Substitutionsbehandlung in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Anfangs der 1970er-Jahre begann sich in Europa die Heroinepidemie auszubreiten. Die Entwicklung breit angelegter Behandlungsangebote mit Opiatagonisten als Antwort auf diese Herausforderung gestaltete sich in den drei Nachbarländern entsprechend der verschiedenen politisch/rechtlichen Rahmenbedingungen und dem ungleichen Problemdruck unterschiedlich. Auch heute noch sind internationale und regionale Unterschiede in der Versorgung festzustellen, die fachliche Koordination über die Grenzen hinweg ist wenig ausgeprägt.

Thilo Beck
Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Psychiatrie Arud, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41 (0)58 360 50 10, t.beck@arud.ch, www.arud.ch

Alfred Springer
Univ.Prof. Dr., Psychiatrie und medizinische Psychotherapie, Salztorgasse 6, A-1010 Wien, Tel. +43 (0)153 584 80, alfred.springer@meduniwien.ac.at

Hans-Günter Meyer-Thompson
Arzt, ASKLEPIOS Hamburg Nord Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona, Holstenstrasse 115, D-22765 Hamburg. Tel. +49 (0)40 43 29 25-0, h.meyer@asklepios.com, Redakteur www.forum-substitutionspraxis.de

Stichwörter: Substitution | Heroinabhängigkeit |Schadenminsderung

Von den Ursprüngen zum Status Quo

Schweiz

Anfang der 70er-Jahre begann sich der Heroinkonsum in der Schweiz auszubreiten – mit dem ersten «Drogentoten» 1972 in Zürich. 1975 wurde die rechtliche Grundlage für den Einsatz von Methadon als Heroin-Ersatzsubstanz gelegt, wegen der äusserst restriktiv gehaltenen Bedingungen (Motivationsprüfung bezüglich Abstinenzwunsch, wochenlange Wartefrist, auf 6 Monate beschränkte Behandlungsdauer, Beikonsum als Ausschlussgrund) konnten aber nur wenige Betroffene mit diesem Angebot erreicht werden. Mit der Entdeckung des HI-Virus 1983 wurde bald klar, dass sich zusätzlich zu den bekannten Hepatitis-Infektionen eine HIV-Epidemie unter den immer zahlreicheren intravenös konsumierenden Heroinabhängigen ausbreitete. Die Zahl der opioidabhängigen Personen in der Schweiz hatte sich 1988 gegenüber 1985 auf geschätzte 20'000-30'000 mehr als verdoppelt, die Zahl der Drogentoten hatte die 200-Grenze überschritten. Angesichts dieser Situation und der zunehmend katastrophalen Verhältnisse auf der offenen Drogenszene eröffnete die private Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (Arud) 1992 in Zürich ein Ambulatorium für niederschwellige Substitutionsbehandlung mit Methadon: Die einzige Bedingung für die Aufnahme in die Behandlung war eine bestehende Opioidabhängigkeit. Diese Praxis widersprach den damaligen rechtlichen Auflagen, weshalb eine auf sechs Monate befristete Ausnahmebewilligung erteilt wurde. Innert weniger Monate konnten mehrere hundert heroinabhängige Personen in die Behandlung eingeschlossen werden und 1994 wurden schweizweit bereits 14'000 Heroinabhängige auf diese Weise behandelt, ohne dass die initiale Ausnahmebewilligung verlängert worden wäre. Eine rechtliche Anerkennung mit dem Erlass entsprechender kantonaler Verordnungen erfolgte erst 1996. Die bereits seit 1986 diskutierte heroingestützte Behandlung wurde 1994-1996 in einem wissenschaftlich begleiteten Pilotversuch in 18 Zentren in der Schweiz erfolgreich getestet und in der Folge provisorisch weitergeführt bis sie 2008 schliesslich definitiv im Betäubungsmittelgesetz verankert wurde.

