



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen



Kooperationsprojekt - Digitalisierung Drucksachen der Bremischen Bürgerschaft

Drucksache / Bremische Bürgerschaft, Landtag 14. Wahlperiode, 1995-1996

18.05.1999 - Drucksache 14/1441

Staats-und Universitätsbibliothek Bremen - Digitale Sammlungen

Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 29. März 1999**Auswertung der Methadonbehandlung im Lande Bremen**

Wir fragen den Senat:

Eine Weiterentwicklung des Bremischen Drogenhilfesystems kann nur auf der Grundlage einer genauen Kenntnis der Wirkungsweise und Reichweite der Hilfen für drogenabhängige Menschen erfolgen. Insbesondere die Vergabe von Ersatzdrogen oder Heroin muß auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse und einer vorurteilsfreien Auswertung des bisherigen Standes erfolgen.

1. Wie viele drogengebrauchende Menschen im Land Bremen haben seit 1990 jeweils jährlich an einer Methadonbehandlung teilgenommen? (Bitte aufschlüsseln nach Jahren, Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven, Behandlung nach NUB-Richtlinien, ergänzende Methadonprogramme „Altfixer“, Frauen und JVA).

a) Ein wie großer Anteil der geschätzten Anzahl heroinkonsumierender Menschen wird jeweils von diesem Angebot erreicht?

2. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat vor über Veränderungen bzw. Verbesserungen bezüglich

a) des gesundheitlichen Zustandes,

b) des psychischen Zustandes,

c) psychiatrischer Auffälligkeiten,

d) der sozialen Situation?

3. Welche Erkenntnisse und Daten liegen dem Senat für den Zeitraum seit 1990 vor über

a) den geordneten Ausstieg aus der Methadonbehandlung (Abdosierung bis zum Cleanstatus),

b) die Haltequote der Behandlungen,

c) die Vermittlung in Abstinenzbehandlungen,

d) dem Abbruch der Behandlung wegen fortgesetzten Beigebrauchs,

e) sonstige Abbrüche?

4. Welche Erkenntnisse gibt es über die Anzahl der Methadonbehandelten, die zusätzliche psychosoziale Hilfen in Anspruch nehmen bzw. genommen haben?

5. Gibt es Erkenntnisse darüber, welche psychosozialen Begleitmaßnahmen hilfreich waren zur Stabilisierung oder Verbesserung der Lebenssituation?

6. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat über Absprachen zwischen behandelnden Ärzten, Mitarbeitern in der psychosozialen Begleitung und Klienten über Ziele und Verlauf der Behandlung vor?

7. Woran scheiterten die Bemühungen, ambulante Therapien gemäß der „Empfehlungsvereinbarung zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen (ambulante Reha Sucht, EVAS)“ auch für Substituierte zu öffnen?

8. Wie hoch wird die Anzahl derjenigen Methadonbehandelten geschätzt, die die in Frage 7 genannte ambulante therapeutische Hilfe wahrnehmen würde, wenn Substitutionsbehandlung kein Ausschlußgrund wäre?
9. Wie hat sich die Zahl der durch die Drogenberatungsstellen in stationäre Therapie Vermittelten zwischen 1990 und 1999 entwickelt?
 - a) Wie viele der Vermittelten traten die Therapie auch tatsächlich an?
 - b) Wie hoch ist jeweils die Haltequote innerhalb der Therapien?
10. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat über die Anzahl derjenigen Drogenkonsumenten vor, die von einer Methadonbehandlung nicht erreicht wurden bzw. nicht erreichbar waren? Welche Gründe für die Nichterreichbarkeit werden angenommen?
 - a) Wie hoch ist die Anzahl der langjährigen Heroinabhängigen, die keine der gängigen Behandlungen (drogenfreie Therapie, Methadonbehandlung) annehmen?
11. Welche Erkenntnisse liegen dem Senat über die Anzahl der Methadonklienten vor, die eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung aufweisen (sog. Doppel-diagnosen)? Welche besonderen Probleme gibt es hier bei der Behandlung?
12. Welche Erkenntnisse gibt es darüber, wie viele Drogenabhängige in einer Methadonbehandlung nicht erfolgreich behandelt werden können? Was sind die Ursachen dafür? Welche Anhaltspunkte gibt es dafür, daß für diesen Personenkreis die Indikation für eine heroingestützte Behandlung vorliegen könnte?
 - a) Wie wird insbesondere das Problem der Politoxikomanie und der Konsum von psychogen wirkenden Medikamenten eingeschätzt?
 - b) Welche Maßnahmen werden ergriffen, der Verschreibung von psychogen wirkenden Medikamenten teilweise durch den die Methadonbehandlung durchführenden Arzt entgegen zu wirken?
 - c) Wie wird sichergestellt, daß ärztlich vergebene Methadon nicht auf den Schwarzmarkt gelangt?
13. Wie könnte eine heroingestützte Behandlung in Bremen aussehen, die in das bestehende Hilfesystem integriert wäre?
 - a) Welcher Personenkreis würde für diese Behandlung in Frage kommen?
 - b) Welchen Prozeß zur Vorbereitung einer solchen Erweiterung des Hilfeangebotes hält der Senat für erforderlich?
 - c) Welche Träger und Institutionen müssen an diesem Prozeß beteiligt werden?
14. Unter welchen Voraussetzungen könnte sich Bremen an einem bundesweiten Modellprogramm zur heroingestützten Behandlung beteiligen?

