

substitution in haft

EIGENTUMSVORBEHALT SIEHE RÜCKSEITE



INHALT

4 Vorwort **5** Wie sind medizinische Versorgung und Substitution in Haft geregelt? **8** Was versteht man im Strafvollzug unter Substitution? **9** Habe ich Anspruch auf eine Substitution? **11** Warum psychosoziale Betreuung? **12** Mit welchen Medikamenten wird substituiert? **21** Welche Nebenwirkungen haben die Substitutionsmittel? **22** Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten **27** Was ist bei der Wahl des Substitutionsmittels zu beachten? **28** Wie sollte dosiert werden? **30** Wie sollte „ausgeschlichen“ werden? **32** Welche Risiken hat Beikonsum? **33** Wozu dienen Urinkontrollen? **36** Substitution in Haft: von Bundesland zu Bundesland anders **50** Rechtliches Vorgehen gegen eine Ablehnung der Substitution **54** Bestimmungen zur Substitution

VORWORT

Die Substitution ist eine seit Jahrzehnten anerkannte Behandlungsform bei bestehender Opiatabhängigkeit. Außerhalb des Vollzugs sind die Bestimmungen und Wege, die für diese Behandlungsform zu beachten und zu beschreiten sind, den meisten Drogengebraucher*innen bekannt, im Justizvollzug gibt es allerdings ein paar Besonderheiten, die wir in dieser Broschüre aufzeigen möchten. Es gibt keine einheitlichen Regelungen für die Substitution in Haft. Das hat dazu geführt, dass die Behandlung je nach Bundesland und oft sogar von Haftanstalt zu Haftanstalt anders aussieht.

Diese Broschüre will 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 auch für bereits Substituierte interessant sein können, wie z. B. Risiken des Beikonsums, Sinn und Zweck von Urinkontrollen und rechtliche Hinweise.

WIE SIND MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND SUBSTITUTION IN HAFT GEREGELT?

Bis 2007 war die medizinische Versorgung in Haft bundeseinheitlich im Strafvollzugsgesetz (§§ 56–66) geregelt. Inzwischen haben die Bundesländer eigene Landesgesetze zur Regelung des Justizvollzugs erlassen. Das erschwert es, die medizinische Versorgung in Haft allgemein darzustellen. Grundsätzlich gilt aber in allen Bundesländern, dass sie mit der Versorgung der gesetzlich Versicherten in Freiheit vergleichbar sein soll.

Gefangene im geschlossenen Vollzug sind nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und erhalten somit auch keine Leistungen über die Krankenkasse, sondern über die Gesundheitshilfe der Justiz. D. h. konkret, dass auch die Medikamente, die im Justizvollzug eingesetzt werden, direkt aus dem Justizetat finanziert werden. Auch eine freie Arztwahl gibt es im Justizvollzug nicht, für die medizinische Versorgung sind die Anstaltsärzt*innen zuständig und verantwortlich.

DIE SUBSTITUTION IN HAFT WIRD GEREGLT DURCH

- das Betäubungsmittelgesetz (BtMG; s. S. 54)
- die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV; s. S. 54)
- die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (s. S. 56).

Nicht verbindlich ist dagegen die MVV-RL (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)*, weil sie die Substitution im kassenärztlichen System regelt. Einige Bundesländer beziehen sich jedoch auf sie. Auf ihrer Grundlage erhalten die meisten, die schon vor der Haft substituiert wurden, eine Indikation (= Grund oder Anlass, eine bestimmte Behandlung anzuwenden).

- * MVV-RL = Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), davor BUB-Richtlinien (= Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).



WAS VERSTEHT MAN IM STRAFVOLLZUG UNTER SUBSTITUTION?

Unter Substitution wird allgemein eine langfristige Behandlung der Opioidabhängigkeit verstanden. Im Strafvollzug war das nicht immer so. Lange Zeit wurde die Substitution hier zeitlich befristet, jedoch hat inzwischen ein Umdenken stattgefunden und auch im Justizvollzug gilt die Behandlung nun ohne zeitliche Begrenzung.

In Einzelfällen kann sich dies anders darstellen, nicht in jeder JVA wird substituiert oder die Kapazitäten sind sehr beschränkt. Das sollte jedoch nicht zum Behandlungsabbruch führen. Mit den Anstaltsärzt*innen sind die Behandlungsmöglichkeiten und ggf. eine Verlegung zu besprechen.

Im Streitfall bieten Drogenberatungsstellen und Aidshilfen Unterstützung an, selbstverständlich steht auch in diesen Fragen der Rechtsweg offen (s. S. 9 und S. 50).

HABE ICH ANSPRUCH AUF EINE SUBSTITUTION?

Jede*r Gefangene hat einen Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards entsprechende medizinische Versorgung, nicht aber auf darüberhinausgehende Leistungen oder eine bestimmte Art der Versorgung und Behandlung. Gefangene haben auch keine freie Arztwahl und werden in der Regel auf die Angebote ihrer Haftanstalt verwiesen. Wer nicht angemessen behandelt wird, kann bei der Anstaltsleitung Beschwerde einreichen. Wird damit nichts erreicht, bleibt der Klageweg. Um eine außergerichtliche Einigung zu erzielen, kann man den Anstaltsbeirat um Unterstützung bitten. Bei unterlassener Hilfeleistung oder fraglicher Behandlungsqualität kann auch die Ärztekammer hinzugezogen werden. Häufig können einem auf diesem Verfahrensweg auch Aids- und Drogenhilfen beratend zur Seite stehen.

Ist eine Substitutionsbehandlung angezeigt (indiziert), kann das Gericht zwar von keinem Arzt*keiner Ärztin 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 kann dann z.B. in eine Haftanstalt verlegt werden, die diese Behandlung anbietet, oder die Versorgung wird über einen Honorararzt*eine Honorarärztin in der bisherigen JVA sichergestellt.

Im Jahr 2016 hat ein ehemaliger Gefangener erfolgreich eine Klage vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte geführt. Diese Klage hat die Substitutionsangebote im Justizvollzug wesentlich verbessert.

