2. Auflage

Substitution in Haft

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Inhalt

Vorwort 2

Wodurch werden medizinische Versorgung und Substitution in Haft geregelt? 3

Was versteht man im Strafvollzug unter Substitution? 4

Habe ich Anspruch auf eine Substitution? 5

Warum psychosoziale Betreuung? 6

Mit welchen Medikamenten wird substituiert? 7

Welche Nebenwirkungen haben die Substitutionsmittel? 10

Was ist bei der Wahl des Substitutionsmittels zu beachten? 11

Wie sollte dosiert werden? 12

Wie sollte „ausgeschlichen" werden? 14

Welche Risiken hat Beikonsum? 15

Wozu dienen Urinkontrollen? 16

In welchen Fällen kann eine Substitution abgebrochen werden? 17

Substitution in Haft: von Bundesland zu Bundesland anders 18

Anhang 29

Bestimmungen zur Substitution 29

Fachinformation Methaddict 37

Vorwort

Du bist in Haft und nimmst Drogen. Damit gehörst du zur größten Gefangenengruppe in Deutschland. Vielleicht hast du bereits mehrmals mit Drogen 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. Und vielleicht möchtest du gerade die Zeit in Haft für den Einstieg in die Substitution nutzen: Sie nimmt den Beschaffungsdruck und befreit von den damit verbundenen Belastungen. Zugleich kann sie gesundheitlich und sozial stabilisieren und Chancen eröffnen für eine angemessene medizinische Betreuung. 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.

Diese Broschüre will dir einen Überblick über die Substitution im Justizvollzug geben. Sie enthält allgemeine Informationen über diese Behandlungsform und zeigt auf, wie sie in den einzelnen Bundesländern gehandhabt wird.

Wodurch werden medizinische Versorgung und Substitution in Haft geregelt?

Die medizinische Versorgung in Haft ist in den Paragrafen 56 bis 66 des Strafvollzugsgesetzes geregelt. Paragraf 56 schreibt fest, dass die Vollzugsbehörde für die körperliche und geistige Gesundheit der Gefangenen zu sorgen hat und die Gefangenen dabei mitwirken müssen. Für die Gesundheit der Gefangenen und die medizinischen Belange der Haftanstalt ist allein der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin zuständig und verantwortlich. Die Anstaltsmedizin muss sich grundsätzlich an den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren.

Die Substitution in Haft wird geregelt durch

- das Betäubungsmittelgesetz (BtMG; siehe S. 29)
- die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV; siehe S. 29)
- die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger" (siehe S. 31).

Nicht verbindlich sind dagegen die BUB-Richtlinien[1], weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regeln (siehe S. 34), Strafgefangene aber nicht gesetzlich krankenversichert sind. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie. Auf ihrer Grundlage haben die meisten, die schon vor der Haft substituiert wurden, eine Indikation[2] erhalten.

Am 28. Oktober 2002 wurden neue BUB-Richtlinien verabschiedet. Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert die Substitution seither auch dann, wenn keine weitere Erkrankung – z.B. eine Hepatitis-C- oder HIV-Infektion – vorliegt.

1 BUB-Richtlinien = Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, früher NUB-Richtlinien (= Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).
2 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 anders. Hier handelt es sich oft 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. Die „klassische", über längere Zeit durchgeführte Substitution wird leider nur in wenigen Bundesländern angeboten. Das liegt vor allem daran, dass sie viel Zeit und Arbeit kostet, besonders in der Anfangsphase, in der sich das medizinisch-pflegerische Personal erst mal in die „Kunst" der Substitution einarbeiten muss. Hinzu kommt, dass nur eine begrenzte Zahl von Mitarbeiter(inne)n für die Betreuung der Substituierten zur Verfügung steht – und je mehr Inhaftierte substituiert werden, desto höher ist die Arbeitsbelastung. Manchmal wird auch argumentiert, 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?

Ist eine Substitutionsbehandlung angezeigt (indiziert), kann das Gericht zwar von keinem Arzt und keiner Ärztin verlangen, die Substitution 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 kann von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sein und wird von den Anstaltsärzt(inn)en festgelegt.

Warum psychosoziale Betreuung?

