



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik



Universität Bremen

Prof. Dr. Heino Stöver



Expertengespräch ‚Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung‘ am 14. Februar 2007 in Berlin

Empfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse des Expertengesprächs - "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung"

1. Grundverständnis

Auf Einladung von akzept e.V. und der Universität Bremen haben sich am 14.2. 2007 mehr als 50 eingeladene ExpertInnen aus allen Bereichen, die mit Substitution zu tun haben, in Berlin getroffen, um über Wege der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland zu diskutieren.

Die ExpertInnen gehen davon von folgendem Grundverständnis der Substitutionsbehandlung aus:

Die Substitution ist eine eigenständige pharmakologische Behandlungsform zur Langzeitbehandlung der schweren chronischen Erkrankung „Opiatabhängigkeit“. Substitutionsmedikamente dienen der gesundheitlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen. Die Substitutionsmedikamente sind nicht primär als Vehikel zur Abstinenz zu verstehen. Es ist evident und durch Studien belegt, dass eine multiprofessionelle Intervention mit medizinischen und psycho-sozialen Bestandteilen am erfolgreichsten in der Behandlung und dem Management dieser chronischen Erkrankung ist (und zwar aus beiden Perspektiven: psycho-soziale Interventionen, medizinische Behandlung).

2. Versorgungslage

Die Versorgung opiatabhängiger PatientInnen mit der Substitutionsbehandlung hat sich einerseits in den letzten 10 Jahren verbessert: Gegenwärtig werden ca. 70.000 PatientInnen behandelt. Andererseits werden jedoch auch erhebliche Versorgungsprobleme deutlich:

1. Die Zahl der substituierenden Ärzte (ca. 2.700 Ärztinnen derzeit) stagniert und droht abzunehmen. In einzelnen Regionen und im ländlichen Bereich generell ist die Versorgung mangelhaft. Schnittstellenprobleme (z.B. Behandlungsabbrüche) entstehen beim Übertritt von einem Setting in ein anderes (z.B. Gefängnis, medizinische Rehabilitation; Krankenhaus),
2. Der Behandlungszugang und die Behandlungsqualität sind verbesserungswürdig (v.a. der interdisziplinäre Austausch und die Kooperation zwischen Ärzten und psycho-sozialen Berufen, sowie die Abgabepaxis). Die Regulierungen der

Substitutionsbehandlung bilden rigide administrativ-rechtliche Rahmenbedingungen und führen im ärztlichen Praxisalltag häufig zu Versorgungsproblemen. Sie werden von ExpertInnen als abschreckend für die Übernahme der Behandlung dieser komplexen Erkrankung durch Ärztinnen und Ärzte betrachtet.

3. Die Organisation, Finanzierung und das Angebot psycho-sozialer Betreuung substituierter Patienten sind bundesweit heterogen geregelt. Durch unterschiedliche Interpretationen in den einzelnen Kommunen und Bundesländern entstehen daraus Hindernisse für den Zugang zur Substitutionsbehandlung.

Um die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten in Deutschland zu optimieren werden auf der Grundlage des o.g. Expertengesprächs im folgenden Empfehlungen an die zuständigen und verantwortlichen Stellen ausgesprochen. Dabei sind einige Bereiche nur übergreifend von mehreren zuständigen Stellen gleichzeitig anzugehen.

3. Empfehlungen

Gesetzgeber (Bund)

Die Behandlung Opiatabhängiger muss der Behandlung von PatientInnen anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt werden. Eine Qualitätssicherung und Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens sollte durch Gremien der ärztlichen Selbstkontrolle und Qualitätssicherung erfolgen.

Die Zielformulierung der Substitutionsbehandlung sollte auf der Basis des Standes der Wissenschaft und der ärztlichen Kunst zwischen Arzt-Patient und ggf. psycho-sozialer Betreuung abgestimmt und nicht durch gesetzliche Vorgaben geregelt werden. Internationale Forschung erkennt die Erhaltungstherapie als eine eigenständige Behandlungsoption an. – neben der Abstinenz.

Die Überlassung des Substitutionsmedikamentes in einer oder mehrerer Dosen zum unmittelbaren Verbrauch sollte flexibler geregelt werden (§5 Abs.6 BtMVV– Ausnahmen vom unmittelbaren Verbrauch).

Die Take-Home-Regelungen müssen erweitert werden für stabile PatientInnen Take-Home-Rezept bis zu 4 Wochen (Wiederholungsrezepte).

