

# 25 Jahre Palette e.V.

## Substitutionsbehandlung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Hans-Günter Meyer-Thompson, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin  
Hamburg, 24.11.2014

Vor 25 Jahren wäre um diese Uhrzeit der Notarztwagen aus der Feuerwache am Berliner Tor bereits zwei Mal ausgerückt, um am Hansaplatz oder irgendwo auf St.Georg einen Heroinkonsumenten mit Überdosierung zu behandeln.

Heute gibt es – und das bereits seit vielen Jahren – an Hamburgs zentraler Feuerwache Rettungssanitäter in Ausbildung, die auch nach mehreren Monaten eine Heroinüberdosierung noch nie gesehen haben.

Dieser kleine Ausschnitt aus der Hamburger Drogenszene verdeutlicht, dass irgendetwas Grundlegendes geschehen sein muss.

Von jedem Blickwinkel aus betrachtet lautet die Erklärung: Es hat Sinn gemacht, die ärztliche Abgabe von Opioiden an Opioidabhängige zu legalisieren und ein paar zusätzliche drogenpolitische Bausteine zu setzen. Die zweite Erklärung lautet: Wenn vernünftige drogenpolitische und suchtmmedizinische Vorschläge aus politisch-ideologischen Gründen blockiert werden, gibt es Tote.

Die Substitutionsbehandlung, die Ende der 1980er Jahre in anderen Ländern längst etabliert war, gibt dafür ein sehr anschauliches Beispiel, auch in ihrer aktuellen Weiterentwicklung:

Vor 26 Jahren, am 1.3.1988, erhielten in Nordrhein-Westfalen die ersten Heroinabhängigen in Deutschland legal Levomethadon (Polamidon®) zur Behandlung ihrer Erkrankung. Frankfurt und Hamburg folgten kurze Zeit später. Seitdem ist die anfangs umstrittene Therapie mit einem Ersatzmittel für Heroin zur Behandlung der ersten Wahl geworden.

Erste positive Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung wurden in Deutschland bereits zu Beginn der 1970er Jahre gemacht, doch ein abstinenzbesessenes Bündnis aus Drogenhilfe und –therapie mit der Politik verhinderten die Einführung dieser Behandlung, was Tausenden von Konsumenten in den folgenden drei Jahrzehnten das Leben gekostet hat.

### **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, um den international üblichen Begriff zu benutzen, zur Behandlung der ersten Wahl bei Opioidabhängigkeit wurde.

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 nun im Detail um die Substitutionsbehandlung in Deutschland?**

### **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:



Abb. 1: Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten 2002-2013, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2014

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. Die Substitutionskohorte in Amsterdam, wo zehn Jahre früher als in Deutschland begonnen wurde zu substituieren, geht bereits auf die 50 zu.

### **Stetig sinkende Zahl der Drogentoten bis 2012 – erneuter Anstieg 2013**

Anfang der 1990er Jahre, vor der Zulassung der Substitutionsbehandlung auf Bundesebene, 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, und erst 2013 wieder angestiegen. Der Anstieg verteilt sich bundesweit ziemlich gleichmäßig, die Gründe sind nicht eindeutig zu benennen.

