



## Öffentliche Anhörung am 05.06.2013 zur Substitutionsbehandlung

Stellungnahme von akzept e.V.  
zu den Anträgen:

**Deutscher Bundestag**  
 Ausschuss f. Gesundheit  
  
 Ausschussdrucksache  
**17(14)0431(6)**  
 gel. VB zur öAnhörung am 05.06.  
 13\_Substitution  
 03.06.2013

17/13230 von Abgeordneten und Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
„Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der  
Substitutionsbehandlung stärken“

17/12181 von Abgeordneten und Fraktion der SPD  
„Überlebenshilfe in der Drogenpolitik - Situation der  
Substitution von Opiatabhängigen verbessern und  
Substitutionsbehandlung im Strafvollzug gewährleisten“

und  
17/12825 Abgeordneten und Fraktion DIE LINKE  
„Abhängigen helfen-Substitutionstherapie erleichtern“

**akzept e.V.**

Christine Kluge Haberkorn  
Südwestkorso 14, 12161 Berlin  
Fon: +49 (0)30 - 827 069 46  
Fax: +49 (0)30 - 822 280 2  
Email: akzeptbuero@yahoo.de

**www.akzept.org**
**VORSTAND**

Prof. Dr. Heino Stöver, FH-FFM  
Dirk Schäffer, DAH Berlin  
Urs Köthner, Krisenhilfe Bochum  
Kerstin Dettmer, Berlin  
Inge Hönekopp, Mannheim

akzept e.V. ist Mitglied  
im DPWV und in der DHS,  
im INTERNATIONAL DRUG  
POLICY CONSORTIUM  
und bei ENCOD

**WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT**

Prof. Dr. Lorenz Böllinger, Bremen  
Prof. Dr. Peter Degkwitz, Hamburg  
Drs. Erik Fromberg, Utrecht  
Dr. Bernhard Haffke, Passau  
Prof. Dr. Hans-Volker Happel, Frankfurt/M.

Prof. Dr. Manfred Kappeler, Berlin  
Dorothea Klieber, Markt-Schwaben  
Drs. Dirk J. Korf, Amsterdam  
Dr. Ingo Ilja Michels, Berlin  
Dr. Robert G. Newman, New York  
Prof. Dr. Stephan Quensel, Bremen  
Prof. Dr. Peter Raschke, Hamburg

Prof. Dr. Sebastian Schreerer, Hamburg  
Dr. Wolfgang Schneider, Münster  
Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt/M.  
Bernd Georg Thamm, Berlin  
Franz Trautmann, Amsterdam  
Prof. Dr. Irmgard Vogt, Frankfurt/M.

**BANKVERBINDUNG**

Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ: 100 205 00  
KtoNr.: 322 25 00  
IBAN: DE16 1002 0500 0003 2225 00  
BIC: BFSWDE33BER



**akzept e.V.** – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik hat 200 Mitglieder davon, 60 Einrichtungen und Projekte der Drogenhilfe sowie 140 Einzelmitglieder (PraktikerInnen, WissenschaftlerInnen, MedizinerInnen, Betroffene und Elternselbsthilfe).

**Die politischen Ziele von akzept sind:**

- Schutz der Menschenwürde aller DrogenkonsumentInnen
- Veränderung der Drogenpolitik in Richtung einer ganzheitlichen Drogenpolitik
- Entkriminalisierung der Drogenkonsumenten
- Forschung zur Wirkung prohibitiver Drogenpolitik

**Die praktischen Ziele sind:**

- Umfassendes Verständnis von Drogenkonsum und Abhängigkeit
- Klientenorientierte statt institutionsorientierte Hilfen
- Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden: harm-reduction<sup>4</sup>
- gesellschaftliche Teilhabe
- Förderung von Selbsthilfepotentialen.

Im Folgenden kann nur zu einzelnen Aspekten der Anträge dezidiert Stellung genommen werden. In der Befragung würden wir gern auf folgende Aspekte eingehen:

**1. Substitution in geschlossenen Einrichtungen (Gefängnisse, Maßregelvollzugsanstalten etc.)**

Die Versorgung opioidabhängiger Gefangener in Gefängnissen und Maßregelvollzugsanstalten ist völlig unzureichend. Nur etwa ein Zehntel aller opioidabhängigen Gefängnisinsassen befindet sich in einer medikamentengestützten Behandlung; im Maßregelvollzug deutlich noch weniger. In den Drucksachen 17/12181 + 13230 wird dies völlig richtig angesprochen. In Freiheit werden ca. 50% der geschätzten Zahl Opioidabhängiger mit einer Substitutionsbehandlung erreicht.

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über das Ausmaß und die Folgeproblematiken des Opioidproblems in deutschen Haftanstalten (v.a. HIV/AIDS und Hepatitis C):

<b>Tab. 1 Anteil der i.v.-Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziierter Infektionskrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung</b>			
	IDUs	HCV	HIV
Haftanstalten <sup>a,b</sup>	21,9–29,6%	14,3%–17,6%	0,8%–1,2%
Allgemeinbevölkerung	0,3% <sup>c</sup>	0,4%–0,7% <sup>d</sup>	0,05% <sup>e</sup>
Faktor	73- bis 98-fach	26- bis 32-fach	16- bis 24-fach

<sup>a</sup>Radun et al. 2007 [29]; <sup>b</sup>Schulte et al. 2009 [30]; <sup>c</sup>EMCDDA 2006 [31]; <sup>d</sup>RKI 2007 [32]; <sup>e</sup>UNAIDS 2007 [33].  
IDUS Intravenous Drug Users, HCV Hepatitis-C-Virus, HIV Human Immunodeficiency Virus.