Meldungen an das Substitutionsregister sollen online möglich sein. Das Substitutionsregister soll Daten zur Versorgungssituation liefern. Ähnlich wie beim HIV-Register ist für einen besseren Datenschutz zu sorgen.

Die Einschränkung der Substitutionsbehandlung auf die Verschreibung nur bestimmter Medikamenten und Applikationsformen ist zu überprüfen. Die im europäischen Ausland aufgrund positiver Forschungsergebnisse verwendeten Substitutionsmedikamente (z.B. retardierte Morphine) sollten mit Blick auf eine Erweiterung der Therapiepalette zugelassen werden.

Bundesländer

Die Finanzierungsgrundlagen der psycho-sozialen Betreuung sollten eindeutig festgelegt werden (Anregung: §53 SGB XII, als Ergänzung /Erweiterung freiwilliger Leistungen).

Die Versorgung opiatabhängiger Patienten in Haftanstalten mit Substitutionsbehandlungen muss gewährleistet werden, sowohl als Weiterbehandlung laufender, als auch in Haft begonnener Therapie.

Eine Zusatzqualifikation von MitarbeiterInnen in der psycho-sozialen Arbeit mit Substituierten (entsprechend der Qualifikation für Ärzte) wird für sinnvoll erachtet.

Kassenärztliche Vereinigungen (KV): Bund und Land

Um die Zahl der substituierenden Ärzte zu erhöhen und um die Behandlungsmodalitäten zu vereinfachen sind erweiterte Möglichkeiten der Aufnahme von Substituierten beim Hausarzt z. B. in ländlichen Regionen umzusetzen. Ebenso ist eine Erweiterung der Konsiliarregelung nötig. Die Honorierung der Konsiliartätigkeit muss geregelt werden.

Um die Versorgung Substituierter im ländlichen Bereich zu gewährleisten bzw. zu verbessern sollten die Möglichkeiten der Einnahme des Substitutionsmedikaments in der Apotheke unterstützt werden. (Honorar).

Die psychiatrische Behandlung Opiatabhängiger bzw. Substituierter muss verbessert werden. Für die Behandlung dieser Doppeldiagnose PatientInnen ist ein besonderer Zeitaufwand nötig. Dem muss sowohl in der Bewertung der Behandlungsziffer als auch in der Berechnung des Zeitkontingents Rechnung getragen werden (ggf. durch Schaffung einer speziellen EBM - Ziffer). Gleiches gilt für die somatische Versorgung der Opiatabhängigen.

Insbesondere zu bemängeln ist, dass neben der Substitutions-Vergabe-Ziffer des EBM etliche somatische und psychiatrische Ziffern nicht berechnet werden dürfen. Dieses muss geändert werden.

Eine Abrechnungsmöglichkeit außerhalb des Budgets ist erforderlich.

Adäquate Vergütungen sind nötig für:

- Take-Home Rezepte (Take- Home Pauschale erforderlich, wie z.T. schon vorhanden)
- Ziffer für die Erstellung des ausführlichen Therapiekonzeptes gemäß BUB (Leistungen außerhalb Budget)
- Mehr Gesprächsziffern – mindestens bis zu 13/Quartal (BÄK Richtlinien) (bisher auf 4 begrenzt)
- Koordinierungsleistungen, evtl. in Form einer Pauschale
- Ziffern für Delegationsleistungen
- Fallpauschalen
- Vergütung Qualitätssicherungsmaßnahmen

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Die Frage der Fahrtkostenübernahme sowohl zum Sichtbezug als auch zur Konsultation beim Substitutionsarzt muss kurzfristig geklärt werden. Der Antrag auf Erweiterung der Indikationsliste wurde gestellt und sollte positiv beschieden werden.

Die Finanzierungsgrundlagen der psycho-sozialen Betreuung sollten gemeinsam mit den Bundesländern neu geregelt werden (siehe auch Bundesländer).

Bundesärztekammer (BÄK)

Die in den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ erwähnten Beratungskommissionen sollten eingerichtet und zur Qualitätssicherung im Bereich der Substitution außerhalb der GKV genutzt werden.

Ärztliche Selbstverwaltung

Die Ausbildung der Ärzte muss qualitativ weiterentwickelt werden. ‚Suchtmedizin‘ muss ein verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung ‚Allgemeinmedizin/Hausarzt‘ sein und fakultativ auch für die anderen Fachrichtungen: Internisten, Gynäkologen möglich sein. In der psychiatrischen Weiterbildung muss der Suchtmedizin mit dem Schwerpunkt Opiatabhängigkeit ein besonderes Gewicht gegeben werden.

