

Deutscher Städtetag · Gereonstraße 18 - 32 · 50670 Köln
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

E-Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0431(7)
gel. VB zur öAnhörung am 05.06.
13_Substitution
03.06.2013

Gereonshaus
Gereonstraße 18 - 32
50670 Köln

29.05.2013/sue

Telefon +49 221 3771-0
Durchwahl 3771-3 05
Telefax +49 221 3771-4 09

E-Mail

lutz.decker@staedtetag.de

Bearbeitet von

Lutz Decker

Aktenzeichen

53.20.00

Anträge der Abgeordneten und Fraktionen zum Thema Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen
Bundestagsdrucksache 17/12181
Bundestagsdrucksache 17/12825
Bundestagsdrucksache 17/13230

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 05.06.2013

Ihr Geschäftszeichen: PA 14-5410-115

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie recht herzlichen Dank für die Einbindung in das Anhörungsverfahren zu den o. g. Anträgen, die sich jeweils mit dem Thema der Substitutionstherapie Opiatabhängiger beschäftigen. Leider ist uns eine persönliche Teilnahme an der Anhörung am 05.06.2013 nicht möglich, wir bitten Sie jedoch um Berücksichtigung dieser Stellungnahme, da die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für eine Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen in Städten von besonderer Wichtigkeit sind und neben der Bedeutung für den Einzelnen auch eine besondere für das gesellschaftliche Leben in einer Stadt hat.

Bereits im Jahr 2001 war unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit gemeinsam mit Bundesländern und sieben Städten, die alle zur Mitgliedschaft des Deutschen Städtetages zählen, ein bundesweites Modellprojekt zur diamorphingestützten Behandlung Schwerstabhängiger ins Leben gerufen worden. Die seinerzeitige Erfahrung zeigte bereits, dass die Weiterführung der diamorphingestützten Behandlung Schwerstabhängiger sinnvoll und erforderlich war, was auch durch die seinerzeit im Rahmen des Modellprojektes durchgeführte wissenschaftliche Studie belegt wurde. Vor diesem Hintergrund wurde eine gesetzliche Grundlage

städtischerseits vielfach auch grundsätzlich unterstützt. Die im Jahr 2012 vorgelegte sogenannte „PREMOS-Studie“ hat die bereits während der Modellphase absehbaren Ergebnisse bestätigt und kam zu der zentralen Aussage „.....dass die überzeugend positiven kurzfristigen Behandlungsergebnisse einer umfassenden Substitutionstherapie weitgehend auch auf den langfristigen Verlauf übertragen werden können.“

Vor diesen Hintergründen begrüßen wir die Möglichkeit der Diamorphinsubstitution als weiterer Baustein bei den insgesamt allerdings individuell auszurichtenden Behandlungsoptionen für Opiatabhängige.

Zu einzelnen Aspekten möchten wir uns wie folgt positionieren:

Rahmenbedingungen

Im Zusammenhang mit der vorhandenen Rechtsgrundlage für die diamorphingestützte Substitution bestanden bislang zu schwierige Rahmenbedingungen, etwa die umfassenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als Anforderung an die Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung, die jedoch im April 2013 durch eine Änderung der Richtlinie „Methodenvertragsärztlicher Versorgung“ vereinfacht wurden. Wichtiges Ziel des G-BA war dabei Einrichtungen, die schwerstkranke opiatabhängige Patientinnen und Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Diamorphin behandeln wollen, künftig einen leichteren Zugang zur Versorgung zu gewähren. Diese Erleichterung bei den Anforderungen halten wir für begrüßenswert und beurteilen diese Maßnahme als einen Schritt in die richtige Richtung. Er allein wird jedoch nicht dazu ausreichen, entsprechende Angebote überall dort entstehen zu lassen, wo dies aus Bedarfsgründen sinnvoll erscheint.

Probleme liegen dabei in erster Linie nicht an örtlichen Gegebenheiten, sondern an der Ausgestaltung weiterer Rahmenbedingungen. Auch nach der erwähnten Absenkung der seitens des G-BA gesetzten Anforderungen sind hohe Sicherheitsstandards und bauliche Gegebenheiten einzuhalten, so dass auf der örtlichen Ebene hohe Investitionskosten zu bewältigen sind. Hier sind neben der Ausgestaltung des bundesgesetzlichen Rahmens auch die Länder gefordert, die örtliche Ebene mit notwendigen Leistungen, etwa für die Investitionskosten, zu unterstützen. Auch für den laufenden Betrieb bedarf es weiterer Unterstützung für Einrichtungen auf kommunaler Ebene. Hierzu wird es auch auf die Vergütung und die Möglichkeiten ankommen, auch bei geringen Patientenzahlen eine auskömmliche Finanzierung der Behandlung zu erreichen. Insbesondere ist ein Entgegenkommen von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig. Bei den bestehenden sicherheitstechnischen Anforderungen, den personellen Standards und dem Verbot der Mitgabe von Diamorphin muss stärker berücksichtigt werden, dass Patienten/-innen zwei bis drei Mal täglich an 365 Tagen im Jahr in der Praxis vorbeikommen müssen.