Quelle: Keppler, K., Stöver, H., Schulte, B.; Reimer, J. (2010): Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2010, 53, H. 2/3: 238



Das Beispiel Nordrhein-Westfalen hat gezeigt, dass mit einer konzertierten Aktion und einer multiprofessionell und interdisziplinär angelegten Arbeitsgruppe „Behandlungsempfehlungen für die Substitutionsbehandlung in Haft“ erarbeitet wurden. Diese Behandlungsempfehlungen waren der Grund für einen starken Anstieg der Substitutionsbehandlung im nordrhein-westfälischen Justizvollzug für nunmehr 1.300 Gefangene. Das heißt, man kann die Versorgungslage mit politischem Willen und interdisziplinärer Fachkompetenz mit einigen Investitionen innerhalb kurzer Zeit deutlich verbessern.

Gegenwärtig weist Deutschland aber eine völlig unzureichende und sehr heterogene Versorgungslage auf. In Bayern mit etwa 9.000 Gefangenen und justizintern angenommenen 3.000 Drogenabhängigen beispielsweise gibt es so gut wie keine medikamentengestützten Behandlungsmöglichkeiten. Bayern sieht die Substitutionsbehandlung nicht als eine adäquate Therapie Opioidabhängiger an (Süddeutsche Zeitung 2011, S. 1).

Die 2010 aktualisierten Bundesärztekammerrichtlinien weisen - um Risikolagen und Mortalität bei Behandlungsabbruch zu vermeiden - jedoch eindeutig den Weg in Richtung Behandlungskontinuität, auch in Haft oder anderen Settings (z.B. stationäre Therapie). Doch dies wird erst in den nächsten Jahren eine Wirkung auf die Fortsetzung, der in Freiheit begonnenen Substitutionstherapien entfalten können.

Behandlungskontinuität ist auch der zentrale Ansatz in der Mortalitätsprophylaxe bei Haftentlassung. Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumenten von Opioiden ist die Phase nach Entlassung aus einem Haftaufenthalt. Speziell die erste Woche nach der Haftentlassung unterliegt nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind. Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4-7fach erhöht beschrieben (WHO 2010)).

Die Behandlungskontinuität mit einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor Haftentlassung ist für eine Mortalitäts-/Morbiditätsprophylaxe für die besonders vulnerable Phase nach Haftentlassung von großer Wichtigkeit.

## **2. Entkopplung der psychosozialen Betreuung (PSB) von der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger**

Die in §5 Abs. 1 Satz 2 der BtMVV enthaltene Verknüpfung der Erlaubnis zur Substitution mit erforderlichen psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen muss gestrichen werden.

In einzelnen Bundesländern ist dieser Paragraph als Junktim verstanden worden, d.h. es dürfte nur das Substitutionsmedikament vergeben werden, wenn auch eine PSB geprüft oder gar durchgeführt wird (bei PSB-Abbruch erfolgte oft auch eine Beendigung der Substitutionsbehandlung, jedenfalls die Benachrichtigung des Arztes). So sehr wichtig es ist Menschen mit Opioidabhängigkeit psychosoziale Betreuungen anzubieten, so sinnlos und



kontraproduktiv ist eine Zwangsverknüpfung beider Hilfeebenen. Die Verknüpfung hat eher den Effekt, dass in Regionen mit einer PSB-Unterversorgung erst gar keine Substitutionsbehandlung angeboten wird, weil die Ärzteschaft Ängste von Regressen hat.

Auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer wird die Wichtigkeit der psychosozialen Betreuung (PSB) betont – eine Entkopplung ist hier bereits vorgenommen worden, jedenfalls als Ausnahmefall. Die inhaltliche und organisatorische Gestaltung der PSB wird jedoch den Trägern und Standards der Fachverbände überlassen. Es wird eine individualisierte Betreuungsform gefordert (Bundesärztekammer 2010, S. 512).

Allerdings fehlen aktuelle Standards der Drogenhilfe zur PSB. In der Praxis hat sich vor diesem Hintergrund eine höchst differenzierte und heterogene Behandlungspraxis entwickelt (Gerlach/Stöver 2009), die sich kaum auf wissenschaftliche Evidenz berufen kann. Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren, die diese Situation charakterisieren, benannt:

- a. Begrenzte wissenschaftliche Evidenz
- b. Sozialgesetzgebung und Föderalismus der Bundesländer
- c. Trägerpluralität und differierende Organisation
- d. Differenzierte Sichtweisen durch unterschiedliche Fachverbände
- e. Versorgungsdiskrepanz zwischen urbanem und ländlichem Raum
- f. Versorgungsdiskrepanz Freiheit – Haft.

Es müssen neben den Leitlinien v.a. Studien zur Wirksamkeit, Angemessenheit und Zeitpunkt der PSB gefördert werden. Die Frage, die auch in der PREMOS-Studie gestellt wird, ist wann, in welcher Lebensphase benötigen Patienten in Substitutionsbehandlung welche Hilfen? Obwohl die Länder/Kommunen viel Geld für die PSB ausgeben, bleibt am Ende doch unklar, was der Nutzen der Verknüpfung der PSB mit der medikamentengestützten Vergabe bringen soll.

Akzept unterstützt die in den Drucksachen 17/12181 + 17/12825 +17/13230 genannten Forderungen, weil sie zu einer Verschlinkung der Regelungen in der Substitutionsbehandlung führen! Damit könnten potentiell mehr Ärzte für die Substitutionsbehandlung gewonnen werden.

Berlin, 27.05.2013

Prof. Dr. Heino Stöver

Vorsitzender akzept e.V.

hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Tel: +49 69 15 33 2823