Österreich

Obwohl in Österreich erste Diskussionen zur Einführung der Substitutionsbehandlung bereits in der Prä-AIDS-Periode stattfanden, war die Belastung der injizierenden Opioidgebrauchenden durch das HI-Virus der entscheidende Katalysator für die Umsetzung der bereits früher entworfenen Konzepte. Der erste Erlass des Gesundheitsministers für die mit der Kontrolle der oralen Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen befassten Gesundheitsbehörden bzw. AmtsärztInnen erging im Jahr 1987. In Hinblick auf die nach dem damaligen Suchtgiftgesetz geltende «Ultima ratio»-Regel rechtfertigte zu diesem Zeitpunkt eine schwere therapieresistente Opioidabhängigkeit die Verschreibung von Opiatagonisten nicht, sondern es musste im Einzelfall zuerst die Aussichtslosigkeit anderer Behandlungsformen festgestellt worden sein. Erst das Suchtmittelgesetz (SMG) im Jahr 1998 verankerte die Substitutionsbehandlung gesetzlich explizit als eine mögliche Therapieform neben anderen. Im Jahr 2007 trat an die Stelle des Substitutionserlasses eine Regelung auf Verordnungsebene, die nun auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verbindliche Rahmenbedingungen vorgibt. Des Weiteren wurde, ebenfalls auf Verordnungsebene, die ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Substitutionsbehandlung an die Voraussetzung der Absolvierung einer einschlägigen Weiterbildung und die Teilnahme an kontinuierlicher Fortbildung geknüpft. Darüber hinaus brachte die Neuregulierung einige zusätzliche Härten und neue restriktive Vorgaben für die Klientel

und die behandelnden ÄrztInnen mit sich. Unter anderem wurde die Kontrollfunktion des Arztes, der Ärztin verbindlich festgelegt und wurden erstmals Methadon und Buprenorphin als Mittel erster Wahl definiert und die Verschreibung anderer Substitute an die Unverträglichkeit dieser First-line-Medikationen geknüpft.

Deutschland

In Deutschland fand eine erste Behandlungsstudie 1971 bis 1973 in Hannover statt: Unter der Behandlung mit R-Methadon ergaben sich ein abnehmender intravenöser Konsum und eine soziale wie medizinische Stabilisierung, wobei die meisten ProbandInnen nach Beendigung des Versuchs wieder rückfällig wurden. Die Substitutionsbehandlung blieb in der Folge weiterhin verpönt in der Suchtmedizin und nach dem Gesetz verboten.
Erst mit Aufkommen der HIV-Infektion in den 1980er-Jahren geriet die Behandlung mit Opiatagonisten wieder in die Diskussion. 1998 wurden in Nordrhein-Westfalen die ersten Substitutionsambulanzen eröffnet, massgeblich initiiert durch den Deutschen Hilfsverein AMOK in Amsterdam, wo damals rund 1'000 Drogenflüchtlinge aus Deutschland lebten.
Rasch folgten weitere Bundesländer und seit Anfang der 1990er-Jahre fand die Behandlung zunehmend in Schwerpunktpraxen und bei HausärztInnen statt. 2001-2007 wurde ein multizentrisches bundesdeutsches Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung in sieben Städten durchgeführt. Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde die heroingestützte Behandlung 2009 von Bundestag und Bundesrat gesetzlich verankert.

Angebotsstruktur und Verbreitung

Knapp die Hälfte der Substitutionsbehandlungen in der Schweiz wird von HausärztInnen gewährleistet, der Rest von Ambulatorien aus dem öffentlichen und privaten Bereich. Geschätzte 95% der problematisch opioidabhängigen Personen waren bereits mindestens einmal in Behandlung, mit 19'000 Personen befinden sich ca. 65% dieser Gruppe im Querschnitt (am Stichtag) in Substitutionsbehandlung, inklusive der ca 1400 Personen in heroingestützter Behandlung.

In Österreich ist die Substitutionsbehandlung in den meisten Bundesländern eine Domäne der niedergelassenen Ärzteschaft. In Kärnten jedoch wird Substitutionsbehandlung fast ausschliesslich in zwei selbstständigen Ambulatorien durchgeführt. In Vorarlberg können Ärztinnen und Ärzte eine Zweitordination in Drogenberatungsstellen führen.
Des Weiteren bestehen Angebote niedrigschwelliger Einrichtungen der Suchthilfe und in sehr begrenztem Ausmass, wieder abhängig von regionalen Präferenzen, in Suchtambulanzen in Krankenhäusern und Kliniken. Es werden derzeit etwa 60% der behandlungsbedürftigen Personen mit Opioidabhängigkeit von den Substitutionsangeboten erfasst.

Eine Aufstellung über den Anteil von hausärztlichen Praxen, Schwerpunktpraxen und Ambulanzen in Deutschland liegt nicht vor. Der Substitutionsbericht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für 2016 listet lediglich die Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt/Ärztin auf, wobei sich in der Verteilung ein zunehmender Trend zu Schwerpunktpraxen und Ambulanzen ablesen lässt, indem 15% der substituierenden ÄrztInnen 50% der gemeldeten Patienten behandeln. Die Behandlung mit Diacetylmorphin findet in Spezialambulanzen in insgesamt neun Städten statt. Seit Beendigung des wissenschaftlichen Versuchs sind lediglich Ambulanzen in Berlin und Stuttgart hinzugekommen. In Deutschland ist die Zahl der in Substitution befindlichen Personen seit 2010 stabil bei ca. 77'000 und liegt bei einem geschätzten Anteil von 45-55% der Heroinabhängigen. Die Zahl der Personen in heroingestützter Behandlung liegt mit ca. 600 Personen anteilsweise unter 1%.

Zugang zur Behandlung und Abstimmung auf den Bedarf

Seit Beginn den 90er-Jahre kann in der Schweiz von einer niederschwelligen Versorgung gesprochen werden. Der Zugang zur Behandlung ist flächendeckend, unkompliziert und rasch möglich, mit gewissen kantonalen Unterschieden. Bezüglich Dauer der Behandlung bestehen keine Vorgaben. Einzig im Bereich der heroingestützten Behandlung, die nur in lizenzierten Zentren und nur in 12 von 26 Kantonen angeboten wird, bestehen regionale Versorgungslücken. Grundsätzlich kann bezüglich der zur Anwendung kommenden Opioidagonisten von einem ausgesprochen diversifizierten oralen Substitutionsangebot gesprochen werden.[1] 65% der laufenden Behandlungen werden mit R/S-Methadon durchgeführt, 9% mit Buprenorphin, 15% mit retardiertem Morphin (mit zunehmender Tendenz) und ca 2% mit R-Methadon. Der Anteil der in heroingestützter Behandlung befindlichen PatientInnen beläuft sich stabil auf 8% mit einer kontinuierlichen Zunahme der oralen Behandlungsform mit Tabletten. Für die zurückgehende Zahl intravenös Konsumierender steht spritzbares Diacetylmorphin zur Verfügung, in gewissen Zentren wird auch spritzbares Morphin und Methadon verschrieben. Ausgesprochen multimorbide und desintegrierte PatientInnen werden eher und zunehmend in Substitutionszentren behandelt, die Zahl der in der Substitution tätigen HausärztInnen ist rückläufig, womit sich die Wahlmöglichkeit für PatientInnen einschränkt.

In Österreich wird generell eine möglichst niedrigschwellige Behandlungsverfügbarkeit angestrebt, wobei regionale Unterschiede bei höherschwelligen Programmen in einzelnen Universitätskliniken und Sonderkrankenhäusern bestehen. Weitere Schwellen ergeben sich, indem die AmtsärztInnen als kontrollierende und regulierende Instanz fungieren, was die Behandlung oft kompliziert, und im Regelfall die Abgabe der von den niedergelassenen ÄrztInnen verschriebenen Substitutionsmittel in der Apotheke erfolgt, wo die Einnahme unter Sicht durchgeführt werden soll. Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände der Betroffenen besser eingehen zu können, steht in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur oralen Einnahme zur Verfügung (R/S-Methadon, R-Methadon, Buprenorphin und retadiertes Morphin), wobei sich die anteilsmässige Verteilung der verschriebenen Opioidagonisten in den verschiedenen Bundesländern stark unterscheidet.[2] Auch bezüglich der Verfügbarkeit der Angebote bestehen recht grosse regionale Unterschiede. Ältere Schätzungen ergaben, dass in Wien mehr als 70% der in Frage kommenden Suchtkranken erreicht werden können, während dies in anderen Bundesländern unter 50% sein dürften.

