

Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung in Deutschland – eine Bilanz

**Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung an der Hochschule Darmstadt,
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit
vorgelegt von Eva Brück
Matrikel-Nr. 731018**

Erstreferentin: Frau Prof. Dr. rer. soc. Angelika Groterath
Zweitreferent: Herr Volker Weyel

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	acquired immune deficiency syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom/ Immunschwächekrankheit)
BÄK-RL	Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutiongestützten Behandlung Opiatabhängiger
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
d.h.	das heißt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	human immunodeficiency virus (menschliches Immunschwächevirus)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
i.v.	intravenös
MVV-RL	Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)
REMOS-Studie	Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments- Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger (Untersuchung von 2.284 Substitutionspatienten über 6 Jahre)
PSB	Psychosoziale Betreuung
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Definition und Klassifikation von Abhängigkeit	4
2.1 Drogenkonsum und Abhängigkeit in Deutschland	5
2.2 Entstehung der Abhängigkeit	7
3. Opioidabhängigkeit	8
3.1 Die Droge „Heroin“	10
3.2 Zahlen Heroinabhängiger und Opioidabhängiger	11
4. Definition und Situation der Substitutionsbehandlung	11
4.1 Anzahl der Substitutionspatienten	12
4.2 Anzahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen	13
4.3 Versorgungslage	14
4.4 Art und Anteil der Substitutionsmittel	16
4.4.1 Methadon	16
4.4.2 Buprenorphin	18
4.4.2.1 Buprenorphin + Naloxon	19
4.4.3 Codein	19
4.4.4 Diamorphin	20
4.5 Geschichte der Substitutionsbehandlung	20
4.6 Substitution in Deutschland	22
5. Regelwerk der Substitutionsbehandlung	23
5.1 Betäubungsmittelgesetz	23
5.2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	25
5.3 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	27
5.4 Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung	31

6. Psychosoziale Betreuung	32
6.1 Finanzierung der PSB	33
6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	34
6.2.1 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	34
6.2.2 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	34
6.2.3 Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung	35
6.3 Wirksamkeit der PSB	35
7. Ziele der Substitutionsbehandlung	36
7.1 HIV und AIDS	37
7.2 Hepatitis B	39
7.3 Hepatitis C	40
7.4 Psychische Komorbidität	42
7.5 Beikonsum	43
7.6 Beschaffungskriminalität	43
7.6.1 Substitution in Haftanstalten	45
7.7 Berufliche Situation	45
7.8 Soziale Situation	47
7.9 Mortalität	47
7.9.1 Todesfälle durch Substitutionsmittel	49
7.10 Abstinenz	50
7.11 Haltequote	51
8. Resümee	51
9. Quellenverzeichnis	54
Erklärung	60

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Substitutionsbehandlung in Deutschland. Bei der Substitutionsbehandlung handelt es sich um die Behandlung von Personen, die an einer Abhängigkeit von Opioiden, meist Heroin, leiden. Umgangssprachlich wird diese Behandlungsform auch Drogensubstitution oder Drogenersatztherapie genannt. Die Behandlung erfolgt mit Opioidersatzmitteln, den sogenannten Substitutionsmitteln und der vorgesehenen, integrierten psychosozialen Betreuung.

Opioidabhängigkeit ist geprägt durch eine Vielzahl sozialer und gesundheitlicher Folgen. Mit der Substitutionsbehandlung sollen die Schäden minimiert und das Überleben der Betroffenen gesichert werden. Die Substitutionsbehandlung kann kurz- und langfristig erfolgen. Um eine Bilanz ziehen zu können, beziehe ich mich in dieser Arbeit auf die langfristige Substitutionsbehandlung.

Keine Droge wird so verteufelt wie das Opioid Heroin. Die Droge steht symbolisch für alle Drogengefahren. Assoziiert wird die Heroinabhängigkeit mit der Verelendung der Betroffenen. Das Bild des Fixers, der mit Nadel im Arm in der Bahnhofstoilette liegt, ist in vielen Köpfen verankert.

Im Vergleich zu anderen Drogen, wie zum Beispiel Alkohol sind die Zahlen der Konsumenten in Deutschland gering. Die Zahl der Konsumenten ist seit Jahren rückläufig. Immer weniger junge Menschen konsumieren Heroin.

Ausschließlich abstinenzorientierte Konzepte und Strategien der Drogenhilfe und Drogenpolitik erwiesen sich in den letzten Jahrzehnten als nicht tragfähig. Ende der achtziger Jahre begann ein Umdenken in Richtung akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Dies ist nicht zuletzt der rapiden Verbreitung des HI-Virus in dieser Zeit geschuldet. AIDS als „Motor der Akzeptanz“ (Viethen 2005, S. 286). Zudem zwangen die hohen Zahlen der Drogentoten ein umdenken. Die öffentlich sichtbare Drogenszene führte ebenso zu einem Paradigmenwechsel. Nun wurde klar, dass das hochschwellige Drogenhilfesystem an den Möglichkeiten vieler Abhängiger vorbei ging. Die Geschichte der Substitutionsbehandlung in Deutschland begann. Ziel meiner Arbeit ist es, die Substitutionsbehandlung in Deutschland zu beleuchten und zu versuchen eine Bilanz zu ziehen, in Bezug auf Ziele, Erfolge und mögliche Defizite der Substitutionsbehandlung.

Die Abhängigkeit von Drogen ist in Deutschland weit verbreitet. Das folgende Kapitel gibt eine Einführung in die Drogenkonsumproblematik und die Arten von Drogen, um die Opioidabhängigkeit im Vergleich mit den anderen Drogen einordnen zu können. Dabei werde ich mich aus Platzgründen ausschließlich auf die stoffgebundenen Substanzen beziehen. Des Weiteren werde ich versuchen zu erklären, was eine Abhängigkeit ist und wie sie entsteht.

Die Opioidabhängigkeit ist Ausgangspunkt der Substitutionsbehandlung. Darum werde ich im dritten Kapitel ausführlich auf diese Erkrankung eingehen. Weil der größte Teil der Substitutionspatienten unter einer Abhängigkeit von Heroin leidet, werde ich hier genauer auf diese Droge eingehen.

Im vierten Teil werde ich mich ausführlich mit der Situation der Substitutionsbehandlung in Deutschland beschäftigen. In diesem Teil werde ich klären, wie viele Patienten sich in Behandlung befinden, wie viele Ärzte und Ärztinnen in Deutschland substituieren und mit welchen Medikamenten substituiert wird. Um die Entwicklung dieser Behandlungsform zu verstehen, werde ich die nationale und internationale Geschichte der Substitution beleuchten.

Die Substitutionsbehandlung ist umgeben von Gesetzen und Regelungen, die das Fundament der Substitution stellen. Alle die sich mit der Behandlung von Opioidabhängigen befassen, sind dazu gezwungen sich mit diesen Gesetzen und Regelungen auseinander zu setzen. Im fünften Kapitel zeige ich diese Gesetze und Regelungen exemplarisch auf.

Ein weiterer Baustein neben der medizinischen Versorgung ist die psychosoziale Betreuung während der Substitution. Durchgeführt wird die Betreuung vor allem durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen. Die Substitutionsbehandlung wird nicht nur aus rein medizinischer Perspektive betrachtet, sondern als eine Schnittstelle mehrere Disziplinen. In Kapitel sechs werde ich mich ausführlich mit diesem Baustein befassen. Dabei gilt es zu klären, was unter dieser Betreuungsform verstanden wird und was sie beinhaltet.

Im siebten Teil werde ich die einzelnen Ziele der Substitutionsbehandlung beleuchten. Dabei geht es mir darum, eine Bilanz zu ziehen, welche Auswirkungen die Opioidabhängigkeit auf die Betroffenen hat, wie die aktuelle Situation in den einzelnen Bereichen aussieht und wie die Substitutionsbehandlung die einzelnen Bereiche beeinflusst.

Anschließend werde ich mein Resümee vorstellen, mit dem daran anschließenden Quellenverzeichnis.

Hinweis zu Gender Formulierung: Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Form beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form steht.

2. Definition und Klassifikation von Abhängigkeit

Die regelmäßige Einnahme von Drogen kann zu einem Abhängigkeitssyndrom führen. Nach der Definition der ICD-10 der WHO liegt das Abhängigkeitssyndrom vor, wenn bei einem Menschen drei oder mehr der folgenden Kriterien zusammen mindestens einen Monat lang auftreten. Falls sie nur eine kürzere Zeit gemeinsam auftreten, sollen sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt auftreten. Nach heutigem Stand der Wissenschaft wird Abhängigkeit als psychische Störung angesehen (Vgl. Deimel 2013, S. 18).

Im DSM-IV findet sich die Abhängigkeit im Kapitel „Substance Use Disorders“. In dieser Klassifikation wird auf vergleichbare Weise vorgegangen (Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2013, S. 18).

Kriterien der Abhängigkeit:

1. Ein Zwang oder starkes Verlangen die Substanz zu konsumieren.
2. Kontrollverlust über den Konsum, d. h. über Beginn und Beendigung oder Menge des Konsums. Die Substanz wird in größeren Mengen, oder über einen längeren Zeitraum als geplant konsumiert. Versuche den Konsum zu kontrollieren oder zu verringern scheitern.
3. Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird.
4. Eine Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für den gewünschten Effekt müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Mengen deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch. Vernachlässigung von Interessen und Aufgaben. Hoher Zeitaufwand die Substanz zu konsumieren, sich davon zu erholen und sie zu beschaffen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch, trotz schädlicher Folgen. Fortgesetzter Gebrauch, ob-

wohl der Betroffene sich über die Ausmaße seines Konsums bewusst ist, oder sein könnte.

(Vgl. Deutsche Hautstelle für Suchtfragen 2013, S. 17).

2.1 Drogenkonsum und Abhängigkeit in Deutschland

Unterschieden wird zwischen harten und weichen Drogen. Der Begriff „harte“ Droge soll das Gefährdungspotenzial darstellen, der von der Droge ausgeht. Allerdings ist dieser Ansatz sehr unflexibel und überholt. Des Weiteren wird zwischen legalen und illegalen Drogen unterschieden.

Drogenkonsum bedeutet in vielen Fällen einen seltenen oder einmaligen Konsum. Die 12-Monats-Prävalenz zeigt den Drogenkonsum der Befragten in den letzten 12 Monaten (Tabelle 1). Dies ist ein Indikator, um Anhaltspunkte über die aktuellen Konsumentenzahlen zu erheben. Die Lebenszeitprävalenz (Tabelle 2) ist kein Indikator für die aktuellen Konsumentenzahlen, zeigt jedoch, wie viele Befragte jemals in ihrem Leben Drogen konsumiert haben (Vgl. DBDD 2013, S. 21).

In Deutschland sind etwa 1,77 Millionen Menschen alkoholabhängig. Nur 3,6% der Menschen zwischen 18-64 Jahren haben nach Befragungen noch nie Alkohol konsumiert (Vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014, S. 17).

Etwa 14,7 Millionen Menschen rauchen in Deutschland. 110.000 sterben an den Folgen des Rauchens im Jahr (Vgl. ebd., S. 23).

2,31 Millionen Menschen zeigen eine Abhängigkeit von Medikamenten wie Schmerz-, Schlaf-, oder Beruhigungsmitteln. Vor allem Frauen zeigen eine Abhängigkeit. In den letzten Jahren ist die Zahl der Medikamentenabhängigen deutlich gestiegen (Vgl. ebd., S. 29).

Cannabis ist die meist konsumierte illegale Droge in Deutschland. 23,2% der Bevölkerung hat bereits mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. 0,5% der Allgemeinbevölkerung zeigt eine Cannabisabhängigkeit auf (Vgl. ebd., S. 35).

0,2% weisen eine Kokainabhängigkeit auf. Für die 12-Monats-Prävalenz zeigt sich ein Wert von 0,8%. Eine Amphetaminabhängigkeit zeigen 0,1% der Menschen auf. Die 12-Monats-Prävalenz zeigt einen Wert von 0,7% für Amphetamine. Hochgerechnet sind es etwa 319.000 Menschen im Alter von 18-64 Jahren, die eine Abhängigkeit einer der drei Substanzen Cannabis, Kokain, oder Amphetamin aufzeigen. Der Konsum illegaler Drogen ist in den letzten Jahren stabil geblieben (Vgl. ebd., S. 35).

Tabelle 1, 12-Monats-Prävalenz (Quelle: DBDD 2013, S. 29)

12-Monats-Prävalenz	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge ¹⁾	4,9	6,4	3,3	16,8	13,9	10,2	6,5	2,0	1,2	0,4
Cannabis	4,5	6,0	3,0	16,2	13,7	9,8	5,7	2,0	0,9	0,1
Andere als Cannabis	1,4	2,1	0,7	2,4	3,0	3,2	2,6	0,6	0,4	0,2
Amphetamine	0,7	1,2	0,3	1,6	2,1	2,4	0,6	0,5	0,1	0,0
Ecstasy	0,4	0,7	0,1	0,7	0,8	1,7	0,3	0,4	0,1	0,0
LSD	0,3	0,5	0,1	0,6	0,3	1,3	0,1	0,3	0,0	0,0
Heroin	0,2	0,3	0,1	0,3	0,0	0,7	0,2	0,2	0,0	0,0
Andere Opiate	0,3	0,4	0,3	0,1	0,1	0,7	0,8	0,1	0,2	0,1
Kokain	0,8	1,3	0,3	1,4	0,8	1,5	1,8	0,5	0,2	0,2
Crack	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0
Pilze	0,3	0,5	0,1	0,5	0,6	1,0	0,4	0,3	0,0	0,0
NPS	0,2	0,3	0,0	0,7	0,1	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0

Tabelle 2, Lebenszeitprävalenz (Quelle: DBDD 2013, S. 28)

Lebenszeitprävalenz	Geschlecht			Altersgruppen						
	Gesamt	Männer	Frauen	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-64
Irgendeine ill. Droge ¹⁾	23,9	28,3	19,3	23,6	31,3	41,3	36,1	20,4	15,0	8,4
Cannabis	23,2	27,5	18,6	23,0	30,8	41,1	35,4	19,7	14,1	7,7
Andere als Cannabis	6,3	7,8	4,8	3,3	7,8	12,1	11,0	4,9	3,6	2,6
Amphetamine	3,1	4,4	1,8	2,4	4,5	6,8	5,3	2,1	1,5	1,3
Ecstasy	2,7	3,6	1,8	1,2	3,4	6,7	6,6	1,4	0,6	0,4
LSD	2,2	3,0	1,3	0,7	1,2	3,9	4,4	1,4	1,5	1,1
Heroin	0,6	0,9	0,4	0,3	0,3	0,9	1,2	0,5	0,6	0,2
Andere Opiate	1,0	1,2	0,8	0,4	0,9	1,5	2,0	0,7	0,9	0,3
Kokain	3,4	4,4	2,3	1,7	3,0	7,6	6,6	2,8	1,3	0,7
Crack	0,3	0,5	0,2	0,0	0,3	1,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Pilze	2,6	3,9	1,3	1,2	3,2	7,1	4,9	2,0	0,7	0,4
Neue psychoaktive Substanzen (NPS) ³⁰⁾	0,6	0,9	0,3	1,3	1,4	2,5	0,3	0,2	0,1	0,2

2.2 Entstehung der Abhängigkeit

Ich verwende mit Absicht ausschließlich den Begriff „Abhängigkeit“, da der Begriff „Sucht“ veraltet ist. Das Wort „Sucht“ ist abgeleitet von dem Verb „siechen“, was soviel bedeutet wie „krank sein“. 1964 entschloss sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf den Begriff „Sucht“ vollständig zu verzichten und ihn durch den Begriff „Abhängigkeit“ zu ersetzen. Umgangssprachlich wird der Begriff „Sucht“ jedoch heute noch häufig verwendet.

Drogen beeinflussen das neuronale Kommunikationssystem des Gehirns. Bei regelmäßigem Konsum wird die Struktur und Funktionsweise auf vielfältige Weise verändert. Die meisten Drogen wirken primär über das Belohnungssystem des Gehirns. Dieses System steuert die Hirnregionen, die unsere Emotionen und Gefühle, unser Verhalten unser Denken und unsere Motivation beeinflussen (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 7).

