

**Ausschuss für Gesundheit**

**Wortprotokoll**

**62. Sitzung**

**Berlin, den 19.09.2007, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus**  
**10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1**  
**Sitzungssaal: Anhörungssaal 3101**

**Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung**

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesetzliche Voraussetzungen für heroingestützte Behandlung Schwerstabhängiger schaffen

BT-Drucksache 16/2075

Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Ulla Jelpke, Frank Spieth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Heroinmodell in die Regelversorgung überführen und Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte schützen

BT-Drucksache 16/2503

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Kontrollierte Heroinabgabe in die Regelversorgung aufnehmen

BT-Drucksache 16/3840

Gesetzentwurf der Abgeordneten Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Kerstin Andreae, Hüseyin-Kenan Aydin und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften

BT-Drucksache 16/4696

Anlage  
Anwesenheitsliste  
Sachverständigenliste  
Sprechregister

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Bauer, Wolf, Dr.  
Eichhorn, Maria  
Faust, Hans Georg, Dr.  
Hüppe, Hubert  
Koschorrek, Rolf, Dr.  
Scharf, Hermann-Josef  
Spahn, Jens  
Straubinger, Max  
Widmann-Mauz, Annette  
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje  
Brüning, Monika  
Henrich, Michael  
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.  
Krichbaum, Gunther  
Luther, Michael, Dr.  
Meckelburg, Wolfgang  
Michalk, Maria  
Philipp, Beatrix  
Scheuer, Andreas, Dr.  
Zöller, Wolfgang

**SPD**

Friedrich, Peter  
Hovermann, Eike  
Kleiminger, Christian  
Lauterbach, Karl, Dr.  
Mattheis, Hilde  
Rawert, Mechthild  
Reimann, Carola, Dr.  
Spielmann, Margrit, Dr.  
Teuchner, Jella  
Volkmer, Marlies, Dr.  
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
Becker, Dirk  
Bollmann, Gerd  
Ferner, Elke  
Gleicke, Iris  
Hemker, Reinhold  
Kramme, Anette  
Kühn-Mengel, Helga  
Marks, Caren  
Schmidt, Silvia  
Schurer, Ewald

**FDP**

Bahr, Daniel  
Lanfermann, Heinz  
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens  
Kauch, Michael  
Parr, Detlef

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
Seifert, Ilja, Dr.  
Spieth, Frank

Ernst, Klaus  
Höger, Inge  
Knoche, Monika

**B90/GRUENE**

Bender, Birgitt  
Scharfenberg, Elisabeth  
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta  
Koczy, Ute  
Kurth, Markus

---

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Vorsitzende Abg. <b>Dr. Martina Bunge</b> (DIE LINKE.)	6,28	SV <b>Dr. Christoph J. Tolzin</b>	7,22
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	6	SV <b>Dr. Bernhard Egger</b> (AOK-Bundesverband)	7,24
Abg. <b>Maria Eichhorn</b> (CDU/CSU)	8	SV <b>Dr. Paul Rheinberger</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	8,22
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	10,26,27	SV <b>Dr. Volker Weissinger</b> (Fachverband Sucht e.V.)	8
Abg. <b>Sabine Bätzing</b> (SPD)	10	SVe <b>Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke</b>	9,23
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	11,26,27	SV <b>Dr. Christoph von Ascheraden</b> (Bundesärztekammer)	9,16,19,21
Abg. <b>Detlef Parr</b> (FDP)	14,15	SV <b>Dr. Willi Unglaub</b> (Bezirksklinikum Regensburg)	10,23
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	15	SV <b>Prof. Dr. Christian Haasen</b> (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung)	10,15,16,20,26
Abg. <b>Monika Knoche</b> (DIE LINKE.)	17,18	SVe <b>Dr. Rebecca Löbmann</b> (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.)	10,14
Abg. <b>Dr. Harald Terpe</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19,20,21	SV <b>Helmut Süßen</b> (Gewerkschaft der Polizei)	11
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	21,23	SVe <b>Manuela Rottmann</b> (Stadt Frankfurt/Main)	11,21
Abg. <b>Hermann-Josef Scharf</b> (CDU/CSU)	22	SV <b>Thomas Walter</b> (Stadt Hannover)	11
Abg. <b>Johannes Jung</b> (SPD)	25	SVe <b>Birgit Gorgas</b> (Stadt München)	12
		SVe <b>Marlies Bredehorst</b> (Stadt Köln)	12,16
		SV <b>Harald Denecken</b> (Stadt Karlsruhe)	13,27
		SVe <b>Monika Holthausen-Lommerzheim</b> (Stadt Bonn)	13
		SVe <b>Christa Claes</b>	14
		SV <b>Dr. Manfred Wienand</b> (Deutscher Städtetag)	15
		SV <b>Dr. Klaus Behrendt</b> (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.)	17,18,26
		SV <b>Prof. Dr. Markus T. Gastpar</b> (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)	17
		SV <b>Prof. Dr. Norbert Scherbaum</b> (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.)	18
		SV <b>Martin Gaulty</b>	18,25
		SVe <b>Dr. Karin Bonorden-Kleij</b>	19,20,25,27
		SV <b>Dr. Benedikt Bloching</b> (Klinikum Stuttgart Bürgerhospital)	22,24

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesetzliche Voraussetzungen für heroingestützte Behandlung Schwerstabhängiger schaffen

BT-Drucksache 16/2075

Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Ulla Jelpke, Frank Spieth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Heroinmodell in die Regelversorgung überführen und Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte schützen

BT-Drucksache 16/2503

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Kontrollierte Heroinabgabe in die Regelversorgung aufnehmen

BT-Drucksache 16/3840

Gesetzentwurf der Abgeordneten Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Kerstin Andreae, Hüseyin-Kenan Aydin und weitere Abgeordnete

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften

BT-Drucksache 16/4696

Beginn: 14.00 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE): Sehr verehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste, ich möchte die 62. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit eröffnen. Als einzigen Tagesordnungspunkt haben wir die Öffentliche Anhörung zu folgenden vier Vorlagen:

Erstens den Gesetzentwurf zur „Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften“ auf Bundestagsdrucksache 16/4696, zweitens den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesetzliche Voraussetzungen für heroingestützte Behandlung Schwerstabhängiger schaffen“ auf Bundestagsdrucksache 16/2075, drittens den Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Heroinmodell in die Regelversorgung überführen und Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte schützen“ auf Bundestagsdrucksache 16/2503 und viertens den Antrag von Abgeordneten der Fraktion der FDP „Kontrollierte Heroinabgabe in die Regelversorgung aufnehmen“ auf Bundestagsdrucksache 16/3840.

Aus den verschiedenen Drucksachenummern können Sie ersehen, dass der Ausschuss für Gesundheit sich schon längere Zeit, seit dem 25. Oktober 2006 mit dieser Problematik beschäftigt. Zunächst möchte ich Sie zu der heu-

tigen Öffentlichen Anhörung ganz herzlich begrüßen. Ich freue mich, dass Sie als Sachverständige – die Damen und Herren aus den Verbänden, die Professorinnen und Professoren und Sie, Herr Bürgermeister – den Abgeordneten für Fragen zur Verfügung stehen. Zum Verfahren: Ich möchte Sie bitten, die Mikrofone zu benutzen und, sofern ich dies noch nicht getan habe, Ihren Namen und den von Ihnen vertretenen Verband bzw. die jeweilige Institution zu nennen. Meine Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten möchte ich bitten, heute vielleicht nicht nur Abkürzungen für die Verbandsnamen zu nennen. Es sind viele Sachverständige anwesend, deren Namen und Organisationen hier noch nicht so gut bekannt sind. Nach dem üblichen Verfahren beginnt die Fraktion der CDU/CSU mit ihrer Frage- und Antwortzeit.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Tolzin, einen Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an den Fachverband Sucht.

In der Begründung zu dem Gesetzentwurf wird angegeben, eine Heroinabgabe komme nur für eine kleine Gruppe von Schwerstabhängigen in Frage. Kann aus Ihrer Sicht nach den Formu-

lierungen des Entwurfs die Gruppe der Schwerstabhängigen zuverlässig operationalisiert werden, so dass eine unsachgemäße Ausweitung verhindert wird? Welche Probleme würde eine unsachgemäße Ausweitung der Gruppe verursachen und wie hoch schätzen Sie die Anzahl der möglichen Patienten, die auf Grundlage der Kriterien Anspruch auf eine Diamorphinbehandlung hätten? Welche Kosten könnten aus Ihrer Sicht bei einer Überführung dieser Gruppe in die Regelversorgung für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen?

**SV: Dr. Christoph J. Tolzin:** Ich denke, dass man die Gruppe der in Frage kommenden schwerstabhängigen Heroinabhängigen tatsächlich operationalisieren kann, dass allerdings die Merkmale, die in dem deutschen Modellprojekt zu Grunde gelegt worden sind – als Anschlusskriterien ein Mindestalter von 23 Jahren und eine Mindestdauer der Abhängigkeit von fünf Jahren sowie zwei vorangegangene gescheiterte Behandlungen – wahrscheinlich zu grob gefasst sind. Das heißt, man würde dann einen Großteil der Heroinabhängigen im Rahmen der Heroinsubstitution mit versorgen. Man weiß aufgrund von statistischen Erkenntnissen, dass das durchschnittliche Einstiegsalter der Heroinabhängigen bei etwa 17,3 Jahren liegt. Bei einem Mindestalter für die Heroinsubstitution von 23 Jahren, wie es auch im Modellprojekt gilt, würde man also Patienten oder zu versorgende Heroinabhängige bekommen, die bereits auf eine fünfjährige Suchtkarriere zurückblicken können. Es gibt andere Untersuchungen, die auch im Rahmen des Modellprojektes durchgeführt worden sind, die besagen, dass 11 Prozent der 30-jährigen Heroinabhängigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, nur eine oder keine vorangegangene Entgiftungsbehandlung hatten. Das heißt, wahrscheinlich hatten 89 Prozent in der Vergangenheit schon zwei oder mehr Behandlungen. Man muss davon ausgehen, dass man bei diesen Eingangskriterien ein sehr großes Potential an künftig mit Heroin zu versorgenden Patienten schaffen würde. Die Frage wäre daher, ob man dadurch nicht eine zu große Klientelgruppe schafft. Wenn man davon ausgeht, dass wir etwa 140.000 bis 150.000 Abhängige in Deutschland haben, dann kämen wir vielleicht sehr schnell in eine Größenordnung von etwa 60.000 bis 80.000 oder sogar noch mehr Abhängigen, die mit Heroin zu versorgen wären. Wahrscheinlich

wäre das Raster dann zu grob gewählt. Wenn man eine Operationalisierung vornimmt – und diese ist möglich auf Grund der Kriterien der ICD-10 – dann sollte man die zusätzlichen Einstiegs-kriterien anders wählen, weil man ansonsten erheblich mehr Versicherte im Rahmen der Heroinsubstitution versorgen müsste. Und dies wäre möglicherweise auch nicht immer zum Nutzen der zu Versorgenden.

**SV Dr. Bernhard Egger (AOK-Bundesverband (AOK-BV)):** Was die Zahlen angeht, möchte ich mich den Ausführungen von Herrn Dr. Tolzin anschließen. Die Bedeutung, die diese Fakten haben, möchte ich aber noch einmal hervorheben. Wir haben bisher im Rahmen der Modellversuche die Situation, dass wir in bestimmten Ballungszentren mit vielen Drogenabhängigen freiwillig anbieten, Heroinabhängige mit Diamorphin zu versorgen. Wenn ein Gesetz wie das hier vorgelegte verabschiedet würde, gäbe es einen Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten auf die Heroinsubstitution, sofern die Versicherten die gesetzlich definierten Kriterien erfüllen. Das heißt, man muss sehr vorsichtig sein, wie man diese Kriterien und somit den Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten formuliert. Denn durch eine gesetzliche Festlegung würde auch die Notwendigkeit entstehen, das entsprechende Versorgungsangebot zu schaffen und zu finanzieren. Deshalb halten wir diese Frage der Einschlusskriterien für so entscheidend wichtig. Eine deutliche Ausweitung der heroingestützten Substitution würde aus meiner Sicht das Problem mit sich bringen, dass andere Formen wie die Methadonsubstitution oder die abstinenzorientierte Therapie hinter die für die Abhängigen sehr attraktive Option, Heroin kostenlos zu bekommen, zurücktreten würden. Auf diese Art und Weise würden im bestehenden Versorgungssystem Fehlsteuerungen und Fehlanreize entstehen.

Zu den Kosten: Die Kosten für die heroingestützte Behandlung sind ja im Rahmen des Modellversuchs detailliert erhoben worden. Sie liegen, basierend auf Annahmen in Bezug auf die Routineversorgung, bei etwa 15.000 Euro pro Jahr und Behandeltem. Wenn man das hochrechnet, würden das pro 10.000 Patienten und Jahr etwa 150 Millionen Euro an finanzieller Belastung bedeuten. Die Behandlung mit Methadon ist demgegenüber wesentlich kostengünstiger, sie liegt in einer Größenordnung von etwa einem Drittel dieser Kosten.

**SV Dr. Paul Rheinberger** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte an das anschließen, was vor mir bereits zu Protokoll gegeben wurde. Aus früheren systematischen wissenschaftlichen Evaluationen zur Methadonvergabe ist uns geläufig, dass 70 bis 90 Prozent der Abhängigen bereits mehrfach erfolglose Abstinenzversuche hinter sich haben. Insofern kann ich die Zahlen, die vorhin genannt wurden, nur bestätigen. Es ist sozusagen das prototypische Merkmal für Abhängigkeit bzw. für schwere Abhängigkeit, dass die Abhängigen sich bereits über eine lange Zeit hinweg vergeblich bemüht haben, von der Sucht los zu kommen. Dieses Merkmal trifft somit für die überwiegende Anzahl der Abhängigen zu und ist daher nicht geeignet, die hier beabsichtigte kleine Zahl von Patienten zu definieren, die Heroin bekommen sollen. Es gibt aber eine andere Zahl, mit deren Hilfe sich abschätzen lässt, wie viele Personen da in Frage kommen, und die liegt deutlich niedriger. Schauen Sie sich den zweiten Teil des Modellversuches an: Dort gibt es einen Hinweis, dass cirka 20 Prozent der im zweiten Teil des Modellversuches noch befindlichen Patienten aus der Methadongruppe gewechselt sind. Wenn Sie diese Schätzung übertragen auf die insgesamt etwa 140.000 Heroinabhängigen in der Bundesrepublik, dann ergibt sich eine Zahl von etwa 30.000 Personen, die vielleicht für eine Heroinabgabe in Frage kommen. Und hier muss ich mich Herrn Egger anschließen. Sobald dies gesetzlich verankert ist, besteht ein gesetzlicher Leistungsanspruch, und dies wirft Probleme bei der Vergabep Praxis auf. Denn Sie müssten die Heroinvergabe ja sozusagen flächendeckend anbieten. Als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann ich Ihnen dazu nur sagen: Sollte diese Therapie als Bestandteil der GKV-Leistungen finanziert werden, so werden wir dies aus dem KV-System nach derzeitigem Wissensstand nicht sicherstellen können.