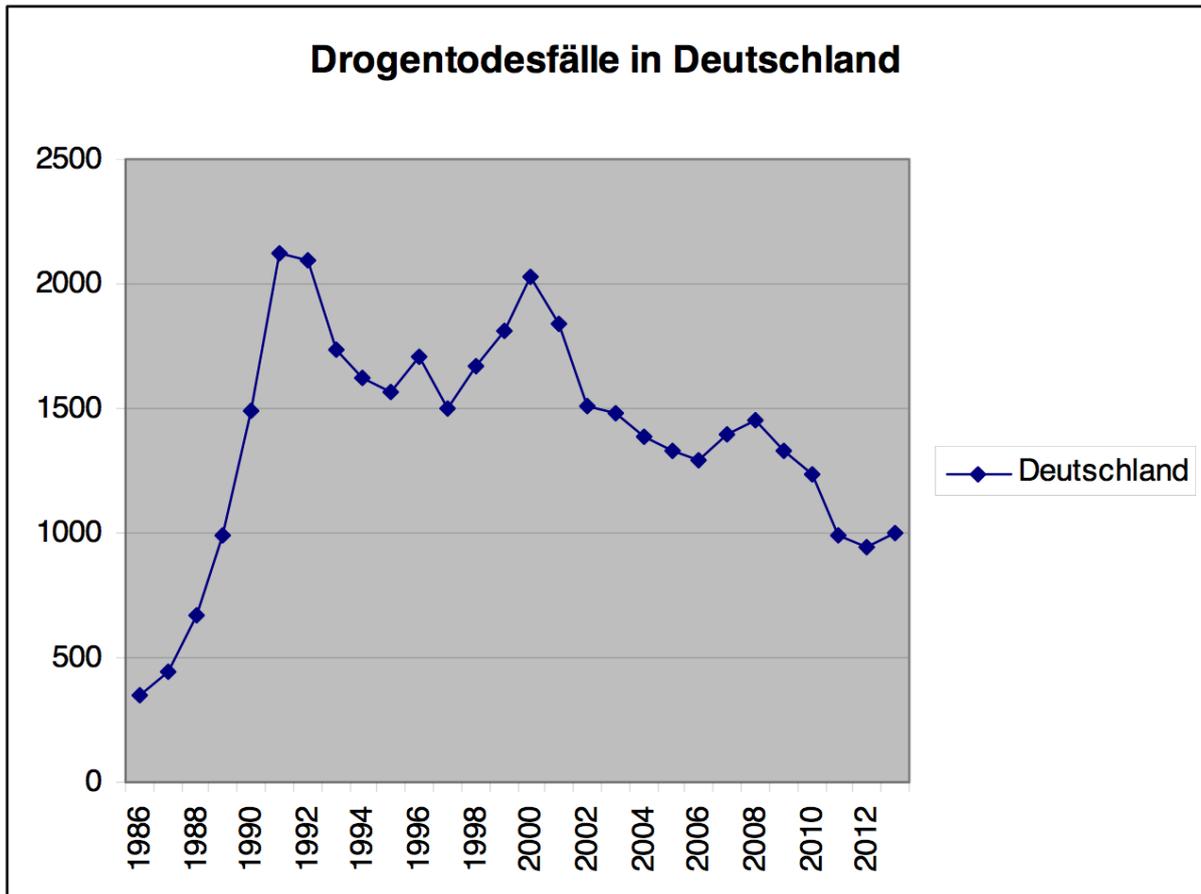


Abb. 2: Drogentodesfälle 2004-2013, aus: Bundeskriminalamt, Rauschgiftlage 2013, April 2014

### 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 01.07.2013)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	28 %
4 – 50	52 %
51 – 150	18 %
über 150	2 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Abb. 3: Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2014

Die durchschnittliche Zahl der Patienten pro Arzt bzw. Ärztin ist über die Jahre auf knapp 30 angestiegen. Deutliche Unterschiede ergeben sich zwischen städtischen Zentren und eher ländlichen Gebieten: In manchen Regionen besteht wegen der geringen Anzahl substituionsbereiter 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:

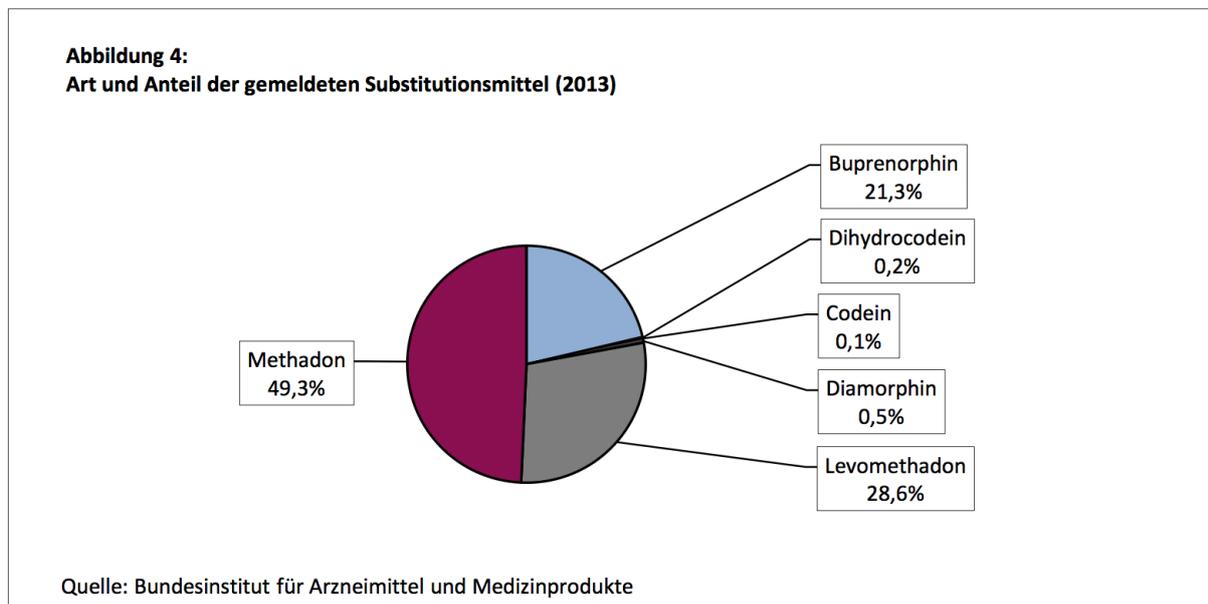


Abb. 4: Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (2013), aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2014

Vollagonisten 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 einigermaßen freier Medikamentenwahl durch Ärzte wie Patienten - eine Relation von 4:1 ergeben hat. Selbst das 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 und in der Schweiz bewährt haben, in Deutschland voraussichtlich erst ab Frühjahr 2015 in der Substitutionsbehandlung verordnet werden dürfen.

Über 70.000 Patienten mit einer chronischen Erkrankung sind eine Größenordnung, die für die Hersteller berechenbar und einträglich ist. Sanofi gewinnt mit Levo-Methadon / Polamidon® ständig mehr Marktanteile im Vergleich mit Methadon; bei den Buprenorphin-Monopräparaten muss sich Reckitt-Benckiser den vormals monopolisierten Markt mittlerweile mit einem halben Dutzend konkurrierender

Anbieter teilen und hat nur noch einen Marktanteil um 50 Prozent. Das Kombinationspräparat Buprenorphin-Naloxon (Suboxone®) spielt in Deutschland keine große Rolle: Weniger als fünf Prozent hält dieses Präparat an der Gesamtheit der verordneten Substitutionsmittel.

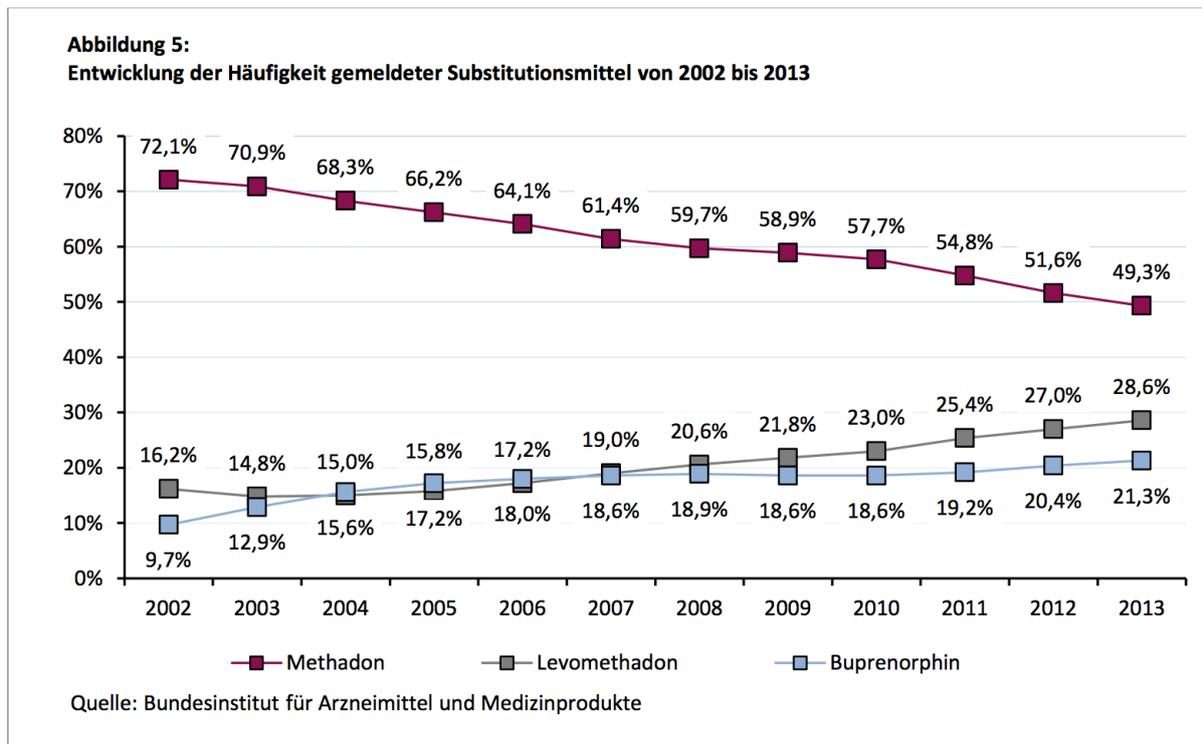


Abb. 5: Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel 2002-2013, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister 2014, Januar 2014

Die restriktive Zulassung zur Behandlung mit Diamorphin/Heroin sowie die mangelnde Bereitschaft der Kommunen haben eine Ausweitung dieser Behandlungsform verhindert, obwohl aus der Schweiz bekannt ist, dass Indikation und Bedarf weitaus höher liegen als der unter einem Prozent liegende Anteil der Verordnungen von Diamorphin/Heroin an Substitutionsmedikamenten in Deutschland.

### 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 („harmreduction“) neben der Abgabe von Nadeln und Spritzen und der Einrichtung von Konsumräumen einen entscheidenden Anteil gehabt.

Anzahl der HIV-Erstdiagnosen

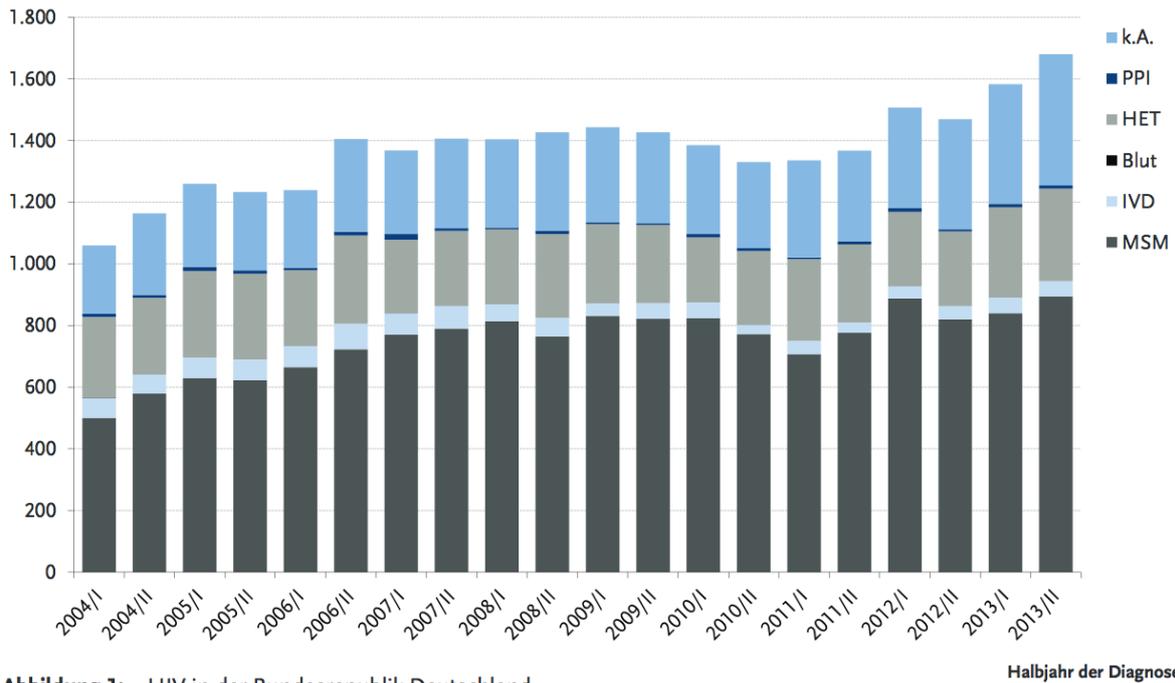


Abbildung 1: HIV in der Bundesrepublik Deutschland

HIV-Erstdiagnosen<sup>3</sup> nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko<sup>5,6,7</sup>

Halbjahr der Diagnose

Stand: 1.3.2014

Anzahl HIV-Infektionen

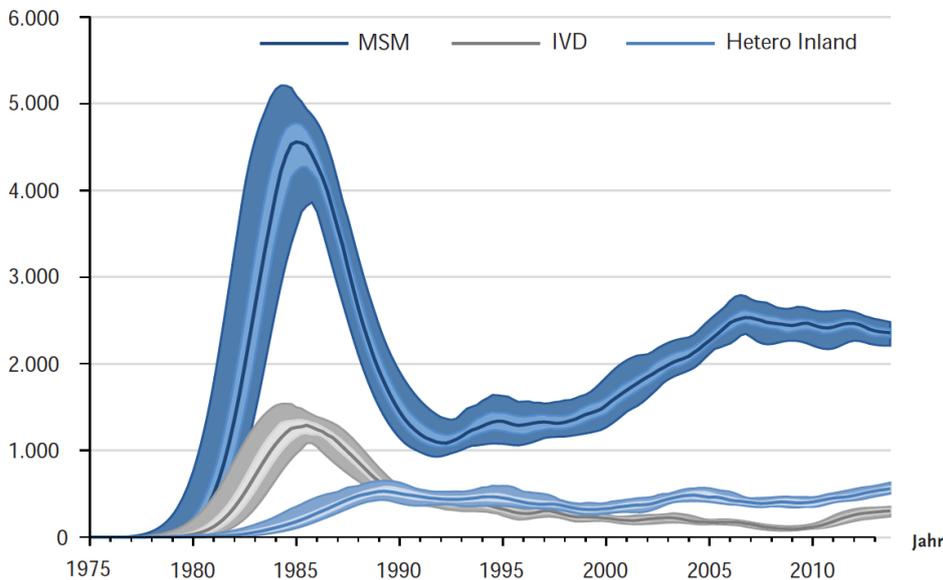


Abb. 2: Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland seit Beginn der HIV-Epidemie: 1975–2013 nach Infektionsjahr und Transmissionsgruppe (MSM, IVD und Hetero Inland)

Abb. 6a und b: HIV-Erstdiagnosen nach Halbjahr der Diagnose und Infektionsrisiko 2004–2013 und geschätzte Anzahl der HIV-Infektionen 1975–Ende 2013 nach Transmissionsgruppen; aus: RKI – Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 03. November 2014 / Nr. 44/2014

(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 Therapiezuverlässigkeit 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. Zur Gentrifizierung von St.Georg hat insofern auch die Substitutionsbehandlung beigetragen.

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 Praxis und Qualität der Therapie zeigen sich auch Schattenseiten der Substitutionsbehandlung, vor allem bei den Dosierungen:

*„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 es besteht Bedarf 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. Dieses Verständnis von Substitution bahnt geradezu den sogenannten Beikonsum von zusätzlichen Substitutionsmedikamenten, von illegalen Opioiden oder auch von anderen Substanzen.

### **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, Opioiden 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 und hitziger Debatten in der Ärzteschaft – 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 – aber nicht um jeden Preis**

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.

Mit den neuen Substanzen kann endlich eine Heilungsquote von über 90 Prozent erzielt werden. Bereits die unlängst zugelassenen versprechen Virusfreiheit bei neun von zehn Patienten; die demnächst zur Verfügung stehenden Kombinationspräparate dürften auch eine mögliche Resistenzbildung verhindern.

Die Preise allerdings sind unerschämte. Empfohlen wird deshalb verschiedentlich, aktuell nur diejenigen HCV-Infizierten zu behandeln, bei denen eine dringende Indikation vorliegt. Bei manchen anderen ist es zu verantworten, die Behandlung erst zu beginnen, wenn die Medikamentenpreise ein Jahr nach Zulassung des Präparats deutlich gesenkt werden.