Es gibt zahlreiche Theorie- und Erklärungsansätze zur Entstehung der Drogenabhängigkeit, darunter kulturelle, soziologische, sozialpolitische, sozialpsychologische, psychologische oder systemische Ansätze (Vgl. Kuntz 2000, S. 17).

Es gibt keinen allgemeingültigen, monokausalen Erklärungsansatz in der Wissenschaft. Eine weite Verbreitung hat das Trias-Modell von Ladewig und Kielholz aus dem Jahr 1973. Im Rahmen dieses Konzeptes wird angenommen, dass durch die Interaktion und Beeinflussung von biologischen, sozialen und psychischen Aspekten, eine Abhängigkeit entstehen kann. Durch dieses Konzept besteht die Möglichkeit, weitere Ansätze unterschiedlichster Herkunft zu integrieren (Vgl. Deimel 2013, S. 19 f.).

Die Entstehung und der Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung sind als Prozess zu verstehen. Er kann schnell oder langsam, intensiv oder schleichend verlaufen. Auch kann der Prozess zeitweise zum Stillstand kommen. Die einzelnen Faktoren können unterschiedlich stark wirksam sein. Abhängigkeit hat demnach nicht nur eine Ursache, sondern sie entsteht durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren (Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2013, S. 16).



3. Opioidabhängigkeit

Bei der Opioidabhängigkeit handelt es sich um eine schwere chronische Krankheit, die komplikationsreich und fast in jedem Fall eine Behandlung benötigt. Sie ist nach den Kriterien der international verwendeten diagnostischen Klassifikationen von ICD-10 und DMS-IV unter den Abhängigkeitserkrankungen mit der Nummer F11.2 kodiert. Sie gilt, wie alle anderen Abhängigkeitserkrankungen, als psychische Störung. Die Opioidabhängigkeit gilt als schwerwiegendste chronische Erkrankung unter den Abhängigkeitserkrankungen (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 8).

Die Konsumform und die Bedingungen des Konsums können zu schweren körperlichen Erkrankungen führen. Ein Großteil der Heroinabhängigen konsumieren die Droge intravenös. Schätzungen zu Folge sind es mehr als 80%, die diese Applikationsform wählen. Unsauberes und nicht ausreichend vorhandenes Spritzbesteck, kann zur Übertragung von Infektionen führen. Reines Heroin hat keine irreversible Wirkung auf den Körper.

Unbekannte Substanzen, die dem Heroin zur Streckung der Droge beigemischt werden, können schädlich auf den Körper wirken. Die Illegalität der Droge führt zu riskanten Konsumbedingungen. Betroffene sind gezwungen Heroin unter unhygienischen Bedingungen, an öffentlichen Plätzen unter Stress und Angst vor Verfolgung zu konsumieren. Durch das aggressive und hektische Leben in der Drogenszene, befinden sich die Abhängigen in einem schlechten körperlichen Gesundheitszustand. Somatische Erkrankungen, die durch den Opioidkonsum entstehen, sind zum Beispiel Abszesse, Verletzungen der Venen, Thrombosen, Lungenentzündungen und Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut). Neben diesen Teils schwerwiegenden Folgeerkrankungen haben die Opioidabhängigen vor allem durch den intravenösen Drogenkonsum ein weitaus höheres Risiko einer HIV-Infektion, als die Allgemeinbevölkerung. Daneben stellt die Infektion mit Hepatitis ein großes Risiko dar. Nicht zuletzt haben die Opioidabhängigen ein erhöhtes Risiko an den Folgen ihrer Erkrankung zu sterben (Vgl. Deimel 2013, S. 23).

Eine Opioidabhängigkeit entwickelt sich relativ schnell. Die Betroffenen zeigen schon nach wenigen Wochen der regelmäßigen Einnahme eine Toleranz mit der Notwendigkeit der Dosiserhöhung. Beim Versuch das Opioid abzusetzen, kann es zu typischen Entzugssymptomen kommen. Diese sind: Das Verlangen nach der Substanz, Ängstlichkeit, Gähnen, Schwitzen und Schlafstörungen. Daneben können im weiteren Verlauf zusätzlich Glieder- und Muskelschmerzen, Heiß-Kalt-Wallungen und Appetitlosigkeit auftreten. Auch kann es zu Fieber, Muskelkrämpfen, Bauchkrämpfen, Diarrhö, Erbrechen und Kreislaufversagen kommen (Vgl. Deimel 2013, S. 19).

Anwendung und Erwerb der Droge stehen im Mittelpunkt des alltäglichen Lebens. Durch die illegale Beschaffung auf dem Schwarzmarkt in der Drogenszene, entwickelt sich die Beschaffungskriminalität, sowie ein zusätzlicher Gebrauch weiterer Drogen (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 8).

Die Vernachlässigung sozialer und beruflicher Verpflichtungen, bzw. die Unfähigkeit, diesen Verpflichtungen in adäquater Weise nachzukommen, stellt ein weiteres Kennzeichen der Abhängigkeit dar. Dies bezieht sich auf alle sozialen Funktions- und Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnen und die sozialen Beziehungen zu Freunden, Familie und Partnerschaft (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 8).

3.1 Die Droge „Heroin“

Da es sich bei der Substitutionsbehandlung zumeist um die Behandlung einer Abhängigkeit von Heroin (=Diacetylmorphin, Diamorphin) handelt, werde ich zunächst näher auf diese illegale Droge eingehen.

Heroin ist ein halbsynthetisches Opioid. Unter Opioiden versteht man alle Stoffe, die morphiumhaltige Eigenschaften zeigen und an den Opioidrezeptoren im Zentralnervensystem wirksam sind. Dazu gehören neben den Opiaten, auch körpereigene Opioide, wie das Endorphin und halbsynthetische und vollsynthetische Stoffe.

Unter Opiaten versteht man bestimmte natürliche Substanzen, die sogenannten Alkaloide, die im Opium enthalten sind. Opium besteht aus ca. 25% Alkaloiden. Die wichtigsten Stoffe sind Morphin (10%), Codein (0,5%), Thebain (0,2%), Noscapin (6%), Papaverin (1%) (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 7).

Opium (von griechisch „Opos“ = Saft) erhält man aus der Pflanze Opiummohn (= papaver somniferum). Aus der angeritzten Samenkapsel entrinnt Milch, das Rohopium beinhaltet. Dessen Hauptalkaloid ist Morphin. Dieses Morphin wird in einem chemischen Verfahren in Verbindung mit Essigsäure zu Heroin umgewandelt. Der Anbau von Opiummohn findet hauptsächlich im „Goldenen Halbmond“ (Türkei, Indien, Afghanistan, Iran, Pakistan), im „Goldenen Dreieck“ (Burma, Laos, Thailand) und Mittel- und Südamerika statt. Hauptsächlich über die Balkanroute, (wichtigste Route für den Drogenhandel aus Afghanistan) gelangt es nach Deutschland. Das Heroin kann in unterschiedlicher Form konsumiert werden, wie z.B. Schnupfen, Rauchen/ Inhalieren oder Spritzen. Die Wirkung ist stark schmerzstillend und euphorisierend bis berauschend, welche beim i.v. Gebrauch bis zu einem sog. „Kick“ gesteigert werden kann. Als äußerlich sichtbare Wirkung ist die Miosis (Verkleinerung der Pupillen) zu erwähnen. Wenn die sie nicht in einer Überdosis genommen werden, verursachen saubere Opioide, also auch Heroin, keine irreversiblen körperlichen Störungen (Vgl. Lovisach 1996, S. 145 ff.).

Das von den Abhängigen konsumierte Heroin hat mit 15 bis 50% einen sehr geringen Reinheitsgehalt. Beimischungen mit verschiedenen Substanzen, wie Tabletten oder Instant-Tee, sind die Regel. Dies bedingt, dass das Heroin mit Hilfe von Ascorbinsäure in

Wasser gelöst werden muss, um es injizieren zu können (Vgl. Deimel 2013, S. 23).

Das Straßenheroin des Endverbrauchers enthält daher oft gesundheitsgefährdende Stoffe und unterschiedlich viel Heroin. Der Heroingehalt ist den Konsumenten meist unbekannt, was die korrekte Dosierung erheblich erschwert und das Risiko von Überdosierungen provoziert (Vgl. Lovisach 1996, S. 148).

3.1.2 Zahlen Heroinabhängiger und Opioidabhängiger

Die Zahl der Opioidabhängigen in Deutschland variiert je nach Untersuchung sehr stark. Deimel (2013) nennt eine Zahl von 170.000 bis 200.000 Opioidabhängigen in Deutschland (Vgl. Deimel 2013 S. 28).

Schätzungen zufolge liegt die Zahl derer, die einen problematischen (riskanten, schädlichen und abhängigen) Heroinkonsum betreiben, zwischen 57.000 und 182.000 Personen. Dies entspricht 1,05 bis 3,4 Personen pro 1000 Einwohner, im Alter von 15 bis 64 Jahren (Vgl. DBDD 2014, S. 86).

Die Problematik liegt in der Datenerhebung, da Opioidabhängigkeit keine meldepflichtige Erkrankung ist. Es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen (Vgl. Deimel 2013, S. 28).

Den größten Teil der Opioidabhängigen machen Männer, mit schätzungsweise 75% aus. Beim Erstkonsum von Heroin sind die Betroffenen durchschnittlich 21 Jahre alt (Vgl. Deimel 2013, S. 28).

Der Konsum von Heroin ist in Deutschland seit Jahren rückläufig. Immer weniger junge Menschen beginnen mit dem Konsum von Heroin (Vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014, S. 34).

4. Definition und Situation der Substitutionbehandlung

Eine Substitutionsbehandlung (engl. Opioid Maintenance Treatment), ist die Behandlung von Menschen, die an einer Abhängigkeit von Opioiden leiden. Der weitaus größte Teil ist abhängig von Heroin (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 9).

Mit „Substitution“ ist die Behandlung mit Hilfe von Opioidersatzmitteln, den so ge-

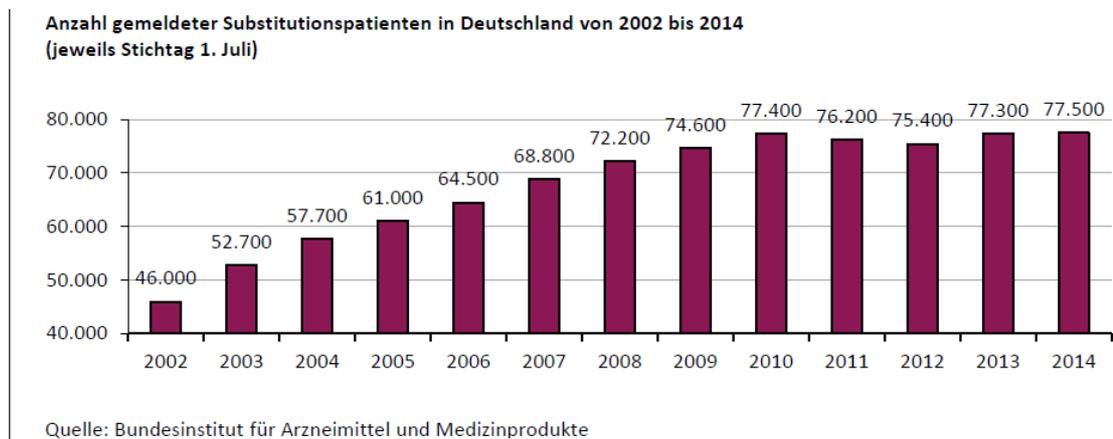
nannten Substitutionsmitteln gemeint. Sie besteht aus zwei unterschiedlichen, in der Praxis zu integrierenden Teilen:

- (a) der Vergabe des Substitutionsmittel, die unter das ärztliche Behandlungsprivileg fällt, und
- (b) der psychosozialen Begleitung in der Kompetenz von Sozialpädagogen, Sozialarbeitern und Psychologen (Vgl. Lovisach 1996, S. 263).

Die Substitutionsbehandlung, in der Opioidabhängige mit Substitutionsmitteln behandelt werden, ist eine Teil der Suchttherapie. Ziel der Substitutionsbehandlung ist die Schadensminimierung (harm reduction). Dabei geht es nicht primär um die Abstinenz der Drogenkonsumenten, sondern darum, gesundheitliche Schäden zu reduzieren und das Überleben zu sichern. Die Behandlung soll zur Stabilisierung der Abhängigen beitragen. Oft ermöglicht erst die Stabilisierung den Umstieg in abstinenzorientierte Therapien, die nach wie vor als Endziel gelten. Die Substitutionsbehandlung kann als langfristige Substitutionsbehandlung (Erhaltungstherapie) eingesetzt werden, so wie als Überbrückungs- oder Reduktionstherapie (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 7).

Wie bereits erwähnt, beziehe ich mich in dieser Arbeit auf die langfristige Substitutionsbehandlung.

4.1 Anzahl der Substitutionspatienten

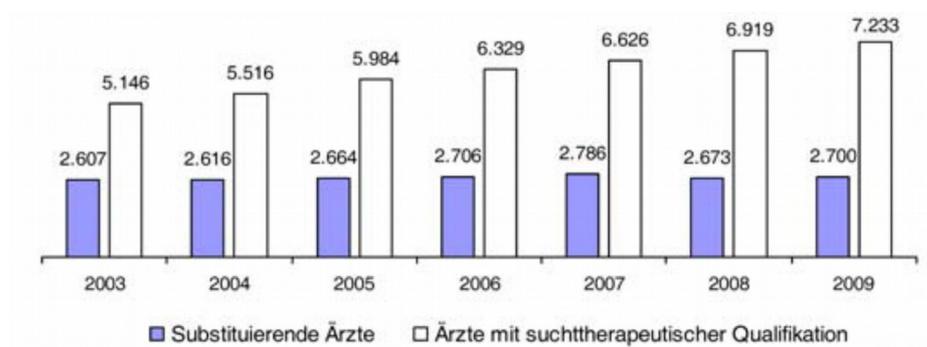
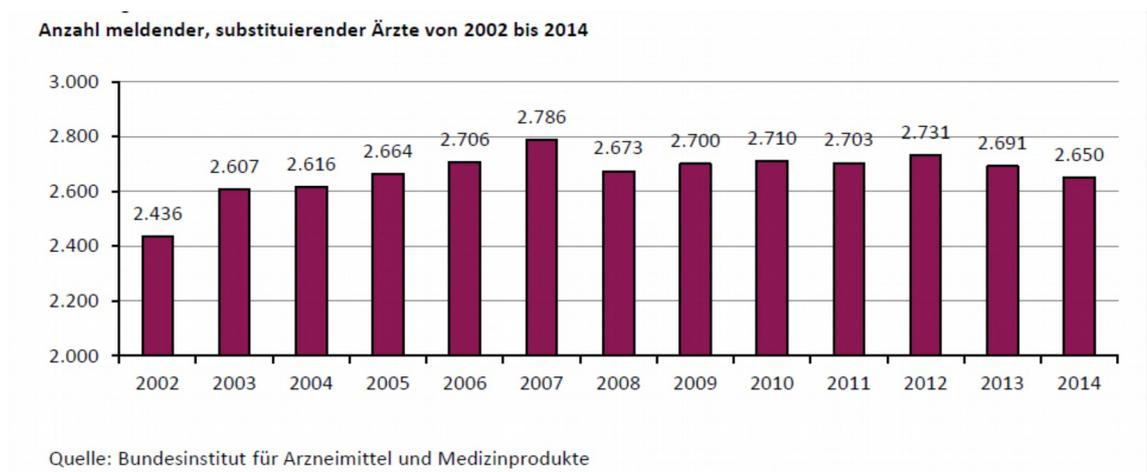


Quelle: BfArM, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2015

Nach § 13 Absatz 3 Betäubungsmittelgesetz, in Verbindung mit § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für die Länder das Substitutionsregister (Vgl. BfArM 2015).