**SV Dr. Volker Weissinger** (Fachverband Sucht e.V. (FVS)): Die Kriterien, die in dem Gesetzentwurf genannt sind, halten wir im Hinblick auf Drogenabhängige, die sich in anderen Behandlungssystemen (Substitution, abstinenzorientierte Behandlung) befinden, nicht für trennscharf. Einige Gründe dafür wurden ja bereits dargelegt. Wir halten es allerdings auch für sehr schwierig, trennscharfe Kriterien in diesem Bereich zu formulieren. Wir denken, dass entsprechend zu formulie-

rende Kriterien in ein Gesamtbeurteilungsverfahren eingehen sollten. Hierfür sollte eine Expertenkommission oder -gruppe vor Ort eingesetzt werden, die dann über den Gesamteindruck befindet. Denn dieser Gesamteindruck des Patienten ist entscheidend, und hierbei sollte beispielsweise auch die soziale, materielle und rechtliche Situation zusätzlich zu den anderen Kriterien Berücksichtigung finden. Beispielsweise wäre auch ein Operationalisierungskatalog notwendig, aus dem hervorgeht, was etwa schwere psychische und somatische Störungen sind und wie diese gefasst werden; und zwar deshalb, um eine Ausweitung der Behandlung über die Schwerstabhängigen hinaus zu verhindern. Wir sind der Ansicht, dass diese Behandlung nur als ultima ratio dienen kann. Und wir denken, dass man die entsprechende Zielgruppe über Expertenverfahren und expertengestützte Einschätzungen auch eingrenzen kann und dass es durchaus sinnvoll ist, dieses Angebot zusätzlich zu den bestehenden Angeboten zu etablieren. Allerdings müsste man sich Kriterien wirklich noch einmal im Einzelnen genau ansehen. Beispielsweise wurde ja schon gesagt, dass sich das Kriterium einer mindestens fünfjährigen Abhängigkeit ein Stück weit mit der Altersgrenze von 23 Jahren überschneidet, weil kaum jemand vor dem 17. Lebensjahr mit dem Konsum von harten Drogen beginnt. Von daher sollte ein anamnetisches und diagnostisches Verfahren gewählt werden, das Kriterien beinhaltet, mit denen jemand hinsichtlich der Schwere der Abhängigkeit eingestuft werden kann. Diese kann nach unserem Dafürhalten durch einen Kriterien gestützten Expertendiagnose ermittelt werden, bei dem es um den Gesamteindruck des Patienten geht.

**Abg. Maria Eichhorn** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zur psychosozialen Begleitung, und zwar an Frau Prof. Havemann-Reinecke, an Herrn Dr. Unglaub und an die Bundesärztekammer. Welche Bedeutung hat die psychosoziale Betreuung bei der Drogensubstitution? Und wie bewerten Sie die im vorgelegten Gesetzentwurf enthaltene Regelung, die psychosoziale Begleitung bei der Abgabe von Diamorphin für ein halbes Jahr verpflichtend vorzusehen, die Diamorphinabgabe aber nur alle zwei Jahre zu überprüfen? Wären mit einer optimalen psychosozialen Betreuung bei der Methadonversorgung ähnlich gute Ergebnisse zu erzielen, wie dies im Rahmen des Modell-

vorhabens mit der Abgabe von Diamorphin der Fall war?

**SVe Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke:** Entsprechend den Ende 2006 auch im Deutschen Ärzteverlag erschienenen Leitlinien „Evidenzbasierte Suchtmedizin für die Therapie von sich in Substitution befindlichen Patienten“ hat die psychosoziale Therapie die folgende Bedeutung: Entsprechend dem BtMG und auch der BtMVV sind die bisher verfügbaren Substitutionssubstanzen wie Methadon und Buprenorphin für die Substitutionstherapie Opiatabhängiger nur im Rahmen eines integrierten Behandlungskonzeptes mit allgemeinmedizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung zugelassen und das ohne zeitliche Begrenzung. Von einer zeitlichen Begrenzung ist hier niemals die Rede gewesen. Dieses bio-psychosoziale Behandlungskonzept wird auch durch sämtliche suchtmmedizinische evidenzbasierte Studien gestützt, die es zu dieser Fragestellung gibt; im Übrigen auch durch Studien zu den anderen Abhängigkeitsformen. Immer wieder zeigen die Daten ganz klar, dass es einen eindeutigen Bezug zwischen der psychosozialen Therapie und der Effektivität der Suchttherapie, der Abstinenz und auch der Substitutionstherapie gibt. Die Daten zeigen auch, dass der Abbruch einer intensiven psychosozialen Therapie als negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg gilt. Umgekehrt erhöht die Zahl der Sitzungen den Behandlungserfolg, und eine intensive psychosoziale Betreuung, z. B. zwei Termine pro Woche, ist auch Rückfall präventiv wirksam. Eine zeitliche Begrenzung, etwa auf ein halbes Jahr, kann bei dieser Therapie, denke ich, vom wissenschaftlichen Standpunkt aus nicht begründet werden. In einigen Studien wird – wenn man überhaupt eine Zahl nennt – für die erste oder die Klärungsphase der psychosozialen Therapie zum Teil ein Zeitraum von bis zu einem halben Jahr angegeben, an den sich dann aber eine intensive oder standardmäßige psychosoziale Therapie ohne Zeitbegrenzung anschließt.

Die zweite Frage war, ob mit einer optimalen psychosozialen Betreuung bei der Methadonversorgung ähnlich gute Ergebnisse zu erzielen wären. Man kann sicherlich sagen, dass eine intensiviertere psychosoziale Therapie die Therapie der mit Methadon substituierten Patienten verbessern kann. Dies gilt insbesondere für eine differenzierte psychosoziale Therapie, die zwischen den Schwerstabhängigen – die eine

niedrigschwellige psychosoziale Therapie erhalten – und denen unterscheidet, die sich bereits in einer Substitutionsbehandlung befinden. Sicherlich ist da auch eine intensive Motivationsarbeit von besonderer Bedeutung, wie nicht zuletzt die interessanten Daten der jüngsten Heroinstudie gezeigt haben. Darüber hinaus würde die Entwicklung und Anwendung von besseren Therapiestrategien mit Blick auf den polyvalenten Beigebrauch schwerstabhängiger Patienten sicherlich auch die bestehende Substitutionstherapie mit Methadon deutlich verbessern. Hier haben wir noch deutlichen Nachholbedarf. Wir brauchen auch noch Studien zur Entwicklung und Verbesserung der Therapie des Beigebrauchs.

**SV Dr. Christoph von Ascheraden (Bundesärztekammer (BÄK)):** Ich möchte zu den beiden Fragen wie folgt Stellung nehmen: Die zeitliche Begrenzung der psychosozialen Begleitung und Betreuung wird von unserer Seite aus als nicht sinnvoll angesehen. Es gibt keinen Grund, eine bewährte Kombinationstherapie aus ärztlicher und psychotherapeutischer bzw. psychosozialer Begleitung zeitlich zu begrenzen. Die Frage, wie intensiv diese Therapie sein soll, ob sie wöchentlich einmal oder zweimal stattfinden soll, muss nach dem konkreten Verlauf und von den behandelnden Teams beurteilt werden. Aber eine Begrenzung halten wir absolut nicht für sinnvoll.

Die zweite Frage war, ob durch eine Intensivierung der Methadon gestützten Substitution ein vergleichbar guter Behandlungserfolg bei Schwerstabhängigen zu erzielen ist. Es zeigt sich – in der Studie, aber auch darüber hinaus –, dass die Methadonsubstitution – trotz der unter günstigen Bedingungen erreichbaren Erfolge – eine gewisse Gruppe von Schwerstabhängigen bedauerlicherweise nicht erreicht. Es gibt ja in Schwerpunktpraxen, in bestimmten Zentren an verschiedenen Orten in der Bundesrepublik durchaus eine hochfrequente psychosoziale Betreuung vor Ort, durch die eine Optimierung der Methadonsubstitution erfolgt. Aber auch diese sehr gut geführten, auch materiell sehr gut ausgestatteten Schwerpunkteinrichtungen können einen Teil der Patienten nicht erreichen, die dann weiterhin ohne Therapie letztlich auf der Straße leben. Und hier zeigt, meine ich, die Heroinstudie ganz deutlich, dass wir für diese Gruppe mit der Vergabe von Heroin als Substitut – natürlich in einem Gesamtkonzept der Therapie –

eine zusätzliche, wichtige, teils überlebenswichtige Option schaffen können.

**SV Dr. Willi Unglaub** (Bezirksklinikum Regensburg): Ich möchte mich bezüglich der psychisch-sozialen Begleitung meinen Vorrednern anschließen. Die psychisch-soziale Begleitung von substituierten Patienten ist vorgeschrieben, und sie ist auch notwendig. Viele Untersuchungen belegen, dass es Erfolg verspricht, dieses Verfahren zusätzlich zur Vergabe des Substitutionsmittels anzuwenden. Es ist bisher aber noch nicht ausreichend erforscht worden, welche Form der psychosozialen Begleitung für Schwerstabhängige die am sinnvollsten anzuwendende Therapieform ist. Hier besteht aus meiner Sicht dringender Forschungsbedarf. Natürlich kann man erwarten, dass, den Ergebnissen des Heroinerprobungsvorhabens entsprechend, bei der Gruppe der Methadonsubstituierten weitere Verbesserungen zu erzielen wären, wenn entsprechende, speziell auf die Gruppe der Schwerstabhängigen zugeschnittene psychosoziale Begleitungsverfahren erforscht und entwickelt werden würden. Das ist sicherlich zu erwarten.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Haasen vom ZIS. Besteht Ihrer Meinung nach bei der Überführung der Diamorphinbehandlung in die Regelversorgung die Gefahr, dass es einen Ansturm auf die diamorphingestützte Substitution gibt, d. h., dass künftig alle Opiatabhängigen mit Diamorphin behandelt werden wollen? Da wir heute das Institut für Sucht und Gesundheitsforschung aus Zürich nicht befragen können, können Sie uns vielleicht über die Erfahrungen berichten, die es dort bezüglich des Übergangs von der Studie in die Regelversorgung gegeben hat oder gibt.

**SV Prof. Dr. Christian Haasen** (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)): Zu der Frage, ob es einen Ansturm geben wird, kann man ganz klar sagen: Nein. Es wird kein Ansturm geben. Das zeigt schon allein die Rekrutierung der Patienten für die Studie. Es hat da überhaupt keinen Ansturm gegeben, obwohl dies ursprünglich auch unter Studienbedingungen befürchtet wurde. Und es hat sich gezeigt, dass es sich bei der Gruppe der schwerst Opiatabhängigen, die für diese Therapie in Frage kommt, um eine begrenzte Gruppe handelt, die

zum Teil selbst mit einer Diamorphinbehandlung immer noch schwer zu erreichen ist.

Die Erfahrungen aus der Schweiz – das war die zweite Frage – haben gezeigt, dass dort die Anzahl der Patienten konstant geblieben ist. Es ist sogar so, dass in der Schweiz einige der Plätze gar nicht immer in Anspruch genommen werden. Das heißt, es gibt immer wieder Patienten, die nachrücken und andere, die in eine weitere Therapie überführt werden; man kann also auf keinen Fall von einem Ansturm sprechen.

**Abg. Sabine Bätzing** (SPD): Meine Frage richtet sich an das Kriminologische Institut, an die Gewerkschaft der Polizei, an die Stadt Frankfurt am Main und an Frau Rottmann. Wir haben bei den Untersuchungen festgestellt, dass die Kriminalität deutlich zurückgegangen ist, und zwar insbesondere bei der Heroingruppe. Meine Frage ist, war dieser Rückgang auf die typischen Beschaffungsdelikte beschränkt oder war er auch in anderen Bereichen festzustellen? Hat es weiterhin eine Entwicklung der Szene vor Ort gegeben? Gibt es dort Probleme und wie wirken sich diese auf die Kostensituation aus?

**Sve Dr. Rebecca Löbmann** (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN)): Wir haben die Spezialstudie zur Kriminologie im Rahmen dieses Modellversuches durchgeführt und dabei festgestellt, dass eben nicht nur die Beschaffungskriminalität abnimmt. Das entspricht dem, was man erwartet hätte: Wenn ich den Abhängigen Heroin zur Verfügung stelle, dann ist es nicht mehr nötig, es illegal zu beschaffen. Wir haben auch in anderen Bereichen, vor allen Dingen im Bereich der Gewaltkriminalität, Rückgänge zu verzeichnen. Wir finden dies sehr wichtig, weil darin auch das Bemühen der Abhängigen zum Ausdruck kommt, sich wieder sozial zu integrieren und von ihrem kriminellen Leben Abstand zunehmen.

Darüber hinaus haben wir herausgefunden, dass sich – parallel zu dieser günstigen Entwicklung der Kriminalität – die Studienteilnehmer auch aus der Drogenszene zurückziehen, weil eben die Beschaffung nicht mehr notwendig ist, die sich ja in der Form des Drogenhandels zu großen Teilen in der Szene abspielt. Aus einigen Studienzentren haben wir erfahren, dass diese Entwicklung sogar bis hin zur Auflösung der offenen Drogenszene gehen

kann, was zum Beispiel in der Stadt Karlsruhe der Fall war.

**SV Helmut Süßen** (Gewerkschaft der Polizei): Aus polizeilicher Sicht kann ich nur sagen, dass wir hierzu keine Zahlengrundlage haben, weil es uns nicht möglich ist, diese Menschen strukturell zu erkennen. Gleichwohl reden wir natürlich mit diesen Menschen, wenn sie bei uns auftauchen, und wir würden wahrscheinlich zumindest in Einzelfällen feststellen, ob sie in einem diamorphingestützten Programm sind oder nicht. Ich kann dazu nur sagen, in diesem Zusammenhang werden bei uns keine Menschen auffällig. Daraus ergibt sich als weitere Schlussfolgerung, dass sie wahrscheinlich auch kriminalpolizeilich deutlich seltener auffällig werden.

