

Stellungnahme

der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) anlässlich der Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften.

1. Vorbemerkung

Grundlage der Ausschussberatungen ist der Bericht vom September 2006 über das durchgeführte Modellvorhaben zur Heroingestützten Behandlung.

Nach Beendigung des Modells gab es eine Konferenz vom 23. bis 25. März 2006 in Köln, in der Wissenschaftler zum durchgeführten Projekt Stellung genommen haben. Alle Beiträge sind dokumentiert und stehen zur Meinungsbildung zur Verfügung. Selbstverständlich wurde in vielen Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass es vor der Übernahme in die Regelversorgung noch eine Reihe offener Fragen gäbe, die zu klären wären.

Mit der Tagung war die Diskussion nicht beendet, sondern sie wurde sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachöffentlichkeit weitergeführt. Das war auch deshalb notwendig, weil mit der Auseinandersetzung über die Ergebnisse des Projektes auch die weitere Behandlung der Menschen an den Modellstandorten verbunden ist.

Es stellte sich sehr schnell und immer deutlicher heraus, dass die - von Wissenschaftlern und Praktikern - abgegebenen Stellungnahmen immer nach ähnlichen Schemata aufgebaut waren:

Bei den Befürwortern einer Heroinverordnung wurde auf die positiven Berichtsteile verwiesen; außerdem auf die erfolgreiche Implementierung in anderen europäischen Ländern und die dringend notwendige Weiterbehandlung.

Bei denen, die der Meinung sind, dass die Heroinverordnung nicht die angemessene Maßnahme sei, wurden die Berichte auf Widersprüche analysiert und aufgegriffen - teilweise mit unterschiedlichen Intentionen: Auf der einen Seite wurde die Berichterstattung in Bausch und Bogen abgelehnt, auf der anderen Seite wurden Diskussionen über Detailfragen geführt.

Die Unterschiede in der Bewertung der Ergebnisse des Modellvorhabens in Deutschland ließen sich nahtlos auf die Bewertung und Einschätzung der Heroinvergabe in den Niederlanden und der Schweiz übertragen.

Insgesamt ist festzustellen, dass dabei selten differenziert, selten Teile der Maßnahmen und Teile der Ergebnisse bewertet wurden. Vielmehr ging es sehr häufig um ein generelles „Ja“ oder „Nein“, um „Gut“ oder „Böse“. Ein Verhalten übrigens, wie wir es von Abhängigkeitskranken in der Therapie kennen.

2. Worum geht es im Grundsätzlichen?

2.1 Über medizinisch Notwendiges wird politisch entschieden

Bei der Einführung einer neuen Behandlungsmöglichkeit für Abhängigkeitskranke (ICD 10 - F 11.xx) gibt es eine politische Diskussion. Politische Diskussionen über Behandlungsoptionen gibt es nur bei Suchtkranken. Damit werden die Menschen in einer unberechtigten, praktisch und wissenschaftlich bedenklichen Art und Weise diskriminiert.

Bei anderen Krankheiten gibt es Regelverläufe in der Diskussion: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, evtl. neue Therapien bzw. Medikamente, Bewertung in der Arzneimittelkommission, Behandlung im Gemeinsamen Bundesausschuss (mit der Fragestellung, ob die Gesetzliche Krankenversicherung die Kosten der Behandlung übernehmen soll oder kann.)

2.2 Wie weit kann Hilfe reichen?

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts setzten die ersten Diskussionen ein, was die Gesellschaft mit den drogenabhängigen Menschen tun kann, die mit den traditionellen medizinischen Interventionen (inkl. medizinischer Rehabilitation) nicht erreicht werden. Nach intensiven fachlichen und politischen Auseinandersetzungen wurde die Methadon-Substitution ermöglicht. Hierzu wurde eine eigenständige Gesetzgebung geschaffen und immer wieder betont, dass die Substitution nur „unter strengster ärztlicher Aufsicht“ zu geschehen habe. Nach diversen Änderungen der gesetzlichen Grundlagen können wir heute feststellen:

- Die Resultate der Einführung der Substitutionstherapie werden - abhängig von gesellschaftlichen Standpunkten - unterschiedlich bewertet. Das Ziel der Abstinenz wurde nicht in dem Maße wie gesellschaftlich erwünscht erreicht, aber die gesundheitliche und soziale Situation drogenabhängiger Menschen verbesserte sich in kurzer Zeit erheblich.
- Ein Drittel der Zielgruppe stieg - nach unterschiedlichen Zeitdauern - aus; bei einem weiteren Drittel verbesserte sich die Lebensqualität in unterschiedlichen Graden, und bei einem Drittel verändert sich - auch trotz Vergabe eines Substitutionsmittels - nur wenig oder nichts. Um dieses letzte Drittel geht es nun bei der Heroinverschreibung: Wie kann es gelingen, diese Menschen entweder zum Ausstieg zu motivieren oder aber ihre Lebensqualität und -perspektive zu verbessern?
- Bei den bisherigen Versuchen diese Ziele mit Hilfe der Heroinverschreibungen zu erreichen könnte man - insbesondere bezogen auf die Ergebnisse in den Niederlanden - wieder von einer Drittelung reden: Bei der Vergabe von Heroin steigt - bei einer großzügigen Betrachtung der Zeitperspektive - ein Drittel aus und bei einem weiteren Drittel des Klienten

tels gibt es Verbesserungen. Aber auch hier gibt es ein Drittel - das allerdings nur noch einen kleineren Teil der Population ausmacht - welches kaum oder nicht erreicht werden kann.