Um eine funktionierende Versorgung sicherzustellen wird es auch um eine kostendeckende Vergütung der Substitutionsbehandlung gehen müssen. Um auch künftig den wichtigen Behandlungsbaustein Substitution von Drogenabhängigen gewährleisten zu können, müssen Anreize für Ärzte geschaffen werden, damit diese bereit sind, die aufwendige Behandlung anzubieten. Eine kostendeckende Vergütung gehört dazu.

Der Qualität der ärztlichen Behandlung kommt in diesem Zusammenhang insgesamt eine besondere Bedeutung zu. Die einschlägigen Regelungen hierzu wären daher auch in die entsprechenden Richtlinien des G-BA zu überführen.

Wir rechnen mit weiteren wachsenden Schwierigkeiten, Ärzte mit entsprechender Qualifikation für diese Therapieform zu finden (konkret häufig dann, wenn entsprechende Ärzte altersbedingt als Behandler aus der Versorgung ausscheiden. Hier sind auch die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Pflicht, mit auf eine Verbesserung hinzuwirken.

Substitution in Haftanstalten

Der Gedanken, in Haftanstalten mehr Substitution zu ermöglichen, statt hier die Betroffenen möglicherweise zu originären Drogen greifen zu lassen, wird grundsätzlich –jedenfalls aus Teilen unserer Mitgliedschaft- unterstützt. Besonders wenn es um eine kontinuierliche Weiterführung von Substitutionsbehandlung während einer Inhaftierung geht (vgl. Ergebnis der PREMOS-Studie) zeigen sich hier Verbesserungspotenziale.

Applikationsform

Spezielle Probleme bestehen in Einzelregelungen, etwa bei den Vorschriften zur Applikationsform, bei der eine Streichung der in § 5 Abs. 9 a BtMVV erwähnten Worte „zur Parenteralen Anwendung“ zu diskutieren wäre, damit nicht eine Hauptzielgruppe von einer entsprechenden Behandlungsform ausgeschlossen würde. Diamorphin sollte dementsprechend ggf. auch oral verabreicht werden können.

Bezüglich der intravenösen Anwendung von Substitutionsmitteln -mit Ausnahme von Diamorphin –werden wir aus unserer Mitgliedschaft darauf hingewiesen, dass diese auch weiterhin gesetzlich nicht ermöglicht werden sollte. Die Forderung gemäß Drucksache 17/12825, Ziff. 1, die fachlich-medizinischen Festlegungen aus der BtMW zu streichen und der Selbstverwaltung zu überlassen sollte daher dahingehend überdacht werden, dass zumindest die Festlegung auf bestimmte Applikationsformen und Wirkstoffe in der BtMW beibehalten werden sollte.

Methadonvergabe und Take-Home Regelungen

Eine Lockerung der Standards für die reguläre Methadonvergabe ist durchaus auch kritisch zu sehen. Problematisch kann etwa der Beikonsum sein, auf den, wie uns berichtet wird, teilweise nicht genügend geachtet wird, was durchaus zu schwierigen lebensbedrohlichen Situationen führen kann. Kritisch wird etwa ein unregelmäßiger Beigebrauch im Hinblick auf lebensgefährliche Situationen bei gleichzeitiger Einnahme von Polamidon und Benzodiazepinen gesehen. Gefährdungen ergeben sich durch Take-Home Praktiken möglicherweise auch für minderjährige Kinder, worauf besonders zu achten wäre. Defizite bestehen möglicherweise bei der erforderlichen psychosozialen Begleitung, wenn diese nicht ausreichend ermöglicht oder gelebt wird. Wir halten es zwar durchaus für realitätsnah, wenn die Aussage getroffen wird, dass das Abstinenzziel für viele Betroffene nicht erreichbar sein wird. Dennoch halten wir eine qualifizierte Behandlung, die zwar niederschwellig ist, diese Perspektive dennoch nicht aus dem Auge verliert, für erforderlich. Substitutionspatienten benötigen einen regelmäßigen Kontakt zum Arzt. Dadurch wird der Behandlungserfolg erst gesichert und die gesundheitliche Situation verbessert. Abhängige sind meist nicht in der Lage, alleine dauerhaft mit ihrer Sucht umzugehen. Überlässt man ihnen das Suchtmittel für einen längeren Zeitraum, ist das Risiko eines

Missbrauchs sehr groß. Take-Home-Verschreibungen gelten dementsprechend auch als Quelle für den weit verbreiteten Handel mit Methadon auf dem Schwarzmarkt. Solche Auswirkungen einer diskutierten gesetzlichen Regelung wären mehr als kritisch zu sehen.