Durch die Substitutionsbehandlung sollen Infektionen mit HIV und Hepatitis verhindert, die sozialen Fähigkeiten erhöht, der Gesundheitszustand verbessert und der Ausstieg aus dem Drogenkonsum ermöglicht werden. Diese Ziele kannst du rascher und besser erreichen, wenn du während der Substitution psychosozial betreut wirst. Wo die Substitution angeboten wird, ist man dafür auch entsprechend ausgestattet.

Die psychosoziale Betreuung (PSB) wird je nach Anstalt anders organisiert. Sie erfolgt durch die Sozialarbeiter/innen der Haftanstalt und/oder durch Mitarbeiter/innen von Drogenberatungsstellen, mit denen entsprechende Verträge abgeschlossen wurden.

Die Person, die dich betreut, soll dich in einem Leben ohne Drogen unterstützen. Mit ihr besprichst du, was du von der Betreuung erwartest und erhoffst, an sie wendest du dich, wenn es Probleme bei der Umstellung auf Methadon 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 zur Familie, den eigenen Kindern.

Mit welchen Medikamenten wird substituiert?

In Deutschland werden verschiedene Medikamente für die Substitution eingesetzt. Sie 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®) wesentlich 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 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 (diese wird in der Apotheke zubereitet) und seit Sommer 1999 auch in Tablettenform unter dem Handelsnamen Methaddict® (siehe S. 37). Methaddict® enthält Methadon-Razemat und unterliegt wie die Trinklösung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV).

Mit welchen Medikamenten
wird substituiert?

Buprenorphin (Subutex®)

In Deutschland ist dieses halbsynthetische Opiat bisher nur als Schmerzmittel (Temgesic®) eingesetzt worden. Während man Buprenorphin in einigen anderen Ländern Europas schon seit längerer Zeit als Substitutionsmittel verwendet, wurde es in Deutschland erst im Februar 2000 für diesen Zweck zugelassen. Ob Buprenorphin künftig auch in Haftanstalten breitere Anwendung findet, wird sich erst noch zeigen.

Wird von Methadon, Polamidon® oder Codein auf Buprenorphin umgestellt, kann es zu Entzugsproblemen kommen, wenn die tägliche Dosis dieser Medikamente vorher nicht reduziert wird (Methadon auf 30 bis 40 mg, Polamidon® auf 15 bis 20 mg, Codein auf 450 mg). Buprenorphin wird als Tablette sublingual (d.h. 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.

Codein

Viele Drogengebraucher/innen werden auch mit Codein substituiert, allerdings nur außerhalb des Justizvollzugs.

Welche Nebenwirkungen haben die Substitutionsmittel?

Wie alle Medikamente können auch die Substitutionsmittel unerwünschte Wirkungen haben. Egal, ob du nun Methadon oder Buprenorphin nimmst: Die Begleiterscheinungen ähneln sich. 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.

Was ist bei der Wahl des Substitutionsmittels zu beachten?

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 also 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 diese besonders stark, empfiehlt es sich, auf Buprenorphin umzustellen. 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.

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 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[3]. 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

3 Dr. med. Jörg Gölz, 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[4] (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.[5]

4 Naltrexon verdrängt andere Opiate von ihren Rezeptoren und unterstützt die psychische Entwöhnung. Das Medikament wird auch bei Überdosierung eingesetzt.

5 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 kann es sein, dass die Behandlung abgebrochen wird.

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, kann dies den Tod bedeuten.*

Übrigens: Beikonsum kann auch ein Hinweis darauf sein, dass das Ersatzmittel zu niedrig dosiert ist.

Wozu dienen Urinkontrollen?

Wenn du ein Substitutionsmittel erhältst, wird in bestimmten Abständen dein Urin auf Beigebrauch anderer Drogen untersucht. Die angewandten Suchtests liefern zu 85 bis 90 % richtige Ergebnisse. Gelegentlich werden auch Alkoholkontrollen durchgeführt.

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 noch weitere Drogen nimmst. Kontrolliert wird auch dann, wenn körperliche Anzeichen auf Beikonsum schließen lassen. Dabei solltest du bedenken: Mit Beikonsum geht man in Haft sehr viel strenger um als „draußen".

