



Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Sekretariat PA 14
Herrn Michael Thiedemann
Per Email:
michael.thiedemann@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0431(3.2)
gel. VB zur öAnhörnung am 05.06.
13_Substitution
05.06.2013

Vorstand
PD Dr. Markus Backmund (1. Vorsitzender)
Dr. Gabriele Jungbluth (stellv. Vorsitzende,
Schatzmeisterin)
Dr. Albrecht Ulmer (stellv. Vorsitzender)
Hans-Günter Meyer-Thompson (Schriftführer)
Dr. Klaus Behrendt
Dr. Konrad Isernhagen
PD Dr. Ulrich Preuß
Dr. Tobias Rüter
Stephan Walcher

DGS e.V.
c/o Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
Martinstr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: +49 40 741054221
Email: info@dgsuchtmedizin.de
Home: www.dgsuchtmedizin.de

den 4.6.2013

Sehr geehrter Herr Thiedemann,

zur morgigen öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages zum Antrag der Fraktion der SPD „Überlebenshilfe in der Drogenpolitik - Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug gewährleisten“ (BT-Drs. 17/12181)

und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Abhängigen helfen- Substitutionstherapie erleichtern“ (BT-Drs. 17/12825)

und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken“ (BT-Drs. 17/13230)

sende ich Ihnen eine weitere Stellungnahme der DGS – Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin zu mit dem Titel „25 Jahre Substitutionsbehandlung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme“.

Bitte leiten Sie diese an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung weiter wie zuvor die Änderungsvorschläge zur Novellierung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) „Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen!“

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr.med. Markus Backmund
München
Markus.Backmund@p-i-t.info

25 Jahre Substitutionsbehandlung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Veröffentlicht anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages zur Substitutionsbehandlung am 5. Juni 2013 in Berlin, der Frühjahrskonferenz der Länderjustizminister am 12. und 13. Juni 2013 in Perl-Nennig und der 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 26. und 27. Juni 2013 in Potsdam

Vor 25 Jahren, am 1.3.1988, erhielten in Nordrhein-Westfalen die ersten Heroinabhängigen in Deutschland legal Levomethadon (Polamidon®) zur Behandlung ihrer Erkrankung. Seitdem ist die anfangs umstrittene Therapie mit einem Ersatzmittel für Heroin zur Behandlung der ersten Wahl geworden.

Zeit für eine Bestandsaufnahme.

Die lichte Seite der Substitutionsbehandlung

Nach einem Vierteljahrhundert Substitutionsbehandlung in Deutschland sind die Ergebnisse und Erfolge so offenkundig wie in allen Ländern, in denen mit dem Aufkommen der HIV-Epidemie die Verschreibung von Opiaten bzw. Opioiden zur Behandlung der ersten Wahl bei Opioidabhängigkeit wurden (Anm.: im folgenden benutzen wir den international üblichen Ausdruck Opioid für die beschriebenen illegalen und legalen Substanzen). Die Grundlagen sind weltweit gleich: Die Erkrankung fordert einen „hochspezifischen Behandlungsbedarf“, die Patienten sind „multimorbid chronisch krank“ und „stabile Abstinenz (Opioidfreiheit) ist im langfristigen Verlauf ein seltenes Phänomen (<4%) und mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) assoziiert.“ (Wittchen, 2011)

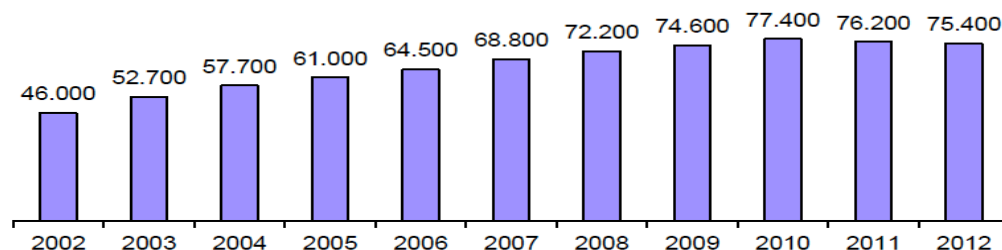
Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte PREMOS-Studie über Substitution in Deutschland im Langzeitverlauf, aus der diese Zitate stammen, hat 1624 Patienten über sechs Jahre begleitet und kam 2011 zu dem Ergebnis: „Die langfristige Substitutionstherapie ist effektiv; die prioritären Substitutionsziele (z.B. Haltequote, Sicherung des Überlebens, Reduktion von Drogenkonsum, Stabilisierung (...), gesellschaftliche Teilhabe) werden insgesamt erreicht.“

Wie aber steht es um die Substitutionsbehandlung in Deutschland im Detail?

Behandlungsquote über 50 Prozent

Deutschland hat im Vergleich mit der Schweiz, den Niederlanden und auch mit Österreich später angefangen, die Substitutionsbehandlung zu fördern. Erst einmal in Gang gekommen, hat die Zahl der Patienten allerdings enorm zugenommen und erreicht heutzutage über 50 Prozent der Opioidabhängigen:

Abbildung 1:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2012
(jeweils Stichtag 01. Juli)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abb. 1: Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2013

Die Altersverteilung in Behandlungszentren wie in Praxen zeigt, dass kaum jüngere Menschen neu in die Opioidabhängigkeit geraten, dass der Altersdurchschnitt stetig steigt und wie in anderen europäischen Ländern mit etablierter Substitutionsbehandlung mittlerweile bei Ende 30 bis Anfang 40 liegt.

Stetig sinkende Zahl der Drogentoten

Anfang der 1990er Jahre, vor der Zulassung der Substitutionsbehandlung, und noch einmal 2000, vor der Änderung der Zugangsbedingungen für die Substitutionsbehandlung, lag die Zahl der Drogentoten pro Jahr bei über 2000; seitdem ist sie kontinuierlich gesunken:

Rauschgifttote nach Bundesländern und einigen großen Städten (Falldatei Rauschgift)

*BLZ: Belastungszahl=Anzahl von Drogentoten pro 100.00 Einwohner

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	BLZ* 2012
Deutschland Gesamt	1.477	1.385	1.326	1.296	1.394	1.449	1.331	1.237	986	944	1,2
Bundesland											
Baden-Württemberg	176	174	156	159	155	192	133	168	139	127	1,2
Bayern	230	224	197	191	242	247	250	262	177	213	1,7
Berlin	165	192	195	173	158	152	155	124	114	113	3,2
Brandenburg	8	8	5	6	12	7	9	3	2	2	0,1
Bremen	70	62	42	40	38	31	28	23	17	15	2,3
Hamburg	64	60	61	55	59	58	65	53	57	49	2,7
Hessen	109	126	103	95	120	118	110	108	90	77	1,3
Mecklenburg-Vorpommern	1	3	2	5	3	9	4	8	5	5	0,3
Niedersachsen	130	100	80	75	74	94	82	65	52	56	0,7
Nordrhein-Westfalen	391	324	350	350	374	380	344	289	216	204	1,1
Rheinland-Pfalz	57	36	53	77	60	57	60	43	41	25	0,6
Saarland	15	7	12	10	13	18	19	12	12	9	0,9
Sachsen	14	11	20	15	24	18	12	24	12	9	0,2
Sachsen-Anhalt	5	9	9	8	13	6	9	6	9	5	0,2
Schleswig-Holstein	32	41	40	30	44	48	39	42	35	26	0,9
Thüringen	10	8	1	7	5	14	12	7	8	9	0,4
Stadt											
Frankfurt	21	34	25	30	44	33	34	32	26	21	3,0
Köln	44	34	57	69	58	54	41	43	34	29	2,9
München	69	61	45	40	50	50	48	47	35	35	2,5
Hannover	19	15	13	14	22	22	14	12	7	3	0,6
Dortmund	32	19	10	14	24	18	14	13	11	4	0,7
Essen	27	22	16	15	32	22	26	13	18	20	3,5
Stuttgart	17	17	14	13	12	12	9	16	7	11	1,8
Nürnberg	14	7	6	12	13	19	21	29	20	13	2,5
Düsseldorf	23	19	21	23	22	20	21	11	16	9	1,5
Mannheim	9	7	14	7	7	11	8	11	13	11	3,5

Rauschgifttote nach Geschlecht und Altersstruktur

Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesamtzahl*	1.513	1.477	1.385	1.326	1.296	1.394	1.449	1.331	1.237	986
männlich	1.263	1.231	1.156	1.107	1.074	1.166	1.220	1.112	1.042	837
weiblich	237	231	203	200	204	203	191	199	176	144
bis 13 Jahre	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
14 bis 17 Jahre	16	15	3	4	1	6	2	4	1	4
18 bis 20 Jahre	73	51	38	32	34	27	23	16	17	15
21 bis 24 Jahre	195	187	150	120	128	107	86	88	84	60
25 bis 29 Jahre	266	260	233	226	205	229	248	212	172	156
ab 30 Jahre	950	949	935	925	910	1.000	1.052	991	944	746
unbekannt	13	15	26	19	18	25	38	20	19	5
Durchschnittsalter als EKHD erfasst (in %)	32	34	34	35	35	35	36	36	36	37
	40	52	51	40	40	40	41	38	38	34

* Die Summe der männlichen und weiblichen Rauschgifttoten entspricht in der Regel nicht der Gesamtzahl, da in einigen Fällen das Geschlecht nicht erfasst wurde.

