



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

& Partner

www.akzept.org

Substitutionsbehandlung 2009 | akzept Expertengespräch | 2.12.2009 | Berlin

Dokumentation

Substitutionsbehandlung

Zwischenergebnisse und
Zukunftsperspektiven

2009

Expertengespräch
veranstaltet von **akzept** e.V. und Partnern
am 2.12.2009 in Berlin

Substitutionsbehandlung

Zwischenergebnisse und
Zukunftsperspektiven

2009

Expertengespräch
veranstaltet von **akzept** e.V. und Partnern
am 2.12.2009 in Berlin



akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
& Partner

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Begrüßung

Bilanz: Was wollen wir mit dem 2. Expertengespräch erreichen, was hat sich getan seit dem ersten (14.02.2007) – und was muss noch getan werden?

Prof. Dr. Heino Stöver, akzept e.V.

3

Vorträge

I. Strukturen der Organisation und Finanzierung der Versorgung Opioidabhängiger

Verfahren und Themenfelder der Novellierung der Bundesärztekammer-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

11

Formen der Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger in Deutschland
Schwerpunktpraxen in Baden – Württemberg

Inge Hönekopp, Methadonschwerpunktpraxis Mannheim, Suchtbeauftragte KV Nordbaden

21

Neue Medikamente: neue Probleme? Diamorphinvergabe in der Regelversorgung

Andreas von Blanc, KV Berlin Qualitätssicherung,

25

Bedarf und Realität der psychiatrischen Versorgung – Ein Dialog

29

Prof. Dr. Norbert Scherbaum, Rheinische Kliniken Essen

Dr. Greif Sander, Ltd. Arzt Klinikum Warendorff

Ersatz der Strafbewehrungen in BtMVV/BtMG durch ärztliches Berufs- und Standesrecht? Schlussfolgerungen aus zwei Gutachten

Prof. Dr. Dorothea Rzepka, Frankfurt a.M./Dresden

33

II. Modelle Guter Praxis

Aufgaben und Potentiale der Qualitätssicherungskommissionen <i>Dr. Detlef. Lorenzen, QS-Komm. Substitution der KV Ba.-Wü.</i>	41
Pauschalfinanzierung der Take Home und Finanzierung Erwerb Fachkunde- nachweis Niedersachsen <i>Dr. Konrad F. Cimander, Vors. Qualitätskomm Suchtbehandlung, KV Hannover;</i>	45
Abgabe am Wochenende – Das „Hamburger Apothekenmodell“ <i>Dr. Klaus Behrendt, DGS, Hamburg</i>	47
Welche Bedeutung haben die neuen guidelines der WHO für die PSB- unterstützte Substitutionsbehandlung? <i>Dr. Theo Wessel, Gesamtverband Suchtkrankenhilfe Diakonie, Berlin</i>	53
HIV und HCV Testung – HAV und HBV Impfung bei Substituierten <i>Dirk Schäffer, Deutsche AIDS- Hilfe Berlin</i>	59
Was wollen die Patienten? Zur Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Versorgung <i>Marco Jesse, JES, Vision e.V. Köln</i>	67
Anhang	
Veranstalterkonsortium	69
Referentenverzeichnis	71
Dank	73
Impressum	75

Begrüßung

Was wollen wir mit dem 2. Expertengespräch erreichen, was hat sich getan seit dem ersten, und was muss noch getan werden?

Prof. Dr. Heino Stöver

Einleitung

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger hat sich weltweit als eine der wichtigsten Ansätze in der Behandlung Opioidabhängiger erwiesen - vor allem in Bezug auf die Reduktion des Opioidkonsums, der Morbidität (insbesondere Reduktion von HIV-Transmissionen), der Mortalität und der Steigerung der psychischen, physischen und sozialen Stabilität (v.a. die Verringerung der Kriminalität und die Reduktion von Wiederinhaftierung). Die Behandlung erfährt eine hohe Haltekraft und Reichweite als Basis für weiterführende Unterstützungs- und Therapieangebote. Für die Betroffenen ist die Substitutionsbehandlung eine Möglichkeit, die chronisch rezidivierende Erkrankung „Opiatabhängigkeit“ zu behandeln und sich körperlich und sozial zu stabilisieren – bis hin zu einer Rückkehr in ein ‚normales‘ Alltagsleben, in dem sie den Anforderungen in Partner-/Elternschaft, Ausbildung und Berufsleben besser gerecht werden können.

In Deutschland hat diese Behandlungsform in den letzten 25 Jahren eine enorme Entwicklung durchlaufen: Von der argwöhnisch betrachteten Therapie einzelner Opioidabhängiger in wenigen Städten zu einer in manchen Regionen fast flächendeckenden Behandlung mit großer Akzeptanz: Am 1.7.2009 befanden sich 74.600 PatientInnen in Substitutionsbehandlung. Dies stellt eine mehr als 60%ige Steigerung gegenüber der Patientenzahl von 2002 dar. Ähnlich verläuft die Entwicklung in Gesamteuropa. Diese enorme Steigerung in der Zahl der Substitutionsbehandlungen lässt sich durch überzeugende Resultate und eine Evidenz-Basierung dieser Therapieform erklären, die die Akzeptanz sowohl unter Politikern, Fachleuten, Ärzten erhöht haben. Vor diesem Hintergrund ist eine Erweiterung der Indikation und der Zielgruppen, die Diversifizierung der Substitutionssubstanzen und eine begonnene Entbürokratisierung der Behandlung entwickelt worden.

Trotz der Erfolge und der international deutlichen Anerkennung der Substitutionsbehandlung bestehen in Deutschland immer noch Vorbehalte und eine Debatte über die Zielsetzungen dieser suchtmmedizinischen Therapie (Abstinenz vs. Harm reduction und langfristige Behandlung). Bürokratische Restriktionen, mangelnde finanzielle Anreize führen überdies zu erheblichen Versorgungsproblemen, politische und fachlichen Entwicklungen führen außerdem zu einem Gefälle zwischen Stadt und Land, Nord und Süd, Ost und West aber auch zwischen bestimmten Settings. Im Gegensatz zur immer stärkeren Verschränkung aller Versorgungsangebote (v.a. niedrigschwellig mit höherschwelligen Angeboten) und Überwindung der eindimensionalen Ausrichtung der Hilfen, ist die Substitutionsbehandlung immer noch weitgehender Ausschlussgrund für die Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation (stationäre Langzeittherapie). Auch die Substitutionsbehandlung in Haft erreicht laut EMCDDA weniger als 1% der Inhaftierten in Deutschland, obwohl mehr als 20% aller Inhaftierten iv DrogenkonsumentInnen sind.

Neben der quantitativen wird in letzter Zeit auch mehr und mehr die qualitative Entwicklung, der Substitutionsbehandlung diskutiert: Die 2009 erschienenen WHO-Leitlinien zur psycho-sozial unterstützen Substitutionsbehandlung zeigen eindeutig, dass die psychosoziale Betreuung Substituierter die Erfolgsaussichten der Behandlung steigern – allerdings darf diese nicht unter Zwang erfolgen.

Opiatabhängigkeit ist aufgrund ihres komplexen Erscheinungsbildes und ihrer differenzierten Ursachenstruktur eine Krankheit, die der multiprofessionellen Behandlung mit patientengerechten Zielsetzungen erfordert (Ausstieg aus der Abhängigkeit, körperliche und soziale Stabilisierung etc.). Die Substitutionsbehandlung liefert zudem die Basis für eine Behandlung der Vor-, Begleit- und Folgeerkrankungen somatischer und psychischer Art (HIV/HCV-Infektionen, psych(iatr)ische Komorbidität) sowie für eine Betreuung zur Regulierung der mit der Abhängigkeit verbundenen sozialen, rechtlichen und finanziellen Probleme.

Eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Behandlung wie die Substitutionsbehandlung erfordert eine Einbeziehung relevanter Fachverbände, die aus jeweils ihrer professionellen Sicht zu einem disziplinen-übergreifenden Konsens über eine qualitativ hochwertige, patientengerechte Behandlung kommen.

Das 2. Expertengespräch ist daher anders als das erste, nicht mehr nur allein von akzept geplant und durchgeführt worden. Es hat sich ein Konsortium von mehreren Partnern gebildet, das diese Konferenz als Zwischenbilanzierung und Zukunftsforum ausgerichtet hat.

Das zweite Expertengespräch zur Substitutionsbehandlung unter dem Titel „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung 2009 – Zwischenergebnisse und Zukunftsperspektiven“ fand am 02.12.2009 in Berlin statt - veranstaltet von akzept e.V. gemeinsam mit:

- der Ärztekammer Westfalen-Lippe
- dem Berufsverband Deutscher Psychiater/Deutscher Nervenärzte (BVDP/BVDN)
- dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit
- der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
- der Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin/Qualitätssicherung.

Mit Hilfe der Expertise der eingeladenen Fachleute sollten einzelne Problembereiche identifiziert und in konkrete Handlungsempfehlungen umgesetzt werden. Hierbei soll ein Schwerpunkt auf der Vorstellung bereits existierender Modelle guter Praxis in Deutschland liegen. Die Einzelthemen werden nach kurzer Vorstellung von allen PlenumsteilnehmerInnen diskutiert.

Was bisher geschah - Entwicklung seit dem 1. Expertengespräch

Das 1. Expertengespräch zur „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“ am 14.2.2007 in Berlin ist auf große Resonanz bei allen Akteuren in der Substitutionsbehandlung gestoßen. Auch die Dokumentation der Ergebnisse fand großen Anklang bei allen Beteiligten und Interessierten und diente als Grundlage für weitere Gespräche in Zirkeln von substituierenden Ärzten, KV-Beauftragten, VertreterInnen aus der Psycho-Sozialen Begleitung (PSB) und anderer Gruppen. Ein Auswertungsgespräch im Bundesministerium für Gesundheit am 27.4.07 hat dessen Bemühen deutlich gemacht, realistische Ziele für die Verbesserung der Substitutionsbehandlung zu formulieren und deren Erreichung anzugehen. Die Notwendigkeit kleine, aber erreichbare Veränderungen zu erzielen, wurde allen GesprächsteilnehmerInnen angesichts der Vielschichtigkeit von Zuständigkeiten, Organisationsformen in einem föderalen Finanzierungs- und teilweise Regelungssystem deutlich.

Inzwischen sind auf mehreren Ebenen Bemühungen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung in Gang gekommen:

- Die Dreiundzwanzigste Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (Dreiundzwanzigste Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung - 23. BtMÄndV vom 23.01.2009
- Eine Anpassung der BÄK Richtlinien zur Substitutionsbehandlung an die praktischen Erfahrungen und neuere wissenschaftliche Erkenntnisse
- Der Versuch einer verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe unter Moderation der DHS einen Konsens zur PSB zu finden
- Diacetylmorphin ist als Substitutionsmittel mit dem Bundestagsbeschluss vom 28.05.2009 auf den Weg gebracht worden.

Verbesserungsbedarf wurde formuliert:

- Auf dem 16. und 17. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (dgs) 2007 und 2008
- auf dem 110. und 111. Dt. Ärztetag 2007 und 2008
- auf der 3. und 4. Internationalen Konferenz „Gesundheitsförderung in Haft“ 2007 und 2009
- auf einem „Arbeitstreffen Substitutionsbehandlung“ der Deutschen AIDS-Hilfe im Januar 2009
- auf der akzept- Fachtagung „Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Substitutionsbehandlung 2009“
- sowie in diversen Publikationen, u.a. zwei Gutachten von akzept zu alternativen betäubungsrechtlichen Regeln zur Erleichterung und Verbesserung der Substitutionsbehandlung.

Die Diskussion richtet sich neben den rechtlichen Rahmenbedingungen aber auch auf die Qualität der Substitutionsbehandlung und welche Auswirkungen veränderte Rahmenbedingungen, veränderte Unterstützung auf die Qualität, Sicherung und Ausweitung dieser Behandlungsform haben könnten.

Wir halten es nun für wichtig im Rahmen der zweiten Tagung nach zwei Jahren eine Bilanz aller Aktivitäten zu ziehen und notwendige weitere Schritte der Verbesserung zu entwickeln.

Folgende Bereiche bedürfen nach wie vor dringend weiterer Verbesserungen:

- Mitgabe- und Vertretungsregelung

- Wochenendvergabe in ländlichen Bereichen
- Stadt-Land- und West-Ost-Gefälle in der Versorgung, mangelnde Strukturen, fehlende Unterstützung in unterversorgten Gebieten
- Schnittstellenprobleme in der Substitutionsbehandlung (z.B. Dosisreduktion oder Abdosierung) beim Übertritt des Patienten von einem setting in ein anderes, z.B.
 - Gemeinde - Haft (Polizeigewahrsam, U-/Straf-Haft; Maßregelvollzug, Forensik) und zurück in die Gemeinde
 - medizinische Rehabilitation - Gemeinde - medizinische Rehabilitation
 - Drogenszene - Krankenhaus
- Die in § 5 Abs. 8 der BtMVV eingeschränkte Take-Home Möglichkeit bezüglich Inlands- und Auslandsreisen stabiler, älterer bzw. langfristig substituierter Patienten
- Abbau entbehrlicher, die Betäubungsmittelsicherheit nicht gefährdender Regelungen

Als weiterer Bedarf sind in zwischenzeitlichen Kontakten benannt worden:

- Weiterbildung von ArzthelferInnen und Pflegepersonal
- Anreizschaffung für Ärzte mit Suchmedizinischer Qualifikation
- Bessere Vernetzung von Suchtmedizin und KVen, von Suchtmedizin und Drogenhilfe
- Verbesserte psychiatrische Versorgung

Die Fachtagung am 02.12.2009 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Was muss noch getan werden?

Trotz erheblicher Fortschritte in den Regelungen der Substitutionsbehandlung – noch sind wir weit von einer normalen Krankenbehandlung entfernt. Die Gründe dafür sind auf vielen Ebenen zu suchen:

- Immer noch dominiert stark das Streben nach Betäubungsmittelsicherheit, das die therapeutisch-praktischen Nutzenanwendungen dieser Therapie im Patienten-/Praxis-Alltag oft dominiert: Überregulation, die dem Ziel der Therapie, nämlich die psycho-soziale Stabilisierung und berufliche Re-Integration, im Wege steht.
- Die Schere in der Arzt-Patient - Relation geht immer weiter auseinander: Von 1:20 (2003) auf 1:27 (2008), d.h. die wenigen Ärzte müssen immer mehr PatientInnen versorgen. Das kann und geht wahrscheinlich auch in

Zukunft mehr und mehr zu Lasten der Qualität der Behandlung – werden nicht neue ÄrztInnen hinzugewonnen, die eine Flächendeckung sicherstellen. Dabei müssen die Ärzte weitere suchtmmedizinische Kenntnisse erwerben. Zur Sicherung und Verbesserung der Qualität müssen die Qualitätssicherungskommissionen zu wirklichen Beratungskommissionen werden (siehe Lorenzen in diesem Band).

- Die Substitutionsbehandlung in Haft muss als völlig unzureichend bezeichnet werden. Während sich in Freiheit etwa 30-50% der Opioidabhängigen in Behandlung befinden, sind dies in Haft nur ca. 1% aller Gefangenen (bzw. 3% der Opioidabhängigen) – also mehr als 10 x weniger. Eine gesundheitliche Ungleichbehandlung wird hier offenbar.
- Im Maßregelvollzug besteht so gut wie keine Substitutionsbehandlung. Eine Fachkonferenz unter Beteiligung aller 16 Sozialministerien und ExpertInnen aus dem Maßregelvollzug würde sicher einen ersten wichtigen Erfahrungsaustausch und die Benennung von Beispielen Guter Praxis bringen
- Die Behandlung in der stationären Rehabilitation muss ausgebaut werden, Substitution darf nicht weiter ein Ausschlussgrund für die Aufnahme dieser Therapie sein. Psychotherapie und Substitutionstherapie sind keine Gegensätze sondern miteinander vereinbar. Auch dazu würde ein Fachkonferenz weitere Erkenntnisse und Erfahrungsaustausch bringen.
- Unbürokratische Wochenendregelungen wie in Hamburg (wo seit mehr als 20 Jahren die Sonntagsdosis samstags von den Apothekern mitgegeben wird) sind nötig, um weitere Einschränkungen der Lebensqualität zu vermeiden. (siehe Behrendt in diesem Band)
- Verbesserte take-home – Vergabepaxis, die eine bessere Integration der Patienten in Arbeit und Familie möglich macht, und eigenverantwortliches Handeln der Patienten fördert. (siehe Cimander in diesem Band)
- Einrichtung von suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen (siehe Baden-Württemberg), die sich als Suchtkompetenzzentren verstehen und daher weitere wichtigen Aufgaben übernehmen:
 - Konsiliarische Tätigkeit und Ansprechpartner für andere Ärzte bei Suchtfragen
 - Organisation, Lehrtätigkeit der Fachkunde Suchtmedizin
 - Leitung von ärztlichen Qualitätszirkeln
 - Mitwirkung im Bereich kommunaler Suchtpolitik (u.a. Suchthilfenetzwerke) (siehe Hoenekopp in diesem Band)

- Verbesserte Behandlung von Begleiterkrankungen (kontinuierliche HIV/HCV-Testungen/Impfungen/Therapien), Beantragung der Zulassung von retardierten Morphinen und von injizierbaren Substituten und Einbindung von Patientenvertretern auf allen Ebenen (siehe Jesse in diesem Band)
- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der psycho-sozialen Betreuung (siehe Jesse in diesem Band)
- Prüfung der Überführung strafrechtlicher Regelungen in Berufs und Verwaltungsrecht (siehe Rzepka in diesem Band)
- Entwicklung geeigneter psychiatrischer Behandlungsstrategien bei Drogenabhängigen, unter Nutzung effektiver, erprobter psychopharmakologischer-psychotherapeutischer Behandlungen (siehe Scherbaum in diesem Band)
- Nutzung der Potentiale der Substitutionsbehandlung in der Erkennung Prävention und Behandlung von Infektionserkrankungen (hier Hepatitis A, B und C sowie HIV) (siehe Schäffer in diesem Band)

akzept und seine Partner werden diese Vorschläge aufgreifen und versuchen diese in fachpolitische Schritte umzusetzen.

