

Harm Reduction: Österreichs Standing ist gut, aber der Blick über den Tellerrand bleibt essentiell!

Das heimische Versorgungskonzept der Drogensatztherapie kann man als beispielgebend für andere europäische Länder bezeichnen. So stellt etwa der österreichische Drogenbericht des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2014 dem Themenkreis Drogensubstitution ein gutes Zeugnis aus. Parallel ist in den USA seit geraumer Zeit ein deutlicher Umdenkprozess in Bezug auf den Cannabiskonsum wahrzunehmen. Plötzlich gibt die Politik dem Druck der Bevölkerung hinsichtlich des Konsums traditionell illegaler Suchtmittel nach, wie etwa zuletzt in Colorado, und selbst Präsident Obama schließt Entkriminalisierung nicht mehr kategorisch aus. Der europäische Drogenskonsum unterliegt zweifelnd einer globalen Dynamik, ebenso wie das Denken über Sucht an sich. Das unterstreicht der aktuelle Report vom European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Harm Reduction war Thema eines prominent besetzten und von Armin Fidler (PERI Group) moderierten Gipfelgesprächs auf der Schafalm, bei dem u. a. die Schlagworte Suchtverhalten, Ersatztherapien und Patientenversorgung aufgegriffen wurden. Besonders spannend dabei war der Vergleich zwischen Österreich und der Schweiz.



Von Maximilian Kunz, MAS, MBA



v. l.: Max Wellan, Martin Schaffennath, Artur Wechselberger, Alfred Springer, Max Wudy, Thilo Beck, Thomas Schwarzenbrunner, Sylvia Libiseller, Wolfgang Werner, Armin Fidler

Thilo BECK

Als private NGO in Zürich betreuen wir etwa 900 opioidabhängige Substitutionspatienten und ca. 1000 Patienten mit problematischem Konsum anderer Substanzen. In Bezug auf die Wahl der Substanzen sind die Schweizer Konsumenten im europäischen Vergleich als konservativ einzuschätzen. In Reihenfolge der Häufigkeit werden auf stabilem Niveau Alkohol, Cannabis, Kokain, MDMA (Ecstasy), Amphetamine und Heroin konsumiert. Neue psychoaktive Substanzen (NPS) – auch bekannt unter Research Chemicals oder Legal Highs – werden kaum konsumiert. Trotz des umfangreichen Drogenangebots in der Schweiz verzeichnen wir keine Zunahme der Konsumprävalenzen bei den einzelnen Substanzen. Der Partydrogenkonsum (MDMA, Amphetamine) scheint kompensiert stattzufinden, ohne Beanspruchung des Behandlungssystems. Bei den Heroinkonsumenten gibt es kaum Neuzugänge, von der alternden Gruppe der Opioidabhängigen befinden sich ca. 70 Prozent in Substitutionsbehandlung, die mit einer großen Bandbreite an Ersatzsubstanzen angeboten wird. Methadon liegt

dabei mit etwa 60 Prozent immer noch an der Spitze, mit rückläufigem Trend, der der Zunahme der Behandlungen mit retardiertem Morphin geschuldet ist. Im Bereich der heroingestützten Behandlung (Anteil ca. zehn Prozent) befinden sich konstant 1500 Patienten, eine weitere Zunahme ist aufgrund der im Vergleich zur regulären

Substitution immer noch sehr restriktiven Behandlungsbedingungen nicht zu verzeichnen. Die bisher dreigeteilte Schweizer Suchtstrategie wird aktuell abgelöst von einer kohärenten, alle Substanzen umfassenden Strategie. So notwendig dieser Schritt ist, er stößt bei einigen Interessengruppen, die stark mit der Industrie verbunden sind,

auf Widerstand – besonders im legalen Bereich, also bei Alkohol und Tabak. Die Regulierungsdiskussion zu Cannabis läuft gut und gestaltet sich als Bottom-up-Prozess, gegen den Widerstand der politischen Mehrheit auf Bundesebene getrieben von den Städten, in denen der Problemdruck bezüglich Drogenkonsum und -szenen am größten ist. Ziel ist eine regulierte Cannabisabgabe. Diverse Städte arbeiten an Pilotprojekten, wobei Genf am weitesten fortgeschritten ist. Eine der wesentlichen Stärken des Versorgungssystems in der Schweiz ist die insgesamt sehr gute Einbindung der Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlungen. Über die Kantone betrachtet, sind aber leider immer noch Lücken feststellbar, mit Kantonen, die weder heroingestützte Behandlung noch Konsumräume anbieten. Auch im dezentral organisierten Strafvollzug sind große Unterschiede und Lücken in den Versorgungsangeboten zu beklagen. Blicken wir in die Zukunft, so stellen wir fest, dass die Behandlung von Opioidabhängigen zunehmend komplexer wird. Besonders weil diese Patientengruppe älter und damit multimorbider wird – auf physischer und psychischer Ebene. Auch

