



METHADONAMBULANZ BOCHUM
VIKTORIASTR. 67, 44787 BOCHUM, TEL. 0234/96478-22, FAX 0234/17603

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Kommunales Arbeitstreffen am 04.05.11 in Dortmund

Die Versorgung Substituierter aus der Sicht der „ärztlichen Praxis“

Heinrich Elsner

Methadonambulanz der Krisenhilfe e.V. Bochum

Inhalt:

- 1. Die Ursprünge**
- 2. Der Transfer in das deutsche Sozialsystem: Die Aufspaltung des Behandlungssettings**
- 3. Indikationen zur Opiatersatzstoffbehandlung (lt.BtMG)**
- 4. Die „vorgeschriebene“ Behandlung: Gesetz, Ärztliche Kunst, Kasernenrecht**
- 5. Zahlen zur real existierenden Substitutionsbehandlung**
- 6. Fehlende Zahlen zur real existierenden Substitutionsbehandlung**
- 7. Anhänge**

1. Die Ursprünge

1964 beschrieb Dole **das Prinzip der Opiatersatzstoffbehandlung:**

„Methadone in large dosis thus both diminishes the primary action of heroin and prevents readdiction. The point to be emphasized here is that giving of methadone is not in any sense gratification of a bad habit; on the contrary, it blocks euphoria.“

Freie Übersetzung: Hohe Dosen von Methadon verhindern die Wirkung des Heroins und beugen einem Rückfall vor. Ausdrücklich muss betont werden, dass die Gabe von Methadon keinesfalls die Befriedigung einer schlechten Gewohnheit darstellt, im Gegenteil, es blockiert die Euphorie.

Dole V (1965), Thoughts of narcotic addiction*, in: Bull.N.Y.Acad.Med. 41, No.2, 211-213; *Presented at the meeting of the Career Scientists of the Health Research Council of the City of New York, held at The New York Academy of Medicine, December 7, 1994, 213.

Die Einschlusskriterien in das Opiatesatzstoff-Programm waren sehr hoch:

„Ermutigt durch ihre positiven Untersuchungsergebnisse dehnten DOLE und NYSWANDER ihr Behandlungsmodell auf ein größeres Sample aus. Die positiven Anfangserfolge konnten auch mit zunehmender Patientenzahl erreicht werden (vgl. DOLE/NYSWANDER/WARNER 1968). Nachfolgend halten wir die wesentlichen Zulassungskriterien und Behandlungsphasen stark gerafft fest:

- Mindestalter 20 Jahre,
- mindestens fünfjährige dokumentierte Heroinabhängigkeit,
- mindestens 3 dokumentierte Detoxifikationsbehandlungen oder Abstinenztherapien,
- primäre Heroinabhängigkeit,
- nicht arrestiert, kein laufender Strafprozess,
- kein Vorliegen psychopathologischer Störungen.

Die Behandlungserfolge führten 1967 zu einer Reduktion des Mindestalters auf 18 Jahre und der Mindestdauer dokumentierter Heroinabhängigkeit auf 2 Jahre (vgl. GEARING 1974). Das Programm wurde in 3 Behandlungsphasen unterteilt:

1. Phase: Die Behandlung beginnt mit einer 6-wöchigen Hospitalisierung zur Stabilisierung der individuell unterschiedlichen Methadondosen, die in der Regel zwischen 50 und 150 mg/d liegen.

2. Phase: Der Patient muss ein Jahr lang sein Methadon täglich aus der Klinik abholen und täglich eine Urinprobe abliefern. Er wird psychosozial begleitet und betreut.

3. Phase: Der Patient holt bei sozialer Stabilität sein Methadon nur noch einmal wöchentlich ab. Urinproben müssen wöchentlich abgeliefert werden. Die psychosoziale Begleitbetreuung wird im Bedarfsfall fortgesetzt (DO-LE/NYSWANDER 1965; LAURIE 1979).“

Gerlach R, Methadon: Von der Entdeckung zur Erhaltungsbehandlung – Auflösung einiger „historischer Mythen“, in: Schneider W, Gerlach R (hg), DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik, Berlin 2004, 29 – 53, 41f

Die Opiatersatzstoffbehandlung umfasste bereits bei der Implementierung die Medikamenten-/Substitutionsmittelvergabe und die nicht-medikamentöse „Suchttherapie“ als Einheit:

„Programs of clinical testing should be planned with the understanding that narcotic chemicals will not in themselves eliminate the psychologic problems of the addict. ... Prescribing narcotic drugs without re-education and guidance almost surely will fail to return these patients to normal life.“

Freie Übersetzung: Klinische Versuchsprogramme sollten geplant werden mit dem Wissen, dass Betäubungsmittel nicht aus sich heraus die psychischen Probleme eines Drogenabhängigen lösen. ... Die Verschreibung von Betäubungsmitteln ohne Wieder-Erziehung und Führung wird ziemlich sicher die Rückkehr dieser Patienten in das normale Leben verfehlen.

Dole V (1965), In the Course of Professional Practise, in: New York State Journal of Medicine, April 1 1995, 927-931, 929.

Im Hinblick auf das Methadonprogramm in New York zogen Dole und Nyswander 1965 eine Zwischenbilanz:

„A group of 22 patients, previously addicted to diacetylmorphine (heroin), have been stabilized with oral methadone hydrochloride. ... This treatment requires careful medical supervision and many social services. In our opinion, both the medication and the supporting program are essential.“

Freie Übersetzung: Eine Gruppe von 22 Patienten, die früher heroinabhängig waren, wurden mit der oralen Gabe von Methadon stabilisiert. ... Diese Behandlung erfordert eine sorgfältige medizinische Überwachung und viele soziale Dienstleistungen. Unserer Meinung nach sind sowohl die Medikation als auch das Betreuungsprogramm essentiell.

Dole V, Nyswander M (1965), A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, in: JAMA 193(8), Aug.23 1965, 80-84, 80.

2. Der Transfer in das deutsche Sozialsystem: Die Aufspaltung des Behandlungssettings

Für die Behandlung Süchtiger sind in Deutschland unterschiedliche Professionen und Kostenträger zuständig, wobei die Zuordnung nur im historischen Rückblick zu verstehen ist.

Die (nicht-medikamentöse) Suchttherapie („Beratungsstellen“) ist in Deutschland traditionell das Element der sog. Suchtkrankenhilfe, für die die Kommunen letztendlich zuständig sind. Dabei stand zunächst nicht so sehr das Suchttherapeutische Anliegen im Mittelpunkt, vielmehr ging es zunächst um die soziale Abfederung der Suchtfolgen. Daher sind traditionellerweise in der kommunalen Suchtkrankenhilfe SozialarbeiterInnen tätig.

Die Sucht galt lange Zeit nicht als Krankheit, sondern als Charakterfehler bzw. „Laster“. Erst 1968 urteilte das Bundessozialgericht im Hinblick auf die Alkoholabhängigkeit, dass diese eine Krankheit darstelle, die an sich eine medizinische Behandlung auf Krankenkassenkosten erfordere.

Die suchtspezifische Langzeittherapie – nach einem Entzug – wird in Deutschland primär von den Rentenversicherungsträgern finanziert, sofern sie im Wesentlichen der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit dient.

Zusammenfassend gibt es also in Deutschland 3 Finanziers im Bereich der suchttherapeutischen Versorgung bei unterschiedlichen beteiligten Professionen.

Das „wissenschaftliche Erprobungsvorhaben *Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen*“ des Landes Nordrhein-Westfalen 1988-1993 stand vor dem Dilemma, dass es kaum ÄrztInnen gab, die die ambulante Langzeitbehandlung von Süchtigen sowohl in der somatischen als auch in der psychischen oder gar in der sozialen Dimension beherrschten.

Daher wurde die Substitutionstherapie getrennt in die medizinischen Untersuchungen und die Medikamentenvergabe durch ÄrztInnen einerseits und die suchtttherapeutische Begleitung / Behandlung andererseits, die durch kompetente TherapeutInnen aus dem kommunalen Suchtkrankenhilfesystem übernommen wurde.

Als nach Ablauf des Programms der Rahmen für eine Regelversorgung aufgestellt wurde, fielen die „medizinischen“ Teile (Untersuchungen und Medikamentenvergabe) in die Krankenkassenfinanzierung, die suchtttherapeutische Behandlung jedoch wurden als psychosoziale Betreuung den Kommunen im Rahmen ihrer Suchtkrankenhilfe „zugeschoben“.

So wurde die Substitutionsbehandlung in 2 Teile zerlegt: In die Opiat-Ersatzstoff-Gabe (= Medikamentenvergabe) und in die sog. psychosoziale Betreuung.

Wie immer, wenn unterschiedliche Finanziere an einem Projekt beteiligt sind, kann berechtigt vermutet werden, dass in Zeiten knapper Gelder jeder der Beteiligten versuchen wird, seine eigenen Kosten zu Lasten des Anderen zu minimieren.

Letztendlich wird vom Betroffenen erwartet, dass er/sie die Spaltung des Systems überwindet.

3. Indikationen zur Opiatersatzstoffbehandlung (lt.BtMG)

Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV)

„§ 5 Verschreiben zur Substitution

- (1) Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten (Substitutionsmittel) zur
1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
 2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
 3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.“

4. Die vorgeschriebene Behandlung: Gesetz, Ärztliche Kunst, Kassenarztrecht

Die Tätigkeit als Arzt/Ärztin in der Bundesrepublik Deutschland wird

❖ auf dem Boden des Grundgesetzes Artikel 12

(1) Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.“

- ❖ durch die Bundesärzteordnung,
- ❖ die Approbationsordnung für Ärzte,
- ❖ das Heilberufsgesetz NRW und
- ❖ die Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe rechtsverbindlich geregelt.

Zu dem Rechtsrahmen kommen inhaltliche Regelungen durch Leitlinien und Richtlinien hinzu, die den (aktuellen) Stand der sog. ärztlichen Kunst beschreiben. Wird eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Gesetzlichen Krankversicherung (GKV) ausgeübt, kommen die spezifischen Vorschriften der GKVen hinzu.