Abb. 2a: Rauschgifttote 2003-2012 nach Bundesländern und einigen großen Städten, aus: Informationsblatt für Medienvertreter, Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Präsidenten des Bundeskriminalamtes: Zahl der Drogentoten / Rauschgiftlage 2012, Berlin, 25.4.2013

Abb 2b: Rauschgifttote 2002-2011 nach Alter und Geschlecht, aus: Bundeskriminalamt, Wiesbaden, März 2012

Unerklärlich bleibt, warum die Zahl der Frauen unter den Drogentoten von 144 im Jahre 2011 auf 177 im vergangenen Jahr angestiegen ist.

Substitution in Hausarztpraxen, Schwerpunktpraxen und Ambulanzen

Wer substituiert in Deutschland? Das Rückgrat bilden niedergelassene Ärzte mit einer Patientenzahl bis 50:

Abbildung 3:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2012)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	29,5 %
4 – 50	51,7 %
51 – 150	17,0 %
über 150	1,8 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

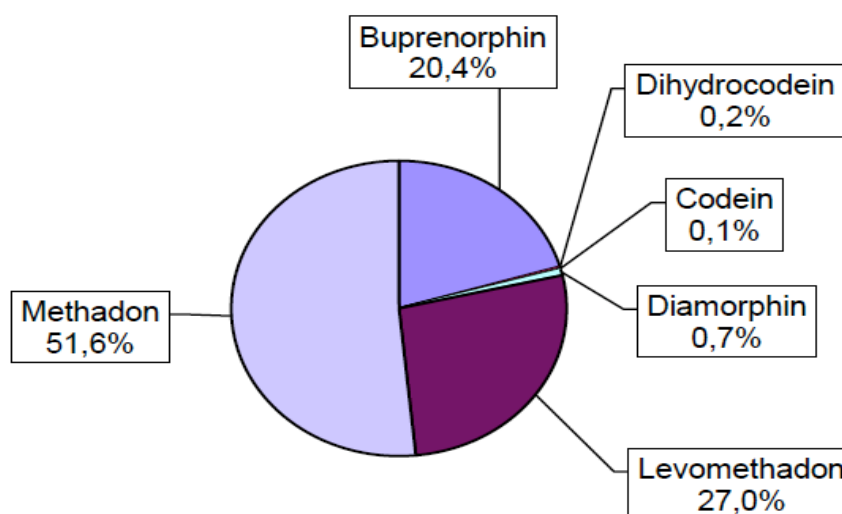
Abb. 3: Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister 2012, Januar 2013

Die durchschnittliche Zahl der Patienten pro Arzt bzw. Ärztin ist über die Jahre auf 28 angestiegen. Deutliche Unterschiede ergeben sich zwischen städtischen Zentren und eher ländlichen Regionen: In manchen Regionen besteht wegen der geringen Anzahl substituitionsbereiter Ärztinnen und Ärzte de facto keine freie Arztwahl.

Vielfalt der Medikamente

Bevor Levo-Methadon (Polamidon®) und Methadon und ab 2000 auch Buprenorphin zugelassen wurden, mussten sich Ärzte notgedrungen mit Codeinpräparaten behelfen. 25 Jahre später sieht der Anteil der Medikamente an den Verordnungen gänzlich anders aus:

Abbildung 4:
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (2012)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

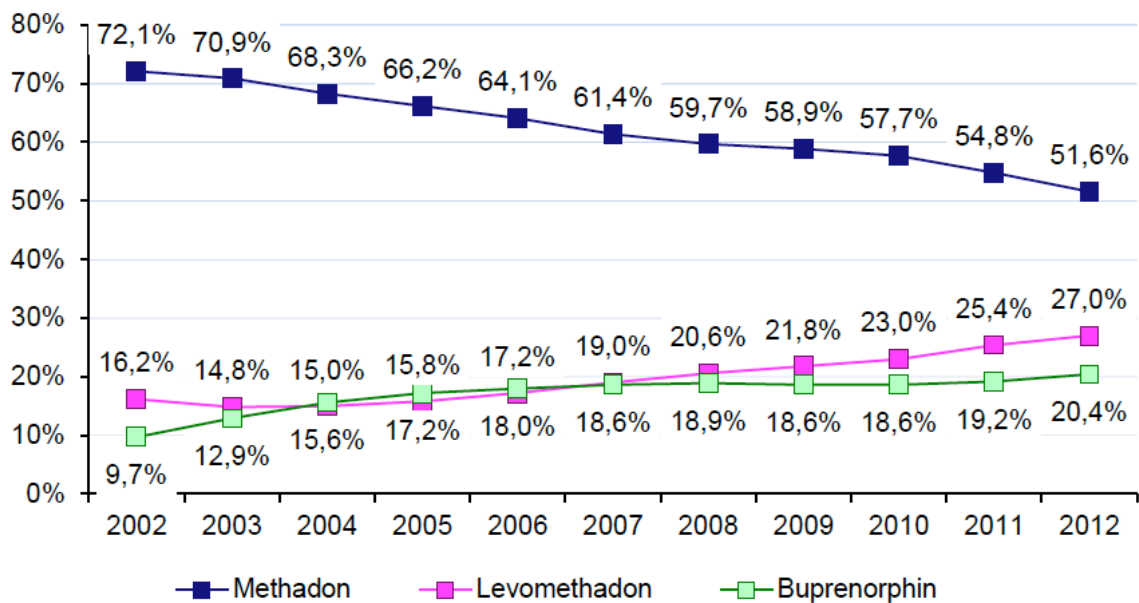
Abb. 4: Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (2012), aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2013

Morphin-ähnliche Substanzen wie Methadon/Levomethadon/Diamorphin/Codein einerseits und die weniger starke Substanz Buprenorphin andererseits sind verordnungsfähig (Codein mit starken Einschränkungen), woraus sich unter deutschen Verhältnissen - also bei freier Medikamentenwahl durch Ärzte wie Patienten - eine Relation von 4:1 ergeben hat. Selbst die älter werdende Klientel sieht bei anhaltender Stabilisierung nur geringen Anlass, auf schwächer wirkende Buprenorphinpräparate zu wechseln.

Es ist bedauerlich, dass Morphintabletten mit verzögerter Wirkung, die sich in Österreich bewährt haben, in Deutschland nicht zugelassen sind zur Substitutionsbehandlung.

70.000 Dauerpatienten sind eine Größenordnung, die für die Hersteller berechenbar und einträglich ist. Sanofi gewinnt mit Levo-Methadon / Polamidon[®] ständig mehr Marktanteile; bei den Buprenorphin-Monopräparaten muss sich Reckitt-Benckiser den vormals monopolisierten Markt mittlerweile mit einem halben Dutzend konkurrierender Anbieter teilen. Das Kombinationspräparat Buprenorphin-Naloxon (Suboxone[®]) spielt in Deutschland keine große Rolle: Weniger als fünf Prozent hält dieses Präparat an der Gesamtheit der verordneten Substitutionsmittel.

Abbildung 5:
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2012



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abb. 5: Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel 2002-2012, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister 2012, Januar 2013

Ausbreitung des AIDS-Virus gestoppt

Der Erfolg der Substitutionsbehandlung in Deutschland zeigt sich besonders augenfällig in der Verlaufsstatistik des Robert Koch Instituts zur Entwicklung der HIV-Infektionen: Weniger als 200 Drogenkonsumenten pro Jahr infizieren sich mit dem Immunschwächevirus – und diese Zahl ist stetig zurückgegangen; Ende der 1980er Jahren waren es mehr als fünf mal so viel. Damit steht Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut da. Daran hat Substitution als Bestandteil eines umfassenden Konzepts zur Schadensminderung („harm-reduction“) neben der Abgabe von Nadeln und Spritzen und der Einrichtung von Konsumräumen einen entscheidenden Anteil gehabt.

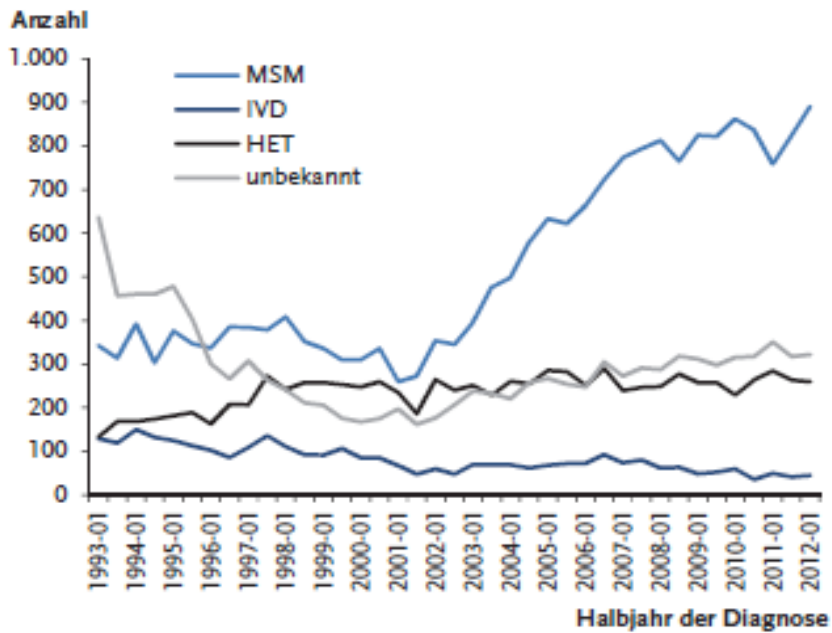


Abb. 1: Gemeldete HIV-Neudiagnosen nach Transmissionsgruppe, 1993–Ende 2012

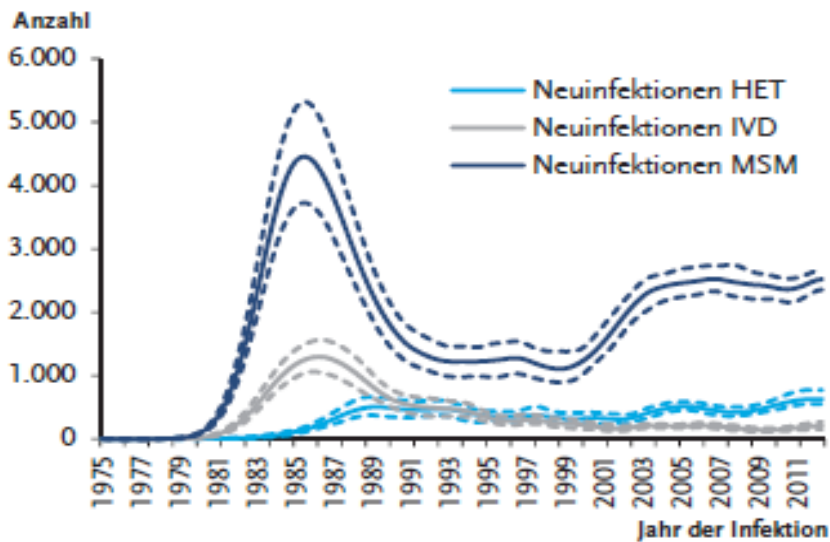


Abb. 2b: Geschätzte Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland seit Beginn der HIV-Epidemie: 1975–Ende 2012 nach Infektionsjahr und Transmissionsrisiko (MSM, IVD und Hetero); untere und obere Grenze der Schätzung ist als gestrichelte Linie dargestellt

Abb. 6a und b: gemeldete HIV-Neuinfektionen nach Transmissionsgruppen 2002-2012 (halbjahresweise) und geschätzte Anzahl der HIV-Infektionen 1975-Ende 2012 nach Transmissionsgruppen; aus: RKI – Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 26. November 2012 / Nr. 47/2012 (Abkürzungen: HET – heterosexueller Übertragungsweg; IVD: Übertragung durch intravenösen Drogengebrauch; MSM – Übertragung durch Männer, die Sex mit Männern haben)



HIV-Behandlung unter Substitution: Hohe Versorgungsqualität

Auch darf behauptet werden, dass die Behandlung HIV-infizierter Substitutionspatienten in Deutschland gut verläuft: Die Schwerpunktpraxen und spezialisierten Behandlungszentren haben sich auf diese Patientengruppe längst eingestellt und was die Adhärenz betrifft, so stehen Substituierte anderen Patientengruppen nicht nach. HIV Patienten profitieren unter Substitution in gleichem Maße von einer antiretroviralen Therapie wie Patienten aus anderen Risikogruppen. Allenfalls ist ein Gefälle in der Versorgungsqualität zwischen Stadt und Land zu beobachten, aber das gilt für andere Krankheiten auch.

Drogen- und Beschaffungskriminalität stark rückläufig

Die Behandlung der Opioidabhängigkeit mit Substitutionsmedikamenten hat neben den individuellen und gesundheitspolitischen Effekten auch bedeutende Auswirkungen auf die Öffentliche Sicherheit gezeigt: Viele vormals von Drogen- und Beschaffungskriminalität geprägte Stadtteile in den Metropolen gelten heute als sicher, sind teilweise zu begehrten innerstädtischen Wohnlagen geworden. Spritzen und Nadeln sind von den Spielplätzen in Deutschland praktisch verschwunden. Die Auswertungen der PREMOS-Daten über das Legalverhalten von Substitutionspatienten zeigen „eine signifikante und klinisch relevante Abnahme des kriminellen Verhaltens von opioid-abhängigen Patienten in der Langzeit-Erhaltungstherapie. Erhaltungstherapie (Substitution, Anm.) senkt drogenassoziierte wie Beschaffungskriminalität.“ (Soyka, Träder et al., 2012)

Die Schattenseiten der Substitutionsbehandlung in Deutschland

In der Qualität der Behandlung zeigen sich auch Schattenseiten der Substitutionsbehandlung, vor allem bei den Dosierungen:

„Empfohlene Dosierung bei einem Drittel der Patienten unterschritten“

„Insgesamt kann für die PREMOS-Stichprobe festgehalten werden, dass bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten das Dosierungsmittel sehr niedrig dosiert ist und die empfohlene Erhaltungsdosis im langfristigen Verlauf zu allen Erhebungszeitpunkten bei etwa einem Drittel der Patienten unterschritten wird.“ (Wittchen, 2011)

Was nur zeigt, dass auch unter Substitutionsärzten die Pharmaka zur Behandlung der Opioidabhängigkeit häufig nicht als Medikamente sondern als „Ersatzdrogen“ angesehen werden, die man möglichst niedrig dosieren muss. In der Substitutionsbehandlung lässt sich aber nicht von hohen oder niedrigen Dosen sprechen, sondern nur von falschen oder eben der richtigen, die individuell gefunden werden muss. Es besteht weiterhin ein erheblicher Fortbildungsbedarf, auch und gerade in Hinsicht auf das Verständnis von dieser Suchterkrankung, die bei Versuchen, die Medikamente abzusetzen, zu einem sehr hohen Teil in Rückfälle mündet, und in Hinsicht auf den Abbau von Vorurteilen, die sich auch in der substituierenden Ärzteschaft finden lassen. Es gibt aber auch auf Patientenseite ein Verständnis hinsichtlich der Substitution, das möglichst niedrige Dosierungen als erstrebenswert gelten lässt und damit den sogenannten Beikonsum von zusätzlichen Substitutionsmedikamenten, von illegalen Opioiden oder auch von anderen Substanzen geradezu bahnt.