Das Substitutionregister zeigt, dass die Zahl der Menschen, die sich in Substitution befinden, kontinuierlich steigt. Nach einem Rückgang zwischen 2010 und 2012, wurden 2013 wieder mehr Substitutionspatienten verzeichnet. Durch die Eröffnung zwei neuer Einrichtungen haben mehr Schwerstabhängige Zugang zur diamorphingestützten Behandlung. Mit etwa 500 Patienten stellt die Zahl der Schwerstabhängigen in der diamorphingestützten Behandlung in Deutschland allerdings unverändert nur einen sehr geringen Teil aller Patienten in der Substitutionsbehandlung dar (Vgl. Drogen und Suchtbericht 2014, S. 34).

4.2 Anzahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen



Quelle: BfArM

Während die Anzahl der Substitutionspatienten kontinuierlich steigt, bleibt die Anzahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen weiter konstant.

Die Anzahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten Ärzte und Ärztinnen mit suchttherapeutischer Qualifikation liegt weitaus höher, als die Anzahl derer Ärzte und Ärztinnen, die wirklich substituieren (Vgl. BfArM 2015, S. 3).

2014 waren es 2.650 Ärzte und Ärztinnen, die Patienten an das Substitutionsregister gemeldet haben. 506 (19%) der substituierenden Ärzte/Ärztinnen nutzten die Konsiliarregelung. Das bedeutet, dass Ärzte/Ärztinnen ohne die geforderte suchttherapeutische Qualifikation bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren können, wenn sie eine/n Ärztin/Arzt mit suchttherapeutischer Qualifikation als Konsiliarium mit in die Behandlung einbeziehen (Vgl. BfArM 2015, S. 2 f.).

4.3 Versorgungslage

Wie bereits erwähnt, steigt die Anzahl der Substitutionspatienten stetig, jedoch bleibt die Anzahl substituierender Ärzte und Ärztinnen konstant. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Patienten pro Arzt/Ärztin steigt. Warum so wenige Ärzte und Ärztinnen substituieren liegt zum einen an dem schlechten Image der Suchtmedizin. Heroinabhängige stellen in der Medizin eine wenig attraktive Patientengruppe dar. Das liegt am schlechten Ruf der Heroinabhängigen. Ein weiteres Hindernis sind die gesetzlichen und rechtlichen Barrieren. Die Substitutionsbehandlung ist umgeben von einem massiven Regelwerk, mit der die Therapiefreiheit eingeschränkt wird. Die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes verunsichern viele und halten sie von dieser stark regulierten, administrativ aufwändigen Behandlung ab. Ein extrem hoher Aufwand der Substitutionsbehandlung steht zudem einer schlechten Honorierung gegenüber. Zudem werden die heute substituierenden Ärzte und Ärztinnen immer älter, sie werden in den nächsten fünf bis zehn Jahren ihre Tätigkeit aufgeben. Junge Nachfolger fehlen jedoch, was die Anzahl der substituierenden Ärzte/Ärztinnen sinken lässt (Vgl. Stöver & Michels 2011, 122 ff.).

Besondere Versorgungsengpässe ergeben sich in ländlichen Regionen. Die Versorgung im ländlichen Raum ist durch die kleine Anzahl weit voneinander entfernt niedergelas-

sener substituierender Ärzte und Ärztinnen bestimmt (Vgl. Baier 2005, S. 134).

Dies behindert die gesundheitliche Stabilisierung der Patienten und ihre berufliche, wie soziale Integration (Vgl. Stöver & Michels 2011, S. 123).

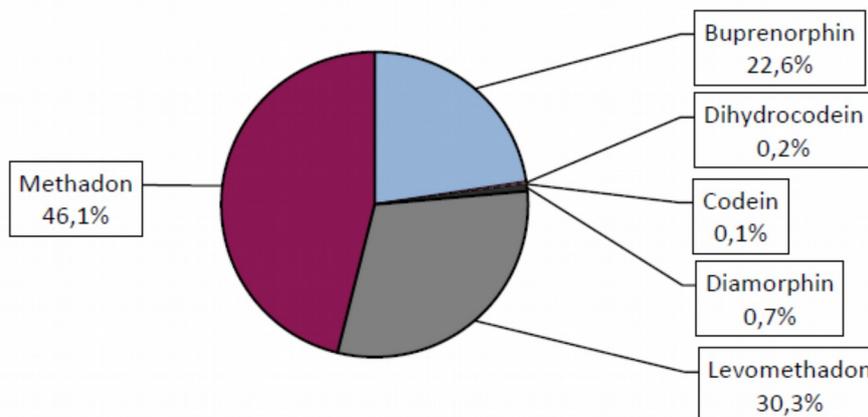
Die Zahl der Patienten, die eine Substitution wünschen, ist im ländlichen Raum geringer als in Städten. Dadurch fehlt den behandelnden Ärzten/Ärztinnen die Routine in der Substitutionsbehandlung. Daraus ergibt sich die Angst vor strafrechtlich sanktionierter Behandlungsfehler. Die gesetzlichen und administrativen Regelungen und die festgelegte Honorierung, halten gerade kleine Arztpraxen von der Substitution ab. Dies führt zu einer Zentralisierung in wenigen großen Praxen. Für die Patienten bedeutet dies, noch längere Anfahrtswege und damit verbundene Zeit, die für die Behandlung in Anspruch genommen werden muss. Die Anzahl öffentlicher Verkehrsanbindungen in ländlichen Regionen ist meist begrenzt. Durch die begrenzte Anzahl der Praxen kommt es häufig zu langen Wartezeiten. Das wiederum wirkt für die Patienten unter Umständen abschreckend. (Vgl. Barsch 2011, S. 146 f.).

Die tägliche Vergabe des Substitutionsmittels stellt eine besondere Herausforderung für die Patienten in ländlichen Regionen dar. Um in die Regelung der Take-Home Vergabe einbezogen zu werden, müssen die Betroffenen hohe Voraussetzungen erfüllen. Ein weiteres Problem besteht bei der Wochenendvergabe und der Urlaubsvertretung. Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen verhalten sich dieser Aufgabe entgegen distanziert und sind nicht bereit, die Vertretung zu übernehmen. Oder sie verfügen nicht über die erforderlichen Mindestanforderungen, um die Vertretung zu übernehmen (Vgl. Baier 2005, S. 136).

4.4 Art und Anteil der Substitutionsmittel

Quelle: BfArM, Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2015

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 01.07.2014)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

4.4.1 Methadon

Methadon ist ein synthetisches Opioid, welches 1939 in Deutschland entwickelt wurde. Seit den 60er Jahren wird Methadon als Substitutionsmittel zur Unterdrückung von Heroinzugserscheinungen von DOLE und NYSWANDER in den USA eingesetzt. Wie Heroin bindet auch Methadon im Körper an bestimmte Opioidrezeptoren (μ -Rezeptoren) und löst dadurch eine ähnliche Wirkung aus wie Heroin (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 46).

Es gibt zwei Formen dieser Substanz, die linksdrehende wirksame Form, das l-Methadon (Levomethadon) mit dem Handelsnamen Polamidon und die kaum wirksame rechtsdrehende Form, das d-Methadon. Das üblicherweise eingesetzte Methadon ist eine Mischung aus diesen beiden Formen, es heißt d/l Methadon, welches auch Razemat genannt wird. Polamidon ist bei gleicher Dosierung doppelt so wirksam wie Methadon.

Mit Methadon wird in Deutschland am häufigsten substituiert. Da das früher gebräuchliche Levomethadon teuer ist, wird es häufig nur bei Menschen eingesetzt, die Methadon nicht vertragen. Wenn die Substitutionsbehandlung beendet wird, sollte das Medikament deshalb in kleinen Schritten reduziert („ausgeschlichen“) werden. Methadon gibt es als Trinklösung, die in der Apotheke zubereitet wird und als Fertigtrinklösung di-

rekt vom Hersteller (Methaliq), sowie in Tablettenform (Methaddict) (Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2014, S. 14).

Die übliche wirksame Dosis liegt bei 60 bis 100 Milligramm pro Tag (Wittchen et al. 2011, S. 11).

Vorteile des Methadon:

- Wegen der langen Wirkungszeit muss es nur einmal täglich eingenommen werden.
- Es verhindert bei ausreichend hoher Dosis vollständig die Heroinentzugerscheinungen und den „Hunger“ nach Heroin.
- Es kommt nicht zum sogenannten „Kick“. Die Betroffenen sind in der Lage, ihre Arbeit zu verrichten, in die Schule zu gehen oder Auto zu fahren.
- Bei ausreichend hoher Dosierung wirkt Heroin nicht mehr. Damit ist die Gefahr von Heroinüberdosierungen, die lebensbedrohlich sein können, abgeschwächt.
- Jahrzehntelange Erfahrungen mit Methadon zeigen, dass es eine vergleichsweise sichere Substanz ist. Es kann auch bei Schwangerschaft eingesetzt werden (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 47 f.).

Nachteile:

- Auch Methadon löst eine starke psychische und körperliche Abhängigkeit aus. Der Entzug dauert erheblich länger als bei Heroin.
- Bei Neugeborenen von mit substituierten Müttern kommt es oft zu einem schweren, behandlungsbedürftigen Opioidentzugssyndrom.
- Eine Nebenwirkung ist starkes Schwitzen, dass bei einigen Betroffenen so lange bestehen bleibt, wie das Methadon eingenommen wird.
- Gewichtszunahme bis zu 20kg.
- Verstopfungen, aufgrund der Hemmung der Darmtätigkeit.
- Libidoverlust, Potenzstörungen, sowie Menstruationstörungen.
- Depressive Verstimmungen werden verzeichnet.
- Gefühle werden leicht gedämpft wahrgenommen.
- Die Trinklösungen enthalten Sirup, oder andere Substanzen und sind daher nicht zum Spritzen geeignet. Intravenöser Konsum birgt unkalkulierbare Risiken, wie

Herzklappenentzündungen, Venenverstopfungen oder Thrombosen.

- In der Anfangsphase kann es zu Einschränkungen in der Reaktionsfähigkeit kommen.
- Bei Überdosierung und Beikonsum, vor allem mit Alkohol, oder Tabletten, kann es zu lebensgefährlichen Lähmungen der Atmung, bis hin zum Atemstillstand kommen (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 48 f.).

4.4.2 Buprenorphin

Seit 2000 ist das halbsynthetische Opioid zur Substitution in Deutschland zugelassen. Der Handelsnamen ist Subutex. Buprenorphin hebt die Wirkung von Opiaten teilweise auf („partieller Opioidantagonist“). Daher kann es bei einer Umstellung von Methadon, oder Polamidon auf Buprenorphin, zu Entzugsproblemen kommen, wenn die Dosis dieser Medikamente vorher nicht reduziert wird. Buprenorphin wird als Tablette sublingual (unter die Zunge) eingenommen. Die Tablette darf nicht geschluckt werden, sonst entfaltet sie nicht ihre komplette Wirkung. Üblicherweise erfolgt die Verabreichung täglich. Das Medikament kann auch zwei bis dreimal wöchentlich verabreicht werden (Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2014, S. 15).

Vorteile Buprenorphin:

- Es hat eine noch längere Halbwertszeit (Wirkungszeit) als Methadon.
- Die Gefahr von Atemdepressionen ist geringer. Damit kommt es seltener zu Todesfällen.
- Das Abhängigkeitspotential ist geringer als bei anderen Opioiden. Somit ist der Entzug einfacher.
- Neugeborene von substituierten Müttern haben weit weniger Entzugssymptome als bei anderen Opioiden.
- Es hat keine dämpfende Wirkung.
- Weniger Beeinträchtigung von Sexualität (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 51 f.).

Nachteile:

- Da Buprenorphin ein partieller Agonist ist, muss der Betroffene vor der ersten Einnahme deutliche Entzugserscheinungen haben, sonst löst es Entzugserscheinungen aus.
- Eine zügige Aufdosierung ist wichtig, da die Wirkung in den ersten Tagen etwas verzögert einsetzt (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 52).

4.4.2.1. Buprenorphin + Naloxon

Das Kombinationspräparat mit dem Handelsnamen Suboxone ist seit 2007 in Deutschland zugelassen. Es enthält Buprenorphin, sowie Naloxon und ist als Tablette sublingual einzunehmen. Naloxon ist ein reiner Opioidantagonist, der Opiode vollständig von ihren Rezeptoren verdrängt. Wird das Medikament missbräuchlich gespritzt oder gesnieft, wird dieser Effekt verstärkt, sodass unmittelbar heftige Entzugserscheinungen auftreten (Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2014, S. 15 f.).

4.4.3 Codein

Nach dem Betäubungsmittelgesetz darf Codein heute nur noch in Ausnahmefällen, z. B. bei Unverträglichkeit gegenüber anderen Substitutionsmitteln, ärztlich verordnet werden (Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2014, S. 16).

Codein hat in Deutschland eine lange Geschichte, mit sehr heftigen und kontroversen Diskussionen. Nachdem zunehmend Todesfälle durch Codeinüberdosierungen festgestellt wurden, reagierte der Gesetzgeber und veranlasste mit der 14. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung von 1999 einige Einschränkungen in Bezug auf Codein. Durch diese Neuregelungen verlor Codein weitgehend seine Bedeutung in der Substitutionsbehandlung (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 53).

Nachteile Codein:

- Codein hat eine relativ kurze Wirkungszeit von etwa 8 Stunden. Dies kann durch Blutspiegelschwankungen zu Opioidgier und Rückfällen führen.

- Codein erscheint im Urintest als Opioid. Opioidtests sind nicht in der Lage, Heroinbeikonsum festzustellen. Die Differenzierung ist zwar möglich, jedoch sehr teuer.
- Allergische Reaktionen und epileptische Anfälle gehören zu den Nebenwirkungen von Codein (Vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 54).

4.4.4. Diamorphin

2002 starteten die ersten Modellversuche der heroingestützten Behandlung in Deutschland. Sie verliefen erfolgreich, weshalb es seit 2009 möglich ist, mit Diamorphin (Heroin) substituiert zu werden. Die Vergabe ist an hohe Auflagen gebunden, was dazu geführt hat, dass es außerhalb der Modellversuche bisher nur zwei neue Standorte und zwar in Berlin und Stuttgart gibt, an denen mit Diamorphin substituiert wird (Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2014, S. 16).

4.5 Geschichte der Substitution

Im Jahre 1946 wurden erste Untersuchungen zur Wirksamkeit von Methadon im menschlichen Organismus, sowie zu therapeutischen Einsatzmöglichkeiten in den USA durchgeführt und erstmals 1947 veröffentlicht. Die pharmakologische Beschaffenheit und Wirkungsweise wurde schnell erkannt (Vgl. Gerlach 2004, S. 34).

Zur damaligen Zeit galt eine Drogenabhängigkeit als schwer behandelbare psychiatrische Grundstörung und der drogenabhängige Mensch stellte zugleich eine emotional hochgradig gestörte Persönlichkeit dar. Somit durfte die Entzugsbehandlung mit Opioiden nur stationär durchgeführt werden. Diese meist strafrechtlich verordnete Behandlung verzeichnete keine hohen Erfolge und besaß eine Rückfallquote von fast 90%. Daraufhin wurde weder eine Verringerung der Heroinkonsumenten noch der kriminellen Beschaffungsdelikte verzeichnet, woraus sich die Unwirksamkeit dieser Therapieform begründen lässt (Vgl. Gerlach 2004, S. 35).

Aufgrund der Misserfolge der bis dahin geltenden psychotherapeutischen Behandlungsmethoden im Rahmen von stationären Abstinenztherapien und der Unwirksamkeit straf-

rechtlicher Maßnahmen sowie dem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl von Heroinabhängigen und der damit verbundenen Drogenkriminalität starteten die Psychiaterin Mary Nyswander und der Pharmakologe Vincent P. Dole im Jahr 1963 ihr erstes Projekt zur systematischen Behandlung Opioidabhängiger an der Rockefeller University in New York. Die Forscher strebten keine völlige Abstinenz an, sondern den Ausstieg aus der Beschaffungskriminalität und die Abkehr vom illegalen Drogenmarkt, sowie die Entwicklung von sozialer und beruflicher Stabilität (Vgl. Gerlach 2004, S. 39 f.).