Was die Auflösung von Drogenszenen angeht, kann ich zumindest für eine Großstadt, d. h. für Hamburg, sagen, dass das Programm keinen nennenswerten Einfluss auf die Drogenszene hat oder haben wird. In Hamburg werden zurzeit, glaube ich, gut 80 Menschen in dieser Form behandelt. Bei einer geschätzten Zahl von etwa 10.000 Schwerstabhängigen kann sich das kaum auf die Drogenszene auswirken. Grundsätzlich sind aber auch aus polizeilicher Sicht natürlich die positiven Aspekte für diese Menschen zu sehen, wenn sie bei uns nicht auffällig werden und sich sozial integrieren können. Das scheint mindestens einem Teil von ihnen zu gelingen.

**Sve Manuela Rottmann** (Stadt Frankfurt/Main): Was die Kriminalitätsentwicklung bei den Behandelten angeht, sind die Beobachtungen in Frankfurt analog zu den Ergebnissen, die die kriminologische Studie für das gesamte Bundesgebiet ergeben hat. Da ist kein Unterschied. Auch wir können feststellen, dass eine Loslösung aus der Kriminalität in höherem Maße bei denjenigen Schwerstabhängigen gelingt, denen wir einen Zugang für Diamorphin eröffnen konnten. Es gab natürlich vor der Eröffnung der Ambulanz auch die große Sorge, dass sich im Umfeld der Ambulanz ein Kriminalitätsschwerpunkt entwickeln könnte. Dazu kann man sagen, dass die Integration der Ambulanz in das städtische Umfeld gut ist. Wir haben weiterhin keine Vorfälle, Belästigungen oder Störungen durch den Betrieb der Einrichtung oder durch die Klientel im Stadtteil. Die befürchteten negativen Folgen sind

nicht eingetreten. Die Nachbarschaft zum Stadtteil ist gut.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Da die Städte, in denen Projekte durchgeführt werden, hier vertreten sind, würde ich gern an die entsprechenden Sachverständigen – mit Ausnahme von Frankfurt – eine Frage stellen. Frau Rottmann hat dazu ja schon etwas gesagt, auch zu den Stichworten „Integration in die Nachbarschaft“ und „Ansturm“. Haben sich etwa bei Ihnen in der Stadt Menschen gemeldet, um in ein solches Projekt einbezogen zu werden? Dann zum Stichwort „Drogenszene“. Ich würde Sie bitten, dazu Ihre Erfahrungen zu schildern.

**SV Thomas Walter** (Stadt Hannover): Was die Integration in die Nachbarschaft angeht, können wir in Hannover auf eine Besonderheit verweisen. Da wir auf Grund einer bestimmten Immobiliensituation einmal umziehen mussten, haben wir doppelt Erfahrungen gesammelt, einmal in der Innenstadt und dann in einem Wohngebiet außerhalb der City. In beiden Fällen hat sich eine übereinstimmende Situation ergeben und zwar auch – ich darf das sagen – nach Einschätzung unserer Polizeidirektion, nämlich eine vollständige Störungsfreiheit. In beiden Fällen hat es nicht die geringsten Beeinträchtigungen des Umfeldes gegeben. Die Frage nach den Auswirkungen auf die Drogenszene lassen sich nicht so eindeutig beantworten. Hier muss die Einschätzung im Zusammenhang mit den Antworten auf die beiden anderen Fragen, die Sie gestellt haben, erfolgen. Ich kann die Frage nach dem Ansturm nur vor dem Hintergrund der Erfahrungen beantworten, die wir in unserer Stadt gemacht haben. Diese sind stark von der Tatsache geprägt, dass wir zu Beginn des Modellversuches große Rekrutierungsprobleme hatten. Vorhin ist einmal die Bemerkung gefallen, dass es sich hier um eine besonders attraktive Versorgungsform handeln würde. Das können wir aufgrund unserer praktischen Erfahrungen überhaupt nicht bestätigen. Vielmehr sind die Abhängigen außerordentlich zögerlich gewesen, sich hierauf überhaupt einzulassen. Und aufgrund der Studie zugrunde gelegten Auswahlkriterien ist der Zugang zu dem Modellvorhaben auch eher tröpfelnd als strömend gewesen, wenn ich das mal so sagen darf. Und damit hängen dann auch die Auswirkungen auf die Drogenszene zusammen. Wir haben in Hannover eine offene

Drogenszene von ungefähr 3.500 bis vielleicht 4.000 Personen. Sie können unschwer erkennen, dass angesichts der Zugangsvoraussetzungen, aufgrund derer vielleicht knapp 100 Personen einbezogen werden, die Szene tendenziell beruhigt wird. Denn das würde ich gerne noch einmal unterstreichen: Die Tatsache, dass es so etwas gibt, dass man sich kümmert, dass man eine Möglichkeit herauszukommen auch für diejenigen eröffnet, die nicht substituiert sind, spricht sich in der Szene herum und wirkt tendenziell beruhigend. Aber man kann auf Grund der Größenverhältnisse nicht davon ausgehen, dass sich dadurch etwa die Szene auflöst.

Sve **Birgit Gorgas** (Stadt München): Ich kann die Erfahrungen aus Hannover bestätigen. Auch wir haben eine sehr gute Integration in die Nachbarschaft, die auf Grund von zwei nahe gelegenen Kindergärten am Anfang durchaus sehr beunruhigt war. Wir befinden uns mitten im Zentrum der Stadt, es gibt aber auch nach Aussagen der Polizei überhaupt keine Szenebildung um die Ambulanz. Es gibt keine Störungen und keine Auffälligkeiten, und das jetzt seit mehr als fünf Jahren. Wir hatten die gleichen Rekrutierungsprobleme wie alle anderen Städte, aber vielleicht in Bayern noch zusätzlich verstärkt durch Zweifel der Patienten, dass so etwas überhaupt möglich sein würde. Wir haben jetzt, nachdem die Presseberichterstattung darauf aufmerksam gemacht hat, dass Neuaufnahmen in anderen Städten möglich sind, einzelne Anmeldungen und Nachfragen, ob wir weitere Personen aufnehmen können. Und diese kommen von Personen, die wir nach den derzeit geltenden Kriterien auch für geeignet halten. Das heißt, es gibt nach den vielen Jahren ein Vertrauen der Klientel in diese Behandlung. Und sie wissen sehr genau, was sie davon zu erwarten haben und was nicht und dass es sich hier um eine anspruchsvolle Behandlung handelt und es nicht einfach darum geht, sich mit der Droge zu versorgen. Das begrenzt die Zahl derer, die das Angebot in Anspruch nehmen, richtet sich andererseits aber genau an diejenigen, die es brauchen. Die Zahlen sind dabei ähnlich wie in anderen Städten. Wir haben jetzt unter 20 Patienten und Patientinnen, nachdem wir uns angesichts der Kostensituation entschieden haben, erst einmal keine neuen Patienten aufzunehmen. Das kann auf die große Gruppe von etwa 4.000 bis 5.000 Abhängigen keinen wesentlichen Einfluss haben.

Sve **Marlies Bredehorst** (Stadt Köln): Wir haben die gleichen Rekrutierungsschwierigkeiten gehabt. Wir hatten am Anfang ganz starke Probleme, überhaupt genügend Patienten zu bekommen, weil die Auswahlkriterien doch sehr restriktiv sind. Wir haben unser Projekt mit 50 Teilnehmern gestartet, und wir schätzen, dass wir nach den Kriterien, die auch wir für richtig halten, auf eine Zahl kommen werden, die unter 100 liegt, wenn wir realistisch sein wollen, und das bei einer Gesamtzahl von ungefähr 10.000 Heroinabhängigen in Köln.

Es wurde gesagt, die Teilnahme an dem Projekt sei attraktiv, aber das ist überhaupt nicht der Fall, weil wir sehr restriktive Begleitumstände haben, z. B. eine sehr starke Überwachung, auf die sich nicht sehr viele Menschen einlassen. Wenn sie sich aber darauf eingelassen haben, sind sie meist sehr froh, diesen Schritt getan zu haben. Ich möchte das noch einmal betonen: Dies ist wirklich die einzige Möglichkeit, die einzige niedrigschwellige Möglichkeit, die wir Schwerstabhängigen, an die wir mit anderen Mitteln nicht mehr heran kommen, anbieten können.

Mit der Nachbarschaft besteht eine sehr enge Zusammenarbeit. Unsere Heroinambulanz liegt mitten in der Innenstadt, dort, wo auch die Drogenszene beheimatet ist. Wir haben auch eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Polizeidirektion, die uns im Moment drängt, wieder neue Teilnehmer aufzunehmen, weil sie einfach sieht, dass wir Schwerstabhängige versorgen, die in keiner anderen Hilfeinrichtung mehr unterkommen.

Ich möchte noch etwas zu den Hochrechnungen sagen. Wir haben die Erfahrung gemacht – und das wissen wir auch von umliegenden Städten, das wissen wir auch aus Nordrhein-Westfalen –, dass sich die Drogenszene in einigen wenigen Großstädten konzentriert. Das hat aber nicht dazu geführt, dass, als wir dieses Projekt gestartet haben, jetzt aus den umliegenden Städten oder Dörfern Teilnehmer angezogen worden sind. Die waren vielmehr schon da. Die befinden sich einfach in der Großstadt.

Ich möchte auch noch etwas zum Mindestalter von 23 Jahren sagen. In der Regel sind die Heroinabhängigen etwas älter. Auch die 10.000 sind in der Regel älter. Wir haben nicht so viele junge Heroinabhängige. Das macht sich auch in der Studie bemerkbar. Auch da haben wir vornehmlich ältere Heroinabhängige. Bei den jüngeren Menschen haben wir andere Sucht- und Drogenprobleme.

Im Hinblick auf die nachbarschaftliche Integration möchte ich noch einmal betonen, dass uns die Kölner Polizei geradezu drängt, gemeinsam Öffentlichkeitsarbeit für dieses Projekt zu machen, weil sie das als sehr erfolgreich ansieht. Wir haben auch festgestellt, dass über die Hälfte der Patientinnen und Patienten strafrechtlich überhaupt nicht in Erscheinung getreten ist. Das hervorzuheben, denke ich, ist ganz wichtig. Im Übrigen sind es nur ganz wenige Patienten und Patientinnen, die schwere strafrechtliche Delikte begangen haben. Das ist aber, denke ich, bei der Schwerstabhängigkeit normal. Bei vielen anderen haben wir solche leichten strafrechtlichen Delikte wie Beförderungsschleichung. Ganz wichtig ist, dass sie sich von der üblichen Drogenszene, obwohl sie räumlich nicht davon getrennt waren, abgesetzt haben. Es ist mir ganz wichtig zu betonen, dass diese Projekte unsere einzige Möglichkeit sind, diese Menschen in die Obhut der Hilfseinrichtung zu bekommen und mittel- und langfristig mit ihnen weiter zu arbeiten. Das haben wir weitestgehend geschafft, und das sehen wir schon als ganz großen Erfolg an.

**SV Harald Denecken** (Stadt Karlsruhe): Ich kann mich diesen Ausführungen grundsätzlich anschließen. Die Erfahrungen in den verschiedenen Städten decken sich weitgehend. Ich kann aber vielleicht noch ein paar Erfahrungen hinzufügen. Das betrifft zunächst die Verortung der Ambulanz, die befindet sich genau gegenüber dem Bundesgerichtshof. Es gab immer wieder Fragen, auch von Seiten der Presse, wo sich denn die Ambulanz befindet. Sie war den Mitbürgerinnen und Mitbürgern einfach unbekannt. Und ich möchte die Presse ansprechen. Wir hatten in den letzten fünf Jahren eine faire Presse, wenn man von der „Krawallpresse“ absieht. Es gab natürlich Anfragen, wo es denn die „Junkies“ gebe, wo die Schlangen stünden, aber die konnten wir nicht zeigen. Bei einer Zahl von 24 Patienten geht das gar nicht. Wir haben am Anfang eine skeptische Polizei gehabt. Aber jetzt gibt es Aussagen von Polizisten und auch von der Polizeiführung in Karlsruhe, die mir als Bürgermeister den Wunsch mit auf den Weg gegeben haben: „Hoffentlich schaffen Sie es, dass das Projekt weiter geführt wird. Denn wir haben schon wieder Patienten, die sie dringend versorgen müssen.“

Wir haben besondere Probleme mit den russlanddeutschen Jugendlichen, die stehen dort Schlange und müssten dringend versorgt wer-

den. Wir sind deshalb froh, dass wir jetzt zumindest das Modellprojekt weiterführen können.

Zur Akzeptanz auf der politischen Ebene ist folgendes zu sagen: Bisher ist dieses Thema von keiner Fraktion in einem Wahlkampf, weder in einem Kommunal- oder Landtags- noch im Bundestagswahlkampf, angesprochen worden. Das hat es bisher nicht gegeben. Keine Fraktion, kein Abgeordneter, kein Kandidat hat je dieses Thema berührt. Es gab eine entsprechende Absprache in Karlsruhe, an die hat sich jeder gehalten, weil es um die Patienten ging und nicht darum, Krawall zu erzeugen oder Emotionen zu schüren. Es ging auch nicht um Ideologien. Das haben wir bisher durchgehalten. Wir haben sehr gute Ergebnisse mit dem Modellprojekt erzielt und das hat uns, der Stadt Karlsruhe, meine Damen und Herren, bislang 2 Mio. Euro gekostet, bei 24 Patienten bzw. im Moment 13 Patienten. Und das muss ich als Sozialbürgermeister natürlich auch verantworten.

**Sve Monika Holthausen-Lommerzheim**

(Stadt Bonn): Wir hatten in Bonn keine Rekrutierungsschwierigkeiten. Es bestand die Möglichkeit, dass 100 Personen an der Studie teilnehmen, während sich 207 dafür gemeldet hatten. Wir konnten aber nur 100 Personen aufnehmen. Die Einrichtung liegt in einem Wohnumfeld. Es hat während der gesamten Dauer der Studie und auch anschließend keinerlei Missshelligkeiten mit der Nachbarschaft oder sonst in irgendeinem Zusammenhang gegeben. Für uns ist von besonderer Bedeutung, dass die Patienten, die ursprünglich zum größten Teil wohnungslos waren, während der Begleitung zu 100 Prozent in Wohnungen vermittelt werden konnten. Das bedeutet für uns einen großen Erfolg. Darüber hinaus sind 40 Prozent unserer Patienten inzwischen arbeitsfähig. Auch das sehen wir als einen großen Erfolg an.

