINIEN DER BUNDESÄRZTEKAMMER ZUR DURCHFÜHRUNG DER SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER“

Neben dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) bilden die am 19.2.2010 verabschiedeten „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ eine weitere wesentliche Grundlage für die Substitution innerhalb und außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (sie gelten also auch für privat Versicherte und für Inhaftierte).

PRÄAMBEL

Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Die Substitution dient

1. ihrer Behandlung mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes
2. der Unterstützung und Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. der Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Ihre Umsetzung bedarf eines umfassenden Therapiekonzeptes. Ziele und Ebenen der Behandlung sind:

- Sicherung des Überlebens
- Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel
- gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben
- Opiatfreiheit.

Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab.

1. GELTUNGSBEREICH DER RICHTLINIEN

Bei der substitutionsgestützten Behandlung der Opiatabhängigkeit sind die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und des Arzneimittelgesetzes (AMG) zu beachten. Die Richtlinien gelten für alle Ärzte, die diese Behandlung durchführen.

2. INDIKATION

Indikation für eine substitutionsgestützte Behandlung ist die manifeste Opiatabhängigkeit. Diese liegt gemäß der International Classification of Diseases (ICD) F11.2 in der jeweils geltenden Fassung dann vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von zwölf Monaten gleichzeitig vorhanden sind:

- starker bis übermäßiger Wunsch, Opiate zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums

- Nachweis einer Toleranzentwicklung
- ein körperliches Entzugssyndrom
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.

Für die Einleitung einer Substitutionsbehandlung müssen insbesondere die aufgeführten Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit erfüllt sein.

Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine substitutionsgestützte Behandlung indiziert, wenn diese in Abwägung aller entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte gegenüber primär abstinenzorientierten Therapieformen die erfolgversprechendere Behandlung darstellt.

In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, **Gefängnis***) eingeleitet werden.

Besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung ist bei jüngeren und erst kürzer abhängigen Patienten geboten. Erweist sich eine substitutionsgestützte Behandlung bei diesen Patientengruppen als indiziert, sollte diese in der Regel nur als Übergangsmaßnahme in Erwägung gezogen werden.

Bei bestehender Schwangerschaft ist die Substitutionstherapie die Behandlung der Wahl, um Risiken für Mutter und Kind zeitnah zu vermindern und adäquate medizinische und soziale Hilfemaßnahmen einzuleiten.

* Hervorhebung Deutsche AIDS-Hilfe

Ein die Substitution gefährdender Gebrauch weiterer psychotroper Stoffe muss bei der Einleitung der Substitution berücksichtigt und je nach Ausmaß behandelt werden. Bei komorbiden substanzbezogenen Störungen ist darauf zu achten, dass die Substitution keine Erhöhung der Gefährdung darstellt.

Gemäß § 5 Abs. 9a 2.–4. BtMVV muss für eine diarmorphingestützte Substitutionsbehandlung der Patient das 23. Lebensjahr vollendet haben, seine Opiatabhängigkeit seit mindestens fünf Jahren bestehen und von schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen begleitet sein. Der derzeitige Konsum muss überwiegend intravenös erfolgen. Darüber hinaus muss ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit vorliegen, von denen eine mindestens über sechs Monate mit einem anderen Substitut gemäß § 5 Abs. 2, 6 und 7 BtMVV einschließlich begleitender psychosozialer Betreuungsmaßnahmen erfolgt sein muss.

8. VERABREICHUNG UNTER KONTROLLIERTEN BEDINGUNGEN

Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.*

* Hervorhebung Deutsche AIDS-Hilfe

12. BEENDIGUNG UND ABRUCH DER SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG

Eine reguläre Beendigung der Substitution kann in Abstimmung zwischen Arzt und Patient erfolgen, wenn sie nicht mehr erforderlich oder seitens des Patienten nicht mehr gewünscht ist.

Eine Substitutionsbehandlung ist zu beenden, wenn

- sie sich als nicht geeignet erweist
- sie mit einem fortgesetzten, problematischen Konsum anderer gefährdender Substanzen einhergeht.

Ein Abbruch der Behandlung durch den Arzt ist dann begründet, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält oder gegen die Regeln der Einrichtung verstößt. Insbesondere ist dies der Fall, wenn er

- gegenüber anderen Patienten oder Einrichtungsmitarbeitern Gewalt ausübt oder androht
- Suchtstoffe weitergibt oder Handel mit ihnen betreibt
- vereinbarte Termine nicht wahrnimmt
- erforderliche Therapiekontrollen verweigert
- an vereinbarten psychosozialen Begleitmaßnahmen nicht teilnimmt.

Aufgrund des hohen Gefährdungspotenzials, das mit einem Behandlungsabbruch verbunden ist, ist anzustreben, den Patienten auch bei Verstößen möglichst weiter in der Behandlung zu halten. Vor einem Abbruch ist daher immer zunächst zu prüfen, ob die Non-Compliance Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung oder komorbider Störungen ist.

Bevor eine Behandlung beendet wird, sollten alle anderen Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierung des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen, sowie Versuche des Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Fehlverhalten begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein.

Bei vorliegender Schwangerschaft sind Behandlungsabbrüche nach Möglichkeit zu vermeiden, da in diesen Fällen eine besondere Gefährdung für das ungeborene Leben besteht.

Kommt es zu einem Abbruch der Behandlung, soll der Patient über die körperlichen, psychischen und sozialen Folgewirkungen aufgeklärt und ihm die Möglichkeit zu einem geordneten Entzug vom Substitutionsmittel gegeben werden. Dazu gehört, dass das Absetzen des Substitutionsmittels ausschleichend in vereinbarten Schritten erfolgt. Gegebenenfalls sollte die Überweisung an einen weiterbehandelnden Arzt oder in eine stationäre Entzugsbehandlung erfolgen.

Die Gründe für eine Beendigung oder einen Abbruch der Therapie sind zu dokumentieren.

13. ARZTWECHSEL

Vor einer geplanten Übernahme eines bereits in substitutionsgestützter Behandlung befindlichen Patienten muss sich der weiterbehandelnde Arzt mit dem vorbehandelnden Kollegen in Verbindung setzen. Eine Schweigepflichtentbindung ist einzuholen.



© Deutsche AIDS-Hilfe e.V. , Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Internet: aidshilfe.de, E-Mail: dah@aidshilfe.de

4., überarbeitete Auflage, 2014; Bestellnummer: 022034

Aktualisierung und Redaktion: Bärbel Knorr

Bearbeitung: Christine Höpfner, Christina Laußmann

Gestaltungskonzept: Paul Bieri, dia°, diaberlin.de

Satz: Bengt Quade, [diepixelhasen](http://diepixelhasen.de), pixelhasen.de

Fotos: Barbara Dietl, dietlb.de

Druck: Schöne Drucksachen, Bessemerstr. 76a, 12103 Berlin

Spenden: Landesbank Berlin, Kontoinhaber: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.,
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, BIC: BELADEVB33XXX;
online: aidshilfe.de

Die DAH ist als gemeinnützig und damit besonders
förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher
steuerabzugsfähig.

IMPRESSUM



überreicht durch

Hinweis an die JVA: Eigentumsvorbehalt

Die Broschüre bleibt Eigentum des Absenders, bis diese dem Gefangenen persönlich ausgehändigt wird. Bei Nichtaushändigung ist die Broschüre dem Absender unter Mitteilung des Grundes zurückzusenden. Eine „Zur-Habe-Nahme“ stellt keine Aushändigung dar.