



Bezirksklinikum Regensburg • 93042 Regensburg

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. Helmfried E. Klein

Frau

Katharina Lauer

Deutscher Bundestag
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit

Platz der Republik 1
11011 Berlin

Auskunft erteilt: Dr. W. Unglaub
Telefon: 0941/941-0
Durchwahl: 0941/941-2550, -8010
Telefax: 0941/941-2553
E-Mail: Willi.Unglaubr@medbo.de
Dateiname:
Unser Zeichen
Ihr Zeichen:
Datum 20.3.09

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes des Bundesrats zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (BT-Drs. 16/7249) sowie zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Ausstiegsorientierte Drogenpolitik fortführen - künftige Optionen durch ein neues Modellprojekt zur heroingestützten Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger evaluieren“ (BT-Drs. 16/12238)

- I) Zusammenfassung des Forschungsstands im bisherigen Modellprojekt
- II) Probleme
- III) Stellungnahme zu den Anträgen

I) Zusammenfassung des Forschungsstands im bisherigen Modellprojekt

a) Studiendesign

2002 begann unter Leitung von Prof. Dr. Haasen von der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg die deutsche Heroinstudie. Eingeschlossen wurden 1015 Patienten, angetreten haben die Untersuchung 503 Patienten (von 515) im Herointeil der Studie und 342 (von 500) im Methadonteil der Studie. Die Patienten in der Heroingruppe konnten

sich bis zu drei mal täglich Heroin injizieren, bei Bedarf erhielten sie nachts zusätzlich Methadon. In beiden Gruppen wurden zwei verschiedene Verfahren zur psychosozialen Begleitung erprobt.

Einschlussvoraussetzung war ein schweres Krankheitsbild (sogenannte Schwerstabhängigkeit), charakterisiert durch ein Mindestalter von 23 Jahren, fünfjährige Opiatabhängigkeit sowie einen gescheiterten Behandlungsversuch in Substitution.

b) Zusammenfassung der Ergebnisse

Haltequote:

68% (Heroin) bzw. 56% (Methadon), also lediglich eine Differenz von 12%.

Suchtmittelkonsum:

Die Haaranalyse bezüglich Kokain zeigte keinen sicheren Unterschied zwischen der Heroin- und der Methadon-Gruppe, der Kokainkonsum in beiden Gruppen blieb also etwa gleich groß.

In den Urinanalysen zeigte sich kein Unterschied für den Benzodiazepinkonsum und Einnahme von anderen illegalen Drogen (Amphetamin, Cannabis Halluzinogene) außer Heroin.

In den Urinanalysen war die Heroin Gruppe bezüglich illegalem Heroin besser, in Proben war nach einem Jahr Behandlung bei 15% der Heroin Patienten im letzten Monat Heroinkonsum nachweisbar im Gegensatz dazu noch bei 33% der Methadonpatienten. Die Selbstangaben in Interviews zeigen einen deutlich höheren Konsum in beiden Gruppen, 27% bei der Heroin, 54% bei der Methadon Gruppe.

Gesundheitszustand:

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (körperlich und psychisch) um mindestens 20% wird bei 80% der Heroin und 74 % der Methadonpatienten festgestellt.

Nebenwirkungen:

Dabei zeigt bei dem Symptom Atemstörungen Heroin im Vergleich zu Methadon ein Auftreten von 23:1; im Bereich psychische Nebenwirkung treten Ängste / Depressionen bei Heroin in 4, bei Methadon in 3 Fällen auf.

Rauschwirkung:

Ein Rauschgefühl (Kick) nach der Einnahme gaben 41% der Heroin- jedoch nur 3,5% der Methadonpatienten an (Abschlußbericht Seite 118).

Die Rauschwirkung des Heroins ist einerseits vermutlich für die etwas größere Haltekraft der Heroinprogramme verantwortlich, behindert andererseits aber die soziale Integration der Patienten.

Kosten

Die direkten Kosten (ohne Einsparungen bei Justiz etc.) der Heroinvergabe sind etwa doppelt so hoch wie bei der herkömmlichen Substitution, letztere liegen geschätzt bei etwa 5000 € pro Jahr und pro Patient.

II) Probleme der bisherigen Studienergebnisse

a) Einschlussvoraussetzungen

Die bisherigen Einschlussvoraussetzungen sind zu unscharf und beschreiben keine „Schwerstabhängigen“ sondern typische Substitutionspatienten.

Hier sollte auch anhand der weiterbehandelten Patienten im Modellprogramm Kriterien für eine langjährige mit Multimorbidität einhergehende und in mehreren länger dauernden Behandlungsversuchen nicht zu verbessernde Opiatabhängigkeit gefunden werden. Damit könnte der tatsächliche

Bedarf für eine Heroinsubstitution auf eine Gruppe von mehreren hundert Patienten eingegrenzt werden.

b)

Die Unterschiede zwischen der Heroinvergabe (bei der ein Drittel zusätzlich Methadon erhielt) und der reinen Methadonsubstitution waren bei der Verbesserung des Gesundheitszustands (80 / 74%) nicht stark ausgeprägt, beim Heroinbeikonsums (15 / 33%) zwar vorhanden auf Grund der Untersuchungsmethoden (Urinanalysen ohne Sichtkontrolle, 100% Differenz zwischen Selbstangabe zum Heroinkonsum und gemessenen Werten) aber nicht sicher aussagefähig.

Diese Probleme könnten durch Haaruntersuchungen vermieden werden.

c) PSB

Die im Erprobungsvorhaben eingesetzten verschiedenen Formen der PSB sollten in der dort sich als am effektivsten erwiesenen Art in beiden Behandlungsgruppen nochmals verglichen werden.

III) Stellungnahme zu den Anträgen

Die Substitution mit Heroin bietet möglicherweise eine Behandlungsalternative für eine kleine Gruppe tatsächlich schwerstkranker Heroinabhängiger.

Unklar ist zum jetzigen Zeitpunkt:

- Wie ist ein schwerstkranker Opiatabhängiger charakterisiert
- Optimale Form, Struktur, Rahmenbedingungen und Umfang einer effektiven PSB
- Wie ausgeprägt ist Heroinbeikonsum bei Methadon- und Heroinsubstitution geprüft mit Haaranalysen
- Können retardierte Morphine eine Alternative zu Heroin in der Substitutionsbehandlung darstellen?

Bei einer Einführung von Heroin als Substitutionsmittel sollte beachtet werden:

- Keine Unterstellung einer etwaigen zukünftigen Heroingabe unter den Versorgungsauftrag der KV, dies sollte spezialisierten Zentren vorbehalten bleiben
- Keine Beschränkung der PSB auf 6 Monate, sondern andauernde PSB während der gesamten Substitution, deren Intensität nach Bedarf von den Behandlern ermittelt wird

Daher wird eine Fortführung der Heroinerprobung mit Begleitforschung zur Beantwortung obiger Fragestellungen befürwortet.

Die Finanzierung der Begleitforschung incl. PSB sollte aus öffentlichen (Forschungsmitteln) erfolgen.

Die Finanzierung der Vergabe sollte wenn möglich aus Mitteln der GKV erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. W. Unglaub
Oberarzt
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie