



**Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.  
zur klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung  
(Modellprojekt zur heroingeschützten Behandlung Opiatabhängiger)**

Einbezogen waren 1.032 Patienten in eine klinisch kontrollierte Vergleichsuntersuchung. Die Multi-Center-Studie wurde in sieben Städten (Hamburg, Hannover, Frankfurt, Köln, Bonn, Karlsruhe, München) durchgeführt. Berücksichtigt wurden „Schwerstabhängige“ aus zwei Zielgruppen:

- Methadon-Substituierte (MS), welche von der Methadonbehandlung bislang nicht hinreichend profitierten,
- Nicht-Erreichte vom Suchthilfesystem (NE).

Zwischen beiden Gruppen gab es kaum Unterschiede bezogen auf die gesundheitliche und soziale Ausgangslage. Die Zuweisung zur Behandlung in der Methadon- oder Heroingruppe im Rahmen des Modellprojektes erfolgte per Zufallsprinzip.

Im Abschlussbericht zu diesem Modellprojekt (vorgelegt vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Januar 2006) wird folgende Schlussfolgerung gezogen:

Heroinvergabe ist der Methadontherapie überlegen, dies zeigt sich hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Reduktion der Kriminalitätsbelastung

Diese Ergebnisse müssen allerdings differenziert betrachtet werden, zumal die Drogenbeauftragte der Bundesregierung sich dafür ausgesprochen hat, die Heroinvergabe an Schwerstabhängige in die Regelversorgung zu überführen. Im weiteren werden deshalb die vorliegenden Ergebnisse kritisch gewürdigt und auf spezifische Probleme der Umsetzung des Modellprojektes in die Regelversorgung eingegangen.

#### 1. Zusammenhang zwischen Studiendesign und Studienergebnissen

Die Haltequote der Heroinbehandlung lag erheblich über der Methadonbehandlung und betrug nach 12 Monaten in der Heroingruppe 67 %, in der Methadongruppe 39 %. Dieser Unterschied erklärt sich allerdings zu einem erheblichen Anteil aus dem Studiendesign, denn aus der Gruppe der Methadon-Substituierten (MS), welche mit der Methadonbehandlung bislang unzufrieden waren, traten 31 % eine weiterführende Methadonbehandlung im Rahmen des Modellprojektes erst gar nicht an. Hierzu wird im Abschlussbericht angemerkt:

„Offensichtlich war es schwer, Patienten, die der Kontrollgruppe zugelost wurden, für die einjährige Teilnahme an der Studienbehandlung zu motivieren. Aufgrund der negativen Vorerfahrungen vieler Patienten mit der Methadonbehandlung - insbesondere der MS-Stichprobe, die aus Gründen des Scheiterns in der Methadon-Substitution für die Heroinbehandlung in Frage kam, musste damit gerechnet werden, dass viele Patienten aus Enttäuschung über das falsche Radomisierungsergebnis die Behandlung abbrechen bzw. gar nicht erst antreten. Der Anreiz, möglicherweise auf freiwerdende Behandlungsplätze zu wechseln, war offensichtlich nicht ausreichend, da keine Garantie der Folgebehandlung mit Heroin gegeben werden konnte.“ (S. 126) Wenn den Methadonbeziehern in Aussicht gestellt wurde, in die Heroingruppe zu wechseln, um deren Motivation zu fördern, am Projekt weiter teilzunehmen, so ist damit implizit die Botschaft verbunden, dass Heroin „besser“ und attraktiver ist. Dass der Erhalt des Originalstoffes, der auch stärker mit dem Empfinden eines „Kicks“ verbunden ist, von Opiatabhängigen eher gewünscht wird als ein Substitutionsmittel, vermag nicht ernsthaft zu verwundern. Erstaunlicher ist vielmehr, dass vor dem Hintergrund des Studiendesigns auch die Methadonsubstitution recht gute Ergebnisse erzielt hat und beispielsweise in Köln sogar höhere Haltequoten für Methadonsubstituierte als für Heroinkonsumenten erzielt wurden. Hier gilt es noch zu klären, worauf diese Unterschiede basieren.