Teilnehmer (in alphabetischer Reihung):

Dr. Thilo BECK | Arud Zentren für Suchtmedizin, Zürich
DSA Sylvia LIBISELLER, MSc | pro mente Oberösterreich
Mag. Martin SCHAFFENRATH | Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger
DSA Thomas SCHWARZENBRUNNER | Sucht- und Drogenkoordinator Land OÖ
Univ.-Prof. Dr. Alfred SPRINGER | Öst. Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit
Dr. Artur WECHSELBERGER | Ärztekammer Österreich
Mag. pharm. Max WELLAN | Apothekerkammer Österreich
Dr. Wolfgang WERNER | Psychosoziale Zentren GmbH, Fachbereich Suchtberatung
Dr. Max WUDY | Allgemeinmediziner, Kurierversammlung niedergelassene Ärzte NÖ
Moderation: Dr. Armin FIDLER | PERI Group

In Kooperation mit:

KURIER

der fortschreitende Ärztemangel, allgemein und im Speziellen im Suchtbereich, und die stärker werdende Demontage des Solidaritätsprinzips im Gesundheitswesen bereiten uns Sorge. Als Fachleute müssen wir uns aktiv für eine Verbesserung in diesen Bereichen einsetzen.

Alfred SPRINGER

In Österreich folgt, nicht anders als in der Schweiz, der Konsum illegaler Suchtmittel einem konservativen Muster. Die so genannten neuen Drogen werden zwar in den Medien problematisiert, die Konsumstatistik lässt aber erkennen, dass sie in sehr geringem Ausmaß gebraucht werden. Der Amphetaminkonsum gestaltet sich regional stark unterschiedlich. Der Cannabiskonsum ist traditionell in einem gewissen Ausmaß entkriminalisiert (bei Erstgebrauchern) und es stehen auch THC-Präparate zur medizinischen Versorgung zur Verfügung. Andererseits stehen laut Statistik die meisten Straftaten in Zusammenhang mit Drogen im Kontext von Cannabisbesitz, -gebrauch und -produktion. Bei den Einsteigern spielen Opioiden eine immer geringere Rolle. Insofern erscheint die Szene stabil. Was Substitutionsbehandlung betrifft, steht Österreich im internationalen Vergleich gut da. Zur Herointhematik habe ich selbst eine Expertise verfasst, die aber nicht weiter diskutiert wurde. In Österreich fehlt in der Angebotspalette die injizierende Form der Substitution. Heroin wird hierzulande nicht abgegeben. Wir verfügen auch nicht über Konsumräume, da diese in Österreich den Verantwortlichen aus regionalpolitischen, ethischen und moralischen Gründen nicht vertretbar erscheinen. Alle österreichischen Regionen bekennen sich zum Prinzip der Harm-Reduction. In Wien wird dieses auch weitgehend verwirklicht, während in ländlichen Gebieten der Harm-Reduction-Ansatz nicht so gut umsetzbar erscheint. Auf internationaler Ebene ist als neues Phänomen zu orten, dass der zunehmende und nicht verschreibungskonforme Gebrauch von Opioiden in stärkerem Ausmaß als bisher problematisiert wird. In diesem Prozess verschwimmen die Grenzen zwischen Schmerz- und Substitutionsbehandlung. Aus diesem Trend können sich neue Probleme und Aufgabenbereiche für die Substitutionsbehandlung ergeben, auf die wir uns rechtzeitig vorbereiten müssen.