Alles in allem hat sich diese Form der Nationalen Substitutionskonferenz als sehr nützlich erwiesen. Eine Behandlung, in der sich ca. 75.000 Patienten befinden, die zudem in Deutschland äußerst heterogen organisiert ist, benötigt zur Abstimmung und zum Austausch und zur Vorstellung von Beispielen Guter Praxis dieses Austauschforum. Ein 3. Expertengespräch sollte deshalb für 2011 anvisiert werden.



Mechthild Dyckmans, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Eröffnung

Vorträge

I. Strukturen der Organisation und Finanzierung der Versorgung Opioidabhängiger

Verfahren und Themenfelder der Novellierung der Bundesärztekammer-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger "

Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

Vorbemerkungen

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Ergebnissen der Diskussionen der Expertenkommission, die von der Bundesärztekammer (BÄK) im Mai 2009 zur Überarbeitung der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ eingesetzt worden war. Da diese Ergebnisse noch den Landesärztekammern sowie der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer zur Abgabe von Stellungnahmen vorgelegt werden müssen, bevor der Vorstand der Bundesärztekammer abschließend über sie beraten und entscheiden wird, handelt es sich im Folgenden lediglich um Zwischenergebnisse des eingeleiteten Novellierungsprozesses.

Die Aufgaben der Bundesärztekammer in der Substitution Opiatabhängiger

Mit der 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) von 2001 wurde die Bundesärztekammer vom Ordnungsgeber beauftragt, zu Einzelaspekten der Substitution in Richtlinien den „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft“ niederzulegen.

Konkret bezieht sich der Regelungsauftrag auf die Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Substitution wie insbesondere:

- mögliche Ausschlussgründe (§ 5 Abs. 2, Satz 1, Nr. 1 BtMVV),
- die Einbeziehung erforderlicher begleitender psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosozialer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (§ 5 Abs. 2, Satz 1, Nr. 2 BtMVV)

- Konsum von Stoffen, die den Zweck der Substitution gefährden können (Beigebrauch) (§ 5 Abs. 2, Satz 1, Nr. 4c BtMVV)
- Auswahl des Substitutionsmittels (§ 5 Abs. 4, Satz 4 BtMVV)
- Voraussetzungen für eine Take-home-Verordnung (§ 5 Abs. 8, Satz 1 BtMVV)
- Festlegung von Dokumentations-Standards für die Substitution (§ 5 Abs. 10 BtMVV) sowie
- Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation des substituierenden Arztes – über die Ärztekammern (§ 5 Abs. 2, 6. BtMVV).

Entsprechende Richtlinien hat die Bundesärztekammer erstmals am 22. März 2002 vorgelegt. Seitdem haben sich jedoch die Rahmenbedingungen für eine substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger in vielerlei Hinsicht geändert, so dass eine grundlegende Novellierung der Richtlinien erforderlich wurde.

- Das Zahlenverhältnis von substituierenden Ärzten zu substituierten Patienten ist kontinuierlich angestiegen: Lag die Zahl der Substituierten 2003 noch bei 52.700, so wurden 2008 insgesamt 72.000 Opiatabhängige substituiert, was einem Anstieg von etwa 40 % innerhalb von fünf Jahren entspricht. Hingegen hat sich im gleichen Zeitraum die Zahl substituierender Ärzte nur unwesentlich verändert, und zwar von 2.605 in 2003 auf 2.673 in 2008. Dies entspricht einem Anstieg der Quote Patient zu substituierendem Arzt von 20 auf 27 innerhalb dieses Zeitraums. Insbesondere in ländlicheren Regionen führt diese Entwicklung inzwischen zu spürbaren Versorgungsengpässen.
- In den vergangenen Jahren hat sich die Zusammensetzung der Opiatabhängigen deutlich verändert: So hat der Anteil älterer substituierten Opiatabhängiger wie auch der Anteil Langzeitsubstituierter zugenommen, was vor allem Folgen für den Betreuungsaufwand pro Patient sowie für das Therapiemanagement hat.
- Mit der Tatsache, dass die Substitution inzwischen eine etablierte Behandlungsform für Opiatabhängige darstellt, hat sich auch die Substitutionspraxis verändert. In Einzelfällen hat dies allerdings zu Strafverfolgungen gegenüber substituierenden Ärzten geführt, u.a. wegen nicht erlaubter Mitgaben von Substitutionsmitteln aus der Praxis, einem nicht regelgerechten Umgang mit Take-home-Verordnungen oder wegen Substitutionen, die ohne Nachweis über erforderliche Urinkontrollen durchgeführt wurden.

- Große Probleme bereitet in der Praxis die Tatsache, dass an vielen Orten das notwendige Angebot an psychosozialer Betreuung nicht verfügbar ist, der Arzt sich in einer solchen Situation vor die Entscheidung gestellt sieht, entweder gesetzeswidrig ohne abgeklärte PSB zu substituieren oder aber bei einer Behandlungsverweigerung möglicherweise das Leben des Opiatabhängigen zu gefährden.
- Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren zu vielen Aspekten der Substitution die wissenschaftliche Erkenntnislage verändert, wie z.B. zur Frage der Abdosierung Substituierter und der Erzielung einer Betäubungsmittelfreiheit sowie zur Substitution Schwangerer. Diese Erkenntnisse spiegeln sich auch in den neuen WHO-Guidelines für die Substitutionsbehandlung vom April 2009 wider (WHO 2009).
- Schließlich hat sich die Rechtslage für die Substitution in vielfältiger Hinsicht verändert, insbesondere durch die 23.BtMÄndV möglich gewordene Verschreibung für Wochenenden und Feiertage sowie das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 15.07.2009.
- Hinzu kommen Beschlüsse der Deutschen Ärztetage zur Substitution, die u. a. die Qualitätssicherung durch die Ärztekammern berühren.

Alle genannten Faktoren zusammen machten es erforderlich, die Richtlinien der Bundesärztekammer umfassend zu überarbeiten.

Zur inhaltlichen Vorbereitung der Richtlinien-Novellierung hat die Bundesärztekammer Anfang 2008 die Landesärztekammern entlang eines strukturierten Fragebogens zu bestehenden Problembereichen in der Substitution, zur quantitativen und qualitativen Entwicklung der medizinischen Versorgung Opiatabhängiger sowie zu hinderlichen oder begünstigenden Rahmenbedingungen für die Substitution befragt.

Anfang 2009 wurden dann die Ärztekammern sowie die für die Substitution relevanten Fachverbände aufgefordert, der Bundesärztekammer konkrete Änderungsvorschläge zum gültigen Richtlinien-Text der Bundesärztekammer schriftlich einzureichen. Auf der Grundlage von insgesamt 19 eingegangenen Vorschlägen hat der Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer im Sommer 2009 einen Arbeitsentwurf für eine Richtlinien-Novelle erstellt, der zur Grundlage für die Beratungen einer vom Vorstand der Bundesärztekammer am 17.05.2009 eingesetzten Expertenkommission wurde.

Bei der Zusammensetzung der Expertenkommission wurde seitens des Vorstandes darauf geachtet, dass in ihr neben den Mitgliedern des Ausschusses „Sucht und Drogen“, ärztlich-praktischem und medizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand auch pharmakologische und juristische Kompetenz vertreten waren. Darüber hinaus sollten die in der Substitution relevanten Fachgesellschaften, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Qualitätssicherungskommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen und in der Substitution mit Diamorphin Erfahrene in ihr vertreten sein.

Die Kommission hat in drei zwischen August und November 2009 abgehaltenen Sitzungen einen Richtlinien-Entwurf erarbeitet und diesen der Bundesärztekammer am 11.11.2009 zur weiteren Beratung und Entscheidung vorgelegt.

Bei der Entwurfserstellung durch die Expertenkommission waren vor allem folgende Aspekte zu berücksichtigen und zum Teil gegeneinander abzuwägen:

- Beachtung des durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und das Arzneimittelgesetz (AMG) gesetzten Rechtsrahmens, Abgleich des vorgegebenen Rahmens mit den bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- Überprüfung der bislang in den Richtlinien festgelegten formalen Vorgaben und Fristenregelungen anhand der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnislage.
- Sicherstellung einer ausreichenden Versorgungsqualität bei Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgungsquantität – hinsichtlich der Substitution Opiatabhängiger insgesamt sowie der neu zu regelnden Substitution mit Diamorphin bei schwerst abhängigen Therapieversagern.
- Abwägung ärztlicher Therapiefreiheit gegenüber dem öffentlichen Interesse an einem Höchstmaß an Betäubungsmittel-Kontrolle.
- Zuordnung von Regelungsbereichen der Substitution zu berufsrechtlich relevanten Richtlinien und wissenschaftlich fundierten Behandlungsleitlinien.

Im Einzelnen wurden insbesondere folgende Regelungsbereiche der gültigen Substitutions-Richtlinien der Bundesärztekammer einer kritischen Überprüfung unterzogen:

- Einsatzbereiche und Behandlungsziele der Substitution
- Erforderlichkeit der PSB
- Frequenz der erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte
- Voraussetzungen für eine Take-home-Verordnung

- Mitgabe von Substitutionsmitteln
- erforderliche Beigebrauchskontrollen
- Substitution mit Diamorphin
- Qualitätssicherung durch die Ärztekammern.

Zu den genannten Punkten kam die Expertenkommission in ihrem Richtlinien-Entwurf zu folgenden Ergebnissen:

Behandlungsziele der Substitution

Während nach den gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer vom 22.03.2002 als oberstes Ziel der substitutionsgestützten Behandlung die Suchtmittelfreiheit anzustreben ist, die im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes über die Stufen Überlebenssicherung, gesundheitliche und soziale Stabilisierung und berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration erreicht werden soll, nennt die BtMVV daneben als weitere mögliche Indikationsgebiete

- die Unterstützung der Behandlung einer schweren Erkrankung sowie die
- Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit bei Schwangerschaft bzw. nach einer Geburt.

Der Richtlinienentwurf der BÄK-Expertenkommission sieht daher nun vor, die Ziele an der individuellen Situation des Opiatabhängigen zu orientieren, so dass sich das anzusteuern Therapieziel jeweils auf der Grundlage des aktuell identifizierten Zustandes des Patienten definiert, hier als „Ebene“ bezeichnet. Folgende Ziele und Ebenen der Behandlung werden in dem Entwurf genannt:

- Überlebenssicherung
- Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel
- gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen
- Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben
- Opiatfreiheit

Damit wird der Tatsache Rechenschaft getragen, dass Substitution in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine Dauerbehandlung schwerkranker Patienten darstellt, in deren Behandlungsverlauf fortlaufend Teilziele zu benennen und umzusetzen sind. Darüber berücksichtigt sie, dass in den novellierten Richtlinien auch die Substitutionsbehandlung mit Diamorphin schwerst Opiatabhängiger Aufnahme fand, einer Patientengruppe, die

bislang kaum erreichbar war und über diese Option erst wieder einer Behandlung zugeführt werden soll. Eine Einengung der Behandlungsstrategie auf das alleinige Oberziel Abstinenz scheint insofern gerade bei dieser Patientengruppe an der therapeutischen Realität vorbeizuführen.

BtMVV-Vorgaben zu begleitenden Behandlungsmaßnahmen

Die BtMVV verlangt für die Substitutionsbehandlung die Einbeziehung „erforderliche[r] psychiatrische[r], psychotherapeutische[r] oder psychosoziale[r] Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (§ 5 Abs. 2, 2. BtMVV) sowie eine Konsultation des behandelnden Arztes durch den Patienten „im erforderlichen Umfang, in der Regel wöchentlich.“ (§ 5 Abs. 2, 5. BtMVV)

Die BÄK-Richtlinien aus dem Jahr 2002 formulierten dazu bisher, dass der Umfang der psychosozialen Betreuungsmaßnahmen (PSB) sich nach den individuellen Umständen und dem Krankheitsverlauf des Patienten richten soll, Arzt-Patienten-Kontakte seien mindestens einmal pro Woche erforderlich, was somit über die Vorgaben der BtMVV hinausgreift.

Der Richtlinien-Entwurf der Expertenkommission bemüht sich um eine Konkretisierung der Bewertung der Erforderlichkeit sowie der Durchführung der PSB. Sie verlangen die Einbeziehung von Einrichtungen und Professionen des Suchthilfesystems und eine Durchführung der PSB nach von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards.

Art und Umfang der PSB sind jedoch von der individuellen Situation des Patienten abhängig, so dass sie im Einzelfall auch nicht erforderlich sein kann. Sollten Arzt und Drogenhilfe gemeinsam zu dieser Einschätzung kommen, ist dies schriftlich zu dokumentieren. Darüber hinaus wird festgestellt, dass eine Substitution überbrückend und zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren auch ohne PSB erfolgen darf. Hinsichtlich der erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte stellt der Entwurf im Einklang mit der BtMVV fest, dass zur Überprüfung des Therapieverlaufs in der Regel ein einmal wöchentlicher Kontakt sinnvoll ist.

Bei einer Substitution mit Diamorphin soll die in den ersten sechs Monaten obligate PSB einrichtungsintegriert vorgehalten werden.

Take-home-Verordnung

Eine Verschreibung des Substitutionsmittels bis zu sieben Tagen (Take-home-Verordnung) ist nach § 5 Abs. 8 BtMVV dann möglich, wenn seitens des Arztes keine Erkenntnisse dafür vorliegen, dass der Patient Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels

gefährden könnten, dass er solche Stoffe auch nicht missbräuchlich konsumiert oder er noch nicht auf eine stabile Dosis des Substituts eingestellt ist. In den Richtlinien der Bundesärztekammer sollten daher wissenschaftlich begründete Kriterien zur Bewertung des Behandlungsverlaufs und -erfolgs festgelegt werden (§ 5 Abs. 11, 3. BtMVV).

Die Richtlinien der Bundesärztekammer legten daraufhin 2002 eine formale Fristenregelung vor, nach der einer Take-home-Verordnung eine mindestens sechs Monate lange Substitution vorausgegangen sein muss, die seit mindestens drei Monaten ohne gefährdenden Konsum anderer Substanzen verlaufen ist. Zudem sei ein klinisch stabiler Eindruck des Patienten Voraussetzung.

Da es für diese Fristenregelung jedoch keine wissenschaftliche Grundlage gibt, hat sich die Expertenkommission für ihren Wegfall ausgesprochen und sie durch qualitative, am individuellen Behandlungsverlauf orientierte Kriterien ersetzt. Diese verlangen u.a., dass die Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen und eine klinische Stabilisierung des Patienten eingetreten ist, Risiken der Selbstgefährdung sollen soweit wie möglich ausgeschlossen sein, es darf kein weiterer Konsum anderer gefährdender Substanzen vorliegen und die erforderlichen Kontakte zum Arzt und zur PSB müssen wahrgenommen worden sein. Aufgrund von Missverständnissen in der Praxis, die mitunter zur strafrechtlichen Verfolgung substituierender Ärzte geführt haben, erfolgt in den Richtlinien nun der explizite Hinweis, dass eine Take-home-Verordnung die Ausgabe eines Rezeptes an den Patienten, nicht aber die Mitgabe von Substitutionsmedikamenten aus dem Praxisbestand bedeutet.