Das Problem mit dem „Beikonsum“

Weltweit tritt in Substitutionsbehandlungen das Phänomen auf, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten einen sogenannten Beikonsum von Benzodiazepinen, Alkohol, Kokain und anderen Substanzen betreibt. Dieser Begriff ist aus medizinischer Sicht nicht korrekt, und sollte durch den Terminus „komorbider Substanzgebrauch“ ersetzt werden: Es handelt sich bei diesem Substanzgebrauch entweder um eine Folge zu niedriger Dosierung von



Substitutionsmedikamenten, oder um das Symptom einer Mehrfachabhängigkeit oder um eine Suchtverlagerung von der primären Opioidabhängigkeit auf andere Substanzen. Wie dieses Gebrauchsmuster am besten zu behandeln ist, ist weltweit Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen – bislang ohne befriedigende Antwort.

Disziplinarische Beendigungen der Substitution werden jedenfalls Patienten und ihrer Erkrankung nicht gerecht. Zu fordern sind psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungskonzepte, die auf die psychische Begleit- oder Grunderkrankung eingehen.

Hepatitis C: dringender Behandlungsbedarf

Was die Behandlung der am weitesten verbreiteten infektiösen Begleitkrankheit, Hepatitis C, betrifft, so haben Deutsche AIDS-Hilfe und JES – Junkies, Ehemalige und Substituierte e.V. sowie PREMOS aufgezeigt, dass weitaus mehr Substituierten diese Therapie zukommen könnte. Immerhin jede dritte HCV-Neuinfektion tritt bei iv-Drogenkonsumenten auf, die Prävalenz unter iv-Drogenabhängigen in Deutschland liegt zwischen 60 und 80 Prozent. Die Unterversorgung dieser Patientengruppe lässt für die kommenden Jahre einen deutlichen Anstieg dekompensierter Leberzirrhosen sowie hepatozellulärer Karzinome befürchten.

Allerdings schrecken viele Patienten vor den Nebenwirkungen zurück und aus ärztlicher Sicht weist ein nicht geringer Anteil der Substitutionspatienten auch nach vielen Behandlungsjahren nicht jene Stabilität auf, die die sehr anstrengende Behandlung aussichtsreich erscheinen lässt. Insbesondere der Anteil der in leberschädigendem Umfang Alkohol trinkenden Patienten macht Sorge – die qualifizierte Behandlung des risikoreichen und schädlichen Alkoholkonsums muss in die Behandlung der Hepatitis C einbezogen werden. Dennoch: „Mit Interferon behandelte HCV-Patienten hatten tendenziell bessere substitutionsbezogene Outcomes als Patienten, die nicht mit Interferon behandelt wurden.“ (Schäfer, 2009) Und in zahlreichen Studien ist gut belegt, dass substituierte HCV Patienten mit gleichen Erfolgsaussichten behandelt werden können wie Nicht-Opioidabhängige.

Die jetzt in rascher Folge zur Behandlung zugelassenen neuen HCV-Medikamente und weitere, die sich in der Prüfung befinden, lassen hoffen, dass die Behandlungserfolge sich noch steigern lassen und mehr Infizierte sich zu einer Behandlung entschließen können. Die bereits zugelassenen und zukünftigen Medikamente gestalten allerdings die Entscheidung schwierig, ob jetzt oder erst später mit noch besseren Aussichten eine Behandlung begonnen werden sollte.

Die mit hoher Erfolgschance neu eingeführte Triple-Therapie für den meist schwer verlaufenden Typ 1 der Hepatitis C ist aber auch anspruchsvoller für Patienten und Ärzte/innen. Um Substituierten diese Therapie zu ermöglichen, sind ein erhöhter Weiterbildungsbedarf der Suchtmediziner sowie die Überwindung von Vorurteilen in hepatologisch spezialisierten Praxen notwendig. Dann könnte die Substitutionsbehandlung die Ausbreitung dieser schweren chronischen Infektionskrankheit begrenzen helfen.

Behandlung psychischer Begleiterkrankungen „beunruhigend defizitär“

Nicht befriedigend sieht es ebenfalls aus hinsichtlich der Behandlung psychisch komorbider Opioidabhängiger: Die Suchtmedizin ist und bleibt ein ungeliebtes Kind der Psychiatrie. Allein das Wirkprofil von Opioiden weist schon darauf hin, dass deren Konsumenten eine hohe Wahrscheinlichkeit für depressive Störungen und Angsterkrankungen aufweisen, die in vielen Fällen der Opioidabhängigkeit vorausgingen. Doch es ist nicht gelungen dieser Patientengruppe, die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zugänglich zu machen: Die Situation bleibt „beunruhigend defizitär“ (Soyka, 2006). Und auch die klinischen Abteilungen, die gezielt Patienten mit Suchterkrankungen *und* psychischen Komorbiditäten behandeln, sind rar gesät in Deutschland. „Hinsichtlich schwerer chronischer psychischer Störungen besteht Unter- und Mangelversorgung“, stellt die PREMOS-Studie fest.



Substitution und Kindeswohl: Der Streit der Konzepte

„Die Situation von Frauen mit Kindern ist nachgeburtlich problemreich, das Ausmaß von abgestimmter Hilfe und Unterstützung defizitär“, schlussfolgert PREMOS. Zwei Todesfälle von Kindern: 2006 Kevin in Bremen und 2011 Chantal in Hamburg, haben auf grausame Weise Öffentlichkeit und Fachwelt darauf aufmerksam gemacht, dass es um das Wohl der Kinder von substituierten Eltern nicht immer gut bestellt ist. Die Diskussion in Öffentlichkeit und Fachwelt, wie das Kindeswohl in Haushalten substituielter Eltern gesichert werden kann, ist nicht abgeschlossen: Ob penible Kontrollen, flächendeckende Haarproben und generell eingeschränkte Mitgaben der Medikamente erfolgreicher sind als Konzepte, die vor allem auf enge Kooperation der Ärzte mit Jugendämtern bzw. Allgemeinen Sozialen Diensten und psycho-sozialen Behandlungseinrichtungen setzen, muss sich erst noch herausstellen. Die Bundesärztekammer hat 2012 dazu festgestellt, dass die rechtlichen Voraussetzungen der BtMVV - Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und die Richtlinien der Bundesärztekammer ausreichend Instrumente bieten, für eine individuelle Therapie substituielter Eltern zu sorgen und gleichwohl das Wohl ihrer Kinder zu beachten; Sonderregelungen für diese Patientengruppe, die über ein vernünftiges, individuell abgestimmtes Maß an Kontrolle hinausgehen, lassen sich daraus nicht herleiten. (Gabriel, 2012)

Substitution und Kindeswohl:

Empfehlungen der Bundesärztekammer 2012

1. Erhebung der Lebensumstände des Patienten zu Beginn der Substitution
2. Patientenaufklärung
3. Einleitung einer Take-home-Verordnung
4. Instabile Phasen des Patienten
5. Einbezug der betreuenden psychosozialen Beratungsstelle
6. Zusammenarbeit mit den belieferten Apotheken
7. Regelungen zur Schweigepflichtentbindung

Dtsch Arztebl 2012; 109(47): A-2379 / B-1939 / C-1899

Alternde Substitutionspatienten – eine vereinsamte Generation

Erst allmählich setzt sich die Erkenntnis durch, dass viele Opioidabhängige biologisch um mehrere Jahre vorgealtert sind und ihr Leben häufig eine kaum unterbrochene Abfolge von Traumata, Ausgrenzungen, Verlust von Freunden durch frühzeitigen Tod, physischen und psychischen Erkrankungen, erzwungenen Abstinenzversuchen mit Rückfällen, sozialen Abstürzen und langjährigen Inhaftierungen aufweist. Und das Stigma der Opioidabhängigkeit tragen sie auch als Langzeitsubstituierte. Die demographische Entwicklung der Substitutionspatienten erfordert Veränderungen im ambulanten und Heim-gestützten Versorgungssystem für alternde und alte Menschen – ob die bestehenden Einrichtungen diese Patienten integrieren können oder ob spezielle Einrichtungen geschaffen werden sollten, wird weiterhin diskutiert und ausprobiert werden müssen.

Opioidmigranten in Deutschland

Mitte-Ende der 1980er Jahre lebten rund 1000 opioidabhängige Deutsche in Amsterdam und in anderen niederländischen Städten, die geflohen waren vor der justiziellen Verfolgung und vor dem auf absolute Abstinenz setzenden deutschen Drogenhilfesystem. Der Druck, den damals der Deutsche Hilfsverein AMOK in Amsterdam in Richtung Deutschland aufbaute und die umfassenden Hilfs- und Fortbildungsangebote des Amsterdamer Gesundheitsamtes

haben viel dazu beigetragen, dass 1988 Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Frankfurt und später weitere Kommunen überhaupt mit Pilotprogrammen anfangen.

Heute ist Deutschland selbst Fluchtpunkt für Opioidmigranten, auch wenn das nicht so richtig wahrgenommen wird. Ein Blick auf die Schaubilder des RKI zeigt, dass im zurückliegenden Jahr fast jeder dritte neu mit HIV infizierte Drogenkonsument aus dem Ausland stammt, vornehmlich aus osteuropäischen Ländern, also aus jenen Ländern, die Substitution verbieten oder klein halten: Russland, Ukraine, Polen, Rumänien und Ex-Jugoslawien.

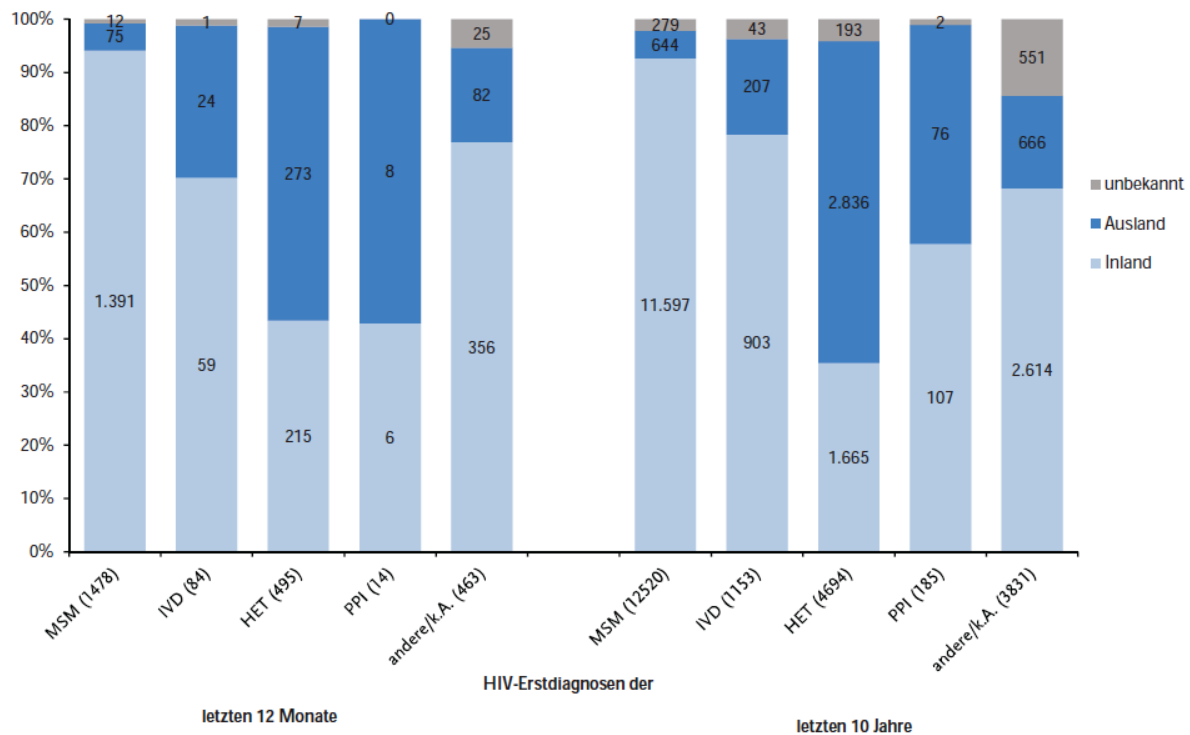


Abb. 7: HIV-Infizierte/Infektionen nach Risikogruppen und Ursprungsregionen, aus: RKI, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 16. Juli 2012 / Nr. 28/2012

Weder gibt es gezielte Public-Health-Strategien in Hinblick auf diese Gruppe hierzulande, noch kann die deutsche Drogenpolitik in großem Umfang Einfluss nehmen auf die HIV-Prävention östlich der Oder – die Vereinbarungen mit Polen und die Unterstützung des Drogenhilfesystems in der Ukraine und in Zentral- und Südasien sind immerhin ein lobenswerter Schritt. Eine kluge HIV-Prävention lässt in vielen Ländern des ehemaligen Ostblocks aber weiterhin auf sich warten. Die halboffenen Grenzen zum Westen Europas lassen befürchten, dass auch wir es bald mit einer steigenden Anzahl multiresistenter Tuberkulosefälle zu tun haben können, die in Folge der Verelendung von HIV-infizierten Drogenabhängigen in der ehemaligen UdSSR und in angrenzenden Staaten zu beobachten sind.

Diamorphinbehandlung: Die Latte zu hoch gelegt

Geradezu betrogen müssen sich jene Heroinabhängigen vorkommen, die nach allen Kriterien als schwerstabhängig bezeichnet werden dürfen und bei denen also ein Behandlungsversuch mit Diamorphin aussichtsreich sein könnte. Weniger als 400 Patienten werden auch elf Jahre nach Beginn dieser Behandlungsform in Deutschland und drei Jahre



nach der Zulassung als verordnungsfähiges Substitutionsmedikament mit dem Originalwirkstoff substituiert. Nach der wissenschaftlichen Versuchsphase wurde die Latte für die Betreiber von Heroinambulanzen so hoch gelegt, dass die Kommunen vor den Kosten zurückschrecken und kaum ein privater oder gemeinnütziger Träger das wirtschaftliche Risiko zu tragen bereit ist. Es ist seit der Zulassung von Diamorphin keine einzige neue Ambulanz eingerichtet worden. Zum anderen sind die Zugangsvoraussetzungen für den einzelnen Patienten erheblich strenger reglementiert, so dass infolgedessen gerade 0,7 Prozent der Substitutionspatienten in Deutschland dieses Mittel erhalten, obwohl nach allen Erfahrungen aus der Schweiz und anderen Ländern mit Heroinprogrammen mehr als die zehnfache Anzahl die Indikation dafür aufweisen könnte. Es bleibt abzuwarten, ob nach den Anfang 2013 geringfügig geänderten Bedingungen tatsächlich neue Ambulanzen eröffnet werden, oder ob es bei den bestehenden und den geplanten in Berlin und Stuttgart bleibt. Die Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung in der Schweiz, in den Niederlanden und seit einem Jahrzehnt auch in Deutschland empfehlen, Heroin ohne besonders verschärfte Zugangsbedingungen neben den herkömmlichen Medikamenten einzustufen und (wie in der Schweiz) die Substanz auch in Tablettenform zuzulassen, um die Patienten von der risikoreichen intravenösen Form der Einnahme abzubringen.

Substitution in Haft: Ein nicht eingelöster Rechtsanspruch

Etwa 30% aller männlichen und über 50% aller weiblichen Gefangenen sind intravenös konsumierende Drogenabhängige. Aber nur in gerade drei von vier Haftanstalten gibt es Substitutionsbehandlungen, einige Bundesländer unterhalten so gut wie keine medikamentengestützten Therapien in Haft (z.B. Bayern). Bei Haftantritt müssen zwei Drittel der vormaligen Substitutionspatienten die Behandlung abbrechen. Bei den übrigen wird mehrheitlich auf Abstinenz orientiert, also abdosiert. (Stöver, 2012) Die Folgen sind bekannt: Noch immer teilen sich knapp 21 % der Drogen gebrauchenden Gefangenen manchmal oder immer Spritzen und Nadeln im Gefängnis (Eckert / Weilandt, 2008). Das Justizministerium in Düsseldorf hat in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen unlängst bewiesen, dass eine rasche Ausweitung der Substitutionsbehandlung in Haftanstalten möglich ist und Vorteile für die einzelnen Gefangenen und für die Haftbedingungen insgesamt bringt.

Man darf deshalb die Unwilligkeit der zuständigen Länderjustizministerkonferenz, das Thema Substitution in Haft ernsthaft anzugehen, als fortgesetzte Verweigerung einer längst als Therapie der ersten Wahl anerkannten Behandlung bezeichnen, denn „jeder Gefangene hat einen Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechende medizinische Versorgung während der Inhaftierung.“ (Stöver, 2012)

Im Maßregelvollzug nach §64 Strafgesetzbuch sind mittlerweile über 50 Prozent der Insassen drogenabhängig, trotzdem findet eine Substitutionsbehandlung noch seltener als im Normalvollzug statt. (Wittmann, 2012; Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug - Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll)

Psycho-soziale Betreuung: Standards und aktualisierte Ausrichtung erforderlich

Zur Substitutionsbehandlung gehört in Deutschland die PSB – psycho-soziale Betreuung oder auch Behandlung, von der BtMVV vorgeschrieben und nach unterschiedlichen Modellen finanziert. Unverständlich bleibt, dass Länder und Kommunen diese Kosten allein tragen und die Krankenkassen sich daran nicht beteiligen müssen. Die tägliche Praxis – d.h. die Kooperation zwischen medikamentengestützter Behandlung in der ärztlichen Praxis und den PSB-Einrichtungen – hat sich über viele Jahre bewährt. Verwunderlich bleibt, dass es weiterhin an einheitlichen Mindeststandards für die Fortbildung der PSB-Kräfte und auch an Qualitätskriterien für die Arbeit selbst mangelt. Auch fehlt nach wie vor eine „empirische(n)



Basis zum Stellenwert und zu der Wirksamkeit der verschiedenen Formate und Modalitäten der psychosozialen Beratungsinterventionen im Langzeitverlauf“. (Wittchen, 2011)

Obwohl erhebliche Summe in die PSB-Versorgung investiert werden, ist völlig unklar, ob, wann und wieviel PSB nötig und wichtig ist, wann Klienten davon profitieren und wann nicht (mehr). Die vom ZIS – Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung in Hamburg durchgeführte Heroinstudie hat zwar gezeigt, dass Nutzer der PSB günstigere Behandlungsergebnisse als Nichtnutzer zeigen, sie hat aber gleichzeitig festgestellt, dass es keine Hinweise darauf gibt, welche Betreuungsformen und psychosoziale Interventionen für welche Klientengruppen indiziert sind und wie lange sie durchgeführt werden müssen. (Haasen / Naber, 2006)

Teilhabe am Arbeitsleben: Mangel an gezielter Förderung

Viele unserer Patienten werden durch die Behandlung wieder arbeits- und erwerbsfähig, die tatsächlichen Zahlen zur Teilhabe am Arbeitsleben sehen aber nicht gut aus. Der GVS – Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland hat dazu für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Anfang des Jahres Vorschläge vorgelegt:

„Teilhabe – gerade in Bezug auf den Kontext Arbeit und Beruf – schafft viele Anreize, die helfen, den Verlauf der Substitutionsbehandlung, den grundsätzlichen Krankheitsverlauf „besser“ und „erträglicher“ zu gestalten – das steht außer Frage. Menschen in Substitution unterliegen aber, und hier vor allem die Langzeitarbeitslosen unter ihnen, multiplen Vermittlungshemmnissen und sind mit zunehmender Behandlungsdauer in ihrer Beschäftigungsfähigkeit eingeschränkt.

Die Deutsche Suchthilfestatistik weist 62% der Substituierten als arbeitslos aus, davon 95% seit mehr als einem Jahr. Die Substitutionsbehandlung führt laut PREMOS-Studie zwar insgesamt zu einer Verbesserung der beruflichen Situation – der Anteil der Arbeitslosen sinkt über sechs Jahre Behandlung von 51,6 auf 42% – von den durchschnittlichen Zahlen der Allgemeinbevölkerung ist die Gruppe der substituierten Menschen aber immer noch meilenweit entfernt.

Unabhängig von den individuell natürlich sehr unterschiedlichen Möglichkeiten müssen wir die Substitutionsbehandlung auch als Förderinstrument erhalten. Teilhabeorientierung braucht Ziele in der Behandlung – Zielvereinbarungen können individuell gestaltet, verabredet und situativ angepasst werden. Zwar werden auf der einen Seite immer wieder zu Recht fehlende Fördermaßnahmen, zu kurz greifende Integrationsstrategien und ein Hang zur Ausgrenzung moniert – hier ist die Politik gefordert – die Substitutionsbehandlung selbst kann aber – besonders auch bei Menschen mit identifizierten Ressourcen – mit einer individuellen Ausrichtung und Zielorientierung in der Behandlung das Ihre zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit beitragen. Die Begleitung der Teilhabeverbesserung und -förderung ist dabei originäre Aufgabe der psychosozialen Betreuung.“ (Kiepe, 2013)

Dem ist mit einer Einschränkung weitgehend zuzustimmen: Die Dauer der Behandlung schränkt die Beschäftigungsfähigkeit nicht ein, eine gut verlaufende Substitutionsbehandlung ermöglicht auch nach vielen Jahren die Ausübung so gut wie aller Berufe, wie zahllose Beispiele aus dem In- und Ausland zeigen.

Abstinenzverpflichtung hat sich nicht bewährt

Es ist ein Irrtum zu glauben, Substitutionspatienten würden sich auf Kosten des Staates und der gesetzlichen Krankenversicherung ein drogenumnebeltes Leben gönnen wollen. Die Mehrheit unserer Patienten leidet an ihrer Sucht und hat den Wunsch, ohne Substitut auskommen zu können. Der Versuch, die medikamentöse Behandlung beenden zu wollen,



ist deshalb nach Kräften zu fördern bei jenen Patienten bzw. Klienten, die das anstreben und die dafür geeignet erscheinen. Tatsächlich werden die Möglichkeiten und Potentiale einer Abstinenzmotivierung und qualifizierten Abstinenzförderung in der Substitutionstherapie nicht ausgeschöpft.

Nicht außer Acht gelassen werden darf aber, dass weltweit nach fast 50 Jahren Erfahrungen in der Substitutionsbehandlung eine Rückfallquote bis zu 90 Prozent nach Absetzen der Medikation beobachtet wird. Die Erwartung, mit der Erhaltungstherapie zur Opioidfreiheit zu gelangen („maintenance to abstinence“), hat sich in den allermeisten Fällen als falsch erwiesen. Der typische „Opiathunger“ ist ein Phänomen dieser chronisch rezidivierend verlaufenden Erkrankung, für das weiterhin eine letzte Erklärung aussteht. Auch mangelt es an Forschung, welche Faktoren ein Leben ohne Opioide nach langjähriger Abhängigkeit begünstigen.

Wünschenswert sind deshalb die Entwicklung interprofessioneller Konzepte und die Vernetzung von substitutionsgestützten und abstinenzorientierten Hilfen. Insbesondere sind Übergänge von der Substitutionstherapie zur (ggf. substitutionsgestützten) ambulanten und stationären Rehabilitation erforderlich.

Nebenbei: Spricht man bei anderen chronischen Erkrankungen, bspw. bei Hochdruck oder Diabetes, von Abstinenz, wenn es im Laufe der Behandlung gelingt, Blutdruck bzw. Blutzucker auch ohne Medikamente zu normalisieren? Hat der Begriff Abstinenz im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung nicht den Unterton, diese Medikamente weiterhin als (Ersatz-)Drogen anzusehen?