Max WUDY

Ich bin Allgemeinmediziner und biete einen niederschweligen Zugang in meiner Praxis. Dadurch habe ich sehr viele Substitutionspatienten, was auch mit der Novelle aus dem Jahr 2006/07 zusammenhängt. Anders als viele meiner Kollegen machte ich damals die entsprechende Ausbildung und durfte daher weiter substituieren. Die Akzeptanz meiner nicht suchtkranken Patienten gegen-

über den Substitutionspatienten ist gegeben, Zwischenfälle gibt es eigentlich nie. Knapp die Hälfte meiner Substitutionspatienten befindet sich wieder im Arbeitsprozess oder ist aus diesem nie ausgeschieden. Natürlich versuche ich im Rahmen der Behandlung, alle der „erweiterten Therapie“ (Psychiater, Psychotherapie, Sozialarbeiter) zuzuführen, leider sind die Ressourcen beschränkt. Ich wünsche mir, dass in Zukunft ausschließlich drei Faktoren die Therapie bestimmen. Die Indikation muss korrekt sein, der Patient muss einverstanden sein und der behandelnde Arzt muss die entsprechende Zusatzqualifikation haben. Alle anderen Restriktionen durch Verwaltung und Gesetzgeber sind entbehrlich und gefährden den Erfolg der Therapie.

Artur WECHSELBERGER

In Tirol ist es ähnlich wie von Dr. Wudy beschrieben. Durch das Inkrafttreten der neuen Bestimmungen hat die Zahl der substituierenden Ärzte stark abgenommen – in manchen Bezirken gibt es gar keine mehr. Das liegt neben dem Mehraufwand der Absolvierung der gesetzlich vorgegebenen Aus- und Fortbildung sicherlich auch daran, dass das Klientel im Umgang oft nicht einfach ist und manche Kollegen wohl auch fürchten, es könne zu Problemen mit den anderen Patienten kommen. Die rasante Rückläufigkeit der substituierenden Ärzte entwickelt sich zunehmend zu einem Problem. Letztlich sind auch die diesbezüglichen Krankenseinrichtungen in Tirol begrenzt. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Substitution für den Arzt ja auch wirtschaftlich nicht gerade interessant ist. Demnach ist es schwierig, junge Kolleginnen und Kollegen dazu zu motivieren. Die Gesellschaft muss sich auch endlich dazu bekennen, dass Sucht eine chronische Erkrankung ist und die Patienten behandelt werden müssen. Erforderlich ist dafür eine niederschwellige und wohnortnahe Behandlung. Um die Ressourcen dafür zu schaffen, müssen wir auch von der spürbaren latenten Kriminalisierung im weitesten Sinn wegkommen.

Wolfgang WERNER

Tatsache ist, dass viele Drogenabhängige auch andere psychiatrische Probleme haben. So gesehen ist die Einbindung der Psychiater sinnvoll und begrüßenswert. Derzeit ist das leider nicht ausreichend der Fall, was sicher auch an Berührungängsten seitens der Psychiater liegt. Den Wunsch, Substitutionsbehandlung anzubieten, sehe ich bei Psychiatern teils sogar noch geringer ausgeprägt als bei den Allgemeinmedizinern – also unter zehn Prozent. Diese Berührungängste hängen vielleicht z.T. mit

dem bereits diskutierten Stigmatisierungsproblem zusammen (auch Psychiater sind natürlich nicht frei von Vorurteilen), haben aber sicher auch viel mit der für Ärzte prekären rechtlichen Stellung der Substitutionsbehandlung zu tun: Nirgendwo sonst in der Medizin ist man so nahe an schweren strafrechtlichen Tatbeständen. Schon bloße Anschuldigungen können zur Ordinations-schließung führen, was selbst dann existenzbedrohend werden kann, wenn es letztlich zu einem Freispruch kommt – Verfahren dauern ja bekanntlich oft sehr lange. Auch Psychiater benötigen übrigens eine entsprechende Zusatzausbildung, sofern sie Substitutionsbehandlung anbieten möchten. Der dadurch entstehende Zusatzaufwand sollte entsprechend honoriert werden.

Max WELLAN

Die österreichischen Apothekerinnen und Apotheker waren – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern – von Anfang an in der Substitutionstherapie engagiert. Außerdem haben wir immer schon Spritzen und Nadeln in der Apotheke abgegeben. Im Nachtdienst besonders häufig. Damit haben wir sicherlich einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass die HIV- und HCV-Rate in Österreich vergleichsweise niedrig ist. Dadurch, dass wir die Patienten im Rahmen der Substitutionstherapie meist täglich persönlich beraten, sind wir eine Stütze in der Therapiebegleitung. Durch die oft jahrelange Betreuung baut sich häufig ein Vertrauensverhältnis auf, wodurch man in den krankheitsbedingt schwierigen Phasen Hilfestellungen geben kann. Dabei ist uns die Enttabuisierung ein großes Anliegen, die Betreuung ist in den normalen Arbeitsablauf in der Apotheke integriert und die Patienten werden wie alle anderen Kunden auch behandelt.