Weiterführende Informationen zum Klageweg sind in der Broschüre „Substitution in Haft. Deine Rechte, Deine Möglichkeiten“ beschrieben, die Broschüre kann kostenfrei über die Deutsche Aidshilfe bezogen werden.

WARUM PSYCHOSOZIALE BETREUUNG?

Die psychosoziale Begleitung (PSB) kann im Umgang mit der Suchterkrankung unterstützend wirken. Die medikamentöse Behandlung allein hat bereits eine positive Wirkung und ist als Behandlungsform anerkannt. Die psychosoziale Begleitung kann dies in einem vertrauensvollen Beratungsverhältnis weiter stützen, in dem die alltäglichen Herausforderungen, der Umgang mit Suchtdruck, die persönlichen Zielsetzungen und Ressourcen u. v. m. besprochen werden können.

Die PSB wird je nach Haftanstalt anders organisiert. Sie erfolgt durch die Sozialarbeiter*innen der JVA und/oder durch externe Mitarbeiter*innen, z. B. von Drogenberatungsstellen.

Mit der PSB können neben den o. g. Problemen auch Veränderungen in der Behandlung, Konflikte, familiäre Themen und die Vorbereitung der Haftentlassung besprochen werden. Sinnvoll ist es häufig, direkt zu besprechen, welche Erwartungen an die Beratung bestehen und welche Informationen vertraulich behandelt werden.

MIT WELCHEN MEDIKAMENTEN WIRD SUBSTITUIERT?

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

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



METHADON

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

Methadon gibt es als Trinklösung, die in der Apotheke zubereitet wird, und als Fertigtrinklösung direkt vom Hersteller sowie in Tablettenform.

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

LEVOMETHADON

Levomethadon wirkt genauso wie Methadon, bei diesem Medikament werden allerdings geringere Nebenwirkungen bzw. eine bessere Verträglichkeit beschrieben.

BUPRENORPHIN

Buprenorphin ist ein halbsynthetisches Opiat, das die Wirkung von Opiaten teilweise aufhebt („partieller Opiat-antagonist“). Daher kann es bei einer Umstellung von Methadon oder Levomethadon auf Buprenorphin zu Entzugsproblemen kommen, wenn die Dosis dieser Medikamente vorher nicht reduziert wird (Methadon auf 30 bis 40 mg, Levomethadon 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. Viele Patient*innen berichteten zudem, dass sie sich klarer fühlten.

BUPRENORPHIN + NALOXON

Kombinationspräparate aus Buprenorphin und Naloxon sind ebenfalls als Tablette – manchmal auch als Film – unter der Zunge (sublingual) einzunehmen. Naloxon ist ein reiner Opiatantagonist, der also nur gegen Opiate wirkt und diese vollständig von ihren Rezeptoren im Gehirn verdrängt. Wird das Medikament missbräuchlich gespritzt oder gesnieft, verstärkt sich dieser Effekt, sodass unmittelbar Entzugserscheinungen auftreten.

DEPOTSPRITZE BUPRENORPHIN

Seit 2019 stehen auch Depotspritzen mit dem Wirkstoff Buprenorphin in der Substitutionsbehandlung zur Verfügung. Das Medikament wird in Form von vorgefüllten Fertigspritzen angewendet und je nach Dosierung einmal wöchentlich oder einmal monatlich durch medizinisches Fachpersonal in die Bereiche am Gesäß, Oberschenkel, Bauch oder Unterarm unter die Haut gespritzt, der Wirkstoff wird kontinuierlich freigesetzt.

Studien haben gezeigt, dass bei dem Einsatz der Depot-spritzen – anders als bei der täglichen Anwendung – über 7 bzw. 30 Tage keine Schwankungen im Opiatspiegel entstehen.

Da der Aufwand der täglichen Medikamenten-abgabe entfällt, ist das Depotmedikament besonders für die Anwendung im Justizvollzug attraktiv.

Patient*innen, die bislang Buprenorphin in Tablettenform eingenommen haben, können direkt auf das lang wirksame Präparat umgestellt werden – zunächst auf die wöchentliche und dann auf die monatliche Dosis.



RETARDIERTES MORPHIN

Das über 24 Stunden verzögert abgegebene Morphin ermöglicht die einmal tägliche Einnahme.

Einige Patient*innen berichteten von einer besseren Verträglichkeit und geringeren Nebenwirkungen sowie von einem positiven Einfluss auf psychiatrische Erkrankungen.

Retardierte Morphine werden als Tabletten oder Kapseln oral eingenommen. Es ist wichtig, dass das Medikament unzerkaut geschluckt wird. Kauen oder Zerknischen kann die Freisetzungsrates des Morphins stören und das Risiko für eine Überdosierung erhöhen.

DIAMORPHIN

Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) ist unter sehr strengen Auflagen als Substitutionsmittel zugelassen. In den Justizvollzugsanstalten wird es derzeit nicht eingesetzt.

Vor einigen Jahren wurden in Baden-Württemberg erste Versuche für einen Einsatz von Diamorphin in Haft unternommen: Dazu wurden die Gefangenen täglich zur Diamorphinvergabe in eine niedergelassene Praxis außerhalb der JVA begleitet. Dieses Angebot wurde jedoch eingestellt, da es zu aufwendig war.

CODEIN

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

WELCHE NEBENWIRKUNGEN HABEN DIE SUBSTITUTIONSMITTEL?

Wie alle Medikamente können auch die Substitutionsmittel unerwünschte Wirkungen haben, so kann es 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 vom eingesetzten Medikament ab.

WECHSELWIRKUNGEN MIT HIV-MEDIKAMENTEN

Von Wechselwirkungen spricht man, wenn sich Medikamente – oder Medikamente und Drogen – gegenseitig beeinflussen (siehe auch den Abschnitt „Welche Risiken hat Beikonsum?“, S. 32). Das kann dazu führen, dass die Menge einer Substanz im Blut („Wirkstoffspiegel“) sehr viel höher oder deutlich niedriger ist als sonst.