Take-Home-Bedarf darf maximal für 7 Tage verschrieben werden. Nur im Falle eines Auslandsaufenthaltes darf der Arzt einem bereits hierin eingebundenen Patienten zur Sicherung der Versorgung im Ausland für bis zu 30 Tage im Jahr (gemeint ist das Patientenjahr) Take-Home-Mittel verschreiben. Diese Regelung wurde eingeführt, da in manchen Ländern die Substitutionsbehandlung nicht etabliert oder es oft schwierig ist, am Urlaubsort einen Arzt zu finden, der die Substitutionsbehandlung weiterführt. Hier wäre zu prüfen, ob die Auslandsregelung für bis zu 30 Tage im Jahr nicht auch im Inland möglich sein sollte. Auch in Deutschland ist nicht überall ein Arzt in der Nähe des Urlaubsortes bereit, eine Substitutionsbehandlung zu übernehmen. Die zeitliche Begrenzung wird, wie uns jedenfalls teilweise aus der Mitgliedschaft berichtet wird, für richtig gehalten und eine prinzipielle Ausweitung auf 30 Tage nicht befürwortet.

Im dem Antrag entsprechend der Drucksache 17/13230 soll u. a. die Mitgabe des Medikaments durch eine Behandlungsrichtlinie der Bundesärztekammer geregelt werden. Hierzu ist anzumerken, dass für Ärzte ein allgemeines Dispensierverbot besteht. Das heißt, dass ein Arzt keine Arzneimittel abgeben darf. Es erscheint fraglich, warum das im Fall der besonders kritischen Betäubungsmittel nicht gelten soll.

Insgesamt erscheinen, wie uns aus der Praxis berichtet wird grundsätzlich bei ganz besonders verantwortungsbewussten Ärztinnen und Ärzten mit z. B. Methadonambulanzen Take-Home-Regelungen vertretbar. In der Versorgung in der Fläche bzw. bei einer Ausweitung bestehen jedoch die o.g. Gefahren durch einen möglichen auch weniger kritischen Umgang mit einer ggf. liberalisierten Vergabepaxis, die hier bedacht werden sollten.

Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen gehört in vielen Städten seit vielen Jahren zur Palette der möglichen Angebote für Abhängige von illegalen Drogen. Die Ausgestaltung örtlicher Kooperationen ist unterschiedlich. Aus Teilen der Mitgliedschaft wird uns berichtet, wie sich diese dort gut etabliert habe. Etwa wird z.B. über die psychosoziale Betreuung berichtet, die z.B: über einen Verein wahrgenommen und zum Teil vom Sozialhilfeträger einzelfallbezogen finanziert wird. Auch sind dann beispielsweise regelmäßige Kooperationsgespräche zwischen einem derartigen Verein und den substituierenden Ärzten vorgesehen. Städtischerseits wird in diesem Beispiel dann die Entwicklung im Rahmen der Substitutionsbehandlung mit einem regelmäßig tagenden Arbeitskreis Substitution unter kommunal-ärztlicher Leitung begleitet, an dem die örtliche KV, alle niedergelassenen substituierenden Ärzte, der Verein für die psychosoziale Begleitung und der städtische Bereich für Soziales als ggf. Kostenträger für die psychosoziale Begleitung beteiligt sind. Wie erwähnt, bestehen hier aber örtlich unterschiedliche Situationen und auch Rahmenbedingungen.

Diamorphinvergabe

Entsprechend der geänderten Richtlinien des GBA, sollten Änderungen an der BtMVV erfolgen. Zu rigide Anforderungen an das Verhalten von ärztlichem Personal in Diamorphin-Substitutionseinrichtungen sollten korrigiert werden.