Die Substitution unterliegt einer sehr hohen normativen Regelungsdichte, die sich letztendlich auf 3 Ebenen darstellen lässt:

1. Die gesetzliche Ebene umfasst im Wesentlichen das ‚Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln‘ (Betäubungsmittelgesetz [BtMG] vom 1. März 1994, zuletzt geändert am 29. Juli 2009), die ‚Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln‘ (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung [BtMVV] vom 20. Januar 1998, zuletzt geändert am 15. Juli 2009) und das ‚Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln‘ (Arzneimittelgesetz [AMG] vom 12. Dezember 2005, zuletzt geändert am 28. September 2009).
2. Die medizinisch-inhaltliche Ebene (sog. ärztliche Kunst) wird dargelegt in den ‚Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger‘ vom 19.02.2010.
3. Die leistungsrechtliche Ebene mit der Zulässigkeit der Durchführung der Substitution zu Lasten der GKVen wird durch die ‚Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung‘ (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung [RMVV] vom 17. Januar 2006, Text gemäß des Beschlusses vom 18.03.2010) geregelt.

Die grundlegende Differenz zwischen dem „allgemeinen“ Medizinrecht und der Behandlung mit Betäubungsmitteln, also auch der Substitution, ist: **Die ärztliche Tätigkeit im Bereich der Betäubungsmittelanwendung bedarf einer Erlaubnis.**

5. Zahlen zur real existierenden Substitutionsbehandlung **PatientInnen in der Opiatersatzstoffbehandlung (jeweils Stichtag 01. Juli)**

	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹	2007 ¹	2008 ¹	2009 ²	2010 ²
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland	46000	52700	57700	61000	64500	68800	72200	74600	77400
Substituierende ÄrztInnen		2607	2616	2664	2706	2786	2673	<i>keine</i>	2710
PatientInnen pro ÄrztIn		20,21	22,06	22,90	23,84	24,69	27,01	<i>An-</i>	28,6 ³
Behandlungszeit pro ÄrztIn in min (lt. EBM pro Patient pro Tag: 4 min)		80,86	88,23	91,59	95,34	98,78	108,04	<i>gaben</i>	114,4
ÄrztInnen mit suchttherapeutischer Qualifikation		5146	5516	5984	6329	6626	6919		7805

Aus: (1)Drogen- und Suchtbericht, Mai 2009, S.76, Abbildungen 16 + 17, Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; (2)Bericht zum Substitutionsregister Januar 2011, S.2, www.bfarm.de/SharedDocs/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht_2010.pdf?__blob=publicationFile ; (3)Varianz: 8,3 in Brandenburg – 48,7 in Hamburg, NW: 30,9, ebendort S.5; modifiziert und ergänzt durch H.Elsner.

Stichtag 01.07.2008¹ versus 01.07.2010²

Anzahl gemeldeter SubstitutionspatientInnen pro ÄrztIn	Anteil der meldenden substituierenden ÄrztInnen	Anzahl ÄrztInnen N = 2'673 N = 2'710	Anzahl PatientInnen N = 72'200 N = 7'7400	Behandlungszeit Vorgabe EBM: pro PatientIn pro Tag 4 min
bis zu 3 PatientInnen	25,2 % 27,2%	673,6 737,1	bis zu 2'020,8 <i>bis zu 2'211,3</i>	bis zu 12 min / Tag
4 – 50 PatientInnen	56,5 % 52,5%	1'510,25 1'422,8	6'041,0 – 75'512,5 5'691,2 – 71'140,0	16 – 200 min / Tag
51 – 150 PatientInnen	16,6 % 18,2%	443,7 493,2	22'629,7 - 66'558,0 25'153,2 – 73980,0	204 – 600 min / Tag = bis zu 10 Stunden
über 150 PatientInnen	1,7 % 2,1%	45,4 56,9	über 66'558,0 über 73'980,0	über 10 Stunden pro Tag

Aus: (1)Drogen- und Suchtbericht, Mai 2009, S.77, Abbildung 18, Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, (2)Bericht zum Substitutionsregister Januar 2011, S.3, www.bfarm.de/SharedDocs/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substitut-reg/Subst_Bericht_2010.pdf?__blob=publicationFile ; modifiziert und ergänzt durch H.Elsner.

6. Fehlende Zahlen zur real existierenden Substitutionsbehandlung

Geschlechterverteilung unter den betroffenen Opiatabhängigen

Zahlen der betroffenen Opiatabhängigen in den 4 Zahlenclustern (bis 3, 4-50, 51-150, über 150) der substituierenden ÄrztInnen

Anzahl Todesfälle in der Substitution

Anzahl der PrivatzahlerInnen unter den betroffenen Opiatabhängigen

Stattfindende psychosoziale Betreuung/Behandlung/Begleitung

Angaben zum *outcome*

Anhänge:



<http://www.ksta.de/html/artikel/1233584039275.shtml>

METHADONABGABE

Polizei durchsucht Arztpraxis

Von Frank Vallender, 11.02.09, 11:06h

Mehr als 300 Substitutionspatienten müssen jetzt anderweitig versorgt werden: Ein Mediziner aus der größten Substitutionspraxis in Bonn steht im Verdacht, unerlaubt Betäubungsmittel an Süchtige abgegeben zu haben.