Ist der Wirkstoffspiegel deutlich höher, können Überdosierungen und starke Nebenwirkungen die Folge sein. Ist der Wirkstoffspiegel deutlich niedriger, kann es zu einem Wirkungsverlust kommen.

Werden die Wirkstoffspiegel von Substitutionsmitteln herabgesetzt, können Entzugserscheinungen auftreten. Gegebenenfalls muss die Dosis des Substitutionsmedikaments angepasst werden.

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 HIV-MEDIKAMENTE

Die HIV-Medikamente Intelence® (Wirkstoff: Etravirin) und Rukobia® (Wirkstoff: Fostemsavir) können den Wirkstoffspiegel von Methadon im Körper erhöhen.

Sustiva®, Stocrin®, Atripla® (Wirkstoff: Efavirenz) sowie Viramune® (Wirkstoff: Nevirapin) können den Wirkstoffspiegel von Methadon herabsenken.

Den Methadonspiegel ebenfalls herabsenken kann Rilpivirin. Dieser Wirkstoff ist in den HIV-Medikamenten Edurant®, Eviplera®, Odefsey®, Juluca® und Rekambys® enthalten. Bei der Kombination von Methadon und Rilpivirin kann es außerdem zu einer QT-Zeitverlängerung kommen – das ist eine Auffälligkeit bei der EKG-Untersuchung des Herzens. Bei dieser Kombination ist daher Vorsicht angezeigt.

Nicht geklärt ist, ob die Medikamente Vocabria® (Wirkstoff: Cabotegravir) sowie Prezista®, Rezolsta® und Symtuza® (Wirkstoff: Darunavir) mit Methadon wechselwirken.

BUPRENORPHIN UND HIV-MEDIKAMENTE

Die HIV-Medikamente Prezista®, Rezolsta® und Symtuza® (Wirkstoff: Darunavir) können den Wirkstoffspiegel von Buprenorphin im Körper erhöhen.

Sustiva®, Stocrin®, Atripla® (Wirkstoff: Efavirenz) sowie Intelence® (Wirkstoff: Etravirin) können den Wirkstoffspiegel von Buprenorphin herabsenken.

MORPHIN UND HIV-MEDIKAMENTE

Die HIV-Medikamente Sustiva®, Stocrin®, Atripla® (Wirkstoff: Efavirenz), Intelence® (Wirkstoff: Etravirin) sowie Vitekta®, Stribild® und Genvoya® (Wirkstoff: Elvitegravir) können den Wirkstoffspiegel von Morphin im Körper erhöhen.

Prezista®, Rezolsta® und Symtuza® (Wirkstoff: Darunavir) können den Morphinspiegel herabsenken.



CODEIN UND HIV-MEDIKAMENTE

Die HIV-Medikamente Prezista®, RezoSta® und Symtuza® (Wirkstoff: Darunavir) sowie Vitekta®, Stribild® und Genvoya® (Wirkstoff: Elvitegravir) können den Wirkstoffspiegel von Codein im Körper erhöhen.

Sustiva®, Stocrin®, Atripla® (Wirkstoff: Efavirenz), Intelence® (Wirkstoff: Etravirin) sowie Viamune® (Wirkstoff: Nevirapin) können den Codeinspiegel herabsenken.

Quelle: Hoffmann / Rockstroh: HIV 2022/2023. Medizin
Fokus Verlag: Hamburg 2022. (online unter: hivbuch.de)

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

Die Entscheidung, welches Substitutionsmittel zum Einsatz kommt, wird von den Anstaltsmediziner*innen getroffen, eine Wahlmöglichkeit besteht nicht. Nicht alle Substitutionsmittel werden überall angeboten, weitere Informationen, welche Substitutionsmittel in welchem Bundesland zum Einsatz kommen, sind unter den Regelungen der Bundesländer (S. 36) zu finden.

Die Ärzt*innen werden jedoch das Gespräch suchen und nach den bisherigen Erfahrungen in der Substitution fragen. Es werden die Vor- und Nachteile der Medikamente besprochen und welche Wirkung erzielt werden soll.

Als Faustregel gilt: Je kürzer die Wirkzeit eines Opiats, desto stärker seine euphorisierende Wirkung. Und je länger es wirkt, desto klarer bleibt der Kopf.

Wichtig ist, dass das Medikament insgesamt zu den gewünschten Wirkungen passt.

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

WIE SOLLTE DOSIERT WERDEN?

Ob das Substitutionsmedikament wie erwartet wirkt, hängt von seiner Dosierung ab, die individuell ermittelt werden muss.

Damit das Medikament 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 Entzugerscheinungen.

Um eine Überdosierung zu vermeiden, wird bei der erstmaligen Gabe eines Substituts vorsichtig vorgegangen und die verabreichte Dosis eher niedrig angesetzt, nach einigen Stunden wird dies kontrolliert und bei bestehenden Entzugssymptomen eine Dosisanpassung vorgenommen.

Laut Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) beträgt die Höchstmenge bei Levomethadon 60 mg, bei Methadon 120 mg, bei Buprenorphin 26,7 mg, bei Codein 1.333 mg, bei Morphin 800 mg und bei Diamorphin 1.000 mg täglich.

Im begründeten Einzelfall kann die Höchstmenge überschritten werden.

WIE SOLLTE „AUSGESCHLICHEN“ WERDEN?

Das Absetzen oder der Entzug von Methadon kann mit starker Unruhe und hoher Aggressivität einhergehen, was alle Beteiligten als Belastung empfinden können. 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?

Ziele der Substitution sind u. a. eine Stabilisierung oder auch das Herausfinden aus der Sucht. Werden weitere Drogen konsumiert, wird der Erfolg der Substitution von manchen Menschen infrage gestellt. In dieser Frage hat es in den letzten Jahren allerdings eine deutliche Haltungsänderung gegeben. Der Konsum weiterer Stoffe sollte Anlass sein zu schauen, ob eine Dosisanpassung, in diesem Fall eine Erhöhung der Dosis, notwendig ist. Klar ist auch, dass die eingesetzten Substitutionsmittel nur die Opioide ersetzen und nicht alle anderen Stoffe, die zuvor konsumiert wurden, hier bedarf es häufig einer gesonderten Behandlung.