Karoline Linnert,
Mützelburg und Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN

D a z u

Antwort des Senats vom 18. Mai 1999

Die o. a. Anfrage beantwortet der Senat wie folgt:

Die letzte ausführliche Darstellung der Praxis der Substitutionsbehandlung in Bremen wurde mit dem im September 1995 vom Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz vorgelegten Bericht „Fünf Jahre Methadon-Substitution in Bremen“ geliefert. Diesen Bericht nahmen die Deputationen für Umweltschutz und Gesundheit und für Soziales und Jugend zur Kenntnis.

Vieles von dem, was in der nachfolgend aufgeführten Beantwortung zu der Kleinen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN enthalten ist, läßt sich vertiefend im Methadonbericht nachlesen.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß aufgrund einer teilweise verzögerten Nachmeldung aus den Praxen der niedergelassenen Ärzte, die Substitutionsbehandlungen durchführen, der Vergleich der Zahlen des Methadonberichtes mit den nachfolgend aufgeführten Daten zwar in der Tendenz, aber nicht immer in den absoluten Größen übereinstimmt. Insofern sei an dieser Stelle angemerkt, daß das für die Beantwortung der Kleinen Anfrage verwendete Zahlenmaterial der aktualisierte Stand für den Erfassungszeitraum von 1990 bis 1998 ist.

Zu Frage 1.: Wie viele drogengebrauchende Menschen im Land Bremen haben seit 1990 jeweils jährlich an einer Methadonbehandlung teilgenommen? (Bitte aufschlüsseln nach Jahren, Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven, Behandlung nach NUB-Richtlinien, ergänzende Methadonprogramme „Altfixer“, Frauen und JVA).

Substitutionsbehandlungen finden im Land Bremen in drei verschiedenen Systemen statt:

- Im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nach den NUB-Richtlinien,

Die NUB-Patienten werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen an- und abgemeldet und die Daten werden dem Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz anonymisiert zur Verfügung gestellt.

- Im „Ergänzenden Methadonprogramm“ (EMP) bestehend aus vier Teilprogrammen

- Frauenprogramm,
- Altfixerprogramm,
- Einzelfälle, die nicht (mehr) die NUB-Voraussetzungen erfüllen und
- Überbrückung, bis ein behandelnder Arzt gefunden wird.

Die EMP Patienten werden direkt beim Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz an- und abgemeldet.

Nicht erfaßt sind diejenigen Patientinnen und Patienten, die privatärztlich substituiert werden.

In den Jahren 1990 bis 1998 wurden im Land Bremen insgesamt 2490 Substitutionen begonnen.

Davon im Rahmen der NUB-Versorgung 1810 Patientinnen und Patienten in Bremen und 449 in Bremerhaven (= 2259/ca. 90 %) und in den EMP-Programmen 231 Patientinnen und Patienten (ca. 10 %) nur in Bremen.

1998 waren von den begonnenen Substitutionen ca. die Hälfte inzwischen beendet worden. Die andere Hälfte ist weiterhin in Substitution.

Tabelle 1: Substitutionen (NUB und EMP) im Land Bremen von 1990 bis 1998

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Bremen	165	356	649	829	1030	1221	1430	1588	1810
Bremerhaven		4	153	236	309	348	397	428	449
NUB	165	360	802	1065	1339	1569	1827	2016	2259
EMP			6	89	130	151	178	202	231
Gesamt	165	360	808	1154	1469	1720	2005	2218	2490
noch in Substitution	104	223	448	565	676	789	910	1020	1210
Substitution beendet	61	137	360	589	793	931	1095	1198	1280

- Im Programm des Strafvollzugs

Substitutionen im Strafvollzug werden unter Beachtung der Datenschutzvorschriften nur vom ärztlichen Dienst registriert. Dieser teilte hierzu folgendes mit:

Seit 1992 wurden Substitutionsbehandlungen als Perioden erfaßt, die einem jeweiligen Patienten einen bestimmten Zeitraum zurechneten. Wurde ein Patient eine begrenzte Zeit lang mit Methadon behandelt, so gilt dies als eine Behandlungsperiode. Wird während der Haft nach Abschluß einer Behandlung erneut substitu-

iert oder wird ein Patient erneut in Haft genommen und substituiert, so gilt dies als eine weitere Behandlungsperiode. Von 1992 bis 1999 wurden insgesamt 1017 Substitutionsperioden in den Anstalten in Oslebshausen und Blockland erfaßt.