Verschreibung und Mitgabe von Substitutionsmitteln

Eine Mitgabemöglichkeit von Substitutionsmitteln aus der Praxis räumt die gültige BtMVV nur für wenige Ausnahmefälle ein. Gemäß § 5 Abs. 6 BtMVV darf bislang lediglich bei einer Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein dem Patienten „die für einen Tag zusätzlich benötigte Menge des Substitutionsmittels in abgeteilten Einzeldosen ausgehändigt und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme gestattet werden.“

Die 23. BtMÄndV vom 25.03.2009 hat zudem eine Verschreibung von Substitutionsmitteln über die bisherigen Verschreibungsmöglichkeiten der Take-home-Verordnung hinaus ermöglicht. So darf der Arzt „in Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, ein Substitutionsmittel in der bis zu zwei Tagen benötigten Menge verschreiben und ihm dessen eigenverantwortliche

Einnahme gestatten, sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt, Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind sowie die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt werden.“

Diese Regelung zur Wochenend- und Feiertagsverschreibung wird in den Entwurf der Expertenkommission ohne Modifikationen übernommen. Darüber hinaus hat sie die oben zitierte Mitgabeoption für bestimmte Substitutionsmittel (Codein und Dihydrocodein) zum Anlass genommen, sie auch auf andere Opiate mit geringer Halbwertszeit sowie auf Patienten mit einer beschleunigten Opiatmetabolisierung („fast metabolizer“) auszuweiten. Im Kapitel 8 „Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen“ heißt es nun:

„Hält der Arzt eine Fraktionierung der Tagesdosis des verordneten Substituts für erforderlich kann er ... dem Patienten nach Überlassung des ersten Teils der Tagesdosis zum unmittelbaren Verbrauch den für diesen Tag verbleibenden Teil der benötigten Menge des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme aushändigen.“

Dies mag zunächst wie ein Eingriff in das Apotheken-Dispensierrecht gemäß § 43 AMG anmuten, stellt jedoch nur eine logische Weiterentwicklung der bestehenden Regelung für Codein und Dihydrocodein dar und würde in der Praxis nicht nur für den behandelnden Arzt und den substituierten Patienten, sondern gleichermaßen auch für die bislang ausübenden Apotheken eine massive Erleichterung der Behandlung bedeuten.

Erforderliche Beigebrauchskontrollen

Die BtMVV formuliert in § 5 Abs. 2, 4.c als eine Voraussetzung für eine Substitutionsbehandlung, dass der Patient keine „Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet.“

Die Richtlinien der Bundesärztekammer aus 2002 konkretisieren die dazu erforderlichen Kontrollen dahingehend, dass vom substituierenden Arzt „unangemeldete, stichprobenartige Kontrollen auf Beigebrauch anderer Suchtmittel ...“ durchgeführt werden müssen. Eine Substitution hat zu unterbleiben, wenn ein aktueller gefährdender Beikonsum festgestellt wird, der zusammen mit dem Substitut zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen würde.

Die vorliegenden internationalen Studien, die die Auswirkungen unangemeldeter mit denen angemeldeter Beigebrauchskontrollen verglichen

haben, zeigen für beide Verfahren keine Unterschiede in der Art und im Ausmaß des Beigebrauchs.

Die Expertenkommission ist somit in ihrem Entwurf zu dem Schluss gekommen,

- dass Kontrollen auf andere konsumierte psychotrope Substanzen an den Behandlungsverlauf angepasst durchgeführt werden müssen,
- dass ein festgestellter Beikonsum als Krankheitsindikator bewertet und berücksichtigt werden muss,
- dass der festgestellte Beikonsum bei der Dosierung des Substituts berücksichtigt, eine Substitution ggf. auch ausgesetzt werden muss,
- dass zunächst aber auch nach den möglichen Ursachen für den komorbiden Substanzkonsum gesucht und diese angegangen werden sollten.

Substitution mit Diamorphin

In den novellierten Richtlinien der Bundesärztekammer sind auch die mit dem Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung gemachten Vorgaben zu berücksichtigen. Diese machen für eine entsprechende Behandlung zur Voraussetzung, dass der Patient mindestens 23 Jahre alt ist und unter einer schweren Opiatabhängigkeit leidet, die seit mindestens fünf Jahren bestehen muss. Zudem müssen der Substitution mit Diamorphin mindestens zwei erfolglos beendete Behandlungen, davon mindestens eine über sechs Monate mit einem herkömmlichen Substitut einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen, vorausgegangen sein. Die Verschreibung darf nur durch einen entsprechend qualifizierten Arzt vorgenommen und der Patient nur in einer von der zuständigen Landesbehörde zugelassenen Einrichtung behandelt werden. Eine Zweitbegutachtung der Substitution durch einen nicht der Einrichtung angehörenden Arzt ist nach zwei Jahren verpflichtend. In die BtMVV haben die entsprechenden Regelungen über § 5 Abs. 9a-d Eingang gefunden.

Da die vom Gesetzgeber festgelegten Indikationskriterien für eine Diamorphin-Substitution aus politischem und nicht wissenschaftlichem Hintergrund entstanden sind, hat sich die Expertenkommission darauf verständigt, in ihren Richtlinien-Entwurf lediglich einen Querverweis auf die entsprechende Stelle der BtMVV aufzunehmen.

Des Weiteren ist der Patient über die besondere Pharmakokinetik des Diamorphins und Besonderheiten seiner Vergabe hinzuweisen. Seitens des Arztes ist besondere Vorsicht bei der Eindosierung sowie bei der Bewertung des klinischen Zustandes des Patienten nach Applikation geboten.

Die Vergabe darf nur in Einrichtungen mit landesbehördlicher Genehmigung erfolgen, ohne dass für diese in den Richtlinien weitere quantitative oder qualitative Vorgaben getroffen werden. Es wird lediglich festgestellt, dass in diesen eine durchgängige qualifizierte ärztliche Versorgung sicherzustellen ist. Dazu hat die Bundesärztekammer inzwischen ein sechsstündiges Qualifikationsmodul entwickelt, das von den Landesärztekammern als Zusatzmodul oder integriert in die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ angeboten werden kann.

Qualitätssicherung

Die Richtlinien der Expertenkommission sehen vor, dass im Unterschied zu den bislang gültigen Richtlinien zukünftig von den Landesärztekammern verpflichtend Beratungskommissionen eingerichtet werden. Diese sollen sowohl der Qualitätssicherung – insbesondere im Bereich privat verordneter Substitutionen – als auch der konsiliarischen Beratung substituierender Ärzte dienen. Ihnen obliegt sowohl die Festlegung wie auch Überprüfung von Qualitätskriterien, die sie gemäß § 5 (Muster-) Berufsordnung für die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger erstellen können. Zudem werden sie zukünftig benötigt, um die im Rahmen der Substitution mit Diamorphin alle zwei Jahre erforderliche Zweitbegutachtung durchzuführen bzw. sicherzustellen.

Weiterer Novellierungs-Fahrplan

Die Landesärztekammern haben nun die Möglichkeit, bis Anfang Januar bei der Bundesärztekammer Stellungnahmen zu dem von der Expertenkommission vorgelegten Richtlinien-Entwurf einzureichen. Diese werden anschließend vom Ausschuss „Sucht und Drogen“ gesichtet, bewertet und ggf. für die Richtlinien-Novelle berücksichtigt. Nach einer abschließenden juristischen Überprüfung des Entwurfs durch die gemeinsame Rechtsabteilung von BÄK und KBV kann dieser dem Vorstand der Bundesärztekammer zur abschließenden Beratung voraussichtlich für seine Sitzung am 19. Februar 2010 vorgelegt werden.

Formen der Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger in Deutschland - Schwerpunktpraxen in Baden – Württemberg

Inge Hönekopp, Methadonschwerpunktpraxis Mannheim, Suchtbeauftragte KV Nordbaden

Die substitutionsgestützte Behandlung der Opiatabhängigkeit stellt eine wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit dar. Bereits am 21. Oktober 2002 stellte die Cochrane Library fest: Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence: „Methadone is more effective than other ways of helping people who are dependent on heroin to reduce their use of heroin and stay in treatment“

Trotz aller wissenschaftlichen (und empirischen) Ergebnisse haben nicht nur die PatientInnen, sondern auch die Behandlungsform an sich und die BehandlerInnen mit Vorurteilen zu kämpfen.

Es wird zwar eine Zunahme der Behandlungen festgestellt; diese verteilen sich aber auf weniger ÄrztInnen.

An dieser Stelle sollen Entwicklungen und Formen der Sicherstellung der Versorgung in Baden–Württemberg dargestellt werden.

Die Anzahl durch niedergelassene Vertragsärzte substituierter Opiatabhängiger in Baden–Württemberg stellt sich jeweils wie folgt dar:

2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009
4.853	6.785	7.496	8.350	8.491	8.741	8.778

(Der Anstieg von 2002 – 2003 ist mit der Erweiterung der Indikationen durch die Leistungsträger begründet; d.h. auch bereits stattfindende Substitutionen wurden in die GKV – Substitution übernommen und dadurch erst statistisch erfasst.)

Von 8778 Patienten werden 1040 in 7 sog. „Schwerpunktpraxen“ versorgt. Beim Substitutionsregister waren (jeweils Stichtag) gemeldet

30.11.2003	31.10.2004	01.10.2005	01.10.2006	31.10.2009
8.085	8.415	8.810	9.120	10.262

Die Differenz der beim Substitutionsregister und der KV gemeldeten Patienten sehe ich sehr kritisch; es ist kaum anzunehmen, dass fast 1500 Patienten „privat“, bzw. nicht GKV – versichert sind.
Hinzu kommt noch eine Dunkelziffer von Substitutionen, welche auch dem Substitutionsregister nicht gemeldet werden.

Die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärzte, die zur Durchführung der Substitutionsbehandlung berechtigt waren, entwickelte sich in Baden-Württemberg wie folgt:

(**Fett-Kursiv**: rechnen tatsächlich ab)

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
600	370	374	368	365	353	356	352
				323	298	284	

Eine Besonderheit in Baden - Württemberg ist: 1996 hat das Sozialministerium die Gründung von vier „Schwerpunktpraxen“ mit Förderung und wissenschaftlicher Auswertung initiiert.

Diese vier Praxen in unterschiedlicher Trägerschaft (Karlsruhe, Stuttgart, Freiburg und Mannheim) waren von Anfang an gut vernetzt und entwickelten sich zu Multiplikatoren und Informationszentren für andere Substituierende im Ländle. (Referenzpraxen)

Es folgten Schwerpunktpraxen in Ulm, Offenburg, und in Ravensburg.

Diese Praxen erhielten bzw. erhalten öffentliche Unterstützung

Zunächst vom Sozialministerium:

- Die Gründung und Förderung der ersten vier Schwerpunktpraxen (auch Umbaukosten...)
- Mitfinanzierung PSB
- Die beim Ministerium angesiedelte Arbeitsgruppe Substitution, welche bewirken konnte, dass die inzwischen bundesweit geltende „Vertreterreglung“ in Baden – Württemberg schon wesentlich früher eingesetzt werden konnte.

Das ist nur ein Beispiel von „administrativer Hilfestellung“. Die Kommunen unterstützen (je nach Stadt unterschiedlich) diese Praxen auch wirtschaftlich.

Die Stadt Mannheim möchte ich besonders erwähnen: diese zahlt die Mieten für die Schwerpunktpraxis und eine Ambulanz.

Die Kassenärztliche Vereinigung befürwortet nicht nur Zulassungen, auch Ermächtigungen, zur Substitution; sie bietet außer den AnsprechpartnerInnen der Beratungskommissionen eine zusätzliche „Hotline“ für substituierende ÄrztInnen („Suchtbeauftragte“) an und unterhält auch eine Eigeneinrichtung („Methadonschwerpunktpraxis“), im Rahmen des Sicherstellungsauftrages.

Die Leistungen dieser „Methadonschwerpunktpraxis Mannheim“:

- Substitutionsbehandlung
- Vertretung der in Mannheim und Umkreis substituierenden KollegInnen
- Übernahme „schwieriger“ PatientInnen
- Prompte Übernahmen Substituierter aus (Akut-) Krankenhäusern und JVA
- Beratung von KollegInnen, häufig über BaWue hinaus
- Konsiliardienst
- Öffentlichkeitsarbeit
- Multiplikatorenarbeit
- Gremienarbeit
- Weiterbildungsangebote
- Beratung und Unterstützung für ÄrztInnen durch „Suchtbeauftragte“
- Tägliche Präsenz

Die bereits oben erwähnten inzwischen 7 Schwerpunktpraxen haben sich definiert als

„Arbeitsgemeinschaft der suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen Baden-Württemberg“ Ein fachlicher Zusammenschluss; Bündelung des Fachwissens über ein bestimmtes Krankheitsbild.

Alle diese Praxen arbeiten schwerpunktmäßig im ambulanten Bereich mit drogenabhängigen Patienten. Sie sind eng vernetzt mit dem regionalen Suchthilfesystem und kooperieren vor Ort mit den zuständigen Suchtberatungsstellen.

Diese Praxen haben Maßstäbe gesetzt. (Qualitätsstandards)

Diese 7 Schwerpunktpraxen definieren sich als Suchtkompetenzzentren, die zusätzlich zu ihrer klinisch praktischen Tätigkeit diverse andere Aufgaben in den Bereichen Fortbildung und Suchtpolitik übernehmen:

- Konsiliarische Tätigkeit und Ansprechpartner für andere ÄrztInnen bei Suchtfragen
- Organisation, Lehrtätigkeit der Fachkunde Suchtmedizin
- Leitung bzw. Mitarbeit von ärztlichen Qualitätszirkeln

- Mitwirkung im Bereich kommunale Suchtpolitik (u.a. Suchthilfenetzwerke)
- Mitwirkung bei ärztlicher Suchtpolitik in den Bereichen Kammerarbeit und Kassenärztliche Vereinigung, Fachverbänden, Expertengremien

Die Suchtschwerpunktpraxen versorgen über 1000 drogenabhängige Patienten und aufgrund ihrer Infrastruktur und Kompetenz meist die sogenannten „Problempatienten“.

Es stellt sich die Frage: sind Schwerpunktpraxen notwendig?
Können diese nicht auch kontraproduktiv sein? (Stichwort: Sekundärszene)

Gründe für Schwerpunktpraxen:

- Es substituieren zuwenig VertragsärztInnen
 - Zahlreiche PatientInnen sprengen den Rahmen einer „normalen“ Arztpraxis
 - Der erhöhte interdisziplinäre (Be)handlungsbedarf der PatientInnen kann häufig nur im Setting einer Spezialeinrichtung gewährleistet werden
- Schwerpunktpraxen = Synergieeffekt

Die Schwerpunktpraxen in Baden – Württemberg stellen keine Konkurrenz sondern eine Entlastung für sonstige Praxen dar.
Das System hat sich in Baden - Württemberg bewährt

Ausblick

Neue KollegInnen sind nicht bzw. nur schwer zu gewinnen.
Substituierende VertragsärztInnen sind im Durchschnitt über 50 Jahre alt und werden in absehbarer Zeit aufhören.
Es scheint keine Verbesserung der Versorgungslage zu erwarten.

Durch Öffentlichkeitsarbeit sowie v.a. durch den intensiven Einsatz in Gremien versuchen wir bessere Rahmenbedingungen zu bewirken. Vieles wurde schon erreicht und wir hoffen zusätzliche, jüngere Kolleginnen für diese bewährte Behandlungsform zu gewinnen.

Neue Medikamente: neue Probleme? Diamorphinvergabe in der Regelversorgung

Andreas von Blanc, KV Berlin Qualitätssicherung

Bundesmodellprojekt "Heroingestützte Behandlung" 2002 - 2006

Am 28.5.2009 hat der Deutsche Bundestag ein Gesetz beschlossen, das die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung schafft. Das Gesetz regelt, dass Diamorphin als Betäubungsmittel im Rahmen der Substitutionsbehandlung verschreibungsfähig wird. Das Gesetz wurde am 10. Juli 2009 vom Bundesrat per Beschluss akzeptiert und ist am 21. Juli 2009 in Kraft getreten

§ 5 Abs. 9a – d BtMVV

(9a) Zur Behandlung einer schweren Opiatabhängigkeit kann das Substitutionsmittel Diamorphin zur parenteralen Anwendung verschrieben werden. Der Arzt darf Diamorphin nur verschreiben, wenn

1. er selbst eine suchtttherapeutische Qualifikation im Sinne des Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erworben hat, die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt, oder er im Rahmen des Modellprojektes „Heroin-gestützte Behandlung Opiatabhängiger“, mindestens sechs Monate ärztlich tätig war,
2. bei dem Patienten eine seit mindestens fünf Jahren bestehende Opiatabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösem Konsum vorliegt,
3. ein Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit, davon eine mindestens sechsmonatige Behandlung gemäß den Absätzen 2, 6 und 7 einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen, vorliegt und
4. der Patient das 23. Lebensjahr vollendet hat.

9b

Die Behandlung mit Diamorphin darf nur in Einrichtungen durchgeführt werden, denen eine Erlaubnis durch die zuständige Landesbehörde erteilt wurde. Die Erlaubnis wird erteilt, wenn

1. nachgewiesen wird, dass die Einrichtung in das örtliche Suchthilfesystem eingebunden ist,
2. gewährleistet ist, dass die Einrichtung über eine zweckdienliche personelle und sachliche Ausstattung verfügt,
3. eine sachkundige Person, die für die Einhaltung der in Nummer 2 genannten Anforderungen, der Auflagen der Erlaubnisbehörde sowie der Anordnungen der Überwachungsbehörde verantwortlich ist (Verantwortlicher), benannt worden ist.