Sie gingen davon aus, dass es Heroinabhängigen möglich sein müsse, ihr Leben zu stabilisieren, wenn der nach wenigen Stunden auftretende Hunger nach Heroin durch Verschreibung eines geeigneten Ersatzstoffes aufgehoben werden könnte. Aus pharmakologisch therapeutischen Gründen entschied man sich für den Ersatzstoff Methadon, da Versuche mit Morphin oder anderen synthetischen Opioiden fehl schlugen. 1970 wurde die Dole-Nyswander-Methadon-Behandlung von der New York State Medical Society als zweckmäßige Behandlung anerkannt. (Vgl. Lovisach 1996, 264).

Zulassungskriterien für die Behandlung waren zu dem Zeitpunkt ein Mindestalter von 20 Jahren, eine mindestens fünfjährig bestehende Heroinabhängigkeit, mindestens drei gescheiterten andere Behandlungen, die primäre Heroinabhängigkeit, kein laufender Strafprozess und kein Vorliegen psychischer Störungen.

Die Behandlungserfolge führten 1967 zu einer Reduktion auf ein Mindestalter von 18 Jahren und eine Abhängigkeitsdauer von zwei Jahren.

Die Behandlung gliederte sich in folgende drei Phasen:

- 1. Phase: Beginn mit einer sechswöchigen stationären Stabilisierungsphase, in der der Opioidabhängige auf die erforderliche Methadondosis eingestellt wurde.
- 2. Phase: In der ambulanten Phase holt sich der Patient täglich seine Dosis in der Klinik ab. Zusätzlich finden psychosoziale Behandlungen statt. Tägliche Urinkontrollen sind vorgesehen.
- 3. Phase: in dieser Phase gilt der Patient als stabil. Urinproben müssen wöchentlich abgegeben werden. Der Patient holt sich seine Dosis einmal wöchentlich ab (Vgl. Gerlach 2004, S. 41 f.).

Im Verlauf der 60er Jahre wurde die Methadonbehandlung bereits in einige europäische Ländern (z.B. Schweden, Niederlande), sowie außereuropäische (z.B. Kanada) Länder

übernommen. Innerhalb der 70er und 80er Jahre etablierte sich die Methadonsubstitution auf internationaler Ebene als eine anerkannte Behandlungsmethode bei einer Heroinabhängigkeit (Vgl. Gerlach 2004, S. 44).

4.6 Substitution in Deutschland

Entgegen der internationalen Anwendung ist die Methadonsubstitution in Deutschland eine vergleichsweise junge Therapieform zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit. Nachdem Heroin zu Beginn der 70er Jahre auf den deutschen Schwarzmarkt gelangte, war innerhalb weniger Jahre ein rapider Anstieg der Heroinkonsumenten zu verzeichnen. Auf diesem Hintergrund wurden in Deutschland zwei offiziell geförderte Pilot-Programme zur Behandlung von Opioidabhängigen durchgeführt. In Hannover und in Göttingen. Diese wurden allerdings von den Projektleitern als Misserfolge gewertet. Kritiklos wurde beschlossen, dass Methadonprogramme keine alternative zur Abstinenztherapie darstellen. Die strikte Drogenfreiheit in der Behandlung Abhängiger galt als Königsweg in der Therapie.

Ärzte, die in den 1970er und 1980er Jahren längerfristig Methadon an Opioidabhängige verschrieben, drohte eine strafrechtliche Verfolgung, da Methadon nur unter spezifischer und äußerst strenger Indikation wie in Notfällen bei lebensbedrohlichen Zuständen im Entzug, oder schweren Schmerzzuständen verabreicht werden durfte. Die Drogenpolitik war durch repressive Verfolgungsstrategien und das Festhalten am Abstinenzparadigma gekennzeichnet. Längerfristige Opioidbehandlungen wurden als ärztliche Kunstfehler bewertet.

Codein unterlag nicht dem Betäubungsmittelgesetz, worauf aufgrund dieser Gesetzeslücke Ärzte es zur Behandlung der Opioidabhängigkeit einsetzten.

Vor allem das Aufkommen der Krankheit AIDS Mitte der 80er Jahre führte zu einem Umdenken in Richtung Akzeptanz und Schadensminimierung (harm reduction). Weitere Gründe waren die steigende Anzahl der drogenbedingten Todesfälle, vermehrte Beschaffungskriminalität und die Drogenszene an öffentlichen Plätzen.

Das erste Methadonprogramm in Deutschland startete 1988 im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Der Modellversuch war gekennzeichnet von hohem politischen Widerstand, sowie rechtlichen Problemen und wurde als hochschwelliges Staatsprogramm organi-

siert. Die Teilnehmerzahlen waren auf wenige Plätze beschränkt und an hohe Eingangsvoraussetzungen gekoppelt.

Weitere Methadonprogramme folgten in anderen Bundesländern mit unterschiedlichen Struktur- und Finanzierungsmodellen.

Erst nachdem zum Ende der 80er Jahre die Effektivität unzweifelhaft belegt war, erkannten der Gesetzgeber als auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Methadonbehandlung unter festgelegten Bedingungen als zulässig. Mitte der 90er Jahre sind viele dieser Modellprojekte ausgelaufen. Aus den Erfahrungen der Modellprojekte heraus, wurden in Anlehnung an die Grundlagen der NUB-Richtlinien (heute MVV-RL), neue Substitutionsregelungen getroffen (Vgl. Gerlach 2005, S. 18-21).

Im Jahr 1992 wurde durch die Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes die Rechtmäßigkeit der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige und einer weiteren schweren psychiatrischen oder somatischen Krankheit gesetzlich festgelegt. Seit 2002 kann die Substitutionsbehandlung auch ohne weitere psychiatrische oder somatische Krankheiten erfolgen (Vgl. DIMDI 2007, S. 3).

5. Regelwerke der Substitutionsbehandlung

Die gesetzlichen Grundlagen für die Substitutionsbehandlung sind im Wesentlichen im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verankert. Zudem sind die berufsrechtlichen Richtlinien zur substituti-onsgestützten Behandlung Opiatabhängiger der Bundesärztekammer (BÄK) zu beachten, die den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaften widerspiegeln. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird die Substitutionsbehandlung durch Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (MVV-Richtlinien) des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

5.1 Betäubungsmittelgesetz

In den 1920er Jahren wurde das Opiumgesetz verabschiedet, welches heute das Betäu-

bungsmittelgesetz darstellt (Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2013, S. 93). Das Betäubungsmittelgesetz wurde 1982 in Kraft gesetzt. Es spiegelt exemplarisch die Säulen der deutschen Drogenpolitik - Prävention, Therapie und Repression - wider. Repression bezieht sich auf die strafrechtlich Verfolgung. Das Betäubungsmittelrecht ist restriktiv ausgelegt. Ziel des BtMG ist es, dem Missbrauch von Betäubungsmitteln entgegenzuwirken und die medizinische Versorgung der der Bevölkerung sicherzustellen (Vgl Deimel 2013, S. 73).

Im Folgenden werde ich die, für die Substitutionsbehandlung wichtigen Paragraphen vorstellen:

(Quelle: Vgl. Betäubungsmittelgesetz)

§ 1 Betäubungsmittel

Der Staat versteht als Betäubungsmittel (BtM) alle Stoffe und Zubereitungen, die in den Anlagen I bis III des Gesetzes aufgelistet sind.

§13 Verschreibung und Abgabe von Verschreibungen

§ 13 (1) legt dar, dass Ärzte/Ärztinnen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung Betäubungsmittel (Substitutionsmittel) verwenden dürfen, wenn die Anwendung der Betäubungsmittel begründet ist. Das heißt, es muss eine Opioidabhängigkeit vorliegen. Die Anwendung ist dann nicht begründet, wenn die Opioidabhängigkeit auf andere Weise behandelt werden könnte.

§13 (3) Nr. 2 besagt, dass die Verschreibung von Substitutionsmitteln für Opioidabhängige von der Qualifikation der verschreibenden Ärzte/Ärztinnen abhängig gemacht und die Festlegung der Mindestanforderungen den Ärztekammern übertragen wird. Auf der Grundlage dieses Artikels basiert die BtMVV.

§ 13 (3) Nr. 2a beinhaltet, dass Einrichtungen, die mit Diamorphin (Heroin) substituieren, von der zuständigen Landesbehörde eine Erlaubnis benötigen.

§ 13 (3) Nr. 3 bezieht sich auf das Substitutionsregister, wonach jeder Arzt/ jede Ärztin der/die Substitutionsmittel an Opioidabhängigen verschreibt, unverzüglich die in § 5a

Abs. 2 BtMVV vorgeschriebenen Angaben der Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu melden hat.

§ 35 Zurückstellung der Strafvollstreckung

Wird eine Tat auf Grund einer Abhängigkeit begangen und mit einer Freiheitsstrafe unter zwei Jahren verurteilt, so kann nach „§ 35 BtMG - Zurückstellung der Strafvollstreckung“ von einer Verurteilung abgesehen werden, wenn der Betroffene bereit ist, sich in eine Rehabilitation zu begeben, oder bereits in eine staatliche anerkannte Einrichtung der Drogenhilfe involviert ist. Dieses methodische Vorgehen wird oft als „Therapie statt Strafe“ bezeichnet.

5.2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

In der BtMVV sind die Bedingungen für die Substitution ausführlich beschrieben. Relevant für die Substitutionsbehandlung sind die §§ 2, 5, 5a. Diese werde ich nun vorstellen: Quelle: Vgl. Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

§2 Verschreibung durch einen Arzt

§ 2 (1a) nennt die Verschreibungshöchstmengen die ein Arzt/eine Ärztin an einen Patienten in einer Zeitspanne von 30 Tagen verabreichen darf.

Für die Substitutionsbehandlung spielen folgende Betäubungsmittel und Höchstmengen eine Rolle:

Buprenorphin 800 mg, Codein 40.000 mg, Diamorphin 30.000 mg, Methadon 3.000 mg, Levomethadon 1.500 mg.

§ 5 Verschreibung eines Substitutionsmittels

§ 5 (1) legt fest, dass ein Substitutionsmittel zur Behandlung von opioidabhängigen Patienten zulässig ist, wenn folgende Ziele verfolgt werden:

- die schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz,
- Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
- Behandlung einer schweren Erkrankung bei bestehender Abhängigkeit,
- Verringerung der Risiken während der Schwangerschaft und Geburt.

§ 5 (2) erlaubt eine Verschreibung, wenn und solange

- keine medizinischen Ausschlussgründe entgegenstehen,
- begleitende psychosoziale, oder psychotherapeutische Maßnahmen einbezogen werden,
- der Arzt/die Ärztin, die Meldeverpflichtungen nach § 5a Abs. 2 erfüllt hat,
- der Patient keine anderen Substitutionsmittel erhält,
- der Patient die begleitenden Maßnahmen in Anspruch nimmt,
- die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes/der Ärztin, keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge, den Zweck der Substitution gefährden,
- der Patient das Substitutionsmittel bestimmungsgemäß verwendet,
- der Patient in der Regel wöchentlich den Arzt/die Ärztin konsultiert,
- der Arzt/die Ärztin Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllt, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden.

§ 5 (3) schreibt vor, dass Ärzte/Ärztinnen, die keine suchtttherapeutische Qualifikation vorweisen können, höchstens drei Patienten gleichzeitig substituieren dürfen und die Behandlung mit einem Arzt/einer Ärztin abstimmen müssen, der/die über eine solche Qualifikation verfügt. Der Patient muss diesem Arzt/der Ärztin, mindestens einmal im Quartal vorgestellt werden.

Laut § 5 (4) darf der Arzt als Substitutionsmittel nur Zubereitungen von Polamidon, Methadon und Buprenorphin, in begründeten Ausnahmefällen Codein oder Dihydrocodein, Diamorphin als zur Substitution zugelassenes Arzneimittel oder ein anderes zur Substitution zugelassenes Arzneimittel verschreiben.

Gemäß § 5 (9) ist eine Substitutionsbescheinigung auszustellen, wenn der Patient zeitweilig, oder endgültig die Arztpraxis wechselt.

Gemäß § 5 Abs. 9a 2.–4. BtMVV, muss für eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

- der Patient 24 Jahre alt sein,
- er muss seit mindestens fünf Jahren Opioidabhängig sein. Die Abhängigkeit muss von schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen begleitet sein,
- der Konsum muss überwiegend intravenös erfolgen. Es muss ein Nachweis bestehen, über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Abhängigkeit, von denen eine mindestens über sechs Monate mit einem anderen Substitutionsmittel gemäß § 5 Abs. 2, 6 und 7 BtMVV einschließlich begleitender psychosozialer Behandlungsmaßnahmen erfolgt sein muss.

5.3. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

Die Bundesärztekammer legt gemäß § 5 Abs. 11 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vor. Neben dem Betäubungsmittelgesetz und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung bilden die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“, eine weitere wesentliche Grundlage für die Substitution. Die substituionsgestützte Behandlung stellt eine wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opioidabhängigkeit dar. Die Abhängigkeit wird als eine schwere chronische Krankheit erklärt. Die Richtlinien orientieren sich an dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft. Sie regelt folgende Bereiche:

Ziele und Ebenen der Behandlung sind:

- Sicherung des Überlebens,
- Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel,
- gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen,
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben,
- Abstinenz.

Das Erreichen dieser Ziele hängt von der individuellen Situation der Patienten ab und bedarf eines individuellen und umfassenden Therapiekonzeptes.

- Geltungsbereich der Richtlinien

Die Richtlinien gelten für alle Ärzte/Ärztinnen, die eine Substitutionsbehandlung durchführen unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

- Indikation

Indikation für eine substitutionsgestützte Behandlung ist die manifeste Opioidabhängigkeit, gemäß der International Classification of Diseases (ICD) F11.2.

Für die Substitution gelten die Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 9a 2.-4. BtMVV.

- Therapiekonzept

Das Therapiekonzept beinhaltet die Abklärung somatischer und weiterer psychischer Erkrankungen und die Einleitung entsprechender Behandlungen. Des Weiteren beinhaltet das Konzept die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen.

- Einleitung der substitutionsgestützten Behandlung

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin, hat vor Beginn der Substitution folgende ärztliche Maßnahmen zu treffen: Erhebung der Vorgeschichte, gründliche Untersuchung des Patienten, Ausschluss von Mehrfachsubstitution durch andere Ärzte/Ärztinnen, Durchführung eines Drogenscreenings, Feststellung einer Opioidabhängigkeit, Formulierung des Therapiekonzeptes und der Therapieebenen und Ziele, ausführliche Aufklärung des Patienten das die Opioidabhängigkeit trotz Substitution erhalten bleibt, Wahl des Substitutionsmittels, Aufklärung über die Gefahren bei einer nicht bestimmungsgemäßen Applikationsform, Aufklärung über Neben- und Wechselwirkungen des Substitutionsmittels, Aufklärung über Einschränkungen des Reaktionsvermögens, Abklärung ob eine Schwangerschaft besteht, Aufklärung über eine verbesserte Fruchtbarkeit und geeignete Verhütungsmittel, Abschluss einer Vereinbarung mit dem Patienten, Meldung an das Substitutionsregister.

- Wahl und Einstellung des Substitutionsmittels

Zur Behandlung dürfen nur die in der BtMVV aufgelisteten Substitutionsmittel verwendet werden.

- Vereinbarungen mit dem Patienten

Der Patient ist über folgende Modalitäten aufzuklären: das Substitutionsmittel und dessen Neben- und Wechswirkungen, Organisation der täglichen Einnahme, sowie Vergabe an Wochenenden, Feiertagen und Urlaub, „Take-Home-Verordnung“, die Einnahme unter Sicht, Verzicht auf Beikonsum und deren Folgen, Kontrolle auf Beikonsum durch Screenings, Vereinbarung von Therapiezielen, Abbruch der Behandlung, psychosoziale Begleitung, Einschränkung der Reaktion und des Fahrvermögens, Erforderlichkeit der Schweigepflichtsentbindung, Meldeverpflichtung zur Vermeidung von Mehrfachsubstitution.

- Zusammenarbeit mit der Apotheke

Lieferungs- und Vergabemodalitäten sollten rechtzeitig mit der Apotheke besprochen werden.

- Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen

Der Arzt/die Ärztin muss die tägliche Einnahme sicherstellen und kontrollieren. Bei Krankheit oder Urlaub muss sich der Arzt/die Ärztin, um eine geeignete Vertretung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6, oder § 5 Abs. 3 Sätze 4-9 BtMVV kümmern.

- Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme des Substitutionsmittels („Take-Home-Verordnung“)

Der Arzt/die Ärztin, kann unter bestimmten Voraussetzungen dem Patienten das Substitutionsmittel auf Rezept verschreiben und zur eigenverantwortlichen Einnahme mitgeben. Der Patient muss dafür gut auf das Substitutionsmittel eingestellt sein, er muss klinisch stabil sein, eine Selbstgefährdung muss ausgeschlossen werden, kein Beikonsum, Termine zum Arzt/zur Ärztin und der psychosozialen Betreuung mussten regelmäßig erfolgen, die psychosoziale Reintegration muss fortgeschritten sein, keine Gefährdung durch Weitergabe an Dritte.

- Behandlungsausweis

Der Ausweis beinhaltet das Substitutionsmittel und die aktuelle Dosis.

- Therapiekontrolle

Der Arzt/die Ärztin muss die Wirksamkeit der Behandlung fortlaufend kontrollieren.

- Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung

Eine Behandlung ist dann zu beenden, wenn sie sich nicht mehr als geeignet erweist, oder wenn die Behandlung mit gefährlichem Beikonsum einher geht.

Der Abbruch durch den Arzt/die Ärztin, ist dann begründet, wenn der Patient sich nicht an getroffene Vereinbarungen hält, oder gegen Regeln verstößt.

Aufgrund der gesundheitlichen Gefährdung, die mit einem Abbruch einhergehen kann, ist es anzustreben, den Patienten trotzdem weiter zu behandeln. Besonders bei bestehender Schwangerschaft.

- Arztwechsel

Der weiterbehandelnde Arzt/die weiterbehandelnde Ärztin, muss sich mit den vorbehandelnden Kollegen in Verbindung setzen um eine lückenlose Übernahme zu garantieren.

- Dokumentationspflicht

Folgendes ist zu dokumentieren: Untersuchungsergebnisse und Krankheitsgeschichte, Therapieziele, Diagnose, Indikation, erforderliche Begleitmaßnahmen, Meldung an das Substitutionsregister, Screenings, Behandlungsvereinbarungen, Entbindung der Schweigepflicht, Vermerk über Aufklärung des Patienten über Neben- und Wechselwirkungen. Aufklärung über Einschränkungen beim Bedienen von Maschinen, Ausstellung des Behandlungsausweises, Art, Dosis und Vergabemodalitäten, Begründung der „Take-Home-Verordnung“, im Falle eines Abbruchs der Behandlung die Begründung, Gesundheitszustand bei Beendigung der Behandlung, bei der Behandlung mit Diamorphin ist ergänzend die Erfüllung der vom Gesetz vorgegebenen Indikationskriterien zu dokumentieren.

- Qualitätssicherung

Durchführung eines Qualitätsmanagement zur Verbesserung der Behandlung.

- Qualifikation des behandelnden Arztes

Der Arzt/die Ärztin muss eine suchttherapeutische Qualifikation besitzen, die von den Ärztekammern geregelt werden. In bestimmten Ausnahmefällen kann ein Arzt/eine Ärztin auch ohne entsprechende Qualifikation substituieren. Bei der Substitution mit Diamorphin sind zusätzliche Qualifikationen erforderlich.

Quelle: Vgl. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger 2010

5.4. Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

Die MVV-RL sind Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V, d. h. die Krankenbehandlung im Sinne § 27 SGB V befasst sich auch mit der Behandlung von Opioidabhängigen.

Die Richtlinien enthalten alle Voraussetzungen und Bedingungen, unter denen eine Substitution von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), als Leistung übernommen wird. Außer auf die Indikatoren, welche zur Übernahme durch die GKV vorausgesetzt werden, werde ich aus Platzgründen nicht weiter eingehen.

Die Nummer 2 der Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der MVV-Richtlinien enthält die nachstehende Fassung:

„Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“

§ 3 Indikatoren

Die Substitutionsbehandlung kann demnach nur als Teil eines Therapiekonzeptes durchgeführt werden zur,

- Behandlung einer gesicherten Opioidabhängigkeit, mit dem Ziel der Abstinenz und der Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Behandlung einer schweren Erkrankung die neben der Opioidabhängigkeit besteht,
- Risikoeindämmung während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Die Behandlung ist nur dann indiziert, wenn die Opioidabhängigkeit schon länger besteht und nicht auf andere Art und Weise behandelt werden kann.

Für die Patienten, die mit Diamorphin substituiert werden, gelten die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 9a Satz 2 Nr. 2 bis 4 BtMVV.

Quelle: Vgl. Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

6. Psychosoziale Betreuung

Bei der „PSB“ handelt es sich um eine nicht verbindlich definierte Hilfeform. PSB beinhaltet eine Vielzahl psychologischer und sozialpädagogischer Maßnahmen, die idealerweise ressourcenorientiert auf die individuelle Personen abgestimmt werden. Ziel der verschiedenen Interventionen soll die Förderung eines menschenwürdigen und selbständigen Lebens sein. (Vgl. Gerlach & Stöver 2014, S. 94). Die PSB wird von verschiedenen Trägern angeboten. Durch die verschiedenen Einflüsse der kommunalen, kirchlichen oder freien Träger, ergeben sich eine Bandbreite von Konzepten und Maßnahmen, die zur PSB zählen (Vgl. Deimel 2013, S. 80).

Für die Abkürzung „PSB“ gibt es keine allgemeingültige Definition. Bei den beiden Buchstaben „PS“ besteht Einigkeit unter den Experten darüber, dass sie für „psychosozial“ steht. Wohingegen es für das „B“ unterschiedliche Übersetzungsvarianten gibt. Betreuung, Begleitung, Beratung, Begleitbetreuung, Behandlung oder Begleitbehandlung. Diese Uneinigkeit bezieht sich ebenfalls auf Gesetze, sowie Richt- und Leitlinien (Vgl. Gerlach 2005, S. 207 f.).

Gerlach und Stöver (2009) nennen exemplarisch folgende Inhalte der PSB:

- Aktivierung und Förderung von Selbsthilfepotentialen und Ressourcen,
- Sicherung der finanzieller Versorgung im Sinne von Schuldnerberatung, Abklärung sozialrechtlicher Möglichkeiten: Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe, Wohngeld, Krankenkassenleistungen inkl. Krankengeld, Rentengelder bei Erwerbsunfähigkeit, Lebensunterhalt bei Pflegebedürftigkeit,
- Klärung juristischer Situationen wie zum Beispiel offene Strafverfahren, drohende Inhaftierung, Fragen zu Führerschein und Fahreignung und Entwicklung von Haftvermeidungsstrategien,
- Hilfe bei Arbeitsplatzsuche und Wohnraumbeschaffung, betreute Wohnformen. Hilfe bei Problemen mit Arbeitgebern und Vermietern,

- Klärung von Problemen mit Ärzten/Ärztinnen,
- Unterstützung bei der Aufnahme schulischer und beruflicher Qualifizierungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung und der Freizeitgestaltung,
- Beratung bei Reisen,
- Ausstiegshilfe: Reduzierung, Eigenkontrolle oder Aufgabe von Beikonsum, Vermittlung in ambulante oder stationäre Entgiftungseinrichtungen, Psychotherapie, ambulante oder stationäre Abstinenztherapien,
- Safer-Use-, Safer-Sex-, Safer-Work- und Ernährungsberatung,
- Beratung bei Problemen mit Beziehungspartnern, Eltern oder Angehörigen der Drogenszene,
- Schwangerschaftsberatung,
- Beratung hinsichtlich Kindererziehung und Kinderbetreuung (Elternschaft und Kindeswohl),
- Auslotung von Koordinierungspartnern und Kostenträgern bei externem Hilfebedarf,
- (therapeutische) Gruppenarbeit,
- Krisenintervention in physisch und psychisch belastenden Lebenssituationen/-phasen (Vgl. Gerlach & Stöver 2009, S. 21 f.).

6.1 Finanzierung der PSB

Durch die Feststellung, dass PSB ein notwendiger Baustein der Substitution auf der einen Seite ist und dem Ausschluss der Kostenübernahme durch die GKV auf der anderen Seite, ist eine sehr unterschiedliche Behandlungspraxis entstanden. PSB wird durch kommunale und Landesmittel finanziert. Dadurch ergibt sich ein regionaler Unterschied im Umfang und der Finanzierung der PSB. Daraus resultierend haben die Bundesländer teils unterschiedliche Standards für die PSB entwickelt (Vgl. Deimel 2013, S. 79 f.).

6.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen der PSB sind die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger und die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Vgl. Gerlach 2005, S. 209).

Diese werde ich im Folgenden in verkürzter Form vorstellen:

6.2.1. Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

In der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung § 5 Abs. 2 Nr. 2 heißt es, dass ein Arzt/eine Ärztin ein Substitutionsmittel nur dann verschreiben darf, „wenn und solange die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht“. Weiter schreibt die BtMVV vor, dass wenn ein Patient diese Maßnahmen dauerhaft nicht in Anspruch nimmt, darf der Arzt/die Ärztin die Behandlung nicht mehr weiter führen. Die Formulierung „erforderlich“ bezieht sich darauf, dass es Patienten gibt, die keine PSB benötigen. Der Arzt/die Ärztin trägt die Verantwortung für die Behandlung und ihm/ihr obliegt somit die Feststellung der Erforderlichkeit der PSB (Vgl. Follmann 2004, S. 91 f.).

6.2.2 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger

In den Richtlinien ist die Wahl der Begriffe hinsichtlich der PSB nicht einheitlich. Sie beinhalten die Formulierung „psychosoziale Betreuung“, „psychosoziale Begleitung“ oder „psychosoziale Begleitbetreuung“. Mögliche Inhalte der „psychosozialen Betreuung“ werden in den Richtlinien genannt, jedoch gibt es keine Beschreibung für die Begriffe „psychosoziale Begleitung“ bzw. „psychosoziale Begleitbetreuung“. Wie in der BtMVV, wird auch in den BÄK-RL der Begriff „erforderlich“ verwendet, darüber hinaus wird von „notwendigen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen gesprochen“.

Hieraus ergibt sich, wie in der BtMVV, dass der Arzt/die Ärztin, die Erforderlichkeit der PSB zu treffen hat. Bei Erforderlichkeit hat der Arzt/die Ärztin auf die Inanspruchnahme der Maßnahmen hinzuwirken. Wie dies in der Umsetzung aussieht, lassen die Richtlinien offen (Vgl. Follmann 2004, S. 93 f.).

6.2.3 Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

Die MVV-Richtlinien beinhalten durchgehend den Begriff „psychosoziale Betreuung“. Die Richtlinien bedienen sich ebenfalls der Formulierung „soweit erforderlich“. Die Kostenübernahme der PSB wird seitens der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Gemäß der MVV-RL kann eine Substitutionsbehandlung „nur als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes durchgeführt werden...“ (§ 3 Abs. 1, MVV-RL). Dieses Therapiekonzept wird ebenfalls in den Richtlinien beschrieben. Der Arzt/die Ärztin, hat einen individuellen Therapieplan zu erstellen, der die erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen enthalten muss. Weiter hat der Arzt/die Ärztin zu dokumentieren, durch welche Stelle die Betreuungsmaßnahmen durchgeführt werden. Ist keine PSB erforderlich, hat die Stelle, die die Betreuungsmaßnahmen durchführt, dies schriftlich zu bestätigen (Vgl. Follmann 2004, S. 94 f.).

Die gesetzlichen und kassenrechtlichen Vorschriften sind nicht so formuliert, dass eine PSB für jeden Patienten Pflicht ist. Aus Angst vor strafrechtlichen und kassenarztrechtlichen Sanktionen lassen einige Ärzte/Ärztinnen jedoch keine Ausnahmen zu, da sie allein die juristische Verantwortung tragen (Vgl. Gerlach 2005, S. 210).

6.3 Wirksamkeit der PSB

Zu Wirksamkeit von PSB fehlen zum jetzigen Zeitpunkt die benötigten Forschungen. Es ist nicht davon auszugehen, dass PSB wirksamer ist, je intensiver und umfangreicher sie eingesetzt wird. Gerade zu Anfang sind Substitutionspatienten aufgrund der Folgen ihrer Abhängigkeit in prekären Lebenssituationen. Die soziale und gesundheitliche Ver-

elendung ist zu diesem Zeitpunkt häufig weit fortgeschritten. Unstrittig ist, dass begleitende und psychosoziale Maßnahmen neben dem medizinischen Teil der Substitution, durch die Vergabe von Substitutionsmitteln eine sinnvolle Ergänzung sein kann. Diese psychosozialen Maßnahmen zeigen bei vielen Patienten einen positiven Verlauf im Hinblick auf die Behandlung, allerdings gibt es auch Patienten, die diese Maßnahmen nicht benötigen, z. B. diejenigen, die ein gesellschaftlich integriertes Leben führen in Bezug auf Arbeit, Wohnsituation und Sozialkontakten. Weiter gibt es Patienten, die allein durch die Vergabe des Substitutionsmittels stabilisiert werden. Für viele ist die alleinige Vergabe des Substitutionsmittels nicht ausreichend um eine gesellschaftliche Reintegration zu gewährleisten. Deshalb ist es wichtig, die psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen bereit zu stellen und für alle Patienten zugänglich zu machen. Jedoch sollte die Teilnahme nicht unter Zwang erfolgen. Dieser Zwang kann sich unter Umständen auch negativ auf den Erfolg der Behandlung ausüben, vor allem dann, wenn der Patient sich weigert, die Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen und dies zu einem Abbruch der Substitutionsbehandlung führt (Vgl. Gerlach 2005, S. 101 ff.).

7. Ziele der Substitutionsbehandlung

Ziele der langfristigen Substitutionsbehandlung sind:

- Sicherung des Überlebens,
- Senkung der Mortalität,
- Stabilisierung des psychischen Gesundheit,
- Stabilisierung der körperlichen Gesundheit,
- die Eindämmung einer weiteren Verbreitung durch HIV bzw. AIDS und anderer Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Hepatitis,
- die Bekämpfung steigender Beschaffungskriminalität,
- Reduktion des Konsums weiterer Substanzen (Beikonsum),
- soziale Rehabilitation und Integration in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Sozialkontakte,
- Abstinenz.

Wann und ob Personen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, von der Erhaltungstherapie zu vollkommener Abstinenz wechseln, wird sehr kontrovers diskutiert (Vgl. DIMDI 2007, S. 16) (Vgl. Kufner & Ridinger 2008, S. 34).

7.1 HIV und AIDS

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen sind in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die durch ihren Lebensstil, oder andere Faktoren einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, tragen die Hauptlast der HIV/AIDS-Epidemie, dazu gehören intravenös konsumierende Drogenkonsumenten (Vgl. Hamouda 2011, S.53).

Insgesamt lebten in Deutschland Ende 2013 geschätzt 80.000 Menschen mit HIV oder AIDS. Davon sind 65.000 Männer, 15.000 Frauen. Nach Schätzungen haben sich 7.800 Menschen durch intravenösen Drogengebrauch angesteckt. Die Zahl der Neuinfektionen für das Jahr 2013 lag bei 3.100 Menschen. Davon 2.700 Männer und 460 Frauen. 300 haben sich durch intravenösen Drogenkonsum mit dem Virus infiziert (Vgl. Robert Koch-Institut 2014). Im Jahr 2010 sind etwa 500 Menschen an den Folgen der HIV-Infektion gestorben (Vgl. Hamouda 2011, S. 73).