Pro Tag sind in der JVA Oslebshausen 80 bis 90 männliche Patienten in Behandlung, in der JVA Blockland durchschnittlich 10 bis 15 Frauen. Bei 5 % der Behandelten wird eine über eine Woche dauernde methadongestützte Entzugsbehandlung durchgeführt, die verbleibenden Patienten werden längerfristig behandelt. In Bremerhaven werden im Justizvollzug seit 1992 jährlich durchschnittlich ca. 15 Inhaftierte substituiert.

Zu Frage 1 a.: Ein wie großer Anteil der geschätzten Anzahl heroinkonsumierender Menschen wird jeweils von diesem Angebot erreicht?

Zusammen mit den NUB- und EMP-Patienten sind demnach 1998 mehr als 1300 Männer und Frauen im Land Bremen in Substitutionsbehandlung gewesen. Bei den geschätzten 5000 Heroinabhängigen im Lande Bremen befanden sich demnach ca. 25 % im Jahr 1998 in Substitution.

Nach dieser Schätzung wären ca. 50 % der Heroinabhängigen im Lande Bremen irgend wann in den Jahren 1990 bis 1998 einmal substituiert worden. Es ist aber zu vermuten, daß — wie im Strafvollzug — wieder begonnene Substitutionen beim gleichen Patienten (mehrfache „Substitutionsperioden“) oft als neuer Fall registriert werden und deshalb die Zahl der substituierten Patientinnen und Patienten absolut und relativ geringer war.

Zu Frage 2.: Welche Erkenntnisse liegen dem Senat vor über Veränderungen bzw. Verbesserungen bezüglich

- a) des gesundheitlichen Zustandes,
- b) des psychischen Zustandes,
- c) psychiatrischer Auffälligkeiten,
- d) der sozialen Situation?

Die Gruppe der Substituierten ist nicht einheitlich. Positive Veränderungen und Verbesserungen finden anhaltend bei denjenigen statt, bei denen die Behandlung erfolgreich (Loslösung aus der Szene, Verringerung des Beigebrauchs, soziale Integration) verläuft. Bei nicht erfolgreich verlaufenden Behandlungen finden — wenn überhaupt — nur kurzfristig stattfindende Verbesserungen des körperlichen Zustandes statt, die aber wohl eher auf die häufigen Arztkontakte zurückzuführen sind. Immerhin ist hiermit eine Verhütung der Verschlimmerung der Abhängigkeitserkrankung zu erreichen, wenn nicht durch Zunahme des Beigebrauchs neue Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiken entstehen.

In der Untersuchung des BIPS (Zenker, Lang: Methadonsubstitution in Bremen, 1995) wurden für den Untersuchungszeitraum bis 1993 deutliche Verbesserungen des gesundheitlichen und psychischen Zustandes und der sozialen Situation der Substituierten festgestellt. Da es ab 1994 allerdings keine systematische Erfassung gibt, können dazu keine präzisen Aussagen gemacht werden. Nach Aussagen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist mit einer erfolgreich verlaufenden Substitutionsbehandlung in der Regel eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie das Abheilen entzündlicher und durch schlechte Ernährung bedingte Erkrankungen zu erreichen. Es muß jedoch auch berücksichtigt werden, daß die meisten Substituierten in Behandlung genommen werden, weil sie eine körperliche Krankheit haben (insbesondere Hepatitis) und deshalb eine Besserung ins Verhältnis zu setzen ist mit dem Fortschreiten der Erkrankung. Dies ist besonders deutlich bei der AIDS-Erkrankung: Auch bei bester Substitutionsbehandlung ist der Krankheitsverlauf nur zu verzögern, aber nicht aufzuhalten.

Bezüglich des psychischen Zustandes werden bei positiv verlaufenden Substitutionsbehandlungen immer eine Stabilisierung angegeben. Häufiger werden dabei aber auch die durch das bisherige Abhängigkeitsverhalten überdeckten grundlegenden psychiatrischen Störungen (Depressivität, Persönlichkeitsstörung, etc.) erkennbar, die einer psychiatrischen bzw. einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Im damaligen Methadonprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen wurden bei über 50 % der im Programm substituierten Männer und Frauen behandlungsbedürftige psychische Störungen festgestellt.

Was die Veränderung der sozialen Situation betrifft, gibt es keine systematische Erfassung dieser Daten. Generell kann auf der Grundlage der BIPS-Prävalenz-

untersuchung aus dem Jahr 1998 geschlossen werden, daß der Schulbildungsgrad von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten relativ niedrig ist (70 % bis 80 % verfügen über Hauptschul- oder Sonderschulabschluß bzw. keinen Abschluß). Ein Großteil bezieht das Einkommen über die Sozialhilfe. Dieser Anteil wird wohl auch über die Substitutionsbehandlung nicht wesentlich verringert, weil die Arbeitsmarktchancen in dieser Zielgruppe stark eingeschränkt sind. Andererseits zeigte die Untersuchung des BIPS Mitte der 90er Jahre deutlich, daß sich der Anteil der „illegalen Einkommensquellen“ in der Gruppe von Substituierten signifikant verringerte. Auch die Anzahl der obdachlosen Drogenabhängigen ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, nicht zuletzt aufgrund des Aufbaus von speziellen Wohnprojekten für Drogenabhängige und Substituierte. Es ist zu vermuten, daß die Substitutionsbehandlung zu dieser Verringerung beigetragen hat, weil der Wohnungserhalt unter einer geregelten Substitutionsbehandlung deutlich erleichtert wird.

