

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Kommentar / Commentary

Geschichte der Substitutionsbehandlung in Deutschland

[The history of opioid substitution treatment in Germany]

RAINER ULLMANN (Dr. med./MD)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2011;8:1-5**, URL: www.indro-online.de/Ullmann2011.pdf

„Es gibt keine zuverlässige Heilung der Drogenabhängigkeit. Drogenabhängigkeit hat viele Ähnlichkeiten mit anderen chronischen Krankheiten.“ (McLellan et al. 2000).

Die Geschichte der Substitutionsbehandlung in Deutschland ist eine Erfolgsgeschichte: innerhalb von 10 Jahren wurden 45.000 Heroinabhängige behandelt, nach 20 Jahren waren es mehr als 70.000 (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009). In allen Berichten über die Einführung der Substitutionsbehandlung in den Bundesländern wurde über die positiven Ergebnisse berichtet – wie nach den Ergebnissen in anderen Ländern zu erwarten (Verthein et al. 1994; Bühringer et al. 1995; Newman 1995).

Die Geschichte der Substitutionsbehandlung in Deutschland ist aber auch eine Geschichte von ideologischer Verbohrtheit, Ignoranz gegenüber wissenschaftlich fundierten Ergebnissen und Prozessen gegen Ärzte, die es wagten sich gegen die herrschende psychiatrische Meinung und gegen die Politik zu stellen, weil sie ihren Patienten helfen wollten (Gerlach 2002).

1973 wurde ein kleines Polamidonprogramm in Hannover durchgeführt, das nach den Kriterien der von Dole und Nyswander eingeführten Behandlung erfolgreich war. Es wurde wegen eines falschen Ansatzes (Ziel war hier, innerhalb von 2 Jahren Abstinenz auch vom Polamidon zu erreichen) und wegen organisatorischer Mängel beendet und als Fehlschlag bewertet (Krach et al. 1978). In den 1970iger und 1980iger Jahren wurden substituierende Ärzte in Strafverfahren, die an „mittelalterliche Hexenprozesse“ erinnerten, gnadenlos verfolgt: (Newman 1995; Gerlach 2002). Einflussreiche Psychiater begutachteten die Behandlung als medizinisch kontraindiziert und als Körperverletzung. Wenn diese Gutachter damals gesagt hätten, die Substitutionsbehandlung sei eine mögliche Behandlung der Heroinabhängigkeit, dann wären alle diese Strafverfahren unnötig gewesen und die Ärzteschaft hätte frühzeitig Behandlungsstandards entwickeln können. Sämtliches suchtmmedizinische Wissen der letzten 100 Jahre wurde ignoriert (Ullmann 2004). Substitutionsbehandlung wurde mit Freiheitsentziehung auf unabsehbare Zeit (Wanke 1984), als chemische Variante der Zwangstherapie (Franke 1984), als Aufrechterhaltung oder als offizielle Verharmlosung der Opiatsucht (Der Staat als Dealer) (Täschner 1989) angesehen. Die in vielen Publikationen beschriebenen positiven Effekte der Substitutionsbehandlung wurden bestritten, so die drastische Senkung der Sterblichkeit der Heroinabhängigkeit (Bühringer 1987) und die Senkung der HIV-Infektionsrate (BÖCKER 1989; HECKMANN 1989; Gemeinsamer Arbeitskreis “Ersatzdrogen” 1990).

Juristen legten Gesetze sehr weit aus, um Ärzte bestrafen zu können. So forderte der Bundesgerichtshof (BGH) 1979 im Verfahren gegen Hannes Kapuste eine Behandlungsform, die nach dem damaligen Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV) nicht vorgesehen war: die Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch. Ärzte durften damals verschreiben, verabreichen und aus der ärztlichen Hausapotheke abgeben. Der BGH hat die lückenlose Einnahmekontrolle zur allein rechtmäßigen Behandlungsform erklärt. Er hat nicht berücksichtigt, dass in Großbritannien die Verschreibung von Opiaten ohne Einnahmekontrolle medizinischer Standard war und dass bereits 1968 einigen Patienten in den USA die Methadondosis für 6 Tage mitgegeben wurde (DOLE et al. 1968). Erst in der BtMVV von 1992 wurde entgegen der Auffassung des BGH, aber im Einklang mit suchtmmedizinischer Erfahrung, die Mitgabe von 3 Tagesdosen und 1998 die Mitgabe von 7 Tagesdosen zur eigenverantwortlichen Einnahme erlaubt.

