



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

59065 Hamm, Westenwall 4
59003 Hamm, Postfach 1369
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de | www.dhs.de

Hamm, 03.06.2013

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0431(9)
gel. VB zur öAnhörung am 05.06.
13_Substitution
03.06.2013

Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zu den Bundestags-Drucksachen

- **17/12181:** Antrag der Fraktion der SPD
Überlebenshilfe in der Drogenpolitik - Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug gewährleisten.
- **17/12825:** Antrag der Fraktion DIE LINKE
Abhängigen helfen - Substitutionstherapie erleichtern
- **17/13230:** Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) tritt in ihren Erklärungen und Publikationen für einen umfassenden Gesundheitsschutz der Bevölkerung ein. Dabei steht sie sowohl für die Rechte des Einzelnen ein, z.B. in der gesundheitlichen Versorgung, als auch für die Berücksichtigung einer gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsperspektive. Die DHS begrüßt daher Maßnahmen und Gesetze, die geeignet sind, einen wirksamen Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen Gefahren sowie eine gerechte Versorgung zu gewährleisten.

Ein grundsätzliches Ziel jeder Behandlung ist gemäß ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), dem biopsychosozialen Modell der WHO, und gemäß der Sozialgesetzgebung (u.a. SGB V, SGB VI), die umfassende Teilhabe (Partizipation) eines Menschen an der Gesellschaft. Dieses Ziel bezieht sich gemäß ICF auf die umfassende Teilhabe eines gesunden, nicht behinderten Menschen. Damit ist diese Zielvorgabe positiv, also ressourcen-, und nicht defizitorientiert. Es geht darum, welche Hilfen ein Mensch mit Behinderungen (z.B. Drogenabhängigkeit) benötigt, um umfassende Teilhabe zu erreichen. Dies gilt auch für die Substitution.

Hinsichtlich der in den Drucksachen 17/13230, 17/12181 und 17/12825 beschriebenen Problematiken möchten wir auf die Ergebnisse der „Fachtagung Substitution“ des PARITÄTISCHEN Gesamtverbandes und des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. am 15.11.2012 in Berlin hinweisen (vgl. Stellungnahme des Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., FDR), in Bezug auf die besondere Situation substituierter Eltern sowie die Teilhabe am Arbeitsleben substituierter Menschen sei auf die Stellungnahme der BAG FW (vgl. BMG-Fachgespräch 22.-23.01.2013) verwiesen. Einige Punkte hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Versorgungsqualität von Substitution möchten wir näher ausführen:

1. Abstinenzparadigma

Das in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) festgeschriebene Abstinenzparadigma (§ 5 Abs. 1, Nr. 1 BtMVV) entspricht nicht mehr den internationalen Behandlungsstandards, die die Opiatabhängigkeit als chronische Erkrankung einstufen:

Die Ziele der Substitutionstherapie orientieren sich, wie Behandlungsziele bei allen Erkrankungen, an der Ausprägung der Erkrankung, den Potentialen & Ressourcen sowie der Compliance der Patienten:

Die Zielhierarchie einer Substitutionstherapie reicht von der Krisen- und Überlebenshilfe über die Erhaltung und Verbesserung der somatischen und psychischen Gesundheit, die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität sowie der sozialen/gesellschaftlichen Integration und die (Wieder-)Herstellung der Erwerbsfähigkeit bis zur Abstinenz auch vom Substitutionsmittel.

Eine forcierte Abstinenzorientierung in der Substitutionstherapie kann das Mortalitätsrisiko erhöhen und die erreichten Behandlungs- und Integrationserfolge gefährden, wenn die individuelle Stabilität und Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Eine wie auch immer geartete Veränderung des BtMVV bezüglich des in § 5 Abs. 1, Nr. 1 BtMVV genannten Abstinenzziels („Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes“) muss einer auf individuelle Ziele und Ressourcen ausgerichteten Behandlung gerecht werden. Die ersatzlose Streichung des benannten Passus würde der Gefahr und Möglichkeit einer inhaltlich orientierungslosen, (gleichbedeutend mit lediglich „verwahrenden“) Behandlung Vorschub leisten. Die Verlagerung der zwingenden Zielausrichtung einer Substitutionsbehandlung beispielsweise in die Richtlinien der BÄK würde der Bedeutung und dem Ringen um eine individuell optimale Behandlung nicht gerecht werden, da die Richtlinien in vielen Punkten nicht mehr als empfehlenden Charakter haben. Gefragt ist also eine konstruktive Umformulierung, um die Gefahren einer forcierten Abstinenzorientierung zu bannen. Deutlich muss werden (und bleiben), dass auch die Abstinenzförderung in den Zielkatalog der Substitutionsbehandlung gehört.