Nach einem Infektionsgipfel der HIV-Epidemie Mitte der 1980er Jahre hat sich die Zahl der HIV-Neuinfektionen in allen Altersgruppen zunächst bis Ende der 1990er Jahre deutlich reduziert. Die Zahl der jährlichen Neuinfektionen ist seit 2006 konstant, nachdem sie von 2000 bis etwa 2005 deutlich gestiegen war (Vgl. Robert Koch-Institut 2014). Eine der bislang wenig bekannten Ursachen für den Anstieg der HIV-Infektionen zwischen 2000 und 2005 ist die hohe Zahl der Syphilis-Infektionen in Deutschland. Das Syphilis-Bakterium und andere sexuell übertragbare Erreger führen über die Förderung von entzündlichen Prozessen dazu, dass daran Erkrankte sich leichter mit HIV anstecken (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 27).

Als eine relevante Schleuse des HI-Virus in die heterosexuelle Allgemeinbevölkerung gilt die Beschaffungsprostitution. Man versteht darunter nur die Art der Prostitution, der zwecks Beschaffung von Geld für den täglichen Drogenbedarf nachgegangen wird. Dabei scheint es so zu sein, dass männliche und weibliche Drogenabhängige, die ihren

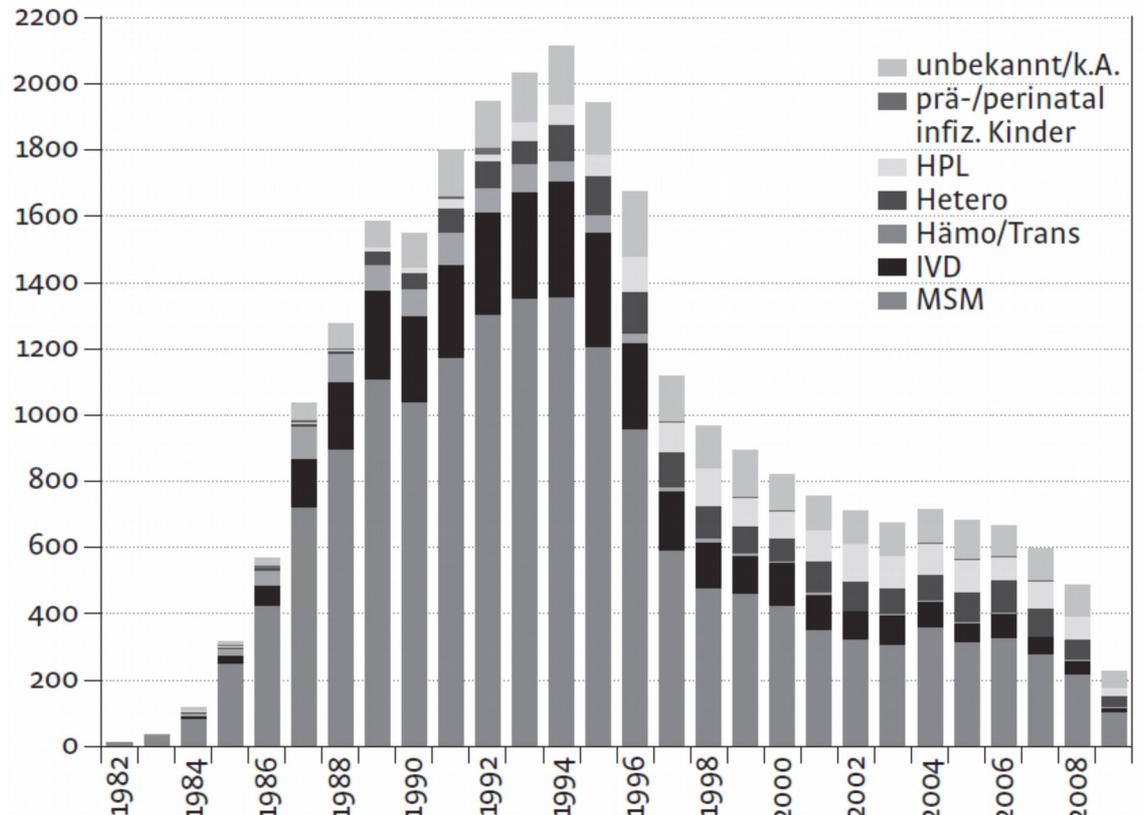
Drogenbedarf durch Ausübung der Prostitution finanzieren, weitaus eher zu unsicheren Sexualpraktiken bereit sind (Vgl. Bieniek 1993, S. 84 f.).

Ein großes Problem stellt die Lage im Hinblick auf HIV und AIDS in deutschen Gefängnissen dar. Durch die unzureichende Verfügbarkeit von sauberen Spritzbestecken, kommt es dort vermehrt zur gemeinsamen Nutzung von Nadeln und Spritzen (needle-sharing). Weitere Infektionswege im Gefängnis bilden der ungeschützte Geschlechtsverkehr und unsterile Nadeln beim Tätowieren. Schätzungen zu Folge erfolgt die Infektion mit dem Virus zu 90% über den gemeinsamen Gebrauch von Spritzbestecken (Vgl. Bieniek 1993, S. 85 f.)

Die Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland galt als die „Chance zur Verminderung der HIV-Infektionen: *„AIDS als Motor der Akzeptanz“*. Nach Auswertung aktueller Zahlen, kam es fast zu einem Stillstand der HIV-Infektionen unter den Drogenkonsumenten. Weiter hatte man zu Beginn der Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland die Hoffnung, dass sie sich positiv auf den Verlauf einer bestehenden HIV-Erkrankung auswirken könnte. Leider musste festgestellt werden, dass durch die toxische Wirkung des Substituts das Immunsystem weiter geschwächt, der Ausbruch des AIDS-Vollbildes beschleunigt wird und sich somit die Lebenszeit verkürzt (Vgl. Viethen 2005, S. 287 f.).

Durch die Substitutionsbehandlung konnte der intravenöse Drogenkonsum signifikant reduziert werden. Bezüglich des sexuellen Risikoverhaltens sprechen die Studien gegen einen Effekt der Substitutionsbehandlung (Vgl. DIMDI 2007, S. 145).

Abbildung 1: AIDS-Fälle in Deutschland 1982 bis 2009 nach Diagnosejahr und wahrscheinlichem Übertragungsweg (N= 27.305)



Quelle: Deutsche AIDS-Hilfe 2011

7.2 Hepatitis B

Infektionen mit Hepatitis-B-Viren gehören zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Es gibt die Möglichkeit einer Impfung. Das Hepatitis-B-Virus (HBV) kann über Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen werden. (Vgl. Robert Koch-Institut 2014, S. 259).

Es ist davon auszugehen, dass etwa 5–8 % der bundesdeutschen Bevölkerung eine HBV-Infektion durchgemacht haben und etwa 0,4–0,7 % Virusträger sind. Dies entspricht ca. 300.000 bis 650.000 Personen (Vgl. Radun 2011, S. 79).

In den bevölkerungsbezogenen Befragungen ist die Gruppe der intravenös konsumierenden Drogengebern allerdings unterrepräsentiert, was zu einer höheren Dunkelziffer führen könnte. Im Jahr 2013 wurden 1.947 Fälle von Hepatitis-B gemeldet. Die

Mehrzahl der Betroffenen waren männlich. Intravenöser Drogenkonsum stellt den zweithäufigsten Übertragungsweg dar (Vgl. Robert Koch-Institut 2014, S. 261).

Schätzungen zu Folge haben 50-60% der intravenös Drogenkonsumierenden eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht. Insgesamt 3–5 % von ihnen gelten als chronisch HBV-infiziert und stellen somit ein Reservoir für die Virusübertragung dar. Nicht selten liegen bei diesen Personen gleichzeitig Infektionen mit Hepatitis C oder HIV vor (Radun 2011, S. 81).

Auch Hepatitis-B stellt in deutschen Gefängnissen aufgrund der unzureichenden Verfügbarkeit von Spritzbestecken ein erhöhtes Risiko für die Inhaftierten dar (Vgl. Radun 2011, S.82).

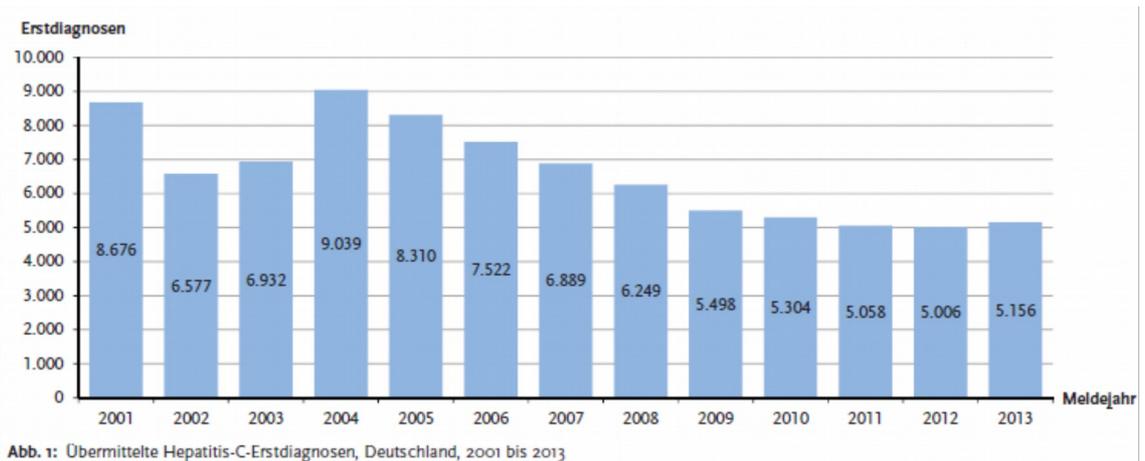
Nach derzeitigem Wissensstand sind besonders intravenös Drogenkonsumierende in unzureichendem Maße gegen Hepatitis B geimpft, vor allem aufgrund eingeschränkter Zugangs zur medizinischen Versorgung. In einer aktuellen Studie unter Substituierten in Deutschland gaben 214 (74 %) von 289 Befragten an, sie hätten keine Hepatitis-B-Impfung erhalten, während lediglich 75 (26 %) berichteten, sie seien gegen Hepatitis B geimpft (Vgl. Radun 2011, S. 78).

7.3 Hepatitis C

Infektionen mit Hepatitis-C-Viren gehören ebenfalls zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Deutschland gehört mit einer Prävalenz von 0,3 % für Hepatitis C in der Allgemeinbevölkerung zu den Niedrigprävalenzregionen. (Vgl. Robert Koch-Institut 2014, S. 276).

Für das Jahr 2013 wurden insgesamt 5.156 Fälle von erst diagnostizierter Hepatitis C übermittelt. Dies entsprach einer bundesweiten Inzidenz von 6,3 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner (Vgl. Robert Koch-Institut 2014, S. 277).

Intravenöser Drogenkonsum stellt einen Hauptrisikofaktor für eine Hepatitis C dar. Neben dem gemeinsamen Nadel- und Spritzengebrauch stellt auch die Benutzung von weiteren Utensilien ein großes Risiko dar (Vgl. Backmund 2008, S. 82).



Quelle: Robert Koch-Institut 2014

Intravenöser Drogengebrauch, der im Zusammenhang zur festgestellten Hepatitis C steht, wurde für 1.157 Fälle übermittelt, davon waren 887 männlich (77%). Damit werden durch den intravenösen Drogenkonsum die meisten neu erworbenen Hepatitis-C-Infektionen übertragen. Die Tatsache, dass Männer häufiger Drogen intravenös konsumieren als Frauen, erklärt unter anderem die erheblich höhere Inzidenz erst-diagnostizierter Hepatitis C bei Männern. Insgesamt wird die HCV-Prävalenz in Deutschland höher eingeschätzt, weil auch hier die Risikopopulationen wie Drogenkonsumenten und Inhaftierte in den Untersuchungen unterrepräsentiert oder nicht vertreten sind (Vgl. Robert Koch-Institut 2014, S. 278).

Unter intravenös Drogen Gebrauchenden ist die Hepatitis C Prävalenz mit 60 – 80% enorm hoch (Vgl Stöver/Schäffer/Leicht 2014, S. 57).

Dem steht eine sehr geringe Behandlungsquote gegenüber. Es bestehen immer noch eine Reihe von Barrieren und Vorbehalte gegenüber der Behandlung dieser Gruppe, obwohl die Forschung gezeigt hat, dass die Behandlung bei Drogenkonsumenten sicher und effektiv ist (Vgl. Stöver/Schäffer/Leicht 2014, S. 57).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich die Hepatitisinfektionen „im Schatten von HIV-Infektionen“, auf ähnlichen Übertragungswegen schnell und unbemerkt bei intravenös Drogenkonsumierenden verbreitet, trotz Substitutionsbehandlung (Vgl. Viethen 2005, S. 287).

7.4 Psychische Komorbidität

Die Opioidabhängigkeit tritt nur in der Minderheit der Fälle isoliert auf. Für das Zusammentreffen von psychischen Störungen und Drogenabhängigkeit existieren diverse Theorien. Psychische Erkrankungen können Auslöser für die Drogenabhängigkeit sein. Sie bedürfen daher einer entsprechenden Behandlung, da sonst die Abhängigkeit nicht erfolgreich behandelt werden kann. Auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit, dass Drogenkonsum der Auslöser für den Ausbruch weiterer psychischer Erkrankungen ist, (z. B. drogeninduzierte Psychose). Bei einer Reihe von Opioidabhängigen kann der Konsum von psychotropen Substanzen im Sinne der „Selbsttherapie“ aufgefasst werden. Unterschiedliche Untersuchungen nennen psychiatrische Komorbiditätsraten zwischen 50% und 70% (Vgl. Deimel 2013, S. 23 f.).

Backmund (2008) bezieht sich auf verschiedene Studien die eine Rate bei Angststörungen von 43%-46% angeben. Bei den affektiven Störungen 34%-46%, Psychosen 5%-15% und Essstörungen 5% (Vgl. Backmund 2008, S. 15).

Die PREMOS-Studie kam zu keiner deutlichen Verbesserung der Komorbidität von psychischen Erkrankungen. Der Anteil der Studienteilnehmer ohne eine weitere psychiatrische Störung neben der Opioidabhängigkeit stieg von 36,7% auf 44,3% am Anfang der Studie. Die Studie kommt weiter zu dem Ergebnis, dass es in der Versorgung schwer psychisch Kranker eine Unter- und Mangelversorgung gibt (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 61 f.).

Positive Effekte werden im Durchschnitt schon nach einem Jahr der Substitution verzeichnet. Jedoch können sich kurz danach wieder negative Gefühle entwickeln. Dies kann Ausdruck einer zu kritischen Selbstwahrnehmung sein, da der Betroffene seine eigene „Misere“ oft erst während der Therapie deutlich erkennt, oder als Reaktion auf die schwierige Reintegration in die Gesellschaft folgen. Zusammenfassend kann man sagen, dass trotz negativer Gefühle, wie Angst, Spannungszuständen und Traurigkeit eine offensichtliche Besserung des seelischen Zustandes sichtbar wird. Das Schaffen von Teilzielen, wie der Wegfall des Beschaffungsdrucks, Verminderung krimineller Aktivitäten und Entfernung von der Drogenszene, bringen eine entscheidende Verbesserung der momentanen Situation mit sich (Vgl. Viethen 2005, S. 290).

7.5 Beikonsum

Ziel der Substitutionsbehandlung ist die Verringerung von Beikonsum. Zahlreiche Studien zeigen, dass durch die Substitution der Konsum weiterer Substanzen sinkt. Allerdings ist es unumstritten, dass der Beikonsum nicht nur bei Heroinabhängigen ohne Substitution eine große Rolle spielt, sondern auch während der Substitution. Neben der Heroinabhängigkeit kann auch eine weitere Abhängigkeit von anderen Substanzen bestehen. Durch den Mischkonsum kann es zu unkalkulierbaren, gefährlichen Wechselwirkungen kommen, die letztendlich zum Tod führen können (Vgl. Backmund 2008, S. 42 f.).

Nach Backmund (2008) rauchen 97% der Opioidabhängigen, 62% nehmen Benzodiazepine, 18,5% konsumieren Cannabis, 36% nehmen regelmäßig Kokain und 28% trinken Alkohol (Vgl. Backmund 2008, S. 42).