BtMVV: Das Recht muss der Wissenschaft folgen

Im ärztlichen Substitutionsbereich sehen wir uns von Regelwerken und gesetzlichen Vorgaben geradezu ummauert: Nirgendwo in Europa werden so viele Verfahren gegen Substitutionsärzte geführt wie in Deutschland. Das liegt nicht an der besonderen kriminellen Energie der Substitutionsärzte zwischen Nordfriesland und dem Allgäu, das liegt an den hiesigen Gesetzen und Verordnungen. Diese wurden ursprünglich maßgeblich von den Gegnern der Substitutionsbehandlung geprägt, und auch nach mehreren Novellierungen steht gegen jede Evidenz das Abstinenzparadigma als Ziel verankert; die Substitutionsärzte wiederum laufen Gefahr, bei patientenorientierter, richtlinienkonformer und den Realitäten des Lebens angepasster Behandlungsstrategie als „Dealer in Weiß“ verfolgt zu werden. Die Patienten selbst werden vom Regelwerk gegängelt, wie es in anderen Ländern mit einer entwickelten Substitutionsmedizin in dieser Form nicht üblich ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin hat deshalb 2012 die Beschlüsse mehrerer deutscher Ärztetage seit 2008 und der Bundesärztekammer aufgenommen, das Substitutionsrecht mit den evidence-based Richtlinien der Bundesärztekammer von 2010 und den Leitlinien der WHO zur Substitutionsbehandlung in Übereinstimmung zu bringen: Das Recht muss der Wissenschaft folgen! Die BtMVV –

Betäubungsmittelverschreibungsverordnung hat den Verkehr, die Verordnung und Dokumentation von Betäubungsmitteln zu regeln; Indikationen und Therapievorschriften hingegen sind nicht in der BtMVV, sondern in Richt- und Leitlinien der verfassten Ärzteschaft zu regeln. Verstöße und Behandlungsfehler gehören entsprechend in die Qualitätskontrolle bzw. vor die Berufsgerechtsbarkeit der Landesärztekammern. (Backmund/Meyer-Thompson, 2013)

„Die Herausnahme der Substitutionsregeln aus dem §5 BtMVV kann ohne Gefährdung des BtM-Verkehrs und der Behandlungsqualität erfolgen. Der §5 BtMVV soll nicht abgeschafft werden, sondern sich zukünftig ausschließlich auf den Verkehr, die Verschreibung und Dokumentation von Substitutionsmedikamenten beschränken, so wie die BtMVV den Umgang mit entsprechenden Medikamenten in der Zahn- und Tiermedizin, in der



ambulanten Palliativmedizin, im Rettungsdienst und auf „Kaufahrteischiffen“ regelt.“
(Beschluss des 116.Deutschen Ärztetags, Antrag VI 41, Hannover, 30.05.2013)

Honorarwesen 1: Der Widerspruch zwischen Behandlungsziel und Betriebswirtschaft

Ein weiteres entmündigendes Element tritt durch das Honorarwesen hinzu. Ursprünglich waren die Vergütungssätze vergleichsweise großzügig angelegt worden, um der Ärzteschaft

einen finanziellen Anreiz zu bieten, sich diese ungeliebte Patientengruppe in die Praxen zu holen, und damit den Sicherstellungsauftrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland für die ambulante Behandlung haben, erfüllen zu können. Diese Rechnung ist weitgehend aufgegangen.

Daraus haben sich allerdings zwei ungute Stränge entwickelt: Das bereits erwähnte Regelwerk schreibt den Ärzten regelmäßige Gespräche vor, die im geforderten Umfang aber nicht vom Honorar abgebildet werden. Zum zweiten wird hauptsächlich die unmittelbare Vergabe des Substituts in Praxen und Ambulanzen unter Sicht honoriert. Folglich bedeutet jeder Patient, der zur Mitgabe des Substituts aus der Apotheke befähigt ist, einen Einnahmeverlust.

Behandlungsziel und Betriebswirtschaft geraten so in einen Widerspruch, der den Belangen der Patienten wie der Ärzteschaft gleichermaßen abträglich ist. Überdies ist die Beteiligung der Apotheken an der Versorgung der Substitutionspatienten in weiten Teilen des Landes verbesserungswürdig, da eine flächendeckende Versorgung mit Substitutionsmitteln rund um die Uhr nicht überall gewährleistet ist.

Honorarwesen 2: Ist Substitution „hausarztuntypisch“?

Im Rahmen der anstehenden EBM Reform wird ein neues Hausarztkapitel geplant, in dem zwischen „hausarzttypischen“ und „hausarztuntypischen“ Behandlungen unterschieden wird. Bei sog. hausarztuntypischen Behandlungen werden andere Leistungen wie z. B. die „Chronikerpauschale“ nur zur Hälfte vergütet. In den ursprünglichen Planungen fiel die Substitutionstherapie unter die „hausarztuntypischen Leistungen“, was zur Folge gehabt hätte, dass der zusätzliche Aufwand bei der Behandlung der überwiegend an mehreren chronisch verlaufenden Erkrankungen leidenden Substitutionspatienten nur zur Hälfte vergütet würde - eine nicht akzeptable Benachteiligung der substituierenden Ärzteschaft. Derzeit wird versichert, dass diese Benachteiligungen nicht wirksam werden sollen, allerdings liegt noch kein schriftlicher Entwurf vor.

Substituierende Ärzteschaft mit Nachwuchssorgen

Ein letzter Punkt, der Sorgen macht: Nicht nur unsere Patienten altern, die substituierenden Ärzte altern ebenfalls. Nach vorsichtigen Schätzungen geht ein Viertel bis ein Drittel der substituierenden Ärzteschaft in den kommenden fünf bis acht Jahren in den Ruhestand, und Nachwuchs ist nicht in ausreichendem Maße in Sicht. Die Gefahr der Kriminalisierung dieser Behandlung, die eingeschränkten Vergaberegeln, der hohe Dokumentationsaufwand sowie die Honorierung sind einige der Gründe, die Ärzte davon abhalten, Opioidabhängige in ihren Praxen zu substituieren.

Fazit

Die Zulassung der Substitutionsbehandlung vor über 20 Jahren hat tausenden Menschen das Leben gerettet und hat eben nicht ein „falsches Signal“ für die Prävention der Opioidabhängigkeit gegeben, wie von den vormaligen Gegnern befürchtet wurde: Die Zahl der Heroin-Neukonsumenten und der jungen Patienten in Substitutionsbehandlung hat seit einigen Jahren kontinuierlich abgenommen, Heroin ist „out“. Und laut PREMOS liegt – konservativ gerechnet – „der Anteil positiver, günstiger Verläufe bei 55%. (...) Zusammen

mit unklaren Patienten ohne Substitution und solchen mit Behandlungsabbrüchen können maximal 30% als ungünstige Verläufe klassifiziert werden.“

