

Heroin auf Rezept für die Behandlung von therapieresistenten chronisch Heroinabhängigen.

Die Resultate niederländischer Studien und der aktuelle Stand.

Einleitung

Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts erschien Heroin auf den illegalen Drogenmärkten Europas. In den darauf folgenden Jahren nahm der Gebrauch von illegalem Heroin stetig zu und die Zahl der Süchtigen stieg. Laut Schätzungen variiert die Zahl der Heroinabhängigen in Europa zwischen 0,3 und 0,9 Prozent und die Prävalenz von problematischem Opiatkonsum in den Niederlanden und Deutschland ist im Vergleich mit den übrigen westeuropäischen Ländern relativ niedrig (Rehm et al. 2005). Bei der Behandlung von Heroinsüchtigen sind die primären Ziele Entgiftung und das Erreichen einer lang anhaltenden Abstinenz. Immer mehr wird jedoch klar, dass Heroinabhängigkeit eine chronische Krankheit mit einer hohen Rückfallquote ist (siehe u. a. Leshner 1997; McLellan 2000; Hser et al. 2001). Bei der Behandlung von chronisch Heroinabhängigen verschiebt sich das Ziel immer mehr von einer stabilen Abstinenz zu Schadensbegrenzung, Stabilisierung und dem Verbessern der Lebensqualität. Lang anhaltende Substitutionsbehandlungen mit Methadon oder Buprenorfin - in gezielten Dosierungen - sind bewiesenermaßen effektive Interventionen, die dazu beitragen, illegalen Drogengebrauch und unsicheres Injektionsverhalten zurückzudrängen. Daraus resultiert eine Abnahme der Kriminalität (siehe auch Cochrane 2003; Van den Brink & Van Ree 2003).

Doch nicht bei allen Heroinabhängigen helfen die bestehenden auf „cure“ und „care“ gerichteten Behandlungen. In der Schweiz wurde deshalb 1994 ein ausgedehntes Programm gestartet, bei dem Heroinabhängige mit unterschiedlichen Opiaten auf Rezept behandelt werden, darunter auch Heroin. In einer Schweizer Untersuchung stellte sich heraus, dass die Behandlung von Heroinabhängigen mit ärztlich verschriebenem Heroin möglich und sicher ist. Außerdem stellte sich heraus, dass diese Form des „heroin assisted treatment“, bei der Heroin verordnet und mit einem breiten und intensiven Angebot von psychosozialen Interventionen kombiniert wurde, zu erheblichen gesundheitlichen Verbesserungen bei den Patienten führte, die kontinuierlich die Behandlung in Anspruch nahmen (Uchtenhagen et al. 1999; Rehm et al. 2001; Perneger et al. 1998). Da es sich bei der Schweizer Untersuchung um eine beobachtende Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe sowie eine Kombination von verordneter Heroingabe mit einem intensiven psychosozialen Hilfeangebot handelte, war es jedoch leider nicht möglich, die positiven Resultate eindeutig zu interpretieren. Die niederländische Regierung entschied deshalb 1997, nach Beratung mit dem Gesundheitsrat, eine randomisierte und kontrollierte Untersuchung der Effektivität und Schädlichkeit bei der Verordnung von Heroin an therapieresistente chronisch Heroinabhängige in Auftrag zu geben. In diesem Artikel wird die niederländische Untersuchung zu „ärztlich verordnetem Heroin“ und deren wichtigsten Resultate besprochen.

Obwohl die Untersuchung faktisch aus zwei parallelen Studien bestand - einer zur Effektivität der Verordnung von injizierbarem Heroin und einer zur Effektivität von inhalierbarem Heroin - werden beide Studien hier kombiniert behandelt. Außerdem beschränkt sich dieser Artikel auf die untersuchten Gruppen, die während der zwölfmonatigen experimentellen Studienphase entweder die orale Standard-Methadonbehandlung angeboten bekamen oder die experimentelle Behandlung mit Heroin plus Methadon. Eine vollständige Beschreibung vom Aufbau und Resultat beider Studien ist publiziert unter: CCBH 2002; van den Brink et al. 2003; www.ccbh.nl.

Aufbau der Untersuchung

Patienten: An dieser Untersuchung konnten ausschließlich therapieresistente chronisch heroinabhängige Methadonpatienten teilnehmen. Die wichtigsten Einschlusskriterien waren:

1. Mindestalter 25 Jahre,
2. mindestens 5 Jahre heroinabhängig,
3. in den vorangegangenen 5 Jahren mindestens einen Monat lang ohne Unterbrechung mit einer adäquaten Methadondosierung (50 mg für inhalierende und 60 mg für injizierende Heroinabhängige) behandelt,
4. regelmäßige Teilnahme an der Methadonbehandlung im vergangenen halben Jahr, und trotzdem:
5. fast täglicher Gebrauch von illegalem Heroin,
6. sowie ein schlechter körperlicher und/oder psychischer und/oder sozialer Gesundheitszustand.

Randomisierung: Die Patienten der Studie wurden - sowohl in der Untersuchung mit injizierbarem als auch in der Untersuchung mit inhalierbarem Heroin - zufällig einer der beiden Untersuchungsgruppen zugewiesen (vgl. Abb. 1). Die experimentelle Gruppe bekam während der zwölf Monate eine Behandlung mit Heroin in Kombination mit Methadon angeboten. Die Kontrollgruppe wurde während dieser Zeit nur mit oralem Methadon behandelt (in dem Methadonprogramm, in dem sie bereits behandelt wurden). Nach Beendigung der zwölfmonatigen Untersuchungsphase wurde die Behandlung mit Heroin für die experimentelle Gruppe für mindestens zwei Monate eingestellt und diese Patienten wurden in einer beobachtenden Follow-up Studie weiter beobachtet. Allen Patienten wurde die bestmögliche Versorgung geboten, mit Ausnahme von verordnetem Heroin. Die Kontrollgruppe bekam in dieser Phase das Angebot einer Behandlung mit Heroin plus Methadon für die Dauer von sechs Monaten.

Abbildung 1: Aufbau der Untersuchung zur medizinisch verordneten Heroingabe (n=430)

	Anzahl landesweit	Experimentelle Untersuchungsphase, 12 Monate	Follow-up Studie, 6 Monate
inhalierbares Heroin			
Gruppe A	139	Methadon	Methadon + Heroin
Gruppe B	117	Methadon + Heroin	Bestmögliche Versorgung ⁽¹⁾
injizierbares Heroin			
Gruppe A	98	Methadon	Methadon + Heroin
Gruppe B	76	Methadon + Heroin	Bestmögliche Versorgung ⁽¹⁾

(1) Mit Ausnahme von verordnetem Heroin; zwei Monate nach Beendigung der Heroingabe kann die Behandlung mit Heroin unter bestimmten Voraussetzungen nach medizinischer Indikation und auf individueller Basis wieder aufgenommen werden.

Behandlung mit ärztlich verordnetem Heroin: Die Behandlung mit ärztlich verordnetem Heroin fand in neuen poliklinischen Behandlungszentren in sechs niederländischen Städten statt: Amsterdam, Den Haag, Groningen, Heerlen, Rotterdam und Utrecht. Das vorgeschriebene (injizierbare oder inhalierbare) Heroin wurde dreimal täglich, sieben Tage die

Woche angeboten und wurde unter medizinischer Beobachtung injiziert oder inhaliert („chinezén“ oder „chasing the dragon“). Pro Einnahme betrug die maximal verordnete Dosierung 400 mg und die Tagesdosierung durfte eine Gesamtmenge von 1.000 mg nicht überschreiten. Die Behandlung mit oralem Methadon fand in den üblichen Methadonbehandlungsprogrammen in den gleichen Städten statt. Im Allgemeinen wurde Methadon drei- bis fünfmal in der Woche verabreicht und nur ausnahmsweise an sieben Tagen in der Woche. Die Patienten der Kontrollgruppe bekamen in der Regel Methadondosen für zwei bis vier Tage mit nach Hause.

Untersuchungsmethoden und -intervalle: Neben einem zweimonatlichen medizinischen screening durch den behandelnden Arzt wurden die Patienten in zweimonatigen Abständen durch geübte, unabhängige Interviewer befragt. Die wichtigsten Messinstrumente waren hierbei die europäische Version des Addiction Severity Index (EuropASI; Kokkevi & Hartgers 1995) mit einigen Zusätzen, die Gesundheitsskala der Maudsley Addiction Profile (MAP-HSS; Marsden et al. 1998) und die Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis 1983).

Response: Der Untersuchung vorausgehend wurde eine dichotome, multidimensionale Response definiert, um nach Ablauf der zwölf Monate feststellen zu können, ob die Patienten mehr Nutzen von einer Behandlung mit Heroin und Methadon haben, als von einer Behandlung ausschließlich mit Methadon. Ein Patient wurde als Responder definiert, wenn:

- mindestens eine 40-prozentige Besserung in einem oder mehreren der Einschlusskriterienbereiche (schlechte körperliche, psychische oder soziale Gesundheit) eintritt, unter denen der Patienten am Anfang der Untersuchung litt, und
- keine gleichzeitige Verschlechterung von 40 Prozent oder mehr in einem dieser Bereiche erfolgt, und
- es zu keiner Zunahme beim illegalen Kokain- oder Amphetamingebrauch von mehr als sechs Tagen im vorangegangenen Monat kommt, und
- es zu keinem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung (wie Krankenhaus, JVA oder Drogentherapieklínik) von mehr als sieben Tagen im vorangegangenen Monat kommt.

Statistische Analyse: Bei der Analyse der Untersuchungsergebnisse wurde das „intention-to-treat“ Modell angewandt, wobei alle Patienten einbezogen wurden, die von den Resultaten der Randomisierung in Kenntnis gesetzt wurden. Das bedeutet, dass Patienten, die die Behandlung mit Methadon oder Heroin frühzeitig beendet hatten, in der Analyse erwähnt blieben und zwar in der Gruppe, der sie am Anfang der Untersuchung zugewiesen worden waren. Bei Patienten, bei denen es nach 12 Monaten nicht möglich war, das zweimonatliche Kontrollgespräch zu führen, wurden die zuletzt verfügbaren Untersuchungsergebnisse als Abschlussmessung verwendet (*Last Observation Carried Forward*).

Ergebnisse

Patientenmerkmale: Über die Hälfte der Patienten nahm an der Untersuchung zum inhalierbaren Heroin teil (n=256), die Übrigen an der Untersuchung zum injizierbaren Heroin (n=174). Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Patientenmerkmale. Es stellte sich heraus, dass die Patienten der Studie eine Gruppe älterer, langfristig Heroinabhängiger waren, die einen hohen Konsum weiterer Rauschmittel, wie Alkohol und Kokain, aufwiesen und zusätzlich verschiedene gesundheitliche Probleme hatten.

Tabelle 1: Patientenmerkmale (n=430)

Demografische Merkmale		
- Geschlecht (% Männlich)	80,2 %	
- Alter (Jahre, Durchschnitt)	39,3 Jahre	
- Herkunft (% Niederländisch/ West-Europäisch)	87,2 %	
Einschlusskriterienbereiche		
- körperliche Probleme (%)	65,8 %	
- psychische Probleme (%)	60,0 %	
- soziale Probleme (%)	73,3 %	
- illegale Aktivitäten (%)	57,2 %	
- soziale Kontakte zu Nicht-Drogenkonsumenten (%)	40,0 %	
- mehr als ein Einschluss- kriterienbereich (%)	67,4 %	
Gebrauch	Konsumdauer	im vergangenen Monat
- Heroin	16,4 Jahre	25,8 Tage
- Methadon	12,4 Jahre	28,9 Tage
- Alkohol (>5 Gläser)	6,4 Jahre	7,2 Tage
- Benzodiazepine	6,1 Jahre	12,5 Tage
- Kokain	9,1 Jahre	15,9 Tage
- Mehrfachgebrauch	17,4 Jahre	28,8 Tage

Untersuchungsteilnahme: Der mehrheitliche Teil der Patienten hat an allen zweimonatlichen Kontrollgesprächen teilgenommen (68 Prozent). Die Teilnahme an der Abschlussmessung nach zwölf Monaten betrug 91 Prozent in der Methadonkontrollgruppe und 96 Prozent in der Heroingruppe.