In zahlreichen Studien ist gut belegt, dass substituierte HCV Patienten mit gleichen Erfolgsaussichten behandelt werden können wie Nicht-Opioidabhängige. Und bereits für die Interferon-basierte Behandlung galt: *„Mit Interferon behandelte HCV-Patienten hatten tendenziell bessere substitutionsbezogene Outcomes als Patienten, die nicht*

mit Interferon behandelt wurden.“ (Schäfer, 2009)

### **Behandlung psychischer Begleiterkrankungen „beunruhigend defizitär“**

Nicht befriedigend sieht es 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 substituiert Eltern gesichert werden kann, ist nicht abgeschlossen: Ob – wie in Bremen - penible Kontrollen, flächendeckende Haarproben und generell eingeschränkte Mitgaben der Medikamente (unter überzogener Auslegung von BtMVV und Richtlinien der Bundesärztekammer) erfolgreicher sind als die Konzepte, die vor allem auf enge Kooperation der Ärzte mit Jugendämtern bzw. Allgemeinen Sozialen Diensten und psycho-sozialen Behandlungseinrichtungen setzen (wie in Hamburg, Köln, Berlin und anderen Städten vereinbart), muss sich erst noch herausstellen.

Die Bundesärztekammer hat 2012 dazu festgestellt, dass die rechtlichen Voraussetzungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und die Richtlinien der Bundesärztekammer ausreichend Instrumente bieten, für eine individuelle Therapie substituiert 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 beliefenden Apotheken
7. Regelungen zur Schweigepflichtentbindung

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

### **Alternde Substitutionspatienten – eine vereinsamte Generation**

Erst allmählich hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, 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 bis Ende der 1980er Jahre lebten rund 1000 heroinabhängige Deutsche in Amsterdam und in anderen niederländischen Städten, die geflohen waren vor der justiziellen Verfolgung zu Hause und vor dem damals 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 Substitutions-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.

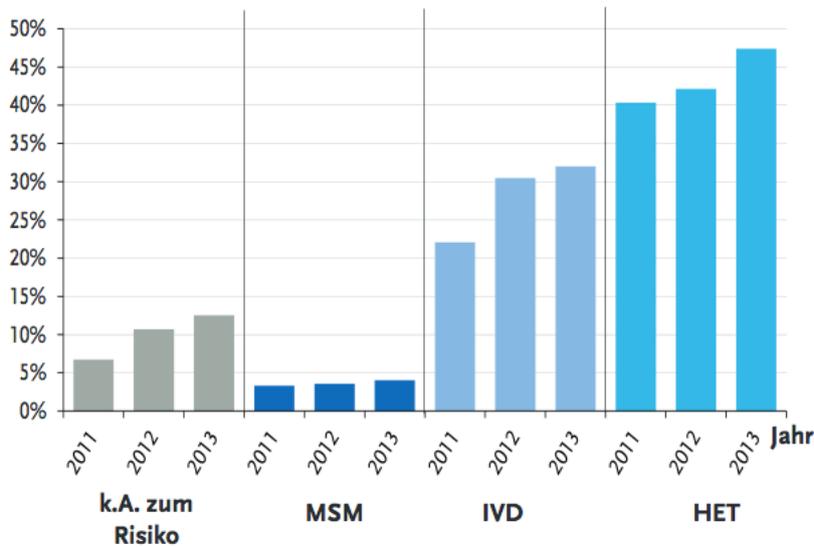


Abb. A: Anteile der im Ausland erworbenen HIV-Infektionen in den Jahren 2011–2013 nach Infektionsrisiko

Abb. 7a: Anteile der im Ausland erworbenen HIV-Infektionen in den Jahren 2011-2013 nach Infektionsrisiko, aus: RKI, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 30. Juni 2014 / Nr. 26/2014