Der Konsum weiterer Stoffe birgt allerdings auch gesundheitliche Risiken. Das Substitutionsmedikament 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 zum Atemstillstand führen. Wird man nicht rechtzeitig gefunden, bedeutet das möglicherweise den Tod.

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

WOZU DIENEN URINKONTROLLEN?

In der Substitutionsbehandlung wird regelmäßig der 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 Menschen mit HIV möglich, die das HIV-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 jemand lockerungsgeeignet ist. Ergibt die Kontrolle, dass Drogen genommen wurden, kann es sein, dass z. B. kein Hafturlaub oder Ausgang gewährt wird oder die Verlegung in den offenen Vollzug nicht erfolgt. Bei Urinkontrollen aus medizinischen Gründen wird geprüft, ob neben dem Substitutionsmedikament auch noch Drogen konsumiert werden. Kontrolliert wird ebenso dann, wenn körperliche Anzeichen auf Beikonsum schließen lassen. Dabei sollte bedacht werden: Mit Beikonsum geht man in Haft sehr viel strenger um als „draußen“.

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

SUBSTITUTION IN HAFT: VON BUNDESLAND ZU BUNDESLAND ANDERS

Die folgenden Informationen haben wir bei den Justizministerien der einzelnen Bundesländer eingeholt. Falls in den Haftanstalten anders verfahren wird als dargestellt, können die Gründe erfragt werden.

BADEN-WÜRTTEMBERG

In allen Justizvollzugsanstalten in Baden-Württemberg besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Im Jahr 2021 befanden sich 605 Gefangene in der Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Als Substitutionsmedikamente kommen Methadon und Buprenorphin zum Einsatz. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

BAYERN

In zwanzig Justizvollzugsanstalten Bayerns werden Substitutionsbehandlungen angeboten. Am Stichtag 31.03.2022 wurden 619 Gefangene in den bayerischen Justizvollzugsanstalten substituiert.

Kann in einer bestimmten JVA aus organisatorischen Gründen keine Substitutionsbehandlung durchgeführt werden, werden Gefangene, bei denen eine Indikation besteht, in eine andere bayerische Justiz-

vollzugsanstalt verlegt. Die Anstaltsärzt*innen entscheiden, ob eine Behandlung indiziert ist.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht.

Eingesetzte Substitutionsmittel sind Levomethadon, Buprenorphin und retardiertes Morphin. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Beratung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

BERLIN

Die Substitution wird in allen Justizvollzugsanstalten angeboten. Am Stichtag 31.07.2022 befanden sich 248 Gefangene in Substitutionsbehandlung.

Das Angebot gilt sowohl für bereits außerhalb der JVA Behandelte als auch für Gefangene, bei denen die Indikation in Haft gestellt wird. Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit und die Sicherstellung des Überlebens.

Die Dauer der Substitution ist zeitlich nicht begrenzt. Behandelt wird mit Methadon, Levomethadon, Buprenorphin und retardiertem Morphin. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Eine psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne Berater*innen.

BRANDENBURG

Die Substitution wird in allen Justizvollzugsanstalten des Landes Brandenburg angeboten. Im November 2022 befanden sich 14 Inhaftierte in der Substitutionsbehandlung.

Nach Angaben des Justizministeriums unterscheiden sich die substituierten Gruppen und die angebotenen Substitutionsmittel in den einzelnen Justizvollzugsanstalten; die Unterschiede können hier leider nicht dargestellt werden.

Das Substitutionsangebot gilt sowohl für bereits außerhalb der JVA Behandelte als auch für Gefangene, bei denen die Indikation in Haft gestellt wird. Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheitszustands bei bestehender Drogenabhängigkeit und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden. Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Behandelt wird mit Methadon, Levomethadon und Buprenorphin. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen in einer von vier JVAs angeboten (s. S. 16).

Eine psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne Berater*innen.

BREMEN

In den Justizvollzugsanstalten Bremens besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Zum Jahresende 2022 befanden sich ca. 100 Gefangene in Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel wird Levomethadon eingesetzt, nur in besonderen Fällen werden auch Depotspritzen angeboten (Buprenorphin, s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

HAMBURG

In allen sechs Justizvollzugsanstalten Hamburgs besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Aktuell befinden sich 186 Gefangene in Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft

zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamenten-gestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel kommen Methadon und Buprenorphin zum Einsatz. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch externe Berater*innen.

HESSEN

In den meisten Justizvollzugsanstalten in Hessen besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung, ausgenommen sind die JVs Fulda, Limburg und Gießen sowie die Jugendanstalten Rockenberg und Wiesbaden. Am Stichtag 31.3.2022 befanden sich 348 Gefangene in Substitutionsbehandlung.

Falls in einer Haftanstalt keine Substitution möglich ist, kann auf Antrag eine Verlegung veranlasst werden.

Junge Gefangene werden aus grundsätzlichen Erwägungen nicht substituiert, sondern in der Regel entgiftet und in der Folge während ihrer weiteren Haftzeit engmaschig durch die Fachdienste und die externe Drogenberatung betreut.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung

gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamenten-gestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel kommen Methadon und Buprenorphin zum Einsatz. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Die Substitution ist in allen Justizvollzugsanstalten des Bundeslandes möglich. Das Angebot gilt sowohl für bereits außerhalb der JVA Be-handelte als auch für Gefangene, die in Haft eine Indikation erhalten. Aktuell befinden sich 19 Gefangene in Substitution.

Falls in einer Haftanstalt keine Substitution möglich ist, kann auf Antrag eine Verlegung veranlasst werden.

Anerkannte Indikationen sind die Stabilisierung des Gesundheits-zustands bei bestehender Drogenabhängigkeit, Sicherstellung des Überlebens, die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Die Dauer der Substitution ist nicht zeitlich begrenzt. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung und auf Transport.

