

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
115. Sitzung

Berlin, den 05.06.2013, 16:30 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Vor Eintritt in die Tagesordnung **S.4**

Tagesordnungspunkt 1a **S.4**

Antrag der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Dr. Edgar Franke, Dr. Carola Reimann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Überlebenshilfe in der Drogenpolitik - Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug gewährleisten

BT-Drucksache 17/12181
Substitution von Opiatabhängigen

Tagesordnungspunkt 1b **S.4**

Antrag der Abgeordneten Frank Tempel, Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Abhängigen helfen - Substitutionstherapie erleichtern

BT-Drucksache 17/12825

Tagesordnungspunkt 1c **S.4**

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken

BT-Drucksache 17/13230

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Hellmich, Wolfgang
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kieckbusch, Susanne
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 17:03 Uhr

Die **Vorsitzende, Dr. Carola Reimann** (SPD): Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Sachverständige, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Gäste, ich freue mich über Ihr Interesse und darf Sie alle ganz herzlich begrüßen. Für die Bundesregierung begrüße ich Staatssekretärin Flach. Für diejenigen, die das erste Mal an einer Anhörung teilnehmen, möchte ich das Verfahren kurz erläutern: Die uns zur Verfügung stehende Zeit ist in Kontingente, die sich an der Stärke der Fraktionen im Parlament bemessen, unterteilt. Insgesamt stehen uns 60 Minuten zur Verfügung. Davon wird die Fraktion der CDU/CSU Sie 19 Minuten, die Fraktion der SPD 14 Minuten und die Fraktionen der FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils neun Minuten befragen. Ich bitte Sie, Ihre Antworten so knapp wie möglich zu halten, damit wir Sie möglichst viel fragen dürfen. Und ich bitte alle Sachverständigen, wenn sie gefragt werden, ihren Namen und die Institution zu nennen. Darüber hinaus darf ich Sie bitten, Ihre Mobiltelefone auszuschalten. Gegenstand der Anhörung sind ein Antrag der Fraktion der SPD „Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlungen im Strafvollzug gewährleisten“ sowie ein Antrag der Fraktion DIE LINKE., „Abhängigen helfen – Substitutionstherapie erleichtern“ und ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken“. Diese Anträge sowie alle dazu abgegebenen Stellungnahmen sind Gegenstand der Beratung.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich beginne mit dem Themenkomplex Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Bloching und den GKV-Spitzenverband. Die Fraktion DIE LINKE. fordert in ihrem Antrag, die fachlich-medizinische Festlegung der Betäubungsmittelverordnung zu streichen und auf die Selbstverwaltung zu

übertragen. Wie bewerten Sie diese Forderung aus fachlicher Sicht?

ESV **Dr. Benedikt Bloching**: Ich bin kommissarischer Leiter der Suchtmedizinischen Klinik im Klinikum Stuttgart. Ich bin der Auffassung, dass wir die BtMVV nicht aufgeben müssen. Die Bundesärztekammer hat Gestaltungsmöglichkeiten bei den Richtlinienbedingungen gehabt und sie auch genutzt. Ich gehe davon aus, dass sie diese weiterhin nutzen wird. Ich denke aber, dass wir einen gesetzlichen Rahmen brauchen, weil wir es hier nicht nur mit Medikamenten, sondern mit Rauschmitteln zu tun haben, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Deshalb sehe ich keinen Grund, die BtMVV zu streichen. Die Bundesärztekammer hat bereits darauf hingewiesen, welche Punkte modifiziert und welche Richtlinien den aktuellen suchtmedizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst werden müssen. Ich denke, die brauche ich nicht weiter ausführen. Ich würde den bestehenden Rahmen beibehalten und es gilt zu schauen, wie er inhaltlich weiterentwickelt und an die neuesten Entwicklungen angepasst werden kann.

SVe **Dr. Annette Nahnauer** (GKV-Spitzenverband): Wir sind der Auffassung, dass wir die Regelungen in der BtMVV benötigen. Eine Übertragung auf die Bundesärztekammer halten wir nicht für sachgerecht, denn die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer als Selbstverwaltung der Ärzteschaft bestimmt nicht den Rechtsrahmen oder die Leistungspflicht in der GKV, d. h. diese Richtlinien wären nur für den Rechtsraum der Institution Bundesärztekammer, also für die Ärzte, verbindlich und würden keine Wirkung auf die GKV ausüben. Deshalb sind wir der Auffassung, dass wir die Regelungen innerhalb der BtMVV benötigen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und die KBV. Wie bewerten Sie die Streichung der in

der BtMVV festgeschriebenen Ausstiegsorientierung? Wohin, also an welchen Regelungsort, in wessen Zuständigkeit müsste eine Verlagerung aus Ihrer Sicht stattfinden, damit das Ganze so wie vorgeschlagen sachgerechter wird?

