



Diamorphinvergabe aktuell - reichen die gesetzlichen Änderungen für eine adäquate Versorgung aus?

Dr. Thomas Peschel, Berlin/Hannover

Patrida

Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und
diamorphingestützte Behandlung

Interessenkonflikte

- Ich habe ein Problem mit dem Abstinenzparadigma bei Opioidabhängigkeit und sehe die diesbezügliche Sucht nicht als eigene Erkrankung sondern als Folge (Bewältigungsversuch) einer anderen Problematik, meist schwerer Traumatisierung
- Ich betreibe meine Praxis privatwirtschaftlich....



Schwerstabhängigkeit?

- Int: Therapierefraktäre Heroinabhängigkeit
- Heroinstudie (Haasen et al., 2007):
 - „Therapieversager“ (fortgesetzter i.v. Heroin-Beikonsum unter Methadonsubstitution)
 - „Nicht-Erreichte“, seit > 6 Monaten keine Behandlung oder noch nie in Behandlung.
 - schlechte körperliche Gesundheit (Opiate Treatment Index (OTI) Health scale)
 - und/oder schwere psychische (SCL-R) Symptome
 - Seit 5 Jahren opiatabhängig

Hauptergebnisse der Heroinstudie auch in der Regelversorgung seit 15 Jahren bestätigt!

- drastische Verringerung „Straßenheroin“
- drastischer Rückgang Beschaffungskriminalität
- deutlicher Rückgang Beikonsum
- somatische und psychische Stabilisierung
- soziale Verbesserung
- verbesserte Lebensqualität

Aufnahmekriterien neu (2/25):

Tab. 1 Kriterien für Diamorphinbehandlung nach BtMVV § 5a

	Alte Version	Neue Version
Mindestalter	23 Jahre	18 Jahre*
Dauer der Opiatabhängigkeit	5 Jahre	2 Jahre
Applikationsform	Vorwiegend intravenös	Keine Angabe
Vorhergehende Behandlungen	Zwei erfolglose Behandlungen, davon eine mindestens 6-monatige Substitutionsbehandlung	Erfolglose Substitutionsbehandlungen von insgesamt mindestens 6-monatiger Dauer
Fallschwere	Schwerwiegende körperliche und psychische Funktionsstörung	Erhebliche medizinische, psychologische oder soziale Defizite

*Bei Personen im Alter von 18 bis 23 Jahren ist für die Indikationsstellung eine Zweitmeinung erforderlich



Die Diamorphinbehandlung Opioidabhängiger – zur Novellierung der Indikationskriterien nach Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

N. Scherbaum¹ · M. Specka¹ · N. Wodarz² · U. Bonnet^{1,3} · P. Roser^{1,4}

- Sorge vor Ausweitung der Indikationsstellung wegen „Abschwächung der Eingangskriterien“
- 6x höhere Kosten ggü. „Standardsubstitution“, daher sozialrechtlich nachrangig zu behandeln
- Nur die hohen organisatorischen Auflagen verbunden mit hohen Investitionen begrenzen die Verfügbarkeit der Behandlung – nicht die Indikationskriterien!



Die Diamorphinbehandlung Opioidabhängiger – zur Novellierung der Indikationskriterien nach Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

N. Scherbaum¹ · M. Specka¹ · N. Wodarz² · U. Bonnet^{1,3} · P. Roser^{1,4}

- ...aus dem Fazit:
“die höheren Erlöse in Großpraxen für eine Diamorphinbehandlung könnten bei unspezifischen Indikationskriterien ein ökonomischer Fehlanreiz sein“

Fallbeispiel I (Kai, 30 J.)

Unser/e oben genannte/r Patient/in ☒ befindet/ ☐ befand sich bei uns seit dem 20.06.2008 mit Unterbüchen bis zur Übernahme in Ihre Behandlung in Substitution.

Tel: 0049 30 339 8878-0
Fax: 0049 30 339 8878-99

Diagnosen:

Siehe Diagnoseblatt

Aktuelle Medikation:

Morphinsulfat (Substitol ®) 800mg/d
Medikinet adult 40mg (1-1-0-0)

Sonstiges

Lieber Herr Peschel,



Bei o. g. Patienten handelt es sich um einen psychisch wie körperlich schwer kranken jungen Mann. Eine Alkoholabhängigkeit besteht seit 2003, die Heroinabhängigkeit seit 2006, der Konsum von Heroin erfolgte immer intravenös.

Wir übernahmen [redacted] Mitte 2008 in unsere Substitutionsbehandlung. Die Behandlung gestaltete sich über die ganze Zeit schwierig, da es keinerlei begebrauchsfreie Zeiten gab.

Fallbeispiel I (Kai, 30 J.)

Er konsumierte Alkohol, Benzodiazepine, Amphetamine und Heroin i.v. in riskanter Weise.