Bonn Man habe es hier mit einem echten medizinischen Versorgungsproblem zu tun, stellte am Dienstagmittag Professor Markus Banger, Suchtexperte an den Rheinischen Kliniken, die „Krisensituation“ dar: In den Kliniken am Kaiser-Karl-Ring werden zurzeit jeden Tag provisorisch bis zu 200 Patienten mit Methadon behandelt, weil sie seit Samstag nicht mehr in der größten Substitutionspraxis in Bonn versorgt werden. Bis zum Wochenende sei die Notversorgung der Patienten erst einmal sichergestellt, so Banger.

Die Polizei hatte die Substitutionspraxis durchsucht, weil der Arzt verdächtigt wird, unerlaubt Betäubungsmittel - vor allem Methadon - an selbstzahlende Patienten abgegeben zu haben. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat dem praktischen Arzt bis auf Weiteres untersagt, Patienten mit Opiatersatzstoffen zu versorgen. Dessen Rechtsanwältin Sigried Aretz sagte gestern, ihr Mandant sehe sich zu Unrecht beschuldigt. Man wolle nun versuchen die Vorwürfe zu entkräften.

Versorgung sicherstellen

Derweil versuchen die Kliniken zusammen mit den Wohlfahrtsverbänden von Caritas und Diakonie, die in der Heerstraße mit den Rheinischen Kliniken selbst eine Substitutionspraxis führen, und dem Verein für Gefährdetenhilfe die Versorgung der Patienten sicherzustellen. Man versuche, so schnell wie möglich die Patienten weiterzuleiten, unter anderem an die Ambulanzen von Caritas / Diakonie und des VFG - nicht nur, um die medizinische, sondern auch die psychosoziale Betreuung zu gewährleisten.

Die Fachleute gehen davon aus, dass man auf Dauer bis zu 100 Bonner Patienten in Bonn versorgen kann, ohne sie vom Methadon abdosieren zu müssen. Auch für rund 40 Substituierte aus dem rechtsrheinischen Rhein-Sieg-Kreis sieht der Leiter der Diakonie-Drogenhilfe, Christoph Wolf, gute Unterbringungsmöglich-

keiten bei fünf Hausärzten und der Diakonie-eigenen psychosozialen Betreuung. Geklärt wird zurzeit, wo rund 30 Patienten aus Köln und zirka 15 aus dem Rhein-Erft-Kreis weiter behandelt werden können.

Rückfallgefahr

Völlig unklar ist die Situation für die restlichen geschätzten 200 oder mehr Patienten, die bislang noch nicht in den Kliniken aufgetaucht sind. Sollten die Patienten nicht schnell in anderen Methadon-Programmen unterkommen, besteht den Fachleuten zufolge die Gefahr, dass die Heroinabhängigen wieder rückfällig werden.

Das größte Problem stellen die Patienten dar, die bislang Selbstzahler waren, das heißt die von ihrem Arzt nicht auf Rezept behandelt wurden. „Die KV sieht sich für diese Patienten bislang nicht verantwortlich“, sagte Achim Schaefer, Leiter der Suchthilfe von Caritas und Diakonie. Um diese Patienten sorgt sich auch Bernhard von Grünberg, sozialpolitischer Sprecher der Bonner SPD-Fraktion: „Zu hoffen ist, dass mit den Ärzten und sozialen Einrichtungen ein Weg gefunden wird, wie diese Patienten tatsächlich Hilfe erhalten können, ohne dass es zu solchen Zuzahlungen kommt.“

<http://www.ksta.de/jks/artikel.jsp?id=1233584039275>
Copyright 2009 Kölner Stadt-Anzeiger. Alle Rechte vorbehalten.

H.Elsner: Hintergrundinfos über den 2.Deutschen Suchtkongress in Köln:

Am Samstag den 07.02.2009 stellte die Praxis – unangekündigt und unmittelbar - ihre Substitutionsbehandlung ein.

Betroffen waren ca.440 PatientInnen, nach Erkenntnissen der Polizei betrug die Selbstzahlerquote ca. 77% (d.h. ca. 340 PatientInnen) - obwohl fast alle ALG 2 bzw. Leistungen im Rahmen der Grundsicherung bekamen und krankenversichert waren.

Nach Erkenntnissen der Polizei wird für eine Selbstzahler-Substitution zwischen 100,- und 200,- € verlangt – zusätzlich zum Substitutionsmedikament; d.h., die Praxis nahm monatlich 34000,- bis 68000,- € von den Selbstzahlern ein. Hinzu kamen Einnahmen aus der Verschreibung von Benzodiazepinen, die z.T gegen Bargeld abgegeben wurden – dies betraf ca. 20% der PatientInnen.

In der spontan eingerichteten Auffang-Substitution durch die RLK Bonn erschienen in der Folgezeit (bis zu 9 Tage) 280 PatientInnen (ca. 21% Frauen). Von diesen 280 PatientInnen

- hatten 187 PatientInnen (ca.70%) für mehrere Tage (meist 1 Wo.) *take-home*,
- gaben 80 PatientInnen an, an einer Hep.C erkrankt zu sein,
- hatten mindesten 78 PatientInnen (ca.30%) eine erkennbare schwere psychische Störung bzw. somatische Erkrankung.

Zu den „fehlenden“ ca. 160 PatientInnen sind keine Angaben erhältlich bzgl. ihrer weiteren Opiatersatzstoff-Behandlung.