In Deutschland ist der Zugang zur Behandlung in gewissen Regionen eingeschränkt durch einen Mangel an verfügbaren Behandlungsplätzen, trotz niederschwelliger gesetzlicher Bedingungen für die Einleitung einer Behandlung (manifeste Opioidabhängigkeit als einzige Voraussetzung). Mögliche Schwellen im Verlauf der Behandlung sind eine obligatorische, parallel zur Substitution stattfindende psychosoziale Behandlung, ein möglicher Ausschluss bei einem die Behandlung gefährdenden Konsum anderer psychoaktiver Substanzen und die strafrechtliche Sanktionierung von ÄrztInnen, die in Notfällen Mitgaben aus der Praxis an PatientInnen mit Beikonsum gewähren. Zur oralen Einnahme stehen zur Verfügung R/S-Methadon mit einem Anteil von 42,5% gefolgt von R-Methadon mit 33% und Buprenorphin mit einem Anteil von 23.1%. Das retardierte orale Morphin hat mit einem Anteil von 0.3% noch wenig Verbreitung gefunden. Spritzbares Diacetylmorphin steht in wenigen lizenzierten Zentren mit einem Anteil von 0.8% zur Verfügung.[3]

Finanzierung der Behandlung

In der Schweiz wird die ambulante Substitutionsbehandlung von Hausärzten über den Leistungskatalog Tarmed mit den Krankenkassen als Pflichtleistung abgerechnet. Der Tarif Tarmed wurde für ärztliche Einzelpraxen berechnet, die Kosten grösserer Ambulatorien können damit nicht abgedeckt werden. Deshalb sind Ambulatorien darauf angewiesen, über individuell mit den Krankenkassen ausgehandelte Tages- bzw. Wochenpauschalen abzurechnen.

Die in den meisten Bundesländern Österreichs vorwiegend im niedergelassenen Bereich stattfindenden Substitutionsbehandlungen werden von den ÄrztInnen über die obligatorische Sozialversicherung abgerechnet. In einigen Bundesländern besteht eine über die standardmässige Honorierung dieser Arztbesuche hinausgehende Kassenleistung im Sinne einer Sonderleistung im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung.

Die Substitutionsbehandlung ist in Deutschland eine Kassenleistung. Für eine kostendeckende Abrechnung ihrer Aufwände sehen sich viele ÄrztInnen gezwungen, auf die Verschreibung von Einnahme unter Sicht in wohnungsnahen Apotheken oder auf Mitgaben aus der Apotheke zur eigenverantwortlichen Einnahme zu verzichten und die tägliche Abgabe in der eigenen Praxis vorzusehen.

Rechtliche Situation

In der Schweiz verlangt das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe BetmG zusätzlich zu den allgemeinen Regelungen zum Verkehr mit Betäubungsmitteln, dass die Kantone Behandlungen von betäubungsmittelabhängigen Personen mit Betäubungsmitteln einer besonderen Bewilligung unterstellen.[4] In den Kantonen werden diese Bewilligungen prinzipiell nach drei Modellen erteilt:

- Einzelfallbewilligung pro PatientIn und Arzt/Ärztin durch den Kantonsarzt, die Kantonsärztin
- Generelle Bewilligung des Kantonsarztes, der Kantonsärztin für den Arzt, die Ärtzin evtl. nach Absolvierung eines Einführungskurses in die Substitutionsbehandlung und Meldepflicht der in Behandlung stehenden PatientInnen
- Zuweisung des Patienten, der Patientin durch den behandelnden Arzt, die Ärtzin zur Indikationsstellung an eine spezialisierte Suchtfachstelle, Erteilung der Bewilligung durch den Kantonsarzt aufgrund der Indikation und Rücküberweisung des Patienten, der Patientin an den behandelnden Arzt, die Ärztin

