

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e. V. zu den „Entwürfen für ein Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ (Drucksache 16/11515 und Drucksache 16/7249): Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 23.03.2009

Präambel

Der Fachverband Sucht e. V. (FVS) unterstützt die Zielsetzung der Gesetzesanträge, zu einer Entscheidung zu kommen, ob die Diamorphinbehandlung in Deutschland als eine zusätzliche Option zur Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger eingeführt und in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung integriert werden soll. Diese Entscheidung ist vor dem Hintergrund zu treffen, dass die Ergebnisse der Arzneimittelstudie zum Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger differenziert betrachtet werden müssen. Der Einsatz von Diamorphin im Rahmen einer Gesamtbehandlung schwerststabhängiger opiatabhängiger Menschen führte im Rahmen des Modellprojektes zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zu einer Reduzierung illegaler Aktivitäten. In diesen Bereichen zeigte die heroingestützte Behandlung gegenüber der Methadonbehandlung bessere Resultate. Allerdings kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass die heroingestützte Behandlung der Methadonbehandlung generell überlegen ist, dieses Fazit kann nur für die Gruppe der Schwerstabhängigen gezogen werden. Bemerkenswert ist, dass sich auch erhebliche Effekte im Rahmen der Methadonbehandlung zeigten. Dies ist vor dem Hintergrund des Studiendesigns (Methadonsubstituierte, welche mit der Methadonbehandlung unzufrieden waren, bildeten eine der Hauptzielgruppen) besonders zu beachten und weist auch auf erhebliche Verbesserungspotentiale der bestehenden Substitutionsbehandlung hin.

Im Weiteren wird zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes Stellung genommen.

1. Operationalisierung von schwerer Opiatabhängigkeit (§ 5, Absatz 9a 2.-4. des Gesetzentwurfes zum Artikel 3 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV))

Die Gruppe der Schwerstabhängigen wird im vorliegenden Gesetzesentwurf wie folgt gefasst:

1. Mindestens 5 Jahre bestehende Opiatabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösen Konsum.
2. Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit, davon eine mindestens 6-monatige Behandlung gemäß den Absätzen 2, 6 und 7 einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen.
3. Vollendung des 23. Lebensjahres.

Entscheidend hinsichtlich der Feststellung von „Schwerstabhängigkeit“ und der damit verbundenen Möglichkeit zur Verabreichung von Heroin ist der Gesamteindruck des Patienten. Von daher sind weniger formale Aspekte als die Festlegung qualifizierter Indikationskriterien, die auf einer entsprechenden standardisierten Diagnostik basieren, notwendig, um eine „Schwerstabhängigkeit“ festzustellen. Diese Einschätzung muss von einem/r unabhängigen, kompetenten Prüf- arzt/Prüfärztin vorgenommen werden. Ihm/Ihr zur Seite sollte hinsichtlich der Bewertung/Begutachtung ein erfahrener Praktiker aus dem Bereich der psychosozialen Berufsgruppen stehen.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass die in den Gesetzesentwürfen genannten drei Kriterien auch von den meisten Patienten, welche sich derzeit einer Methadonsubstitution unterziehen oder sich in einer drogenfreien Entwöhnungsbehandlung befinden, erfüllt werden. Beispielsweise ergab die klinikübergreifende Auswertung im Bereich stationärer Drogenrehabilitation (Entlassjahrgang 2006) des Fachverbandes Sucht e. V. (N = 1.084 Patienten/Patientinnen)

- Durchschnittliches Alter: 28,6 Jahre
- Vorbehandlung: Substitutionsbehandlung/en 21,3 %, ambulante Entwöhnungsbehandlung/en 3,7 %, stationäre Entwöhnungsbehandlung/en 46,5 %
- Die Dauer der Abhängigkeit lag im Durchschnitt bei 11,2 Jahren

Darüber hinaus war eine Vielzahl der Patienten beruflich und sozial desintegriert.

Im Rahmen der Spezialstudie zur Versorgungsforschung wurde geschätzt, dass bundesweit von den ca. 120.000 - 190.000 Heroinkonsumenten 3.600 bis 9.500 (3 - 4 %) mit einer heroingestützten Behandlung erreichbar sind. Die Inanspruchnahme ist bei Überführung in die Regelversorgung kontinuierlich zu erheben und zu dokumentieren. Dies sollte auch vor dem Hintergrund erfolgen, dass die Diamorphinbehandlung als Ergänzung zum bisherigen Drogenhilfesystem von Abstinenztherapie und Substitutionsbehandlung mit Methadon und anderen Substitutionspräparaten zu verstehen ist. Sie ist somit als ultima ratio für schwerst opiatabhängige Patientinnen und Patienten gedacht, die von den bestehenden Versorgungsangeboten nicht oder nur unzureichend erreicht werden.