Zu Frage 3.: Welche Erkenntnisse und Daten liegen dem Senat für den Zeitraum seit 1990 vor über

- a) den geordneten Ausstieg aus der Methadonbehandlung (Abdosierung bis zum Cleanstatus),
- b) die Haltequote der Behandlungen,
- c) der Vermittlung in Abstinenzbehandlungen,
- d) dem Abbruch der Behandlung wegen fortgesetzten Beigebrauchs,
- e) sonstige Abbrüche?

Knapp 30 % der Substituierten beenden die Substitution clean. Ein Drittel davon schließt eine drogenfreie Therapie an. Ob eine Substitutionsbehandlung einen solchen positiven Verlauf nimmt, ist auch von der Dauer der Substitution abhängig. Für die Gruppe der NUB-Substituierten in Bremen gilt, daß bei Substituierten, die innerhalb des 1. Jahres die Substitution beenden, jeweils knapp ein Viertel geordnet oder durch Abbruch ausscheiden. Bei denen, die nach vier Jahren die Behandlung beenden, schliessen über 40 % die Behandlung positiv ab und nur bei 18 % findet ein Abbruch statt.

Tabelle 2: Positiver Ausgang bzw. Abbruch und Dauer der Substitution

Dauer der Substitution	bis 1 Jahr	1 – 2 Jahre	2 – 3 Jahre	3 – 4 Jahre
Clean oder drogenfreie Therapie in Bremen	23,8 %	29,3 %	36,7 %	41,2 %
Abbruch in Bremen	24,7 %	24,0 %	25,0 %	17,6 %
Clean oder drogenfreie Therapie in Bremerhaven	5,3 %	36,0 %	25,7 %	20,6 %
Abbruch in Bremerhaven	38,3 %	36,0 %	20,0 %	29,4 %

In Bremerhaven ist diese Entwicklung nicht so eindeutig.

Circa ein Viertel aller Behandlungen enden irgendwann als „Abbruch“. Es ist jedoch zu vermuten (und von einzelnen Fällen bekannt), daß ein Teil der ausgeschiedenen Substituierten wieder bei einem anderen Arzt oder in einem Programm als Substituierte auftauchen.

Aus „anderen Gründen“ wurden fast 500 Behandlungen beendet. Andere Gründe sind:

Haftantritt, Tod, Wohnortwechsel, Grund unbekannt (keine Angabe). Bei den EMP-Programmen sind auch der Wechsel zum niedergelassenen Arzt miterfaßt.

Tabelle 3: Beendigte Substitutionsbehandlungen

	clean	drogen- freie Therapie	stationäre ¹ Behand- lung	Abbruch	Andere Gründe	Gesamt
Bremen NUB	182	66	75	195	327	845
Bremen EMP	17	13		46 ²	79 ²	155
Bremerhaven NUB	42	4	53	92	84	275
Gesamt	241	83	128	333	490	1275

1) Bei NUB offensichtlich „Beendigung“ bei EMP nur „Unterbrechung“

2) darin auch enthalten: „Weiterleitung an niedergelassenen Arzt“ (55 Patientinnen und Patienten)

Die „Haltequote“ als Prozentsatz der in Substitution verbleibenden Patientinnen und Patienten kann ein Maß für den Erfolg der Substitutionsbehandlung sein: bleiben doch diejenigen Substituierten länger in Behandlung, die aus Sicht ihrer Ärztinnen und Ärzte positiv entwickeln bzw. nicht rückfällig werden. Seit Anfang an ist zu beobachten, daß dieser Prozentsatz in Bremen (im Mittel 55,0 %) höher liegt als in Bremerhaven (im Mittel 43,8 %).

Tabelle 4: Prozentsatz der in Substitution verbliebenen Patientinnen und Patienten

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Im Mittel
Bremen	63,0	61,8	58,9	54,8	51,6	51,1	50,3	50,4	53,0	55,0
Bremerhaven			41,8	41,1	39,2	38,5	37,5	38,3	38,8	43,8

Wie die Tabelle 4 zeigt, bleiben in Bremen über die Jahre hinweg (kumuliert) immer mehr als 50 % in Behandlung (im Durchschnitt 55 %); in Bremerhaven sind es mit durchschnittlich 43,8 % deutlich weniger. Betrachtet man die Gründe, die zur Beendigung der Behandlungen geführt haben, so ist zu erkennen, daß insbesondere die höhere Zahl der Behandlungsabbrüche (entweder weil der Arzt die Substitution wegen Beigebrauchs oder anderen Verstößen gegen den Behandlungsplan beendet hat, oder der Patient nicht mehr zur Behandlung erschienen ist). Diese Abbrüche durch Arzt oder Patient machen in Bremerhaven ca. ein Drittel in Bremen dagegen nur ein Viertel aller Beendigungen der Behandlung aus.