Mit der Heroinverordnung ist das Ende der substanzbezogenen Hilfestellungen für Heroinabhängige erreicht. Konsequenterweise könnte dann nur noch die Freigabe der Droge folgen. Hier wäre dann allerdings ein Punkt erreicht, der ausschließlich politisch zu diskutieren wäre und kein fachliches Thema mehr ist.

2.3 Was haben wir noch aus der Substitution gelernt?

Der Suchterkrankung liegt ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zugrunde. Das bedeutet, dass die alleinige Vergabe eines Ersatzmittels nicht ausreicht, sondern auch die psychischen und sozialen Aspekte der Suchterkrankung im Heilungsprozess berücksichtigt werden müssen. Hier liegen allerdings genau die Schwierigkeiten bei der gegenwärtigen Methadonsubstitutionspraxis. Es ist deshalb nur schwer denkbar, dass eine weitere Behandlungsoption geschaffen werden wird, die diese vorhandenen Probleme aufgreift und löst.

Wenn die Verabreichung eines Medikaments (Ersatzmittels) als Intervention auf der körperlichen Ebene anzusehen ist - und Verordnung und Verabreichung als medizinische Dienstleistung definiert sind und vergütet werden - so ist die nächste Interventionsebene die Psyche. Diese Leistung - mit Ausnahme der medizinischen Rehabilitation - ist ebenfalls Aufgabe der Krankenversicherung, wird allerdings nur selten durch den Arzt verordnet und noch seltener durch niedergelassene Therapeuten angeboten.

Für die Behandlung der sozialen Dimension der Heroinabhängigkeit steht der problematische Begriff der „psychosozialen Betreuung“ im Gesetz. Während die Zuständigkeit für das „psycho“ noch abgeleitet werden kann (s.o.), ist nicht geklärt, wer für den „sozialen“ Teil zuständig ist. Das führt heute dazu, dass es Länder und Kommunen gibt, die sich für diesen Teil der Behandlung zuständig fühlen und Personal - an unterschiedlichen Orten - finanzieren. Das führt aber auch dazu, dass in anderen Teilen Deutschlands kaum oder keine psychische und/oder keine soziale Betreuung stattfindet und damit die Zielsetzung der Behandlung nicht erreicht werden kann - bis hin zur weiteren Verelendung trotz Substitution.

3. Was hat das alles mit der aktuellen Anhörung zu tun? Aus Fehlern lernen heißt siegen lernen ...

- a) Ein Modellversuch hat ergeben, dass die Verabreichung von Heroin mit begleitenden Interventionen erfolgreich sein können. Es werden mehr Menschen in einem lebensbedrohlichen Zustand erreicht und damit einer Behandlung zugeführt, als es bisher möglich war. Dieses Ergebnis ist nach den im Wissenschaftsbetrieb angelegten Maßstäben so eindeutig, dass diese Behandlungsform in die Normalversorgung übernommen werden muss.

- b) Für die notwendigen medizinischen Interventionen reichen die geltenden Vorschriften über das ärztliche Handeln aus.
- c) Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Versorgungsauftrag für die ambulante Behandlung übernommen und hat diesen - auch für Abhängige von illegalen Drogen - sicher zu stellen.
- d) Die notwendige soziale Begleitung medizinischer Interventionen ist zu regeln. Auch hier gibt der Modellversuch eindeutige Antworten sowohl über die Art und Weise als auch über die Notwendigkeit. **Eine Übertragung des Modellvorhabens in die Normalversorgung ohne Klärung der Kosten für die soziale Begleitung darf nicht erfolgen.**
- e) Bleibt die Betäubungsmittelsicherheit. Dafür gibt es das Betäubungsmittelgesetz (BtmG), in dem die Verkehrsfähigkeit von Heroin zu regeln ist und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV), welches entsprechend zu ergänzen ist. Auch hier ist anzumerken, dass Richtschnur für eine Weiterentwicklung die bestehenden Vorschriften über das ärztliche Handeln sein müssen und es nicht zu Kosten treibenden Vorgaben kommt, die die Umsetzung erschweren und Sonderformen der Behandlung zementieren.

4. Zusammenfassung

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) unterstützt alle Bemühungen, die dazu angetan sind, die medizinisch notwendige und geratene Verordnung von Heroin in die Normalversorgung zu integrieren.

Es handelt sich hierbei in erster Linie um eine ärztliche Intervention, die auf der Basis ärztlichen Handelns und der zugrunde liegenden Gesetzgebung zu erfolgen hat und nicht separat gesetzlich geregelt werden muss.

Eine Übernahme in die Normalversorgung ist jedoch so lange nicht möglich, wie nicht geklärt ist, wer die notwendige soziale Begleitung finanziert. (Im Modellvorhaben waren es die Kommunen.)

Die Verkehrsfähigkeit ist politisch zu diskutieren und im Betäubungsmittelgesetz zu regeln.

Sofern nicht bereits die ärztlichen Vorschriften (Umgang mit Betäubungsmitteln in der Palliativmedizin) ausreichen, kann die Betäubungsmittelsicherheit durch entsprechende Vorschriften in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung erreicht werden.

Hamm, 11. September 2007



Rolf Hüllinghorst
Geschäftsführer