2. Strafandrohungen § 29 Abs. 1 Nr. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Die Strafandrohungen des § 29 Abs. 1 Nr. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) für die Überlassung eines Betäubungsmittels (bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe) sind sowohl für die palliativmedizinische Versorgung als auch für die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger revisionsbedürftig.

Mitgaben aus der Praxis sollten in Notfällen ermöglicht werden, die Verordnungen flexibler werden. Hier ist eine Änderung des Dispensionsrechts gem. Arzneimittelgesetz dringend erforderlich.

Darüber hinaus sollten weitere Substitutionsmittel zugelassen werden (orales retardiertes Morphin und Heroin), wie dies in der Schweiz und in Österreich geschieht.

3. Begrifflichkeit Opiat-/Opioidabhängigkeit (§5, Absatz 2 BtMVV)

Der Begriff "Opiatabhängigkeit" ist um "Opioidabhängigkeit" zu ergänzen. Daraus ergibt sich die Forderung, auch mit der homologen Substanz ambulant entziehen zu können (was in Kliniken längst üblich ist) und ggf. für eine begrenzte Zeit auch zu substituieren, da dies unter den fachlich grundsätzlich erforderlichen Rahmenbedingungen (Gesprächskontakt, Einbeziehung der aktuellen Lebenssituation etc.) komplikationsärmer durchführbar und mit besserer Akzeptanz verbunden ist, als bei Umstellung auf die üblichen Substitutionsmittel.

Begründung: Substituiert werden auch Patienten/-innen, die nicht über Opiate wie Opium, Morphin und Heroin sondern über Opioide wie Tramadol, Tilidin, Buprenorphin und Fentanyl (u.a.) opiatabhängig wurden.

Gerade in der Schwangerschaft erscheint ein Entzugsversuch mit der homologen Substanz sinnvoll, um keinen Substanzwechsel notwendig zu machen.

Bedingung: eine zeitlich limitierte Verordnung mit Ziel des Entzuges. Die Genehmigung kann erfolgen nach dem Muster der Zulassung zur Behandlung mit Diacetylmorphin durch die KV-Qualitätsausschüsse.

4. Erfordernis der Psychosozialen Betreuung (§5, Absatz 2 BtMVV)

Vgl. Positionspapier der DHS „Psychosoziale Betreuung Substituierter“
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011-01-10_Positionspapier_PSB_-_Endfassung.pdf

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2009)¹ rät auf der Basis systematischer Übersichtsstudien der verfügbaren Literatur und Expertenkonsultationen hinsichtlich der psychosozialen Behandlung Folgendes: „Psychosoziale Interventionen einschließlich kognitiver und verhaltenstherapeutischer Ansätze sowie Techniken des „Contingency Managements“ (verhaltenstherapeutische Verstärkerstrategien) können die Wirksamkeit der Behandlung erhöhen, wenn sie mit Substitutionsbehandlung (agonist maintenance treatment) oder opioidentzugsbegleitender Medikation kombiniert werden. Psychosoziale Unterstützung sollte allen Patienten zugänglich gemacht werden, wenngleich denjenigen, die solch ein Angebot nicht wahrnehmen, eine effektive pharmakologische Behandlung nicht vorenthalten werden darf.“

Zur Erhebung der individuellen Situation außerhalb der rein physisch orientierten (also auf Ersatz ausgerichteten) medizinisch verantworteten Substitutionsbehandlung ist die Beteiligung von ausgewiesenen Fachkompetenzen für den psychosozialen Bereich erforderlich und unverzichtbar. In der Folgebehandlung ist die individuelle Situation im Rahmen der Gesamtbehandlung regelmäßig zu überprüfen. Angesichts der bei der Mehrzahl der Substituierten in einem langjährigen Verlauf der Opiatabhängigkeit ausgebildeten komplexen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Störungen und Belastungen ist in der Regel von einem erheblichen psycho-sozialen Behandlungsbedarf auszugehen. Entsprechend kann nach individueller Falllage und auf Grundlage einer erfolgten und wiederholt überprüften Anamnese auch eine Verpflichtung zur Teilnahme an psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen angezeigt sein. Eine Begriffs-/Inhaltsanpassung in §5, Absatz 2 BtMVV muss dieser Möglichkeit Rechnung tragen und im Ernstfall vor einem Unterlaufen durch die medizinische Verantwortlichkeit schützen.

Diese Klarstellung erscheint angesichts der durchgängig aus der Praxis der Suchthilfe berichteten Mängel bei der Planung und Durchführung der notwendigen begleitenden und weiterführenden psychosozialen Hilfen und sucht- bzw. psychotherapeutischen Gesamtbehandlung besonders dringlich.