Auch die Verordnung von retardiertem Dihydrocodein (DHC), das nicht der Betäubungsmittel-Gesetzgebung unterstellt war, schützte nicht vor Straf- und Regressverfahren (Grimm 1985; Grimm 1992). Da die meisten Ärzte das Risiko hoher Regressforderungen nicht auf sich nehmen wollten, verschrieben sie privat eine preiswertere DHC-Lösung, mit der bis 1997 mehrere zehntausend Patienten behandelt wurden (Weber 1996; Zerdick 1997). In dieser Zeit sank die Zahl der Drogentoten von 2.125 (1991) auf 1.500 (1997). Die bayerische Regierung erreichte Anfang 1998 die Unterstellung von DHC unter die BtMVV. Einige Ärzte brachen deshalb die Behandlungen ab. In den folgenden Jahren stieg die Zahl der Drogentoten deutlich an, besonders in Bayern (vor der Unterstellung um 240 Tote jährlich, danach um 300) (Polizeiliche Kriminalstatistik 2004).

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) lehnte die Substitutionsbehandlung noch 1990 mit Argumenten ab, die wissenschaftlich längst widerlegt waren (Gemeinsamer Arbeitskreis "Ersatzdrogen" 1990). 1991 sprach der BGH dem BÄK-Vorstand eine strafrechtlich wirksame Richtlinienkompetenz ab. Erst Flenker, Vorsitzender des Ausschusses Sucht und Drogen der BÄK, änderte die Politik der BÄK; die Substitutionsbehandlung wurde als geeignete Behandlung der Heroinabhängigkeit akzeptiert und eine bessere Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiet angestrebt.

Viele Politiker der CDU hielten an dem Ziel einer drogenfreien Gesellschaft fest, ohne Rücksicht auf die Schäden, die diese Politik anrichtete. Der NRW-Sozialminister Hermann Heinemann hat das Verdienst, das erste wissenschaftliche Erprobungsvorhaben eingeführt zu haben. 1988 begann die Studie in Nordrhein-Westfalen, 1990 trat der Hamburger Methadonvertrag in Kraft. Auch Bremen und Berlin begannen 1990, über das Bundessozialhilfegesetz Substitutionsbehandlungen zu finanzieren, da Behandlungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur in wenigen Fällen möglich waren. Die Krankenkassen versuchten jahrelang, die Zahl der Behandlungen gering zu halten. Während in vielen anderen Ländern die Substitutionsbehandlung als wirksame Behandlung der Heroinabhängigkeit angesehen wurde, formulierte der Bundesausschuss: „Drogensubstitution stellt für sich allein keine Krankenbehandlung dar“. Die Substitutionsbehandlung sollte nur dazu dienen, die Behandlung anderer schwerer Krankheiten zu ermöglichen. Die Indikationseinschränkungen, die später schichtweise erweitert wurden, erscheinen heute grotesk: am Ende der Schwangerschaft bzw. unter der Geburt, AIDS-Kranke mit fortgeschrittener manifester Erkrankung, schwere konsumierende Erkrankungen, opioidpflichtige Schmerzzustände. Bei der Interpretation der NUB-Richtlinien aus dem Jahre 1991 war der Kommentar der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen sehr hilfreich. Außerdem wurde die Zahl der von einem Arzt zu behandelnden Patienten auf 10, später auf 20 und dann auf 50 begrenzt. Das hat dazu geführt, dass einige Heroinabhängige privat behandelt werden mussten, obwohl sie gesetzlich versichert waren. Leider haben einige Ärzte diese Knappheit ausgenutzt. Seit 1998 darf die Zahl durch die KV zur Sicherstellung der Versorgung erhöht werden, aber die Zahl der zur Substitutionsbehandlung bereiten Ärzte reicht trotzdem nicht aus.

