



Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

DGS e.V. c/o ZIS / UKE Martinistr. 52 20246 Hamburg

Vorstand

Prof. Dr. Markus Backmund (1. Vorsitzender)
Dr. Christel Lüdecke (stellv. Vorsitzende)
Prof. (apl.) Dr. Ulrich Preuß (stellv. Vorsitzender)
Dr. Konrad Isernhagen
Dr. Gabriele Jungbluth-Strube
Hans-Günter Meyer-Thompson
PD Dr. Tim Neumann
Dr. Tobias Rüther
Stephan Walcher

DGS e.V.

c/o Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
Martinstr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: +49 40 741054221

Email: info@dgsuchtmedizin.de
Home: www.dgsuchtmedizin.de

BUSS – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe

Workshop: Wie geht es weiter ...
... mit der Behandlung Opiatabhängiger?
Berlin, 18.5.2015

Substitutionsbehandlung – aus Sicht der Suchtmedizin

Hans-Günter Meyer-Thompson, Hamburg
DGS – Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Es irritiert einigermaßen, 2015 in der Einladung zu diesem Workshop zu lesen:

„Faktisch hat sich die Substitution als dominierendes Behandlungssystem etabliert, dem die Mehrheit der Opiatabhängigen gegenüber einer abstinenzorientierten Rehabilitation derzeit den Vorrang gibt. Weniger als 5 % wechseln aus der Substitution in eine abstinenzorientierte Behandlung.“

Warum wohl? Vielleicht deshalb, weil Heroinabhängige in üSubstitutionsbehandlung wissen und täglich persönlich erfahren, was WHO, NIDA, Bundesärztekammer und praktisch weltweit alle suchtmedizinischen Institutionen und Fachgesellschaften als Therapie der ersten Wahl definieren: Substitution?

Vielleicht auch deshalb, weil sie nach mehreren klinischen Entzugsversuchen und stationären Langzeitbehandlungen gemerkt haben, dass dieser „Opiathunger“ selbst

Vorstand:
Prof. Dr. Markus Backmund
Dr. Christel Lüdecke
Prof. (apl.) Dr. Ulrich Preuß

Bankverbindung:
DGS (vorm. DGDS) e.V.
Commerzbank
Konto: 450428800 BLZ: 500 800 00
IBAN: DE 78 5008 0000 0450 428 800, BIC: DRESDEFFXXX

Steuer-Nr. 17/412/01859
USt-IdNr. DE 114 103 514

dann wieder auftaucht, wenn sie den Entzug noch einigermaßen komplikationslos durchgemacht haben, die psycho-soziale und medizinische Seite ihrer Erkrankung gut behandelt wird und sie in stabilen Verhältnissen leben?

Könnte gar die Definition der WHO stimmen, bei der Opiatabhängigkeit handele es sich um eine chronische Erkrankung mit ausgeprägter Tendenz zu Rückfällen, weshalb eine medikamentös gestützte Behandlung über lange Zeit, möglicherweise ein Leben lang, sich als erfolgreicher erwiesen hat als alle abstinenzorientierten Therapien?

Woher röhrt dieses Ansinnen, einer von der NIDA als „brain disease“ definierten chronischen Erkrankung immer wieder mit den vorgeblich besseren recovery-Therapien zu Leibe rücken zu wollen und die medikamentös gestützte Substitution abzuwerten?

Jüngstes Beispiel ist die Veröffentlichung von Leune und Weissinger im Deutschen Ärzteblatt vom 20. März 2015.

Dort heißt es: „*Die Substitution stellt ein wichtiges Angebot für opiatabhängige Menschen dar. (...) Aufgabe des substituierenden Arztes ist es auch, kritisch zwischen den Vor- und Nachteilen der Fortführung einer Substitution gegenüber dem Übergang in eine drogenfreie oder substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung abzuwägen. (...) Da eine völlige Abstinenz des Substitutionsmittels im Rahmen der Rehabilitation bis zum Ende der Entwöhnungsbehandlung nicht in jedem Fall erreichbar ist, sollte diese Zielsetzung ergänzt werden um eine Reduzierung oder Abdosierung.*“

Abstinenzdogma light

Mit diesem Dogma, weniger Methadon sei besser, noch weniger Methadon sei noch besser und am besten sei gar kein Methadon, provoziert man in der ambulanten Behandlung die Einnahme zusätzlicher Substanzen (ich nenne es bewusst nicht Beikonsum) und während und nach Therapien Rückfälle mit den bekannten somatischen und psychischen Komplikationen, nicht selten mit tödlichen Überdosierungen.