Die **Vorsitzende**: Die DGS ist nicht anwendend. Soll die Frage noch an jemanden andern gehen? Die KBV kann beginnen.

SV Dr. Ekkehard von Pritzbuer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Um den wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, könnte das abschließliche Ziel der Abstinenz in der BtMVV zu Gunsten weiterer Ziele relativiert werden. Das heißt, wir würden die Verordnung weiterhin als sinnvoll ansehen, ebenso wie die Aufnahme durch Richtlinien auf der Selbstverwaltungsebene, durch die Bundesärztekammer und vor allen Dingen auch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Aus unserer Sicht geht es vor allen Dingen darum, die verschiedenen Vorgaben in eine einheitliche Form zu bringen.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich möchte mich dem Themenkomplex Take-home-Regelung zuwenden und frage Herrn Dr. Bloching. Es wird gefordert, die Take-home-Regelung zu überprüfen bzw. deutlich auszuweiten. Halten Sie diese Forderung vor dem Hintergrund Ihrer Praxiserfahrung für sinnvoll? Bitte gehen Sie auch auf die Forderung der Fraktion DIE LINKE. ein, die hier eine Ausweitung auf bis zu 30 Tage vorsieht.

ESV Dr. Benedikt Bloching: Wir haben jetzt schon Regelungsspielräume, bei Urlaub im Ausland zum Beispiel ist eine Ausweitung der Take-home-Regelung auf bis zu 30 Tage möglich. Mit den zwei Tagen funktioniert es in ländlichen Bereichen nicht immer, aber hier können wir nacharbeiten. Grundsätzlich sehe ich zurzeit keinen Handlungsbedarf. Auffällig

ist und das hat auch die PREMOS-Studie gezeigt, dass es unter Take-home-Bedingungen keine Dauerabstinenz gibt, sondern immer nur eine temporäre. Es gibt Rückfälle, und uns fällt in der Suchtklinik auf, dass einige Patienten auch bei den Sieben-Tage-Depot-Regelungen entgleisen. Nach meinen Erfahrungen würde ich dafür plädieren, den jetzigen Rahmen beizubehalten und an bestimmten Schwierigkeiten, die es z. B. an Wochenenden vor allem in ländlichen Gebieten mit der Apothekenbesetzung usw. gibt, nachzuarbeiten.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Dann zu diesem Themenkomplex die Frage noch an die ABDA, den Bund Deutscher Kriminalbeamter und an die KBV: Wie sehen Sie den Regelungsbedarf bei der Take-home-Regelung, z. B. auch was den Zeitraum der Verschreibung durch Ärzte betrifft?

SV Lutz Tisch (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)): Aus unserer Sicht besteht kein Regelungsbedarf. Im Einzelfall wird man schauen müssen, ob die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apotheken intensiviert werden kann. Die funktioniert aber an sich gut. Dienstbereite Apotheken sind flächendeckend erreichbar. Aus unserer Sicht gibt es deshalb keinen Bedarf, die Take-home-Regelung auszuweiten. Aber man muss meines Erachtens sehen, dass die Einwendung der Apotheken auch ein Faktor für die Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs ist. Dort wirkt das Vieraugenprinzip. Deshalb halten wir die geltenden Regelungen für sachgerecht.

SV Hermann-Josef Borjans (Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK)): Ich bin Kriminalbeamter aus Bonn und habe dort sieben Jahre die Präventionsdienststelle geleitet. Wir sehen die gesamte Take-home-Praxis sehr zurückhaltend. In Bonn haben wir die Erfahrung gemacht,

dass Patienten Aufbewahrungsmöglichkeiten nicht genutzt haben und die Weitergabe von entsprechenden Mitteln oder auch der Beikonsum nicht kontrolliert werden konnten. Das hat zu unkontrollierbaren Situationen geführt, es gab erhebliche Gesundheitsprobleme und sogar Todesfälle.

SV Dr. Ekkehard von Pritzbuer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die KBV sieht keinen Regelungsbedarf im Bereich der Take-home-Verordnung, da wir die bisherigen Regelungen für ausreichend für die Versorgung der Patienten halten. Im Gegenzug muss abgewogen werden, z. B. wenn es um Probleme mit eventuell vorhandenen Kindern, wenn es um die gesundheitliche Gefährdung oder um Todesfälle, bei nicht sachgerechtem Umgang, geht. Unter dem Aspekt der Sicherstellung wäre aus unserer Sicht eine Regelung günstig, die in Richtung der versorgenden Ärzte geht. In unserer Stellungnahme haben wir darauf hingewiesen, dass die Erhöhung der Anzahl der im Konsiliararztverfahren zu behandelnden Patienten eine mögliche Regelung wäre, die vor allem im ländlichen Bereich sofortige Wirkung entfalten würde.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Dann komme ich jetzt zur Diamorphinsubstitution. Bekanntlich handelt es sich dabei um eine hochschwellige, nachrangige Therapieoption für eine begrenzte Zahl von Schwerstopiatabhängigen. Dr. Bloching, halten Sie eine flächendeckende diamorphingestützte Behandlung und Versorgung, soweit sie über das bislang Bekannte hinausgeht, für erforderlich? Halten Sie neben den bestehenden Standorten aus Zeiten des Modellprojekts und demnächst in Berlin weitere Standorte für sinnvoll? Führen Sie bitte darüber hinaus aus, für wie zielorientiert Sie diese Behandlung auch im Hinblick auf den Therapieerfolg halten?

ESV Dr. Benedikt Bloching: Diamorphin-substitution ist eine nachgeordnete Behandlung, als Therapie kann man sie nicht bezeichnen. Wenn man nur substituiert, ist es möglicherweise Teil einer Therapie. Diamorphin wird erst dann eingesetzt, wenn andere Behandlungsverfahren versagt haben. Bei einer flächendeckenden Ausweitung sehe ich große infrastrukturelle Probleme im ländlichen Bereich. Die sind nicht so einfach zu lösen. Die PREMOS-Studie zeigt, dass sich der Zustand der Betroffenen, auch unter Langzeitsubstitution mit den aktuellen Substitutionsmitteln, bei fast 50 Prozent der Substituierten nicht verbessert, sondern dass es, gerade was den psychischen Status betrifft, im Verlauf eher zu einer Verschlechterung kommt. Der Schweregrad der psychischen Störung und auch der Abhängigkeitsgrad nimmt zu, und die soziale und berufliche Wiedereingliederung liegt bei 23 Prozent. Die berufliche Wiedereingliederung erfolgt nach meiner Erfahrung meistens in den zweiten und dritten Arbeitsmarkt sowie in Teilzeit-Beschäftigungsprogramme. Hier ist noch viel nachzuholen, vor allem die adäquate Behandlung psychiatrischer Diagnosen. Wenn ich mir die Statistik anschau, erhalten gerade einmal zwischen 14 und 50 Prozent im sechsten oder siebten Jahr, je nach Standort, eine Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung, der Rest wird nicht therapeutisch behandelt. Es wundert mich unter diesen Umständen nicht, dass viele der Betroffenen in der Sucht verhaftet bleiben und im Gegenteil psychisch, körperlich und auch sozial weiter abgleiten. Wer psychisch oder psychiatrisch krank ist, hat eine erhöhte somatische Komorbidität und dadurch wiederum erhöhte soziale Risikofaktoren. In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ebenso wie bei den psychosozialen Maßnahmen draußen in den Beratungsstellen sehe ich einen großen Entwicklungsbedarf. Anhand der Statistik wird deutlich, dass diese Maßnahmen nach einer bestimmten Zeit nur noch spärlich oder gar nicht mehr wahrgenommen werden. Bei der psychosozialen Beratung müssten flexiblere Mo-

delle, entsprechend der Dynamik des Suchtverlaufs, entwickelt werden. Wenn die Betroffenen psychosoziale und biosoziale Probleme haben, müssen wir sie entsprechend behandeln und nicht nur substituieren. Sonst wird die Langzeitsubstitution für viele Betroffene eine Sackgasse, in der es irgendwann nicht mehr weiter geht, und die Betroffenen werden gesellschaftlich abgekoppelt. Dann wundert es nicht, dass sie nichts anderes mehr tun als ihr Substitut zu schlucken. Bevor wir diese Probleme nicht gelöst haben, sollte man nicht an die flächendeckende Diamorphinvergabe denken.

Die **Vorsitzende**: Soweit ich das Konzept kenne, ist die psychosoziale Behandlung auch Teil des Konzepts.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich möchte den Themenkomplex Versorgungssituation ansprechen, und meine Frage geht an die KBV. Es wird immer wieder beschrieben, dass viele Ärzte aus der Substitutionsbehandlung aussteigen, weil u. a. der rechtliche Rahmen unklar ist. Können Sie das bestätigen und welche Maßnahmen schlagen Sie vor, um mehr Ärzte für die Substitutionsbehandlung zu gewinnen?