Behandelt wird mit Methadon, Levomethadon und Buprenorphin. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Eine psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

NORDRHEIN-WESTFALEN

In allen Justizvollzugsanstalten in Nordrhein-Westfalen besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Am 31.03.2022 befanden sich 1.136 Gefangene in Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamenten-gestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel kommen Methadon, Levomethadon und Buprenorphin zum Einsatz. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

NIEDERSACHSEN

Die Substitution wird in allen Justizvollzugsanstalten Niedersachsens angeboten. Am 25.8.2022 befanden sich 101 Gefangene in Substitutionsbehandlung, die substitutionsgestützten Entzüge und Behandlungen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung nicht einberechnet.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Es werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel eingesetzt werden Methadon, Levomethadon und Buprenorphin. Der Einsatz von Depotspritzen wird derzeit geprüft.

Die psychosoziale Beratung erfolgt durch interne Berater*innen.

RHEINLAND-PFALZ

Neun Justizvollzugsanstalten des Landes bieten eine Substitution an. Am 31.3.2022 befanden sich 117 Gefangene in Substitutionsbehandlung.

Wo keine Substitution angeboten wird, ist eine Verlegung in eine andere Haftanstalt möglich.

Möglich sind die Fortsetzung einer vor der Haft begonnenen Substitution sowie die Erstbehandlung, wenn sich die Indikation während der Haft zeigt. Offen ist, welche Indikationen im Vollzug gelten. Die Dauer der Substitution ist zeitlich nicht begrenzt. Die Substitution ist während des Transports gesichert.

Als Substitutionsmittel eingesetzt werden Methadon, Levomethadon und Buprenorphin. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung wird von internen und externen Berater*innen durchgeführt.

SAARLAND

In beiden Justizvollzugsanstalten des Saarlands ist eine Substitutionsbehandlung möglich. Aktuell befinden sich 49 Gefangene in Substitution.

Angeboten wird sie Gefangenen, die bereits vor Haftantritt substituiert wurden oder die in der Haft eine Indikation erhalten. Anerkannte Indikationen sind in beiden JVA die Stabilisierung des Gesundheitszustands, die Unterstützung der Behandlung von Begleiterkrankungen und die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden. In der JVA Ottweiler ist die Sicherstellung des Überlebens eine weitere Indikation.

Substituiert werden kann auch kurzfristig: zur Vorbereitung der Entlassung (in der JVA Saarbrücken), als medikamentengestützter Entzug und während des Transports in beiden JVA.

Verabreicht werden Levomethadon und Buprenorphin. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne Berater*innen und in der JVA Ottweiler zudem durch externe Berater*innen.

SACHSEN

In allen Justizvollzugsanstalten in Sachsen besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Im zweiten Quartal 2022 befanden sich 59 Gefangene in der Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind, bis auf die Indikation zur Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel kommen Methadon, Levomethadon und Buprenorphin zum Einsatz. Bei Bedarf werden auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

SACHSEN-ANHALT

In allen Justizvollzugsanstalten Sachsen-Anhalts besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Aktuell befinden sich 27 Gefangene in der Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind, bis auf die Indikation zur Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel kommen Levomethadon und Buprenorphin zum Einsatz. In der Jugendanstalt Raßnitz werden bei Bedarf auch Depotspritzen angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne Berater*innen.

SCHLESWIG-HOLSTEIN

In allen Justizvollzugsanstalten in Schleswig-Holstein besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Am 31.03.2022 befanden sich 100 Gefangene in der Substitution.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Substituiert werden kann auch kurzfristig, z. B. zur Vorbereitung der Entlassung oder bei Haftantritt als medikamentengestützter Entzug.

Als Substitutionsmittel kommen Methadon, Levomethadon und im Einzelfall Buprenorphin zum Einsatz. Depotspritzen werden nicht angeboten (s. S. 16).

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch externe Berater*innen.

THÜRINGEN

In einer der vier Justizvollzugsanstalten Thüringens (JVA Tonna) besteht die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. Zum Jahresende 2022 befanden sich 26 Gefangene in der Substitution.

Inhaftierte anderer Haftanstalten, die eine Substitution benötigen, können einen Antrag auf Verlegung stellen.

Substituiert werden Menschen, die sich vor Haftantritt in der Substitution befanden oder bei denen sich die Indikation während der Haft

zeigt. Dabei werden alle Indikationen berücksichtigt, die in der BtMVV aufgeführt sind, bis auf die Indikation zur Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt (s. S. 55). Eine zeitliche Begrenzung der Behandlung gibt es nicht. Die Substitution ist während des Transports gesichert.

Als Substitutionsmittel wird Levomethadon eingesetzt.

Die psychosoziale Begleitung erfolgt durch interne und externe Berater*innen.

RECHTLICHES VORGEHEN GEGEN EINE ABLEHNUNG DER SUBSTITUTION

Informationen zum Rechtsweg bei einer abgelehnten Substitution oder eines Behandlungsabbruchs entgegen dem Wunsch der Patient*innen sind in der DAH-Broschüre „Substitution in Haft – Deine Rechte, Deine Möglichkeiten“ beschrieben. Die Broschüre kann kostenfrei bei der DAH bezogen werden. Hier werden nur die ersten Schritte des Rechtswegs beschrieben.

Wird die Substitution abgelehnt oder soll trotz bestehender Indikation ausgeschlichen werden oder ein anderes Substitutionsmittel zur Anwendung kommen, kann dagegen rechtlich vorgegangen werden.

Da es sich nicht nur um eine rein ärztliche Entscheidung handelt, sondern auch um eine des Vollzugs, ist eine Entscheidung der Anstaltsleitung oder deren Vertretung herbeizuführen.

Unterstützt die Anstaltsleitung nicht den Behandlungswunsch, kann beim zuständigen Landgericht bei der Strafvollstreckungskammer ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung gem. § 109 StVollzG gestellt werden. Das muss innerhalb von 14 Tagen nach einer schriftlichen Ablehnung der beantragten Maßnahme erfolgen (es kommt auf den Eingang beim Gericht an, nicht auf das Absendedatum). Es handelt sich um ein rein schriftliches Verfahren, und es müssen auch die

Gründe angegeben werden, wieso die Entscheidung konkret die eigenen Rechte verletzt. Es ist also darzulegen, wieso eine Indikation vorliegt (manifeste Opiatabhängigkeit, Begleiterkrankungen, Schwangerschaft, bisher absolvierte Entzugsbehandlungen/Therapien etc.). Je mehr Unterlagen von externen Ärzt*innen und Einrichtungen beigefügt werden können, desto überzeugender ist die Argumentation.

Ein Hauptproblem ist die Dauer eines solchen Verfahrens, das sich über mehrere Monate hinziehen kann. Daher ist in solchen Fällen zu empfehlen, gleichzeitig einen Antrag auf eine Einstweilige Anordnung gem. § 114 Abs. 2 S. 2 StVollzG zu stellen. Hier muss dann zusätzlich begründet werden, wieso es nicht zumutbar ist, bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten. Insbesondere sollte dargelegt werden, welche gesundheitlichen Risiken drohen (vgl. hierzu LG Dortmund StV 1995, 143). Die Anstalt hat dann dafür Sorge zu tragen, dass eine Substitution erfolgt, sei es auch im Wege einer Verlegung.

Stellt das geplante Vorgehen der Anstalt einen „kalten Entzug“ oder eine nicht ausreichende medikamentöse Begleitung eines Entzuges dar, sollte die Rechtswidrigkeit der Maßnahme offenkundig sein. So hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) bereits 2003 entschieden, dass ein nicht hinreichend medizinisch begleiteter Entzug (selbst wenn von der betroffenen Person ein schnellerer Entzug gewünscht wird) einen Verstoß gegen Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), d.h. eine verbotene unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung, darstellt (EGMR, McGlinchey u.a. v. the United Kingdom, Verfahren 50390/99, Urteil vom 29.04.2003).

Auch der Fall, dass ein ablehnender Anstaltsarzt nicht über die für eine Substitution erforderliche suchtherapeutische Qualifikation verfügt (§ 5 Abs. 2 BtMVV), sollte eindeutig für eine Rechtswidrigkeit der Ablehnungsentscheidung sprechen, nachdem der EGMR dies in Bezug auf einen bayrischen Fall zur Begründung eines Verstoßes gegen Art. 3 EMRK festgestellt hat (EGMR, W. v. Deutschland, Verfahren 62303/13, Urteil vom 01.09.2016 – rechtskräftig seit dem 01.12.2016).

In dieser EGMR-Entscheidung wird auch hervorgehoben, dass gerade bei über lange Jahre Abhängigen eine besonders gründliche Prüfung der Notwendigkeit einer Substitutionsbehandlung erfolgen muss, insbesondere, wenn ärztliche Stellungnahmen und weitere Unterlagen (u.a. über frühere gescheiterte Therapien) vorliegen, die eine Dauer-substitutionsbehandlung befürworten. Ein Abstellen darauf, dass ein Gefangener nach mehreren Jahren Straftat bereits den körperlichen Entzug überstanden habe und das Gefängnis ein Ort sei, wo u.a. keine körperliche Verwahrlosung drohe, überzeugte den EGMR nicht.

Der EGMR hob auch hervor, dass die Gesundheitsversorgung im Vollzug dem staatlich üblichen Gesundheitssystem zu entsprechen habe (gemäß den Europäischen Vollzugsgrundsätzen [Nr. 40.2] und der Empfehlung R [98]7 des Ministerkomitees des Europarats [über die ethischen und organisatorischen Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Vollzugsanstalten]). Das beinhaltet auch die dauerhafte Substitution, die außerhalb von Gefängnissen staatlich zulässig ist. Der Strafvollzug kann sich somit nicht ausnahmslos an einem auf Abstinenz abzielenden Drogenparadigma orientieren.

Weitere Argumente gegen eine nicht ausreichende Substitutionsbehandlung in Haft sind eine dann weiterhin bestehende (unbehandelte) Suchterkrankung. Hierbei droht weiterer Drogenkonsum, welcher möglicherweise mit weiteren Straftaten (Besitz von BtM) und zusätzlichen gesundheitlichen Risiken (HIV, Hepatitiden, Spritzenabszessen etc.) einhergeht sowie auch den Drogenhandel im Gefängnis fördert.

Zudem ist zu beobachten, dass die Sterblichkeitsrate von „heimlich“ in der Haft weiter Opiate konsumierenden Gefangenen nach der Haftentlassung steigt, da u. a. nach einer Entlassung häufig die Wirkung des in Freiheit vorhandenen Heroins unterschätzt wird. Das ist insbesondere auch ein Argument für einen Substitutionsbeginn noch kurz vor der Haftentlassung, damit gerade der Übergang in Freiheit adäquat vorbereitet werden kann.

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.

BETÄUBUNGSMITTEL-Verschrei- bungsverordnung (BtMVV)

**vom 20.1. 1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch
Artikel 2 der Verordnung vom 18.05.2021 (BGBl. I S. 1096)**

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

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

§ 5 (1) Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines Substitutionsmittels. Substitutionsmittel im Sinne dieser Verordnung sind ärztlich verschriebene Betäubungsmittel, die bei opioidabhängigen Patient*innen im Rahmen eines Therapiekonzeptes zur medizinischen Behandlung einer Abhängigkeit, die durch den Missbrauch von erlaubt erworbenen oder durch den Missbrauch von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden begründet ist, angewendet werden.

§ 5 (2) Im Rahmen der ärztlichen Therapie soll eine Opioidabstinenz der Patient*innen angestrebt werden. Wesentliche Ziele der Substitution sind dabei insbesondere

1. die Sicherstellung des Überlebens,
2. die Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
3. die Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
4. die Unterstützung der Behandlung von Begleiterkrankungen oder
5. die Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt.

