

3528/AB XXI.GP

Eingelangt am: 26.04.2002

BM für soziale Sicherheit und Generationen

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3556/J der Abgeordneten Miedl und Kollegen** wie folgt:

Fragen 1 und 2:

Die Zahl der Suchtgiftabhängigen bzw. der problematischen Drogenkonsumenten (häufigerer Gebrauch von so genannten "harten Drogen", vor allem Heroin) lässt sich auf Basis wissenschaftlicher Prävalenzschätzungen lediglich annäherungsweise ermitteln. Im Jahr 2000 lagen erstmals Ergebnisse einer gesamtösterreichischen wissenschaftlichen Prävalenzschätzung für den Untersuchungszeitraum 1994/1995 vor (Bericht zur Drogensituation 2000, OBIG). Die aktualisierte Berechnung für die Jahre 1996 bis 2000 ergab für Gesamtösterreich geschätzte 16.000 bis 19.000 Heroinabhängige bzw. problematische Opiatkonsumenten, davon etwa die Hälfte in Wien. Die diesbezügliche Situation wird auf diesem Niveau als stabil eingeschätzt. Diese Annahme bestätigt sich auch durch den Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.

Frage 3:

Die Durchschnittsdosierung liegt in der Substitutionsbehandlung zwischen 80 und 120 mg bei Methadon und wird eher selten überschritten. Niedrigere Einstellungen kommen vor. Es ist jedoch darauf zu achten, dass in der Substitutionsbehandlung nicht unterdosiert und dadurch illegaler Beikonsum gefördert wird. Es ist - wie bei allen anderen medizinisch indizierten medikamentösen Behandlungen - die im konkreten Fall adäquate Dosierung zu finden. Es kann daher kein gesundheitspolitisches Ziel sein, möglichst geringe Dosen zu verordnen.

Frage 4:

Die Zahl der meinem Ressort jährlich gemeldeten Substitutionspatientinnen ist von 1.538 Personen im Jahr 1991 auf 4.893 im Jahr 2001 gestiegen. Seit etwa Mitte der 90er Jahre gibt es einen Trend zur Diversifikation, sodass seither zunehmend auch andere Substanzen als Methadon zur Substitution eingesetzt werden. Ziel ist es, das jeweils optimale Mittel für eine bestimmte Person zu finden. Verfügbare Daten aus den Bundesländern zeigen, dass in den letzten Jahren etwa 20 bis 40 % der Substitutionspatientinnen mit anderen Substanzen (retardierte Morphine, Buprenorphin etc.) als Methadon behandelt wurden. Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Methadon vs. Retard-Morphin besteht ein West-Ost-Gefälle. Hohe Anteile Morphinsubstituierter befinden sich in Vorarlberg und Tirol, auch in Oberösterreich, während Wien in dieser Hinsicht eher einen traditionellen Weg geht.

Frage 5:

Diese Frage ist aufgrund der Komplexität der Verhältnisse nicht generell zu beantworten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die meisten Suchtkranken nicht nur eine Droge nehmen. Vielmehr wird das Problem dadurch verschärft, dass der überwiegende Anteil der Suchtkranken polytoxikomane Abhängigkeitsmuster aufweist. In den meisten Fällen gibt es aber eine "Leitdroge".

Bei Morphinabhängigkeit (z.B. Heroin) kann die Indikation zur Substitution gegeben sein. Der Gebrauch illegal erworbener Morphinpräparate geht bei aufrechter Substitution und fallgerechter Dosierung eindeutig zurück. Die Wirkung von Substanzen, die vorher parallel zu Morphin (Heroin) eingenommen wurden, wird von der Substitution aber nicht beeinflusst; ebenso wenig dementsprechend das Bedürfnis, diese weiterhin zu nehmen. Ganz zu beseitigen ist das Bedürfnis nach Beigebrauch oft auch im Rahmen der Substitutionsbehandlung nicht, wobei jedoch weniger die Gier nach der Substanz selbst als nach der Applikationsform (Injizieren) die Hauptmotivation repräsentiert. Daher ist es wichtig zu betonen, dass die Substitutionsbehandlung sich nicht allein auf das Verschreiben des Ersatzmittels beschränken darf, sondern eine entsprechende psychosoziale Begleitbetreuung unbedingt integraler Bestandteil der Substitutionsbehandlung sein muss, in deren Rahmen u.a. auch auf diese Problematik eingegangen wird.