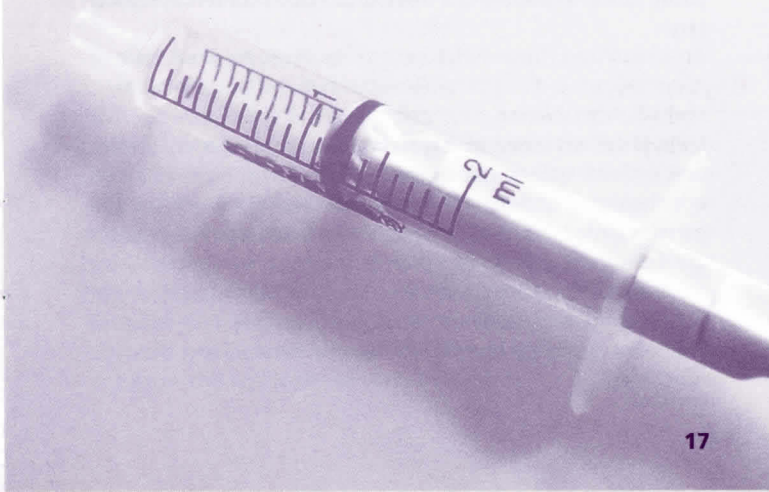
Diese Urinkontrollen sind strikt zu trennen von Urinuntersuchungen zur Feststellung bestimmter Krankheiten.

In welchen Fällen kann eine Substitution abgebrochen werden?

Die Substitutionsbehandlung kann abgebrochen werden, wenn du

- zusätzlich weitere Drogen einnimmst
- 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.

Die wenigen Haftanstalten, in denen sterile Spritzen vergeben werden, schließen Substituierte zum Teil von diesem Angebot aus. Wird bei Substituierten eine Spritze gefunden, kann auch dies zum Abbruch der Behandlung führen.



Substitution in Haft: von Bundesland zu Bundesland anders

Die folgenden Informationen haben wir bei den Justizbehörden der einzelnen Bundesländer eingeholt.

Baden-Württemberg

Im baden-württembergischen Justizvollzug ist die Substitution seit dem 1.7.2002 in einer Verwaltungsvorschrift geregelt. Dabei wurden so weit wie möglich die Regelungen übernommen, die für gesetzlich Krankenversicherte gelten – dies insbesondere bei den Indikationen. Wer zur Substitution zugelassen wird, welches Medikament zum Einsatz kommt und wie man es verabreicht, hängt dabei von der jeweiligen Haftanstalt ab. Die Substitution ist immer Teil eines umfassenden Therapiekonzepts und wird psychosozial begleitet. Es ist vorgesehen, die Substitution in Baden-Württembergs Haftanstalten auszuweiten.

Bayern

Im bayerischen Justizvollzug steht man der Methadonsubstitution äußerst kritisch gegenüber. Ob jemand substituiert wird, entscheidet grundsätzlich der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin, gegebenenfalls nach Rücksprache mit dem externen Arzt, der die Substitution veranlasst hat. Bei kurzen Haftstrafen kann die Substitution fortgeführt werden. Den Substituierten wird nahe gelegt, sich nach der Entlassung an den Arzt oder die Ärztin zu wenden, der/die vorher die Behandlung durchgeführt hat.

Da ein Leben ohne Drogen erklärtes Ziel ist, wird in Haft grundsätzlich keine Erstsubstitution angeboten. Allerdings kann bei hinreichender Indikation (z.B. einer AIDS-Erkrankung) in Absprache mit dem/der betreffenden Gefangenen dennoch substituiert werden. Falls eine Substitution angezeigt ist, wird Methadon der Vorzug gegeben. Substituiert wird immer nur zusammen mit psychosozialer Begleitung durch interne Sozialarbeiter/innen oder externe Drogenberater/innen.

Die Substitution als entlassungsvorbereitende Maßnahme wird von den bayerischen Justizvollzugsanstalten als nicht notwendig erachtet. Angeboten wird jedoch der stationäre, unter ärztlicher Leitung durchgeführte medikamentengestützte Entzug.