Wichtig ist es v.a., dass bei Patienten, bei denen psychosoziale Probleme vorliegen, eine Bearbeitung dieser Probleme stattfindet und keine reine Abgabepaxis erfolgt. Vordringlich erscheint eine Anpassung der Versorgungsstrukturen und -konzepte sowie der gesetzlichen Bestimmungen an die Behandlungsprinzipien einer chronischen Erkrankung. Dazu gehören u.a.:

- die Erprobung integrierter Versorgungsmodelle von Medizin und Suchthilfe
- gezielte Verbesserungen der Behandlung für ausgewählte Störungsbereiche (psychische Störungen) und Problemgruppen
- eine Einbindung von Psychiatern/Psychotherapeuten in die Versorgung Opiatabhängiger mit psychiatrischer Comorbidität
- eine Ergänzung der Regelungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, substitions-gestützte Rehabilitation zu fördern sowie
- Regelungen zur langfristigen Betreuung Substituierter.

5. Konsiliarregelung (§5, Absatz 3 BtMVV)

Um der drohenden Minderversorgung in einigen Landesteilen - insbesondere in ländlichen Gebieten - entgegenzusteuern, könnte die Konsiliarregelung ausgeweitet werden auf eine Patientenanzahl, die fachlich vertretbar ist und mit dem Praxisablauf vereinbart werden kann. Eine Zahl von fünf bis zehn Patienten entspricht diesen Kriterien. Bei einer höheren Anzahl sollte wie bisher der Erwerb der Fachkunde Suchtmedizin vorausgesetzt werden.

¹ WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, S. xii

6. Zielsetzungen der Substitution (§5, Absatz 1 BtMVV)

Der in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger formuliert Stand der medizinischen Wissenschaft ist in der BtMVV als maßgeblich zu definieren.

Es sollte in der BtMVV deshalb eine Anpassung an die Richtlinien der BÄK erfolgen und bezüglich der ärztlichen Tätigkeiten vollständig auf diese verwiesen werden. Die Richtlinien sind um aktualisierte wissenschaftliche Leitlinien zu ergänzen.

Die Klärung der Zielsetzungen der Substitution durch Verlagerung in die Richtlinien der BÄK darf aber nicht dazu führen, dass die dort benannten und formulierten Leitlinien weiterhin unverbindlich bleiben. Vielmehr muss die rechtliche Verbindlichkeit (samt der damit verbundenen strafrechtlichen Sanktionen) zwingend gesetzlich definiert werden.

7. Ziel der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

Ein grundsätzliches Ziel jeder Behandlung ist die umfassende Teilhabe (Partizipation) eines Menschen an der Gesellschaft (s.o.). Die Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 mit der GKV, Patienten unter Substitutionsbehandlung zur medizinischen Rehabilitation Sucht unter Vorgabe einer verpflichtenden Abstinenzziels zuzulassen, berücksichtigt diesen Ansatz nicht hinreichend.

Teilhabe ist u.U. erst durch Substitution möglich und setzt u.U. die Fortsetzung der Substitution voraus.

8. Gewährleistung und Kontinuität von Substitutionsbehandlungen im Maßregel- und Strafvollzug

Die DHS unterstützt die Forderungen hinsichtlich einer Gewährleistung und Kontinuität von Substitutionsbehandlungen im Maßregel- und Strafvollzug. Menschen in Freiheit und im Straf- bzw. Maßregelvollzug müssen die gleichen Rechte auf medizinische Behandlung erhalten. Da Inhaftierte nicht die Möglichkeit haben, selbst ihre medizinische Versorgung sicherzustellen, obliegt dem Staat hierfür eine besonders weitreichende Fürsorgepflicht, der verschiedene Paragraphen des Strafvollzugsgesetzes gewidmet sind: „Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden. Schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges ist entgegenzuwirken“ (§3). „Für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen ist zu sorgen“ (§ 56). „Gefangene haben Anspruch auf ärztliche Behandlung“ (§ 57). „Für die Art der Gesundheitsuntersuchungen und medizinischen Vorsorgeleistungen sowie für den Umfang dieser Leistungen und der Leistungen zur Krankenbehandlung [...] gelten die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs“ (§ 61) (alle: StVollzG. Bundesministerium der Justiz 2009). Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Vereinten Nationen (UN) und der Europarat empfehlen ihren Mitgliedsstaaten die Verantwortlichkeit für die Gesundheit in Haft den Gesundheitsministerien zu übertragen.

Dr. Heribert Fleischmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. Raphael Gaßmann
Geschäftsführer

Gabriele Bartsch
Ref. Grundsatzfragen /
stellv. Geschäftsführerin