An körperlichen Folgeerkrankungen resultierten eine TVT mit Lungenembolie u multiplen Lungeninfarkten, multiple Hautabszesse, kürzlich ein drohendes Empyem des Kniegelenks.

Umstellungsversuche auf Buprenorphin und letztlich retardiertes orales Morphin sowie diverse Behandlungsversuche mit Psychopharmaka (Bupropion, Atomoxetin, Quetiapin) brachten keine Zustandsverbesserung.

Ich bitte Sie daher um Übernahme des Patienten, da unsere Form der Behandlung nicht dazu beiträgt, weiteren Schaden abzuwenden.

Fallbeispiel II (Frieda, 71 Jahre)

- Vorstellung vor 3 Wochen mit Frage nach diamorphingestützter Behandlung
- Seit 56 Jahren heroinabhängig, seit '89 durchgehend in Substitutionsbehandlung, immer wieder zeitweise Beigebrauch mit Heroin, überwiegend i.v.
- Beginn mit Opium nach Suizidversuch im Alter von 15 Jahren, „die Antwort auf alle meine Fragen“, sei vorher immer angespannt, unruhig und unkonzentriert gewesen.
- Gepflegtes Äußeres, wirkt biologisch jünger

Fallbeispiel II (Frieda, 71 Jahre)

- Vorerkrankungen: früher häufiger Abszesse, „Leisten sind dicht“. HepC von selbst ausgeheilt. Keine psychiatrischen Behandlungen und Diagnosen, außer Jugendpsychiatrie nach Suizidversuch
- Eigene Wohnung in der Nähe der Praxis, Grundsicherung, keine Schulden, keine offenen Verfahren, kumulativ 3 Jahre Haft wegen BTM, gelegentlich gearbeitet bei BOA-Berlin
- Zuhause nie wohl gefühlt, Mutter habe sie nie gemocht, „ich wollte immer weg“, „ich war zu unruhig, zu kompliziert“, eine Schwester (-4J) an Überdosis gestorben, andere Schwester (-7 Jahre) „alles in Butter“
- Mit 15 Jahren allein nach Berlin, dort in Kommune gelebt (RAF-Zeit) mit Erlaubnis der Eltern und Behörden

Fallbeispiel II (Frieda, 71 Jahre)

- Auf Nachfrage hin: wiederholter sexueller Mißbrauch durch einen Bekannten der Familie
- Anliegen: Partner, mit dem sie 35 Jahre zusammen war, ist vor 6 Jahren verstorben, seitdem habe sie die Balance verloren, das Leben entgleite ihr, habe nur noch eine Fassade, keine Freude, Polamidon wird immer i.v. injiziert, zeitweise Heroin und Benzodiazepine, „ich will mich anders fühlen“
- Derzeit in Substitutionsbehandlung mit 20 ml L-Polamidon, hat überwiegend 7-Tage Takehome, außer wenn Rückfälle mit Heroin oder Benzodiazepinen (ca. 2 Tage pro Woche)
- Habe vor 2 Jahren das erste Mal von der Behandlungsform gehört, sei ihr von Patienten der Praxis empfohlen worden
- ????

Aufnahmekriterien neu (2/25):

Tab. 1 Kriterien für Diamorphinbehandlung nach BtMVV § 5a

	Alte Version	Neue Version
Mindestalter	23 Jahre	18 Jahre*
Dauer der Opiatabhängigkeit	5 Jahre	2 Jahre
Applikationsform	Vorwiegend intravenös	Keine Angabe
Vorhergehende Behandlungen	Zwei erfolglose Behandlungen, davon eine mindestens 6-monatige Substitutionsbehandlung	Erfolglose Substitutionsbehandlungen von insgesamt mindestens 6-monatiger Dauer
Fallschwere	Schwerwiegende körperliche und psychische Funktionsstörung	Erhebliche medizinische, psychologische oder soziale Defizite

*Bei Personen im Alter von 18 bis 23 Jahren ist für die Indikationsstellung eine Zweitmeinung erforderlich