Fazit

- Die in den beigefügten Anträgen formulierte Zielrichtung, Überlebenshilfe zu verbessern, Substitutionsbehandlung zu stärken und gemeinsam mit den behandelnden Ärzten qualitativ weiterzuentwickeln wird, wie uns teilweise aus der Mitgliedschaft mitgeteilt wird, aus fachlicher Sicht grundsätzlich unterstützt.
- Die Frage eines Paradigmenwechsels in der substitutionsgestützten Behandlung Opiat-abhängiger wird aber auch in unserer Mitgliedschaft durchaus unterschiedlich gesehen. Einerseits wird kritisiert, dass die Umsetzung der Anträge mit dem geforderten Abweichen vom Abstinenzziel einen nicht zu befürwortenden Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung bedeuten würde und das das Ziel jeglicher Suchtbehandlung und -prävention (auch bei Alkohol, Crystal, Medikamenten) weiterhin das Erreichen der Abstinenz sein muss. Andererseits wird uns aus der Mitgliedschaft auch berichtet, dass Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass eine verbindliche Abstinenzorientierung nicht in jedem Fall sinnvoll ist. Demzufolge kann bei der Behandlung der Sucht als chronische Krankheit auch eine langfristige Behandlung mit Ersatzstoffen indiziert sein. Entsprechende Änderungen von Regelungen und eine Reformierung des Abstinenzparadigmas und der Strafandrohungen erscheinen aus dieser Sicht grundsätzlich sinnvoll. Die Substitutionsbehandlung sollte im weiteren zukünftig flächendeckend, einheitlich, eindeutig und orientiert am Stand der medizinischen Wissenschaft geregelt und – auch finanziell – ermöglicht werden; hiervon sind auch Haftanstalten betroffen.
- Substitution mit einem Betäubungsmittel sollte weiterhin an ein Gesamtbehandlungskonzept einschließlich psychosozialer Betreuung verbindlich gebunden sein. Hier ist seit Jahren die Tatsache zu kritisieren, dass es sich bei der Substitution um eine Leistung der GKV handelt, die unbedingt erforderliche psychosoziale Begleitung aber durch die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen der Kommunen sicher zu stellen ist. Hier gelangen die vorrangig kommunal finanzierten Strukturen an Kapazitätsgrenzen. Neben der Betreuung Opiatabhängiger sind nach wie vor große Gruppen von Menschen mit Alkoholproblematik und eine zunehmende Gruppe Crystalkonsumenten zu begleiten. Wenn der Gesetzgeber die Behandlung Opiatabhängiger verbessern will, sollte auch die dazugehörige Finanzierung sichergestellt werden. Dem Suchthilfesystem stellen sich mit den synthetischen Drogen (v.a. Metamphetamin) oder mit Kindern von suchtkranken Eitern aktuell viele neue Herausforderungen. Gemeinsam mit der Jugendhilfe ist das Kindeswohl abzusichern. Gerade mit Blick hierauf, wird aus Teilen der Mitgliedschaft favorisiert, von einer Aufweichung des Betäubungsmittelgesetzes abzusehen.

- Als Zukunftsperspektive spielt eine Rolle, dass die Frage der langfristigen qualitätsgesicherten Versorgung durch niedergelassene substituierende Ärzte offen ist. Hier muss ein ärztlicher Nachwuchs mit entsprechender Ausbildung unterstützt werden; eine suchtspezifische Qualifizierung im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung hat auch für die örtliche Versorgungssituation in diesem Bereich eine besondere Bedeutung.
- Besonders junge opiatabhängige Volljährige (18. - 21. Lebensjahr) müssen mit allen verfügbaren Mitteln (Psychosoziale Betreuung, Motivation, Entgiftung, Entwöhnung), in Richtung Abstinenz und damit in Richtung eines selbstbestimmten, suchtfreien Lebens als vorrangiges und zeitnahes Ziel gebracht werden.
- Mögliche erweiterte Regelungen in der Substitutionsvergabe sind kritisch abzuwägen und dürfen nicht zu Lasten betroffener Kinder im Familiensystem gehen. Der Kinderschutz ist - insbesondere bei der Take-Home-Vergabe - vorrangig zu beachten. Eine Kooperation der substituierenden Ärzte mit der Jugendhilfe, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und allen anderen beteiligten Systemen ist sinnvoll, muss diesen aber auch hinsichtlich bestehender Rahmenbedingungen ermöglicht werden.
- Die medizinischen und psychosozialen Beratungsstrukturen müssen differenziert und auch qualitativ ausgebaut werden.
- Die Kooperation zwischen Ärzten, Therapeuten und dem Suchthilfesystem ist örtlich unterschiedlich. Modellprojekte könnten hier hilfreich sein.
- Eine Intensivierung der Forschung und eine Verbesserung der Statistik werden begrüßt.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert