

A close-up portrait of a person's face, focusing on the eye and nose. The person has a nose ring and is wearing a black strap over their shoulder. The background is a plain, light-colored wall.

# substitution in haft



# 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 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 **42** 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. Sein Einsatz ist bisher allerdings nur „draußen“ möglich.

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 du dein Medikament auch „auf Transport“ bekommen kannst.

## **WIE SIND MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND SUBSTITUTION IN HAFT GEREGELT?**

Bis 2007 war die medizinische Versorgung in Haft bundeseinheitlich im Strafvollzugsgesetz (§§ 56–66) geregelt. Inzwischen dürfen die Bundesländer eigene Gesetze zur Regelung des Justizvollzugs erlassen – Bayern, Hamburg und Niedersachsen haben das bereits getan. 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 oder Arztbesuchen.

Gefangene im geschlossenen Vollzug erhalten Leistungen der medizinischen Versorgung nicht über die gesetzliche Krankenversicherung, 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. 42)
- die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV; siehe S. 42)
- die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (siehe S. 45).



Nicht verbindlich sind dagegen die BUB-Richtlinien \*, weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regeln (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. \*\*

\* BUB-Richtlinien = Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, früher NUB-Richtlinien (= Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden); nach den seit 2002 gültigen BUB-Richtlinien 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 Ersatzstoff, 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 kostet und dass nur eine begrenzte Zahl von Mitarbeiter(inne)n für die Betreuung der Substituierten zur Verfügung steht. 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.

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.

# WARUM PSYCHO-SOZIALE BETREUUNG?

Die Substitutionsbehandlung hat zum Ziel, Infektionen mit HIV und Hepatitis zu verhindern (indem keine Spritzen gemeinsam gebraucht werden), die sozialen Fähigkeiten 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 einem Leben ohne Drogen 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 Opiatrezeptoren 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 in der Regel nur noch 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 und in Tablettenform (Methaddict®).

Die Trinklösung enthält Sirup oder andere Substanzen und ist daher nicht zum Spritzen geeignet. Intravenöser Konsum birgt unkalkulierbare Risiken wie Herzklappenentzündung, Venenverstopfung oder Thrombose.

# **BUPRENORPHIN**

## (SUBUTEX®)

Dieses halbsynthetische Opiat ist in Deutschland seit 2000 für die Substitution zugelassen und wird inzwischen 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.

# WELCHE NEBENWIRKUNGEN HABEN DIE SUBSTITUTIONSMITTEL?

Wie alle Medikamente können auch die Substitutionsmittel unerwünschte Wirkungen haben – egal, ob du nun Methadon oder Buprenorphin 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 ...

... und **Proteasehemmer**: Hier sind Wechselwirkungen schwer vorhersehbar. Bei Tipranavir, Lopinavir und Darunavir wurden reduzierte Methadonspiegel beschrieben, die aber nicht immer mit Entzugserscheinungen einhergehen.

... und NNRTI (Efavirenz, Nevirapin): Durch starke Absenkung des Methadonspiegels kommt es nach etwa 2–3 Wochen zu Entzugserscheinungen. Unter Efavirenz können die Methadonspiegel bis zu 60 % abfallen. Die Methadondosis sollte in diesen Fällen in 10-mg-Schritten erhöht werden.

## **BUPRENORPHIN**

... und Proteasehemmer: Bei der Kombination Atazanavir + Ritonavir wurden erhöhte Buprenorphin-Spiegel im Blut mit verstärkten Nebenwirkungen dieser Substanz beobachtet. Vor allem bei Atazanavir ist auf mögliche Buprenorphin-Nebenwirkungen zu achten; bei Bedarf ist die Buprenorphin-Dosis zu reduzieren.

... und NNRTI (Efavirenz, Nevirapin): Hier kam es zu abgesenkten Buprenorphin-Spiegeln. Bei Efavirenz wurden in den ersten 15 Tagen keine Entzugserscheinungen beobachtet, sie können aber auch noch später auftreten. Bei Bedarf ist die Buprenorphin-Dosis anzupassen.

# 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. Wenn du z. B. eine Ausbildung beginnen möchtest, kann es sinnvoll sein, dir Buprenorphin zu verschreiben, weil dieses Ersatzmittel länger wirkt als Methadon – was aber nicht heißt, dass Methadon in solch einem Fall völlig ungeeignet wäre. 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.

Mittel der ersten Wahl sind Methadon und Buprenorphin. Bei Methadon-Unverträglichkeit wird Polamidon® gegeben.

## **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 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) beträgt die Höchstmenge bei Polamidon® 50 mg und bei Methadon 100 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).

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

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

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.

- \* Naltrexon ist wie Naloxon (siehe S.16) ein reiner Opiat-antagonist und unterstützt die psychische Entwöhnung. Das Medikament wird auch bei Überdosierung eingesetzt.

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. \*\*

- \*\* 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 Mitgefängenen oft völlig überfordert. Häufig wird zu schnell heruntredosiert, 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 URIN-KONTROLLEN?

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 lockerungsgeeignet 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 in der Regel 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)
- heftige Konflikte oder Auseinandersetzungen mit anderen Gefangenen oder Vollzugsbediensteten hast („mangelndes Wohlverhalten“)
- in Haft kriminelle Handlungen begehst.



# **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. In den letzten Jahren ist das Behandlungsangebot erweitert worden; im Jahr 2008 wurden 2.060 medikamentengestützte Kurzentgiftungen und 842 längerfristige Substitutionen durchgeführt.

Die Substitution soll in allen Haftanstalten des Bundeslandes angeboten werden. Wer bereits vor Haftantritt substituiert wurde oder erst während der Haft eine Indikation erhält, kann im Justizvollzug Ersatzmittel erhalten. Ihr Einsatz ist ebenso möglich beim medikamentengestützten Entzug, 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. Welches Mittel gewählt wird, entscheidet der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin.

## **BAYERN**

Im bayerischen Justizvollzug steht man der Methadonsubstitution äußerst kritisch gegenüber. Die Substitution 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.

Zur Vorbereitung der Entlassung wird nicht substituiert. Ist eine Substitution indiziert, aber vor Ort nicht – oder in einer anderen Haftanstalt besser – durchführbar, erfolgt eine Verlegung.

Wer nach Haftantritt weitersubstituiert wird, erhält das gleiche Medikament wie vor der Haft. Die psychosoziale Beratung erfolgt durch interne und externe Berater/innen.

## **BERLIN**

In den Berliner Justizvollzugsanstalten werden regelmäßig etwa 80 Gefangene substituiert (einschließlich Untersuchungshaft). Eine Substitution ist grundsätzlich möglich, wenn sie schon vor Haftantritt erfolgte oder eine Indikation erst während der Haft gestellt wird. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung, als medikamentengestützter Entzug und auf Transport.

Meist wird Methadon eingesetzt, in Einzelfällen L-Polamidon® oder Subutex®. Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch interne Fachdienste und wird ergänzt durch Mitarbeiter/innen externer Drogenberatungsstellen. Sollte in einer Haftanstalt keine Substitution möglich sein, kann eine Verlegung in eine andere Berliner Justizvollzugsanstalt beantragt werden.

## **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 Drogengebraucherrinnen 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. Zum Einsatz kommen Methadon und Buprenorphin. Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch den Ärztlichen Dienst, den Psychologischen Dienst und den Sozialdienst der Vollzugsabteilungen. Außerdem bietet ein freier Träger der Straffälligenhilfe psychosoziale Beratung in einer externen Gruppe für Gefangene mit Lockerungseignung an.

Die Zahl der Substitutionsplätze ist nicht festgelegt; im Bremer Justizvollzug können jedoch etwa 100–120 Gefangene substituiert werden. Neuaufnahmen richten sich nach den Kapazitäten der medizinischen und psychosozialen Begleitung.

Zur Unterstützung des Entzugs werden Methadon und das Beruhigungsmittel Diazepam eingesetzt.

## **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.

## **HESSEN**

In neun der 17 hessischen Justizvollzugsanstalten werden Drogengebraucher 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.

Zur Substitution wird fast immer Methadon verwendet. Nur bei einer Überbrückungsbehandlung wird das bereits vorher verabreichte Medikament weiterhin eingesetzt. 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**

Substituiert wird in zwei der fünf Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes. 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. Eine psychosoziale Begleitung erfolgt. Die Dauer der Substitution ist nicht festgelegt.

Behandelt wird grundsätzlich mit Polamidon® und Buprenorphin. Substitutionsmittel werden auch beim Entzug und substituierten Gefangenen auf Transport angeboten.

## **NORDRHEIN-WESTFALEN**

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.

Die Substitution ist grundsätzlich in allen Haftanstalten des Bundeslandes möglich. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach der medizinischen Indikation. Als Substitutionsmittel kommen alle hierfür zugelassenen Arzneimittel in Betracht. Vorwiegend werden Methadon, Polamidon® und Buprenorphin verordnet. Die psychosoziale Begleitung erfolgt meist durch justizeigene Kräfte.

## **NIEDERSACHSEN**

Die Substitution wird in allen Justizvollzugsanstalten Niedersachsens angeboten: Gefangenen, die bereits vor Haftantritt substituiert wurden, zur Vorbereitung der Entlassung sowie zur Entzugsbehandlung. Eingesetzt wird Methadon. Die Dauer der Behandlung ist nicht festgelegt – darüber entscheiden die Anstaltsärzte und -ärztinnen. Die psychosoziale Beratung erfolgt durch interne Berater/innen.

## **RHEINLAND-PFALZ**

Fünf Justizvollzugsanstalten des Landes bieten eine Substitution an; insgesamt werden durchschnittlich zehn Gefangene behandelt. Möglich ist die Fortsetzung einer vor der Haft begonnenen Behandlung und eine Substitution zur Vorbereitung der Entlassung. Substituierte Gefangene erhalten auf Transport weiterhin ihr Medikament. Die Dauer der Substitution ist nicht festgelegt. Verabreicht wird Methadon, in seltenen Fällen auch Buprenorphin.

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

## **SAARLAND**

Im Saarland ist eine längerfristige Substitution nur im offenen Vollzug möglich. Angeboten wird sie Gefangenen, die bereits vor Haftantritt substituiert wurden oder die in der Haft eine Indikation erhalten. Im geschlossenen Vollzug werden Substitutionsmittel nur zum Entzug eingesetzt. Substituierte Gefangene erhalten auch auf Transport ihr Medikament.

Verabreicht werden Methadon und Polamidon®, in medizinisch notwendigen Einzelfällen auch Buprenorphin. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater/innen.

## **SACHSEN**

Die Substitution ist eine von mehreren Möglichkeiten zur Behandlung drogenabhängiger Gefangener. Welche Maßnahme im Einzelfall zu treffen ist, entscheidet allein der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin. Dies gilt auch für die Weiterführung einer außerhalb des sächsischen Justizvollzugs begonnenen Behandlung.

## **SACHSEN-ANHALT**

Substituiert werden nur Gefangene, die bereits vor Haftantritt behandelt wurden oder sich auf Transport vorübergehend im Justizvollzug des Bundeslandes aufhalten. Im Einzelfall ist aus medizinischen Gründen eine Substitution möglich. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach der medizinischen Indikation und wird vom Anstaltsarzt/der Anstaltsärztin festgelegt. Dies gilt auch für den medikamentengestützten Entzug.

## **SCHLESWIG-HOLSTEIN**

Wer bereits vor Haftantritt substituiert wurde, kann in allen acht 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. Die Substitution wird auch zur Vorbereitung der Entlassung, zur Unterstützung des Entzugs und für substituierte Gefangene auf Transport angeboten.

Zum Einsatz kommen Methadon, Polamidon®, Buprenorphin und Codein. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch externe Fachkräfte.

## **THÜRINGEN**

In Thüringen besteht in allen Haftanstalten bei Bedarf die Möglichkeit zur Substitution. Das Angebot gilt jedoch nur für Gefangene, die bereits vor Haftantritt behandelt wurden, ebenso zur Unterstützung des Entzugs sowie für Substituierte während des Transports. Die Dauer der Behandlung ist vom jeweiligen Einzelfall abhängig.

Verabreicht werden Methadon, Polamidon® und Buprenorphin. Die psychosoziale Beratung 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-VERSCHREIBUNGSVORORDNUNG (BTMV)

**vom 20. 1. 1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. 7. 2009 (BGBl. I S. 1801)**

In der BtMV 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 nur für die Behandlung der Opiatabhängigkeit, den befristeten Austausch eines Opiats bei schwerer Erkrankung sowie bei Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt verschrieben werden darf.

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

- der Patient dafür geeignet ist
- begleitende Maßnahmen stattfinden
- der Arzt auf die begleitenden Maßnahmen hinwirkt
- der Arzt die Meldeverpflichtungen nach § 5a Abs. 2 erfüllt hat
- der Patient keine anderen Substitutionsmittel erhält
- der Patient die begleitenden Maßnahmen in Anspruch nimmt
- der Patient keinen Beikonsum hat
- der Patient das Substitutionsmittel bestimmungsgemäß verwendet
- der Patient in der Regel wöchentlich den Arzt konsultiert
- der Arzt Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation erfüllt, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden.

**§ 5 (3)** schreibt vor, dass Ärzte, die keine suchttherapeutische 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, Levacetylmethadol und Buprenorphin oder ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel oder 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.

**§ 5 a** legt unter anderem fest, dass ein Substitutionsregister geführt werden muss, um zu verhindern, dass mehrere Ärzte für denselben Patienten in demselben Zeitraum ein Substitutionsmittel verschreiben. Jeder Arzt, der einem Patienten ein Substitutionsmittel verschreibt, muss dies dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich schriftlich mitteilen. Grundsätzlich müssen alle Substituierten – ob in einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung oder anderweitig versichert – gemeldet werden. Die Daten sind zu verschlüsseln; das Melden nichtverschlüsselter Daten ist unzulässig. Der Arzt muss die Angaben zur Person durch Vergleich mit dem Personalausweis oder Reisepass des Patienten überprüfen.

Folgende Angaben sind dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) zu melden:

- Patientencode
- Datum der ersten Verschreibung
- verschriebenes Substitutionsmittel
- Datum der letzten Verschreibung
- Name und Adresse des verschreibenden Arztes
- im Falle einer Verschreibung nach § 5 Abs. 3 BtMVV Name und Adresse des Konsiliariums\*

\* Konsiliarium = Ärztin oder Arzt, die/der die Mindestanforderungen an eine suchtherapeutische Qualifikation erfüllt.

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

\* Für 2010 sind Änderungen dieser Richtlinien angekündigt.

Neben dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) bilden die seit dem 22.03.2002 gültigen „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ eine weitere wesentliche Grundlage für die Substitution außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (sie gelten also für privat Versicherte und für Inhaftierte).

## **PRÄAMBEL**

Drogenabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit. Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit.

Die möglichen Stufen eines umfassenden Therapiekonzeptes sind:

1. Sicherung des Überlebens
2. gesundheitliche und soziale Stabilisierung
3. berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration
4. Opiatfreiheit.

Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab. Die Behandlung verläuft individuell, in zeitlich unterschiedlich langen Phasen. Die substitutionsgestützte Behandlung wird dann eingesetzt, wenn sie im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten die größeren Chancen zur Besserung oder Heilung der Suchterkrankung bietet, auch wenn sie nicht unmittelbar und zeitnah zur Opiatfreiheit führt. Eine qualifizierte substitutionsgestützte Behandlung ist darüber hinaus eine präventive Maßnahme hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten, insbesondere durch HIV- und Hepatitisserreger.