Dieser Zielsetzung ist zuzustimmen, es ist von daher darauf zu achten, dass sich aus einer nachrangigen Behandlungsmethode nicht mit der Zeit ein vorrangiger Behandlungsansatz unter Aufweichung der Eingangskriterien entwickelt. Von daher ist die Diamorphinbehandlung in das bestehende Hilfesystem zu integrieren. Dies bedeutet auch, dass im Rahmen der Diamorphinbehandlung motivierende Ansätze, um aus der Abhängigkeit herauszukommen, enthalten sein müssen.

2. Psychosoziale Betreuung (§ 5, Absatz 9c des Gesetzentwurfs zum Artikel 3 der BtMVV)

Vorgesehen ist in den Gesetzentwürfen (§ 5, Abs. 9c), dass in den sechs ersten Monaten der Behandlung Maßnahmen der psychosozialen Betreuung stattfinden müssen. Eine zeitliche Beschränkung der psychosozialen Betreuung auf sechs Monate würden wir für ein falsches Signal halten. Die Diamorphinvergabe stellt für sich genommen keine Suchtbehandlung dar und muss eingebettet sein in eine Gesamtbehandlung. Die psychosoziale Betreuung ist unabdingbar notwendiger Bestandteil einer solchen Gesamtbehandlung. Denkbar wäre, nach 6 Monaten ein standardisiertes Verfahren durchzuführen, in dem geklärt wird, wie der Rahmen der weiterhin erforderlichen psychosozialen Betreuung (Art, Häufigkeit der Leistungen, Dauer) aussehen soll. In regelmäßigen Abständen sollte danach die Überprüfung der weiteren Erfordernis durchgeführt werden.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass im Rahmen von Modellprojekten häufig andere Rahmenbedingungen/Qualitätsanforderungen gegeben sind, als später in der Regelversorgung. So ist es beispielsweise bislang nicht gelungen, bei der bereits langjährig eingeführten Methadonsubstitution eine einheitliche Regelung zur Finanzierung der psychosozialen Betreuung zu erreichen. Zwar heben die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, die BUB-Richtlinien und die Richtlinien der Bundesärztekammer übereinstimmend darauf ab, dass die substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes zulässig ist, welche die im Einzelfall jeweils erforderlichen psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsleistungen einbezieht. Allerdings ist die psychosoziale Betreuung bislang noch nicht als Krankenbehandlung im Sinne des SGB V anerkannt und wird deshalb nicht von der GKV übernommen. Derzeit wird die Finanzierung über die kommunalen bzw. Landesmittel bestritten, womit erhebliche Qualitätsunterschiede verbunden sind. Damit ist auch zu rechnen, wenn - wie im Gesetzentwurf vorgesehen - die psychosozialen Betreuungsmaßnahmen für die mit Diamorphin behandelten Patientinnen und Patienten aus den Haushaltsmitteln der Länder und Kommunen finanziert werden und keine verbindlichen Standards für die psychosoziale Betreuung festgelegt werden. Die Einhaltung fachlicher Standards halten wir aber für erforderlich, zumal die Binnenevaluation der psychosozialen Betreuung im Rahmen des Modellprojektes für die beiden unterschiedlichen Formen der psychosozialen Begleitung ergab, dass sich eine längere Betreuungsdauer, ein strukturiertes Vorgehen und intensivere Kontakte zu den psychosozialen Fachkräften positiv auf den Gesundheitszustand, die Belastungen durch den illegalen Drogenkonsum und die soziale Situation auswirkten. Darüber hinaus zeigte sich, dass je strukturierter und vollständiger beispielsweise Case-Management mit Motivierender Gesprächsführung umgesetzt wird, desto höher die Haltequoten waren. Dies ist ein Hinweis auf deutliche Verbesserungspotentiale, die auch im Rahmen der Substitutionsbehandlung genutzt werden sollten. Denn nur 32 % der Patienten erhielten im Rahmen des Modellprogramms ein weitge-

hend methodengetreu durchgeführtes CM/MI mit motivierenden Gesprächen, Assessment und Hilfeplanung. Zu beachten sind als qualitätsrelevante Kriterien auch Mitarbeitereffekte, zum Beispiel erreichten weibliche Fachkräfte und in dieser Studie berufserfahrene Kollegen bessere Resultate, da sie beispielsweise die zugrunde liegenden Betreuungsansätze manual gemäßer umsetzten.

Die psychosoziale Betreuung ist aus Sicht des FVS Teil der Gesamtbehandlung und sollte wie die ärztlichen Leistungen und die Kosten des Arzneimittels nach unserer Auffassung zukünftig von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Gerade bei der Gruppe der Schwerstabhängigen liegen erhebliche soziale, psychische und gesundheitliche Probleme vor, die deshalb einer entsprechenden Gesamtbehandlung bedürfen. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung der behandelnden Ärzte mit dem jeweiligen psychosozialen Team.

3. Überprüfung der Behandlung (§ 5, Absatz 9d des Gesetzentwurfs zu Artikel 3 der BtMVV)

Vorgesehen ist, dass die Behandlung mit Diamorphin nach jeweils spätestens zwei Jahren Behandlungsdauer daraufhin zu überprüfen ist, ob die Voraussetzung für die Behandlung noch gegeben sind und ob die Behandlung fortzusetzen ist. Die Überprüfung soll durch Einholung einer Zweitmeinung durch einen Arzt, der die Qualifikation gemäß § 5 Absatz 2, Satz 1, Nr. 6 besitzt und der nicht der Einrichtung angehört, erfolgen.