Überdies ist festzuhalten, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin regelmäßig Behandlungskontrollen wie Prüfung des Gesundheitszustandes und Harnkontrollen durchzuführen hat, ein (regelmäßiger) polytoxikomaner Beikonsum bei regulär durchgeführter Substitutionsbehandlung dürfte daher nicht die Regel sein.

Fragen 6 und 7:

Die für Österreich und auf internationaler Ebene verfügbaren Ergebnisse von Evaluationen und Begleitstudien zur Substitutionsbehandlung insgesamt - welches geeignete Mittel auch immer eingesetzt wird - zeigen deutliche Behandlungserfolge, insbesondere Stabilisierung bezüglich des Lebensunterhalts, ausgeprägte Verbesserungen des Gesundheitszustands, Zunahme der Erwerbstätigkeit, Abnahme der Delinquenz, positive Einschätzung der seelischen und körperlichen Befindlichkeit.

Beim Einsatz von Buprenorphin bei schwangeren Drogenabhängigen zeigen österreichische Studienergebnisse deutliche Erfolge im Hinblick auf die Reduktion des neonatalen Entzugssyndroms der Säuglinge.

Weiters gibt es diverse Vergleichsstudien verschiedener Substitutionsmittel, die auf eine Untersuchung der Nebenwirkungen, des Wohlbefindens und der Lebensqualität bei den behandelten Patientinnen abzielten und für alle Substanzen Verbesserungen im Zuge der Behandlung feststellten. Generell herrscht in der Fachwelt Einigkeit, dass es das "optimale" Substitutionsmittel für alle Drogenabhängigen nicht gibt, sondern das jeweils "geeignetste" unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientinnen angewendet werden soll.

Frage 8:

Diesbezügliche Zahlen werden erst verfügbar sein, wenn ein österreichweites einheitliches PatientInnendokumentationssystem eingeführt ist. Ein entsprechendes Projekt, das auf die Entwicklung und Einführung eines österreichweit standardisierten Dokumentations- und Berichtssystems der Therapieeinrichtungen abzielt, läuft derzeit in meinem Ressort.

Frage 9:

Die jährlichen Kosten der Krankenversicherungsträger für die Verordnung von Methadon belaufen sich wie folgt, wobei darauf hingewiesen wird, dass ein Vergleich der genannten Daten nicht möglich ist, weil nicht alle Zahlen bloße Methadon-Drogensubstitutionen umfassen, sondern teilweise auch Schmerztherapien.

WGKK (reine Methadonsubstitution):

1990.....	166.172€
1991.....	213.666€
1992.....	270.667€
1993.....	348.499 €
1994.....	409.219€
1995.....	516.684€
1996.....	579.009€
1997.....	593.192€
1998.....	704.988€
1999.....	763.065€
2000.....	911.455€
2001.....	944.747€

NÖGKK (reine Methadonsubstitution):

2000.....	79.233€
2001.....	66.755€

OÖGKK (reine Methadonsubstitution):

1998.....	92.514€
1999.....	147.593€
2000.....	150.726€
2001.....	130.000 €

KGKK (alle Methadonfälle - nicht nur Drogensubstitution):

2000.....	34.207€
2001	46.551 €

SGKK:

2000.....	80.957€
2001	80.957 €

TGKK:

Seit 1997 sind keine Werte vorhanden, da seit der vollelektronischen Rezeptabrechnung für die Erfassung der Methadonrezepte keine eigene Pharmanummer verwendet wird. Außerdem werden ab 1997 anstelle von Methadon auch andere Ersatzdrogen bewilligt, weshalb eine Auswertung der Methadonrezepte nicht mehr aussagekräftig ist.

1993.....	97.963€
1994.....	103.995€
1995.....	151.886€
1996.....	179.502€

Von den anderen Gebietskrankenkassen (BGKK, StGKK und VGKK) liegen keine Daten vor.

Frage 10:

An durchschnittlichen, jährlichen Kosten für einen Methadonpatienten konnten folgende Beträge ermittelt werden:

OÖGKK.....	485 €
TGKK.....	1.560€

Die übrigen Gebietskrankenkassen können darüber keine Aussage treffen, weil bloß eine Kostenzuteilung pro Verordnung möglich ist. Es ist aber nicht feststellbar, wie viele Verordnungen auf einen Patienten/eine Patientin jährlich entfallen.