## 1. AUFGABE UND GELTUNGSBEREICH DER RICHTLINIEN

Die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes, der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und des Arzneimittelgesetzes sind in jedem Falle zu beachten.

Die Richtlinien gelten unter Beachtung des ärztlichen Berufsrechtes für alle Ärzte, die substitutionsgestützte Behandlungen Opiatabhängiger durchführen.

## 2. INDIKATION

Nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse kann eine substitutionsgestützte Behandlung bei manifester Opiatabhängigkeit durchgeführt werden.

Eine manifeste Opiatabhängigkeit liegt nach internationaler Übereinkunft dann vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien über einen längeren Zeitraum 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.

Bei Vorliegen einer manifesten Opiatabhängigkeit ist eine substituionsgestützte Behandlung dann indiziert,

- wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und
- wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben und/oder
- wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann und/oder
- wenn die substituionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größere Chance zur Heilung oder Besserung bietet.

Bei einer erst kürzer als zwei Jahre bestehenden Opiatabhängigkeit ist die substituionsgestützte Behandlung in der Regel nur als Übergangsmaßnahme anzusehen.

Es dürfen der Substitution keine medizinisch allgemein anerkannten Ausschlussgründe entgegenstehen, wie z. B. eine primäre/hauptsächliche Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen (Alkohol, Kokain, Benzodiazepine etc.). Ein die Substitution gefährdender Beigebrauch weiterer Stoffe muss vor Beginn der Substitution berücksichtigt und behandelt werden.

### 3. UMFASSENDES THERAPIEKONZEPT

Die substitutionsgestützte Behandlung ist nur zulässig im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts, das die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie psychosoziale Betreuungsmaßnahmen begleitend einbezieht.

## 12. ABRUCH DER SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG

Eine substitutionsgestützte Behandlung soll erst dann abgebrochen werden, wenn vorherige Interventionsstrategien des Arztes und der psychosozialen Betreuungsstelle zu keinem positiven Ergebnis geführt haben. Als Abbruchkriterien gelten:

- fortgesetzter, problematischer, die Therapieziele gefährdender Beikonsum
- Verweigerung der Kontrollen
- unzureichende Kooperationsbereitschaft des Patienten
- Weitergabe und/oder Handel mit Suchtstoffen.

Bei einem Abbruch der Behandlung ist der Patient über die körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen aufzuklären, und ihm muss in jedem Fall die Möglichkeit zu einem geordneten Entzug vom Substitutionsmittel gegeben werden. Gegebenenfalls sollte die Überweisung an einen weiterbehandelnden Arzt oder in eine stationäre Entzugsbehandlung erfolgen.

## **AUSZÜGE AUS DEN „RICHTLINIEN ÜBER DIE BEWERTUNG ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN“ \***

### **ANLAGE A: ANERKANNTE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN**

#### 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die BUB-Richtlinien sind für eine Substitution in Haft nicht verbindlich, weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regeln, Strafgefangene aber nicht gesetzlich krankenversichert sind. Da sich viele Anstaltsärzte und -ärztinnen jedoch darauf beziehen, geben wir hier einige Auszüge aus den seit 28.10.2002 gültigen Richtlinien wieder.

\* Für 2010 sind Änderungen dieser Richtlinien angekündigt.

## § 3 INDIKATION

(1) Die Substitution kann nur als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzepts durchgeführt werden zur

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

(2) Eine Substitution ist dann angezeigt, wenn die Opiatabhängigkeit seit längerer Zeit besteht und

- wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben oder
- wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann oder
- wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet.

(3) Bei einer erst kürzer als zwei Jahre bestehenden Opiatabhängigkeit sowie bei Opiatabhängigen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt eine Überprüfung nach § 9 Abs. 4. In diesen Fällen ist die Substitution in der Regel nur als zeitlich begrenzte Maßnahme zum Übergang in eine drogenfreie Therapie zulässig.