Die ärztliche Selbstverwaltung muss ‚schwarze Schafe‘ unter den substituierenden Ärzten entschiedener einbinden bzw. stärker als bisher aus den eigenen Reihen entfernen.

Qualitätssicherungskommissionen

Die Diskussion um wissenschaftlich begründete Leitlinien muß fortgesetzt werden. Die Leitlinienarbeit sollte dabei kooperativ und interdisziplinär und unter Einbeziehung der Selbsthilfe geführt werden. Als Basis für Leitlinien können das ASTO-Projekt und die Leitlinien der Bayerischen Akademie für Suchtfragen dienen.

Ein Optimierungsbedarf in der Qualitätsentwicklung in der Substitutionsbehandlung ergibt sich aus Problemen der täglichen Substitutionspraxis:

- Mortalität von Patienten in der Substitutionstherapie
- psychiatrische Komorbidität
- somatische Komorbidität.

Die Qualitätssicherungskommissionen müssten auch strukturelle Aufgaben wahrnehmen, d.h. sich auch auf Fragen der Versorgungsqualität konzentrieren:

- ausreichende Behandlungsangebote in der Region
- Alternativangebote für Patienten vorhanden (genügend Auswahl an Ärzten)
- Zugangsregelungen zur Behandlung
- Aufdecken nicht fach- und sachgerechter Praktiken (wie z.B. ‚Rezept gegen Barzahlung‘)

Rentenversicherungsträger

Die medizinische und berufliche Rehabilitationsbehandlung muss für substituierte PatientInnen geöffnet werden. Die Behandlungsplanung sollte unabhängig davon, ob der Patient substituiert ist oder nicht, erfolgen. Das Antragsverfahren muss dem der abstinenzorientierten Rehabilitation gleichgestellt werden.

Fachverbände

In der Fachöffentlichkeit sollte ein Konsens über die Bedeutung, Ziele und Arbeitsweisen der psycho-sozialen Betreuung hergestellt werden mit dem Ziel einer Neuverständigung über Standards und Leitlinien der psycho-sozialer Begleitung. Als übergeordnete Zielorientierung wird vorgeschlagen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. zu verbessern. Eine Verknüpfung von psycho-sozialer und medizinischer Intervention wird als sinnvoll erachtet, jedoch sollte eine psycho-soziale Betreuung keine Zugangsvoraussetzung zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung bilden. Hier sollte eine Entkoppelung stattfinden. Ein Mangel an PSB – Plätzen darf keine Auswirkung auf die Bereitstellung und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung haben. (auch => KVen, Bundesländer, Gesetzgeber, Ärztekammer, GBA).

In Kooperation mit den medizinischen Fachverbänden sollten Manuale zu einzelnen Teilthemen (HCV-Therapie, Beikonsum, psychiatrische Komorbidität, gesellschaftliche Teilhabe) erarbeitet werden.

Bestehende Versorgungsdefizite in der psycho-sozialen Betreuung sollten aufgedeckt, dokumentiert und Vorschläge zur Lösung dieser Defizite erarbeitet werden.

Kommunen/Drogenhilfeträger/Ärzeschaft

Kooperationsdefizite zwischen den betroffenen Institutionen innerhalb und außerhalb der Suchthilfe (Arztpraxen, Drogenberatung, akute und rehabilitative stationäre Drogentherapie, Ämter, Justizvollzugsanstalten etc.) sollten identifiziert und behoben werden. Das therapeutische Gefüge Patient-Arzt-Apotheke-Beratungseinrichtung muss verbessert werden.

Universitäten/Forschungseinrichtungen/Bund

Mehr pharmaindustrie-ferne Forschung als bisher ist notwendig, um Grundlagen für eine Verbesserung der Qualitäts- und Versorgungsstrukturen zu erhalten. Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von psycho-sozialer Betreuung sind nötig, um die Wirksamkeit bestimmter Angebote zu erforschen und die Angebote besser am Bedarf der Klienten ausrichten zu können.

22.06.2007

Universität Bremen, FB 11
Prof. Dr. Heino Stöver
heino.stoever@uni-Bremen.de
Bremen

akzept e.V.
Christine Kluge Haberkorn
akzeptbuero@yahoo.de
Berlin

Deutsche Gesellschaft
für Suchtmedizin
Dr. Greif Sander
dr.sander@warendorff.de
Hannover