Um zu einer realistischen ökonomischen Kosteneinschätzung zu gelangen, ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass durch die Substitutionsbehandlung Kosten, die ansonsten durch Begleitkriminalität oder verminderte bzw. nicht gegebene Erwerbsfähigkeit entstünden, wesentlich reduziert werden können.

Frage 11:

Substituierende Maßnahmen sind in Österreich inzwischen ein selbstverständlicher Teil des Angebotsspektrums der Drogenhilfe und stellen eine wichtige Behandlungsform/-alternative für Opiatabhängige dar. Die verfügbaren Evaluationsergebnisse sowie die Erfahrungen aus der Praxis zeigen viele aus gesundheitsbehördlicher Sicht positive Effekte dieser Behandlungsform. So wird durch die Substitutionsbehandlung auch ein indirekter Effekt erzielt, da sie dazu beiträgt, Infektionskrankheiten wie Hepatitis A, B und C und die Übertragung von HIV zu vermindern. Die Substitutionsbehandlung ist ein wichtiges Element eines differenzierten Behandlungs- und Betreuungssystems, ist aber - im Sinne der Zielgruppenorientierung - nicht auf Methadon beschränkt, sondern erlaubt auch die Substitution mit anderen Ersatzmitteln.

Frage 12:

Neben Methadon werden in Österreich vor allem retardierte Morphine und Buprenorphin (Subutex) eingesetzt.

Frage 13:

Eine derartige Initiative ist derzeit für Österreich nicht in Aussicht genommen.

Fragen 14 und 15:

„Detox 5“ ist ein Angebot im Rahmen des Rapidentzuges und der Substitution mit Opiatantagonisten und wird auch in Österreich angeboten. Die Methode ist geeignet für Opiatabhängige mit guter Motivation und dem festen Willen, Abstinenz zu erzielen, die sich in einem relativ guten körperlichen Zustand befinden, auf gute Unterstützung durch Freundinnen oder Familienangehörige zählen können und deren soziale und berufliche Rehabilitation realistisch ist. Nicht geeignet ist sie jedoch für psychosozial instabile Patientinnen, psychiatrisch höhergradig komorbide Patientinnen, leberkranke Patientinnen, Patientinnen, deren Hirnfunktion geschädigt ist sowie für Patientinnen mit Herz-Kreislaufproblemen und schwangere Frauen.

Folgende Nebenwirkungen sind bekannt: Schwere Magen-Darmkrämpfe, Gelbfärbung der Augen und der Haut, Verfärbung des Urins, Verstopfung oder Durchfall, Kopfschmerzen, Gelenks- und Muskelschmerzen, Erbrechen oder Übelkeit, Gereiztheit, Antriebslosigkeit, Angst, Schlafstörungen, Depression.

Der bedeutsamste problematische Effekt besteht darin, dass die Opiattoleranz stark absinkt und dass bei einem Rückfall bereits eine kleine Dosis eines Opiats eine eventuell tödlich verlaufende Überdosierung bedeuten kann. Eine weitere Beein-

trächtigkeit besteht darin, dass Gebraucherinnen von Naltrexon und ähnlichen Antagonisten nicht mit Opiaten behandelt werden können, wenn sie unter akuten Schmerzzuständen leiden und dass auch bei Narkose entsprechende Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden müssen. Patientinnen unter Naltrexon müssen daher mit einem entsprechenden Ausweis ausgestattet werden.

Festzuhalten ist weiters, dass die Langzeitauswirkungen einer chronischen Blockade der Opiatrezeptoren noch nicht ausreichend erforscht sind.

International wird die Methode kontroversiell beurteilt. Alle Autorinnen stimmen aber darin überein, dass sie nur für entsprechend gut motivierte Patientinnen geeignet ist, einige sind der Ansicht, dass von ihr nur 10-20 % der Abhängigen profitieren können. Die Methode ist dementsprechend nicht als flächendeckende Behandlungsform geeignet, ist aber in der Hand des Arztes/der Ärztin ein gutes Instrument für entsprechend ausgewählte Patientinnen.

Beobachtungen über mangelhafte Adherence bei nicht ausreichend sorgfältig ausgewählten Patientinnen und das hohe Morbiditäts-Mortalitäts-Risiko bei Rückfällen sowie die beschriebenen Nebenwirkungen lassen es nicht zu, die Methode als medizinische Methode erster Wahl und als gesundheitspolitisch vorrangig zu definieren.

Frage 16:

In der stationären Behandlung von Abhängigen von illegalen Drogen ist zwischen dem körperlichen Entzug (bis zum Abklingen der körperlichen Entzugserscheinungen) und der Entwöhnungsbehandlung zu unterscheiden. Bei der Entwöhnungsbehandlung wird mit psychologischer, sozialer und medizinischer Unterstützung die individuelle Bindung an das Suchtmittel gelöst und durch biographisch sinnvolle Ziele und Bindungen ersetzt. Während der körperliche Entzug nur wenige Tage bzw. Wochen dauert und an den meisten psychiatrischen Abteilungen der Krankenanstalten bzw. auch an einzelnen spezialisierten Einrichtungen durchgeführt wird, existieren für die Entwöhnungsbehandlung -je nach Dauer- Kurz- bzw. Langzeittherapieprogramme.

Auf Basis der verfügbaren Daten gibt es in Österreich zehn Einrichtungen, die stationäre Langzeittherapie für Abhängige von illegalen Drogen anbieten, sieben Einrichtungen verfügen über Programme zur stationären Kurzzeittherapie für die genannte Zielgruppe. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen (Träger)-Einrichtungen ihre Programme zum Teil an verschiedenen Orten anbieten.

Nach Bundesländern differenziert stellt sich folgendes Bild dar:

Bei der stationären Langzeittherapie ist die Nähe der Einrichtung zum Wohnort der Patientin/des Patienten keine wesentliche Voraussetzung. Daher versorgen die meisten Einrichtungen Patientinnen aus mehreren Bundesländern. So betreut beispielsweise die in Niederösterreich angesiedelte Einrichtung "Grüner Kreis" PatientInnen aus allen Bundesländern. Bezogen auf den Standort der Einrichtung existieren diesbezügliche Angebote in allen Bundesländern - außer im Burgenland, in Salzburg und in der Steiermark.

Bei der Kurzzeittherapie spielt die regionale Verfügbarkeit eine große Rolle, da sich diese Therapieform insbesondere auch an Personen mit vorhandener sozialer Integration richtet. Derzeit gibt es Angebote in Niederösterreich, in der Steiermark, in Tirol, Vorarlberg und Wien. Der Bereich ist allerdings in Entwicklung - so plant beispielsweise die Oberösterreichische Einrichtung "Erlenhof" ein flexibleres Programmangebot mit unterschiedlichen Laufzeiten.

Im Auftrag meines Ressorts wurde vom österreichischen Institut für Gesundheitswesen (OBIG) im Jahr 2000 eine Erhebung durchgeführt, an der sich die meisten relevanten Einrichtungen, die auf die Behandlung von Abhängigen von illegalen Drogen spezialisiert sind, beteiligten. Demnach stehen in Österreich im Bereich der Langzeittherapie mindestens 320 und im Bereich der Kurzzeittherapie mindestens 60 Therapieplätze zur Verfügung. Die genauen Zahlen liegen allerdings etwas höher, da sich nicht alle Einrichtungen an der Erhebung beteiligt haben.

Es ist aus meiner Sicht daher davon auszugehen, dass der Bedarf größer ist als das derzeitige Angebot im Bereich der Langzeittherapie. Es wird daher verstärkt darauf zu achten sein, dass insbesondere auf Länderebene Einrichtungen und Angebote zu einer vermehrt in Anspruch genommenen Entwöhnung auf Basis praxisbezogener qualitätsgerichteter Kriterien geschaffen werden. Ich habe mein Ressort in diesem Zusammenhang beauftragt, noch ausstehende Daten über die tatsächlich bestehenden und genutzten Angebote einzufordern und auszuwerten, um daraus die notwendigen Strukturverbesserungen ableiten und umsetzen zu können. Erst durch eine lückenlose Dokumentation der in diesem Bereich erbrachten Leistungen ist eine bundesweite auf Standards ausgerichtete Qualitätsbeurteilung sinnvoll.