Verbleib in der Behandlung: In der Kontrollgruppe waren nach zwölfmonatiger Untersuchungsperiode 86 Prozent der Patienten noch in Behandlung. In der Heroingruppe beendeten 70 Prozent der Patienten die Behandlung. Die Übrigen waren freiwillig oder - etwa in der Hälfte der Fälle - unfreiwillig in das Methadonprogramm zurückgekehrt.

Effektivität: Nach zwölf Monaten war die Zahl der Responder in der Gruppe, die Heroin in Kombination mit Methadon bekommen hatte, bedeutend höher, als die Zahl der Responder in der Methadonkontrollgruppe: 51 Prozent zu 28 Prozent. Dieser Unterschied in der Response von 23 Prozent war unabhängig vom Behandlungsort und war statistisch signifikant (siehe Tabelle 2). Bei den Respondern, die mit Heroin behandelt waren, war in sämtlichen Kriterienbereichen (siehe oben) eine Verbesserung wahrzunehmen. Die körperliche und psychische Gesundheit der mit Heroin behandelten Responder war nach zwölf Monaten auf ein Niveau angestiegen, das mit der Gesundheitssituation der niederländischen Bevölkerung vergleichbar war. Die Beteiligung an illegalen Aktivitäten war von durchschnittlich 13 Tagen auf durchschnittlich zwei Tage im vorangegangenen Monat gesunken. Daneben zeigte sich, dass die Responder - in bescheidenem Maße - mehr persönliche Kontakte zu Nicht-Drogenkonsumenten entwickelten und der Kokaingebrauch um durchschnittlich etwa 30 Prozent niedriger war (vorher 16, nun 11 Tage). In allen sekundären Analysen stellte sich heraus, dass die Behandlung mit Heroin effektiver war, als die Standard-Methadonbehandlung. In der Heroingruppe war der Anteil an Patienten, die sich so weit verbesserten, dass sie die Einschlusskriterien im Gesundheitsbereich nicht mehr erfüllten, um 18 Prozent höher als in der Methadongruppe. Sogar im ungünstigsten Fall (worst-case-Szenario), in dem alle (7) Heroinpatienten, für die keine Abschlussmessung

des 12. Monats zur Verfügung stand, als Non-Responder eingestuft wurden und alle (21) Methadonpatienten, für die keine Abschlussmessung zur Verfügung stand, als Responder gewertet wurden, hatte die Heroingruppe signifikant mehr Responder (Tabelle 2).

Tabelle 2: Effektivität der Behandlung mit Heroin plus Methadon gegenüber nur Methadon nach 12 Monaten

	Methadon (n=256)	Heroin + Methadon (n=174)
dichotomisierte, multidimensionale Response (%)	28%	51%
Response unter Einschlusskriterium "schlecht funktionierend" (%)	11%	29%
Responsequote unter der ungünstigsten Annahme (worst case-scenario) (%)	35%	51%

Folgen beim Beenden der Heroinbehandlung: Wie vorgesehen wurde die Heroinbehandlung nach zwölf Monaten beendet. Die Patienten bekamen die bestmögliche Anschlussversorgung, oft mit einer erhöhten Methadondosierung. Zwei Monate nach Beendigung der Heroinbehandlung zeigte sich, dass bei der Mehrheit der Responder (83 Prozent) in mindestens einem der Gesundheitsbereiche, in denen zuvor bei Behandlungsende eine Response vorlag, eine deutliche Verschlechterung eintrat. Die Erfolge im Kriterienbereich Gesundheit waren innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Heroinbehandlung verschwunden und den Patienten ging es genauso schlecht oder manchmal sogar noch schlechter als zu Anfang der Studie.

Sicherheit: Insgesamt waren 46 ernsthafte medizinische Vorfälle (*Serious Adverse Events*, SAEs) bei 41 Patienten zu verzeichnen. Es waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der SAEs oder der Patienten mit SAEs zwischen der experimentellen Gruppe, die mit Heroin und Methadon behandelt wurde und der Methadonkontrollgruppe zu verzeichnen. Zwei (nicht tödlich verlaufende) SAEs standen wahrscheinlich oder sicher in Zusammenhang mit der Studienmedikation: eine Überdosierung und ein Verkehrsunfall, wobei der Gebrauch von illegalem Straßenheroin und Kokain festgestellt wurde. Zwei Patienten verstarben während der Untersuchung: aus jeder Gruppe jeweils einer. Diese Todesfälle standen nicht mit der Studienmedikation in Zusammenhang. Neben der medizinischen Sicherheit wurde untersucht, ob die Behandlung mit Heroin zu unerwünschten Folgen auf dem Gebiet der öffentlichen Ordnung und Sicherheit führte. 145 unerwünschte Nebenfolgen wurden verursacht durch 76 Patienten. Diese bestanden aus: Schmuggel-(versuchen) von kleinen Mengen des verordneten Heroins aus den Behandlungszentren, verbalen Bedrohungen oder Aggressionen, physischer Bedrohung, Nebengebrauch von illegalen oder anderweitig verbotenen Stoffen und/oder dealen im Heroinbehandlungszentrum sowie Verstoß gegen die Hausordnung des Zentrums. Fast alle dieser Vorkommnisse fanden in den Behandlungszentren statt und sie müssen im Kontext mit etwa 90.000 Heroinabgaben betrachtet werden.

Patient-treatment-matching: In einer nachfolgenden Analyse wurde untersucht, ob es Patientenmerkmale gibt, welche die Patienten unterschied-

lich empfänglich machen für die Behandlung mit Heroin plus Methadon oder nur mit Methadon. Bei etwa 40 untersuchten Merkmalen stellte sich heraus, das ausschließlich Patienten, die früher in ihrem Leben an einer auf Abstinenz ausgerichteten Behandlung teilgenommen hatten, bedeutend mehr Nutzen von der Behandlung mit Heroin hatten (61 Prozent Response) als Patienten, die keinen abstinenten Versuch unternommen hatten (39 Prozent). Dieser Unterschied zwischen Patienten mit und ohne eine auf Abstinenz gerichtete Behandlungsgeschichte war nicht wahrnehmbar in der Methadonkontrollgruppe. Hier betrug der Response 24 Prozent, beziehungsweise 38 Prozent.

Kosten-Nutzen-Vergleich: Die Behandlung mit Heroin in Kombination mit Methadon unter medizinischer Beobachtung in speziellen Behandlungszentren ist pro Patient im Jahr erheblich teurer als die Standard-Methadonbehandlung in den Niederlanden: 17.634 Euro statt 1.412 Euro. Diese Kosten werden nicht durch die Vergabe von Heroin verursacht (559 Euro pro Patient und Jahr), sondern durch die medizinische Begleitung, die Einrichtung der Behandlungszentren und die (medizinischen) Sicherheitsmaßnahmen. Wenn aber alle dazu gehörenden sozialen Kosten und Einsparungen (insbesondere durch verringerte Kriminalität) ins Auge gefasst werden, führt die Behandlung mit Heroin zu einer durchschnittlichen Einsparung pro Patient und Jahr in Höhe von 12.793 Euro.

Folgerungen

Durch die niederländischen Studien zur medizinischen Verordnung von Heroin an Langzeit-Heroinabhängige, die trotz adäquater Behandlung in einem Methadonvergabeprojekt fast täglich Heroin gebrauchen und eine schlechte körperliche, psychische oder soziale Gesundheit aufweisen, können die folgenden Schlussfolgerungen gezogen werden:

1. Die Behandlung von therapieresistenten chronisch Heroinabhängigen mit injizierbarem oder inhalierbarem Heroin in Kombination mit Methadon ist effektiver, als die Weiterführung der Standardbehandlung mit oralem Methadon.
2. Die Heroinbehandlung führt zu klinisch relevanten Gesundheitsvorteilen für mehr als die Hälfte der Patienten.
3. Die Effektivität und die erreichten Gesundheitsvorteile der Behandlung mit Heroin in Kombination mit Methadon sind groß, wenn die Behandlung fortgesetzt werden kann. Bei der Beendigung der Behandlung verschlechtern sich die erreichten Gesundheitsvorteile innerhalb von zwei Monaten und der Gesundheitszustand der respondierenden Patienten sinkt auf ein Niveau wie am Anfang der Untersuchung ab.
4. Die Behandlung mit ärztlich verordnetem Heroin ist praktisch durchzuführen. Sie führt nicht zu ernsthaften medizinischen Vorfällen und verursacht nur eine beschränkte Anzahl, beherrschbarer Störungen der öffentlichen Ordnung.
5. Die Behandlung mit Heroin scheint im Prinzip effektiv für alle therapieresistenten chronisch Heroinabhängigen. Patienten mit einer Therapieergangenheit, kombiniert mit einer oder mehreren abstinenten gerichteten Behandlungen erzielen einen größeren Nutzen aus der Heroinbehandlung. Möglicherweise sind sie besser daran gewöhnt, sich an die genauen Behandlungsregeln im Heroinbehandlungszentrum zu halten, oder sind stärker motiviert, an einer sehr reglementierten Behandlung teilzunehmen.
6. Die Behandlung mit Heroin unter medizinischer Aufsicht in speziell dafür eingerichteten Behandlungszentren ist pro Patient und Jahr erheblich teurer als eine Standard-Methadonbehandlung. Diese höheren Kosten werden aber mehr als aufgewogen durch die starke Reduzierung der Beschaffungskriminalität. Die Heroinbehandlung bringt im Vergleich zur Methadonbehandlung durchschnittlich eine Kosteneinsparung in Höhe von 12.000 Euro pro Patient jährlich.

Weitere Entwicklungen

Niederlande: Im Februar 2002 übergab die Zentrale Kommission für die Behandlung von Heroinabhängigen (Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden, CCBH) den Abschlussbericht über die Untersuchung zum ärztlich verordneten Heroin an den Minister für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS). Einige Monate später, im Juni 2002, stimmte das Parlament teilweise dem Vorhaben der (demissionierten) Regierung zu, die bestehenden Kapazitäten für die Heroinbehandlung so optimal wie möglich zu nutzen. Eine Entscheidung über die Ausweitung der Behandlung auf andere Städte und die Zulassung von Heroin als Medikament wurde vertagt. Im Juni 2003 präsentierte die durch das Ministerium für Volksgesundheit eingesetzte Kommission für Einführungsaspekte zur Behandlung von Heroinabhängigen (Commissie Invoeringsaspecten Behandeling Heroïneverslaafden, CIBH) ihren Vorschlag zur Einführung einer „dauerhaften, qualitativ verantwortbaren Heroinbehandlung“. Im Dezember 2003 kündigte der Minister für Volksgesundheit in einem Brief an das Parlament sein neues Vorhaben an: den fortgesetzten Betrieb der bestehenden Behandlungszentren mit einer Behandlungskapazität von 300 Plätzen. Gleichzeitig verkündete er, dass eine Evaluation durchgeführt werde. Aufgrund der Ergebnisse solle dann entschieden werden, ob eine Anpassung an die aktuelle Situation notwendig und die Zulassung von Heroin als Medikament erforderlich sei. Im Sommer 2004 entschied sich das Parlament zu einer Erweiterung der Behandlungsplätze auf maximal 1.000. Diese Plätze sollten verteilt werden auf maximal 15 Behandlungszentren an elf regionalen Standorten. Auch erklärte der zuständige Minister, dass die Zulassung von Heroin als Arzneimittel notwendig sei, um die Verschreibung von Heroin nach Beendigung der Studie zu ermöglichen. Zusätzlich zur Zulassung als Medikament beabsichtigt der Minister die Festlegung von Kriterien für die verteilenden Instanzen und Ärzte, um so die Qualität, Kontrolle und Sicherheit garantieren zu können. Eine Anfrage zur Zulassung von Heroin als Medikament für therapieresistente chronisch Abhängige wurde bei den entsprechenden niederländischen Stellen vorgelegt.