§ 5 (3 und 4) schreiben vor, dass Ärzt*innen, die keine suchttherapeutische Qualifikation vorweisen können, höchstens zehn Patient*innen gleichzeitig substituieren dürfen und die Behandlung mit einem Arzt*iner Ärztin mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation abstimmen müssen. Der*die Patient*in muss diesem Arzt*dieser Ärztin mindestens einmal im Quartal vorgestellt werden.

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

Neben dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) bilden die am 02.10.2017 in Kraft getretenen „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ eine weitere wesentliche Grundlage für die Substitution außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (sie gelten also auch für privat Versicherte und für Inhaftierte).

1. THERAPIEZIELE

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die substitutionsgestützte Behandlung ist eine wissenschaftlich gut evaluierte Therapieform und stellt für die Mehrheit der Patienten die Therapie der Wahl dar.

Ziele der substitutionsgestützten Behandlung sind:

- Sicherstellung des Überlebens,
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,

- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide,
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Reduktion der Straffälligkeit,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

Ob und in welchem Zeitrahmen diese Ziele auch jeweils einzeln erreicht werden können, hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opioidabhängigen ab. Die aufgeführten Ziele sind nicht konsekutiv zu verstehen. Nach Erreichung und Stabilisierung von Therapiezielen soll der Patient auf weitere, realistischerweise erreichbare Therapieziele angesprochen, für diese motiviert und unterstützende Begleitmaßnahmen vereinbart werden.

Im Rahmen eines zielorientierten motivierenden Gesprächs soll – entsprechend der Vorgaben des § 5 Absatz 2 Satz 1 BtMVV – auch eine Opioidabstinenz thematisiert und entsprechend dokumentiert werden.

2. ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE EINLEITUNG UND FORTFÜHRUNG EINER SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG

Voraussetzung für die Einleitung und Fortführung einer substitutionsgestützten Behandlung ist gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2 BtMVV eine Opioidabhängigkeit, die Folge eines Missbrauchs von erlaubt erworbenen oder von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden ist. Für ihre Feststellung ist die International Classification of Diseases (ICD) in der jeweils geltenden Fassung maßgebend.

Für die Entscheidung, ob eine Substitutionsbehandlung indiziert ist, ist der Nutzen einer Substitutionsbehandlung gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums abzuwägen. In begründeten Fällen kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z. B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden. Bei schweren Verläufen kann eine Behandlung mit Diamorphin indiziert sein. Hierfür gelten die besonderen Voraussetzungen nach § 5a Absatz 1 bis 4 BtMVV.

Für die individuelle Indikationsstellung und Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung sind die Besonderheiten des Patienten zu berücksichtigen. Besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung ist bei Jugendlichen und Heranwachsenden sowie bei erst kürzer abhängigen Patienten geboten und in der Behandlungsdokumentation zu begründen. Eine psychosoziale Betreuung sollte bei dieser Zielgruppe regelhaft mit einbezogen werden.

Während und nach der Schwangerschaft opioidabhängiger Patientinnen ist die Substitutionstherapie die Behandlung der Wahl, um Risiken für Mutter und Kind zeitnah zu vermindern und adäquate medizinische und soziale Hilfsmaßnahmen einzuleiten (z. B. Einbezug eines Perinatalzentrums).

Bei einer Substitutionsbehandlung müssen relevante Vorerkrankungen des Patienten anamnestisch erhoben, beachtet und gegebenenfalls weiter abgeklärt sowie mögliche Therapiealternativen besprochen werden.

Bei einem Übergang von einer ambulant durchgeführten Substitutionsbehandlung in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, **Inhaftierung** oder andere Form einer stationären Unterbringung und umgekehrt soll die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sichergestellt werden.

3. THERAPIEKONZEPT

Eine Opioidabhängigkeit wird in der Regel von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Um der Vielfältigkeit der mit der Erkrankung einhergehenden medizinischen, psychiatrischen und psychosozialen Problemlagen gerecht zu werden, ist die substitutionsgestützte Behandlung in ein umfassendes individuelles Therapiekonzept einzubinden, das im Verlauf der Behandlung einer ständigen Überprüfung und Anpassung bedarf.

3.1. ABKLÄRUNG DER INDIKATION UND DES THERAPIEKONZEPTE

Die Indikationsstellung für eine substitutionsgestützte Behandlung umfasst die Abklärung des Vorliegens einer Opioidabhängigkeit gemäß Kapitel 2 Satz 1, die Berücksichtigung im Einzelfall vorliegender Kontraindikationen sowie die jeweils individuelle Situation des Patienten.

Insbesondere sind folgende ärztliche Maßnahmen bei Einleitung und während einer Substitutionsbehandlung erforderlich:

- gründliche Erhebung der Vorgeschichte des Patienten, insbesondere hinsichtlich des Drogenkonsums sowie assoziierter Begleit- und Folgeerkrankungen,
- eingehende Untersuchung des Patienten,
- gegebenenfalls Austausch mit Vorbehandlern (nach entsprechender Schweigepflichtsentbindung),
- Durchführung eines Drogenscreenings,
- Feststellung der Opioidabhängigkeit und Indikationsstellung,
- die Abklärung weiterer substanzbedingter und komorbider psychischer Störungen inklusive bestehender Medikation,
- die Abklärung begleitender somatischer Erkrankungen, insbesondere kardialer, hepatologischer, pneumologischer und infektiöser Erkrankungen,
- Abklärung einer eventuell bestehenden Schwangerschaft,
- die Abklärung der aktuellen Lebenssituation und gegebenenfalls vorliegender psychosozialer Belastungen unter Hinzuziehung der gegebenenfalls vorhandenen psychosozialen Betreuung.

3.2. FESTLEGUNG PATIENTENBEZOGENER THERAPIEZIELE

Abhängig von der Indikationsstellung sind im Rahmen des Therapiekonzeptes die im Kapitel 1 aufgeführten Therapieziele zu identifizieren und mit dem Patienten abzustimmen. Hierzu gehören neben der Überlebenssicherung und der Behandlung der Opioidabhängigkeit insbesondere

- die Behandlung komorbider psychischer und substanzbedingter Störungen,
- die Behandlung begleitender somatischer Erkrankungen,
- die Vermittlung in bedarfsgerechte psychosoziale Betreuungsmaßnahmen.