Zur Bedeutung der Privatzahler-Substitution:

Stellungnahme der Konferenz der QS Vorsitzenden Substitution

Hamburg 1.10.2010

Die Vorsitzenden der QS Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland haben sich auf ihrer Konferenz am 1.10.2010 Hamburg mit den Problemen durch die private Substitution in der Qualitätssicherung Opiatabhängiger beschäftigt.

Sie stellen hiermit fest, dass sie oft mit groben Missständen bei der Substitution Opiatabhängiger außerhalb des GKV –Bereiches konfrontiert sind, auf die sie keinen Einfluss nehmen können. Dabei treffen sie oft auf Kollegen, die entweder zusätzlich zu der Substitution im Rahmen der GKV privat substituieren oder sogar ihre Zulassung zur Substitution in der GKV zurückgeben, um dann (wie sie glauben) nicht an die gesetzlichen Rahmenbedingungen gebunden zu sein. Die gegenüber den Patienten angeführten Gründe sind dabei keine freien Plätze, was aber dann nicht zur Beantragung einer höheren Platzzahl für Substitution führt. Außerdem belastet die

private Substitution fast immer finanzschwache Patienten, die für die anfallenden Kosten an Behandlung und Substitut weiter kriminell bleiben oder sich prostituieren müssen. Und dies, obwohl die Patienten oft gesetzlich krankenversichert sind oder Anspruch auf einen Versichertenstatus hätten. Weiter unterbleibt dadurch oft auch die notwendige Behandlung von Begleitkrankheiten, die meistdringend erforderlich ist.

Die Größenordnung für die private Substitution liegt bei 10-30 % der Substituierten.

In der Regel ist es auch diese Art von Substitution, die auffällig wird und die schlechte Berichte in der Presse erzeugt. Auf diese Art wird nicht nur die Substitution in der Öffentlichkeit in ein schlechtes Licht gestellt, sondern auch potentielle Kollegen abgeschreckt selbst zu substituieren.

Die Konferenz der Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen Substitution fordert daher die Ärztekammern auf, der ihnen in den Richtlinien der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtmVV) auferlegte Aufgabe zur Einrichtung von Qualitätssicherungs- und Beratungskommissionen nach zu kommen.

Damit sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im privaten Sektor sowie für sonstige Träger (Rentenversicherung, staatliche Heilfürsorge oder ähnliches) außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs eingeführt werden. Nur durch die Etablierung von Qualitätssicherungs- und Beratungsmaßnahmen für alle Substitutionen kann eine gleiche und qualitativ gute Behandlung erreicht sowie die Rechtssicherheit in der Behandlung Opiatabhängiger auf breiter Ebene hergestellt werden. Dabei ist eine Abstimmung der Vorgehensweise zwischen den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Substitutionen der gesetzlich versicherten Patienten, die Ärztekammern alle anderen Bereiche: die ambulant privaten Substitutionen, die Substitutionen in den Krankenhäusern, die Substitutionen in den Haftanstalten und die Substitutionen von Patienten aller anderen Träger der Heilfürsorge.

<http://www.weser-kurier.de/Artikel/Bremen/Vermischtes/246257/Bremer-Kinder-mit-Heroin-ruhiggestellt.html>

Bisher fünf Fälle

- 13.10.2010

Bremer Kinder mit Heroin ruhiggestellt

Von Elke Gundel

Bremen. Bei mehreren Kindern, die bei ihren drogensüchtigen Eltern lebten, ist Heroin im Körper nachgewiesen worden. Das bestätigte die Sozialbehörde auf Nachfrage. Die CDU-Bürgerschaftsfraktion hat eine Kleine Anfrage an den Senat gerichtet, um der Sache auf den Grund zu gehen.



© dpa

In Berlin ist ein elfjähriger Junge zum wiederholten Mal wegen Heroinhandels von der Polizei gefasst worden. (Symbolfoto)

Nach Angaben des Sozialressorts war die Behörde unabhängig von dem CDU-Vorstoß auf die Befunde einer Toxikologin hingewiesen worden und hatte daraufhin eine Abfrage bei den Sozialzentren gestartet. Nach den bisherigen Erkenntnissen sind allein in Gröpelingen fünf Kinder betroffen.

Laut Rita Mohr-Lüllmann, stellvertretenden Vorsitzende der CDU-Fraktion, soll es in Bremen insgesamt sieben Kinder im Alter von bis zu elf Jahren geben, bei denen eine Haaranalyse harte Drogen im Körper nachgewiesen habe. 'Ich war entsetzt', sagte die Politikerin. Bis sich Drogenspuren in den Haaren ablagerten, dauere es eine Weile. Außerdem müsse man davon ausgehen, dass die betroffenen Mädchen und Jungen nun ebenfalls abhängig seien. Dass Kinder die Drogen durch Zufall selbst genommen haben könnten gilt als unwahrscheinlich. Stattdessen, so die Vermutung, haben die Eltern ihre Kinder mit dem Rauschgift ruhiggestellt.