Sylvia LIBISELLER

In unseren Suchtberatungsstellen arbeiten im Rahmen der substitutionstherapie gestützten Behandlung die psychosoziale Betreuung und die behandelnden Ärzte eng zusammen. Damit können die Patienten in ihrer Situation umfassend und gut begleitet werden. Unser Modell sieht vor, dass der zeitintensive Einstieg in die Behandlung in den Beratungsstellen bzw. Ambulanzen erfolgt. Die laufende Weiterbetreuung sollte von den niedergelassenen Ärzten übernommen werden. Spezielle Zielgruppen wie Jugendliche, Schwangere und Non-compliant-Patienten sollten während der ganzen Behandlung in der Beratungsstelle betreut werden. Leider ist jedoch die Anzahl der substituierenden Ärzte seit der Suchtgifverordnung kontinuierlich zurückgegangen. Inzwischen gibt es ganze Bezirke, in denen kein einziger nie-

dergessener Arzt substituiert. Dadurch müssen die Patienten weite Anfahrtswege für die monatliche Weiterverschreibung in Kauf nehmen. Zu wünschen wäre, dass alle Systempartner zusammenwirken, damit auch in Zukunft die substitutionstherapie gestützte Behandlung flächendeckend, leicht erreichbar und mit genügend Ressourcen ausgestattet angeboten werden kann.

Thomas SCHWARZENBRUNNER

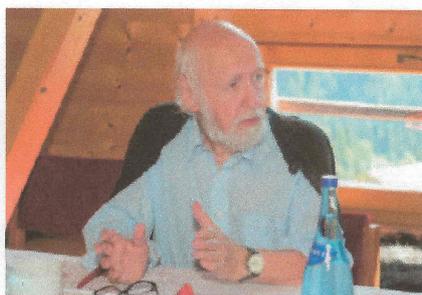
In Bezug auf die Opioidsubstitution sehe ich Probleme im Bereich der strukturellen Versorgung. Diese wurden ja in der Verordnungsumsetzung vom März 2007 neu geregelt. In Oberösterreich hatten wir bis dahin ein gut funktionierendes dezentrales System, in dem viele Ärzte wenige Patienten betreuten. Das erscheint mir im Sinne einer Generation, die dieses Patientengut optimal betreuen möchte, verträglich und sinnvoll. Seit der Verordnungsumsetzung ist ein klarer Trend hin zur Spezialisierung und Konzentration auf einzelne Ärzte zu beobachten. Durch die steigende Inanspruchnahme der Behandlung durch Suchtkranke erhöht sich die Konzentration weiter. Ich sehe dringenden Handlungsbedarf, dieses System wieder auf Schiene zu bringen und Anreize zu schaffen, dass niedergelassene Ärzte wieder vermehrt die Substitutionsbehandlung anbieten. Der Gewinn aus der Verordnungsumsetzung ist, dass wir begonnen haben, ein Dualsystem aufzubauen, in dessen Rahmen neben den niedergelassenen Ärzten auch entsprechende Zentren in die Versorgung von Suchtkranken eingebunden werden.

Martin SCHAFFENRATH

Substitutionskrankheiten sind für uns ein wesentlicher kostentreibender Faktor. In Österreich zeigt eine Versorgungslandkarte der GÖG/ÖBIG zum Stichtag 30.06.2013 auf, wo die rund 500 substitutionstherapie gestützten, versorgungswirksamen Ärzte tätig sind. Mehr als die Hälfte davon gibt es in Wien. Parallel sind es in manchen Bundesländern nur elf Anbieter – wie etwa in Vorarlberg. Der erste Ansprechpartner sollte der Allgemeinmediziner sein. Für diesen sollten Anreize geschaffen werden. Den Schlüssel sehe ich weniger alleine in den monetären Mitteln als in einem Anreizsystem. Harm-Reduction ist für mich die effektivste und kosteneffizienteste Form. Es sollte die Bestrebung dahingehend sein, den Harm-Reduction-Ansatz weiter auszubauen und auch die Bundesländer davon zu überzeugen. ■



Thilo Beck, Arud Zentren für Suchtmedizin, Zürich



Alfred Springer, Ost. Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit



Armin Fidler, PERI Group