Wir haben in Bonn eine offene Drogenszene, wie in vielen anderen Städten auch, die sich im Bahnhofsbereich befindet. Und wir haben inzwischen im Zusammenhang mit einem Streetwork-Projekt, das seit einem Jahr existiert, einen sehr genauen Überblick darüber bekommen, welche Personen sich dort aufhalten, weil dieses Projekt gemeinsam mit der Polizei und den Ordnungsbehörden durchgeführt wird. Durch Überprüfungen konnten wir feststellen, dass überhaupt keine Patienten aus der Dismorphinstudie dort auftauchen. Wir gehen

davon aus, dass dieser Personenkreis sich nicht mehr in der offenen Szene aufhält und dort auch keine Kontakte mehr sucht.

Auch wir in Bonn haben enorme finanzielle Mittel für diese Studie aufgewendet, bisher 1,5 Mio. Euro. Wir sind sehr daran interessiert, das Projekt weiter fortzuführen, weil wir glauben, dass es wirklich eine adäquate Behandlung für diesen Personenkreis ermöglicht.

**Abg. Detlef Parr (FDP):** Ich möchte die erste Frage an Frau Claes richten. Könnten Sie noch einmal anschaulich die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse des Modellprojekts darlegen und besonders auf die Frage eingehen, wann heroingestützte Behandlung besonders sinnvoll und kostengünstig ist?

**Sve Christa Claes:** Ich beziehe mich bei meinen Aussagen auf 15.000 Euro pro Jahr und Behandeltem, also auf jene Zahl, die Herr Dr. Egger genannt hat. Diese bezieht sich auf Personen, die durchgängig in der Behandlung geblieben sind. Den Behandlungskosten stehen auch Einsparungen aus gesellschaftlicher Sicht gegenüber. Die ergeben sich zum einen aus anderen Therapieformen. Während sich die Personen in der heroingestützten Therapie befinden, nehmen sie nicht an anderen Therapieformen (z. B. stationäre Entzugsbehandlung) teil und sind auch seltener in stationärer Behandlung. Dadurch ergeben sich Einsparungen in Höhe von etwa 5.700 Euro. Zudem ist ein Rückgang bei der Kriminalität zu verzeichnen, sowohl bei der Beschaffungskriminalität als auch bei der übrigen Kriminalität – wobei jedoch von einer Unterschätzung bei der Gewaltkriminalität auszugehen ist. Hier ergeben sich Einsparungen von über 4.000 Euro.

Ein paradoxes Ergebnis zeigt sich bei den Gerichtsverfahren. Da sich die Personen in einer stabilen Behandlungssituation befinden, haben sie offensichtlich auch Zeit, Verfahren aus den vorangegangenen Jahren aufzuarbeiten. Im Studienjahr gibt es mehr Gerichtsverfahren als im Jahr davor. Das widerspricht den Befunden aus den Niederlanden und der Schweiz. Es lässt sich aber erklären.

Ein weiterer Ausgleich für die Kosten der heroingestützten Behandlung entsteht durch die Vermeidung von Inhaftierungen, und zwar in einer Größenordnung von etwa 2.500 Euro. Das zeigt, dass die Kriminalität sehr stark zurückgegangen ist.

Bei der Erwerbstätigkeit habe ich im ersten Jahr noch keine großen Fortschritte erkennen können. Entsprechende Effekte ergeben sich wahrscheinlich erst im weiteren Verlauf der Behandlung, d. h. erst nach weiterer Stabilisierung des Betroffenen. Aus einigen Städten liegen ja Erkenntnisse vor, wonach Betroffene in die Erwerbstätigkeit zurückkehren. Viele der Betroffenen haben allerdings schlechte Voraussetzungen dafür, etwa wenn sie früh in die Drogenabhängigkeit geraten sind, denn darunter hat meist die schulische oder berufliche Ausbildung gelitten. Diese Personen sind benachteiligt. Man kann auch von einer Selektion sprechen. Je stärker die Selektionskriterien sind, desto stärker wirkt sich das auf die Arbeitsmarktchancen der Patienten aus.

Was steht nun im Ergebnis den Behandlungskosten gegenüber? Insgesamt hat sich die Lebensqualität der Heroingruppe verbessert. Wenn ich den international üblichen Quotienten, welcher allerdings qualitätsbereinigt ist, nämlich Kosten je gewonnenem Lebensjahr, zugrunde lege und wenn ich die Unterschätzung der Kriminalitätskosten und der Kosten von Gerichtsverfahren mit berücksichtige, dann ergibt sich insgesamt ein positives Ergebnis in dem Sinne, dass fast eine Kostenneutralität erreicht wird. Wenn ich Personen betrachte, die die heroingestützte Behandlung abbrechen, so fallen die Ergebnisse besser aus als für die Studienabbrecher in der Methadongruppe. Das hat sich in der klinischen Studie über das Modellprojekt gezeigt. Das heißt, im Vergleich sind Methadonpatienten, die die Therapie abgebrochen haben, eher wieder in das Milieu zurückgefallen, und die Kriminalität ist bei ihnen wieder extrem stark angestiegen.

**Abg. Detlef Parr (FDP):** Frau Dr. Löbmann, wir haben ja über den Rückgang der Delinquenz einiges gehört. Können Sie einmal darstellen, wie Sie in Ihrer Begleitstudie die Daten ermittelt haben und auf welche Faktoren der Rückgang der Delinquenz Ihrer Ansicht nach zurückzuführen ist?

**Sve Dr. Rebecca Löbmann (KFN):** Wir haben einerseits natürlich eine Befragung der Studienteilnehmer durchgeführt. Aber es war uns klar, dass hier Einwände kommen werden, weil man davon ausgehen kann, dass die Teilnehmer daran interessiert sind, sich möglichst positiv darzustellen. Darum haben wir nicht

nur die Eigenangaben, sondern auch Daten der Polizei herangezogen, und zwar in Zusammenarbeit mit den Landeskriminalämtern, wo die Studie stattgefunden hat. In den Bundesländern haben wir uns mit Einwilligung der Teilnehmer die Tatverdächtigen-Daten der Studienteilnehmer geben lassen. In diesen objektiven Daten konnten wir die gleichen Entwicklungstrends feststellen. Durch die Vielfalt der verwendeten Methoden, indem wir zwei verschiedene Datenquellen herangezogen haben, konnten wir die Ergebnisse gegenseitig absichern. Sie haben auch gefragt, durch welche Faktoren der Kriminalitätsrückgang unserer Meinung nach verursacht wird. Das resultiert natürlich schon daraus, dass der Konsum illegalen Straßenheroins in der Heroingruppe nicht mehr notwendig ist. Die bekommen ja das Heroin. Insofern ist auch die Beschaffungskriminalität nicht mehr notwendig. Das erklärt den größten Teil des Rückgangs. Darüber hinaus gibt es aber auch deutliche Anzeichen für zusätzliche Bemühungen der Studienteilnehmer, sich wieder sozial zu integrieren und sich aus der Drogenszene zurückzuziehen. Das haben wir hier auch schon vielfach gehört. Es sind diese beiden Komponenten: Man schafft Entlastung auf der Beschaffungsseite, aber darüber hinaus versuchen auch die Patienten selbst – bedingt durch die psychosoziale Betreuung und die Teilnahme an dem Programm – sich wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Und das ist für die positive Entwicklung mit verantwortlich.

**Abg. Detlef Parr (FDP):** Ich habe eine Frage an den Deutschen Städtetag und an Prof. Haasen. Die Modellversuche haben ja nicht im luftleeren Raum stattgefunden, sondern in der Bevölkerung. Wie ist die Akzeptanz dieser Behandlungsmethode durch die Bevölkerung zu beurteilen? Und speziell an Prof. Haasen die Frage: Wie war das in der Schweiz und in den Niederlanden, denn dort haben wir ja noch viel mehr Erfahrungswerte?

**SV Dr. Manfred Wienand (Deutscher Städtetag):** Aus der Bevölkerung unserer Mitgliedstädte und insbesondere natürlich aus den teilnehmenden Studienstädten haben wir keine negativen Hinweise, dass es eine Resonanz gäbe, die dieses Behandlungskonzept belastet. Das muss man ganz deutlich sagen. Es wurde ja auch von Herrn Denecken aus Karlsruhe darauf hingewiesen, dass man in der Stadtpolitik aktiv für Akzeptanz sorgen muss,

dass man etwa die Presse nicht mit skandalisierenden Nachrichten füttern darf, weil diese dort natürlich ihre Eigengesetzlichkeit entfalten. Daher ist unsere Gesamtbewertung, dass die Bevölkerung dieses Behandlungskonzept zumindest toleriert. Wir unterstützen deswegen ausdrücklich den Appell der teilnehmenden Städte an den Gesetzgeber, hier zu einer gesetzlichen Regelung zu kommen. Als Sozialrechtler möchte ich noch hinzufügen, dass man dann natürlich seine Hausaufgaben machen und ausformulieren muss, wie denn genau die Zugangskriterien aussehen sollen. Aber ich denke, wenn man im Grundsatz bereit ist, sich auf diese Aufgabe einzulassen, dann ist es – auch nach den Beschreibungen der Fachleute hier – machbar, die Zugangskriterien so auszugestalten, dass klar wird, dass es letztlich um eine ultima ratio-Behandlung geht.

**SV Prof. Dr. Christian Haasen (ZIS):** Zur Akzeptanz von Modellprojekten in anderen Ländern ist zu sagen, dass anfangs sowohl in der Schweiz als auch in den Niederlanden eine sehr starke Skepsis vorhanden war. Diese Skepsis hat sich in der Schweiz dadurch reduziert, dass die heroingestützte Behandlung in ein drogenpolitisches Gesamtkonzept eingebettet war, bei dem Repression, Behandlung und Prävention gleichberechtigt nebeneinander standen. Heute ist die heroingestützte Behandlung in der Schweiz eine sehr gut akzeptierte Behandlung. Es hat schon zwei Volksentscheide in der Schweiz gegeben, bei denen diese Behandlung bestätigt wurde. In den Niederlanden ist die Studie damals in einer Zeit durchgeführt worden, in der es einen politischen Umbruch gab, und nach den politischen Veränderungen hat es eine gewisse Zeit gedauert, bis das Modellvorhaben eine entsprechende Akzeptanz gefunden hat. Dort haben aber ebenfalls die Einbettung in ein Gesamtkonzept und die positiven Erfahrungen in Form des Kriminalitätsrückganges dazu geführt, dass die heroingestützte Behandlung dann gesetzlich umgesetzt wurde.

**Abg. Dr. Konrad Schily (FDP):** Meine Frage richtet sich an Prof. Haasen, aber auch an die Bundesärztekammer, an die Stadt Köln und an Herrn Dr. Behrendt. Ich frage mich, ob die Aufnahmekriterien, wie sie jetzt im Entwurf gefasst sind, aus Ihrer Sicht sachlich angemessen sind oder ob sie erweitert werden müssen. Denn sie sind im Grunde ja sehr strikt. Müsste

– und das ist ein Teil meiner Frage – eine Entscheidung über die Aufnahme in ein solches Programm nicht immer zwischen Arzt, psychisch behandelndem Sozialarbeiter und Zentrum fallen? Könnte man das funktionalisieren und könnte man zu einem anderen begrifflichen Einschlusskriterium kommen?

**SV Prof. Dr. Christian Haasen (ZIS):** Zu den Kriterien ist hier ja schon einiges gesagt worden. Bisher ist aber noch nicht erwähnt worden, dass eines der wichtigsten Kriterien für den Einschluss in eine solche Behandlung darin besteht, dass jemand regelmäßig intravenös weiter Heroin konsumiert, das heißt, weiter regelmäßig spritzt. Die beiden Kriterien, ein Alter von 23 Jahren und fünf Jahre Heroinabhängigkeit, sind im Prinzip nicht so entscheidend wie der Punkt, dass jemand regelmäßig konsumiert und erst dann auch die beiden anderen Kriterien erfüllt. Und damit haben wir schon eine sehr starke Eingrenzung derjenigen, die überhaupt in Frage kommen.

Zum zweiten Punkt: Es hat zu Beginn des Modellprojektes bzw. der Studie viele Versuche gegeben, die Frage der schweren psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen zu operationalisieren, was extrem schwierig ist. Wir haben jedoch einen Weg gefunden zu definieren, welche Ausprägung das psychische und körperliche Befinden haben muss, damit diese Kriterien erfüllt sind. Ich muss Ihnen sagen, die Personen, die in die heroingestützte Behandlung bisher einbezogen worden sind, waren alle weitaus schwerer erkrankt, als diese Grenze vorgibt. Sie waren alle schon sehr lange heroinabhängig. Wir sprechen hier von Menschen, die die Hälfte ihres Lebens, nämlich schon etwa 20 Jahre, abhängig und im Durchschnitt 40 Jahre alt waren und die unter schwersten Erkrankungen litten, darunter sowohl Erkrankungen psychischer Natur, etwa schizophrene Psychosen, als auch somatische Erkrankungen wie HIV, Hepatitis C usw. Wir sprechen hier von sehr schwer erkrankten Menschen, und ich glaube, ein wichtiger Punkt ist der, dass es hier nicht um eine Behandlung geht, bei der sich jemand sozusagen einfach in der Apotheke sein Medikament abholt, sondern bei der es auch um die Frage der ärztlichen Indikation geht. Das heißt, der Arzt muss eine entsprechende Indikation stellen, dass derjenige diese Behandlung braucht. Und in diesem Zusammenhang werden wir sehen, dass es kaum einen Ansturm geben kann. Vielmehr wird es eher so sein, dass wir als Ärzte schauen

müssen, wer eigentlich die Patienten sind, die dafür in Frage kommen, weil es ihnen entsprechend schlecht geht. Und wir müssen dann mit den einzelnen Patienten über diese mögliche Behandlung sprechen.

**SV Dr. Christoph von Ascheraden (BÄK):** Sie haben Zahlen gehört von 6.000 bis 80.000 oder mehr. Daran sehen Sie, dass es ein wichtiges Problem ist, ob wir die Indikation stellen können. Zunächst ist die Indikation folgendermaßen: Menschen in langjähriger Abhängigkeit mit schweren begleitenden Erkrankungen, die bisher durch kein anderes System der Suchttherapie erreichbar oder in der Therapie haltbar gewesen sind. Insofern ist es eine Frage, die im Einzelfall an der Indikation entschieden werden muss. Hier ist ärztlicher Sachverstand gefragt. Wir haben aber in der Tat einen Rahmen, an dem wir uns orientieren können. Die Bundesärztekammer hat Richtlinien zur Behandlung der Suchterkrankung und zur Substitution mit Methadon aufgestellt. Diese Richtlinie ist Teil der BtMVV, und selbstverständlich wäre diese Richtlinie dann auch entsprechend neu zu fassen bzw. zu erweitern. Des Weiteren handelt es sich hier um ein System, das auch selbst lernen muss. Wir können heute noch nicht sagen, wie sich das in den nächsten fünf Jahren entwickeln wird. Wir können nur Eines sagen: Die teuerste Behandlung ist keine Behandlung.