Vor ziemlich genau 50 Jahren haben Mary Nyswander, eine Psychiaterin mit der Spezialisierung Suchtmedizin, und Vincent Dole, ein Endokrinologe mit der Spezialisierung Diabetes, herausgefunden, dass 60 bis 100/120mg Methadon zuverlässig Entzugserscheinungen und Craving unterdrücken.

Gegen den erbitterten und anhaltenden Widerstand der etablierten, auf Abstinenz ausgerichteten Therapieeinrichtungen - im übrigen weltweit – hat sich die Behandlung der Opioidabhängigkeit mit Methadon, Buprenorphin, Diamorphin, Morphin oder auch Opiumtropfen durchsetzen müssen.

Und weltweit mangelt es nicht an Versuchen von Politikern, Suchttherapeuten und auch Ärzten, diese Behandlung immer wieder in Frage zu stellen. Gegen jede wissenschaftliche Evidenz und gegen jede gesundheitspolitische Fakten.

In Deutschland hat die seit Ende der 1980er Jahre sich mühsam etablierende Substitutionsbehandlung Zehntausenden von Heroinabhängigen das Leben gerettet. Es ist gelungen, die Ausbreitung von AIDS in dieser Bevölkerungsgruppe und darüberhinaus zu stoppen. Die Zahl der Drogentoten ist bis vor kurzem kontinuierlich gesunken. Und ein guter Teil der über 75.000 Patienten führt ein stabiles Leben mit Job und Familie, ist in Behandlung von Begleitkrankheiten und kämpft täglich um das kleine persönliche Glück. Sie erfahren also jene umfassende Behandlung im ambulanten Setting, die im erwähnten Artikel von Leune und Weissinger erst so

richtig gut in der medizinischen Reha stattfinden könnte.

Und fragt man diese Patienten und auch diejenigen, deren Behandlung weniger erfolgreich verläuft, was im Zusammenhang mit ihrer Krankheit die schlimmste Vorstellung sei, dann antworten sie zumeist, das sei die forcierte Beendigung der medikamentös gestützten Behandlung und der Zwang, wieder auf den Schwarzmarkt gehen zu müssen.

Opioidabhängigkeit: „brain-disease“ und/oder konditioniertes Suchtverhalten

Gleichzeitig zeigen unsere Patienten mehrheitlich Zeichen von Schuld- und Schamgefühlen, „auf Methadon oder Buprenorphin“ zu sein. Die Mehrheit würde lieber heute als morgen die tägliche Einnahme ihres Medikaments beenden wollen. Nur sie wissen, dieser verdammt Opiathunger bleibt. Schon lange nicht mehr, weil sie sich mit Opioiden betäuben, ihre Gefühle regulieren oder Krisensituationen überstehen wollen. Sondern weil sich nach heutigem Kenntnisstand ihre Neurolophysiologie, d.h. ihre Hirnchemie, nachhaltig verändert hat, und ihr Körper sich ohne eine definierte Menge an Opioiden krank fühlt und ihre Psyche depressiv und angstbesetzt. Die Opioidabhängigkeit beruht eben nicht nur auf konditioniertem Suchtverhalten sondern ist auch eine neurologische Erkrankung.

Darin unterscheiden sich Patienten hierzulande nicht im geringsten von den noch lebenden Patienten der ersten Stunde in New York, die inzwischen in hochbetagtem Alter sind, und auch nicht von den Kohorten in Amsterdam, Zürich, London, Barcelona, Teheran, Kathmandu, Peking oder Canberra.

Stigmatisierung eines Krankheitsbildes – unter Beteiligung des Suchthilfesystems

Ihnen gemeinsam sind nicht nur eine gebrochene Biographie und in vielen Fällen schwere gesundheitliche Einschränkungen, gemeinsam ist ihnen auch das Wissen, als Opioidabhängige einer fortwährenden Diskriminierung ausgesetzt zu sein. Und diese Diskriminierung findet mit unserer Beteiligung statt, sie zieht sich durch das gesamte Behandlungssystem:

Es beginnt mit einem grotesken gesetzlichen Kontrollsysteem, dem sie und ihre Ärzte unterworfen sind.

Es setzt sich fort mit der zwangsweise verordneten psycho-sozialen Behandlung.