9c

Diamorphin darf nur innerhalb der Einrichtung nach Absatz 9b verschrieben, verabreicht und zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Diamorphin darf nur unter Aufsicht des Arztes oder des sachkundigen Personals innerhalb dieser Einrichtung verbraucht werden. In den ersten sechs Monaten der Behandlung müssen Maßnahmen der psychosozialen Betreuung stattfinden.

9d

Die Behandlung mit Diamorphin ist nach jeweils spätestens zwei Jahren Behandlungsdauer daraufhin zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist. Die Überprüfung erfolgt durch Einholung einer Zweitmeinung durch einen Arzt, der die Qualifikation gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 besitzt und der nicht der Einrichtung angehört. Ergibt diese Überprüfung, dass die Voraussetzungen für die Behandlung nicht mehr gegeben sind, ist die diamorphingestützte Behandlung zu beenden.

Problem Zugangsvoraussetzungen

3. ein Nachweis über *zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit*, davon eine mindestens sechsmonatige Behandlung gemäß den Absätzen 2, 6 und 7 einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen, vorliegt
und
4. der Patient das 23. *Lebensjahr* vollendet hat.

Problem Indikationsstellung

Bericht der Bund-Länder Arbeitsgruppe Diamorphinbehandlung vom 31.10.2006

Indikationsstellung

Eine Diamorphinbehandlung ist außerdem nur durchzuführen, wenn *derzeit keine drogenfreie Therapie oder Substitutionsbehandlung mit einem anderen Substitutionsmittel durchführbar ist.*

Kriterien für die Erlaubniserteilung

Der Betreiber der Einrichtung hat sicherzustellen, dass eine diamorphin-gestützte Behandlung nur angewandt wird, wenn derzeit keine drogenfreie Therapie oder herkömmliche Substitutionsbehandlung erfolgreich durchführbar ist.

Problem Sicherstellungsauftrag

Als Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V bezeichnet man den staatlich erteilten Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung mit Haus- und Fachärzten und einem ärztlichen Notdienst im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die ärztliche Versorgung der Versicherten nach Gesetz, Satzung und Vertrag sicherzustellen. Hierfür müssen sie ein qualitativ angemessenes, örtlich und *jederzeit bedarfsdeckendes* und wirtschaftliches Versorgungsangebot bereithalten

Zusammenfassung

- Zugangsvoraussetzung für Patienten klarer definieren
- Ärztliche Indikationsstellung zur Prognose anderer Substitutionsformen unpräzise und konfliktbehaftet
- Sicherstellungsauftrag gem. § 72 ff. SGB V zur ambulanten Diamorphinbehandlung liegt bei den KV'en
- Erlaubnisversagung an den Betreiber, wenn jeweilige Landesbehörde Diamorphinbehandlung im Land nicht „wünscht“?

→Fazit:

Vor Inbetriebnahme alle Faktoren gründlichst prüfen und nicht vorschnell agieren.



Heino Stöver, Greif Sander, Norbert Scherbaum

Bedarf und Realität der psychiatrischen Versorgung – Ein Dialog

Prof. Dr. Norbert Scherbaum, Rheinische Kliniken Essen
Dr. Greif Sander, Ltd. Arzt Klinikum Wahrendorff

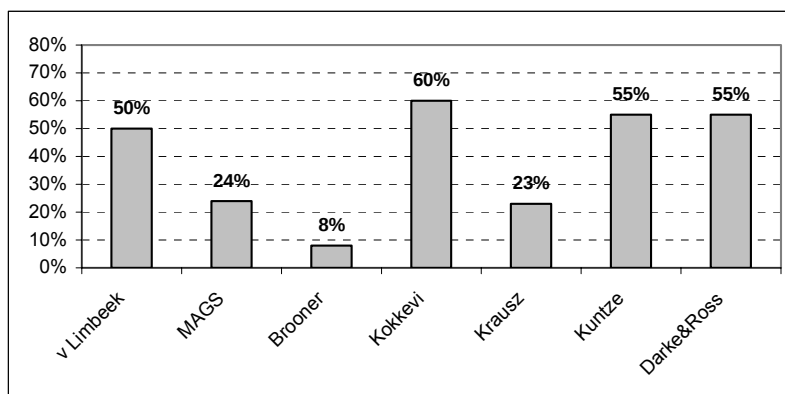
Psychiatrische Behandlung Drogenabhängiger in Substitutionsbehandlung

Prof. Dr. Norbert Scherbaum, LVR-Klinikum Essen

Bedarf

- Opiatabhängigkeit
- komorbide psychische Störungen
- komorbide substanzbezogene Störungen

N.B. komorbide Störungen begrenzen Behandlungserfolg



Häufigkeit von aktuellen psychischen Störungen bei Opioidabhängigen
(außer substanzinduzierten und Persönlichkeitsstörungen)

Verfügbare Strategien

- (leitliniengestützte) Behandlung psychischer Störungen
- spezifische Ansätze für Substitutionspatienten

(Leitliniengestützte) Behandlung

Beispiele

- o Antidepressiva bei affektiven/Angststörungen

- o Disulfiram bei Alkoholabhängigkeit
- o (manualisierte) Psychotherapie der Borderline-PS

Übersicht zu Psychotherapie bei Drogenabhängigkeit

34 randomisierte, kontrollierte Studien mit 2340 Patienten

n= 5: Cannabis-bezogene Störungen

n= 9: Kokain-bezogene Störungen

n= 7: Opiat-bezogene Störungen

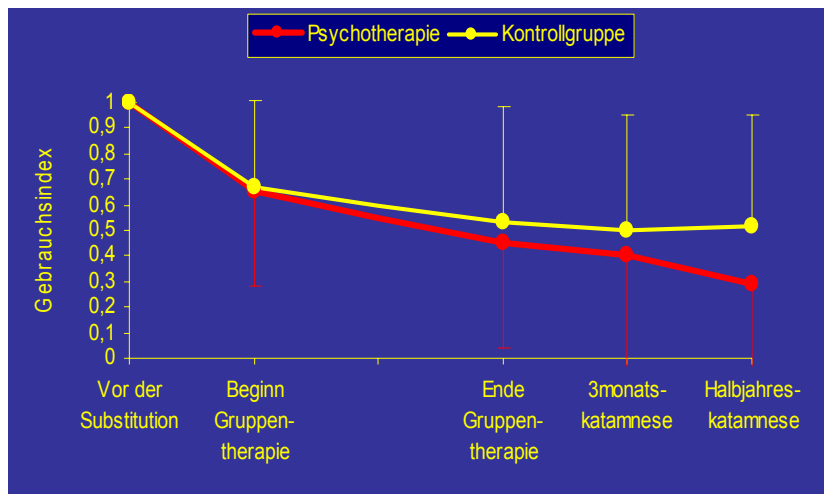
n=13: Polytoxikomanie

Methoden:

- Contingency-Management
- Rückfall-Prophylaxe
- kognitive Verhaltenstherapie
- Kombinationstherapie

Kognitive Verhaltenstherapie bei Substitution

Entwicklung des Konsums von Heroin, Kokain und Benzodiazepinen



Schlussfolgerungen

Psychiatrische Behandlungsstrategien bei Drogenabgängigen

- a) indiziert
- b) belegt
- c) real möglich?

Opiatabhängigkeit		Soziale Probleme
▼		▼
Substitution	▼	Psychosoziale Betreuung
Andere Substanz-bezogene Störungen	Komorbidität	Andere psychische Störungen
	▼	
Psychopharmakologische – psychotherapeutische Behandlung		

Warum klappt dennoch die (ambulante) psychiatrische Behandlung nicht

Dr. med Greif Sander
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) e.V.

Suchtmedizinische Ausbildung

In der klinischen Ausbildung der angehenden Fachärzte für Psychiatrie sollte die Suchtmedizin ein den anderen Bereichen der Psychiatrie gegenüber gleichwertiger Baustein sein. Je nach Institution wird diesem Teil des Fachgebietes aber mehr oder weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Häufig wird eine Chance verschenkt, den hohen Aufnahmezahlen an problematisch Suchtmittelkonsumierenden Menschen in den Kliniken ebenfalls ein entsprechend gleichhohes Interesse an dieser Patientengruppe entgegenzusetzen. Leider findet sich die Stigmatisierung dieser Patientengruppe in der Gesellschaft auch in den Kliniken und in der Ausbildung wieder.

Wissen

Die niedergelassenen Psychiater widmen ihrer Fortbildung zu suchtmmedizinischen Themen nicht die gleiche Zeit und Aufmerksamkeit wie anderen (vermeintlich ergiebigeren?) Themen des Fachgebietes. Der Sucht-patient wird als per se als ein schwieriger und anstrengender Patient angesehen, dem man sich lieber gar nicht erst widmet. Dabei gibt es, neben einem je nach Region natürlich, häufig gut ausgebauten und kompetenten Suchthilfesystem als Netzwerkpartner sowohl eine gute Theorie-bildung als auch gute Praxismodelle für die Behandlung dieser Patienten. Der Umgang mit chronisch-rezidivierend Erkrankten ist der Alltag des Psychiaters, warum werden Suchterkrankte eigentlich nicht genauso gesehen?

Komm-Struktur

Auch andersherum gibt es Stigmatisierungen: in die psychiatrische Praxis zu *kommen*, also zu den „Verrückten“, fällt vielen Suchterkrankten schwer. Der niedergelassene Psychiater war traditionell kein selbstverständlicher Partner in der Suchthilfe und ist es heute häufig immer noch nicht. Auch erleben Suchterkrankte die oben geschilderte Ablehnung in den psychiatrischen Praxen auch am eigenen Leib. Sinnvoll wäre es, wenn über Kooperationsmodelle Psychiater vor Ort in den Einrichtungen der Suchthilfe präsent wären.

Bezahlung

Auch für diese Patientengruppe gilt: chronisch-rezidivierend Erkrankte benötigen Zeit und häufige Kontakte in der Behandlung. Ein patienten-aversives Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung, welches diesem Bedarf nicht Rechnung trägt, verhindert eine adäquate (und damit im Übrigen dann wieder wirtschaftliche) Behandlung von Suchtmittel-erkrankten.

Anzahl

Aufgrund vor allem der nicht ausreichenden Vergütungsstruktur der Mittel im niedergelassenen psychiatrischen Bereich hat in den letzten Jahren die Anzahl der Psychiater, die schwerpunktmäßig Patientenversorgung betreiben, abgenommen. 75% des Fachgruppenetats landen bei den Psychotherapeuten, die aber nur 25% der Patienten versorgen, eine krasse Fehlallokation zum Schaden chronisch Kranker

Stigmatisierung !

Ersatz der Strafbewehrungen in BtMVV/BtMG durch ärztliches Berufs- und Standesrecht? Schlussfolgerungen aus zwei Gutachten

Prof. Dr. Dorothea Rzepka, Frankfurt a.M./Dresden

1. Der umstrittene Änderungsbedarf

Zu Beginn soll eine Frage gestellt werden, die letztlich gar nicht Gegenstand meiner beiden Gutachten war und ist. Gibt es eigentlich die behauptete Gefahr der strafrechtlichen Verfolgung substituierender Ärzte? Der Verweis auf vergangene und laufende Ermittlungsverfahren – nicht zuletzt in Niedersachsen¹ – soll an dieser Stelle nicht genügen. Das ¹könnten alle – wenn man in *dubio contra reum* argumentiert – „schwarze Schafe“ sein. Zu dieser Frage „Kriminalisierungsgefahr für substituierende Ärzte“ liest und hört man (beispielhaft durch ein Zitat von Weber aus dem Handbuch für Medizinstrafrecht belegt): „Der substituierende Arzt, der sich an die Regeln der §§ 13 BtMG, § 5 BtMVV und der BÄK-Richtlinien hält, bewegt sich auch strafrechtlich auf der sicheren Seite.“²ⁱⁱ Obwohl von Weber anders gemeint, nämlich i.S.v. „wer sich an die Regeln hält, hat auch nichts zu befürchten“, belegt das Zitat, wie sehr Substitution von vornherein und nach wie vor *mit der Brille des Strafrechts* und *weniger* aus dem *Blickwinkel der Gesundheitsfürsorge für chronisch Kranke* gesehen wird.

Die alte Bundesregierung und auch das BMG würden dem entgegenhalten, dass es *sanktionsbewehrte* und *nicht sanktionsbewehrte* Substitutionsvorschriften gebe.³ⁱⁱⁱ Dem ist zuzustimmen, soweit es um § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 14 BtMG i.V.m. § 16 BtMVV geht.^{4iv} Aber: Es gibt auch noch § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 BtMG. Dieses „Aber“ soll mit einem weiteren Zitat Webers erläutert werden: „Die besondere Strafbewehrung des § 5 Abs. 1, 4 Satz 2 BtMVV

¹ ¹ Vgl. z.B. Medical Tribune vom 17. August 2007, 18; Hauke Friederichs: Kampagne gegen „Dealer in Weiß“, DIE ZEIT Online vom 6. November 2008 Nr. 46 [<http://www.zeit.de/2008/46/Methadon>, zuletzt abgefragt 22. März 2010].

² Klaus Weber: Suchtmittelsubstitution, in: Claus Roxin/Ulrich Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 3. Aufl., 2007, 233 ff. (258).

³ Ausführlich: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe u.a. BT-Drs. 16/6655, 12 ff.

⁴ Näher hierzu: Dorothea Rzepka: Gutachten im Auftrag von akzept e.V. zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung, 2008, 50 f.

bedeutet nicht, dass Verstöße gegen die sonst in § 5 BtMVV aufgestellten Regeln straffrei wären. Vielmehr ist Strafbarkeit nach § 13 Abs. 1, § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 BtMG möglich, wenn der Verstoß zugleich eine Verletzung des § 13 Abs. 1 BtMG darstellt.^{5v} Es folgt eine längere Aufzählung von Verstößen letztlich gegen die Vorgaben des § 5 BtMVV. Eine solche Auslegung ist m.E. nicht zutreffend.^{vi6} Sie spiegelt jedoch – angeleitet durch das wissenschaftliche Schrifttum^{vii7} – die Praxis der Strafverfolgung wider, letztlich verschärft durch die Wertung des Bundesgerichtshofs im Jahr 2008, eine Mitgabe des Substitutes aus der Praxis sei überhaupt keine Behandlung.^{viii8}

Somit lässt sich sagen: Über die richtige Anwendung des Gesetzes i.V.m. vor allem mit § 5 BtMVV wird oder kann zumindest gestritten werden, und das Problem einer grundsätzlich möglichen, extensiven strafrechtlichen Kontrolle ärztlicher Substitutionsbehandlungen ist demnach nicht durch die bloße Forderung nach einer zutreffenden Auslegung der bestehenden Vorschriften lösbar. Vor diesem Hintergrund ist darüber zu diskutieren, ob und wie ein Verzicht auf § 5 BtMVV – ganz oder in Teilen – und/oder darauf aufbauender Strafbarkeit *ohne Einbußen im Gesundheitsschutz und ohne Einbußen bei der Gewährleistung der Betäubungsmittelsicherheit* gerechtfertigt werden könnte. Es geht darum, was bei einer Zurücknahme des Strafrechts *in diesem Bereich* bleibt.

2. Allgemeines Strafrecht als Ausdruck von Ultima Ratio

Mit Blick auf die Vorgabe „Einsatz von Strafrecht als Ultima Ratio“ ist zu fragen, ob nicht ohne die Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes bereits durch das allgemeine Strafrecht ein effektiver Schutz von Leben und Gesundheit des Patienten gewährleistet wird, welcher zugleich – *mittelbar* – der *Betäubungsmittelsicherheit* zugute kommt. Man könnte so argumentieren: Bereits das allgemeine Strafrecht leistet den eigentlich wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz und damit ganz nebenbei auch zur Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs, so dass weitere

⁵ Weber (Anm. 2), 260.

⁶ Vgl. Rzepka (Anm. 4); Nina Nestler: Betäubungsmittelstrafrechtliche Risiken bei der Substitutionsbehandlung, MedR 2009, 211 ff. (216 f.).

⁷ Z.B. Harald Hans Körner: Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, 6. Aufl., 2007, Rn. 1532 und 1534 zu § 29 BtMG.

⁷

⁸ BGH MedR 2009, 230 f. = NSTZ 2008, 574 f.