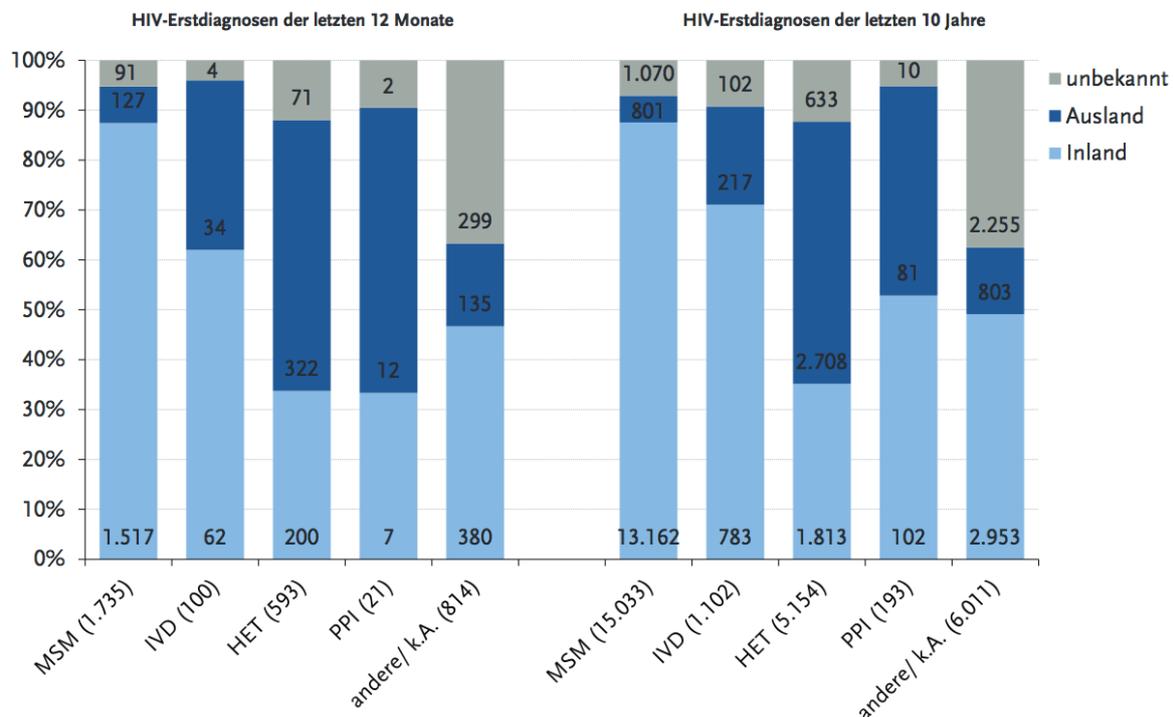


Abbildung 2: HIV-Erstdiagnosen<sup>3</sup> nach wahrscheinlichem Infektionsweg<sup>5,6,7</sup> und Infektionsregion

Stand: 1.3.2014

Abb. 7b: HIV-Erstdiagnosen nach wahrscheinlichem Infektionsweg und Infektionsregion, aus: RKI, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 30. Juni 2014 / Nr. 26/2014

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 zudem befürchten, dass auch wir es bald mit einer steigenden Anzahl multiresistenter Tuberkulosefälle zu tun haben könnten, 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 Heroinabhängige vorkommen, die nach allen Kriterien als schwerstabhängig bezeichnet werden dürfen und bei denen also ein Behandlungsversuch mit Diamorphin, also Heroin selbst, aussichtsreich sein könnte. Gerade mal um die 500 Patienten werden auch zwölf Jahre nach Beginn dieser Behandlungsform in Deutschland und bald fünf 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 sind seit der Zulassung von Diamorphin lediglich in Berlin und in Stuttgart neue Ambulanzen eingerichtet worden.

Zum anderen sind die Zugangsvoraussetzungen für den einzelnen Patienten erheblich strenger reglementiert als für die anderen Substitute, so dass infolgedessen weniger als ein Prozent der Substitutionspatienten in Deutschland dieses Mittel erhalten, obwohl nach allen Erfahrungen aus der Schweiz und aus anderen Ländern mit Heroinprogrammen die fünf- bis zehnfache Anzahl die Indikation dafür aufweisen könnte.

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 2008 teilten sich knapp 21 % der Drogen gebrauchenden Gefangenen manchmal oder immer Spritzen und Nadeln im Gefängnis (Eckert / Weilandt, 2008). Daran hat sich nicht viel geändert.

Dass eine rasche Ausweitung der Substitutionsbehandlung in Haftanstalten möglich ist und Vorteile für die einzelnen Gefangenen und für das Gefängnisklima insgesamt bringt, hat das Justizministerium in Düsseldorf in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen unlängst bewiesen, als innerhalb weniger Monate die Substitutionsbehandlung in den Haftanstalten massiv ausgeweitet wurde und die Gefängnisärzte quasi verpflichtet wurden, diese Therapie anzubieten.

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)

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrecht hat wegen eines Falls von Substitutionsverweigerung in Bayern bei einem HIV- und HCV-infizierten Häftling die Bundesregierung zu einer Stellungnahme aufgefordert. Die Antwort ist leider nicht öffentlich.

Im Maßregelvollzug nach §64 Strafgesetzbuch ist mittlerweile jeder zweite Patient 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 ärztlicher 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 Summen 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)

Wenn die Verpflichtung zur PSB aus der BtMVV gestrichen wird, dann werden sich die PSB-Einrichtungen darauf einstellen müssen, ihre Behandlungskonzepte vermehrt auf die individuellen Bedarfe ihrer Klienten auszurichten und zusätzliche Finanzierungsmodelle zu finden. Sonst werden ihnen die Fördermittel entzogen – einige Kommunen warten nur darauf, im Sozialhaushalt Gelder einsparen zu können.

### **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 2013 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 Hamburg und 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. Der Mangel an Psychotherapie für dieses Klientel hat daran einen nicht geringen Anteil. 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 die Abstinenz als Ziel verankert; die Substitutionsärzte wiederum laufen Gefahr, bei patientenorientierter, richt- und leitlinienkonformer 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 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 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) 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 Berufsgerichtsbarkeit der Landesärztekammern. (Backmund/Meyer-Thompson, 2013; Backmund, Isernhagen, Meyer-Thompson, Walcher, 2014)

*„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 „Kauffahrteischiffen“ regelt.“* (Beschluss des 116. Deutschen Ärztetags, Antrag VI 41, Hannover, 30.05.2013)

Im Bundesgesundheitsministerium kursiert aktuell eine Ausarbeitung von Alternativen im Substitutionsrecht, die hoffen lässt, dass eine akzeptable Reform der rechtlichen Grundlagen mehrheitsfähig wird.

### **Honorarwesen: 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. Damit sollte auch der Sicherstellungsauftrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland für die ambulante Behandlung haben, erfüllt werden. 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 unter Sicht in Praxen und Ambulanzen 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.

## Substituierende Ärzteschaft mit Nachwuchssorgen

Ein letzter Punkt, der Sorgen macht: Nicht nur unsere Patienten altern, die substituierende Ärzteschaft altert ebenfalls. Fast die Hälfte der substituierenden Ärzteschaft geht in den kommenden fünf Jahren in den Ruhestand; 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. Substituierende Kollegen, die ihre Praxen aus Altersgründen abgeben wollen, berichten, dass potentielle Nachfolger nicht immer von Substitutionspatienten in der Praxis angetan sind und schon mal fordern, bei Praxisübernahme diese Patienten anderswo behandelt sehen zu wollen. Ein reformiertes Substitutionsrecht könnte die Grundlage schaffen, einer nachwachsenden Ärztegeneration die berechtigte Angst vor Strafverfahren zu nehmen.

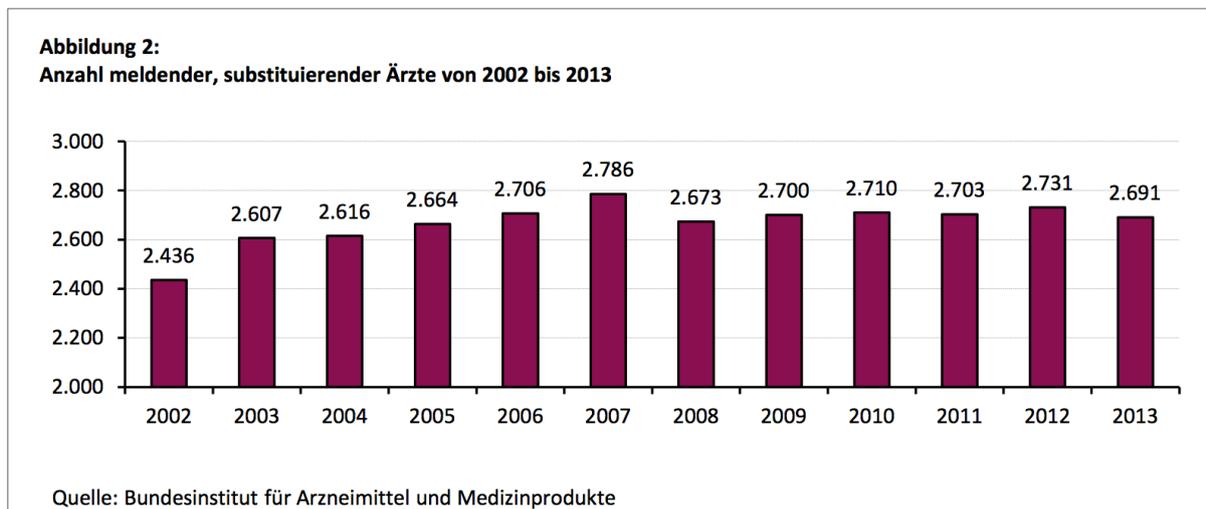


Abb.8: Anzahl meldender, substituierender Ärzte von 2002 bis 2013, aus: BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bericht zum Substitutionsregister 2014, Januar 2014

## Fazit

Die Zulassung der Substitutionsbehandlung vor über 20 Jahren hat zehntausenden 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.“

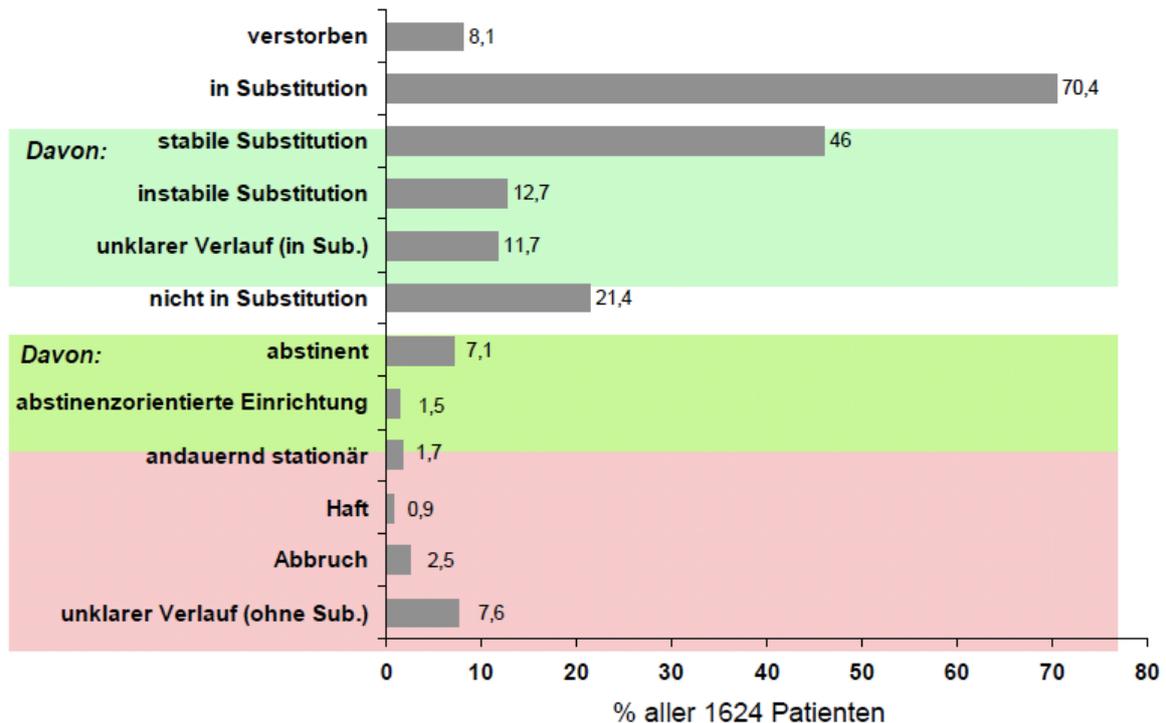


Abb.9: PREMOS, Outcome nach 6 Jahren, aus: PREMOS, Abschlussbericht 2011

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.