Die Ziele sind im Verlauf der Behandlung zu überprüfen, gegebenenfalls neu zu bewerten und entsprechend anzupassen.

3.3. AUSWAHL UND EINSTELLUNG DES SUBSTITUTIONSMITTELS

Zur Substitution dürfen nur die in § 5 Absatz 6 in Verbindung mit § 2 BtMVV genannten Substitutionsmittel eingesetzt werden. Diese haben unterschiedliche Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile, die zu beachten und unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation in ein umfassendes Therapiekonzept einzupassen sind. Bei gleichwertigen Substitutionsmitteln soll die Patientenpräferenz Berücksichtigung finden, da hierdurch die Behandlungssadhärenz verbessert werden kann.

Die Einstellung auf die erforderliche Dosis des jeweiligen Substituts muss mit besonderer Sorgfalt erfolgen. Einstiegsdosis und Dosisfindung sind so zu wählen, dass auch bei nicht bestehender Opioidtoleranz eine Überdosierung vermieden wird. In besonders schwierigen Einzelfällen sollte die Dosisfindung stationär erfolgen.

Bei einer Substitutionsbehandlung auf der Grundlage von ICD F11.21 – derzeit abstinent, aber in beschützter Umgebung – ist wegen des unklaren Toleranzstatus besondere Vorsicht geboten.

Ein die Substitution gefährdender Gebrauch weiterer psychotroper Stoffe einschließlich Alkohol muss bei Einleitung sowie während der Substitution hinsichtlich möglicher Risiken berücksichtigt und gegebenenfalls begleitend behandelt werden.

Bei einer Substitution mit Diamorphin sind die spezifischen gesetzlichen Anforderungen gemäß § 5a BtMVV zu beachten.

4. BEWERTUNG DES THERAPIEVERLAUFS EINSCHLIESSLICH DER DURCHFÜHRUNG VON KONTROLLEN

Die Bewertung des Therapieverlaufs orientiert sich an den mit dem Patienten vereinbarten Therapiezielen.

Die Kontaktdichte soll dem Behandlungsverlauf angepasst werden. Sie sollte während der Eindosierungsphase engmaschiger gesetzt werden. Bei stabilem Verlauf können größere Intervalle gewählt werden, die in instabilen Behandlungsphasen gegebenenfalls wieder zu verkürzen sind.

Der substituierende Arzt muss sich im gesamten Behandlungsverlauf anhand des klinischen Eindrucks und gegebenenfalls unter Hinzuziehung laborchemischer Parameter ein Bild davon machen, ob der Patient das Substitut in der verordneten Weise einnimmt sowie ob und in welchem Umfang ein Konsum anderer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol besteht.

Hat der Patient akut andere psychotrope Stoffe konsumiert, die in Kombination mit dem Substitut zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können, ist das Substitut in angepasster Dosierung zu verabreichen oder gegebenenfalls von einer Verabreichung vollständig abzusehen.

Bei dem Konsum weiterer psychotroper Substanzen sollte zunächst die Ursache eruiert und nach Möglichkeiten ihrer Beseitigung gesucht werden. Dabei sollen insbesondere folgende Gründe berücksichtigt werden:

- eine erfolgte Destabilisierung der individuellen Lebenssituation,
- eine inadäquate Dosierung oder Wahl des Substitutionsmittels,
- eine komorbide somatische oder psychische Erkrankung, inklusive einer weiteren substanzgebundenen Abhängigkeit.

Die Ergebnisse der sich daraus ergebenden Überlegungen sollen in das Therapiekonzept einbezogen werden. Hierbei empfiehlt sich eine Zusammenarbeit mit den an der Behandlung bzw. Betreuung beteiligten Berufsgruppen.

4.2. BEENDIGUNG UND ABBRUCH DER SUBSTITUTIONSGESTÜTZTEN BEHANDLUNG

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

Eine Substitutionstherapie soll vorzeitig beendet werden, wenn

- sich schwerwiegende Kontraindikationen ergeben,
- sie mit einem fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen einhergeht.

Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Arzt kann dann begründet sein, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält.

Behandlungsabbrüche sind mit einem erhöhten Gefährdungspotenzial für die Gesundheit des Patienten verbunden, weshalb versucht werden sollte, Patienten möglichst langfristig in Substitutionsbehandlung zu halten. Vor einer vorzeitigen Beendigung ist daher zunächst zu prüfen, ob die Non-Adhärenz Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung oder komorbider Störungen ist.

Sollte ein Behandlungsabbruch dennoch unvermeidbar sein, soll nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen gesucht werden. Bevor eine Behandlung gegen den Willen des Patienten beendet wird, sollten andere Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Hierzu gehören insbesondere Optimierungen des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen oder

Einbezug einer psychosozialen Betreuung, sowie Versuche eines Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Ein Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, sondern in einem wiederholten Verstoß gegen getroffene Vereinbarungen begründet sein. Zuvor müssen möglicher Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs gegeneinander abgewogen worden sein. Hierbei ist auch die Situation gegebenenfalls in häuslicher Gemeinschaft mitlebender Kinder zu berücksichtigen.

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

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



© Deutsche Aidshilfe e.V. , Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Internet: aidshilfe.de, E-Mail: dah@aidshilfe.de
5., überarbeitete Auflage, 2023; Bestellnummer: 022134

Redaktion und Aktualisierung: Bärbel Knorr
Bearbeitung: Christina Laußmann
Gestaltung: Paul Bieri, dia°, diaberlin.de
Fotos: Barbara Dietl, dietyl.de
Druck: Druckteam, Gustav-Holzmann-Str. 6,
10317 Berlin

Spenden: Landesbank Berlin, Kontoinhaber: Deutsche Aidshilfe e.V.,
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, BIC: BELADEBEXXX;
online: aidshilfe.de

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

IMPRESSUM

ti-
min



überreicht durch

HINWEIS AN DIE JVA: EIGENTUMSVORBEHALT

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