Auf der Suche nach einer wohnortnahmen Apotheke müssen Patienten immer wieder hören, dass man diese Medikamente nicht führt oder abgeben will, schon gar nicht unter Sicht. Krankenkassen verweigern Fahrkostenzuschüsse zur täglichen Behandlung, d.h. Einnahme des Substituts, was bei jeder anderen chronischen Krankheit anders geregelt ist.

Die Stigmatisierung äußert sich tagtäglich in Maßnahmen wie Urinabgaben unter Sicht, in wöchentlichen Pflichtterminen in Arztpraxen, in dem faktischen Verbot eines Urlaubs im Inland, in einem Abrechnungssystem, dass die Patienten aus wirtschaftlichen Gründen zu Geiseln nimmt und in ablehnenden Äußerungen, die sie auch im Gesundheitswesen zu hören bekommen.

Und in manchen Langzeiteinrichtungen des Suchthilfesystems, in denen Substituierte mittlerweile aufgenommen werden dürfen, mutet man ihnen zu, mit willkürlich festgelegten Dosierungen auskommen zu müssen, die unterhalb der therapeutischen Grenze liegen.

Diskriminierung führt zur Stigmatisierung, und Stigma ist eine weitere Krankheit. Eine

von der Gesellschaft und dem Suchthilfesystem selbst produzierte und aufrecht erhaltene. Dabei könnten unsere Patienten vielfach den Beweis dafür antreten, dass sie als Substituierte anerkannte Mitglieder dieser Gesellschaft sind: Unter den mir bekannten aktuellen und ehemaligen Patienten befinden sich erfolgreiche Geschäftsleute, Industrietaucher, Parlamentsabgeordnete, Journalisten, Handwerker, Kindergärtner, Hafenarbeiter, Anwälte, Kulturmanager, Bauarbeiter, Ärzte, Fernfahrer, Bergführer, Psychologen, Steuerfahnder, Kranführer, Beamte, Schlachter, Therapeuten in Suchthilfeeinrichtungen u.a. – im übrigen männlichen wie weiblichen Geschlechts. Aber unsere Patienten werden einen Teufel tun, sich öffentlich erkennen zu geben. Im Gegenteil! Sie müssen diesen Teil ihrer Biographie zumeist verborgen halten – weil Substitutionsmittel in der Öffentlichkeit und auch von weiten Teilen des Suchthilfesystems als „Ersatzdrogen“ angesehen werden und eben nicht als Medikamente zur Behandlung einer chronischen Erkrankung.

Diese Sichtweise haben viele unserer Patienten übernommen und verinnerlicht. Dieses Bild zu verändern, ist unsere Aufgabe, und nicht ständig an Ihnen rumschrauben und rumtherapieren zu wollen, dass weniger Substitut besser wäre. Die PREMOS-Studie, auf die im Ärzteblatt-Artikel eingegangen wird, hat nämlich auch ergeben, und das erwähnen Leune und Weissinger nicht, dass rund ein Drittel der Patienten mit Dosierungen unterhalb der empfohlenen Erhaltungsdosis behandelt werden.

Sicherung der ambulanten Behandlung dringlich

Wenn dieser Workshop die Frage stellt „Wie geht es weiter mit der Behandlung Opiatabhängiger?“, dann lautet aus meiner Sicht die Antwort: In erster Linie muss die ambulante Behandlung entschieden verbessert werden. Das bezieht sich im einzelnen auf all jene Patienten, die nicht nach den Standards Guter Medizinischer Praxis in der Opioidsubstitution behandelt werden, wie sie in den Richtlinien der Bundesärztekammer festgelegt sind.

Aber das bezieht sich eben auch auf die strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die es unendlich erschweren, überhaupt evidence-based und patientenorientiert zu behandeln:

Am hinderlichsten für eine qualitativ gute Substitutionsbehandlung ist das geltende Substitutionsrecht, das Ärzte von vornherein „*mit einem Bein im Gefängnis*“ stehen lässt. Die DGS hat deshalb 2012 einen Änderungskatalog vorgelegt, der zwei Kernforderungen aufweist: Das Recht muss der Wissenschaft folgen. Und zweitens: Die unmittelbare ärztliche Tätigkeit hat in BtMG und BtMVV, die für die Kontrolle der Substanzen aber nicht der Therapie zuständig sind, nichts zu suchen, sondern gehört in Richt- und Leitlinien geregelt; Behandlungsfehler sind demzufolge durch das Berufsrecht und nicht durch das Strafrecht zu sanktionieren.