Gut beschreibt der ärztliche Dienst des Strafvollzugs die für die Substitution geltende Situation:

Grundsätzlich gilt, daß ein Drittel der Behandelten ohne Komplikationen, ohne nennenswerten Beigebrauch und ohne ausgeprägten Bedarf für psychosoziale Betreuung eigenständig zurecht kommt und nach unterschiedlich langer Zeit (Monate bis Jahre) selbständig die Behandlung beendet.

Ein weiteres Drittel benötigt psychosoziale Betreuung, Fehlverhalten kann bearbeitet werden, zeitweilig sind Verwarnungen erforderlich, mit Unterbrechungen gelingt eine ausreichende Arbeitsleistung; Rückfälle sind die Regel bis eine Stabilisierung nach mehreren Anläufen gelingt.

Ein weiteres Drittel wird wegen Beigebrauchs wiederholt aus dem Programm entlassen, das Verhalten ist häufig auffällig, Mißbrauch wird abgestritten, es gibt Betrugsversuche; die Prognose ist ungünstig. Die Behandlung wird in der Regel abgebrochen oder mit besonderen Auflagen fortgesetzt, weil auch eine geringfügige Minderung von Drogenkonsum im Sinne einer Erhaltungsbehandlung zweckmäßig ist, sofern das Beigebrauchsverhalten nicht lebensbedrohliche Ausmaße annimmt.

Zu Frage 4.: Welche Erkenntnisse gibt es über die Anzahl der Methadonbehandelten, die zusätzliche psychosoziale Hilfen in Anspruch nehmen bzw. genommen haben?

In Bremen stehen mehrere spezielle Projekte und Einrichtungen der Drogenhilfe für die psychosoziale Begleitung und Betreuung von Substituierten zur Verfügung. In Bremerhaven gibt es solche Begleitmaßnahmen bei einem Träger der Drogenhilfe und bei behandelnden Ärzten.

Nach der Auswertung der dazu vorliegenden Daten nahmen von 1991 bis 1998 die folgende Anzahl von Methadonbehandelten zusätzliche psychosoziale Hilfen in Anspruch (für 1990 liegen keine Daten vor):

Tabelle 5: Inanspruchnahme der psychosozialen Begleitung

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Land Bremen	50	100	300	550	880	830	1300	1650

Die Daten sind gerundet. Darin sind auch die Substituierten enthalten, die von den Einrichtungen des Amtes für Soziale Dienste/Drogenberatung im Rahmen ihrer Tätigkeit betreut werden und Substituierte in speziellen Wohnprojekten für Substituierte. Dadurch kommt es zu Mehrfachzählungen so daß die Zahl der Betreuten scheinbar die Zahl der Substituierten übersteigt. Darüber hinaus werden Substituierte auch in einzelnen Praxen niedergelassener Ärzte (durch dort angebundene Helfer) betreut.

So erscheint die Zahl der betreuten Substituierten zwar sehr hoch, es fehlt aber eine Analyse der Intensität und der Qualität der psychosozialen Begleitung. Die Zahlen sind nur i. S. von „Personen mit Kontakten zu Angeboten der psychosozialen Begleitung“ zu verstehen und sagen nichts darüber aus, wie viele Substituierte tatsächlich kontinuierlich psychosozial betreut werden.

Zu Frage 5.: Gibt es Erkenntnisse darüber, welche psychosozialen Begleitmaßnahmen hilfreich waren zur Stabilisierung oder Verbesserung der Lebenssituation?

Hilfreich zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der Lebenssituation werden von Seiten der Hilfeeinrichtungen folgende Maßnahmen eingeschätzt, wobei es schwierig ist, den genauen Anteil einer solchen Maßnahme an dem möglichen Stabilisierungsprozeß konkret zu bemessen:

Die Weitergabe von Informationen, die Beratung bzw. Hilfe bei Sucht- und Beziehungsproblemen bzw. bei der Verbesserung der Wohnsituation werden nahezu einmütig als hilfreich eingeschätzt. Zudem wurde durchgängig die Hilfe bei der Freizeitgestaltung bzw. der (Wieder-) Erlernung einer Tagesstruktur genannt und auch Kriseninterventionen. Auch die Kooperation mit den behandelnden Ärzten wird überwiegend als hilfreich eingestuft. Hilfen und Beratung bei Arbeit und Beschäftigung werden weniger häufig benannt, wohl auch deshalb, weil hier zu wenig konkrete Angebote zur Verfügung stehen. Therapeutische Behandlungen werden weniger häufig als hilfreich beschrieben.

Zu Frage 6.: Welche Erkenntnisse liegen dem Senat über Absprachen zwischen behandelnden Ärzten, Mitarbeitern in der psychosozialen Begleitung und Klienten über Ziele und Verlauf der Behandlung vor?