## 2. Operationalisierung von „Schwerstabhängigkeit“

In der Antwort des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20. Juli 2006 an den Präsidenten des Deutschen Bundestages hinsichtlich der Kleinen Anfrage von Abgeordneten der FDP und deren Fraktion werden folgende Aspekte als Ein- und Ausschlusskriterien für die Heroinvergabe benannt:

- vorwiegend intravenöser Konsum,
- Anwendung als nachrangige Behandlungsmethode,
- aktuelle Abhängigkeit von Opiaten, die Kriterien der körperlichen Entzugssymptomatik und der Toleranzentwicklung mit einschließt,
- vorliegende Schwere der Abhängigkeit (mindestens drei Jahre anhaltende Abhängigkeit und entsprechende gesundheitlich Begleitumstände),
- zwei erfolglos abgeschlossene oder abgebrochene Behandlungen der Opiatabhängigkeit mit anerkannten Methoden, davon mindestens eine Behandlung mit einem oralen Substitutionsmittel,
- Festlegung einer Mindestaltersgrenze.

Es stellt sich die Frage, ob hier eindeutige Regeln zur Festlegung von „Schwerstabhängigkeit“ vorliegen. Die meisten Patienten, welche sich derzeit einer Substitution unterziehen oder auch in eine drogenfreie Entwöhnungsbehandlung gehen, erfüllen die genannten Indikationskriterien. Beispielsweise ergibt sich aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2004, bezogen auf die Patientengruppe mit Opioidabhängigkeit in einer drogenfreien Entwöhnungsbehandlung (Sonntag, D.: Deutsche Suchthilfestatistik 2004, Sucht [51] Sonderheft 2, Dezember 2005):

- durchschnittliches Alter: 30,2 Jahre,
- Erstbehandlung: lediglich 11 %,
- Vorbehandlung: ambulante Substitution 47,8 %, ambulante Entwöhnung 4,2 %, teilstationäre Entwöhnung 2,5 %, stationäre Entwöhnung 50,6 %, stationärer Entzug 85,5 %.
- Die Dauer der Abhängigkeit liegt weit über drei Jahre (wie vielfältige frühere Auswertungen belegen).

Wenn entsprechende Kriterien der Schwerstabhängigkeit relativ leicht zu erfüllen sind, kann aus einer „nachrangigen“ Behandlungsmethode schnell eine vorrangige werden.

### 3. Psychosoziale Betreuung

Erprobt wurden zwei Arten der psychosozialen Betreuung: Zum einen Psychoedukation/Drogenberatung, zum anderen Case-Management/Motivational Interviewing. Bei beiden Betreuungsformen waren im Rahmen des Modellprojektes eine gute finanzielle und personelle Ausstattung und damit entsprechende Betreuungsbedingungen gegeben. Insgesamt gab es auch keinen Nachweis dafür, dass die Art der psychosozialen Betreuung einen Einfluss auf das Ergebnis hatte. Auch lässt sich der genaue Anteil, den die Begleitinterventionen am Therapieerfolg haben, nicht genau bestimmen.

Deutlich wird an dieser Stelle aber, dass im Rahmen von Modellprojekten völlig andere Rahmenbedingungen gegeben sind als in der Regelversorgung. So ist es bislang nicht gelungen, bei der bereits langjährig eingeführten Methadonsubstitution eine Regelung zur Finanzierung der psychosozialen Betreuung zu erreichen. Zwar heben die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, die BUB-Richtlinien und die Richtlinien der Bundesärztekammer übereinstimmend darauf ab, dass die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes zulässig ist, welches die im Einzelfall jeweils erforderlichen psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsleistungen einbezieht. Allerdings ist psychosoziale Betreuung bislang nicht als Krankenbehandlung im Sinne des SGB V anerkannt und wird deshalb nicht von der GKV übernommen. Angesichts der über 60.000 Substituierten ist dies ein unhaltbarer Zustand, der vordringlich zu regeln ist. Sowohl bei der Substitutions- wie auch bei der heroingestützten Behandlung, falls letztere in die Regelbehandlung überführt werden sollte, ist es notwendig, dass die GKV die psychosoziale Betreuung als Krankenbehandlung übernimmt. Dies ist vorweg zu klären, damit sich die Heroinverschreibung nicht vordringlich auf die Verteilung der Droge reduziert, wie es bei Methadon noch zu häufig der Fall ist. Denn die Qualität der psychosozialen Betreuung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Erfolg einer Substitutionsbehandlung. Auch die Vergabe von Diacetylmorphin muss in den Kontext einer Gesamtbehandlung gestellt werden, zumal bei der Gruppe der „Schwerstabhängigen“ erhebliche soziale, psychische und gesundheitliche Probleme vorliegen, die einer entsprechenden Behandlung bedürfen.