Als der Bundesausschuss 2002 auf Druck der rotgrünen Regierung die Heroinabhängigkeit als Indikation akzeptierte, formulierte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Pressemitteilung vom

28.10.2002: „Strenge qualitative Anforderungen an die Substitutionsbehandlung sollten eine Leistungsausweitung jedoch verhindern“. Es wurde gefordert, dass die Substitutionsbehandlung zu Lasten der GKV nur dann durchgeführt werden dürfe, wenn eine psychosoziale Betreuung (PSB) durchgeführt wird oder wenn von der PSB-Stelle bescheinigt wurde, dass das nicht notwendig ist. Einige Kassenärztliche Vereinigungen machten die Vorlage dieser Bescheinigung bei Behandlungsbeginn zur Voraussetzung der Honorierung. Das erschwerte manchmal den Zugang zur Substitutionsbehandlung, weil einige Kommunen nicht genügend Plätze für die PSB zur Verfügung stellten.

Diese Konstruktion ist im Vertragsarztrecht einmalig: Eine wissenschaftlich begründete medikamentöse Behandlung darf zu Lasten der GKV nur dann durchgeführt werden, wenn eine zusätzlich von Nicht-Ärzten erbrachte und nicht von den Krankenkassen bezahlte Leistung erbracht wird, deren Wert bis heute nicht wissenschaftlich erwiesen ist (Bundesärztekammer 2002 Materialien; Stöver & Gerlach 2010).

Vier Jahre nach Beginn des wissenschaftlichen Erprobungsvorhabens in NRW wurde 1992 die BtMVV novelliert. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln (BtM) war jetzt nicht nur erlaubt, wenn sie begründet war, sondern auch zur ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit – eine unnötige Ergänzung, denn nach mehr als 25jähriger Erfahrung im In- und Ausland war bewiesen, dass die Verschreibung von Opiaten an Opiatabhängige begründet ist. Allerdings wurde die Behandlung besonders bei der Mitgabe des Substitutionsmedikaments so detailliert geregelt, als ob Opiatabhängigkeit durch ärztliche Verschreibungen verursacht wäre. Seit 1998 ist das Abweichen vom Behandlungsziel der Betäubungsmittelabstinenz eine Straftat. Das ist bei einer chronischen Krankheit (McLellan 2000) medizinisch unsinnig. Noch heute konzentriert sich die politische Diskussion nicht auf ein ausreichendes Behandlungsangebot (in vielen, besonders ländlichen Regionen finden Heroinabhängige nur sehr schwer einen substituierenden Arzt), sondern auf angeblich schlechte - von den Richtlinien abweichende - Behandlungen. Aber besonders in ländlichen Regionen ist eine Behandlung oft nur möglich, wenn Ärzte bereit sind, gegen Regelungen zu verstoßen (Baier 2005). Besonders die Mitgaberegelungen behindern die berufliche Rehabilitation. Obwohl sie nicht strafbewehrt sind, werden Ärzte wegen Verstößen gegen diese Regelungen strafrechtlich verfolgt und manchmal zu Haft- und hohen Geldstrafen verurteilt. Auch die international übliche Abgabe des Substitutionsmedikaments aus der Praxis wird in Deutschland als Straftat verfolgt. Der BGH hat 2008 das Urteil eines Landgerichts bestätigt, in dem der Behandlung eines Arztes ohne jede fachliche Diskussion das Merkmal „ärztliche Behandlung“ abgesprochen und der Arzt wegen der Abgabe definierter Tagesdosen an seine Patienten wie ein Drogendealer verurteilt wurde. Als Handel wurde vom BGH 2009 angesehen, dass ein Arzt das aus der Apotheke gelieferte Methadon an Privatpatienten zum Selbstkostenpreis abgegeben und daneben ein Honorar für seine Behandlung gefordert hat. Die Zahl der substituierenden Ärzte nimmt jetzt ab (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2009) - wohl eine Folge der Überreglementierung (Körner 1996) und der Strafverfahren. Die in den Richtlinien der BÄK von 2010 vorgesehene Einrichtung von Beratungskommissionen sollte Strafverfahren weniger notwendig werden lassen.

Die Erfolgsgeschichte der Substitutionsbehandlung haben viele Hausärzte geschrieben, oft gegen den Widerstand von Politik und Justiz.