Hier gibt es keine Einheitlichkeit. Diejenigen Arztpraxen, die eine hohe Zahl von Substituierten behandeln, beschäftigen im Angestelltenverhältnis oder auf Honorarbasis psychosoziale Betreuer, die sich um die Patientinnen und Patienten der Praxis kümmern. Es bestehen direkte Absprachen zwischen Arzt und Betreuer. Bei den anderen Praxen sind Absprachen vom kooperativen Verhältnis zwischen Arzt und begleitenden Diensten abhängig. D. h. es gibt gute und weniger gute Zusammenarbeit zwischen Praxen und Angeboten der psychosozialen Begleitung.

Im EMP ist die psychosoziale Betreuung in die Programme integriert und es werden direkte Absprachen zwischen behandelnden Ärzten, Mitarbeitern in der psychosozialen Begleitung und Klienten über Ziele und Verlauf der Behandlung getroffen.

Zu Frage 7.: Woran scheitern die Bemühungen, ambulante Therapien gemäß der „Empfehlungsvereinbarungen zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen (ambulante Reha Sucht, EVAS)“ auch für Substituierte zu öffnen?

Bislang haben sich die Rentenversicherungsträger über ihren Spitzenverband, den Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) über eine Zulassung von Substituierten für ambulante (oder auch stationäre) Maßnahmen gem. der Empfehlungsvereinbarung abgestimmt. Danach sollte eine Zulassung solange nicht erfolgen, bis ein Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen zu möglichen Effekten therapeutischer Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation unter Fortführung einer Methadon-Substitution abgeschlossen sei. Bis Ende 1998 wurde dieses Projekt vom „Institut für Therapieforchung“ in München wissenschaftlich begleitet. Der gerade vorliegende Abschlußbericht kommt dabei zu folgenden Ergebnissen:

- Das Gesamtkonzept einer ambulanten Rehabilitation unter einstweiliger Fortführung der Methadon-Substitution ist erfolgreich durchführbar.
- In der Klärungsphase ergeben sich positive Veränderungen in bezug auf Beikonsum und soziale Beziehungen. Die erreichten Veränderungen gehen einher mit einer größeren Belastung im Bereich psychischer und auch körperlicher Probleme.
- In der Rehabilitationsphase zeigen sich darüber hinaus deutliche Veränderungen. Bei fast allen Klienten kommt es zu einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit am Ende der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Ein Anstieg der Quote der Erwerbstätigen zeigt sich erst in der Rehabilitationsphase. Im Gegensatz zur Klärungsphase kommt es auch im psychischen Bereich zu einer Reihe erwünschter Veränderungen.

— Ein beträchtlicher Teil der Klienten (82,5%) braucht auch nach regulärer Beendigung der ambulanten medizinischen Rehabilitation eine Fortführung der Substitution.

Bislang hat sich jedoch die „Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen“, die für die Finanzierung einer solchen Erweiterung der Angebotspalette der ambulanten Rehabilitation um eine substitutionsgestützte ambulante Reha-Maßnahme zuständig wäre, noch nicht zu dem Abschlußbericht geäußert.

Zu Frage 8.: Wie hoch wird die Anzahl derjenigen Methadonbehandelten geschätzt, die in Frage 7 genannte ambulante therapeutische Hilfe wahrnehmen würde, wenn Substitutionsbehandlung kein Ausschlußgrund wäre?

Von den verschiedenen psychosozialen Hilfeeinrichtungen wird der Anteil derjenigen Klienten, der eine solche ambulante Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen würde, wenn das Angebot zur Verfügung stünde, auf zwischen 10 und 20 % geschätzt (zwischen 80 und 320 Klientinnen und Klienten).

Zu Frage 9.: Wie hat sich die Zahl der durch die Drogenberatungsstellen in stationäre Therapie Vermittelten zwischen 1990 und 1999 entwickelt?

Tabelle 6: Anzahl der von den kommunalen Drogenberatungsstellen in der Stadtgemeinde Bremen in stationären Therapien vermittelten Klienten

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Vermittelte Therapien	137	157	205	215	291	317	263	254	262
Davon angetreten					184	193	161	196	145
In Prozent					63,2	60,9	61,2	77,2	55,3

Hinzu kommen noch ca. 25 bis 30 Klientinnen und Klienten, die von Beratungszentrum der Arbeiterwohlfahrt in Bremerhaven pro Jahr in stationäre Therapien vermittelt werden.

Zu Frage 9 a: Wie viele der Vermittelten traten die Therapie auch tatsächlich an?

Im Mittel treten knapp zwei Drittel der Vermittelten die Therapie auch an (dies wird erst seit 1994 differenziert erfaßt).

Zu Frage 9 b: Wie hoch ist jeweils die Haltequote innerhalb der Therapien?