Für sie stelle sich die Frage, ob die Kontrollen bei süchtigen Eltern, die mit dem Ersatzstoff Methadon behandelt werden, ausreichen, sagt Mohr-Lüllmann. Ihre Fraktion möchte nun vom Senat wissen, wie viele Kinder aktuell bei drogensüchtigen Eltern leben, die im Methadonprogramm sind, bei wie vielen Mädchen und Jungen das Familiengericht seit März 2009 entschieden hat, die Kinder woanders unterzubringen, und auf welche Weise das Jugendamt überprüft, welche Effekte seine Hilfsangebote entfalten

Die Abfrage unter den Sozialzentren sei noch nicht abgeschlossen, sagt die Sprecherin von Sozialsenatorin Ingelore Rosenkötter (SPD), Petra Kodré. Nach den bisherigen Rückmeldungen gebe es fünf Kinder aus vier Gröpelinger Familien, bei denen im Sommer Opiate im Körper nachgewiesen worden sind. Alle Kinder seien daraufhin in Obhut genommen beziehungsweise aus den Familien genommen worden.

In einem Fall gehe es um eine alleinerziehende drogenabhängige Mutter, die mit Methadon behandelt wird. Es habe über Jahre keinerlei Hinweise darauf gegeben, dass die Frau heimlich weiter Drogen nimmt. Die Kontrollen hätten nichts Auffälliges ergeben, alle Helfer und auch die Kita-Mitarbeiter hätten immer wieder bestätigt: Das Kind entwickelt sich gut. Weil die Familie gut zurecht kam, seien die begleitenden Hilfen im Sommer 2009 beendet worden. Kurz darauf habe die Polizei die Frau aufgegriffen, als sie auf der Straße Heroin kaufte. Nach dem Hinweis der Polizei sei eine Haaranalyse angeordnet worden. Als dabei Opiate im Körper des Kindes entdeckt wurden, sei es mit Einwilligung der Mutter in Obhut genommen worden.

Bei der zweiten Familie, so Petra Kodré weiter, habe die Polizei bei der Mutter im Rahmen einer allgemeinen Kontrolle ein Tütchen mit Heroin entdeckt. Daraufhin habe das Jugendamt bei Vater, Mutter und Kind eine Haaranalyse angeordnet - beide Eltern seien im Methadon-Programm, die Familie werde seit der Geburt des Kindes betreut. Als der Befund der Analyse auch bei dem Kind positiv war, sei es in Obhut genommen worden. Geplant sei, dass die Mutter einen Entzug in einer Klinik macht, in der auch das Kind aufgenommen werden könne. Anschließend soll es erneut eine Anhörung vor Gericht geben, um zu entscheiden, ob das Kind zurück zu seinen Eltern kann.

Das dritte Kind lebte mit seiner Mutter zusammen, die zwar drogenabhängig, aber nicht im Methadon-Programm ist. Deshalb sei die Familie dem Jugendamt auch erst seit kurzem bekannt. Der Partner der Frau habe zwei Kinder, auch er sei süchtig, aber erst vor kurzem als Drogenabhängiger aufgefallen. Er sei von einer Familienhelferin wegen anderer Schwierigkeiten unterstützt worden. Die Familienhelferin des Mannes habe die Sache auch ins Rollen gebracht: Sie informierte das Jugendamt darüber, dass beide Eltern Heroin nehmen. Daraufhin habe das Amt eingegriffen und

schließlich eine Haaranalyse bei allen drei Kindern durchgesetzt. Ein Kind sei derzeit in einer Pflegefamilie, die beiden anderen in der Obhut einer Verwandten, so Kodré.

Die Sozialbehörde wolle sich alle Fälle, in denen die Haaranalyse positiv war, noch einmal genau ansehen. Von einem Versagen der Kontroll-Mechanismen könne nicht die Rede sein. Schließlich seien alle Fälle im System aufgefallen.



<http://www.weser-kurier.de/Artikel/Bremen/Politik/246883/CDU-wirft-Sozialbehoerde-Versagen-vor.html>

Heroin bei Kindern

- 14.10.2010

CDU wirft Sozialbehörde Versagen vor

Von Elke Hoesmann

Bremen. Der Fall der fünf Kinder aus Gröpelingen, bei denen Opiate wie Heroin und Kokain im Körper nachgewiesen wurden, schlägt weiter hohe Wellen: Die CDU kritisiert das Sozialressort scharf, Senatorin Ingelore Rosenkötter wehrt sich nach Kräften. Unterdessen haben Ärzte herausgefunden, ob die zwei bis elf Jahre alten Kinder bereits selbst abhängig sind.



© DPA

Die Bremer Politik streitet derzeit heftig über den richtigen Umgang mit den Kindern drogenabhängiger Eltern

Alle fünf Kinder, bei denen jetzt Opiate wie Heroin und Kokain im Körper nachgewiesen wurden, sind nicht abhängig. Dies habe eine ärztliche Untersuchung ergeben, teilte am Mittwoch das Sozialressort mit. Die zwei bis elf Jahre alten Kinder drogenstüchtiger Eltern aus Gröpelingen waren nach einer Haaranalyse in staatliche Obhut gekommen. Unterdessen streiten CDU und Sozialressort über den Umgang mit drogenkranken Eltern.