**Sve Marlies Bredehorst (Stadt Köln):** Es wird hier gefragt, ob die Kriterien eventuell zu eng angelegt sind. Das glaube ich nicht. Wir müssen natürlich eine gute Abgrenzung zur Methadonsubstitution haben. Das ist unsere nächste Stufe, die wir für die Schwerstabhängigen vorsehen, und das soll auch die Hauptbehandlung sein und bleiben. Die Schwierigkeiten, die wir am Anfang hatten, Menschen für das Modellprojekt zu finden, lagen bestimmt auch daran, dass völlig unbekannt war, wie dieses Projekt funktioniert. Im Hinblick auf die Zukunft, glaube ich, ist es nicht entscheidend, wer unter die Kriterien fällt, sondern wer bereit ist, sich den Reglementierungen zu unterwerfen, die diese Diamorphin gestützte Behandlung mit sich bringt. Man wird ja sehr stark beobachtet, man wird kontrolliert und diszipliniert. Man muss sich ausziehen. Das sind entwürdigende Dinge, die wir natürlich so weit wie möglich menschlich abzufangen versuchen, aber das sind schon sehr

viele Dinge, denen sich ein Drogenabhängiger unterwerfen muss, Dinge, die er normalerweise gerade nicht tun möchte. Aber ich denke, es ist trotzdem gut, dass wir diese Kriterien haben. Wir wollen mit diesen Menschen ja auch etwas erreichen, und wichtig ist dabei, dass das Ganze in ein Gesamtdrogenkonzept eingebettet ist. Und da kann dies wirklich nur die ultima ratio sein und ist es bisher auch gewesen. Wir haben bisher ein Modellprojekt gehabt, in das keine neuen Patienten aufgenommen werden. Wir können daher auch nur von eingeschränkten Erfahrungen berichten. Wenn wir eine „Regelversorgung“ bekommen, bei der es dann auch wieder zu Neuaufnahmen kommt, wodurch das Modellprojekt zu einem ganz normalen, kleinen Teil unserer drogenpolitischen Maßnahmen würde, dann wird man vielleicht später noch einmal genauer überprüfen, ob man die Kriterien anpassen und praxisgerecht weiterentwickeln muss.

**SV Dr. Klaus Behrendt** (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DGS)): Ich möchte darauf verweisen, dass die Rekrutierungsphase in Hamburg z. B. anderthalb Jahre gedauert hat. Wir haben es nicht geschafft, die 460 angestrebten Patienten einzuwerben, und zwar trotz maximaler Anstrengungen und obwohl wir regelmäßig in unseren Ambulanzen in Hamburg über 1000 Patienten in Behandlung haben. Dies nur in Ergänzung zu dem, was Herr Haasen hier schon ausführlich dargestellt hat und dem ich mich ansonsten voll inhaltlich anschließen möchte. Ich möchte auch noch in Ergänzung zu dem, was Herr Ascheraden gesagt hat, deutlich machen, dass ich überhaupt nichts davon halte, irgendwelche Gremien zu bilden, in denen wieder fünf oder sechs Experten sich darüber Gedanken machen, ob irgendjemand aufgenommen wird oder nicht. Genau wie Herr Haasen es gesagt hat: Es ist eine Entscheidung zwischen den Ärzten, die diese Behandlung durchführen, und ich sehe gar keine Gefahr, dass da 20.000 oder 60.000 Leute auf einmal hineindrängen.

**Abg. Monika Knoche** (DIE LINKE.): Ich habe Fragen an Herrn Prof. Gastpar und an Herrn Prof. Scherbaum zu Diamorphin als Medikament. Ich würde Sie bitten, uns zu erläutern, wie die Bedingungen für die Zulassung von Diamorphin aussehen, welche Erfahrungen sie damit gemacht haben und welche Empfehlungen Sie hierzu geben. Des Weiteren:

Handelt es sich bei den bisher durchgeführten Projekten „lediglich“ um eine Arzneimittelstudie? In diesem Zusammenhang gibt es oft die Frage, ob die Qualitätskriterien denen anderer Arzneimittelstudien entsprechen. Ich würde Sie bitten, etwas zu dieser Differenzierung zu sagen und auch zur Wirksamkeitsprüfung. Das ist mir in diesem Zusammenhang, wo es um ein neu einzuführendes Medikament geht, wichtig.

An Herrn Behrendt habe ich die Frage, wie Sie als Suchtmediziner den Umstand beurteilen, dass dieser schwere Grad von Heroinabhängigkeit als ein Krankheitsbild gilt. Normalerweise haben wir bei schweren Krankheitsbildern immer die Auswahl zwischen oder die Kombination von verschiedenen Arzneien, um eine adäquate Versorgung sicher zu stellen. Würden Sie in diesem Zusammenhang auch von einem Behandlungsanspruch der so erkrankten sprechen und hier die Kriterien des state of the art im ärztlichen Behandlungsauftrag anwenden?

An Herrn Gauly habe ich folgende Frage: Es ist ja immer Ziel aller politischen Akteurinnen gewesen und geblieben, diesen Personenkreis auf Abstinenz hin zu orientieren. Haben Sie da Erfahrungen machen können?

**SV Prof. Dr. Markus T. Gastpar** (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)): Die Frage nach der Zulassungsstudie kann einfach beantwortet werden. Sie wurde als randomisierte, kontrollierte Studie geplant und durchgeführt. Damit handelt es sich um eine Studie, die diesen Bedingungen genügt. Dass sie nicht doppelblind durchgeführt wurde, hängt mit dem Studienobjekt zusammen. Man kann eine Injektionsstudie nicht doppelblind durchführen. Eine Einschränkung muss man allerdings machen. Die Studienpopulation entspricht bei weitem nicht der Population bei einer normalen Zulassungsstudie, bei der man immer versucht, möglichst Patienten mit nur einer einzigen Diagnose zu haben, die nicht allzu schwer krank sind, damit das Ganze kontrollierbar bleibt. Hier handelt es sich aber um schwerstkranken Leute, die mehrere Krankheiten gleichzeitig haben und die daher bei einer anderen Studie nie ausgewählt würden. Aber diese Leute waren letztlich das Studienobjekt. Man hat versucht dies zu heilen – und ich denke, mit einem ganz guten Erfolg –, indem man eben nicht nur die Reduktion des illegalen Heroins – die ja das primäre Ziel gewesen ist, das auch erfüllt wurde – sondern indem man

gleichzeitig auch die Besserung der psychischen und körperlichen Verfassung gemessen hat. Und ich denke, zum einen sind die Resultate hier ganz vielversprechend, positiv und zum anderen ist das auch ein Kriterium, das heute absolut im Zentrum steht. Wenn sie etwa an das IQWiG und den Gemeinsamen Bundesausschuss denken, dann sind das die Kriterien, die heute über die Medikamente entscheiden und nicht nur die primäre Wirkung. Und von daher, denke ich, hat die Studie die Zielkriterien erfüllt.

**SV Prof. Dr. Norbert Scherbaum** (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht): Ich möchte mich Prof. Gastpar im Wesentlichen anschließen. Diese Studie hat den üblichen methodischen Kriterien genügt, die sie als Zulassungsstudie erfüllen muss; insbesondere im Hinblick auf das Wirksamkeitskriterium oder den Wirksamkeitsnachweis. Methodisch ist hier ja der wichtigste Punkt, dass man nicht am Ende Ergebnisse schön rechnet, sondern dass man sich im Voraus auf Zielkriterien und Wirksamkeitsspielräume festlegt. Das ist in diesem Fall geschehen, und somit erfüllt die Studie auch die Kriterien.

**SV Dr. Klaus Behrendt** (DGS): Ich weiß nicht, ob ich die Fragen insgesamt erfasst habe, denn es waren mehrere Fragen. Ich muss darauf hinweisen, dass die Zulassung zur Methadonsubstitution folgendermaßen erfolgt: Wenn man nach den üblichen ICD-10-Kriterien eine Heroinabhängigkeit feststellt, dann ist die Indikation zur Substitutionsbehandlung seit 2002 erfreulicher Weise gegeben. Dann haben wir als state of the art diese Behandlung. Bei allem anderen muss man, im Unterschied zu anderen Patienten, die nicht drogenabhängig sind, die Patientenperspektive beachten. Wenn diese Patienten mehrfach krank und nicht nur von Heroin, sondern auch von anderen Drogen abhängig sind und womöglich noch körperliche und psychische Begleiterkrankungen haben, dann wird man eher versuchen, sie im Einzelfall davon zu überzeugen, dass dies die richtige Maßnahme für sie ist; so wie man im Einzelfall einen anderen Patienten davon zu überzeugen versucht, dass eine Entgiftung und eine stationäre Langzeittherapie für ihn die richtige Maßnahme ist. Anders kann ich das leider nicht beantworten.

**SV Martin Gaulty**: Ich bin Sozialarbeiter in der Karlsruher AWO-Ambulanz, dem Karlsruher Zentrum für die heroingestützte Behandlung, also jemand aus der Praxis. Ich wollte zum Thema Abstinenz etwas sagen. Wir arbeiten in unserer Behandlung mit einer Hierarchie von Zielen. Man kann sich das vorstellen wie eine Treppe: ganz oben steht das Ziel der Abstinenz, darunter gibt es viele Teilziele. Das erste Teilziel ist das Überleben, dann folgen die gesundheitliche Verbesserung, die soziale Stabilisierung, vernünftige Wohnverhältnisse usw. Dann geht es weiter mit der Vermittlung in ein Arbeitsverhältnis bzw. darum, überhaupt erst einmal die Arbeitsfähigkeit zu trainieren. Alle unsere Patienten in Karlsruhe sind heute mindestens im mittleren Bereich, d. h., sie führen ein geordnetes Leben, sie werden nicht mehr delinquent und sind arbeitsfähig. Wir haben auch eine ganze Reihe von Patienten, nämlich neun von insgesamt 48, die wir in Karlsruhe in die Studie eingeschlossen haben, in abstinenzorientierte Therapien vermittelt. Davon sind sechs heute noch clean. Das ist eine ausgesprochen gute Rate. Wenn man die Studienzahlen anschaut, kann man sehen, dass der Übergang in die Abstinenztherapie bei der Heroingruppe nicht geringer war als bei der Methadongruppe, d. h. dass wir da gleich gute Ergebnisse erzielt haben. Man muss sich klar machen, dass die Erreichung des Abstinenzziels bei Opiatabhängigkeit immer ein langer, mühsamer Weg ist. Das sehen Sie zum Beispiel auch an der COBRA-Studie, die viel breiter angelegt ist und bei der es nicht eine so große Negativauswahl gab wie bei der Heroinstudie. Da gab es einen Übergang in Abstinenz orientierte Therapien von 7 Prozent. Deswegen muss man das nüchtern sehen.

**Abg. Monika Knoche** (DIE LINKE.): Aus den vorangegangenen Stellungnahmen ergibt sich für mich noch einmal eine Frage, die sich zwischen AOK und Bundesärztekammer entwickelt hat. Da ist – ich hoffe, ich habe es richtig verstanden – so etwas gesagt worden wie: Wenn man einen Leistungsanspruch nach SGB V schaffen würde, dann könnte man keine Therapie flächendeckend sicherstellen, so in etwa. Ich habe noch eine weitere Frage an die Bundesärztekammer: Wenn man ausgewählte Krankheitsbilder in der Bundesrepublik Deutschland behandeln will, dann ist es nach meiner Erinnerung so, dass man sich darum bemüht, Versorgungszentren zu schaffen und eine möglichst hohe Qualität der dort angebo-

tenen Versorgung zu erzielen. Wenn man jetzt die Modelle der Städte anschaut und die Situation in Stadt und Land vergleicht: Wie würden Sie das einschätzen, könnte die Ärzteschaft insgesamt mit ihren stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten eine Sicherstellung garantieren, wenn dies nicht nur geballt in den Städten angeboten würde?

**SV Dr. Christoph von Ascheraden (BÄK):** Das ist eine klassische Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die für diese Frage zuständig ist, für die GKV-Versorgung und die Flächendeckung. Ich kann nur sagen, für mich ist das eine medizinische Maßnahme, die von ärztlicher Seite aus positiv bewertet wird. Wenn wir uns jetzt schon mit den Schwierigkeiten beschäftigen, wie diese auch im letzten Dorf angeboten werden kann, dann werden wir zu keiner sachgerechten Antwort kommen. Deshalb kann ich nur sagen, die Ärzteschaft hat sich mit der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu der medizinischen Qualität positiv geäußert. Und sie hat auch die Bereitschaft erklärt – das habe ich vorhin erwähnt –, über die Erweiterung der Richtlinien der Bundesärztekammer im medizinischen Bereich die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Behandlung stattfindet. Die anderen Fragen – wer das bezahlt, wie die flächendeckende oder auch nur schwerpunktmäßige Sicherstellung stattfindet, wo die Angebote in welchem Umfang zu errichten sind – das sind schwierige Fragen, die grundsätzlich behandelt werden müssen, die aber die Gesichtspunkte, die heute im Vordergrund stehen, nicht entscheidend berühren.

**Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine ersten Fragen richten sich an Frau Dr. Bonorden-Kleij. Sie sind ja Praktikerin, Sie behandeln Patienten in Hamburg. Daher würde ich Sie zunächst gern fragen, wie sich die gesundheitliche Situation Ihrer Patientinnen und Patienten vor Ort nach Beginn der Therapie entwickelt hat und worauf Sie diese Entwicklung zurückführen?

**SVe Dr. Karin Bonorden-Kleij:** Ich komme aus der Hamburger Heroinambulanz. Wir behandeln dort zurzeit noch 70 von ursprünglich 221 in der Diamorphinbehandlung befindlichen Patienten. Die gesundheitliche Verbesserung hat natürlich sehr schnell stattgefunden.