Die PREMOS-Studie kam zu dem Ergebnis, dass der Beikonsum während der Substitution sank, allerdings konnten sie auch nach langer Substitutionsbehandlung einen hohen Beikonsum feststellen. Einen Grund dafür sehen die Forscher in einer Unterdosierung der Substitutionsmittel (Vgl. Wittchen et al. 2011).

Das Ziel der völligen Beikonsumfreiheit scheint kaum zu erreichen, so Viethen (2005) (Vgl. Viethen 2005, S. 289).

7.6 Beschaffungskriminalität

Besitz und Handel von Heroin sind illegal, dies macht die Konsumenten zu Straftätern. Die Preise für Heroin auf dem Schwarzmarkt sind hoch, was zu einem Abrutschen in die Beschaffungskriminalität führen kann. Um den Konsum zu finanzieren, betreiben die Konsumenten Handel, prostituieren sich illegal, oder begehen andere kriminelle Handlungen. In einer Umfrage aus dem Jahr 2008 wurden 791 Opioidabhängige in 13 Städten zu ihrer Hafterfahrung befragt. Die Untersuchung ergab, dass 78% bereits Hafterfahrungen hatten. Von den 80.000 Inhaftierten sind ca. 10.000 bis 15.000 Personen opioidabhängig. 40% von ihnen führen den Konsum in Haft fort (Vgl. Deimel 2013, S. 25).

Mit der Substitutionsbehandlung soll der Abhängige sozial stabilisiert und entkriminalisiert werden. Mit der Vergabe eines Substitutionsmittels soll der Nährboden für die Beschaffungskriminalität entzogen werden. Des Weiteren verfolgt der Staat mit der kontrollierten Abgabe von Substitutionsmitteln das Ziel, den illegalen Handel unter Kontrolle zu stellen und den Drogendealern das Geschäft entziehen. Kritiker der Substitutionsbehandlung sind der Meinung, dass der Staat durch die Abgabe eines illegalen Betäubungsmittels auch zum „Dealer“ wird. Die Substitutionsbehandlung steht unter einer sozialen Kontrolle und begrenzt die Freiheit der Substituierten (Vgl. Viethen 2005, S. 291).

Für das Jahr 2013 verzeichnet die polizeiliche Kriminalstatistik 2.091 Fälle direkter Beschaffungskriminalität. Darunter sind alle Straftaten gemeint, die die zur Erlangung von Betäubungsmitteln begangen werden. Im Jahr 2012 waren es 2.152 registrierte Fälle und im Jahr 2011 3.013 Fälle. Die Zahl der Delikte sinkt nach einem Anstieg im Jahr 2011 und liegt jetzt weiterhin unter dem Tiefstand aus dem Jahr 2005 (Vgl. DBDD 2014, S. 169).

Bei Handels- und Schmuggeldelikten lag die Fallzahl für Heroin bei 3.086 Delikten im Jahr 2013. Im Jahr 2012 waren es 3.806 Delikte. Im Jahr 2011, 4.980 Delikte. Hier ist also auch ein Rückgang zu verzeichnen. In Prozentzahlen ausgedrückt machen die Delikte im Zusammenhang mit Heroin im Jahr 2013 nur 6,9% der gesamten Delikte aus (Vgl. DBDD 2014, S. 170).

Zahlreiche Studien belegen, dass die Beschaffungskriminalität durch die Substitutionsbehandlung abnimmt (Vgl. Backmund 2008, S. 41).

Hinsichtlich der Wirkung von Substitution zeigt sich eine positive Entwicklung in Bezug auf die Reduktion der Anzeigen, Festnahmen, Gerichtsverfahren, Verurteilungen und Gefängnisaufenthalten gegenüber Opioidabhängigen ohne Substitution (Vgl. DIMDI 2007, S. 55).

7.6.1 Substitution in Haftanstalten

Unter Substitution wird allgemein eine langfristige Behandlung verstanden (Erhaltungstherapie). Im Strafvollzug ist das nicht immer so. Hier handelt es sich oft nur um einen medikamentengestützten Entzug (Entgiftung). Die Gefangenen erhalten somit vorübergehend einen Ersatzstoff, der nach kurzer Zeit stufenweise ausgeschlichen und schließlich ganz abgesetzt wird.

Substituiert wird auch zur Überbrückung, wenn vor Haftantritt offiziell substituiert wurde und der Gefängnisaufenthalt kurz ist, oder zur Vorbereitung der Entlassung. In vielen Bundesländern wird inzwischen auch die „klassische“, über längere Zeit durchgeführte Substitution angeboten. Oft gibt es dafür jedoch nur wenige Plätze.

Für die Substitution in Haft gibt es keine einheitlichen Regelungen. Das bedeutet, dass die Substitution von Bundesland zu Bundesland, oft von Haftanstalt zu Haftanstalt anders geregelt ist. Die medizinische Versorgung in Haftanstalten war bis 2007 noch bundeseinheitlich im Strafvollzugsgesetz unter den §§ 56 bis 66 geregelt. Mittlerweile dürfen die Bundesländer eigene Gesetze zur Regelung des Justizvollzugs erlassen.

Auch die psychosoziale Begleitung (PSB) wird je nach Anstalt anders organisiert. Sie erfolgt durch die Sozialarbeiter/innen der Haftanstalt und/oder durch externe Mitarbeiter/innen, z. B. von Drogenberatungsstellen.

Gefangene im geschlossenen Vollzug sind über die Gesundheitshilfe der Justiz versichert und nicht über die gesetzliche Krankenversicherung. Das bedeutet, sie haben in Haft keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, worüber die Substitution außerhalb des geschlossenen Vollzugs geregelt ist und übernommen wird.

Es besteht ein Rechtsanspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards entsprechende medizinische Versorgung. Es besteht allerdings kein Anspruch auf darüber hinausgehende Leistungen oder eine bestimmte Art der Behandlung.

(Vgl. Deutsche Aids-Hilfe 2015)

7.7 Berufliche Situation

Durch den oft frühen Einstieg in die Drogenszene weisen Opioidabhängige oftmals ein

geringes Bildungsniveau auf. Durch den Heroinkonsum und den damit verbundenen Beschaffungsdruck sind die Opioidabhängigen nicht in der Lage einer geregelten Arbeit nachzugehen. Ein Großteil ist somit auf Sozialhilfe, oder Leistungen für Arbeitslose angewiesen (Vgl. Deimel 2013, S. 26). Die Arbeitslosigkeit unter den Opioidabhängigen beträgt nach der deutschen Suchthilfestatistik von 2009 einen Wert von 62,6% auf, bei 16,6% ist ein Arbeitsplatz vorhanden. 54,9% verfügen über einen Hauptschulabschluss, 6,1% haben die Hochschulreife, weitere 16,1% haben keinen Schulabschluss (Vgl. Deimel 2013, S. 29).

Die PREMOS-Studie kommt zu ähnlichen Ergebnissen zu Beginn der Studie. Dort waren 53,1% arbeitslos. 74,5% besuchten weniger als 10 Jahre eine Schule, 19% hatten keinen Schulabschluss (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 48).

Die Substitutionsbehandlung soll durch die Stabilisierung des Gesundheitszustandes dazu führen, dass Opioidabhängige einer beruflichen Tätigkeit nachgehen können und ihnen damit eine selbstständige Lebensführung ermöglichen (Vgl. Viethen 2005, S. 287).

Am Ende der PREMOS-Studie hat sich die berufliche Situation unter Substitution verbessert. Der Anteil der Arbeitslosen sank auf 42%. Der Anteil derer die sich in beruflich-rehabilitativen Maßnahmen befinden stieg von 7,5% auf 19,4%. Die Anzahl der Berufstätigen stieg von 24,1% auf 34% (Vgl. Wittchen 2011, S. 58).

In einigen Studien zur Arbeitssituation lassen sich signifikante Verbesserungen feststellen, die quantitativ aber gering ausfallen. Andere Studien berichten über keine Verbesserung der Arbeitssituation. Die widersprüchlichen Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Arbeitsstatus auch von der aktuellen Arbeitsmarkt Situation abhängt (DIMDI 2007, S. 45).

Ein weitere Grund für die hohen Arbeitslosenzahlen ist die soziale Ausgrenzung Drogenabhängiger, bzw. ehemals Drogenabhängiger. Handlungsbereitschaft sieht Viethen in der Akzeptanz durch die Umwelt, einer Bedingung die im Umgang mit Drogenabhängigen bislang kaum besteht (Vgl. Viethen 2005, S. 288).

7.8 Soziale Reintegration

Durch das Leben in der Drogenszene und die Beschaffungsprostitution befinden sich viele Opioidabhängige in stark beeinträchtigten Lebenssituationen. Als Folge der Abhängigkeit sind positive und unterstützende soziale Beziehungen, wie die der Familie und der zu Freunden außerhalb der Drogenszene abgebrochen. Durch den Beschaffungsdruck nimmt die Abhängigkeit viel Zeit in Anspruch, wodurch soziale Kontakte vernachlässigt werden. Die sozialen Kontakte beschränken sich oft auf andere Betroffenen aus der Drogenszene (Vgl. Deimel 2013, S. 26).

Drogenabhängige sind von der Gesamtgesellschaft ausgeschlossen und stellen eine Randgruppe dar. Die Substitutionsbehandlung soll die Abhängigen dazu befähigen, sich aus der Drogenszene herauszulösen und die Reintegration in die Gesellschaft ermöglichen (Vgl. Viethen 2005, S. 288).

Die Stigmatisierung und Ausgrenzung der Gesellschaft erschwert den Opioidabhängigen das Herauslösen aus der Szene, wodurch häufig auf Kontakte aus der Szene zurückgegriffen wird. Die fortgesetzten Kontakte zu aktiven Drogenkonsumenten erhöht das Risiko eines Rückfalls (Vgl. Viethen 2005, S. 289).

Die PREMOS-Studie konnte folgende Angaben zum Familienstatut der Teilnehmer machen: 53,3% der Patienten lebte zum Anfang der Studie allein oder getrennt. Zum Ende waren es noch 55,1%. Hinsichtlich der Wohnsituation ergab sich, dass 41,8% in einer eigenen Wohnung lebten. Am Ende der Studie waren es 50,3%. 30% lebten mit einem Partner zusammen. Dieser Wert veränderte sich kaum. Der Anteil der Wohnungslosen sank von 0,9% auf 0,3%. Betreute Wohnformen nahmen von 2,7% auf 6% zu (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 58).

7.9 Mortalität

Das Überleben zu sichern und damit verbunden die Anzahl der Drogentoten zu senken, stellt eine zentrale Aufgabe der Substitutionsbehandlung dar.

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle stieg 2013 erstmals seit 2009 auf 1.002 Perso-

nen und damit um rund 6 Prozent gegenüber 2012, da waren es 944 Menschen. 83% der Toten waren Männer, 17% Frauen. Der Altersdurchschnitt lag mit knapp unter 38 Jahren nur unwesentlich über dem des Vorjahres. (Drogen und Suchtbericht 2014, S. 41)

Rauschgifttote nach Todesursachen 2013 (Länderabfrage)

Ursache	Gesamt
Monovalente Vergiftungen durch Opioide/ Opiate	242
- Heroin/ Morphin	194
- Opiat- Substitutionsmittel	48
- davon Methadon (u. a. Polamidon)	20
- davon Buprenorphin (u. a. Subutex)	2
- davon Sonstige	26
Polyvalente Vergiftungen durch Opioide/ Opiate*	421
- Heroin/ Morphin i. V. m. anderen Substanzen	280
- Opiat- Substitutionsmittel i. V. m. anderen Substanzen	207
- davon Methadon (u. a. Polamidon) i. V. m. anderen Substanzen	157
- davon Buprenorphin (u. a. Subutex) i. V. m. anderen Substanzen	8
- davon Sonstige i. V. m. anderen Substanzen	51

Quelle: Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014



Quelle: Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014

Opioidabhängige weisen eine deutlich höhere Sterblichkeit auf, als die gleichaltrige Allgemeinbevölkerung (Vgl. Backmund 2008, S. 19). Das Risiko an den Folgen der Drogenabhängigkeit zu sterben liegt schätzungsweise 10 bis 30mal höher als bei der Allgemeinbevölkerung. Eine Untersuchung zu den Hintergründen der Todesursache bei den drogenbedingten Todesfällen hat ergeben, dass es sich bei 72% um eine unbeabsichtigte

Überdosierung handelte, 11% begannen einen Selbstmord und bei 2% handelte es sich um Unfälle. Bei 5% war eine andere Erkrankung die Todesursache und bei den übrigen 10% konnte keine Ursache gefunden werden (Vgl. Deimel 2013, S. 24).

Die größte Zahl der Toten stirbt nachdem an einer Überdosierung. Ein Grund für eine Überdosierung kann ein Toleranzverlust nach einem Entzug oder einer Haftstrafe sein. Kommt es nach dem Entzug zu einem Rückfall, kann ein Toleranzverlust entstehen. Wenn also die Dosis, die vor dem Entzug konsumiert wird, wieder genommen wird, kann es zum Tod durch Überdosierung kommen, da der Körper nicht mehr an den Konsum gewöhnt ist. Eine weitere Ursache für eine Überdosierung ist der stark schwankende Reinheitsgrad des Heroins. Gerät der Konsument an sehr „sauberes“ reines Heroin und hat vorher meist „unsauberes“ Heroin konsumiert, kann dies durch Überdosierung zum Tod führen. Dazu kommt der Konsum anderer Substanzen, die Gefahr der Mischintoxikation, also einer Vergiftung durch weitere Drogen wie Kokain, Alkohol, Benzodiazepinen usw. (Vgl. Bieniek 1993, S. 74 ff.).

Ein weiterer Teil der Drogentoten führte den Tod beabsichtigt bei. Die Suizidversuchsrate liegt deutlich höher als die der Allgemeinbevölkerung. Laut Backmund (2008) hat jeder fünfte Heroinabhängige mindestens einmal in seinem Leben einen Suizidversuch unternommen. Andere Untersuchungen ergaben eine Prävalenz von 28% bis 40%. 50% der Opioidabhängigen hatten bereits vor ihrer Abhängigkeit Suizidgedanken (Vgl. Backmund 2008, S. 16).

Ursache für die hohe Rate an Selbstmorden liegt in der ausweglosen psychosozialen Situation. Die Auswirkungen der Drogenabhängigkeit wie gesundheitliche Verwahrlosung, das Leben in der Drogenszene und die gesellschaftliche Reaktion auf die Drogenabhängigkeit können zum Selbstmord führen. Auch die psychische Komorbidität spielt eine Rolle (Vgl. Bieniek 1993, 74 ff.).

7.9.1 Todesfälle durch Substitutionsmittel

Todesursache ist meist die Kombination von Substitutionsmitteln mit anderen Substanzen. Die Mehrzahl der Toten befindet sich allerdings nicht in einer regulären Substitutionsbehandlung. Sie erlangen das Substitut über den Schwarzmarkt. Obwohl die Verfügbarkeit auf dem Schwarzmarkt steigt, liegen dem Bundeskriminalamt keine Informationen über illegale Methadon-Produktionsstätten vor. Eine Gefahr, wie Substitutionsmittel

auf den Schwarzmarkt gelangen, liegt bei den Patienten selbst, die ihre Mitgabedosen „Take-Home“ an andere weitergeben. Da die Nachfrage von Methadon auf dem Schwarzmarkt zunimmt, ist anzunehmen, dass in Deutschland in vielen Städten und Regionen ein Mangel an Substitutions- Behandlungsplätzen besteht, beziehungsweise die Zugangsschwellen zur Aufnahme zu einer Behandlung zu hoch sind (Vgl. Gerlach 2004, S. 59 ff.).

Ein erhöhtes Risiko besteht am Anfang der Substitutionsbehandlung, wenn die optimale Dosis des Substitutionsmittel noch nicht gefunden ist, der sogenannte „stady-state“. Grund für dieses erhöhte Risiko ist die längere Halbwertszeit des Substituts. Auch das Absetzen bei der der Substitutionsbehandlung stellt ein Risiko dar. Ein weiteres Risiko während der Substitution ist der Beikonsum von anderen Substanzen (Vgl. Kufner & Rösner 2005, S. 39).