## **Schussfolgerungen und Anregungen**

Das Substitutionsrecht muss der Wissenschaft folgen – eine Überarbeitung der entsprechenden BtMVV-Abschnitte ist überfällig.

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, den sie im medizinischen Alltag haben.

Drittens bedürfen spezielle Patientengruppen wie alternde Patienten, Migranten, substituierte Eltern, opioidabhängige Strafgefangene und Patienten mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen besonderer Aufmerksamkeit, die ihnen derzeit nicht überall 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. 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 Initiative ausdrücklich von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung sowie in einem einmaligen Schulterschluss von den Gesundheitspolitikerinnen und -politikern aller im Bundestag vertretenen Parteien.

Eingangs stellte ich die Behauptung auf, dass die Blockade vernünftiger und evidenzbasierter Entscheidungen in der Drogenpolitik schädlich ist, ja tödliche Auswirkungen haben kann.

Hamburg hat Ende der 1980er Jahre nach vergleichsweise kurzer politischer Debatte den Weg frei gemacht für eine schadensmindernde Drogenpolitik. Daran beteiligt war eine große Koalition der Vernunft: Senat, Ärztekammer und nach einigem Zögern auch das etablierte Suchthilfesystem haben unter dem Druck der Einwohner von St.Georg, der Polizei, der Landesstelle gegen Suchtgefahren, der lokalen Medien und einer sehr aktiven Gruppe um das Gründungsteam der späteren Palette zum Teil sehr persönlich verantwortete Entscheidungen getroffen, die für die Heroinabhängigen wie für die Stadt den Schaden gemindert haben. Die Verantwortlichen der Stadt waren sogar bereit, im sogenannten Substitutionsvertrag mit Kammern, KV und Krankenversicherungen den Rahmen sehr viel weiter zu stecken, als das nach bundesweiter Regelung damals eigentlich möglich war: Hier wurden die Indikationen für den Behandlungszugang erweitert und die Abgabe über wohnungsnaher Apotheken etabliert, als das bundesweit noch völlig tabu war. Seitdem haben in dieser Stadt Heroinabhängige die Möglichkeit, innerhalb von 24 Stunden zu entziehen oder sich substituieren zu lassen.

Es fällt auf, dass neben Hamburg nur Frankfurt und mit Einschränkungen auch Köln bereit waren, kommunale Gelder in nennenswertem Umfang bereitzustellen für Substitution, Gesundheitsräume, Entzugsbetten und Heroinprogramm. Städte also, die unabhängig von der Parteizugehörigkeit der jeweiligen Bürgermeister eine halbwegs ausgewogene Sozialpolitik betreiben und wo – wegen der Tradition als

Handels- und Bankenstädte – bei politischen Entscheidungen auch die Frage üblich ist, was das denn kostet, wenn man es **nicht** macht.

Meine persönliche Anregung lautet deshalb, dass Hamburg sich an zwei neuen Initiativen Frankfurts beteiligen sollte: An der Abgabe von Naloxon - das Gegenmittel bei Heroinüberdosierungen - an Konsumenten und ihr Umfeld, um die Zahl der Drogentoten noch weiter zu senken.

Und Hamburgs Politiker könnten den Mut aufbringen, sich für eine Überprüfung des Betäubungsmittelgesetzes einzusetzen, wie es die Initiative der Strafrechtsprofessoren vorschlägt, insbesondere, was den Umgang mit Cannabis betrifft.

Drogenpolitisch vernünftig wäre das – und aus hanseatisch-merkantiler Sicht würde sich das auch rechnen. Ganz in Echt.

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.ecomedmedizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/11786](http://www.ecomedmedizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/11786)

Zwei Jahre BtMVV-Änderungsinitiative der DGS: Informationen zum Stand der Diskussion – Kommt zum Winter die Reformvorlage?

„Ärzte dürfen durch betäubungsmittelrechtliche Regelungen „nicht mit einem Bein im Gefängnis“ stehen“ (Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung)

Backmund, Isernhagen, Meyer-Thompson, Walcher, 19.11.2014

[http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info\\_extra\\_20141118/BtMVV-Initiative -  
\\_DGS - Stand 18.11.2014.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_extra_20141118/BtMVV-Initiative_-_DGS_-_Stand_18.11.2014.pdf)

BERICHT ZUM SUBSTITUTIONSREGISTER, Januar 2014

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - Bundesopiumstelle / 84.1 / 10.02.2014

Bundesärztekammer, Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, Berlin 2010

Drogen- und Suchtbericht, 2014, 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

IKS - Initiativkreis Substitutionstherapie: „Bitte substituieren Sie!“  
<http://www.bitte-substituieren-sie.de/> [bitte-substituierensie.de/home.html](http://bitte-substituierensie.de/home.html)

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

Rauschgiftlage 2013, Hrsg.: Bundeskriminalamt und Drogenbeauftragte der Bundesregierung 17.04.2014

RKI Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 30.06 2014 / Nr. 26/2014

RKI Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin - aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health, 03. November 2014 / Nr. 44/2014

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 opioiddependent 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