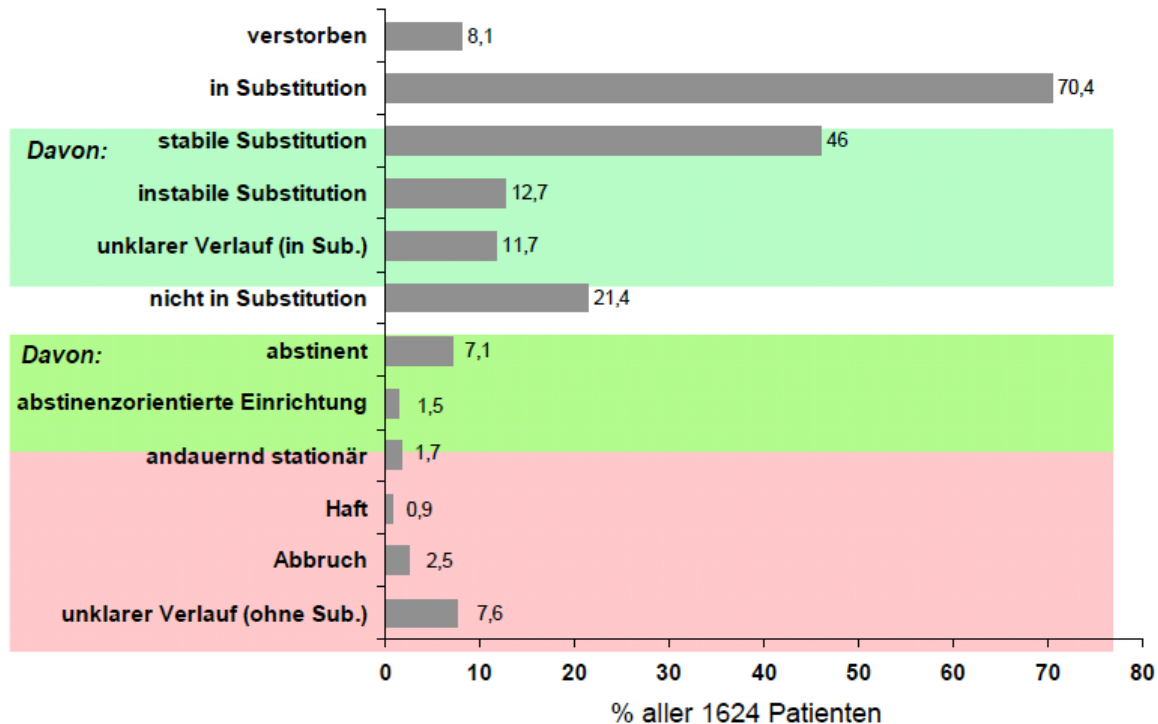


Abb. : PREMOS, Outcome nach 6 Jahren, aus: PREMOS, Abschlussbericht 2011

Schlussfolgerungen und Anregungen

Das Substitutionsrecht muss der Wissenschaft folgen – eine Überarbeitung der entsprechenden BtMVV-Abschnitte ist überfällig. In der Folge müssen aktuelle ärztliche Leitlinien erarbeitet werden, sowie die Richtlinien der Bundesärztekammer und das Berufsrecht neu gefasst werden. Die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums zur Novellierung der BtMVV hat dazu Anfang 2013 den konstruktiven Dialog zwischen allen Beteiligten angestoßen.

Ebenso dringend ist die Erarbeitung von Curricula für das Medizinstudium und für die Ausbildungsgänge anderer Gesundheitsberufe (z.B. Hebammen, Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie usw.), die Abhängigkeitserkrankungen den Umfang einräumen, die sie im medizinischen Alltag haben.

Drittens bedürfen die Patientengruppen: alternde Patienten, Migranten, substituierte Eltern, opioidabhängige Strafgefangene und Patienten mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen besonderer Aufmerksamkeit, die ihnen derzeit nicht in angemessenem Umfang zukommt.

Nicht zuletzt muss das Interesse der Ärzteschaft geweckt werden, die Behandlung von Opioidabhängigen noch häufiger in hausärztlichen und Facharzt-Praxen stattfinden zu lassen. Dazu hat Anfang Mai 2013 die Kampagne „Machen Sie mit – Bitte substituieren Sie!“ ihre Tätigkeit aufgenommen (<http://www.bitte-substituieren-sie.de/> [bitte-substituieren-sie.de/home.html](http://www.bitte-substituieren-sie.de/home.html)). Federführend im IKS - Initiativkreis Substitutionstherapie sind die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), Akzept e.V. sowie die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH).



Unterstützt wird diese übergreifende Initiative ausdrücklich von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung sowie in einem einmaligen Schulterschluss von den Gesundheitspolitikerinnen und -politikern aller im Bundestag vertretenen Parteien.

Premos-Abschlussbericht (Schlussfolgerungen):

- (1) Opioidabhängige in Substitution sind bei hoher Verlaufsvariabilität multimorbid chronisch krank.
- (2) Entsprechend besteht ein unverändert hoher, kontinuierlicher und individuell hochspezifischer Behandlungsbedarf.
- (3) Die langfristige Substitutionstherapie ist effektiv; die prioritären Substitutionsziele (z.B. Haltequote, Sicherung des Überlebens, Reduktion von Drogenkonsum, Stabilisierung (...), gesellschaftliche Teilhabe) werden insgesamt erreicht.
- (4) Die Kriterien für „regelmäßige Beendigung“, „stabile Substitution“ sind problematisch und werden der Krankheitsdynamik nicht gerecht.
- (5) Stabile Abstinenz (Opioidfreiheit) ist im langfristigen Verlauf ein seltenes Phänomen (<4%) und mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) assoziiert.
- (6) Die Richtlinien für den Umgang mit konkomitantem Drogengebrauch sowie
- (7) Regelungen zur psychosozialen Beratung (PSB) für den Langzeitverlauf erfordern eine praxis- und patientennähere Anpassung.
- (8) Hinsichtlich schwerer chronischer psychischer Störungen besteht Unter- und Mangelversorgung.
- (9) Die Situation von Frauen mit Kindern ist nachgeburtlich problematisch, das Ausmaß von abgestimmter Hilfe und Unterstützung defizitär.
- (10) Einheitliche Prädiktormodelle konnten nicht identifiziert werden. Empfehlungen für eine zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Optimierung der langfristigen Substitution werden abgeleitet.

Quellen:

116.Deutscher Ärztetag, Antrag VI 41 (beschlossen), Hannover, 30.05.2013

Backmund, M., Meyer-Thompson, H.-G., „Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen“, SUCHTTHERAPIE, 2/2013, und SUCHTMEDIZIN IN FORSCHUNG UND PRAXIS 2/2013, www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/11786

Bundesärztekammer, Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Berlin 2010

Drogen- und Suchtbericht, Mai 2012, Berlin, BMG – Bundesministerium für Gesundheit, Drogenbeauftragte Eckert, J./Weilandt, C.: Infektionskrankheiten unter Gefangenen in Deutschland: Kenntnisse, Einstellungen und Risikoverhalten. Teilergebnisse des Projekts „Infectious Diseases in German Prisons – Epidemiological and Sociological Surveys among Inmates and Staff“ im Auftrag der Europäischen Kommission. Bonn, Berlin: WIAD/RKI 2008

Gabriel, K., Substitution, Kinder und Elternschaft (Teil 1) – Bestandsaufnahme der Entwicklungen in Bremen und Hamburg, 3. Nationale Substitutionskonferenz Deutschland (NaSuKoD): „Brennende Themen der Substitution“, 12.12.2012, Berlin

Haasen, C., Naber, D., Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg 2006

Kiepe, K., Substitution: Überlebenssicherung – Gesundheitsförderung – Familienhilfe – Teilhabe – Ausstiegsoption, Statement für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege anlässlich des Fachgesprächs am 22./23. Januar 2013 im Bundesministerium für Gesundheit zur Frage: „Inwieweit empfiehlt es sich, die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur oralen Substitution Opiatabhängiger anzupassen?“

Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug - Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll; Veranstalter: ASKLEPIOS Hamburg, Klinik Nord – Ochsenzoll, akzept e.V. und Niedersächsisches Landeskrankenhaus Maßregelvollzugszentrum Moringen; ISBN 978-3-98 13890-1-2

PREMOS – Substitution im Verlauf, Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome; Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Professor Dr. Gerhard Bühringer, Professor Dr. Jürgen Rehm; Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen IIA2-2507DSM411), Berlin 2011



Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger, Stand: 19. Februar 2010

RKI Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 16. Juli 2012 / Nr. 28/2012

RKI Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 26. November 2012 / Nr. 47/2012

Schäfer, A., Wittchen, H.-U., Backmund, M., Soyka, M., Götz, J., Siegert, J., Schäfer, M., Tretter, F. & Kraus, M. R. (2009). Psychopathological changes and quality of life in hepatitis C virus-infected, opioiddependent patients during maintenance therapy. *Addiction*, 104(4), 630-640.

Soyka M, Träder A, Klotsche J, Haberthür A, Bühringer G, Rehm J, Wittchen HU. Criminal behavior in opioid-dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. *J Forensic Sci.* 2012 Nov;57(6):1524-30. doi: 10.1111/j.1556-4029.2012.02234.x. Epub 2012 Jul 30.

Soyka, M., Apelt, S. M. & Wittchen, H.-U. (2006). Die unzureichende Beteiligung von Psychiatern an der Substitutionsbehandlung. *Der Nervenarzt*, 77(11), 1368-1372.

Stöver, H., Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen, *Suchttherapie* 2012; 13: 74–80

WHO, Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Genf 2009

Wittman, B., Zur Forensischen Behandlung Drogenabhängiger - Compulsory Treatment of Patients Addicted to Illegal Drugs, *Suchttherapie* 2012; 13(02): 66-73

Für den Vorstand der DGS: Dr. Klaus Behrendt und Hans-Günter Meyer-Thompson
Hamburg, 4.6.2013