Tabelle 7: Die Haltequote von Bremer Klienten in einer Langzeittherapieeinrichtung

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Haltequote			32 %	34 %	44 %	29 %	32 %	38 %	28 %

Hierbei liegen allerdings nur Daten von einer Therapieeinrichtung vor. Man kann jedoch davon ausgehen, daß diese Schwankungsbreite von annähernd 30 bis 40 % auch in den anderen Einrichtungen auftritt.

Zu Frage 10.: Welche Erkenntnisse liegen dem Senat über die Anzahl derjenigen Drogenkonsumenten vor, die von einer Methadonbehandlung nicht erreicht wurden bzw. nicht erreichbar waren?

Welche Gründe für die Nichterreichbarkeit werden angenommen?

Bei der 1997 durch das „Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin“ (BIPS) durchgeführten Prävalenzschätzung wurden für die Stadtgemeinde Bremen rund 4.000 Heroinkonsumentinnen und -konsumenten festgestellt, die im sozialen, gesundheitlichen und/oder juristischen Hilfesystem auffällig geworden sind. Rund 1.000 waren lediglich im medizinischen Hilfesystem bekannt. Rund 2.200 wurden substituiert (1.600 davon mit Methadon, der Rest vermutlich mit Codein). Weshalb die restlichen 1.800 sich keiner Substitutionsbehandlung unterzogen haben, ist nicht bekannt.

Zu Frage 10 a: Wie hoch ist die Anzahl der langjährigen Heroinabhängigen, die keine der gängigen Behandlungen (drogenfreie Therapie, Methadonbehandlung) annehmen?

Die Anzahl derjenigen langjährigen Heroinabhängigen, die keine der gängigen Behandlungen annehmen, ist nicht bekannt.

Zu Frage 11.: Welche Erkenntnisse liegen dem Senat über die Anzahl der Methadonklienten vor, die eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung aufweisen (sog. Doppeldiagnosen)? Welche besonderen Probleme gibt es hier bei der Behandlung?

Genaue Kenntnisse liegen im psychosozialen Hilfesystem über diese Gruppe nicht vor. Von Seiten der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen wird jedoch der Anteil von Klienten, die neben ihrer Suchterkrankung psychiatrische Auffälligkeiten zeigen, auf rund 200 geschätzt. Diese geringe Anzahl steht im Widerspruch zu den Ergebnissen des Methadonprogramms in NRW. Dort wurde allerdings die Untersuchung nach psychiatrischen Störungen systematisch und von Psychiatern durchgeführt. Es ist deshalb auch in Bremen eine höhere Zahl von Substituierten mit psychiatrischen Erkrankungen zu erwarten.

Problematisch erweist sich oft in der Praxis die sowieso schwierige Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen: Weder die Psychiatrie noch die Suchthilfe fühlen sich in jedem Fall kompetent.

Zu Frage 12.: Welche Erkenntnisse gibt es darüber, wie viele Drogenabhängige in einer Methadonbehandlung nicht erfolgreich behandelt werden können? Was sind die Ursachen dafür? Welche Anhaltspunkte gibt es dafür, daß für diesen Personenkreis die Indikation für eine heroingestützte Behandlung vorliegen könnte?

Die Zahl der „nicht erfolgreich“ Behandelten ist sicher abhängig von dem jeweiligen Behandlungsteilziel (clean, sozial integriert, beigebrauchsfrei, gesundheitlich gebessert). Über genauere Ursachen einer nicht erfolgreichen Methadonbehandlung können eine Reihe von Spekulationen erhoben werden. Es kann z. B. die falsche Indikation zum falschen Zeitpunkt vorliegen, oder Klienten sind nach schnellen Anfangserfolgen in der Verbesserung des Gesundheitszustandes zu überschwänglich in der Einschätzung des Behandlungserfolges. Es können auch Compliance-Probleme zwischen Klienten und behandelnden Ärzten auftreten. Oder eine Unverträglichkeit oder Unzufriedenheit mit Substanzeffekten, u. a. m. Eine differenzierte Untersuchung hierüber liegt nicht vor. Bei der wissenschaftlichen Begleitforschung des Bremerhavener Drogenhilfesystems von 1998 durch das „Bremer Institut für Drogenforschung“ (BISDRO) wurde im Rahmen einer qualitativen Klientenbefragung insbesondere die mangelnde Aufmerksamkeit von Ärzten bezüglich persönlicher Entwicklungsverläufe im Behandlungsprozess beklagt, wie die viel zu geringe Anzahl von psychosozialen Begleitmaßnahmen. In der Stadtgemeinde Bremen wird zur Zeit eine Klientenbefragung durchgeführt, um Defizite im psychosozialen Hilfebereich besser zu erkennen. Außerdem sollen in Abstimmung mit den Einrichtungen Standards für die psychosozialen Begleitmaßnahmen erstellt werden.

Die Überlegungen bzgl. einer heroingestützten Behandlung könnten sich nur auf diejenigen beziehen, die die o. g. Teilziele durch eine Substitutionsbehandlung mit Methadon nicht erreichen können oder das Angebot einer Substitution ablehnen, weil sie nicht fähig oder noch nicht bereit sind, den dazu notwendigen „Verzicht“ (auf das Erleben von Drogenwirkung) zu leisten.