International: In verschiedenen Ländern sind Studien zum *heroin assisted treatment* im Gange oder in Vorbereitung (Fischer et al. 2002). Die größten randomisierten Studien finden in Deutschland und Kanada statt. Anfang 2002 wurde in Deutschland eine Studie initiiert, bei der die Effektivität bei der Verschreibung von Heroin im Vergleich zu Methadon untersucht wird. Die Behandlung erfolgt in Kombination mit einem randomisierten Angebot standardisierter psychosozialer Begleitung, entweder in Form von „*case-management* mit integrierter Motivierender Gesprächsführung“ oder in Form einer „Drogenberatung mit Psychoedukation“. Außerdem richtet die deutsche Studie sich an „behandlungsbedürftige Heroinabhängige, die vom bisherigen Drogenhilfesystem therapeutisch nicht wirksam erreicht wurden, oder die von bisherigen Substitutionsbehandlungen mit Methadon nicht ausreichend profitierten“ (siehe: www.heroinstudie.de). In Kanada startete vor einigen Monaten eine randomisierte Untersuchung zur Effektivität von verordnetem Heroin, die ausschließlich auf Heroinabhängige ausgerichtet ist, die nicht im Hilfesystem sind. Dabei wird die Behandlung mit verordnetem Heroin verglichen mit einer optimierten Methadonvergabe (siehe: www.naomistudy.ca).

Fazit

Im Jahr 2004 publizierten die WHO/UNODC/UNAIDS ein Positionspapier über die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen, in dem aufgrund der schweizerischen und niederländischen Untersuchungsergebnisse gefolgert wurde, dass die Behandlung mit ärztlich verordnetem Heroin in diversifizierten Behandlungssystemen eine Alternative darstellen könnte für eine kleine Anzahl schwerstabhängiger Langzeitpatienten, denen mit

keiner anderen Behandlung geholfen werden kann (siehe: www.who.int). Die Resultate der deutschen und kanadischen Studien werden bald dazu beitragen, das Wissen über die spezifischen Voraussetzungen einer effektiven Behandlung mit ärztlich verordnetem Heroin für therapieresistente chronisch Heroinabhängige zu erweitern.

Peter Blanken (1, 2)

Vincent M. Hendriks (1, 2)

Wim van den Brink (1, 3, 4)

Jan M. van Ree (1, 5)

Institutionen:

1. Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH)
2. Parnassia Addiction Research Centre (PARC)
3. Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam (AMC-UvA)
4. Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)
5. Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, Universitair Medisch Centrum Utrecht (RMI-UMCU)

Kontakt:

Peter Blanken

Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden

Stratenum • 5de verdieping

Universiteitsweg 100 • NL-3584 CG Utrecht

Tel. 0031/30/25 38 802

E-Mail: p.blanken@med.uu.nl • www.ccbh.nl

Quellennachweis:

CCBH (2002) www.ccbh.nl.

Van den Brink et al. (2003) *BMJ* 327 (9 Aug): 310-12.

Blanken et al. (2005) *Addiction* 100 (1): 89-95.

Dijkgraaf et al. (2005) *BMJ* 330 (4 June): 1297-1300.

Danksagung:

Unser Dank gilt Frau mr. Ineke Huijsman für ihre koordinierende Mitarbeit während der Untersuchung.



Wer Hilfe SUCHT!

ALKOHOL DROGEN ABHÄNGIGKEITEN SUCHTGEFÄHRDUNG MEDIKAMENTE

Anfangen mit Aufhören - Unter unserer Nummer erreichen Sie rund um die Uhr anonym eine/n Gesprächspartner/in der SuchtHotline.

680 28 28 22

www.suchthotline.info