Strafvorschriften im Betäubungsmittelgesetz nicht oder nur vereinzelt geboten sind. Als Ergebnis des zweiten Gutachtens^{9ix} ist festzustellen, dass es sich auch ohne die Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (i.V.m. der BtMVV) bei der Substitutionsbehandlung um einen strafrechtlich riskanten Ausschnitt ärztlicher Tätigkeit handelt. Das geht von der Beurteilung ärztlich nicht begründeter Verschreibungen/Überlassungen zum unmittelbaren Verbrauch als vorsätzliche oder fahrlässige Körperverletzung (§§ 223 ff. StGB) bis hin zur fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) bei Todeseintritt. Dabei bestehen gerade – wie bei anderer ärztlicher Tätigkeit gleichermaßen – die dem Arzt auferlegten Sorgfaltspflichten, deren Verletzung strafbarkeitsbegründend für den Fahrlässigkeitsvorwurf ist, *unabhängig vom Vorhandensein des § 5 BtMVV*. Und: Es sind die typischen Aufklärungsfehler, Organisationsfehler und Behandlungsfehler (die Diagnose, Indikation, Wahl und Durchführung der ärztlichen Maßnahme sowie ggfs. der Nachsorge betreffend) von Bedeutung – nur mit dem Unterschied, dass für die konkrete Behandlungsmethode „Substitution“ spezifische Vorgaben durch die Richtlinien der Bundesärztekammer vorliegen. Hinzu kommt eine mögliche strafrechtliche Relevanz ärztlichen Verhaltens als Betrug (§ 263 StGB) und Untreue (§ 266 StGB).

3. Gesundheitsschutz und Betäubungsmittelsicherheit durch die Richtlinien der Bundesärztekammer und die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Behandlung“

Gegenstand des ersten Gutachtens^{x10} war ein Abgleich von § 5 BtMVV mit § 43 AMG, den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger 2002^{11xi} sowie der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Behandlung“ zur „Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“^{12xii}. Die Zusammenfassung

⁹ Gutachtenteil: Strafbarkeit ärztlichen Verhaltens bei Substitutionsbehandlungen nach *allgemeinem Strafrecht* mit einem Schwerpunkt auf fahrlässige Körperverletzung/Tötung.

¹⁰ Dorothea Rzepka: Gutachten im Auftrag von akzept e.V. zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung, 2008

¹¹ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 22. März 2002), Deutsches Ärzteblatt 2002, A 1458 ff.

¹² Im Gutachten mit BUB-Richtlinien abgekürzt (im Anschluss an: Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vom 28. Oktober 2002 [BUB-Richtlinien], Nr. 2 der Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, Deutsches Ärzteblatt

dieses Abgleichs lautet: Die Richtlinien der Bundesärztekammer 2002 und die vertragsärztlichen Richtlinien beinhalten alle relevanten Bestimmungen des § 5 BtMVV. Die untersuchten Richtlinien gehen sogar – teils weit – über den Inhalt des § 5 BtMVV hinaus und sind an der einen oder anderen Stelle von den Voraussetzungen her enger gefasst.^{13xiii} Die insoweit *sichtbare Präziserungs- und Konkretisierungsarbeit* bezieht sich in diesem Zusammenhang aber nicht nur auf die *inhaltliche Frage*, ob, wie lange, mit welchem Mittel und welcher Dosis eine Substitution *ärztlich indiziert* ist. Sie erfasst vielmehr auch den für die Gewährleistung von Betäubungsmittelsicherheit bedeutsamen Aspekt der *verfahrensrechtlichen Absicherung einer Entscheidungsfindung*, welche das richtige Ergebnis hervorbringen soll. Dies geschieht insbesondere durch Vorgaben zur Anamnese, umfangreiche Untersuchungs-, Aufklärungs-, Informations-, Dokumentations- und Kontrollpflichten.

4. Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

In der vertragsärztlichen Versorgung – dem Regelfall der Substitutionsbehandlung – kommt ein ausdifferenziertes System der Qualitätssicherung hinzu, das mit dem Nachweis der fachlichen Befähigung des Arztes, der erforderlichen Genehmigung für Substitutionsbehandlungen beginnt und sich in der Tätigkeit der Qualitätssicherungskommissionen mit beratenden, aber auch kontrollierenden Aufgaben und Befugnissen fortsetzt. Kennzeichnend für das Kontrollpotential der vertragsärztlichen Richtlinien ist vor allem die Befugnis zur Prüfung durch am Zufall orientierte Stichprobenziehung pro Quartal, zur Prüfung aller Substitutionsbehandlungen mit Ablauf von jeweils fünf Behandlungsjahren und zur Reaktion auf wiederholte, richtlinienwidrige Substitutionsbehandlung durch Entzug der

2003, 87 ff.); zuletzt als „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ i.d.F. vom 17. Januar 2006 (BAnz. 2006,1523), Anlage I.

¹³ Dieser Abgleich bedarf inzwischen der Aktualisierung, da die rechtliche Lage sich vor allem durch das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 15. Juli 2009 (BGBl. I 2009, 1801) sowie die 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung vom 19. März 2009 (BGBl. I 2009, 560) geändert, die Bundesärztekammer infolgedessen neue „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 19. Februar 2010)“ verabschiedet und auch der Gemeinsame Bundesausschuss am 18. März 2010 eine Änderung der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“ beschlossen hat (Stand 22. März 2010: dem BMG zur Prüfung vorgelegt).

Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Substitution durch die Krankenkasse.^{14xiv} Dabei lässt sich dieses Kontrollinstrument trotz der Wortwahl nicht auf den Aspekt der Qualitätssicherung in Abgrenzung zur Betäubungsmittelsicherheit reduzieren. Denn die Prüfungen beziehen sich nach § 9 Abs. 6 der vertragsärztlichen Richtlinien explizit auf die „Einhaltung aller Bestimmungen dieser Richtlinien“, welche mit letztlich nicht relevanten Ausnahmen den Inhalt des § 5 BtMVV widerspiegeln. Dass eine Kontrolle per Stichprobe im Vergleich zum Erfordernis der Begründung eines strafrechtlichen Anfangsverdachts effizienter sein kann, ergibt sich schon aus dem Umstand, dass den Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung durch das Bestehen einer umfangreichen ärztlichen Dokumentationspflicht und – darauf aufbauend – Vorlagepflicht hinsichtlich der erstellten Dokumentationen der ungehinderte informationelle Zugriff auf das sensible Arzt-Patienten-Verhältnis ermöglicht wird, das der Überprüfung durch die Strafverfolgungsorgane zunächst einmal entzogen ist und nur unter bestimmten engeren Voraussetzungen zugänglich wird.

5. Kontrolle ärztlicher Praxis durch Berufgerichtsbarkeit

Als weiteres Kontrollinstrument kommt die Berufsgerichtsbarkeit hinzu.^{15xv} Hier ist ohnehin die Möglichkeit einer strafrechtsähnlichen Sanktionierung eröffnet. Mein zweites Gutachten^{16xvi} verdeutlicht:

Die Musterberufsordnung hat dazu geführt, dass in den Ländern eine *große Übereinstimmung bei der Festlegung der Berufspflichten* besteht

¹⁴ Darüber hinaus und neben diesen substitutionsspezifischen Sanktionsmöglichkeiten möglich: Verhängung von Disziplinarmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (§ 81 Abs. 5 SGB V) sowie Zulassungsentziehungsverfahren gegen den Vertragsarzt gemäß § 95 Abs. 6 SGB V (vgl. hierzu beispielhaft: *Jörg Heberer*: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht, 2. Aufl., 2001, 273 ff.; *Rüdiger Zuck*: § 23 Disziplinarverfahren /Zulassungsentziehung, in: Michael Quaas/Rüdiger Zuck, Medizinrecht, 2008, 481 ff.).

¹⁵ Hiervon zu unterscheiden: Disziplinarmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich, Zulassungsentziehungsverfahren gegen den Vertragsarzt (Anm. 14). Für beamtete Ärzte gilt regelmäßig nur das Disziplinarrecht des Dienstherrn.

¹⁶ Gutachtenteil: Synopse zu den in den einzelnen Ländern bestehenden, unterschiedlichen ärztlichen Berufsordnungen, Kammer- und Heilberufsgesetzen sowie ggfs. Berufsgerichtsordnungen bezogen auf „Sanktionen“ und „Grundzüge des berufsgerichtlichen Verfahrens“, soweit für das Thema „Substitution“ relevant.

und diese in allgemeiner Form Inhalte vorgeben, wie sie in den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Substitution weiter ausformuliert werden.

- Die Länder nehmen einhellig^{17xvii} die *schuldhafte Verletzung von Berufspflichten* zum Anlass für ein berufsgerichtliches Verfahren.^{18xviii}
- Auch der zur Verfügung stehende *Sanktionskatalog* ist – trotz bestehender Unterschiede – im Kern in den einzelnen Ländern gleich.
- Die Landesgesetze und – in Baden-Württemberg, Hamburg sowie im Saarland – die Berufsgerichtsordnungen treffen Vorkehrungen für die *Einhaltung rechtsstaatlicher Standards* in berufsgerichtlichen Verfahren (Stichworte: anwaltliche Unterstützung, rechtliches Gehör, zwei Tatsacheninstanzen etc.), welche – bei Bedarf im Einzelfall – durch entsprechende Anwendung u.a. von Vorschriften der Strafprozessordnung ergänzt werden. Hinzu kommt, dass berufs- und disziplinarrechtliche Verfahren unter den Begriff der „strafrechtlichen Anklage“ nach Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention fallen und demzufolge die *Garantien eines fairen Verfahrens*, wie sie von der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte aufgestellt werden, einzuhalten sind.

6. Verwaltungsrechtliche Maßnahmen als Reaktion auf ärztliches Fehlverhalten

Obwohl nicht Teil meiner Gutachten ist anzumerken, dass auf ärztliches Fehlverhalten des Weiteren durch verwaltungsrechtliche Maßnahmen reagiert werden kann und auch – derzeit in Kooperation mit dem Strafrecht – reagiert wird.^{19xix}

¹⁷ Abweichung nur in § 55 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 Heilberufe-Kammergesetz Baden-Württemberg (Anknüpfungspunkt „berufsunwürdiges Verhalten“, worunter aber die Verletzung von Berufspflichten verstanden wird); § 33 Abs. 1 Saarländisches Heilberufekammergesetz (alternative Voraussetzung: „standesunwürdiges Verhalten“).

¹⁸ Die Frage der Vereinbarkeit einer solchen Voraussetzung mit dem Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 103 Abs. 2 GG stellt sich hier nicht drängender als im Zusammenhang mit der Fahrlässigkeitsstrafbarkeit des allgemeinen Strafrechts, wobei im Unterschied die ärztlichen Berufsordnungen sowie die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Substitution Auslegungsmaßstäbe an die Hand geben.

¹⁹ Weitere Hinweise z.B. bei: Rzepka (Anm. 10), 47 f.; Heberer (Anm. 14), 99 ff., 280 ff.

7. Ein „neues Gebäude“

Will man Strafrecht im Bereich der ärztlichen Substitution partiell zurücknehmen, so kann man ein „neues Gebäude“ – bildlich gesprochen – auf mehrere, bereits vorhandene Grundsteine setzen.

1. Ärztliches Fehlverhalten wäre weiterhin nicht ohne strafrechtliche Konsequenzen (allgemeines Strafrecht; sonstige Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes, welche dem Arzt z.B. den Handel mit Betäubungsmitteln verbieten).
2. Qualitätssicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit ihren substitutionsspezifischen, aber auch allgemeinen Reaktionsmöglichkeiten auf ärztliches Fehlverhalten/vertragsärztliche Pflichtverletzung.
3. Ärztliche Berufsordnung und die interne Sanktionierung von Verstößen im Rahmen der Berufsgerichtsbarkeit.
4. Reaktionen auf ärztliches Fehlverhalten durch verwaltungsgerichtliche Maßnahmen bis hin zum Widerruf der Approbation.



Teilnehmer, im Vordergrund Dr. R.Ullmann, Dr. A.Ulmer

II. Modelle Guter Praxis

Aufgaben und Potentiale der Qualitätssicherungs- kommissionen

Dr. Detlef. Lorenzen, QS-Komm. Substitution der KV

Wenn BtmG, BtmVV und AMG auch hohe Strafen für nicht legales Verhalten androhen, geben sie aber keine praxistauglichen Anweisungen für eine angemessene Qualitätssicherung in der Substitutionsbehandlung. Es klafft eine große Lücke zwischen legalem Anspruch und praxistauglichen Verfahren. Die AUB Richtlinien, gültig nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, haben zwar klarere Anforderungen an die Qualität der Substitutionsbehandlung und bedienen sich der Kontrolle der Qualität als regelhaftem Vorgang durch die QS-Beratungskommissionen. Aber auch die dort festgeschriebenen Regeln sind bestimmt vom Spagat zwischen gesellschaftlichem Anspruch nach drogenfreiem Leben und den in der Praxis auftretenden Problemen der Langzeitdrogenkranken. Ärzte und Patienten stehen in einem Spannungsfeld, in dem oft medizinisch-therapeutische Erfordernisse im krassen Gegensatz zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und den Interessen der Krankenkassen stehen.

Arbeitsgrundlage der QS-Kommissionen zur Überprüfung der Qualität sind zunächst die bei den substituierenden Ärzten angeforderten Unterlagen aufgrund der vorgeschriebenen Stichprobenregelung. Zur Erleichterung des Arbeitsaufwandes der Ärzte für die praktische Prüftätigkeit haben die QS Kommission Fragebögen entwickelt, in die die befragten Ärzte ihre Dokumentation übertragen können. Die Bewertung der Bögen erfolgt nach vier Stufen:

1. ohne Beanstandung,
2. Leichte Beanstandung,
3. Deutliche Beanstandung,
4. Erhebliche Beanstandung.

Kann sich die Kommission kein ausreichendes Bild machen, erfolgen Nachforderungen aus der ärztlichen Dokumentation. Bei der Bewertung Stufe zwei erfolgt in der Regel ein konsiliarer Hinweis oder eine persönliche telefonische Beratung. Bei einer Einstufung in Stufe drei werden Dokumentationen weiterer Patienten angefordert oder der Kollege zu

einem Fachgespräch eingeladen. Bei der Einstufung nach Stufe vier wird ein kollegiales Fachgespräch geführt oder ein Praxisbesuch vereinbart. Ergeben sich hierbei nicht behebbare Mängel oder zeigt sich der Kollege beratungsresistent, wird der Vorstand informiert und der Entzug der Abrechnungsgenehmigung empfohlen. Ein häufiges Problem in der Arbeit der Kommissionen sind unvollständige Unterlagen oder auch die Weigerung der ärztlichen Kollegen, sich der QS Prüfung zu unterziehen. In der Sache unterscheiden sich medizinische und rechtliche Fehler.

Bei den *medizinischen Fehlern* ist die fehlende Bestätigung der Diagnose durch Urintests vor Eintritt in die Behandlung auf häufigsten. Im Verlauf der Behandlung werden die notwendigen unregelmäßigen Urinscreenings auf Beigebruch oftmals vernachlässigt. Das ist besonders dann von Bedeutung, wenn die „take home Fähigkeit“ eines Patienten überprüft wird. Weiter ist die Inkaufnahme von Beigebruch (wie von anderen Ärzten (oder vom Schwarzmarkt) erworbenen Tranquillizern und/oder Psychopharmaka bei „take-home-Verordnung“) ein Problem.

Bei den *rechtlichen Problemen*, die eigentlich aus medizinischer Sicht nicht (so) bedeutsam sind, ist der Schutz des Arztes vor Strafverfolgung ein zentraler Aspekt der Beratung durch die QS-Kommissionen. Fehlende psychosoziale Beratung, unbegründete frühe take-home-Verordnung (s.a. Widerspruch zwischen BtmVV- mindestens 6 Monate Sichtbezug und AUB – in begründeten Fällen vorher zulässig) ein weiteres Problem. Wichtig ist es auch in den Beratungen die Ärzte darauf hinzuweisen, dass die Mitgabe des Substituts aus der Praxis (eine medizinisch durchaus sinnvolle Regelung) nach AMG (Arzneimittelgesetz) eine strafbare Handlung darstellt, die in einzelnen Prozessen dem „dealen“ gleichgestellt wurde. Ein besonders grober Fehler, der in der Regel nur indirekt auffällt, ist die Verordnung von Substituten durch nicht legitimierte Ärzte (ohne Fachkunde). Diese sind meist auch Kassenärzte, begehen also zwei „Delikte“: unerlaubte und damit strafbare Verordnung und Verletzung des Kassenarztes. Bei den rechtlichen Problemen müssen auch alle Kollegen erwähnt werden, die auf Anforderung durch die QS-Kommission keine Unterlagen schicken oder deren Unterlagen so lückenhaft sind, dass die Kommission sich kein Bild über den Verlauf der Behandlung machen kann.

Auch die *Zusammensetzung der Kommission* (paritätisch mit Vertretern der Kassen/des MDK und Ärzten der KV) bietet einigen Konfliktstoff. Hier war die Methadon- Kommission Vorreiter zur Beteiligung der Kassen an der Qualitätssicherung, da vorher die Kommissionen nur von der KV gebildet wurden. Es bedurfte schon erheblicher Überzeugungs- und Informations-

arbeit an den Vertretern der Kassen und des MDK, die sich aber inzwischen zu einer wohlwollend kritischen und fachlich fundierten Zusammenarbeit in unserem Bereich entwickelt hat.