Berlin

In den Berliner Justizvollzugsanstalten (mit Ausnahme des Jugendvollzugs) werden regelmäßig etwa 70 Gefangene substituiert. Die Einzelfall-Indikation wird gemäß den „Berliner Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung" gestellt und von der Clearingstelle der Berliner Ärztekammer genehmigt. Beispiel JVA Tegel: Hier werden auf einer separaten Station mit 16 Plätzen Gefangene substituiert, die nur noch einen Strafrest von weniger als 24 Monaten zu verbüßen haben. Voraussetzung für die Aufnahme und den Verbleib auf dieser Station ist unter anderem, dass auf den Beikonsum aller illegalen Substanzen einschließlich Cannabis vollkommen verzichtet wird.

Angeboten wird ebenso der methadongestützte Entzug bei Haftbeginn oder vor der Entlassung aus der Haft, um z.B. eine Therapie gemäß § 35 BtMG („Therapie statt Strafe") anzutreten. Auch bei Gefangenen, die aus einer anderen Haftanstalt überstellt werden („Transportgefangene"), wird eine bereits begonnene Substitution fortgesetzt und auf allen Stationen des Transports sichergestellt. Alle Substituierten werden psychosozial betreut, und zwar durch Fachkräfte externer Drogenberatungsstellen sowie durch die anstaltsinternen medizinischen, psychologischen und sozialen Fachdienste.

Brandenburg

Substituiert werden aus anderen Haftanstalten überstellte Gefangene („Transportgefangene"), in Ausnahmesituationen auch bereits vor Haftantritt Behandelte – dies jeweils abhängig von der Indikation und der Haftdauer. Zum Einsatz kommt Polamidon®. Auch der medikamentengestützte Entzug wird angeboten. Aufgrund des geringen Substitutionsbedarfs hat man die Zahl der Behandlungsplätze bisher nicht festgelegt; substituiert werden außerdem nur männliche Gefangene. Falls eine Substitution indiziert ist, in der betreffenden Anstalt aber nicht angeboten wird, kann der Gefangene in eine andere Justizvollzugsanstalt überstellt werden.

In Brandenburg inhaftierte Frauen, die Drogen gebrauchen, werden nach Berlin überstellt.

Substitution in Haft:
von Bundesland zu Bundesland anders

Bremen

Wer schon vor Haftantritt in der Substitution war, wird im Bremer Justizvollzug in der Regel weiterbehandelt. Drogenabhängige werden auch neu in die Substitution aufgenommen, wenn es im Rahmen des Behandlungskonzepts erforderlich und sinnvoll erscheint. Eingesetzt werden Methadon und Polamidon®. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch den ärztlichen Dienst, dem ein Psychologe/eine Psychologin und ein/e Sozialarbeiter/in zugeordnet sind. Außerdem bietet ein freier Träger der Straffälligenhilfe psychosoziale Beratung in Haft an. Die Zahl der Substitutionsplätze ist nicht festgelegt. Neuaufnahmen richten sich nach den Kapazitäten der psychosozialen Begleitung. Insgesamt werden im Bremer Justizvollzug etwa 60 bis 80 Gefangene substituiert.

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

Hamburg

Die Substitution erfolgt unbefristet bei lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie für die Dauer einer Schwangerschaft. Bei kurzen Freiheitsstrafen oder kurzer Untersuchungshaft bietet man die Substitution zur Überbrückung an, damit sie nach der Entlassung nahtlos fortgesetzt werden kann.

Substituiert wird mit Methadon. Bei Entzugsbehandlungen wird Methadon „ausschleichend" dosiert.

Hessen

Eine vor der Haft begonnene Substitution wird fortgesetzt, wenn die Voraussetzungen nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Fassung vom 18. Juni 1999) gegeben sind. Wo keine Substitution angeboten wird, kann in Einzelfällen eine Verlegung in andere Anstalten veranlasst werden, um die Substitution fortzuführen oder ausschleichend abzusetzen. Über den Beginn einer Substitution während der Haftzeit entscheidet der Anstaltsarzt/die Anstaltsärztin nach Prüfung des Einzelfalles. Jede Substitution wird zeitlich begrenzt. Die Dauer richtet sich nach der jeweils gestellten Indikation und kann maximal das 1,5-fache der in den Richtlinien festgelegten Zeit betragen.

Substituiert wird grundsätzlich mit Methadon. Die psychosoziale Beratung erfolgt durch die Fachdienste der Anstalten und in Einzelfällen durch externe Einrichtungen.

Die Zahl der Substitutionsplätze ist in den Anstalten nicht festgelegt. Die Anstaltsärzte/-ärztinnen entscheiden, wie viele Gefangene sie gleichzeitig substituieren können, ohne dabei die übrigen medizinischen Aufgaben zu vernachlässigen.

Auch bei der Entzugbehandlung entscheidet der Arzt oder die Ärztin der jeweiligen Anstalt, in welcher Form sie durchgeführt werden soll („Therapiefreiheit" des Arztes).

Substitution in Haft:
von Bundesland zu Bundesland anders

Mecklenburg-Vorpommern

Ist eine (langfristige) Substitution angezeigt, kann sie unter Beachtung des Betäubungsmittelgesetzes und der BUB-Richtlinien durchgeführt werden. Dies gilt auch für die Erstbehandlung. Ebenso ist es möglich, eine vor Haftantritt begonnene Substitution weiterzuführen; die Indikation wird anhand des klinischen Bildes sowie der oben genannten Rechtsvorgaben und Richtlinien überprüft. Die psychosoziale Begleitung der Substituierten erfolgt durch

die anstaltsinterne Sucht- und Drogenberatungsstelle. Die Dauer der Substitution richtet sich nach dem klinischen Bild. Eine Substitution ist ebenso als Maßnahme zur Vorbereitung der Entlassung möglich. Behandelt wird grundsätzlich mit Polamidon®.

Die Zahl der Substitutionsplätze ist nicht festgelegt; die Behandlung richtet sich folglich nach dem tatsächlichen Bedarf. Falls eine Justizvollzugsanstalt nicht in der Lage sein sollte, eine Substitution durchzuführen, ist es möglich, die betreffenden Gefangenen in eine andere Anstalt zu überstellen.

Der medikamentös gestützte Entzug wird unter anderem mit Methadon oder Polamidon® durchgeführt. Bei Bedarf können Gefangene in eine Entwöhnungstherapie vermittelt werden.

Niedersachsen

Die Substitution in Niedersachsens Justizvollzugsanstalten orientiert sich im Wesentlichen an den BUB-Richtlinien. Nur der Anstaltsarzt oder die Anstaltsärztin darf die Indikation zur Substitution stellen und die Behandlung durchführen. Bei bereits vor Haftantritt substituierten Personen muss er/sie bei der Zugangsuntersuchung eingehend prüfen, ob eine Fortführung der Substitution angezeigt (indiziert) ist. Dabei wird vor allem abgeklärt, auf welcher Grundlage bisher substituiert wurde, wie die Behandlung verlaufen ist und ob Beikonsum vorliegt. Stellt der Arzt oder die Ärztin fest, dass die Voraussetzungen

Substitution in Haft:
von Bundesland zu Bundesland anders

für eine Fortführung nicht gegeben sind, wird die Substitution ausschleichend abgesetzt.

Ist eine Substitution angezeigt, wird sie bei kurzer Haftzeit (in der Regel bis zu einem Jahr) fortgeführt. Bei längerer Haftzeit prüft der Suchtberatungsdienst, in welcher Form die Substitution in die Vollzugsplanung integriert werden kann. Die Substitutionsdauer wird nicht grundsätzlich begrenzt. Gibt es während der Haft Anhaltspunkte, dass eine Substitution erfolgreich sein könnte, so kann diese – meist zur Vorbereitung der Entlassung – eingeleitet werden.

Als Substitutionsmittel wird in der Regel Methadon verwendet. Ob im Einzellfall andere Ersatzstoffe eingesetzt werden sollen, entscheiden die Anstaltsärzte/-ärztinnen. Die psychosoziale Betreuung erfolgt über den internen oder externen Drogenberatungsdienst.

Die Entzugsbehandlung erfolgt medikamentengestützt.