Wir haben für diesen Vorstoß überwiegend Zustimmung erhalten und das Bundesgesundheitsministerium ist nach einer Expertenanhörung und nach einer Umfrage unter den Gesundheits- und Sozialministerien der Länder bereit, das Substitutionsrecht zu reformieren. Eine Novelle hätte im vergangenen Jahr vorliegen können, wenn nicht ausgerechnet die Bundesärztekammer den Prozess blockiert hätte, weil da Rücksicht zu nehmen war auf reformunwillige Landesärztekammern, von denen eine sich sogar dahingehend äußerte, „*eine Substitution auf Lebenszeit mit polytoxikomanem Wunschkonzert*“ nicht unterstützen zu wollen. Erst mit dem Beschluss des 118. Deutschen Ärztetages von vergangener Woche ist der Weg frei für eine erneute Expertendiskussion im Bundesgesundheitsministerium über die Eckpunkte einer Reform des Substitutionsrechts.

In der Entschließung des Ärztetages, beantragt vom Vorstand der Bundesärztekammer und vom Suchtausschuss, heißt es unter anderem:

„Die novellierten Regelungen müssen den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft abbilden. Dies betrifft insbesondere die Festlegung der Ziele einer Substitutionsbehandlung (§ 5 Abs. 1 BtMVV), der Grenzen eines tolerablen Beikonsums (§ 5 Abs. 2 Nr. 4c BtMVV) und der erforderlichen Begleitmaßnahmen (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 BtMVV).“

Ausschließlich medizinisch-therapeutische Aspekte der Substitution sind über die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu regeln. (...) Hingegen sind solche Aspekte der Substitution, die die Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs und somit den Bevölkerungs- und Patientenschutz betreffen, durch die BtMVV zu regeln.“

Neue Hierarchie der Behandlungsziele

Die Zielhierarchie im Substitutionsrecht wird also aller Voraussicht nach in Zukunft definieren, dass die schrittweise und ärztlich kontrollierte Beendigung einer medikamentösen Behandlung (die sogenannte Abstinenzorientierung) gleichrangig steht neben Hilfe zum Überleben, Behandlung von Begleitkrankheiten, Reduktion des Gebrauchs psychotroper Substanzen und Verringerung der Risiken einer Opiat/Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft und Geburt.

Die Aufgabe der unbedingten Abstinenzorientierung wird sich möglicherweise auch auf die stationäre Rehabilitation auswirken und substitutionsgestützte Behandlungen in größerem Umfang ermöglichen als bisher.

Tatsächlich ist es für eine Reform des Substitutionsrechts allerhöchste Zeit:

Die gegenwärtige Entwicklung in der Substitutionslandschaft läuft darauf hinaus, dass in den kommenden Jahren ganze Landstriche ohne ambulante Substitutionsmöglichkeiten dastehen. In Bayern, Niedersachsen und anderenorts gibt es sie jetzt bereits. Es wird also einerseits eine Unterversorgung geben mit allen bekannten Folgen wie Schwarzmarkt, Neuinfektionen, Abwanderung in die Großstädte und erneut ansteigenden Fällen von tödlichen Überdosierungen, und andererseits eine massive Konzentration auf Schwerpunktpraxen und Ambulanzen, die eine individuelle Behandlung nicht immer begünstigen. Zudem haben einige KVEn berechnet, dass in den kommenden 5 Jahren bis zu 50 Prozent der substituierenden Ärzte in den Ruhestand gehen werden.

Die Chance, die Behandlung von Opioidabhängigen in den allgemeinärztlichen- und internistischen Praxen nachhaltig zu etablieren, ist verspielt worden, weil Ärzte nun mal bei der Ausübung ihrer Tätigkeit nicht ständig „mit einem Bein im Gefängnis“ stehen wollen und weil der Gesetzgeber viel zu lange auf diese Entwicklung nicht reagiert hat. Von einer freien Arztwahl kann deshalb schon lange keine Rede mehr sein.

Besondere Patientengruppen

Bereits seit längerem gibt es zudem Patientengruppen, denen auch bei bestem Bemühen eine umfassende Behandlung nicht zur Verfügung steht:

Da sind zum einen opioidabhängige Strafgefangene, denen in bundesdeutschen Haftanstalten noch immer die Behandlung ihrer chronischen Krankheit zu einem großen Teil verweigert wird. Und opioidabhängigen forensischen Patienten nach §64 StGB ebenfalls.