In Art. 9 der Schweizer Betäubungsmittel-Suchtverordnung BetmSV[5] werden die erforderlichen Angaben aufgezählt, die dem Kanton für die Erteilung einer Bewilligung zu übermitteln sind. Diese betreffen nur die Identifikation des behandelnden Arztes/der Ärztin, des Patienten, der Patientin und des Abgabeortes des Substitutionsmedikaments (Apotheke oder Selbstdispensation). Diacetylmorphin ist als illegales Betäubungsmittel eingestuft,[6] für die beschränkte medizinische Anwendung kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Bewilligung erteilen.[7] Diese Bewilligung erhalten ausschliesslich dafür spezialisierte Institutionen. Für die Erteilung der notwendigen Institutions-, ÄrztInnen- und PatientInnenbewilligungen, die Aufsicht über die Institutionen und die Durchführung entsprechender Kontrollen ist das BAG in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Behörden zuständig.[8] Die Applikation von Diacetylmorphin muss in der Regel unter Sichtkontrolle durch das Institutionspersonal erfolgen. Die BetmSV lässt aber bei stabilen PatientInnen Mitgaben von bis zu zwei Tagesdosen zu.[9]

Die Substitutionsbehandlung wird in Österreich durch das Suchtmittelgesetz (SMG), die Suchtgiftverordnung (SV), die Psychotropenverordnung (PV), sowie die Weiterbildungsverordnung orale Substitution (WBV) gesetzlich geregelt. Im Suchtmittelgesetz findet sich ebenfalls die Verordnungsermächtigung des Bundesministers für Gesundheit im §10 SMG. Demnach hat das Ministerium zur Abwehr der durch den Missbrauch von Suchtmitteln für das Leben oder die Gesundheit von Menschen drohenden Gefahren und zur Überwachung des geordneten Verkehrs mit Suchtmitteln nähere Vorschriften bzgl. der Verordnung, Verschreibung, Abgabe und Verwendung von Suchtmitteln einschliesslich der Rahmenbedingungen, Qualitätssicherung und Kontrolle der Substitutionsbehandlung zu erlassen.
Insofern ist die Regulierung der Substitutionsbehandlung im Strafrecht verankert. Die letztmals 2009 überarbeiteten Regulierungen befinden sich zurzeit in einer Revision.

In Deutschland ist die rechtliche Grundlage in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)festgehalten. Die Richtlinien der Bundesärztekammer geben die Qualitätsstandards vor. Die «Methoden vertragsärztlicher Versorgung» des Gemeinsamen Bundesauschusses von ÄrztInnen, Krankenhäusern und Krankenkassen (GBA) definieren die Kriterien, nach denen die Krankenkassen für die Behandlung aufkommen. Im März 2017 hat das Bundeskabinett die 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung beschlossen. Ärztlich-therapeutische Inhalte werden darin in die Richtlinien der Bundesärztekammer übertragen. Diese befinden sich in der Abstimmung und richten sich evidenzbasiert nach den internationalen Standards. Das Abstinenzparadigma ist zugunsten eines abgestimmten Zielkatalogs der Behandlung aufgegeben worden. Das voraussichtlich ab Spätsommer 2017 gültige neue Substitutionsrecht billigt bspw. ÄrztInnen und PatientInnen im Einzelfall eine längere Verordnungsdauer der Rezepte zu. Auch die Versorgung pflegebedürftiger PatientInnen in der eigenen Wohnung oder in Heimen wird ermöglicht. Die Möglichkeit der Zulassung von Diamorphintabletten ist vorgesehen. Die Substitutionsärzte stehen endlich nicht mehr «mit einem Bein im Gefängnis».

Herausforderungen

In der Schweiz ist bei zunehmendem Mangel an HausärztInnen ein kontinuierlicher Rückgang substituierender Grundversorger zu verzeichnen. Der neu vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung der FMH konstituierte Fähigkeitsausweis für Suchtmedizin und der Schwerpunkttitel Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen kann hier hoffentlich einen Beitrag dazu leisten, die Suchtarbeit für junge ÄrztInnen attraktiver zu machen. Des Weiteren sollen bereits im Medizinstudium vermehrt suchtmedizinische Inhalte vermittelt werden.[10] Die heroingestützte Behandlung hat sich als wichtiger Bestandteil einer diversifizierten Substitution bewährt und könnte zumindest für die zunehmende Zahl der mit Tabletten stabil eingestellten PatientInnen in die Regelversorgung überführt werden, wozu es aber entsprechender Anpassungen in der Gesetzgebung bedarf. Angesichts der zunehmenden Krankheitslast der alternden Klientel gewinnt eine integrierte, interdisziplinäre Versorgung immer mehr an Bedeutung, sowohl im ambulanten Bereich wie auch in der Entwicklung entsprechender Angebote für immobile und pflegebedürftige PatientInnen, sei dies im Bereich der aufsuchenden Pflege wie auch in Pflege- und Altersheimen. Eine den etablierten Standards entsprechende Versorgung von Personen in Haft ist in vielen Gefängnissen der Schweiz weiterhin nicht gegeben.

In Österreich wird eine Veränderung der rechtlichen Situation diskutiert, wonach die Durchführung der Behandlung mit Opiatagonisten nicht mehr im Suchtmittelgesetz geregelt sondern der Verantwortung der Ärzteschaft und ihrer Fachgesellschaften übertragen wird. Hinsichtlich der weiteren Diversifizierung der

Angebote fehlt eine kurzwirksame, spritzbare Substanz wie Diacetylmorphin oder Hydromorphon.
Die Finanzierung sollte österreichweit einheitlich reguliert werden, sowohl bezüglich der Vergütung durch die Krankenkassen wie auch der Honorierung der ÄrztInnen. Die Schnittstellen zwischen Angeboten der psychosozialen Betreuung und der medizinischen Behandlung sind ausbau- und verbesserungsfähig, den Bedürfnissen der anwachsenden Population alternder und alter KlientInnen sollte mit der Entwicklung entsprechender ambulanter und stationärer Angebote Rechnung getragen werden. Die Versorgung von PatientInnen in Haft gestaltet sich teilweise schwierig.

In den kommenden 5 Jahren wird in Deutschland ca. Ein Drittel der substituierenden Ärzteschaft in Pension gehen. Es ist absehbar, dass die regional bereits bestehenden Versorgungslücken damit enorm zunehmen werden. Eine weitere Konzentration auf (städtische) Schwerpunktpraxen und Ambulanzen steht im Widerspruch zu einer wohnortnahen Versorgung und zur sozialen Rehabilitation. Die Behandlung in Haftanstalten ist regional sehr unterschiedlich und oft ungenügend. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes von 2016 zwingt die Justizministerien der Bundesländer, das System der Substitutionsbehandlungen in Justizvollzugsanstalten zu reformieren.[11]
Wie sich die Versorgung der alternden multimorbiden PatientInnenn gestalten wird, ob in speziellen Einrichtungen, in regulären Altersheimen oder in der eigenen Wohnung mit ambulanten Pflegediensten, wird sich regional unterschiedlich entwickeln.

Reflexion

Rückblickend fällt auf, wie viel Zeit – mehr als 20 Jahre – verstreichen musste, bis nach dem Einsetzen der Heroinepidemie in den frühen 70er-Jahren die Behandlung mit Opioidagonisten endlich umfassend und niederschwellig implementiert wurde. Dem Druck der offenen Szene geschuldet, ging die Schweiz dabei den anderen beiden Ländern einige Jahre voraus. Sehr unterschiedlich hat sich in den drei Ländern die Anwendung der verfügbaren Opioidagonisten entwickelt, was nicht einem wissenschaftlichen/fachlichen Rationale, sondern vielmehr unterschiedlichen politisch/rechtlichen Vorgaben und regionalen Gewohnheiten und Ideologien geschuldet ist. Besonders fällt dies am Beispiel der heroingestützten Behandlung auf, die sich trotz der positiven Erfahrungen in der Schweiz in Deutschland erst ca. 10 Jahre danach und in einer deutlich restriktiveren Form eingeführt wurde und die in Österreich weiterhin kein Thema ist. Inwieweit die Fachwelt mit einem dezidierteren und gut koordinierten Lobbying zu einer Beschleunigung und Unterstützung derartiger Prozesse beitragen könnte, lässt sich sicher diskutieren. In allen drei Ländern manifestiert sich, wenn auch in verschiedener Ausprägung, eine problematische Interferenz rechtlicher Auflagen mit einer fachlichen Richtlinien verpflichteten Behandlungsführung. Hier scheint in Deutschland und in Österreich mit der Überarbeitung der aktuellen Gesetzgebung nun ein Schritt möglich zu sein, während in der Schweiz der Versuch einer Anpassung zurzeit aus politischen Gründen als nicht erfolgversprechend eingeschätzt wird.
Neben der ungenügenden Entflechtung rechtlicher Auflagen von fachlichen Behandlungsempfehlungen lässt sich als weitere länderübergreifende Problemstellung ein zunehmender allgemeiner ÄrztInnenmangel feststellen, der durch eine mangelnde Attraktivität der Suchtmedizin weiter verschärft wird – hier könnten die in der Schweiz neu eingeführten ärztlichen Zusatztitel «Fähigkeitsausweis Suchtmedizin» sowie «Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen» und das vermehrte Einbinden von Themen der Suchtmedizin bereits im Medizinstudium längerfristig zu einer Verbesserung beitragen. Zum Teil bestehen innerhalb der drei Länder beträchtliche regionale Unterschiede bezüglich des Zugangs zur Behandlung und der Versorgungsstandards – zur Unterstützung der Standards haben sich solide evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen der Fachgesellschaften in der Schweiz sehr bewährt. Das zunehmende Alter der PatientInnen stellt die ambulanten und stationären Versorgungssysteme vor neue Herausforderungen, entsprechende Ansätze werden zurzeit in allen drei Ländern im interprofessionellen Kontext diskutiert und entwickelt. Ungenügende Behandlungsbedingungen für Personen in Haft sind ein weiteres übergreifendes Thema.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich zwischen den drei Ländern trotz der zahlreichen gemeinsamen Herausforderungen und entsprechender Entwicklungsfelder der organisierte «strategische» Austausch zwischen den fachlichen Stakeholdern auf Ebene der Fachgesellschaften zwischen den drei Ländern in engen Grenzen hält und damit auch kaum ein koordiniertes Vertreten gemeinsamer Interessen stattfindet. Durch ein kontinuierliches Monitoring gemeinsamer Problemstellungen und einen systematischen Erfahrungsaustausch bezüglich erfolgreicher Modelle und Lösungsansätze könnte voneinander gelernt und das Lobbyieren für eine konsequente Weiterentwicklung der Behandlung mit Opioidagonisten in den einzelnen Ländern wohl massgeblich unterstützt werden.●

Literatur

Broers, B. (2016): Substance use and addictive behaviour in the undergraduate medical curriculum in Switzerland: a teaching concept. SSAM. www.tinyurl.com/mceos47, Zugriff 19.04.2017

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2017): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2017. www. www.tinyurl.com/kqhs3gy, Zugriff 12.04.2017.

Nordt, C./Caflisch, C./Herdener, M. (2015): Morphin in der Substitutionsbehandlung: Verbreitung und Auswirkung auf substitutionsgestützte Behandlungen. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 21. www.tinyurl.com/mkshxss, Zugriff 12.04.2017.

Weigl, M./Anzenberger, J./Busch, M./Grabenhofer-Eggerth, A./Horvath, I./Schmutterer, I./Strizek, J./Türscherl, E. (2016): Bericht zur Drogensituation 2016. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Gesundheit Österreich: Wien. www.tinyurl.com/lpjqn4p, Zugriff 12.04.2017.

Endnoten

1 Vgl. Nordt/Daflisch/Herdener 2015.
2 Vgl. Weigl/Anzenberger/Busch et al. 2016.
3 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2017: 4.
4 Vgl. BetmG, Art. 3e Abs. 1.
5 Vgl. BetmSV, Art. 9.
6 BetmG Art. 8 Abs. 1b.
7 BetmG Art. 8 Abs. 5.
8 BetmG Art. 3e Abs. 3; BetmKV Art. 6; BetmSV Art. 10-25.
9 BetmSV Art. 13.
10 Vgl. Broers 2016.
11 Vgl. dazu die Dokumentation «Case of Wenner v. Germany» auf der Webseite des Europäischen Gerichtshofes: www.tinyurl.com/lh8uc3k, Zugriff 12.04.2017.