Nordrhein-Westfalen

In welchen Fällen und wie lange substituiert werden soll, entscheiden die Anstaltsärzte/-ärztinnen. Die Substitution 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 neu angesetzte Behandlung während der Haft, z.B. zur Vorbereitung der Entlassung. In der Regel wird Methadon, in

begründeten Einzelfällen auch ein anderes Substitutionsmittel eingesetzt.

Die Anstaltsärzte und -ärztinnen Nordrhein-Westfalens verfügen über die erforderliche Qualifikation zur Verordnung von Substitutionsmitteln gemäß § 5 (2) Nr. 6 BtMVV. Die psychosoziale Betreuung erfolgt grundsätzlich durch die vollzugseigenen Fachdienste.

Rheinland-Pfalz

Die Substitution ist grundsätzlich in allen Justizvollzugsanstalten des Landes möglich. Eine vor der Haft begonnene Behandlung kann fortgeführt werden, wenn die Haftstrafe kurz ist und der/die behandelnde Arzt/Ärztin eine Weiterbehandlung nach der Haft zusichert. Bei längeren Haftstrafen wird je nach Einzelfall entschieden; Entscheidungskriterium kann z.B. eine geplante Therapie nach § 35 BtMG („Therapie statt Strafe") oder eine vorliegende HIV-Infektion sein.

In der Regel wird mit Methadon substituiert, in Einzelfällen für kurze Zeit auch mit Buprenorphin. Die psychosoziale Betreuung wird durch den anstaltsinternen psychologischen und sozialen Dienst oder durch externe Suchtberater/innen geleistet.

Einige Anstalten bieten den medikamentengestützten Entzug mit Methadon an. In Einzelfällen werden Gefangene zur Vorbereitung der Entlassung substituiert – dies nach Absprache mit dem Arzt oder der Ärztin, der/die draußen weiterbehandelt.

Saarland

Liegt eine Indikation nach den BUB-Richtlinien vor, wird im *offenen Vollzug* substituiert. Die Verordnung der Substitutionsmittel und die Behandlung erfolgt durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, mit denen die Haftanstalten entsprechende Verträge abgeschlossen haben. Im *geschlossenen Vollzug* wird derzeit keine Substitution angeboten.

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 jene Gefangenen, die bereits vor Haftantritt mit Methadon behandelt worden sind oder sich nur vorübergehend im Justizvollzug des Bundeslandes aufhalten („Transportgefangene"). Im Einzelfall ist eine Substitution aus medizinischen Gründen möglich. Wie lange die Behandlung dauert und zu welchem Zeitpunkt sie abgesetzt wird (durch „Ausschleichen"), richtet sich nach der medizinischen Indikation und wird von den Anstaltsärzt(inn)en festgelegt. Dies gilt auch für den medikamentengestützten Entzug.

Schleswig-Holstein

Grundlage für die Substitution bilden die BUB-Richtlinien und das „Medikamentengestützte Therapiekonzept" des Landes. Die Anstaltsärzte und -ärztinnen richten sich damit nach denselben Standards, die auch „draußen" für die Substitution gelten. Wer bereits vor Haftantritt substituiert wurde, wird in der Regel weiterbehandelt, unabhängig von der Haftdauer. Werden während der Haftzeit Gründe aufgezeigt, die für eine Substitution sprechen, kann diese auch im Gefängnis begonnen werden.

Zum Einsatz kommt Methadon, auch bei der Entzugsbehandlung. Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch Fachkräfte externer Drogenberatungsstellen.

Für die Substitution ist kein bestimmtes Platzkontingent vorgesehen. Ob sie angezeigt ist oder nicht, entscheiden die Anstaltsärzte/-ärztinnen je nach Einzelfall.

Thüringen

Im Thüringer Justizvollzug wird grundsätzlich nicht substituiert. Lediglich bei jenen drogenabhängigen Gefangenen, die zur Wahrnehmung von (Gerichts-)Terminen in eine Thüringer Justizvollzugsanstalt überstellt werden („Transportgefangene"), wird die in einem anderen Bundesland begonnene Substitutionsbehandlung fortgesetzt.