Zu Frage 12 a: Wie wird insbesondere das Problem der Politoxikomanie und der Konsum von psychogen wirkenden Medikamenten eingeschätzt?

Es ist heute die Regel, daß Heroinabhängige noch andere Substanzen konsumieren oder sogar politoxikoman (mehrfach abhängig) sind. Die Politoxikomanie kann eine erfolgreiche Substitution verhindern, wenn es nicht gelingt, die anderen Abhängigkeiten abzustellen. Die Methode der Wahl ist der methadongestützte stationäre Teilentzug. Aber auch der Konsum von psychogen wirkenden Medikamenten kann so stark sein, daß eine geordnete Substitutionsbehandlung nicht möglich ist. Es ist deshalb Aufgabe des substituierenden Arztes durch Urinkontrollen den Beikonsum zu beobachten und ihm therapeutisch und/oder disziplinarisch in Zusammenarbeit mit der psychosozialen Begleitung zu begegnen. Es ist auch darauf zu achten, daß nicht während der Behandlung mit dem Konsum anderer Drogen begonnen wird.

Eine gute Substitutionsbehandlung besteht darin, den Beigebrauch anderer Substanzen abzubauen. Da schätzungsweise ca. die Hälfte der Substituierten Wochenende- bis 7-Tagerezepte erhalten, wäre davon auszugehen, daß bei ihnen kein „das Ziel der Substitution gefährdender Beikonsum“ stattfindet, wie es die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) für ein bis zu 7-Tagerezept vorschreibt. Das schließt im Einzelfall nicht aus, daß es zu einer mißbräuchlichen Verwendung des verschriebenen Methadons kommen kann.

Zur Aktualisierung der Erkenntnisse über Beigebrauch aus der BIPS-Studie wäre eine genauere Betrachtungsweise des gegenwärtigen Beigebrauchsumfangs angebracht.

Zu Frage 12 b: Welche Maßnahmen werden ergriffen, der Verschreibung psychotrophen wirkenden Medikamenten teilweise durch den die Methadonbehandlung durchführenden Arzt entgegen zu wirken?

Die Ärztekammer Bremen hat in Abstimmung mit dem Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz Richtlinien über die Verschreibung von psychotropen Substanzen erlassen. Danach ist die Verschreibung an Substituierte — von Ausnahmen abgesehen — als nicht statthaft angesehen. Wenn Praxen nachgewiesen werden kann, daß sie an Substituierte oder an Drogenabhängige verschreiben, werden sie aufgrund des Straftatbestandes der Körperverletzung verfolgt.

Zu Frage 12 c: Wie wird sichergestellt, daß ärztlich vergebene Methadon nicht auf den Schwarzmarkt gelangt?

Die häufigste Quelle von auf den Schwarzmarkt verkauften Methadons dürfte das legal auf Rezept verschriebene Methadon an Substituierte sein, die dies von ihrem Bedarf abzweigen. Das Verschreibungsverhalten der Ärzte muß deshalb sehr sorgfältig und korrekt sein. Mißbrauchsverhalten auf Seiten der Substituierten und mangelnde Sorgfalt auf Seiten der substituierenden Ärztinnen und Ärzte können durch qualitätssichernde Maßnahmen der Ärzteschaft und durch behördliche Kontrollen des Verschreibungsverhaltens minimiert, aber nicht völlig verhindert werden.

Zu Frage 13.: Wie könnte eine heroingestützte Behandlung in Bremen aussehen, die in das bestehende Hilfesystem integriert wäre?

- a) Welcher Personenkreis würde für diese Behandlung in Frage kommen?
- b) Welchen Prozeß zur Vorbereitung einer solchen Erweiterung des Hilfeangebotes hält der Senat für erforderlich?
- c) Welche Träger und Institutionen müssen an diesem Prozeß beteiligt werden?

Es kann zunächst davon ausgegangen werden, daß das Bremische Drogenhilfesystem und das Medizinsystem den übergroßen Teil der Drogenabhängigen mit ihren Hilfeangeboten erreicht. Das schließt nicht aus, daß ein Teil der akuten Heroinkonsumentinnen und -konsumenten weder drogenfreie Angebote noch eine Methadonbehandlung annehmen. Zur konkreten Beschreibung des Personenkreises, für den eine heroingestützte Behandlung in Frage käme, wird auf die Antworten zu Frage 12 verwiesen. Eine Beantwortung der Fragen b und c kann erst erfolgen, wenn die erforderlichen Grundsatzentscheidungen getroffen wurden. In diesem Zusammenhang wird um Beachtung der Antworten zu Frage 14 gebeten.

14. Unter welchen Voraussetzungen könnte sich Bremen an einem bundesweiten Modellprogramm zur heroingestützten Behandlung beteiligen?

Bremen beabsichtigt nicht, sich an einem solchen Modellprogramm zu beteiligen.