Man muss sich das so vorstellen: Das waren ja Menschen, die von der Straße kamen, verelendet, in einem völlig desolaten körperlichen und psychischen Gesundheitszustand. Die waren abgemagert, die hatten keine Zähne mehr, die hatten Abszesse, Thrombosen, Parasitenbefall der Haut. Ich weiß, wie schnell und wie nachhaltig das unter Methadonsubstitution behandelt werden kann. Ich habe aber auch festgestellt, dass das Ganze bei der Diamorphinbehandlung etwas schneller geht, weil wir durch die Vergabe des Diamorphins die Patienten relativ schnell aus der Drogenszene herausholen können. Das heißt, sie sind nicht mehr gezwungen, jeden Tag in die Szene zu gehen. Das müssten sie unter der Methadonsubstitution auch nicht, sie tun es aber noch eine Weile, und zwar ganz häufig, weil sie in der Regel neben dem Methadon, neben ihrem Straßenheroin auch noch andere Substanzen konsumieren. Den heroinabhängigen Patienten, der nur Heroin nimmt, den gibt es fast gar nicht mehr, weil die Patienten in der Regel viele andere Substanzen, die der Schwarzmarkt so hergibt, mitkonsumieren. Wenn wir ihnen aber ihren Stoff, das Heroin, unter legalen Bedingungen verabreichen, dann holen wir sie aus der Drogenszene heraus, und wir sind dann zudem in der Lage – das sind unsere Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung –, sie auch noch sehr viel schneller vom Beikonsum weg zu bekommen als unter der Methadonsubstitution, weil durch das Heroin bei den Patienten das gewünschte Ereignis, nämlich der kurzfristige Kick, dieses Glücksgefühl, eintritt, das bei der Methadonsubstitution fehlt. Wir haben festgestellt, dass wir in relativ kurzer Zeit die aktuellen körperlichen Beschwerden der Patienten behandeln konnten. Es kam zu einer Gewichtszunahme. Und wir haben über diesen Weg letzten Endes auch den Kopf der Leute dafür frei bekommen, sich wieder auf ihre körperliche oder gesundheitliche Verbesserung zu konzentrieren.

**Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Gleich noch einmal eine weitere Frage an Sie: Ich könnte mir vorstellen, dass das auch einen Einfluss auf die Integration gehabt hat, auf die soziale Integration, auf das Beschäftigungsverhältnis, wenn die Patientinnen und Patienten eine Beschäftigung angefangen haben. Können Sie etwas über die Entwicklung ab dem Beginn der Therapie sagen?

**SVe Dr. Karin Bonorden-Kleij:** Für uns war natürlich als erstes immer wichtig, den Patienten körperlich zu stabilisieren und dann gemeinsam mit der psycho-sozialen Betreuung zu schauen, was die wichtigsten Felder sind, die bearbeitet werden müssen, kurzfristig, mittelfristig und langfristig. Kurzfristig bestand natürlich immer das Ziel, dass jeder Patient leben und wohnen sollte. Das heißt, die meisten der Patienten, die wir aufgenommen haben, waren obdachlos. Jetzt haben wir keine obdachlosen Patienten mehr. Alle wohnen entweder in einer eigenen Wohnung oder in betreuten Wohneinrichtungen. Dann haben wir geschaut, wie die justizielle Situation ist – ob es da noch offene Haftstrafen gibt, was da zu regeln ist, was mit Schulden geregelt werden muss –, damit das erst mal vom Patienten weg ist und er einen etwas freieren Kopf bekommt. Dann wurde geklärt, ob es drogenfreie familiäre Kontakte gibt, was da noch war, worauf man aufbauen, was man wieder reaktivieren könnte oder was neu geschaffen werden müsste. Letzten Endes ist für die Patienten selbst auch wichtig – und das hat mich sehr erstaunt, aber auch sehr zufrieden gemacht –, dass sie irgendwann von selbst kommen und sagen: Ich habe im Grunde genommen alles geregelt, ich möchte jetzt auch wieder arbeiten oder ich möchte meine Schulausbildung zu Ende machen. Wir haben jetzt von unseren 70 Patienten immerhin 48 in Lohn und Brot, nicht immer auf dem ersten Arbeitsmarkt, denn es handelt sich um Menschen, die zum Teil wenig haben, auf das sie aufbauen konnten, aber es sind Menschen, die eine Ausbildung machen, die Schulabschlüsse nachholen. Das finde ich schon gewaltig, wenn man bedenkt, wie kurz der Zeitraum ist, in dem sie sich in der Behandlung befinden. Unser ältester Patient ist vier Jahre und unserer jüngster zweieinhalb Jahre in Behandlung. Ich finde, das sind sehr kurze Zeiträume, auch verglichen beispielsweise mit Patienten in langjähriger Methadonsubstitution. Wobei für mich, das möchte ich auch noch einmal ganz klar sagen, die Methode der ersten Wahl immer die Methadonsubstitution ist. Aber es muss individuell immer sehr genau geprüft werden, was für den Patienten in Frage kommt. Und es kann manchmal sein, dass man einem Patienten nach zwei, drei Jahren Diamorphinbehandlung sagt: „Du bekommst hier mittlerweile nur noch eine homöopathische Dosis. Du hast in deinem Leben so viel geschafft, du brauchst nur noch einmal einen Schups.“ Den würden wir dann auch raus ins Leben schupsen ohne Diamorphin.

**Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Die nächsten Fragen richten sich an Herrn Prof. Dr. Haasen und an die Bundesärztekammer. Der Spitzenverband der Krankenkassen hat in seiner Stellungnahme dargelegt, dass der gesundheitliche Nutzen der Heroinbehandlung gegenüber dem sozialpräventiven und kriminalpräventiven Aspekt in den Hintergrund treten würde. Wie bewerten Sie diese Aussage vor dem Hintergrund der Studienergebnisse zur gesundheitlichen Situation der Patientinnen und Patienten?

**SV Prof. Dr. Christian Haasen (ZIS):** Ich kann nur sagen, die Studie hat gezeigt, dass wir im Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation einen statistisch signifikanten Vorteil gegenüber derjenigen Gruppe hatten, die mit Methadon behandelt wurde. Ich möchte erklären, wie ein solches Ergebnis zu Stande kommt. Es wird häufig gesagt, der Unterschied sei gar nicht besonders groß. Sie müssen bedenken, dass wir eine Methode angewendet haben, bei der diejenigen – beispielweise Methadonpatienten –, die aus der Behandlung ausgeschieden sind, die wir nicht wieder gefunden haben zu einer Nachbefragung, zu einer Nachuntersuchung, automatisch als gesundheitlich verbessert eingestuft wurden, obwohl sie sich wahrscheinlich eher nicht verbessert haben. Das heißt, wir haben einen Studiengriff gemacht, damit klar ist, dass die Ergebnisse nicht geschönt werden können. Das heißt, jeder Patient, der aus der Methadonbehandlung herausgefallen ist und den wir nach einem Jahr nicht wiedergefunden haben, war automatisch jemand, der sich gesundheitlich verbessert hatte und der kein Heroin mehr nahm. Umgekehrt haben wir bei denjenigen, die aus der Heroinbehandlung herausgefallen sind und die wir nicht wiedergefunden haben, automatisch angenommen, dass sie sich gesundheitlich nicht verbessert haben und weiterhin Heroin nehmen. Das heißt, wir haben sozusagen eine worst case-Analyse gemacht. Dies führt dazu – wohl wissend, dass die Abbruchquote in der Methadonbehandlung wesentlich höher war –, dass das Methadonergebnis etwas besser aussieht, als es möglicherweise der Realität entspricht. Das sehen wir auch, wenn wir uns die Ergebnisse für diejenigen anschauen, die in Behandlung geblieben sind. Hier fällt das Ergebnis sogar noch etwas deutlicher zugunsten der diamorphingestützten Behandlung aus.

**SV Dr. Christoph von Ascheraden (BÄK):** Zu der Studie hat Herr Haasen etwas gesagt. Aus unserer Sicht ist die Voraussetzung für eine gesundheitliche Verbesserung, sowohl körperlich als auch seelisch, ein regelmäßiger Kontakt zu einer therapeutischen Einrichtung. Wer diesen Kontakt verliert, der wird sich auch in seiner gesundheitlichen und psychischen Situation sofort verschlechtern. Das ist die Erfahrung aller Suchttherapeuten.

Die zweite Frage, ob es nur bzw. hauptsächlich einen kriminalpräventiven, aber keinen gesundheitlichen Effekt gibt, erinnert mich an die Diskussion über die Einführung der Methadonsubstitution. Diese Frage, ob es hauptsächlich eine gesellschaftlich protektive Wirkung gebe, wurde uns damals auch gestellt. Die Wirklichkeit hat in den letzten fünfzehn Jahren gezeigt, dass eine Verbesserung im gesundheitlichen Bereich mit dem regelmäßigen Kontakt zu einem Arzt, zu einem Therapeuten oder zu einer therapeutischen Einrichtung beginnt. Nur dann können die vielfältigen körperlichen und seelischen Begleiterkrankungen diagnostiziert, von der Suchterkrankung unterschieden und behandelt werden. Oft ist es die Vielzahl der Erkrankungen, die wiederum die Sucht bedingt. Es handelt sich hier um einen Wechselprozess. Nur dann, wenn wir den Patienten die Perspektive geben, in eine Behandlung zu kommen, können wir auch eine Verbesserung ihrer Situation in Angriff nehmen.

**Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich habe eine Frage an Frau Rottmann aus Frankfurt am Main. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass sich der Gesundheitsausschuss des Bundesrates für die Einführung der Diamorphinbehandlung ausgesprochen hat? Und eine Frage zur Lokalpolitik: Wie bewerten denn die Parteien im Frankfurter Römer Ihr Engagement für die Diamorphinbehandlung?

**Sve Manuela Rottmann (Stadt Frankfurt/Main):** Ich möchte mit der zweiten Frage anfangen: Auf der Tribüne sitzen, glaube ich, 12 Vertreter des Gesundheitsausschusses der Stadt Frankfurt am Main von CDU, SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und von der Linkspartei. Wir haben den ersten Antrag auf Diamorphinvergabe in den neunziger Jahren unter meiner Grünen-Vorgängerin Margarete Nimsch gestellt. Die Heroinambulanz wurde von meinem CDU-Vorgänger Nikolaus Burg-

graf eingerichtet, und jetzt kämpfe ich wieder als Grüne dafür, dass wir dieses Programm fortführen können. In Frankfurt gibt es einen parteiübergreifenden Konsens darüber, dass wir diese Behandlungsform in dem breiten Strauß von Maßnahmen, den wir in der Frankfurter Drogenpolitik haben – von der Prävention über die Repression bis hin zum Element der Hilfe –, brauchen. Darin gibt es eine komplette Einigkeit zwischen allen Parteien.

Zu der Frage, wie ich das Abstimmungsverhalten in dem Ausschuss des Bundesrates bewerte: Ich glaube, die Länder sehen, dass die Städte verantwortungsvoll mit dieser Behandlungsform umgehen. Ich kann die Frage, die hier im Raum steht, wie denn der Ansturm sein wird, wenn man diese Behandlung fortführt, für Frankfurt beantworten. Wie Sie vielleicht wissen, haben wir eine Ausnahmegenehmigung erhalten. Wir haben derzeit 52 Patienten in Behandlung, davon sind fünf neu aufgenommen worden. Wir gehen da sehr vorsichtig, Punkt für Punkt und Schritt für Schritt vor und machen keine Massenaufnahmen. Wir haben bei 150 Plätzen, die wir insgesamt genehmigt bekommen haben, momentan 40 Personen auf der Warteliste. Daran sehen Sie, dass wir verantwortungsvoll und vorsichtig damit umgehen und dass auch die Ärzte, die über die Aufnahme in die Behandlung entscheiden, vorsichtig handeln. Ich glaube, dass die Länder, die sehr nahe an den Problemen der Großstädte dran sind, gesehen haben, dass die Großstädte dieses Element in ihrer Drogenpolitik brauchen und dass sie uns deshalb unterstützen. Und darüber freue ich mich sehr.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Tolzin und an Herrn Dr. Bloching vom Klinikum in Stuttgart. Wenn man Sucht als Krankheit definiert, sollte das Fernziel einer Therapie von Abhängigen die Abstinenz sein. Kann dieses Fernziel mit Heroin als Regelversorgung tatsächlich besser als mit anderen Therapien erreicht werden?

An Herrn Dr. Tolzin habe ich noch eine kurze Zusatzfrage. Es wurde gerade gesagt, dass eine Vorbedingung für die Therapie ein regelmäßiger Konsum sein solle. Meine Vorstellung von Abhängigkeit war immer, dass regelmäßiger Konsum das Merkmal von Abhängigkeit ist. Könnten Sie zu diesem Kriterium kurz etwas sagen?

**SV Dr. Christoph J. Tolzin:** Man muss fairer Weise sagen, dass in den vorliegenden Studien, das betrifft sowohl eine Metaanalyse von Ferri aus dem Jahre 2005, die im Oktober 2006 noch einmal auf den neuesten Stand gebracht worden ist, als auch das Bundesmodellprojekt, das primäre Ziel eigentlich nicht die Abstinenz gewesen ist. Insofern kann man auf Grundlage der vorliegenden Untersuchungen dazu wenig sagen. Auch meine Vorredner haben ja schon darauf hingewiesen, dass das Ziel der Abstinenz für relativ wenige Patienten in Frage gekommen ist und dass sich da auch keine wesentlichen Unterschiede zwischen Methadon- und Heroinsubstitution zeigen. Das deckt sich mit den Ergebnissen der Metaanalyse. Insofern muss man sagen, dass man diese Frage so nicht beantworten kann. Es sollte natürlich auch bei der Behandlung von Opiatabhängigkeit das Endziel sein, Abstinenz zu erreichen. Auch das wurde schon gesagt. Aber es ist ein schwieriger Weg, der da gegangen werden muss, das ist klar. Man kann jedenfalls nicht sagen, dass die Heroinsubstitution ein Garant dafür wäre, Abstinenz zu erreichen. Diese Frage ist nicht beantwortet. Auch die Autoren des Modellprojektes wie auch der Metaanalyse sagen, wenn ich das richtig verstanden habe, dass es noch weiterer Forschung bedarf, um hierzu weitere Aussagen zu bekommen. Das deckt sich auch mit den Aussagen meiner Vorredner, die gesagt haben, dies müsse noch über eine längere Zeit hinweg untersucht werden.