Diamorphingestützte Behandlung aktuell in Deutschland

Hamburg

Hannover

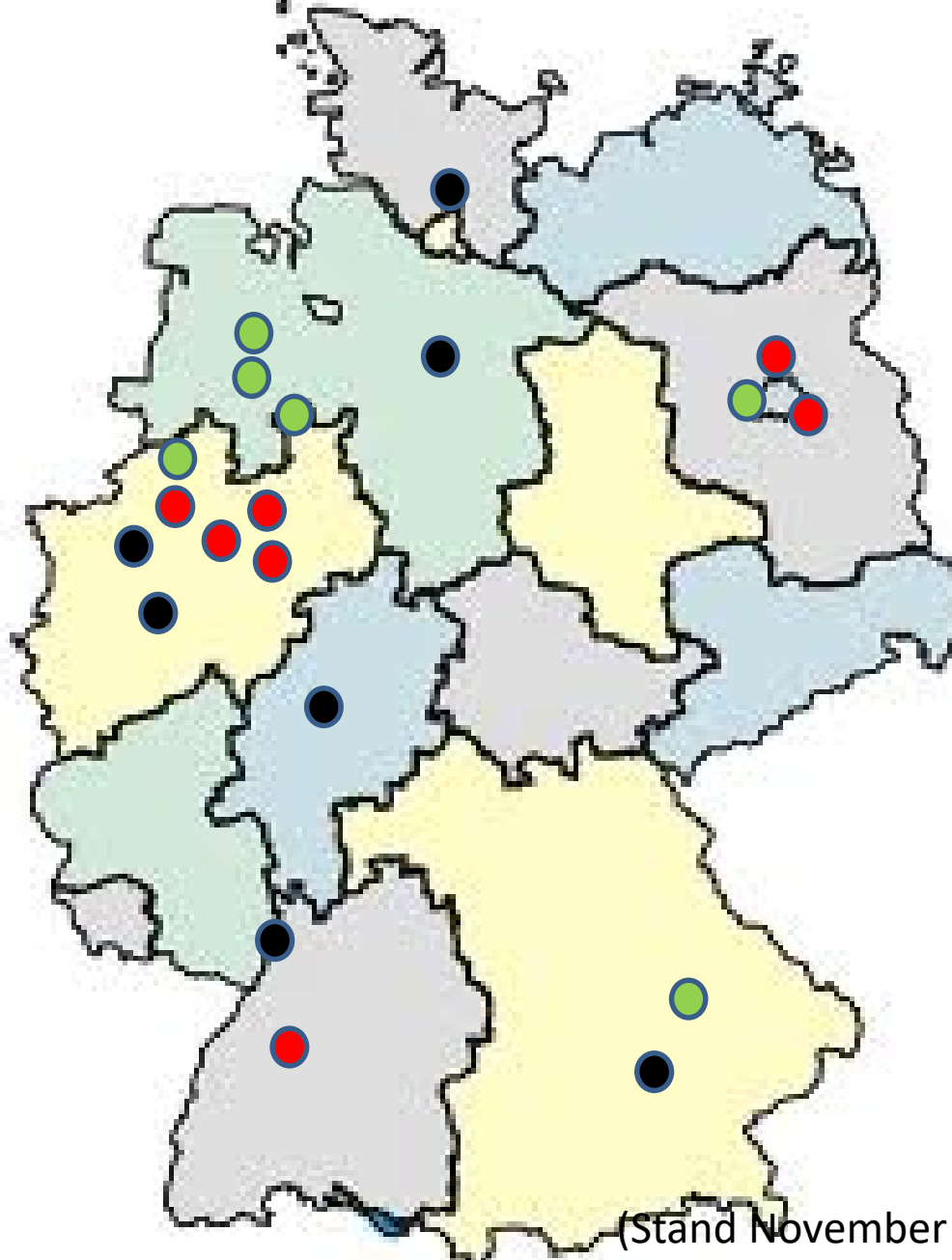
Köln

Bonn

Frankfurt

Karlsruhe

München



Berlin III 2025

Berlin II 2020

Berlin 2013

Düsseldorf 2016

Iserlohn 2022

Wuppertal 2020

Dortmund/Unna 2020

Essen 2025

Bielefeld 2025

Dortmund 2025

Hamm

Nürnberg

Stuttgart 2014

(Stand November 2025, ca. 1800 Patienten)

Reichen die gesetzlichen Änderungen für adäquate Versorgung aus?

- Eigentlich ja, Problem ist die Haltung der „ultima ratio“ und Verbindung der Behandlung mit „Schwerstabhängigkeit“, die nicht gut definiert ist.
- Überwiegend paternalistische Haltung („Patienten vor Diamorphin als „Endstation“ bewahren“)
- Von adäquater Versorgung weit entfernt, stigmatisierte und hoch reglementierte Behandlungsform (im Vergleich zur Schweiz müssten wir 10x mehr Patienten behandeln)
-dies gilt nicht nur für Diamorphin! (nur 50 % von oraler Substitution erreicht, davon laut Premos-Studie 50 % stabil, sind 120.000 nicht adäquat erreichte Menschen!



ZUKUNFTSINITIATIVE *SUBSTITUTION*

WIR BEGEGNEN DEN AKTUELLEN
HERAUSFORDERUNGEN DER
SUCHTMEDIZIN.

Zunehmender Fachkräftemangel und fehlender Nachwuchs in der Suchtmedizin, unzureichende Strategien für Prävention und Frühintervention, große Versorgungslücken, ein fragmentiertes und unübersichtliches Hilfesystem sowie ein hoher Innovationsstau und eine möglicherweise bevorstehende Überdosiskrise wie in Nordamerika sind nur einige der wesentlichen Probleme im Suchthilfesystem.

SPENDEN