Substituierte Eltern: Im ambulanten Bereich wird sich noch zeigen müssen, welches der beiden Konzepte: entweder strikteste Kontrolle oder enge Kooperation von Ärzten, PSB und sozialen Diensten, erfolgreicher ist. Im stationären Bereich ist der Ausbau von Einrichtungen zu fordern, die umfassend auf die besondere Lage von Eltern zugeschnitten sind, die aber nicht darauf setzen, dass am Ende der Behandlung unbedingt auch die Beendigung der Substitution stehen muss.

Eine weitere Gruppe sind Einwanderer und Flüchtlinge: unsere mangelhaften sprachlichen Kenntnisse und unser Unverständnis für andere Kulturen – und das gilt für den ambulanten wie stationären Bereich – grenzen Suchtkranke vielfach aus, das gilt gleichermaßen für Abhängige von legalen wie illegalen Substanzen.

Patienten mit „Beikonsum“: Weltweit tritt in Substitutionsbehandlungen das Phänomen auf, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten einen sogenannten Beikonsum von Benzodiazepinen, Alkohol, Kokain, Opioiden und anderen Substanzen betreibt. Dieser Begriff ist aus medizinischer Sicht nicht korrekt, und sollte durch den Terminus „komorbider Substanzgebrauch“ ersetzt werden: Es handelt sich bei diesem Substanzgebrauch entweder

- um eine Folge zu niedriger Dosierung von Substitutionsmedikamenten oder
- um das Symptom einer Mehrfachabhängigkeit oder
- um eine Suchtverlagerung von der primären Opioidabhängigkeit auf andere Substanzen oder
- um den wenig erfolgreichen Versuch, die Symptome begleitender psychischer Erkrankungen mittels verschiedener Substanzen besser aushalten zu können.

Wie diese Gebrauchsmuster am besten zu behandeln sind, ist weltweit Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen und hitziger Debatten in der Ärzteschaft – mit durchaus unterschiedlichen Antworten.

Disziplinarische Beendigungen der Substitution werden jedenfalls diesen Patienten und ihrer Erkrankung nicht gerecht.

Mangelversorgung bei schweren chronischen psychischen Störungen

Und damit komme ich auf jene Patienten in Substitutionsbehandlung zu sprechen, die mit teils schweren psychischen Grund- oder Begleitkrankheiten im besten Fall noch Psychopharmaka verordnet bekommen, die aber praktisch keine Aussicht haben, eine Psychotherapie zu finden. Die Mehrzahl der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten scheut die Behandlung von Abhängigkeitskranken, und Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung ganz besonders, weil diese eben nicht „drogenfrei“ seien. Die Suchtmedizin ist und bleibt ein ungeliebtes Kind der Psychiatrie.

Dabei weist das Wirkprofil von Opioiden schon darauf hin, dass deren Konsumenten eine hohe Wahrscheinlichkeit für depressive Störungen und Angsterkrankungen aufweisen, die in vielen Fällen der Opioidabhängigkeit vorausgingen. Und das Leben in der Illegalität ist verbunden mit Traumata verschiedener Art und nicht selten mit anhaltenden Verformungen des Sozialverhaltens.

Doch es ist nicht gelungen, dieser Patientengruppe die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zugänglich zu machen: Die Situation bleibt „*beunruhigend defizitär*“ (Soyka, 2006). Und auch die klinischen Abteilungen, die gezielt Patienten mit Suchterkrankungen und psychischen Komorbiditäten behandeln, sind rar gesät in Deutschland. „*Hinsichtlich schwerer chronischer psychischer Störungen besteht Unter- und Mangelversorgung*“, stellt die PREMOS-Studie fest.

Neue Zielgruppen für die stationäre medizinische Rehabilitation?

Liegt hier vielleicht die Chance, angesichts sinkender Belegungsziffern in der stationären Suchtkrankenhilfe, die Konzepte anzupassen? Könnte die stationäre medizinische Rehabilitation in nicht viel größerem Umfang psychotherapeutische Behandlungskonzepte entwickeln, die gleichermaßen auf die Suchterkrankung wie auf angst- und affektive Störungen und andere seelische Krankheiten zugeschnitten sind? Es gibt mittlerweile ausreichend Beispiele, die nachweisen, dass Substitutionspatienten unter Dosierungen, die nicht sedierend wirken aber Entzugserscheinungen und Craving zuverlässig unterdrücken, von ambulanten wie stationären Psychotherapien enorm profitieren können. Dieser Ansatz sollte unbedingt weiterentwickelt werden.