Wittchen et al. (2011) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Substitutionsbehandlung effektiv die Sterblichkeit der Patienten senkt. In der Untersuchung gab es keinen Hinweis darauf, dass ein Substitutionsmittel selbst ein Risikofaktor sein könnte. Hinsichtlich der Todesursachen waren weniger Überdosierungen ausschlaggebend, auch gab es keine gravierenden Geschlechterunterschiede. Die höchste Mortalität bei mit HIV Infizierten bzw. an AIDS Erkrankten (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 73).

7.10 Abstinenz

Dauerhafte Abstinenz, also die komplette Drogenfreiheit gilt als das ideale Endziel der Substitutionsbehandlung. Durch das Ausschleichen des Substitutionsmittel am Ende der Behandlung soll der Patient schlussendlich auch ohne das Substitutionsmittel eine zufriedene Lebensführung erreichen (Vgl. Viethen 2004, S. 289).

Die Substitutionsärzte sind dazu angehalten in regelmäßigen Abständen zu prüfen, ob eine Abdosierung und damit eine regelhafte Beendigung der Behandlung möglich ist und Patienten in eine langfristige Abstinenztherapie zu vermitteln, oder die Patienten ambulant in die Abstinenz zu begleiten (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 76).

Dieses durch gesetzliche Grundlagen verankerte Endziel der dauerhaften Abstinenz wird allerdings in Frage gestellt. Fraglich ist, ob die Abstinenz für eine befriedigende

Lebensbewältigung unbedingt erforderlich ist (Vgl. Viethen 2004, S. 289).

Da es sich bei Opioidabhängigkeit um eine chronisch rezidivierende Erkrankung handelt, lehnen viele der Substitutionsärzte das Ziel der Abstinenz ab. Vor diesem Hintergrund wurde in den BÄK das Ziel der Abstinenz insofern eingeschränkt, dass es von der individuellen Lage des Patienten abhängig ist (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 76).

Die PREMOS-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass stabile Abstinenz im langfristigen Verlauf ein seltenes Phänomen ist und mit Risiken wie dem Tod des Patienten assoziiert ist. 8% der Studienteilnehmer beendeten die Substitutionsbehandlung regelhaft, bzw. zeitlich abstinent. Die Hälfte (4%) mehr als 6 Monate gesichert stabil abstinent (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 4).

Substitutionsbehandlungen scheinen selten zur dauerhaften Abstinenz zu führen. Dennoch wird die Substitution von den Patienten als insgesamt nützlich angesehen (Vgl. Viethen 2004, S. 289).

7.11 Haltequote

Unter der Haltequote wird die Zeit verstanden, in der sich ein Klient in der Substitutionsbehandlung befindet. Dieser Faktor wird als direkter Indikator des Behandlungserfolgs angesehen. (Vgl. DIMDI 2007)

Die Akzeptanz der Substitutionsbehandlung kann in Deutschland als sehr hoch eingeschätzt werden (Vgl. Kufner&Rösner 2005, S. 36).

Die Haltequote liegt pro Substitutionsbehandlung und Jahr bei 60-70% (Vgl. Deimel 2013, S. 87). Auch Wittchen et al. (2011) kommen nach ihrer 6 Jahre andauernden Studie zur Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung auf eine Haltequote von 70% (Vgl. Wittchen et al. 2011, S. 4)

8. Resümee

Die Opioidabhängigkeit ist eine schwerwiegende, komplexe chronische Erkrankung, die geprägt ist durch häufige Rückfälle und den Gebrauch weiterer Substanzen. Das Abhängigkeitspotenzial ist sehr hoch. Die Erkrankung benötigt ein spezifisches Behandlungs-

konzept.

Die Substitutionsbehandlung ist nach langen Widerständen, vor allem durch das Festhalten an abstinenzorientierten Behandlungsformen heute in der Fachwelt anerkannt. Die Behandlung ist heute die erste Wahl bei einer Opioidabhängigkeit. Doch auch heute begegnet man der Substitutionsbehandlung mit Vorbehalten und Ablehnung, z. B. in Haftanstalten, wo die langfristige Behandlung eine Ausnahme darstellt.

Seit der Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland steigt die Anzahl der Patienten, die sich in Substitution befinden kontinuierlich. Die Anzahl derer, die seit 2002 offiziell mit Diarmorphin substituiert werden, ist mit ca. 500 Patienten gering. Dies liegt unter anderem daran, dass die Behandlung nur für Schwerstabhängige zugänglich ist und die Anforderungen an die Einrichtungen sehr hoch sind.

Die Substitutionsbehandlung leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung und Sicherung des Lebens, in dem sie nachweislich die Mortalität senkt und die Patienten sozial und gesundheitlich stabilisiert. Eine Vielzahl somatischer Erkrankungen können durch den regelmäßigen Kontakt zum Arzt/Ärztin behandelt werden.

Allein durch die Gabe des Substitutionsmittels wird der intravenöse Drogengebrauch eingedämmt und die daraus entstandenen Folgen und Risiken signifikant reduziert. Auch die Gefahr einer tödlichen Überdosierung durch den ungewissen Reinheitsgrad des Heroins fällt weg.

Mit der Einführung der Substitutionsbehandlung sah man die Chance, die Verbreitung von HIV und AIDS einzudämmen. AIDS galt als Motor der Akzeptanz. Heute sind die Zahlen auf einem konstant niedrigen Niveau.

Die Substitution ist für viele Ärzte und Ärztinnen jedoch ein wenig attraktives Feld. Das liegt zum einen an der Stigmatisierung der Opioidabhängigen und dem damit verbundenen schlechten Ruf dieser Patientengruppe.

Das repressiv geregelte Betäubungsmittelgesetz schränkt die Therapiefreiheit ein. Das festgelegte Therapieziel der Abstinenz können, oder wollen viele Patienten nicht erreichen.

Ein Engpass der Substitutionsbehandlung besteht in ländlichen Regionen. Dort sind nur wenige Ärzte und Ärztinnen bereit sich mit den staatlichen Regelungen und strafrechtlichen Bestimmungen auseinander zu setzen. Das führt zu einer Unterversorgung in diesen Regionen. Die ohnehin schwierige Lage der Patienten wird durch die nicht vorhandene Arztwahl, weite Anfahrtswege und lange Wartezeiten zusätzlich erschwert.

Doch nicht nur in den ländlichen Regionen fehlt der Nachwuchs. Auch in den Städten werden die substituierenden Ärzte und Ärztinnen immer älter und es gibt keine Aussicht auf Nachfolger, die sich mit der Substitution befassen wollen. Das, obwohl die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen mit suchtherapeutischer Zusatzqualifikation zugenommen hat. Das Potenzial der Substitutionsbehandlung ist somit nicht ausgeschöpft.

Unklarheiten ergeben sich bei der psychosozialen Betreuung. Durch die ungenauen und uneinheitlichen Definitionen, den unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Regelungen, herrscht keine Einigkeit in Bezug auf die psychosoziale Betreuung. Auch wenn die Wirksamkeit nicht erwiesen ist, zeigt sich ein günstiger Verlauf der Substitutionsbehandlung bei Inanspruchnahme der begleitenden Maßnahmen. Die psychosoziale Betreuung als Pflicht für alle Patienten zu verankern ist jedoch kontraproduktiv. Nötig ist eine klare und einheitliche Regelung in Bezug auf die Ziele, Standards und die Finanzierung der psychosozialen Betreuung.

Keine positive Entwicklung zeigt sich in der Verbreitung und Behandlung von Hepatitis in der Substitutionsbehandlung. Während die Zahl der HIV-Neuinfizierungen konstant auf einem relativ niedrigen Niveau bleibt, verbreitet sich Hepatitis ungehemmt weiter.

Durch die Substitutionsbehandlung soll eine Akzeptanz der Abhängigen erreicht werden. Mit der Substitutionsbehandlung verfolgte die Drogenpolitik auch das Ziel, die sichtbare Drogenszene aus der Öffentlichkeit zu entfernen.

Die Substitution steht durch die gesetzlichen Regelungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und dem Betäubungsmittelgesetz unter staatlicher Kontrolle. Nach wie vor führt die Illegalität der Droge zu einer Ausgrenzung und Stigmatisierung der Konsumenten.

Obwohl ein Großteil der Patienten durch die Substitutionsbehandlung wieder in der Lage ist, einer Beschäftigung nach zu gehen, sind die Zahlen derer, die nach wie vor auf Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe angewiesen sind, weiter sehr hoch. Die Gruppe der Substituierten ist von den Arbeitslosenzahlen der Allgemeinbevölkerung weit entfernt.

Ein Problem während der Substitutionsbehandlung stellt der Konsum weiterer Substanzen wie Benzodiazepine, Alkohol, Kokain oder anderer Drogen dar. Dieser Beikonsum

birgt Gefahren für die Patienten und kann im schlimmsten Fall zum Ausschluss der Behandlung führen. Es handelt sich dabei um eine Folge zu niedriger Dosierung des Substitutionsmittels, um das Symptom einer Abhängigkeit von weiteren Substanzen oder um eine Suchtverlagerung von der primären Opioidabhängigkeit auf andere Drogen.

Unbefriedigend ist die Behandlung psychisch komorbider Opioidabhängiger in der Substitutionsbehandlung. Hier zeigt sich eine Unter- und Mangelversorgung. Dies liegt nicht zuletzt am schlechten Ruf der Opioidabhängigen.

Insgesamt ist die langfristige Substitutionsbehandlung als effektiv anzusehen. Sie trägt zur Sicherung des Überlebens und zur Reduktion der Schäden, die durch eine Opioidabhängigkeit entstehen nachweislich bei. Die Abstinenz ist im langfristigen Verlauf allerdings sehr selten.

9. Quellenverzeichnis

Backmund, M. (2008): Heroinabhängigkeit - Hepatitis C - HIV. Bedeutung in der Substitution. Ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg 2008

Baier, C. (2005): Substitutionsbehandlungen in ländlichen Regionen. S. 134-140. In: Gerlach R./Stöver H. (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben in der Zukunft. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2005

Bieniek, R. (1993): Entkriminalisierung von Drogenabhängigen durch Substitutionsbehandlung. Empirische und rechtliche Bedingungen. Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 1993

Deimel, D. (2013): Psychosoziale Behandlung in der Substitutionsbehandlung. Praxis Klinischer Sozialarbeit. Tectum Verlag, Marburg 2013

Follmann, A. (2004): Ein sicher nicht vollständiger Diskurs zur „PSB“. S. 91-99. In: Schneider, W., Gerlach, R., (2004). DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzep-

tanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2004

Gellert, R., Schneider, G. (2002): Substitution und Heroin. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2002

Gerlach, R. (2004): Methadon: Von der Entdeckung zur Erhaltungsbehandlung – Auflösung einiger „historischer Mythen“. S. 29-55. In: Schneider, W., Gerlach, R. (2004). DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2004

Gerlach, R., Stöver, H. (2009): Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen – eine Zwischenbilanz. S. 15-35. In: Gerlach, R., Stöver, H. 2009. Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2009

Kuntz, H. (2000): Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2000

Küfner, H., Ridinger, M. (2008): Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution (PSB-D). Pabst Science Publishers, Lengerich 2008

Küfner, H., Rösner, S. (2005): Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikatoren. S. 29-64. In: Gerlach R./Stöver H. (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben in der Zukunft, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2005

Lovisach, P., Lutz R. (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 1996

Viethen, M. (2005): Methadon als Maßnahme akzeptanzorientierter Drogenarbeit: Ursprüngliche Zielsetzungen und erreichte Veränderungen. Eine kritische Bilanz. S. 283-

307. In: Dollinger, B./Schneider, W. (2005): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Band 41. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2005

Internetquellen:

Barsch, G. (2011): Substitution in ländlichen Regionen. S. 141-160. In: Schäfer, D./Stöver, H. (2011): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. (online) Homepage: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

URL: www.aidshilfe.de/download_file/3061 (Abruf: 01.03.2015)

Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. (online) Homepage: Bundesärztekammer

URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf (Abruf: 20.02.2015)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2015): Bericht zum Substitutionsregister (online) Homepage: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

URL: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=10
(Abruf: 03.03.2015)

Deutsche AIDS-Hilfe (2014): Substitution in Haft 2015, Auflage 4. (online) Homepage: Deutsche AIDS-Hilfe

URL: <http://www.aidshilfe.de/de/shop/substitution-haft> (Abruf: 03.03.2015)

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. Deutschland. Drogensituation 2013/2014. (online) Homepage: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

URL: http://www.dbdd.de/images/dbdd_2014/reitox_report_2014_germany_de

[Pdf](#) (Abruf: 18.02.2015)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4, Hamm 2013 (online) Homepage: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

URL: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_4_Drogen.pdf (Abruf: 18.02.2015)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014): Drogen- und Suchtbericht 2014, Berlin (online) Homepage: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

URL: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf (Abruf: 17.02.2015)

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG)

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmg_1981/gesamt.pdf (Abruf: 20.02.2015)

Hamouda, O. (2011): Epidemiologie von HIV/Aids bei i.v. Drogen Gebrauchenden. S. 46-75. In: Schäfer, D./Stöver, H. (2011): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. (online) Homepage: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

URL: www.aidshilfe.de/download_file/3061 (Abruf: 01.03.2015)

Radun, D. (2011): Epidemiologie von Hepatitis B und C. S. 75-100. In: Schäfer, D./Stöver, H. (2011): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. (online) Homepage: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

URL: www.aidshilfe.de/download_file/3061 (Abruf: 01.03.2015)

Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) (2013)

URL: <http://www.sindbadmms.de/infomed/sindbad.nsf/c16c5495cff945c1002567cb0043187a/7c397aec987c3d2dc125714e0042f51d?OpenDocument> (Abruf: 20.02.2015)

Robert Koch-Institut (2014): Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts. Hepatitis B und D: Situationsbericht Deutschland 2013, Virushepatitis, Hepatitis-B-Viren. Ausgabe 30/2014 (online) Homepage: Robert Koch-Institut
URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/30_14.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 15.03.2015)

Robert Koch-Institut (2014): Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Institutes. Virushepatitis C, Situationsbericht Deutschland 2013. Ausgabe 31/2014 (online) Homepage: Robert Koch-Institut
URL: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/31_14.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 15.03.2015)

Robert Koch-Institut (2014): Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Institutes, Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland 2013. Ausgabe 44/2014 (online) Homepage: Robert Koch-Institut
URL: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/44_14.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 15.03.2015)

Rüther, A., Göhlen (2007): Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Busch, M., Haas, S., Weigl, M., Wirl, C., Horvath, I., Stüzlinger, Schriftenreihe Health Technology Assessment, Band 53, Auflage 1, Köln 2007 (online) Homepage: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta146_bericht_de.pdf
(Abruf: 01.03.2015)

Stöver, H., Michels, I. (2011): Die Substitution braucht neue Impulse zur Weiterentwicklung. S. 117-141. In: Schäfer, D./Stöver, H. (2011): Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. (online) Homepage: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
URL: www.aidshilfe.de/downloadfile/3061 (Abruf: 18.02.2015)

Stöver, H., Schäffer, D., Leicht, A. (2014): Hepatitis C und Drogengebrauch – über das Fehlen einer Nationalen Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland. In: Akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., JES e.V. Alternativer Sucht- und Drogenbericht, 1. Ausgabe

2014 (online) Homepage: Alternativer-Drogenbericht

URL: <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2014/07/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2014.pdf> (Abruf: 17.02.2015)

Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV)

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmvv_1998/gesamt.pdf (Abruf: 20.02.2015)

Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. (2011): PREMOS – Substitution im Verlauf, *Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments* – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome; Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. (Förderkennzeichen IIA2-2507DSM411), Berlin 2011 (online) Homepage: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

URL:[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Projektbericht PREMOS -
_Langfristige Substitution Opiatabhaengiger.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf) (Abruf: 02.03.2015)

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen. Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Ort, Datum Unterschrift

StudentIn

HauptreferentIn

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

zu
 nicht zu
(bitte ankreuzen)

zu
 nicht zu
(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist
(3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit
ausleihbar in die Bibliothek eingestellt
werden.

Ja
 Nein
(bitte ankreuzen)

Unterschrift StudentIn

Unterschrift HauptreferentIn