Bestimmungen zur Substitution

Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Paragraf 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-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Durch die am 1. Juli 2001 in Kraft getretene 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) hat sich auch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung geändert. Die Regeln für das Verschreiben von Substitutionsmitteln (§ 5 BtMVV) wurden neu gefasst, und in einem neuen Paragrafen (§ 5a BtMVV) wurden die Vorschriften für das *Substitutionsregister* formuliert. Die suchttherapeutische Qualifikation des Arztes (§ 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und Abs. 3) und das Führen des Substitutionsregisters (§ 5a Abs. 2 bis 5 Satz 1) sind seit dem 1. Juli 2002 vorgeschrieben.

In der veränderten Fassung sind die weiteren 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 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 Konsiliarius (= Ärztinnen und Ärzte, welche die Mindestanforderungen einer suchttherapeutischen Qualifikation erfüllen)

Auszüge aus den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger"

Neben dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) bilden die seit 1. Juli 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 bie-

tet, 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 Hepatitiserreger.

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 substitutionsgestützte 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 substitutionsgestützte 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 substitutionsgestützte 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. Abbruch 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"

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.

Anlage A: Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

§ 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 Beigebrauchs
3. die Abklärung ggf. vorliegender Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen
4. eine sorgfältige Abwägung, ob für den individuellen Patienten eine drogenfreie oder eine substitutionsgestützte 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 Beigebrauchskontrollen
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 Beigebrauch 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 BtMVV 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.

Methaddict – Auszug aus der Gebrauchsinformation

Methaddict® 40 Tabletten
Wirkstoff: Methadonhydrochlorid

Zusammensetzung

Arzneilich wirksamer Bestandteil:
1 viertelbare Tablette enthält 40 mg Methadonhydrochlorid.

Sonstige Bestandteile:
Cellulose, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, komprimierbare Saccharose, Talkum

Hinweis für Diabetiker

1 Tablette enthält 0,02 BE.

Anwendungsgebiete

Zur Anwendung im Rahmen eines integrierten Behandlungskonzepts in der Substitutionstherapie bei Opiat-/Opioidabhängigkeit bei Erwachsenen, welche die medizinische, soziale und psychologische Versorgung einbezieht.

Gegenanzeigen

Methaddict® 40 darf nicht eingenommen werden bei
- bekannter Überempfindlichkeit gegen Methadonhydrochlorid oder einen der sonstigen Bestandteile,
- Behandlung mit MAO-B-Hemmern (Mittel gegen Depressionen).

Während der Behandlung mit Methaddict® 40 dürfen keine Narkotika-Antagonisten oder Agonisten/Antagonisten (Stoffe, die die Wirkung von Methaddict® 40 aufheben können, z.B. Pentazocin und Buprenorphin) eingenommen werden, außer zur Behandlung einer Überdosierung.

Methaddict® 40 darf erst nach Rücksprache mit dem Arzt eingenommen werden bei

- niedrigem Blutdruck bei zu geringer Blutmenge (Hypotension bei Hypovolämie)
- Gallenwegserkrankungen
- zur Verengung führenden (obstruktiven) und entzündlichen Darmerkrankungen
- Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostatahypertrophie) mit Restharnbildung
- Nebennierenrindentumor (Phäochromozytom)
- moderater bis schwerer Beeinträchtigung des Atemzentrums und der Atemfunktion
- bekannter oder vermuteter Verlängerung des QT-Intervalls oder Elektrolyt-Ungleichheit, insbesondere erniedrigtem Blutkaliumspiegel (Hypokaliämie)
- klinisch bedeutsamer Erniedrigung der Herzschlagrate (Bradykardie)
- Behandlung mit Antiarrhythmika der Klasse I und III.

Wechselwirkungen zwischen Methaddict® 40 und anderen Arzneimitteln

Für Opiate sind folgende Wechselwirkungen bekannt: Andere zentral wirksame Schmerzmittel, Narkosemittel, Psychopharmaka (Phenothiazine, trizyklische Antidepressiva), Beruhigungs- und Schlafmittel sowie Alkohol können zur Verstärkung der Nebenwirkungen wie Störung der Atmung (Atemdepression), niedriger Blutdruck, tiefe Ruhigstellung oder gar zu Bewusstlosigkeit führen.