Während die Christdemokratin Rita Mohr-Lüllmann von sieben betroffenen Kindern spricht, geht die Sozialbehörde bislang von fünf Kindern aus vier Familien aus. Bei ihnen seien unterschiedliche Stoffe im Körper nachgewiesen worden; so habe ein Kind Heroin und Methadon erhalten, ein anderes Kokain und Heroin, ein weiteres sei mit Heroin in Kontakt gekommen. Das Analyse-Institut könne auch kleinere Mengen an Opiaten im Körper nachweisen, sagte Ressortsprecherin Petra Kodré. Wenn beispielsweise die Eltern mit etwas Rauschgift an den Händen ihre Kinder berührten, hinterlasse dies bereits Spuren. Rauch könne eine ähnliche Wirkung haben. Offenbar sind die Drogen bei zwei Kindern nicht durch den Körper gegangen. Man wolle jedoch die Vorfälle keinesfalls relativieren, betonte Petra Kodré.

"Auch diese Kinder brauchen ihre Eltern"

Die Heroinabgabe an Kinder sei unverzeihlich, sagte Sozialsenatorin Ingelore Rosenkötter (SPD). Aber deswegen generell alle Kinder drogenkranker Eltern aus den Familien zu nehmen, wie es die CDU fordert, wäre für die Kinder 'desaströs'. Auch diese Kinder bräuchten ihre Eltern. Die Sozialbehörde schaue jedoch 'ganz genau und engmaschig hin, ob drogenabhängige Eltern verantwortlich mit ihren Kindern umgehen'. Substituierte Eltern würden vom Jugendamt betreut; ihre Kinder müssten in die Kita gehen. Wenn der geringste Verdacht auf Drogenmissbrauch bestehe, würden Haarproben auch von den Kindern genommen.

Die Behörde habe versagt, kritisierte hingegen Rita Mohr-Lüllmann. Das Sozialressort sei mit seiner Politik der freiwilligen Selbstverpflichtung drogenabhängiger Eltern gescheitert. 'Die Senatorin muss jetzt Konsequenzen ziehen und ihre Handlungsanweisungen überarbeiten.' Die stellvertretende CDU-Fraktionsvorsitzende kündigte eine parlamentarische Initiative an. 'Wir werden alle Mittel ausschöpfen, um Kinder vor Drogen zu schützen.'

"Appelle reichen nicht"

Handlungsbedarf sieht auch Alfred Lorenz, leitender Kinder- und Jugendpsychiater am Klinikum Bremen-Ost: Appelle an die abhängigen Eltern reichten nicht. Die Sozialbehörde müsse aktiver werden und mehr begleitende Hilfen anbieten. Nötig wären konkrete Vereinbarungen und eine stärkere Kontrolle des elterlichen Umgangs mit den Kindern.

Wenn Eltern ihren Kindern Drogen geben, um sie ruhigzustellen, sei das ein deutliches Zeichen ihrer Überforderung und auch ein Hilferuf, sagte Henning Mielke von Nacoa Deutschland - ein Verein, der sich bundesweit für die Belange von Kindern Suchtkranker einsetzt. Dass schreienden

Babys Alkohol verabreicht werde, etwa per Schnuller, sei ein bekanntes Problem. Bei Heroin oder Kokain handele es sich um eine hochgradige Beeinträchtigung der kindlichen Gesundheit. Würden die Kinder dann aus den Familien genommen, sei dies gleichwohl ein 'traumatisierendes Erlebnis' für sie. Die Kinder bräuchten weiterhin Kontakt zu ihren Eltern.

Nach Mielkes Angaben leben in Deutschland mehr als 2,5 Millionen Kinder mit suchtkranken Eltern unter einem Dach. Fast jedes sechste Kind komme aus einer Suchtfamilie. Etwa ein Drittel der Kinder werde im Erwachsenenalter selber abhängig.

WESER
KURIER

<http://www.weser-kurier.de/Artikel/Bremen/Politik/247326/%22Die-CDU-muesste-applaudieren%22.html>

Umgang mit drogensüchtigen Eltern

- 15.10.2010

"Die CDU müsste applaudieren"

Bremen. Es ist ein heißes Eisen in der Bremer Politik: Nachdem bei fünf Kindern von Abhängigen harte Drogen im Körper nachgewiesen wurden, hat die CDU die Verwaltung heftig kritisiert. Elke Gundel befragte den parteilosen Gesundheitsstaatsrat Hermann Schulte-Sasse, der die Vorwürfe der CDU "absurd" findet.



© Jochen Stoss

Hermann Schulte-Sasse

Ist die Abfrage bei den Sozialzentren abgeschlossen? Ist es bei den fünf Kindern aus Gröpelingen geblieben?

Hermann Schulte-Sasse: Wir wissen sicher von den genannten fünf Kindern. Im Sozialzentrum Süd gibt es aber aktuell noch einen Verdacht. Dort ist jetzt gerade eine Haaranalyse angeordnet worden.

Wie viele Kinder leben derzeit in Bremen bei ihren süchtigen, substituierten Eltern - also Eltern, die mit dem Drogensersatz Methadon behandelt werden?

Diese Zahlen sind nur in den einzelnen Sozialzentren bekannt. Wir tragen sie gerade zusammen.

In wie vielen Fällen scheitert der Versuch, die Kinder in der Obhut ihrer süchtigen, substituierten Eltern zu lassen?

2009 haben wir 32 substituierte Mütter und Väter mit Kindern unter einem Jahr betreut. In sechs Fällen sind die Kinder im Laufe des Jahres woanders untergebracht worden.