Zu der zweiten Frage: Es ist im Jahre 2001 in der Statistik des Fachverbandes Sucht dargestellt worden, dass das Einstiegsalter für Heroin bei 17,3 Jahren liegt. Wir haben also zu einem großen Teil relativ junge Patienten, zumindest vom Einstiegsalter her. Die Heroinabhängigkeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Nutzung der Substanz über einen längeren Zeitraum erfolgt, wenn auch natürlich in sehr unterschiedlicher Intensität. Aber die Frage ist, wie man das überprüfen will. Man muss schon unterstellen, dass ein Heroinabhängiger wahrscheinlich über einen längeren Zeitraum recht regelmäßig Heroin intravenös genutzt hat. Es mag aus unterschiedlichsten Gründen Unterbrechungen in dieser Karriere geben. Wenn die Forderung gestellt wird, dass ein durchgängiger Konsum über zwölf Monate erfolgt sein muss, dann ist auch wieder die Frage, wie man dies überprüfen will. Man darf schon unterstellen, dass bei einem Heroinabhängigen, der älter als 23 Jahre ist, der möglicherweise in seinem jungen Alter schon mehr als fünf Jahre Suchtkarriere hinter sich hat, die Zuführung

der illegalen Substanz zusammen mit anderen Substanzen wahrscheinlich regelmäßig erfolgt ist; eine Überprüfung würde sich aber schwierig gestalten.

Eine letzte Bemerkung noch zu dem Modellprojekt: Zum Beikonsum, zumindest für das Kokain, wurde von den Autoren dargelegt, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen der Methadonsubstituierten und der Heroinsubstituierten nicht sehr groß waren. Eine eindeutige Überlegenheit der Heroinsubstitution bezüglich des Beikonsums lässt sich jedenfalls nicht feststellen.

**SV Dr. Benedikt Bloching** (Klinikum Stuttgart Bürgerhospital): Ich kann mich dem Vorredner anschließen. Ich kann ebenfalls nicht bestätigen oder beweisen, dass Heroin schneller zum Ausstieg oder zur Abstinenz führen würde. Ich denke, die Frage, wie schnell sich jemand in diese Richtung orientiert, hängt davon ab, wie die Qualität der ärztlichen und psychosozialen Betreuung ist. Wir sehen ja, dass diese Substitutionsbehandlung dort gut funktioniert, wo konsequent und mit klaren Regeln ärztlich wie psychosozial gearbeitet wird. Ich denke, man darf die Diskussion nicht nur auf das Mittel lenken, sondern man muss insgesamt die Eingebundenheit in ein Netzwerk sehen. Ohne dieses Netzwerk wirkt auch eine solche Behandlung nicht. Und wir kennen ja auch die Daten zur Abstinenz. Die sind bei Methadon und Heroin in gleichem Maße niedrig.

**Abg. Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an Herrn Prof. Unglaub. Wie beurteilen Sie im Hinblick auf therapeutische Erfolge bei Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellversuchs die Heroinabgabe an Schwerstabhängige im Vergleich zur Methadonsubstitution?

**SV Dr. Paul Rheinberger** (KBV): Man müsste in Bezug auf dem Modellversuch hier noch einmal klarstellen – und das ist bisher nicht erfolgt –, dass die zweite Gruppe, die immer als die Heroingruppe bezeichnet wird, ja gleichzeitig auch Methadon bekommen hat. Ich weiß nicht, ob Ihnen das klar ist. Es ist nicht eine Methadonsubstitution mit einer Heroinsubstitution verglichen worden, sondern eine Substitution mit Methadon mit einer Be-

handlung mit Heroin plus Methadon. Vielleicht lässt das die hier viel zitierten guten Ergebnisse doch in einem etwas anderen Licht erscheinen. Trotzdem bleibt festzuhalten, dass man mit der zweiten Gruppe natürlich Patienten erreicht hat, die sich anderen Hilfsangeboten entzogen haben.

**SV Dr. Willi Unglaub** (Bezirksklinikum Regensburg): Ich glaube, es ist wichtig, zunächst einmal zu erkennen, dass das Heroinprogramm gezeigt hat, dass es durchführbar ist, dass auftretende Probleme, die ja bei der Heroinvergabe doch deutlich größer waren als bei Methadon, bewältigt werden konnten. Ich möchte das Augenmerk jetzt aber auf einen anderen Aspekt richten. Die Methadonvergleichsgruppe konnte, obwohl es noch keine spezialisierte psychosoziale Begleitung gab – und es handelte sich in diesem Programm ebenfalls um schwerkranke Patienten –, zu mehr als der Hälfte in diesem Programm gehalten werden, und bei zwei Dritteln hat sich auch der Gesundheitszustand verbessert. Das sind wichtige Ergebnisse, die, denke ich, auch noch ausbaufähig wären, wenn man erforschen würde, welche speziellen Mittel man für diese Gruppe der Schwerstabhängigen noch bräuchte, um sie besser behandeln zu können. Weiter ist mir wichtig zu sagen: Wenn man das gesamte Versorgungssystem für Heroinabhängige in Deutschland betrachtet, dann sind im Vergleich zu anderen Ländern nur ein Drittel in Substitutionsbehandlung. Aus meiner Sicht müsste das wesentliche Ziel sein, hier einen Gleichstand mit anderen Ländern zu erreichen, nämlich die Methadonversorgung und eine psychosoziale Begleitung in einer effizienten Form für den Großteil der Heroinabhängigen erreichbar zu machen. Insbesondere einige Verbände haben gefordert sicherzustellen, dass die psychosoziale Begleitung auch finanziert wird. Das ist derzeit noch nicht der Fall.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Prof. Havemann-Reinecke, an das Klinikum Stuttgart und an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Gäbe es eine Alternative zur Einführung der Heroinsubstitution als Regelversorgung, die es ermöglichte, existierende Angebote fortzuführen und gleichzeitig weitere Erkenntnisse über die Heroinsubstitution in Form einer Studie zu gewinnen? Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden ja u. a. deshalb in Frage gestellt, weil es sich um

keine Doppelblindstudie handelt. Ist ein anderes Studiendesign besser geeignet, um weitere Erkenntnisse zu gewinnen und Vergleichsmöglichkeiten im Hinblick auf Abstinenz zu erhalten? Es wurde gerade gesagt, dass dies im Grunde kein großes Thema in der Studie gewesen ist. Gibt es darüber hinaus Erkenntnisse, warum in den Zentren in Deutschland und auch in den Städten sehr unterschiedliche Ergebnisse im Hinblick auf die Wirkungsweise von Diamorphin und die mögliche Überlegenheit im Vergleich zu Methadon zu Stande gekommen sind?

**Sve Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke**: Ich möchte noch einmal eingehen auf Ihre Frage nach dem Vergleich zwischen Methadon und Heroin. Ich möchte dazu Stellung nehmen zum einen aus meiner klinischen Sicht sowie auf der Grundlage der Erkenntnisse der Studie und zum andern auf der Grundlage der evidenzbasierten Studienlage. Meine Beurteilung aus der klinischen Sicht und auch aus der Sicht der Studie ist, dass die Substitutionstherapie mit Diamorphin, wenn sie in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet ist, eine ergänzende Therapieoption für eine kleine Anzahl von schwerstabhängigen Patienten darstellt, um diese überhaupt in eine Therapie zu führen. Denn es ist letztlich auch für uns in der Suchtmedizin das große Problem, die Schwerstabhängigen überhaupt in eine Therapie zu bekommen. Wenn man sich die Datenlage in der evidenzbasierten Suchtmedizin ansieht – es wurde ja eben bereits die Cochrane-Metaanalyse, ich denke, Sie meinten die Studie von Ferri, zitiert – ist es in der Tat so, dass sich die Autoren auch in der letzten Analyse von 2007 noch nicht dazu durchringen konnten, einen Unterschied zwischen den methadonsubstituierten und den mit Diamorphin behandelten Patienten zu konstatieren. Sie konnten noch keine Schlussfolgerung bezüglich der Effektivität der Heroinsubstitution ziehen. Die Studien, die positive Ergebnisse für die Heroinverschreibung ergeben haben, sind nach Ansicht der Autoren in solchen Ländern durchgeführt worden, in denen eine Methadonbehandlung mit effektiven Dosen leicht verfügbar ist. In diesen Studien wurde das Heroin an Patienten gegeben, die nicht erfolgreich mit Methadon hatten behandelt werden können.

Jetzt muss man etwas zum Hintergrund dieser Cochrane-Metaanalysen sagen. Es sind sicherlich Analysen, die international zurzeit als die

methodisch besten Analysen von klinischen Studien mit höchstem Evidenzgrad gelten. Das heißt, die Studien, die in diese Analysen aufgenommen werden, müssen einem hohen methodischen Standard entsprechen. Von zwanzig Studien, die avisiert waren, in diese Analyse zu gelangen, entsprachen nur vier dem methodischen Standard. Das waren eine Londoner, die Schweizer und die zwei holländischen Studien. Die deutsche Studie von Herrn Prof. Haasen konnte nicht mit aufgenommen werden, weil das einfach zeitlich nicht möglich war. Die Autoren haben aber ganz klar die Bereitschaft gezeigt, auch diese und noch fünf weitere Studien in die nächste Cochrane-Analyse mit aufzunehmen. Aber zumindest das sollte man festhalten: Nach dem derzeitigen Stand der evidenzbasierten Suchtmedizin kann man im Hinblick auf die Zielkriterien Beikonsum und Abstinenz noch keinen Unterschied zwischen der Methadonsubstitution und der Heroinsubstitution erkennen, einfach weil die Studien methodisch alle sehr unterschiedlich angelegt sind. Das ist ein methodisches Problem.

**SV Dr. Benedikt Bloching** (Klinikum Stuttgart Bürgerhospital) Das waren jetzt mehrere Fragen. Einmal haben Sie die Kritik hinsichtlich der Doppelverblindung der Studie angesprochen. Das ist vorhin schon einmal diskutiert worden. Es liegt einfach in der Natur der Sache, dass man hier keine Doppelblindgestaltung vornehmen kann, weil beide Substanzen bekannt sind. Die haben unterschiedliche Wirkungen oder wirken unterschiedlich lange, und sie haben auch unterschiedliche psychische Effekte. Von daher hätte man im Grunde überlegen können, ob man das Methadon ebenso wie das Heroin intravenös gibt, was nicht ganz einfach gewesen wäre. Oder man hätte auch ein anderes Opioid testen können, weil eben ein Teil der Leute allein auf das intravenöse anspricht. Ich kenne ganze Gruppen von Patienten, die sich Psychopharmaka, Neuroleptika oder selbst Alkohol spritzen, obwohl da kein Heroineffekt gegeben ist und die sagen, es nützt allein dieses Ritual. Das macht schon im Kopf einen Kick. Ich denke, dass da wohl auch ein solcher Effekt bei der Heroinbewertung oder der Selbstbewertung der Patienten mit auftritt. Aber wir wissen bislang nicht, wie das Methadon wirkt, und wir wissen auch nicht, wie das Heroin wirkt. Wir wissen nur, dass es gewisse Effekte erzeugt. Wie die genau zustande kommen, können wir jedoch nicht sagen.

Die Frage, ob es eine Alternative zur Heroinsubstitution gibt, ist nicht einfach zu beantworten. Vielleicht wäre erst einmal zu überlegen, ob man diese Behandlungsangebote noch weiter differenzieren müsste. Ich denke, da besteht bestimmt noch ein Nacharbeitungsbedarf. Wir sehen ja auch hier in Stuttgart, wenn wir mehrere Substitutionspraxen miteinander vergleichen, dass da unterschiedliche Effekte bei der Methadonsubstitution zustande kommen. Die hängen oft mit der Qualität der ärztlichen psychosozialen und psychotherapeutischen Mitbegleitung zusammen. Es gibt Praxen, die sich ein Standardprogramm mit gewissen Anforderungen zugelegt haben und die oft Patienten, die in anderen Praxen schlechter liefen, durch die Methadonsubstitution zu einem besseren psychischen und auch körperlichen Gesundheitszustand verholfen haben. Vielleicht müsste man das als eine Teila Alternative mal diskutieren. Es ist noch nicht geklärt, warum die bisherigen Standardprogramme nicht besser gegriffen haben. Man hat auch nicht genau geschaut, warum sie nicht besser greifen. Ich denke, diese Frage müsste man sich stellen, weil allein das Mittel für sich genommen wenig bewirkt. Dadurch kommt keiner wieder in die Gesellschaft zurück, kommt keiner in Arbeit, wird keiner gesund.

**SV Dr. Bernhard Egger** (AOK-BV): Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen gibt die vorliegende Studie zwar einige Hinweise darauf, dass die Heroinsubstitution für eine bestimmte Gruppe von Patienten sinnvoll sein kann, die Ergebnisse sind aber nicht so eindeutig und auch nicht so einfach in die Realität der Versorgung zu übersetzen, dass es gerechtfertigt erscheint, die Heroinsubstitution in die Regelversorgung zu überführen. Wir befürchten zum einen, dass auf Basis des vorliegenden Gesetzentwurfs die Qualitätsstandards, die in den laufenden Modellversuchen eingehalten wurden, so nicht in der Regelversorgung umgesetzt werden können. Und wir befürchten zum anderen, dass es durch die weite Definition der Zugangskriterien zu einer deutlichen Ausweitung kommen wird. Wir haben dann aber die Situation, dass wir nicht mehr sagen können, wie jetzt bei den Modellversuchen oder wie es die Schweiz seit vielen Jahren macht, dass wir pro Jahr eine definierte Zahl von Patienten mit Heroin behandeln. Das wäre rechtlich nicht möglich, wenn es einen Leistungsanspruch auf die Behandlung gemäß SGB V gibt, und zwar mit allen Konsequenzen

für die Fläche. Die Spitzenverbände sprechen sich nicht dagegen aus, dass die Modellversuche, so wie sie jetzt laufen, fortgeführt werden. Und es wäre zu wünschen, dass sie im Verlauf von einigen Jahren zusätzliche Erkenntnisse vor allem zu zwei Punkten sammeln: Erstens zu der Frage, ob man die Eingangskriterien dafür, wer wirklich von der Heroinsubstitution profitiert, anhand einer Kohortenstudie noch näher eingrenzen und konkretisieren kann. Das wäre der erste, aus unserer Sicht sehr wichtige Punkt. Zweitens wäre die Frage zu klären, wie die Ergebnisse im Hinblick auf Langzeitverläufe und Abstinenz ausfallen.

Abg. **Johannes Jung** (SPD): Ich habe zunächst zwei Fragen zu dem interessanten Thema Abstinenz und möchte diese an Frau Dr. Bonorden-Kleij und an Herrn Gaulty stellen. Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrem Wirkungsbereich mit dem Thema Abstinenz gemacht? Zweitens: Wie wäre Ihre Prognose hinsichtlich der Abstinenz, falls die Diamorphin gestützte Behandlung in die Regelversorgung übernommen würde? Die dritte Frage richtet sich an Herrn Gaulty. Die Karlsruher Ambulanz hat ihr Angebot gezielt ausgeweitet und behandelt auch schwierige Patienten mit Methadon. Dennoch haben Sie eine Ausnahmegenehmigung für die Diamorphin gestützte Behandlung beantragt und dies auch für neue Patienten. Meine Frage wäre, was die Beweggründe hierfür waren?