Literatur

Baier, C. (2005) Substitutionsbehandlungen in ländlichen Regionen. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hg.) Vom Tabu zur Normalität. Lambertus. Freiburg, 134-139

BGH 1 StR 118/79 vom 8.5.1979

BGH 2 StR 577/07 vom 4. Juni 2008

BGH 3 StR 44/09 vom 28.7.2009

- Böcker, F.M. (1989) AIDS und die Freigabe von Ersatzdrogen. In: *Fundamenta Psychiatrica* 3:109-126
- Heckmann, W. (1990) AIDS-Prävention in der Drogenszene. In: *Bewährungshilfe* 36:76-90
- Bühringer, G. (1987) Analyse des therapeutischen Angebots. In: MAGS NRW (Hg.) *Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen*. Düsseldorf
- Bühringer, G., Spies, G. & Künzel, J. (1995) Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 24, 184-192
- Bundesärztekammer (2002) Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 22.03.2002, Materialien zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse; Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; <http://www.baek.de/30/Praevention/20Sucht/69EvSubst.pdf>
- Dole, V., Nyswander, M. & Warner, A. (1968) Successful Treatment of 750 Criminal Addicts. In: *JAMA* 206:2708-11
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009) *Drogen- und Suchtbericht 2009*. Berlin
- Franke, M. (1985) Wiesbadener Drogentagung 1984. In: *Suchtgefahren* 31:93-132
- Gemeinsamer Arbeitskreis "Ersatzdrogen" des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses "Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene" der Bundesärztekammer (1990) In: *Deutsches Ärzteblatt*. Ausgabe B, 87: 575-577
- Gerlach, R. (2002) Drug Substitution Treatment in Germany: A Critical Overview of Its History, Legislation and Current Practice. In: *The Journal of Drug Issues* 503-521
- Grimm, G. (1985) *Die Lösung des Drogenproblems*. Buchverlag Wolf Plesser. Flintbek
- Grimm, G. (1992) *Drogen gegen Drogen*. Veris. Kiel
- KBV (2002) KBV Pressemitteilungen 28.10.2002. Neue Substitutionsregelung verbessert die Stellung von Ärzten und Patienten
- Körner, H.H. (1996) Eine Überdosis ist immer schädlich, auch eine Überdosis Strafrecht. Vortrag beim Kongreß Sucht und Recht 11. – 13.9.1996 in Zürich
- Krach, C. et al. (1978) Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon. In: *Niedersächsisches Ärzteblatt* 9: 289-293
- McLellan, A.T., Lewis, D.C, O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000) Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. In: *JAMA* 284:1689-1695
- Newman, R.G. (1995) Another Wall That Crumbled – Methadone Maintenance Treatment in Germany. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 21(1):27-35
- NUB-Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung bei i.v.-Drogenabhängigen vom 2.7.1991
- Polizeiliche Kriminalstatistik für den Freistaat Bayern 2004

Stöver, H.& Gerlach, R. (2010) Zur Bedeutung und zum Stellenwert der psycho-sozialen Betreuung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. In: Suchtmedizin 12: 63 – 73

Täschner, K.-L. (1989) Praktische Psychiatrie. Kohlhammer. Stuttgart

Ullmann, R. (2004) Das Verbot der Opiaterhaltungstherapien war wissenschaftlich nie begründet. In: Schneider, W. & Gerlach, R. (Hg.) DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. VWB. Berlin, 305-348

Vertheim, U., Kalke, J. & Raschke, P. (1994) Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon – eine Übersicht. In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. 44:128-136

Wanke, K. (1984) Drogenabhängigkeit und Alkoholismus. Tagungsberichte Band 7

Weber, I. (1996) Methadonsubstitution in der vertragsärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer Stichtagserhebung. In: Gesundheitswesen 58: 207-212

Zerdick, J. (1997) Häufigkeit, Qualifikation, Sicherstellung. Substitutionsbehandlung mit Methadon in Deutschland 1997. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 70:13-20

**Korrespondenzadresse /
Address for correspondence:**

Dr. Rainer Ullmann
Curschmannstr. 10
D-20251 Hamburg
Email: r.ullmann@gmx.de

Veröffentlicht / Published:
21. Januar 2011 / January 21, 2011

Eingereicht / Received:
7. Oktober 2010 / October 7, 2010

Angenommen / Accepted:
19. Januar 2011 / January 19, 2011