(4) Das umfassende Therapiekonzept beinhaltet:

1. eine ausführliche Anamnese (insbesondere Suchtanamnese) mit Erhebung relevanter Vorbefunde, insbesondere über bereits erfolgte Suchttherapien sowie über parallel laufende Mitbehandlungen bei anderen Therapeuten
2. eine körperliche Untersuchung (einschließlich Urinanalyse) zur Sicherung der Diagnose der manifesten Opiatabhängigkeit und zur Diagnostik des Beigebruchs
3. die Abklärung ggf. vorliegender Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen
4. eine sorgfältige Abwägung, ob für den individuellen Patienten eine drogenfreie oder eine substituionsgestützte Behandlung angezeigt ist
5. die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle
6. die Erstellung eines individuellen Therapieplans
7. Verlaufs- und Ergebniskontrollen einschließlich unangekündigter Beigebruchskontrollen
8. den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten.

(5) Der substituierende Arzt überprüft und dokumentiert regelmäßig die Fortschritte des Patienten hinsichtlich der Ziele der Substitutionsbehandlung sowie der weiteren medizinischen Maßnahmen des vorgesehenen Therapiekonzeptes und nimmt ggf. erforderliche Anpassungen vor. Insbesondere ist kritisch zwischen den Vor- und

Nachteilen einer Fortführung der Substitution gegenüber dem Übergang in eine drogenfreie Behandlung abzuwägen. Bei Beigebruch ist wegen der damit möglicherweise verbundenen lebensbedrohlichen Gefährdung eine sorgfältige individuelle Risikoabwägung zwischen Fortführung und Beendigung der Substitution vorzunehmen.

## § 4 AUSSCHLUSSGRÜNDE

Eine Substitution darf nicht durchgeführt werden, wenn und solange

1. ihr medizinisch allgemein anerkannte Ausschlussgründe entgegenstehen, wie z. B. eine primäre/hauptsächliche Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen (Alkohol, Kokain, Benzodiazepine usw.) oder
2. der Patient Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet.

## § 5 MELDEVERFAHREN ZUR VERMEIDUNG VON MEHRFACHSUBSTITUTIONEN

Der substituierende Arzt hat gemäß § 5a BtMW zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach einem dazu von diesem festgelegten Verfahren unverzüglich Meldung über Substitutionen zu erstatten.

## § 8 ABBRUCHKRITERIEN ZUR SUBSTITUTION

Bei Vorliegen folgender Voraussetzungen ist die Substitution zu beenden:

1. gleichzeitige Substitution durch einen anderen Arzt, sofern die Mehrfachsubstitution nicht nach § 7 Abs. 3 einvernehmlich eingestellt wird
2. nicht bestimmungsgemäße Verwendung des Substitutionsmittels
3. Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution
4. dauerhafte Nichtteilnahme des Substituierten an ggf. erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen
5. Feststellung der Kommission nach § 9, dass die Voraussetzungen des § 3 nicht oder nicht mehr vorliegen.



© Deutsche AIDS-Hilfe e.V. , Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin  
Internet: [aidshilfe.de](http://aidshilfe.de), E-Mail: [dah@aidshilfe.de](mailto:dah@aidshilfe.de)  
3., überarbeitete Auflage, 2009; Bestellnummer: 022034

Text: Karlheinz Keppler  
Aktualisierung und Redaktion: Bärbel Knorr  
Bearbeitung: Christine Höpfner  
Gestaltung: Paul Bieri, [dia°](http://dia°), [diaberlin.de](http://diaberlin.de)  
Fotos: Barbara Dietl, [dietlb.de](http://dietlb.de)  
Druck: schöne drucksachen,  
Bessemerstraße 76a, 12103 Berlin

Spenden: Berliner Sparkasse, Konto 220 220 220  
(BLZ 100 500 00); online: [aidshilfe.de](http://aidshilfe.de)  
Die DAH ist als gemeinnützig und damit besonders  
förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher  
steuerabzugsfähig.

**IMPRESSUM**