SVe **Dr. Karin Bonorden-Kleij**: In der Diamorphinbehandlung befinden sich ja Patienten, die es mit der Methadonbehandlung nicht geschafft haben, abstinent bzw. noch nicht einmal ansatzweise abstinent zu werden. Deswegen sind sie ja in die Diamorphinbehandlung gekommen. Ich stelle einfach fest, es braucht seine Zeit. Die Menschen müssen erst einmal ihre körperliche und psychische Gesundheit wieder erlangen, um den Kopf frei zu haben, und sie müssen ihr Leben wieder neu ordnen. Das, denke ich, sind schon ganz wichtige Schritte in Richtung Abstinenz. Wir haben Menschen, die sind aus der Diamorphinbehandlung in Entwöhnungstherapien gegangen. Wir wissen auch, dass sie mittlerweile abstinent leben. Und die, die wir noch im Programm haben, sind auf einem guten Weg dahin. Ich habe vorhin schon erwähnt, es gibt da auch Patienten, die zum Teil Dosierungen haben, von denen man einfach sagen muss, dass

die nicht mehr richtig pharmakologisch wirken können. Das ist nur noch eine letzte Stütze, das letzte Stück Weges, um es in die endgültige Abstinenz zu schaffen, wobei „endgültig“ bei Süchtigen natürlich immer mit einem Vorbehalt zu versehen ist.

Zu Ihrer zweiten Frage muss ich erst einmal sagen, ich glaube auch nicht, dass es zu einem großen Ansturm kommen wird. Wir in Hamburg führen – und das ist auch im Drogenhilfesystem bekannt – Listen, für die sich Leute, die nicht in dieses Programm gekommen sind, melden können. Diese Liste ist kurz. Das ist erst einmal eine Beruhigung. Es ist letzten Endes für die Abhängigen auch nicht attraktiv, in ein solches Programm zu kommen, weil es hohe Anforderungen stellt. Stellen Sie sich vor, Sie müssten jeden Tag zwei bis dreimal in eine Ambulanz kommen, um dort einen Suchstoff zu erhalten und sich bestimmten Regularien zu unterwerfen. Daher ist diese Therapie nicht attraktiv. Wenn sie zur Regelversorgung würde, glaube ich nicht, dass es in Hamburg wesentlich mehr als 150 bis 200 Patienten wären, die sich für ein solches Programm interessieren würden, weil die Aufnahme ja auch abhängig ist vom intravenösen Konsum des Heroins. Andere Patienten dürfte man gar nicht aufnehmen. Ich glaube, dass diese Patienten – weil es ja gerade die sind, die mit den bisherigen Therapien nicht klar gekommen sind –, über diesen Weg eine gute Chance hätten, in die Abstinenz zu gelangen. Das dauert bei manchen aber drei, vier, fünf, sechs Jahre. Da muss man dann individuell sehen, in welchem Zeitraum und unter welchen Bedingungen die Abstinenz erreicht werden kann.

SV **Martin Gaulty**: Die Alternative ist ja nicht heroingestützte Behandlung oder Abstinenz, sondern die Alternative ist heroingestützte Behandlung oder Verelendung, Krankheit und Tod. Die Patienten, die wir in die Studie aufgenommen haben, waren alle sehr entmutigt, sie hatten sich aufgegeben, sie hatten alle schon viele Versuche unternommen, sich von der Sucht zu befreien. Sie waren 15, 20 oder 30 Jahre abhängig. Unser ältester Patient ist jetzt 59 Jahre alt. Diese Patienten waren am Ende, und durch die heroingestützte Behandlung haben sie erst einmal Kraft gefunden, wieder an sich zu arbeiten, Schritte voranzugehen und sehr erfolgreich daran zu gehen, ihr Leben zu ordnen. Es haben auch einige tatsächlich das Ziel der Abstinenz erreicht, worüber wir sehr froh und worauf wir stolz sind

und womit auch die Patienten sehr zufrieden sind. Aber hätten wir die Möglichkeit zur heroingestützten Behandlung nicht gehabt, dann hätten wir diese Patienten gar nicht erreicht. Sie wären auf der Straße geblieben. Wir hätten nicht mit ihnen arbeiten können. Und hier liegt der entscheidende Vorteil der heroingestützten Behandlung: Wir können mit Patienten arbeiten, die sonst dem Elend der Drogenszene überlassen blieben.

Des Weiteren ist es so, dass unsere Ambulanz 2002 als Zentrum für die Heroinstudie gegründet wurde. Wir haben aber schon 2004 zusätzlich eine Substitutionsambulanz in unsere Einrichtung aufgenommen. Die Patienten kommen zu unterschiedlichen Zeiten zu den Vergaben, sie nehmen aber am therapeutischen Begleitprogramm größtenteils gemeinsam teil, d. h. an der Gruppentherapie oder der Arbeitstherapie. Es hat sich gezeigt, dass es da überhaupt keine Probleme gibt. Es ist keinesfalls so, dass die Substitutionspatienten alle danach gieren würden, in die heroingestützte Behandlung zu kommen. Wir dürfen neue Patienten aufnehmen, und wir haben eine Erlaubnis, bis zu 30 Patienten zu behandeln. Wir haben im Moment 13 Patienten in der Studie, wir werden im Oktober anfangen. Von unseren 50 Substitutionspatienten sind es drei, die selbst in die heroingestützte Behandlung wechseln wollen, und bei denen halten wir das auch für sinnvoll. Die Sorge, dass sich ein großer Ansturm entwickelt, muss man sich wirklich nicht machen. Das ist auch die Erfahrung in der Schweiz. Etwa sieben Prozent der Heroinabhängigen brauchen diese Hilfeform. Wir gehen in Karlsruhe von 800 Heroinabhängigen aus. Wir haben jetzt eine Erlaubnis für 30 Patienten beantragt und auch bekommen, die wir heroingestützt behandeln dürfen. Und wir sind fest davon überzeugt, dass diese Zahl ausreicht. Es wurde hier schon mehrfach erwähnt, dass wir von den Patienten bei der Heroinbehandlung sehr viel Mitarbeit bzw. compliance fordern. Unsere Substitutionspatienten sind eigentlich stolz darauf sagen zu können: „Wir haben das nicht nötig, ich bin froh, dass ich nicht in die Heroinbehandlung muss, ich bin schon weiter, ich habe schon eine bessere Entwicklung genommen, ich brauche das nicht.“ So sehen das unsere Substitutionspatienten. Es sind nur drei, die jetzt warten, dass wir sie im Oktober aufnehmen.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe noch einmal eine Frage zum Beikonsum und

möchte Herrn Dr. Behrendt fragen, wie sich der Beikonsum entwickelt hat, vor allem auch im Bereich des Alkohols. Es ist ja vorhin schon angesprochen worden, dass die Szene nicht mehr aufgesucht wird. Vielleicht können Sie etwas zum Alkoholkonsum sagen.

SV **Dr. Klaus Behrendt** (DGS): Der Alkoholkonsum hat in der Heroinstudie deutlich nachgelassen. Er ist deutlich zurückgegangen. Das kann man dazu sagen.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Haasen. Teilweise wird ja von einer Kostenexplosion gesprochen. Stimmen Sie dem zu? Und wie ist Ihrer Einschätzung nach die Kostenentwicklung, die auf uns zu käme? Wird bei den Diskussionen auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis berücksichtigt? Da fehlt mir manchmal ein Stück an Bewertung. Daher würde ich Sie darum bitten, uns darüber Auskunft zu geben, wie Sie dieses Verhältnis von Kosten und Nutzen einschätzen.

SV **Prof. Dr. Christian Haasen** (ZIS): Ich bin sicherlich kein Experte, was die Kosten angeht, aber es ist klar, dass die Diamorphinbehandlung teurer ist als eine andere Behandlung, z. B. eine Methadonbehandlung. Die Kosten-Nutzen-Analysen, die vorliegen, sowohl die aus Deutschland als auch die aus den Niederlanden und der Schweiz, haben gezeigt, dass die Diamorphinbehandlung, sofern die anderen Aspekte mit berücksichtigt werden, eine nützliche Behandlungsform sein kann. Ich glaube, entscheidend ist eher die Frage, wer die Kosten tragen soll. Und da gibt es eine sehr gute Erfahrung aus der Schweiz. In der Schweiz, wo diese Behandlungsform schon am längsten praktiziert wird, werden die Kosten aufgeteilt zwischen den Krankenkassen und den Kommunen. Die Krankenkassen sind beteiligt, weil sie durch diese Behandlungsform Krankheitskosten sparen und die Kommunen, weil es eine Einsparung von gesellschaftlichen Kosten gibt, nämlich durch die Reduktion der Kriminalität. Es ist meiner Ansicht nach eine sinnvolle Herangehensweise, die Kosten nicht nur den Krankenkassen anzulasten, sondern hier eine Teilung vorzunehmen. Insofern sollte man, wenn es um die Details der Kostenübernahme geht, überlegen, ob nicht ein solcher Weg auch in Deutschland gegangen werden könnte.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe noch zwei Fragen und möchte diese an Frau Dr. Bonorden-Kleij stellen. Ich würde gern zum einen wissen, wie Sie die Risiken der Methadontherapie im Vergleich zur Diamorphinvergabe beurteilen und zum anderen, ob Sie die Einschätzung teilen, dass man mit einer optimierten Methadontherapie ähnliche Erfolge wie mit der Heroinvergabe erzielen könnte.

SVe **Dr. Karin Bonorden-Kleij**: Zu den Risiken der Diamorphinvergabe: Dazu gab es Vorgaben, aber wir haben das in jedem Zentrum anders und doch irgendwie auch wieder ähnlich gemacht. Wir haben natürlich darauf geachtet, dass die Patienten möglichst keine Notfälle produzieren. Das heißt, man musste immer sehr genau auf den Beikonsum achten. Wir haben im Rahmen der Studie – im Übrigen genauso wie bei der Methadonsubstitution – darauf geachtet, dass die Patienten den Konsum anderer Substanzen in möglichst kurzer Zeit beenden. Das ist individuell unterschiedlich, aber es gibt regelmäßige Urinkontrollen, und das Thema wird natürlich auch immer wieder im Gespräch mit dem Patienten problematisiert. Wenn man darauf achtet, dass der Beikonsum möglichst schnell gedrosselt wird, insbesondere der Konsum von Benzodiazepin, also von Schlaftabletten und von Alkohol, dann ist das bei der Diamorphinvergabe praktisch kein Thema mehr. Dies gilt insbesondere für Alkohol, weil die Patienten in der Regel vor der Vergabe einen Atemalkoholtest absolvieren müssen, bei dem der Alkohol auf Null sein muss. Wenn man auf diesen Beikonsum achtet, gibt es in der Regel bei der Diamorphinvergabe keine Probleme mehr. Patienten, die beispielsweise zu epileptischen Anfällen neigen, wird man bei den Vergaben besonders beobachten oder mit ihnen bestimmte Untersuchungen machen, etwa hinsichtlich der Sauerstoffsättigung des Blutes, und man wird die Dosis möglichst nicht hoch ansetzen oder fraktioniert geben. Das sind alles Dinge, die man relativ gut regeln kann. Wir in Hamburg erheben zum Beispiel vor und nach jeder Vergabe einen so genannten vigilance score, d. h. wir beurteilen die Wachheit oder den Schläfrigkeitzzustand des Patienten und passen daran die jeweilige Dosis an. Da die Patienten zwei bis dreimal am Tag kommen, kann man das im Grunde genommen auch sofort tun.

Zum Risiko epileptischer Anfälle: Bei der Methadonsubstitution es ja so: Sie haben den Patienten, der trinkt sein Methadon und dann geht

er. Das heißt, es findet wahrscheinlich draußen vieles statt, was man gar nicht weiß und was einem hinterher auch nicht erzählt wird. Das ist einfach das Gute an der Diamorphinbehandlung, dass man das, weil der Patient ja eine bestimmte Zeit in der Ambulanz bleiben muss, dann auffangen und regeln kann.

Zu der zweiten Frage, ob man diese Resultate auch mit einer optimierten Methadontherapie erzielen könnte: Ja, das kann man bestimmt, das wird ja auch gemacht, aber dabei handelt es sich um Patienten, die von der Methadonsubstitution oder der Substitutionsbehandlung mit anderen Substanzen so profitiert haben, dass sie für eine Diamorphinbehandlung nicht mehr in Frage kommen. Natürlich, auch die Methadonsubstitution hat gute Erfolge, und ich würde jedem Patienten das als erstes einmal anbieten, wenn er den Wunsch äußert, sich in die Abstinenz begeben zu wollen und das mit einer Substitutionstherapie beginnen möchte.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Mein Kollege Spahn meinte, dass die Ergebnisse der Studien nicht ausreichend seien, um damit die Einführung einer Regelversorgung zu rechtfertigen. Ich stelle dazu eine Frage an den Bürgermeister von Karlsruhe: Wie ist Ihre Stellungnahme dazu? Ist die Studie ausreichend? Können Sie mit dieser Studie leben oder sind auch Sie der Meinung, dass man noch weitere Studien durchführen sollte?

SV **Harald Denecken** (Stadt Karlsruhe): Ich habe mir eben schon bei dem Beitrag der Kassenärztlichen Vereinigung die Frage gestellt, wer denn letztlich bezahlt. Als Kommune haben wir schon zwei Millionen auf den Tisch gelegt. Ich habe hier die Gemeinderatsvorlage für die nächsten zwei Jahre, jedes Jahr zahlen wir 236.000 Euro, das muss ich als Sozialbürgermeister gegenüber anderen Ausgaben verantworten. Deshalb kommt von den Kommunen der eindringliche Wunsch: Bitte lasst uns die Kosten teilen. Das wurde hier ja gerade schon erwähnt. Leider wurde dazu nichts vom Land gesagt. Wir sind ja von Seiten der Kommunen bereit, uns zu beteiligen. Ich denke, im psychosozialen Bereich sind wir präsent, da werden wir mit unseren guten Sozialarbeiten, die Erfahrungen haben, alles tun, was möglich ist. Aber diese Patienten sind krank, deshalb brauchen wir Unterstützung, Hilfe und gesetzliche Sicherheit. Meine Gemeinderäte haben bisher zu 100 Prozent zugestimmt, aber jetzt

muss endlich etwas entschieden werden und zwar hier im Bundestag.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Danke, mit diesem Appell beenden wir die Anhörung. Ich danke Ihnen für Ihre

Ratschläge, ich danke auch denjenigen, die heute nicht befragt worden sind, für ihr Kommen.

Ende der Sitzung: 16.00 Uhr.