Pentazocin und Buprenorphin können bei heroinabhängigen oder methadonsubstituierten Patienten zu Entzugserscheinungen führen. Buprenorphin und Methadonhydrochlorid sollten mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 20 Stunden eingenommen werden.

Mittel gegen erhöhten Blutdruck wie z.B. Clonidin, Prazosin, Reserpin und Urapidil können die Wirkung von Methadonhydrochlorid verstärken.

Arzneimittel, die durch Hemmung eines bestimmten Enzymsystems (Cytochrom-P_{450}-System) den Stoffwechsel in der Leber beeinflussen (z.B. Cimetidin, Antimykotika, Antiarrhythmika, Kontrazeptiva), können die Wirkung von Methadonhydrochlorid verstärken.

Mittel, die durch Anregung bestimmter Enzyme (Enzyminduktion) den Stoffwechsel in der Leber beeinflussen (z.B. Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin und Rifampicin) können zu verminderter Wirkung von Methadonhydrochlorid führen.

Bei der Anwendung von MAO-B-Hemmern (Mittel gegen Depressionen) innerhalb der letzten 14 Tage vor Beginn der Behandlung mit Methaddict® 40 können lebensbedrohliche Wirkungen auf Zentralnervensystem, Atmung und Kreislauf auftreten.

Nebenwirkungen bei der Anwendung von Methaddict® 40

Zu Beginn der Substitutionsbehandlung treten häufig Opiat-Entzugssymptome wie Angstzustände, Appetitlosigkeit (Anorexie), unwillkürliche zuckende und stoßende Bewegungen, Darmkrämpfe, Depression, Durchfall (Diarrhö), Erbrechen, Fieber, wechselweise Frösteln und Hitzewallungen, Gähnen, Gänsehaut, Gewichtsverlust, beschleunigter Herzschlag (Tachykardie), laufende Nase, Niesen, erweiterte Pupillen, Reizbarkeit, „Schlafsehnsucht" (Schläfrigkeit), körperliche Schmerzen, Schwächeanfälle, starkes Schwitzen, verstärkter Tränenfluss, Übelkeit (Nausea), Unruhe, Unterleibskrämpfe und Zittern (Tremor) auf.

Nebenwirkungen, die gelegentlich bis häufig auftreten: Atemdepression, Benommenheit, Erbrechen, Herzklopfen, verlangsamter Herzschlag (Bradykardie), Ruhigstellung (Sedation), Schweißausbrüche, Übelkeit (Nausea), Verwirrtheit, Appetitlosigkeit, Desorientiertheit und Sehstörungen, eingeschränkte sexuelle Erlebnisfähigkeit (Libido) und/oder eingeschränkte Potenz, Nesselfieber und andere Hautausschläge, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Mundtrockenheit, Schlaflosigkeit, Schwächeanfälle, gehobene (Euphorie) und gedrückte (Dysphorie) Stimmung, Verstopfung und Wasseransammlungen im Gewebe (Ödeme), Gallenwegskrämpfe, verminderte Harnmenge, Juckreiz, Unruhe und Störungen beim Wasserlassen (Harnverhalten, Störungen der Blasenentleerung).

Nebenwirkungen, die selten bis sehr selten auftreten: Hautrötungen mit Hitzegefühl (Flush), Atemstillstand, Blutdruckabfall bei Lageveränderung, Herzrhythmusstörungen (Synkopen), Herzstillstand, eine Einschränkung der Kreislauffunktion, Schock, Sickerblutungen (Hämorrhagie).

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
10967 Berlin

Internet: http://www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

2., überarbeitete Auflage, November 2002

Bestellnummer: 020027

Text: Karlheinz Keppler, aktualisiert von Sabine Merz
Redaktion: Bärbel Knorr
Bearbeitung: Christine Höpfner
Gestaltung und Satz: Carmen Janiesch
Druck: Heenemann
alle Berlin

Spendenkonto:
Berliner Sparkasse
Konto 220 220 220
(BLZ 100 500 00)

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

Wir danken den obersten Justizbehörden der
Bundesländer für ihre Mitwirkung an dieser Broschüre.