Und wären die Rentenversicherungsträger bereit, die Substitution als medikamentös gestützte Langzeitbehandlung anzuerkennen, die einer stationären medizinischen Rehabilitation nicht entgegensteht? Werden sich die Rentenversicherungsträger darauf einlassen, auch die Substitutionsbasierte Rehabilitation statt ausschließlich die „übergangsweise substitutionsunterstützte Rehabilitation“ zu finanzieren? Wird es gelingen, die Kostenträger davon zu überzeugen, dass Substitution und Nicht-Substitution/Abstinenz beides Mittel zum Erreichen der Teilhabe sind, womit die unbedingte Verpflichtung, Patienten in der Reha ab- bzw. auszudosieren, entfallen könnte und Psychotherapie, Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Reintegration sehr viel besser zur Geltung kommen würden?

Das Abdosieren während der Rehabilitation sollte eine selbstbestimmte Entscheidung der Patienten sein, nicht eine Vorgabe und Bedingung für die Kostenübernahme und auch nicht für die Genehmigung einer evtl. sinnvollen Verlängerung der Therapie.

Wie weiter...?

Die Substitutionsbehandlung ist sehr viel besser als ihr Ruf, hat bereits die Premos-Studie festgestellt:

„Die langfristige Substitutionstherapie ist effektiv; die prioritären Substitutionsziele (z.B. Haltequote, Sicherung des Überlebens, Reduktion von Drogenkonsum, Stabilisierung (...), gesellschaftliche Teilhabe) werden insgesamt erreicht.“

Voraussetzung für eine zeitgemäße Weiterentwicklung wäre, dass ambulante Substitutionsbehandlung und stationäre Therapie aufeinander zugehen, ihre jeweiligen Stärken, Schwächen und Erfahrungen analysieren und miteinander die Kriterien weiterentwickeln, welche Behandlungsform zu welchem Zeitpunkt die bessere Alternative ist. Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und – wechselseitig – vorurteilsfrei.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Quellen:

Opiatabhängigkeit: Schwere komplexe Erkrankung
Dtsch Arztebl 2015; 112(12): A-510 / B-434 / C-422

Leune, Jost; Weissinger, Volker

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/168871/Opiatabhaengigkeit-Schwere-komplexe-Erkrankung>

zum Winter die Reformvorlage?

„Ärzte dürfen durch betäubungsmittelrechtliche Regelungen „nicht mit einem Bein im Gefängnis“ stehen“

(Marlene Mortler, Drogenbeauftragte der Bundesregierung)

Markus Backmund, Konrad Isernhagen, Hans-Günter Meyer-Thompson, Stephan Walcher,
18.11.2014

www.dgsuchtmedizin.de

Veröffentlichungen der DGS zum Substitutionsrecht sind zu finden auf der Homepage

www.dgsuchtmedizin.de :

DGS veröffentlicht die Ergebnisse einer Ärztebefragung zur Versorgung von Substitutionspatienten in Apotheken. (08.04.2014)

http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgsinfo_extra_20140409/Umfrage_zur_Versorgung_von_Substitutionspatienten_in_Apotheken.pdf

DGS veröffentlicht Kurzfassung der Leitlinie zur Therapie der Opiatbehandlung

Teil 1: Substitutionsbehandlung (Suchttherapie 2014; 15)

http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgsinfo_extra_20140409/SUCHTTHERAPIE_Mittelungen_DGS_Leitlinien-OST_2-14.pdf

Leitlinien für Therapie der Opiatabhängigkeit (30.01.2014)

http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Leitlinien/Leitlinien_Substitution_der_DGS-29-01-2014.pdf

DGS-Vorstand veröffentlicht eine Bestandsaufnahme der Substitutionsbehandlung in Deutschland 2013 (04.06.2013)

http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Vorstandsnews/25_Jahre_Substitutionsbehandlung_in_Deutschland_-eine_Bestandsaufnahme_DGS_Juni_2013_.pdf

Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen!

Die BtMVV-Änderungsinitiative der DGS nimmt Fahrt auf
Suchtmed 15 (2) 49 – 50 (2013)

<http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/11786>

Hamburg. 25 Jahre Palette e.V.

Substitutionsbehandlung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Hans-Günter Meyer-Thompson, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Hamburg, 24.11.2014, Redemanuskript

http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_94/25_Jahre_Palette_-_Substitution_-_Bestandsaufnahme-Redemanuskript-final.pdf