Probleme in der Beratung macht natürlich auch die Honorarpolitik der KV/KBV, die weitreichende Folgen für die Substitution an sich hat. Es sind zunehmend weniger Kollegen, die sich zu dieser Arbeit bereitfinden und es sind vorwiegend ältere Semester. In diesem Sinne sehen es die ärztlichen KV- Mitglieder der Kommission auch als ihre Aufgabe die KV auf die allgemeine Lage und spezielle Probleme der Substitution hinzuweisen und damit die KV bzw. deren Vorstand zu beraten.

Hauptsächliche Aufgabe der QS-Beratungskommission bleibt aber die Beratung und der Kontakt zu Kollegen bei der schwierigen Arbeit in der Substitution. Wenn dabei die medizinische oder rechtliche Problematik erheblich beanstandet werden muss, führen die ärztlichen KV-Mitglieder weitere Kontrollen, Kolloquien oder Praxisbesuche durch, um den entdeckten Missstand zu beheben. Nur wenn auf diesem Wege keine Lösung zu finden ist, die Gefahren zu groß erscheinen, werden die disziplinarischen Wege in der Selbstverwaltung beschritten. Und leider gibt es auch in dieser Arbeit einige beratungsresistente Ärztinnen und Ärzte.

Im Sinne der *Beratung* ist in unserem Bereich auch eine *Schwerpunktpraxis* (Eigeneinrichtung der KV)tätig und bildet damit ein *Kompetenzzentrum aus der Praxis*. Die Kommissionen richten auch einmal jährlich Fortbildungsveranstaltungen aus, in den die substituierenden Ärzte einer Region (Regierungsbezirk) zusammenkommen.

Für die Zukunft ist aus Sicht der QS Kommission der KV in Baden-Württemberg eine enge Zusammenarbeit mit Ärztekammer und den Justizeinrichtungen (JVAen) sinnvoll. Die in Novellierung befindlichen Richtlinien der Bundesärztekammer sollten die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen für den privaten Bereich (mindestens 1/3 der Substitutionen sind „privat“) verbindlich fordern. Dann haben die Landesärztekammern die Pflicht die bisher problematische „Lücke“ zu schließen.



TeilnehmerInnen, stehend Dr. Konrad F. Cimander

Pauschalfinanzierung der Take Home und Finanzierung Erwerb Fachkundenachweis Niedersachsen

Dr. Konrad F. Cimander, Vors. Qualitätskomm Suchtbehandlung, KV
Hannover;

Ausgangssituation

- zunehmende Anzahl von Patienten in Substitution
- abnehmende Anzahl der substituierenden Ärzte
- grösser werdende Zentren für Suchtmedizin
- steigender bürokratischer Aufwand bei Substitutionstherapien
- Substitution anerkannter "Gold-Standard"
- deutliche Senkung der Mortalität und Multimorbidität
- Verbesserung sozialer und beruflicher Faktoren
- rückläufige Strafverfolgung

Warum Take-Home ? (aus Sicht der Ärzte)

- verbessertes Arzt-Patienten-Verhältnis
- wirtschaftliche Gesichtspunkte treten in den Hintergrund
- hat einen Belohnungscharakter
- wirtschaftlicher für die Kassen
- Anreiz die Patienten zur Drogenfreiheit zu motivieren
- Erschliessung neuer Ressourcen in den Arztpraxen (mehr

Substitutionsplätze)

- praktikabler in der flächendeckenden Versorgung
- Verbesserung der Sicherstellung
- höhere Flexibilität
- Anreiz und Belohnung für die Patienten
- Bessere Integration der Patienten in Arbeit und Familie möglich
- Eigenverantwortliches Handeln der Patienten wird gefördert
- Patienten in ländlichen Regionen können wesentlich besser behandelt werden

Hypothesen - Take-Home

- sollte zu qualitativ besseren Patientenverläufen führen
- wird ein Umdenken von Arzt und Patient erzeugen
- überführt die Substitutionsbehandlung in eine fast „normale“

Krankenbehandlung

- verbessert das Image von Suchtpatienten

- erhöht die Akzeptanz einer suchtmmedizinischen Behandlung in der Gesellschaft
- führt zu mehr Transparenz in der Substitution (z.B. weniger Privatsubstitution)
- liefert klarere Rahmenbedingungen auch für die Qualitätssicherungskommission
- unbürokratischer in der Verwaltung von Substitutionspatienten
- wird neue Kollegen zur Substitutionsbehandlung motivieren

Kosten Take-Home

- die Take-Home-Ziffer sollte aus verwaltungs-technischen Gründen eine Wochenziffer sein
- am Tag der Take-Home-BTM-Rp Übergabe sollte das Gespräch und eine Kontrollvergabe abrechenbar sein
- die Take-Home-Ziffer sollte bundeseinheitlich über alle Kassenarten gelten
- sie sollte einen wirtschaftlichen Anreiz für Leistungserbringer und Kassen darstellen

Vorschlag:

Die frühere Take-Home-Ziffer in Niedersachsen von € 37,00 führte zu einem beidseits zufriedenen Ergebnis

Situation Niedersachsen Substitution und Fachkunde

- nach Überprüfung aller Ärzte in 2006 und Strafanzeigen (40 % aller Ärzte) in zunehmende Sicherstellungsprobleme
- fehlendes Interesse und ablehnende Haltung gegenüber Substitution
- Beschluss der Vertreterversammlung zur Förderung des Fachkundeerwerbs aus dem Sicherstellungsfond
- seitdem sehr langsam steigendes Interesse, aber weiterhin grosse Skepsis gegenüber möglichen berufsrechtlichen und juristischen Problemen bei der Substitutionsbehandlung

Abgabe am Wochenende – Das „Hamburger Apothekenmodell“

Dr. Klaus Behrendt, DGS, Hamburg

- Etwa 5 % der erwachsenen Bundesbürger weisen Probleme im Umgang mit psychotropen Medikamenten auf
- Jeder niedergelassene Arzt hat im Durchschnitt einmal täglich Kontakt mit einem manifest medikamentenabhängigen Patienten, ein weiterer muss als gefährdet eingestuft werden.
- Frauen sind etwa doppelt so häufig wie Männer von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen.
- Die Prävalenz steigt ab dem 40. Lebensjahr, ab dem 60. Lebensjahr stellt der nicht verschreibungsgemäße Gebrauch psychotroper Medikamente ein weit verbreitetes Problem dar.

Das Problem Privatrezepte an GKV-Versicherte

	1993	2004
BZD GKV	11 Mio. Pck.	2,5 Mio. Pck.
BZD Apotheken- Einkauf	12,7 Mio. Pck.	5,6 Mio. Pck.
Z-Drugs GKV	2,1 Mio. Pck.	3,8 Mio. Pck.
Z-Drugs Apotheken. Einkauf	2,2 Mio. Pck.	7,4 Mio. Pck.

Erfahrungen mit der I-Polamidonbehandlung in Hamburg von Dr. Hanswilhelm Beil 1973

1. Die „Methadone-Maintenance“ bzw. die Polamidon-Stütztherapie ist nur bei schwer Heroinsüchtigen indiziert – also bei einer Gruppe von Abhängigen, die es bei uns in Deutschland zumindest vorläufig so gut wie nicht gibt.

2. Das sog. „Detoxification-Treatment“, die Entgiftungsbehandlung bezieht sich auf die Verabfolgung fallender Dosen von I - Polamidon..... Sie ist humaner.

3. Methode der I-Polamidonanwendung – durch den praktischen Arzt eingeführt. Dabei handelt es sich um die ambulante Rezeptur von I-

Polamidon in der ärztlichen Praxis in einer Menge, die zwischen 5 und 20 ml pro Tag liegt. Sie erfolgt z.B. „um den Süchtigen herunterzudosieren“. Der Süchtige bekommt dabei das Rezept und damit das Polamidon in voller Menge injizierbar in die Hand.

Diese unsinnige, da nicht zu kontrollierende „Herunterdosierung“ erstreckte sich im Hamburger Raum seit 1971 auf Wochen bis Monate, wobei die rezeptierten Mengen in der Regel *nicht* reduziert wurden, so daß es sich tatsächlich um eine Versorgung des Süchtigen mit „Schießgiften“ über Krankenschein und Kassenrezept handelte, nicht um Behandlung.

Solche Legalisierungen sind unverantwortlich, weil jede Flasche Polamidon, jede Ampulle Morphin, die durch ärztliche Verschreibung in die „Szene“ kommt, den illegalen Markt entlastet und Schießgifte freimacht für die Jugendlichen und Kinder, die sonst nichts bekämen, die sich dadurch höher dosieren oder die neu angefangen haben.

Auch Unbedacht ist zu verurteilen, denn das Problem wird seit Jahren in der öffentlichen, seit 1973 in der fachwissenschaftlichen Presse diskutiert.

Anbruch einer neuen Zeit

Staatliche Pressestelle Freie und Hansestadt Hamburg 10. Januar 1988:
Gesundheitssenatorin Christine Maring hat heute zu dem vom Hamburger Arbeitskreis AIDS gefaßten Beschluß zum Einsatz von L – Polamidon erklärt:

„Insbesondere die hohe Gefährdung Drogenabhängiger durch HIV – Infektion macht es notwendig, auch unkonventionelle Wege der Hilfe zu gehen.

Eine ärztlich indizierte und streng kontrollierte medikamentengestützte Einzeltherapie kann ein solcher Weg sein. Dazu werden vorbereitende Gespräche geführt“.

Mit Schwierigkeiten auf den neuen Weg:

Pressestelle der Hamburger Ärzteschaft 19.4.1989 :

Die Sachverständigenkommission „Substitutionsmaßnahmen“ stellt ihre Arbeit ein.

Den Mitgliedern der SVK ist die Entscheidung zur Beendigung ihrer Arbeit aus den nachstehenden Gründen äußerst schwergefallen:

- Die Empfehlungen zur Durchführung einer Methadoneinzelfallbehandlung haben sich fachlich als richtig und ärztlich als notwendig erwiesen.
- Die praktische Umsetzung war bisher im *rechtlichen* wie im medizinischen *Sinne erstaunlich problemlos*.
- Alle an der Methadonabgabe beteiligten *Apotheker beurteilen* die bisherigen *Erfahrungen der Methadonbehandlung* in Hamburg als *uneingeschränkt positiv*.

Der Hamburger Polamidonvertrag vom 26.2.1990

§ 2 Verordnung, Abgabe und Verabreichung von Methadon-L-Polamidon

1. Die Abgabe von Methadon erfolgt durch die Apotheken.

Die täglich notwendige orale Verabreichung von Methadon-L-Polamidon erfolgt – vorbehaltlich einer anderen einvernehmlichen Regelung – unter Aufsicht durch

- Den verordnenden Arzt oder einen von ihm beauftragten Apotheker oder
- Die von der Ärztekammer Hamburg eingerichtete Drogenambulanz

2. Die nach Absatz 1) Beteiligten anerkennen ihre Verpflichtung, dafür zu sorgen, daß die Verschreibung (Verordnung), Abgabe und Verabreichung ausnahmslos kontrolliert durchgeführt wird und eine mißbräuchliche Verwendung des Substituts Methadon-L-Polamidon ausgeschlossen ist; eine Überlassung des Substituts an den Patienten ist unzulässig.

„Rechtsnormen“ vom Hamburger Senat ?

Aus einem Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Ernährung vom 3. 4. 1990 (Drucks. 13/5336 2.Tz.5.7Methadonsubst.):

Die CDU-Abgeordneten baten um die Übersendung der Richtlinien und erkundigten sich, ob die Methadonabgabe gegenwärtig auch an den Wochenenden sichergestellt sei.

Die Senatsvertreter gaben zur Kenntnis, bei den laufenden Substitutionsbehandlungen sei die Frage der Verordnungen und Abgaben geregelt, so daß auch die Wochenendversorgung gewährleistet sei.

Aus der Bürgerschaftsdrucksache 14/65 16.Juli 1991 (Antwort auf eine schriftl. kl. Anfrage der CDU:)

7. Wie beurteilt der Senat die Entscheidung des BGA-Berlin, die Ausgabe von Methadon am Wochenende durch Apotheken in Zukunft zu verbieten?

Zu 7.: Die derzeitige Auffassung des Bundesgesundheitsamtes gefährdet die Durchführung von Substitutionsbehandlungen in Hamburg. Der Senat hält die Entscheidung des BGA für rechtlich fragwürdig und beabsichtigt, gemeinsam mit anderen Bundesländern das BGA dazu zu bewegen, seine Haltung zu revidieren.

Die ständige Praxis:

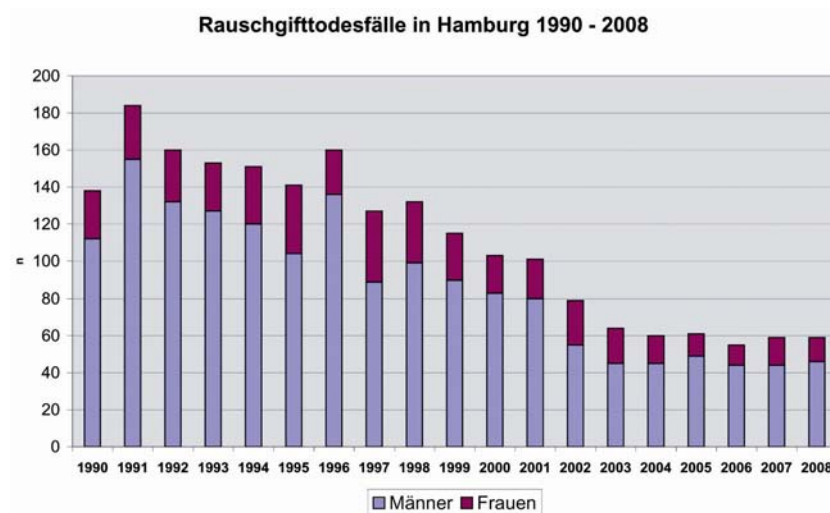
- Seit 1988 wird substituierten Patienten in Hamburg ihr Substitut in einer wohnortnahen Apotheke abgegeben. (nur ca. 5 – 600 von 5 – 6000 Patienten werden in Ambulanzen vor Ort versorgt.)
- Dies geschieht vom ersten Tag der Behandlung an, ohne dass es jemals zu relevanten Problemen gekommen ist.
- Von Anfang an haben die Apotheken (die ja Sonntags i.d.R. geschlossen sind) die Sonntagsdosis mitgegeben.
- Nach entsprechender Stabilisierung werden auch die Take-home-Dosen von der Apotheke mitgegeben.

Tabuisierung oder Unkenntnis?

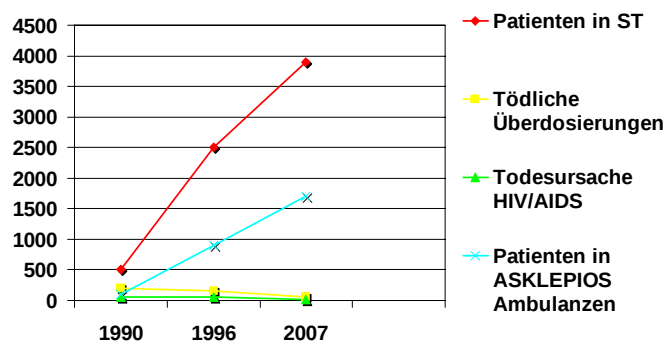
Diese Praxis wurde nie von fachlicher, politischer oder juristischer Seite in Hamburg problematisiert.

Es ist davon auszugehen, dass den meisten an dieser Praxis konkret Beteiligten die diesbezüglichen Vorschriften der jew. gültigen BtmVV gar nicht bekannt/bewußt waren und sind.

Zumindest aber bewahrheitet sich das Sprichwort: *Wo kein Kläger ist, ist auch kein Richter* hier einmal im Sinne der betroffenen Patienten!



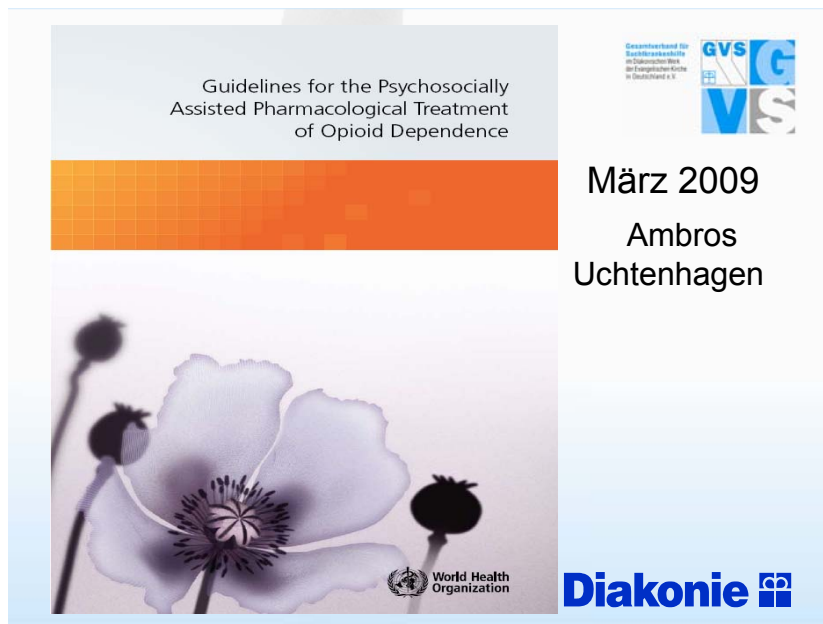
Rauschgifttote	Jahr (absteigend)						
	1991	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Rauschgifttote insgesamt	2.125	1.565	2.030	1.326	1.296	1.394	1.449
Nach Ländern							
Baden-Württemberg	275	255	286	156	159	155	192
Bayern	230	224	340	197	191	242	247
Berlin	240	93	225	195	173	158	152
Brandenburg	-	2	3	5	6	12	7
Bremen	86	51	76	42	40	38	31
Hamburg	182	141	102	61	55	59	58
Hessen	310	166	138	103	95	120	118
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	7	2	5	3	9
Niedersachsen	205	99	145	80	75	74	94
Nordrhein-Westfalen	505	380	506	350	350	374	380
Rheinland-Pfalz	37	69	88	53	77	60	57
Saarland	19	25	19	12	10	13	18
Sachsen	1	4	9	20	15	24	18
Sachsen-Anhalt	-	3	6	9	8	13	6
Schleswig-Holstein	45	53	71	40	30	44	48
Thüringen	-	-	9	1	7	5	14



Dr. Klaus Behrendt, Diskussion

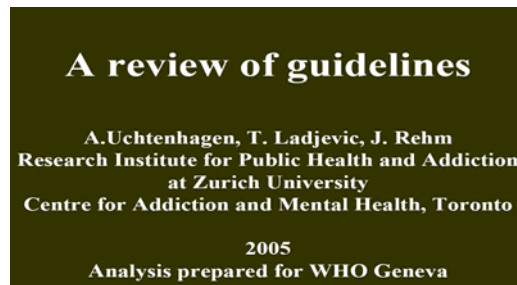
Welche Bedeutung haben die neuen guidelines der WHO für die PSB-unterstützte Substitutionsbehandlung?

Dr. Theo Wessel, Gesamtverband Suchtkrankenhilfe Diakonie, Berlin



www.who.int/substance_abuse/en/

1. Review von 28 nationalen und regionalen Leitlinien zu pharmakologischen Behandlungen der Opiod-Abhängigkeit (allte LL)



Rolle der psychosozialen Betreuung (PSB) in den Leitlinien

Forschungsevidenz aus COCHRANE-Reviews und anderen Quellen:

- Kombination mit PSB hat bessere Ergebnisse als pharmakologische Behandlung allein
- Wesentliche Verbesserungen durch Kombination bei: Haltequote, Compliance, Reduktion des primären Substanzbrauches, Reduktion psychiatrischer Symptomaten, Reduktion der Schwere der Abhängigkeit
- Kernelemente PSB sind: regelmäßige Beratung, Zugang zur medizinischen und psychiatrischen Behandlung wenn nötig, Familientherapie, Soziale Assistenz wenn nötig, arbeits- und berufsbezogene Beratung
- Interventionsmodalitäten PSB: *psychologisch* mit Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppe, Krisenintervention, Elterntraining, Rückfallprävention; *sozial* mit berufsbezogenem Training, Unterstützung am Arbeitsplatz, im Haushalt, bei der Nutzung von Verkehrsmitteln, bei der Kinderversorgung, rechts- und Schuldnerberatung

2. Die WHO internationalen Leitlinien und Empfehlungen zur psychosozial unterstützten Behandlung der Opioid-Abhängigkeit (neue LL)

**The WHO international
Guidelines on psychosocially
assisted pharmacological
treatment of opioid dependence
(2008)**

Der Prozeß

- Start: Resolution der ECOSOC (United Nations Economic and Social Council)
- Internationale Expertengruppe (Davoli, Farrell, Fiellin, Jianhua, Mardiati, Mattick, Medina-Mora, Owiti, Rahimi-Movaghar, Ray, Smith, Subata, Uchtenhagen)

- Zusammenarbeit mit UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime)
- Vorbereitende Hintergrundpapiere
- Graduierung der Forschungsevidenz
- Evidenzbasierte Empfehlungen
- Rückmeldung zum LL-Konzept und Endredaktion

Vorbereitende Hintergrundpapiere

- Neurobiologie der Opioid-Abhängigkeit
- Epidemiologie Opioid-Gebrauch und Abhängigkeit
- Schädliche Folgen Opioid-Gebrauch
- Ökonomische Folgen des Opioid-Gebrauches
- Verlauf Opioid-Abhängigkeit
- Opioid-Abhängigkeit als medizinische Bedingung

Evidenzbasierte Empfehlungen

Graduierungssystem zur Evidenz:

- „stark“: relevant für die meisten Individuen und für Politik-Gestalter
- „Standard“: nicht anwendbar für eine Minderheit der Betroffenen; debattierbar für Politik-Gestalter

Empfehlungen:

- „minimal“: minimale Anforderungen für alle Settings
- „optimal“: beste Praxis um maximalen Vorteil für die öffentliche Gesundheit zu erreichen

Inhalte der WHO-Leitlinien und Empfehlungen

- Hintergrund
- LL für das Gesundheitssystem (national, subnational), für Politik-Gestalter und Administratoren
- Programm-Ebenen-LL für Programm-Verantwortliche und Behandler in Verantwortung
- Patienten/-innen-Ebene-LL für Behandler
- Anhänge

A. Empfehlungen für Politik-Gestalter und Administratoren

Minimal:

- Pharmakologische Behandlung nicht unter Zwang durchführen
- Behandlung muss weit erreichbar sein, auch für marginalisierte Gruppen
- Methadon oder Buprenorphin in der Erhaltungs- und Entzugstherapie

Beste Praxis:

- Strategiedokumente zur Inanspruchnahme, Qualität und Sicherheit
- Kostenfrei oder versicherungsbezogen finanziert
- Erreichbar für alle, die diese Behandlung benötigen (z.B. Haftanstalten)
- Methadon oder Buprenorphin in der Erhaltungs- und Entzugstherapie

B. Empfehlungen für Programm-Verantwortliche (Klinik)

1 - Minimal:

- Informed Consent (Einwilligung)
- Qualifiziertes Team
- Medizinische Dokumentation (Datenschutz)
- Klinische LL für das Behandlungsteam
- Umfangreiches Assessment und Behandlungsplanung
- Psychosoziale Betreuung für Klienten/-innen und Angehörige
- Vernetzung mit zusätzlichen Diensten
- Flexible Dosierung der Medikation
- Überdosierungs-Management
- Sichere Gewährleistung der Behandlung

2 - Beste Praxis:

- Gesundheitsbehörde zuständig für Ausbildung und Qualitätssicherung
- Integriertes Entzugsangebot
- Regeln für Take-Home-Dosis
- Non-Compliance ist kein Grund für sofortige Entlassung aus dem Programm
- Behandlungsplan berücksichtigt individuelle Bedürfnisse, Akzeptanz und Erreichbarkeit der Klienten/-innen (Langzeit-Perspektive)
- Wahlmöglichkeiten zur Medikation und zu Arten der PSB
- Psychiatrische Versorgungsangebote sind bei Komorbidität zugänglich
- HBV-Impfungen möglich
- Prozess- und Ergebnisqualität wird evaluiert

C. Empfehlungen für Behandler

1 - Stark:

- Alle Optionen anbieten, Agonist-Erhaltungstherapie bevorzugen
- Methadon vor Buprenorphin
- Durchschnittliche Erhaltungsdosis Methadon: 60 – 120 mg/Tag
- Unter-Sicht-Einnahme während der Induktionsphase
- Psychosoziale Betreuung routinemäßig anbieten
- Keine Schnell-Entzugsmethoden anwenden (Rapid Detox)
- Agonist-Erhaltungstherapie während einer Schwangerschaft

2 - Standard:

- Bup-Erhaltungsdosis min. 8 mg/Tag
- Take-Home-Dosis nur dann, wenn das Risiko der Weitergabe gering ist
- Abdosierungsschemata im Entzug
- Psychosoziale Betreuung routinemäßig anbieten
- Methadon-Erhaltungstherapie wird während der Schwangerschaft bevorzugt
- Integrierte Behandlung für Patienten/-innen mit TBC durchführen

Zusammenfassung der Empfehlungen

- PSB-unterstützte Erhaltungstherapie (Meth, Bup) ist die effektivste Behandlung bei Opioid-Abhängigkeit
- Methadon wird Buprenorphin vorgezogen
- Beide Agonisten sind im Entzug nützlich
- Schell-Entzug-Verfahren werden nicht empfohlen
- Naltrexon ist nützlich in der Rückfall-Prävention
- Beste Kosten-Nutzen-Effizienz in der Methadon-Erhaltungstherapie, wenn PSB-Unterstützung
- Ethische Prinzipien wie in anderen Behandlungsformen sind grundlegend

Die Bedeutung der WHO-LL für die PSB-unterstützte Substitutionsbehandlung in Deutschland

- Die Psycho-Soziale Betreuung (PSB) sollte routinemäßig in Verbindung mit pharmakologischer Behandlung angeboten werden. Das Angebot muss jedem/r Patienten/in gemacht werden. Pharmakologische Behandlung

darf nicht verweigert oder eingestellt werden, auch wenn eine PSB nicht möglich, noch nicht oder nicht mehr möglich ist, abgelehnt oder abgebrochen wird. Die damit verbundene Entscheidung für eine weniger wirksame Behandlungsoption bedarf einer fortlaufenden Überprüfung. Darüber hinaus gelten die grundlegenden ethischen Prinzipien der professionellen Suchtkrankenhilfe.

- „Der (fdr)-Vorstand hat in seiner Sitzung am 1./2.10.2009 festgestellt, dass ein Großteil der Substituierten in Deutschland nicht psychosozial begleitet wird. Auf diese Begleitung muss ein sozialrechtlicher Leistungsanspruch bestehen, der politisch abgesichert und fachlich (Suchthilfe) umgesetzt wird. Erst wenn PSB flächendeckend sichergestellt ist, kann über eine Entkoppelung von Vergabe und PSB nachgedacht werden.“

HIV und HCV Testung - HAV und HBV Impfung bei Substituierten

Dirk Schäffer, Deutsche AIDS- Hilfe Berlin

Einleitung

Weltweit sind etwa 180 Millionen Menschen (2–3 % der Weltbevölkerung) mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Durch den Ausschluss einer Hepatitisübertragung durch kontaminierte Blutprodukte (in den westlichen Industriestaaten) stellt der iv Drogengebrauch den Hauptrisikofaktor für den Erwerb einer HCV-Infektion dar.

Die HCV Prävalenzraten variieren je nach Studienpopulation und Region zwischen 30 % und 98 %. Stichproben der Jahre 2003 und 2004 zeigen, dass intravenös Drogen gebrauchende Menschen in Mitgliedstaaten der EU, darunter auch in Deutschland, besonders häufig Hepatitis C infiziert sind (Prävalenz von 60–80 %).

Gründe für die hohe Prävalenz sind im gemeinsamen Gebrauch von Utensilien zum iv Drogenkonsum zu finden. Weiterhin zählt eine Vielzahl von Verhaltensweisen und Lebensumständen wie polyvalenter Drogenkonsum (insbesondere der gemeinsame Konsum von Heroin und Kokain), intranasaler Kokainkonsum, frühere Inhaftierung, Opiatkonsum über einen langen Zeitraum zu den Risikofaktoren für den Erwerb einer HCV-Infektion bei iv Drogengebern.

Durch die Tatsache, dass der Hepatitis C Virus leichter übertragbar ist als der HI Virus (HIV) verwundert es nicht, dass die HIV Prävalenzraten in der Gruppe der iv Drogengebern bei ca. 5-10% liegen und damit deutlich niedrigeres Niveau haben als dies bei Hepatitis C der Fall ist. Die Vermeidung einer HIV Infektion gehört, trotz der im Vergleich zur HCV Infektion wesentlich geringeren Anzahl von neudiagnostizierten Infektionen, zu einer der primären Aufgaben des Aids- und Drogenhilfesystems.

Während es zur Hepatitis A Prävalenz bei Drogengebern wenig aktuelle Daten gibt, zeigen Studien eine Hepatitis B Prävalenz von 30 -50% bei iv Drogengebern. Zur Verhinderung einer Verbreitung der Hepatitis A und B sollte nach einer Untersuchung auf einen stattgehabten Kontakt entsprechend gegen Hepatitis A bzw. B geimpft werden (siehe Empfehlung der STIKO).

Diagnose und Behandlung von Infektionserkrankungen im Rahmen der Substitution

Die Substitutionsbehandlung bietet aufgrund des engen und kontinuierlichen Kontakts zwischen Arzt und Patient hervorragende Voraussetzungen um über eine kontinuierliche Erhebung des HCV und HIV Status das präventive Verhalten zu fördern und im Fall eines positiven (reaktiven) Testergebnisses einen frühzeitigen Behandlungsbeginn zu initiieren. Gleiches gilt für die Hepatitis A und B Infektion. Nach einer Untersuchung auf einen stattgehabten Kontakt gilt es die präventiven Potentiale einer HAV/HBV Impfung im Rahmen der Substitution zu nutzen.

Neuinfektionen innerhalb der Substitutionsbehandlung

Trotz des unbestrittenen Erfolges der Substitutionsbehandlung weisen Praxisberichte und Studien darauf hin, dass ca. 50% der Substituierten gelegentlichen oder kontinuierlichen Opiat-Beigebrauch haben und hierfür zumeist intravenöse Konsumformen wählen. Die bestehenden Infektionsrisiken sind bekannt. Das Infektionen mit HIV oder Hepatitiden während der Substitutionsbehandlung tatsächlich vorkommen belegen auch durch die COBRA* Studie generierten Daten. Dort wurden teilweise alarmierende Raten von HIV und HCV Neuinfektionen von der Baseline-Erhebung zum Follow up (12 Monate) evaluiert.

Aufgrund der Tatsache, dass aktuelle DrogengebraucherInnen, Substituierte als auch MitarbeiterInnen in Aids- und Drogenhilfen immer wieder darüber berichten, dass Themen wie „Testung und Impfung“ vor allem im Kontext der Substitutionsbehandlung zu wenig Bedeutung beigemessen wird, entschloss sich die Deutsche Aids-Hilfe in Kooperation mit JES und Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe hierzu Daten zu erheben und auszuwerten.

Im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2009 wurde in Zusammenarbeit mit Aids- und Drogenhilfen sowie Selbsthilfen eine Befragung von Substituierten durchgeführt.

- Ziel war hierbei, Informationen zur Durchführung von HIV und HCV Test bei Drogenkonsumenten im Rahmen der Substitutionsbehandlung zu erlangen.
- Neben der Kenntnis des aktuellen HIV und HCV Infektionsstatus, wurde die Frequenz von regelmäßigen HIV und HCV Tests bei substituierten Patienten mit negativem Infektionsstatus erfragt.

- Schließlich wurden Informationen zum aktuellen HAV und HBV Impfstatus erhoben.

Zielgruppe und Methode

Die Zielgruppe dieser Befragung waren Personen die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Substitutionsbehandlung befanden.

Die Befragung wurde mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt.

Durch einen 4-stelligen Code wurden Dopplungen vermieden und die Anonymität der Befragten gewährleistet. Eine grobe regionale Zuordnung kann durch die Angabe der ersten beiden Ziffern der Postleitzahl des Wohnortes vorgenommen werden

Durchführung

Der Fragebogen wurde an Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe sowie der Drogenselbsthilfe gesandt, die seit geraumer Zeit mit der Deutschen AIDS Hilfe kooperieren. So wurde ein ausreichender Rücklauf von beantworteten Fragebögen gewährleistet.

Die Distribution wurde so gesteuert, dass der Auswertung Daten aus unterschiedlichen Regionen sowie aus Groß- und Kleinstädten zugrunde lagen, (Berlin, München, Köln, Hannover, Lehrte, Peine, Bielefeld, Mainz, Bochum, Hamburg, Wuppertal, Iserlohn, Essen, Halle, Stuttgart, Duisburg, Münster, Hamm).

Insgesamt konnten 534 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

*Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments

Ergebnisse

Geschlecht und Alter der TeilnehmerInnen

Mit 70% (375) Männern und 30% (157) Frauen, spiegelt die Gruppe der Befragten das Geschlechterverhältnis in der Szene wieder.