Nach dem Tod von Kevin sind die Voraussetzungen, unter denen Kinder drogenabhängiger Eltern in ihrer Familie bleiben können, verschärft worden: Die Eltern müssen ihre Ärzte von der Schweigepflicht entbinden, sie dürfen keine Drogen mehr nehmen und müssen das regelmäßig durch Urin-Kontrollen belegen. Die Kinder müssen auch außer Haus betreut werden, also etwa von einer Tagesmutter oder in einer Kita. Wie viele der betroffenen Eltern lassen sich darauf ein?

Alle, die ihr Kind aufziehen wollen, müssen diese Regelungen akzeptieren. Wir erfassen nicht, wie viele Eltern sich dagegen entscheiden und ihr Kind von vornherein zum Beispiel in eine Pflegefamilie geben. In der Regel gehen die Mütter und Väter diese Verpflichtungen aber ein.

Was passiert, wenn die Eltern diese Abmachungen nicht unterschreiben?

Dann können sie ihr Kind nicht behalten - auf jeden Fall dann nicht, wenn sie alleine leben und die einzigen sind, die sich um das Kind kümmern. Wenn eine junge drogenabhängige Frau, die noch bei ihren Eltern wohnt, ein Kind bekommt, könnte es anders aussehen. Dann könnten eventuell die Großeltern die Pflege des Neugeborenen übernehmen, das Kind könnte also in seiner Großfamilie bleiben.

Die CDU fordert eine Umkehrung des Verfahrens: Kinder von Drogenabhängigen sollen generell aus den Familien genommen werden und nur dann zurückkehren können, wenn die Eltern erfolgreich eine Therapie absolviert haben. Wäre das eine Lösung?

Nein. Nach den Zahlen von 2009 hätten wir bei dieser Variante 26 Familien die Kinder weggenommen, obwohl sie sich nichts haben zuschulden kommen lassen. Wir hätten diese Familien ohne Grund zerrissen. Dabei ist das normale Aufwachsen in der Familie für Kinder enorm wichtig. Und nebenbei: Politisch steht gerade die CDU dafür, die Familie zu stärken. Außerdem kann das, was die Bremer CDU fordert, auf Landesebene gar nicht umgesetzt werden. Das würde gegen das Grundgesetz verstoßen, das die Familie ausdrücklich schützt. Der Staat darf sich nur in begründeten Fällen in Familienangelegenheiten einmischen. Allein das Kriterium, dass eine Mutter oder ein Vater drogenabhängig ist, reicht dafür nicht aus. Wenn Frau Mohr-Lüllmann diesen Ansatz tatsächlich für richtig hält, dann muss sie zuerst in ihrer Partei dafür werben und Unterstützer finden - um dann im Bund eine Gesetzesänderung zu erreichen, die mit der Verfassung in Einklang steht.

Drogensucht ist eine Krankheit. Zum Krankheitsbild gehört auch, dass Süchtige andere Menschen täuschen und belügen - selbst Menschen, die ihnen nahe stehen, etwa, um ihre Sucht zu vertuschen. Auch die Fälle, über die wir gerade reden, zeigen, dass es drogensüchtige Eltern durchaus schaffen, das gesamte Hilfe-Netz jahrelang zu hintergehen. Muss man da nicht neu nachdenken?

Die Eltern haben nicht das ganze Hilfe-Netz hintergangen. Alle Fälle, über die wir reden, sind ja gerade in unserem Hilfe-Netz aufgefallen. Dass wir diese Fälle entdeckt haben, ist also der beste Beweis dafür, dass die Kontrolle funktioniert...

...zwei Mütter sind erst bei Polizei-Kontrollen aufgefallen. Eine dieser Frauen wurde aufgegriffen, als sie auf der Straße Heroin gekauft hat - das Jugendamt hatte seine Hilfsmaßnahmen bereits beendet, weil alles in Ordnung schien...

...auch die Polizei gehört mit zu unserem Netz, nicht nur die Familienhilfe. Die substituierenden Ärzte gehören ebenso dazu wie Kinderärzte, Tagesmütter, Kitas und Schulen. Die wichtigsten Erkenntnisse nach dem Tod von Kevin waren: Die Kommunikation und die Zusammenarbeit innerhalb dieses Netzes muss besser werden. Und: Gerade weil Drogenabhängige stark rückfallgefährdet sind, brauchen wir ein weiteres Instrument, um heimlichen Drogenkonsum neben der Behandlung mit Methadon aufzudecken. Deshalb ordnen wir nun Haaranalysen an, wenn es Anzeichen dafür gibt, dass etwa die üblichen Urinproben manipuliert worden sind. Mit genau diesem Instrument der Haaranalyse haben wir die genannten Fälle entdeckt. Nach allem, was ich weiß, ist Bremen das einzige Bundesland, das diese zusätzliche Methode nutzt. Das heißt: In anderen Bundesländern wären diese fünf Kinder gar nicht aufgefallen. Die CDU müsste uns eigentlich applaudieren und fordern, dass die übrigen Länder dem Bremer Beispiel folgen. Stattdessen kritisiert die CDU unser Vorgehen. Sie macht uns zum Vorwurf, dass wir Dinge aufklären, für die in anderen Bundesländern noch gar kein Problembewusstsein herrscht. Das ist absurd.