### 4. Wirksamkeit der Behandlung

Es zeigt sich, dass der Konsum von Straßenheroin in der Heroingruppe deutlicher zurückgeht. Dies kann nicht verwundern, da diese Gruppe Diacetylmorphin erhalten hat. Insgesamt ist ein rückläufiger Trend hinsichtlich des Beikonsums von Begleitsubstanzen in beiden Gruppen festzustellen. Hier gibt es allerdings kaum Unterschiede zwischen der Heroin- und Methadongruppe. Insgesamt liegt auch zum Studienende noch ein relativ hoher Beikonsum in beiden Gruppen vor (Kokain/Crack: 51,7 % in der Heroingruppe, 52,3 % in der Methadongruppe; Benzodiazepine: 41,7 % in der Heroingruppe, 43,5 % in der Methadongruppe; Cannabis: 53,2 % in der Heroingruppe, 59,4 % in der Methadongruppe; Amphetamine: 4,9 % in der Heroingruppe, 5,4 % in der Methadongruppe). Auch der Szenekontakt geht in beiden Gruppen zurück (Heroingruppe: von 90,6 % auf 49,6 %, Methadongruppe: von 90,3 % auf 59,5 %), ist allerdings in beiden Gruppen nach wie vor noch relativ hoch. Auch ist davon auszugehen, dass die Abkehr vom Milieu der Drogenszene nicht gleichbedeutend mit dem Aufbau neuer, vor allem drogenfreier Kontakte ist.

Hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit ist eine Zunahme in beiden Gruppen im Rahmen des Modellprojektes zu verzeichnen. Diese steigt in beiden Gruppen von circa 13 % auf 25 % zum Studienende, bezogen auf Erwerbstätigkeit als Haupteinkommensquelle. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, die Art der Erwerbstätigkeit differenzierter zu beschreiben, zumal die Vergabe von Diacetylmorphin mehrfach täglich (dreimal pro Tag) erfolgt und damit auch Auswirkungen auf den Arbeitsplatz verbunden sind.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation trat bei 80 % in der Heroingruppe, bei 74 % in der Methadongruppe auf. Hier zeigten sich allerdings unterschiedliche Tendenzen in den Studienzentren. So schnitten - gegen den Trend - in der Methadonbehandlung befindliche Patienten in den Studienzentren Hannover, Köln und München hinsichtlich der Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes besser ab. Umgekehrte Ergebnisse wurden in Hamburg, Frankfurt, Bonn und Karlsruhe erzielt. Die Hintergründe für die unterschiedlichen Entwicklungen sollten durch Detailuntersuchungen geprüft werden.

Hinsichtlich der Indikationsstellung ist auch zu berücksichtigen, dass sich keine Überlegenheit der Heroinbehandlung gegenüber der Methadonbehandlung für Frauen, bezogen auf beide Hauptzielkriterien (Drogenkonsum und Verbesserung der gesundheitlichen Situation), zeigte.

Hinsichtlich der Delinquenzentwicklung zeigen sich deutlich bessere Effekte bei der Heroinbehandlung. Illegale Aktivitäten verringern sich drastisch und liegen mit 27 % nach 12 Monaten deutlich unter dem Niveau der Methadonbehandlung mit 40 %. Dies korrespondiert mit einem Rückgang der Verurteilungen und Inhaftierungen.

## 5. Kosten der Heroinbehandlung

Bereits das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger hat erhebliche Kosten verursacht. Der Anteil des Bundes beträgt circa 13,5 Mio. € der Anteil der Länder und Kommunen ist bislang nicht genau beziffert. Eine Überführung der Behandlung mit Diacetylmorphin in das Regelangebot ist somit mit erheblichem finanziellen Aufwand verbunden. Dies erfordert, dass bereits im Vorfeld der möglichen Überführung in die Regelversorgung über die entstehenden Kosten und Zuständigkeiten Klarheit besteht. Dies schließt die Klärung der Frage ein, wer für die psychosoziale Betreuung zuständig ist.