Erwartungsgemäß war der überwiegende Teil der Befragten zwischen 30 und 40 Jahre alt (44%, 234) oder älter (43%, 233).

Keiner der Befragten war jünger als 18 Jahre und 13% (68) der Befragten waren 18 bis 29 Jahre alt.

Dauer der Substitution

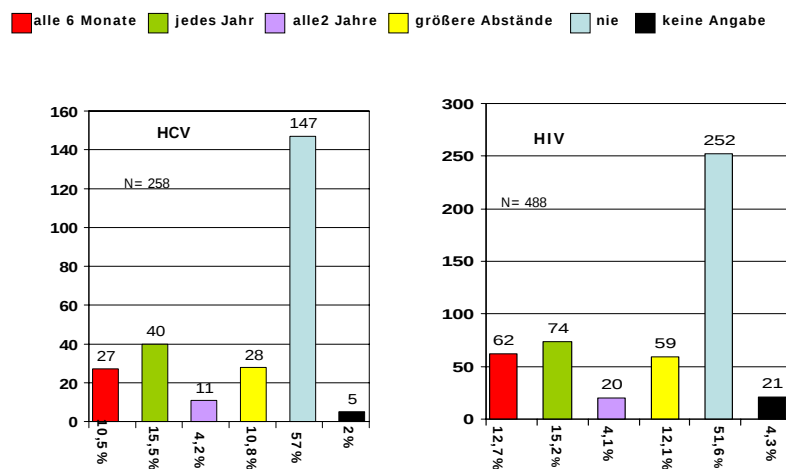
Der überwiegende Anteil der Befragten (49,8%, 266) befand sich zum Zeitpunkt der Befragung länger als 5 Jahre in einer Substitutionsbehandlung.

Zwischen 3 und 5 Jahre befanden sich 20,1%, (107) der Befragten in einer substitutionsgestützten Behandlung. Mit 17,2% (92) (<1 Jahr) und 12,9% (66) (1-bis 2 Jahre) befanden sich ca. 30% der Befragten erst recht kurz in einer Substitutionsbehandlung.

HCV/HIV Tests bei Patienten mit negativem oder unbekanntem Infektionsstatus Tab 1

Mit dieser Frage galt es Daten zu regelmäßigen HIV und/oder HCV Tests im Rahmen der Substitutionsbehandlung zu erheben.

Frequenz der HCV / HIV Testungen



Dirk Schäffer, Expertentreffen „Substitution“ 2.12.2009 Berlin

HCV Tests

Mit 258 Personen wurden selbstverständlich nur Daten derjenigen Befragten einbezogen die ihren HCV Status mit negativ oder unbekannt angaben.

57% (147) der Personen mit negativem oder unbekanntem HCV Status beantworteten die Frage wie oft im Rahmen der Substitutionsbehandlung HCV Tests bei ihnen durchgeführt wurden mit „NIEMALS“
Bei lediglich (26,%) der Befragten wird alle 6 Monate oder alle 12 Monate ein Test zur Feststellung des HCV Status durchgeführt. 4% (11 Personen) gaben an, dass alle 2 Jahre ein Status erhoben wird. Bei 10,8% (28) werden HCV Tests in noch größeren Abständen durchgeführt.

HIV Tests

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Durchführung regelmäßiger HIV Tests. Auch hier wurden nur jene Personen einbezogen, die ihren Status mit HIV negativ oder unbekannt angaben (487 Personen).
Mit 51,6% wurden bei etwa der Hälfte derjenigen die HIV negativ sind oder ihren HIV Status mit unbekannt angaben, *noch nie* entsprechenden Tests zur Feststellung des HIV Serostatus durchgeführt.
Mit 12,7% (62) (alle 6 Monate) bzw. 15,2% (74) (einmal jährlich) werden zumindest 30% in solchen Zeiträumen regelmäßig getestet wie bei vulnerablen Gruppen empfohlen ist.

Impfstatus bei Hepatitis A und B Tab 2

Da die HAV und HBV Impfung als eine der wichtigsten Schutzmaßnahmen bei vulnerablen Gruppen, wie z.B. iv Drogengebrauchern angesehen wird, wurde bei den Befragten der Hepatitis A und Hepatitis B Impfstatus erhoben.

Hepatitis A Impfstatus

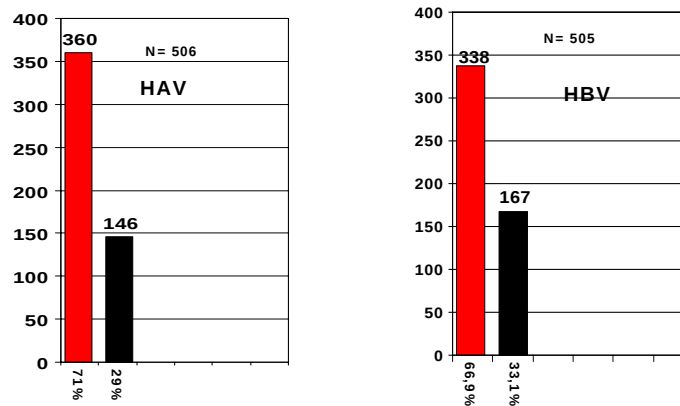
Insgesamt 506 Personen machten Angaben zu ihrem HAV Impfstatus.
71% der Befragten gaben an, dass sie über keinen Hepatitis A Impfschutz verfügen.
Immerhin 29% (146 Personen) haben einen Impfschutz.

Hepatitis B Impfstatus

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der HBV Impfprävalenz. Insgesamt 505 Personen machten Angaben zu ihrem HBV Impfstatus.
Mit 338 Befragten gaben hier etwa 2/3 dieser Gruppe an, dass sie über keinen Hepatitis B Impfschutz verfügen.
Lediglich 1/3 ~ 33,1% (167 Personen) haben einen Impfschutz gegen Hepatitis B.

Hepatitis A/B Impfstatus

■ keine Impfung ■ Impfung vorhanden



Dirk Schäffer, Expertentreffen „Substitution“ 2.12.2009 Berlin

Zusammenfassung und Bewertung.

Die Ergebnisse dieser Evaluation bestätigen in negativer Hinsicht die Rückmeldungen von substituierten Patienten, Mitarbeiterinnen aus AIDS- und Drogenhilfen sowie einiger substituierender Ärzte

Es wurde deutlich, dass die Substitutionsbehandlung ihre vorhandenen Potentiale in der Erkennung Prävention und Behandlung von Infektions-erkrankungen (hier Hepatitis A, B und C sowie HIV) nur unzureichend nutzt. Dies wird nicht nur in der mangelhaften Erkennung von HCV und HIV Infektionen durch kontinuierliche Tests deutlich, sondern manifestiert sich auch in der völlig ungenügenden Prävention von Hepatitis A und B Infektionen durch eine entsprechende Impfung.

So verfügen etwa 2/3 der Befragten substituierten Personen über keinen Hepatitis A und Hepatitis B Impfschutz. Vor dem Hintergrund der problem-losen und kostengünstigen Anwendung von HAV/HBV Impfsen kann dieses Ergebnis nur als katastrophal bezeichnet werden. Hier werden einfache Chancen der Infektionsvermeidung vertan und leichtfertig Infek-tionen in Kauf genommen.

Aufgrund des geringen Stellenwerts der dem Thema „Infektionserkrankungen“ im Rahmen der Substitutionsbehandlung beigemessen wird, verwundert es nicht, dass auch die Kenntnisse der Substituierten über ihren aktuellen Infektionsstatus im Hinblick auf HIV und Hepatitis C nur als unzureichend bezeichnet werden können.

Etwa jeder 6. Befragte hat nach eigenen Angaben keine Kenntnis über seinen aktuellen Infektionsstatus in Bezug auf HIV oder Hepatitis C.

Aufgrund der teilweise sehr weit zurückliegenden letzten HIV und HCV Tests darf eine gewisse Anzahl der Nennungen „HCV bzw. HIV negativ“ mit Vorsicht betrachtet werden.

Etwa 50% der Personen die ihren Infektionsstatus mit negativ oder unbekannt angaben erhalten im Rahmen ihrer Substitutionsbehandlung *keine (regelmäßigen)* HIV oder HCV Tests.

Den von der Deutschen AIDS - Hilfe empfohlen optimalen Rhythmus von 2 mal jährlichen HIV und HCV Tests bei vulnerablen Gruppen (zu denen auch substituierte Personen zu zählen sind) erhalten nur ca. 25% der Befragten. Dieses Ergebnis ist als unbefriedigend zu bewerten.

Im Resümee bestärken uns die Ergebnisse ein wesentlich stärkeres Augenmerk auf die Erhöhung des Bewusstseins für eine kontinuierliche HIV und HCV Testung sowie einer HAV und HBV Impfung während der Substitutionsbehandlung bei Patienten, Ärzten und MitarbeiterInnen in Aids- und Drogenhilfe zu legen.

Es bestätigt sich leider, dass der Diagnose und schließlich auch der Behandlung von Infektionserkrankungen ein untergeordneter Stellenwert zukommt.

Mag man davon ausgehen, dass bei Patienten Erklärungen für diese Daten in einem geringen Kenntnisstand, einem mäßigen Interesse am eigenen gesundheitlichen Zustand, sowie einem Arzt- Patientenverhältnis zu finden sind, das insbesondere im Kontext von Beigebrauch eher durch Ängste anstelle von Vertrauen gekennzeichnet ist, so fallen Erklärungen für diese Daten im Hinblick auf die behandelnden Ärzte sehr schwer.



Marco Jesse

Was wollen die Patienten? Zur Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Versorgung

Marco Jesse, Vision e.V. Köln

Gliederung

- Ärztliche Versorgung
- Begleiterkrankungen
- Schnittstellen
- Psycho-soziale-Be.....
- Beigebrauchsproblematik
- Medikation
- Heroinvergabe
- Teilhabe
- Utopien

Ärztliche Versorgung

Es fehlt vor allem in ländlichen Strukturen an niedergelassenen Ärzten.
Ambulanzen / Schwerpunktpraxen gleichen Defizite zum Teil aus.
Patienten fehlt die Möglichkeit der freien Arztwahl.
Lange Anfahrten sind erforderlich und verhindern u.a. soziale Integration.

Begleiterkrankungen

Oft als nicht oder nicht ausreichend thematisiert / kontrolliert.
Tests finden zum Teil nur bei Behandlungsbeginn statt.
Verlaufskontrollen fehlen.
Therapien (HCV) werden oft nicht oder zu spät angeboten.
Impfungen HAV/HBV werden nicht durchgeführt.
Psychische Auffälligkeiten werden überbewertet.

Schnittstellen

Polizeigewahrsam führt zu Unterbrechung der Behandlung.
Bei Inhaftierung geht viel zu oft der Zugang zu (dauerhafter) Substitution verloren.
Nach der Haftentlassung stehen keine Ärzte für die Weiterbehandlung zur Verfügung.

Psycho-soziale-Be....

PSB als teilweise sinnvolle Unterstützung des medizinischen Parts der Behandlung muss auf Freiwilligkeit basieren.
Verpflichtung zur Finanzierung der PSB erforderlich.
Plätze in ausreichender Zahl müssen vorgehalten werden.
Zugang zu psychotherapie für Substituierte (mit Beigebrauch) nur in Ausnahmen möglich.

Beigebrauchsproblematik

Gängige Sanktionspraxis führt lediglich zu „Notlügen“ der Patienten.
Beigebrauchskontrollen „unter Sicht“ sind entwürdigend und unnötig.
Wird wiederholt Beigebrauch festgestellt sollten Sanktionen nicht die einzige Art des Umgangs bilden (Alternative Programme zur Selbstkontrolle etc.).
Abdosierung auf Wunsch des Arztes führen oft zu Beigebrauch.

Medikation

Heroin als Angebot der Regelversorgung etablieren.
Möglichst große Bandbreite wünschenswert.
Zulassung von retardierten Morphinen usw. als weitere Behandlungsoption.
Zulassung von injizierbaren Substituten.
Wahl des Substitutionsmittels nach optimaler Versorgung nicht nach Kostenfaktoren.

Heroinvergabe

Als flächendeckendes Angebot zu etablieren.
Einstieg früh möglich machen (unter 23).
Take Home ermöglichen.
Weitere Applikationsformen zulassen.

Teilhabe

Einbindung von Patientenvertretern in Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene.
Einbindung in Qualitätssicherungskommission vor Ort.
„Patientenvertreter“ in Schwerpunktpraxen etablieren.

Utopien

- Methadongestützte stationäre Langzeittherapien möglich machen.
- Wohnmodelle für alte Drogengebraucher mit Heroinvergabe.
- Flexibilität in der Behandlung / Medikation.

Anhang

Veranstalterkonsortium

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Prof. Dr. Heino Stöver

FH Frankfurt/Main, FB 4 Soz. Arbeit und Gesundheit;

akzept e.V. Vorsitzender

hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Ärztelkammer Westfalen-Lippe

Dipl. Soz.Arb. Anke Follmann, MPH, Referentin

anke.follmann@aekwl.de

Berufsverband Deutscher Psychiater /Deutscher Nervenärzte
(BVDP/BVDN)

Dr. med. Greif Sander

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Hannover

praxis@dr.sander.net

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit

Jürgen Heimchen, Vorsitzender, Wuppertal

info@akzeptierende-eltern.de

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof.Dr. med. Andreas Heinz, Ärtzl.Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité Centrum 15, Berlin

andreasheinz@charite.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Dr. med. Klaus Behrendt

Chefarzt IV. Fachabteilung Abhängigkeitserkrankungen,

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

k.behrendt@asklepios.com

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Menschen in Haft, Berlin

dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Kassenärztliche Vereinigung Berlin / Qualitätssicherung
Andreas von Blanc
Andreas.vonBlanc@kvberlin.de

Die Veranstaltung wurde ideell unterstützt vom Ausschuss "Sucht und Drogen" der Bundesärztekammer

Referentinnen und Referenten

Dr. Klaus Behrendt

Chefarzt IV. Fachabteilung Abhängigkeitserkrankungen,
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
k.behrendt@asklepios.com

Andreas von Blanc

Kassenärztliche Vereinigung Berlin / Qualitätssicherung
Andreas.vonBlanc@kvberlin.de

Dr. Konrad F. Cimander

Facharzt für Allgemeinmedizin- Praxis für Drogenkranke -Zentrum für
Suchtmedizin und Infektiologie;
Vors. Qualitätssicherungskomm. KV Hannover
konrad.f.cimander@arcor.de

Inge Hönekopp

Methadonschwerpunktpraxis Mannheim
Suchtbeauftragte Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
inge.hoenekopp@kvbawue.de

Marco Jesse

Vision e.V. Verein für innovative Drogenselbsthilfe, Köln
JES Netzwerk
marco.jesse@vision-ev.de

Dr. rer. medic. W. Kunstmann

Bereichsleiter im Dezernat 1
Bundesärztekammer, Berlin
Wilfried.Kunstmann@baek.de

Dr. Detlef Lorenzen

Arzt für Allgemein- u. Psychoth. Medizin, Heidelberg
QS Komm. Substitution
dr.detlef.lorenzen@t-online.de

Dr. Markus Riehl

Leiter des Referates 118 Betäubungsmittelrecht,
Betäubungsmittelverkehr, Internationale Suchtstofffragen
Markus.Riehl@bmg.bund.de

Prof.Dr. Dorothea Rzepka

Frankfurt/Main, Dresden
bielefeld@dorothea-rzepka.de

Dr. Greif Sander

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Hannover
Berufsverband Deutscher Psychiater /Deutscher Nervenärzte
(BVDP/BVDN)
praxis@dr.sander.net

Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Referent für Drogen und Menschen in Haft,
akzept e.V. Vorstand
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Prof.Dr. med. Norbert Scherbaum

Direktor der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
LVR-Klinikum Essen
Kliniken/ Institut der Universität Duisburg-Essen
norbert.scherbaum@lvr.de
norbert.scherbaum@uni-due.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Fachhochschule-FFM /
FB 04 Soziale Arbeit und Gesundheit
akzept e.V. Vorstand
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Dr.Theo Wessel

GVS Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der
Evangelischen Kirche e. V.,Geschäftsführung
wessel@sucht.org
gvs@sucht.org

Dank

akzept e.V. dankt den Mitveranstaltern für Ihre Beteiligung.

Dank geht an das Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung der Veranstaltung, ebenso an die Deutsche AIDS-Hilfe Berlin und die Kassenärztliche Vereinigung / Qualitätssicherung Berlin.



Dialog N.Scherbaum, G.Sander

Impressum

Herausgeber

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Redaktion:

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

Umschlag und Innentitel:

Katja Fuchs

Umschlagfoto:

Gertrud Schamschula

Fotos:

Urs Köthner

Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn

Druck:

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

Bestellungen:

akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org, www.akzept.org

Alle Rechte bei den Autoren

Berlin, Mai 2010



TeilnehmerInnen, im Vordergrund Dr. M.Riehl, J. Heimchen