Eine Überprüfung jeweils spätestens nach zwei Jahren Behandlungsdauer auf der Basis standardisierter Beurteilungsverfahren halten wir für sinnvoll. Hierbei sollte auch die Einschätzung eines Praxis erfahrenen, unabhängigen Suchtexperten mit eingeholt werden. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass die Motivation zum Herauswachsen aus der Abhängigkeit impliziter Bestandteil der diamorphingestützten Behandlung Schwerstabhängiger sein muss.

4. Ausstattung und Sicherheitsvorkehrungen (§ 5, Absatz 9c des Gesetzentwurfs zu Artikel 3 der BtMVV)

Die Diamorphinvergabe muss an strenge Kriterien gekoppelt sein und darf ausschließlich in ausgewiesenen Behandlungsinstitutionen unter Aufsicht bzw. Anwesenheit eines Arztes (s. § 5, Abs. 9c) erfolgen, um ausreichende Sicherheitsvorkehrungen gewährleisten zu können.

Diese Einrichtungen müssen deshalb besondere Anforderungen - insbesondere im Hinblick auf personelle, sächliche Ausstattung und Sicherheit - erfüllen und bedürfen einer Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde. Ausstattung und Sicherheitsvorkehrungen sind durch die Richtlinien der Länder zu regeln. Hierbei ist darauf Wert zu legen, dass entsprechende Qualitätsstandards der Länder möglichst einheitlich festgelegt werden und diese sich an den derzeit bestehenden Einrichtungen orientieren. Diese umfassen beispielsweise die räumliche Ausstattung, entsprechend lange Öffnungszeiten der Einrichtungen und das Vorhalten des erforderlichen Personals. So ist im Bereich der psychosozialen Begleitung zumindest von einem Personalschlüssel von 1:25 auszugehen. Der Personalschlüssel muss sich am jeweiligen Bedarf des Klientels ausrichten, so ist bei neu in das Programm aufgenommenen oder stark desintegrierten Personen von einer engeren Kontaktdichte auszugehen. Ferner ist psychiatrischer und internistischer bzw. allgemeinmedizinischer Sachverstand sicherzustellen. Die beteiligten Ärzte sollten auch die basale allgemeinmedizinische Versorgung der Patienten übernehmen können. Auch ist eine entsprechende Anzahl von Krankenschwestern/-pflégern vorzuhalten. Verantwortlich für die Durchführung, die medizinische Betreuung und die Kooperation mit den psychosozialen Fachkräften ist der leitende Arzt der Einrichtung. Besonderer Wert sollte darauf gelegt werden, engagierte und kompetente Mitarbeiter/innen einzusetzen, welche im Rahmen der Hilfeplanung auch Zielsetzungen wie die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und - soweit möglich - am Erwerbsleben beachten, um die Lebensqualität der betroffenen Patienten nachhaltig zu erhöhen. Schulung, Anleitung und Supervision des Personals sind wie auch eine angemessene Dokumentation notwendige Bestandteile eines internen Qualitätsmanagements der Einrichtungen. Auf die Einbindung der Einrichtung in das örtliche Drogenhilfesystem ist besonders zu achten.

Schlussbemerkung:

Die Finanzierung eines zusätzlichen Angebots für die Gruppe der schwerstabhängigen Opiatabhängigen darf nicht dazu führen, dass andere Angebote der Suchtkrankenhilfe bzw. der Substitutionsbehandlung reduziert werden. In diesem Zusammenhang verweisen wir beispielsweise darauf, dass Angebote der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen ausgebaut werden sollten. So ist beispielsweise von einer erheblichen Unterversorgung hinsichtlich der Inanspruchnahme spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote für Alkohol- oder Medikamentenabhängige auszugehen. Diese erreichen bei weitem nicht den im Modellprogramm ermittelten Anteil von 76,7 % an Heroinabhängigen, die Kontakt zum Drogenhilfesystem haben. Auch nimmt der Bedarf an spezifischen Angeboten (z.B. zur Behandlung und Beratung von Cannabis-Abhängigkeit) deutlich zunimmt.

Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten ist darauf zu achten, dass die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger nur einer von vielen Bausteinen des umfassenden Angebotes für Menschen mit substanzbezogenen Störungen ist. Dessen Implantierung ersetzt keines der bisherigen Angebote, von daher sind zusätzliche Mittel für den Bereich Sucht- und Drogenhilfe bei der Überführung in die Regelversorgung bzw. Ausbreitung des Modellprojektes erforderlich. Mittel- bzw. langfristig und gesellschaftsbezogen, so zeigen die Spezialstudien zur Gesundheitsökonomie, zahlen sich diese Investitionen aus.

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Telefon: 02 28/26 15 55

Fax: 02 28/21 58 85

sucht@sucht.de

www.sucht.de