Darüber hinaus darf es nicht dazu kommen, dass angesichts der angespannten Haushaltslage von Ländern und Kommunen bestehende Angebote der Suchtkrankenhilfe (niedrigschwellige Kontaktangebote, Beratungsleistungen, Betreuung und Vermittlung sowie Krisenintervention, Case-Management, Prävention für die verschiedenen substanzbezogenen Störungen) zurückgefahren werden müssen zu Lasten des Ausbaus entsprechender Angebote zur heroingestützten Behandlung. Eingehend zu prüfen sind auch die Verhältnismäßigkeit der Kosten, welche durch die Heroinbehandlung im Vergleich zur Methadonbehandlung entstehen. In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf verwiesen, dass die Vergabe von Heroin allein keine Behandlung darstellt. Vielmehr muss diese eingebettet sein in eine Gesamtbehandlungsstrategie, in deren Rahmen die psychosoziale Betreuung und die Anbindung an weitere Angebote der Suchtkrankenhilfe (z. B. Entzug, Entwöhnung) von besonderer Bedeutung sind. Bei der Überführung von Modellprojekten in die Regelversorgung ist darauf zu achten, dass die Qualität der Gesamtbehandlung erhalten bleibt und nicht aus Kostengründen entscheidende Behandlungselemente deutlich zurückgefahren werden bzw. entfallen.

## **Zusammenfassung:**

Die Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gestattet nicht die Schlussfolgerung, dass die heroingestützte Behandlung der Methadonsubstitution generell überlegen ist. Um diese Fragestellung zu prüfen, wären weitere kontrollierte klinische Forschungsstudien notwendig. Die Studie zeigt vielmehr, dass für eine bestimmte Gruppen „Schwerstabhängiger“ die Heroinvergabe hilfreich sein kann.

Der Einsatz von Diacetylmorphin im Rahmen einer Gesamtbehandlung schwerstabhängiger opiatabhängiger Menschen führte im Rahmen des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zu einer Reduzierung illegaler Aktivitäten. Allerdings zeigen sich auch erhebliche Effekte im Rahmen der Methadonbehandlung. Dies ist vor dem Hintergrund des Studiendesigns (Methadonsubstituierte, welche mit der Methadonbehandlung unzufrieden waren, waren eine der Hauptzielgruppen) besonders zu beachten.

Die Heroinvergabe stellt für sich genommen keine Suchtbehandlung dar und muss eingebettet sein in eine Gesamtbehandlung. Es ist darauf zu achten, dass bei der Überführung von einer Modellphase in die Regelversorgung die Qualität der Gesamtbehandlung erhalten bleibt, da ansonsten die Wirksamkeit nicht gewährleistet werden kann. Dazu gehört unter anderem die Klärung der Frage wie die für den Therapieerfolg so wichtige psychosoziale Betreuung gewährleistet und wie ein Ausstieg aus der heroingestützten Behandlung gefördert werden kann. Von daher ist Finanzierung der psychosozialen Betreuung bereits vor der möglichen Überführung des Modellprojektes in die Regelversorgung zu klären.

Es sind klare Ein- bzw. Ausschlusskriterien für Heroinbehandlung (Definition von „Schwerstabhängigkeit“) zu definieren.

Die Finanzierung eines zusätzlichen Angebots für die Gruppe der schwerstabhängigen Opiatabhängigen darf nicht dazu führen, dass andere Angebote der Suchtkrankenhilfe bzw. der Substitutionsbehandlung reduziert werden. In diesem Zusammenhang verweisen wir beispielsweise darauf, dass Angebote der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen ausgebaut werden sollten oder der Bedarf an spezifischen Angeboten (z.B. zu Behandlung und Beratung von Cannabis-Abhängigkeit) deutlich zunimmt.

Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten ist darauf zu achten, dass die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger nur ein Baustein eines umfassenden Angebotes für Menschen mit substanzbezogenen Störungen ist und auch von einer erheblichen Unterversorgung hinsichtlich der Inanspruchnahme spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote für Alkohol- oder Medikamentenabhängige auszugehen ist. Dies sollte - angesichts beschränkter finanzieller Ressourcen - bei der Festlegung gesundheitsbezogener Zielsetzungen entsprechend berücksichtigt werden.

### **Ansprechpartner:**

*Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel.: (02 28)26 15 55  
Fax: (02 28)21 58 85  
E-Mail: v.weissinger@sucht.de*