SV Dr. Ekkehard von Pritzbuer (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie haben Recht, aufgrund der derzeitigen Rahmenbedingungen wurden in den letzten Jahren immer wieder Ärzte verurteilt. Wir sehen darin eine große Gefahr, nicht zuletzt für die Motivation, im Substitutionsbereich zu arbeiten. Ca. 8.000 Ärzte verfügen über die Qualifikation suchttherapeutisch zu behandeln, im vertragsärztlichen Bereich sind nur 2.700 praktisch als solche tätig. Die rechtlichen Rahmenbedingungen wirken abschreckend. In Bayern wurden Ärzte bis hin zum Approbationsentzug verurteilt. Aus Solidarität haben sich weitere Ärzte in Niederbayern angeschlossen und ihre KV-Zulassung

zurückgegeben. Man kann daran die Motivationslage gut erkennen.

Über die konkreten Ziele, die in der BtMVV festgelegt sind, und das ist aus unserer Sicht auch die Problematik, wird auch die medizinische Behandlung definiert. Vielleicht sollte man darüber nachdenken, zwischen arzneimittelrechtlichen Belangen und medizinischen Behandlungszielen zu unterscheiden und letztere aus der BtMVV zu verlagern. Das würde die strafrechtlichen Konsequenzen für die Ärzte deutlich mildern.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Zum Thema Beikonsum habe ich eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Sie haben den Antrag der Fraktion DIE LINKE. gelesen. Wie bewerten Sie die geforderten Änderungen? Eine weitere Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin: Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass das Problem weltweit diskutiert wird. Vielleicht können Sie uns dazu noch etwas sagen.

SVe Dr. Annette Nahnauer (GKV-Spitzenverband): Wir halten die jetzigen Regelungen, sowohl zur Abstinenz als auch zum Beikonsum in der BtMVV bzw. im Betäubungsmittelgesetz für gerechtfertigt. Abstinenz ist ein übergeordnetes Ziel, das angestrebt werden sollte. Je jünger die Substituierten sind, um so mehr ist Abstinenz anzustreben, um den Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und selbstbestimmt bedeutet auch frei von Sucht. Der Beikonsum sollte eingeschränkt und in das Therapiekonzept mit aufgenommen werden. Abhängig von der Art des Beikonsums erhöht sich die Gefahr der Atemdepression und sonstiger Nebenwirkungen. Hier wird als Gegenargument häufig angeführt, dass die Substitutionsdosis zu niedrig bemessen sei. Der Beikonsum muss über die richtige Behandlung zurückgedrängt und nicht über die BtMVV geändert werden. Wir halten die Regelungen für sachgerecht.

SV Hans-Günter Meyer-Thompson (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)): Wir verwenden nicht den Begriff Beikonsum, sondern sprechen von der zusätzlichen Einnahme anderer Substanzen. Die Studie von Herrn Wittchen für das Bundesministerium für Gesundheit hat gezeigt, dass ein großer Teil der Substitutionspatienten in der Dosierung falsch liegt und deswegen zusätzlich andere Substanzen nimmt. Wir wissen, und der Kollege aus Stuttgart hat das bestätigt, dass es psychische Begleiterkrankungen gibt, die nach wie vor nicht adäquat behandelt werden und wo Medikamente oder Substanzen zur Selbstbehandlung eingesetzt werden. In manchen Fällen handelt es sich dabei auch um Suchtverlagerung. Und es ist tatsächlich ein Phänomen, das in der Substitutionsbehandlung weltweit auftritt, egal ob in westlich industrialisierten oder in Entwicklungsländern. Überall, wo Substitution stattfindet, gibt es das Phänomen, dass Patienten aus den unterschiedlichsten Gründen zusätzliche Substanzen einnehmen. Darüber wird diskutiert, aber es gibt keine für alle Fragen gültige Antwort. Niemand sagt den Patienten: „Geht aus der Ambulanz oder Praxis und trinkt ein Bier, werft eine Tablette ein oder nehmt zusätzlich Heroin“. So ist es nicht. Aber im Zweifel können Ärzte dafür verantwortlich gemacht werden, bis hin zum Approbationsverlust, wenn sie sich dieser Situation stellen und nicht einfach sagen, ich breche die Behandlung ab und schicke die Betroffenen zurück in die Illegalität. Das möchten wir ändern. Das heißt, der zusätzliche Konsum anderer Substanzen gehört in die Richtlinien der Bundesärztekammer, aber sie dürfen nicht so gefasst sein, dass Ärzte, wenn Patienten zusätzliche Stoffe oder Medikamente konsumieren, ihre Approbation verlieren oder sogar ins Gefängnis müssen.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Das gerade gehörte macht deutlich, dass es Handlungsbedarf im Bereich der Substitution bzw. der Substitutionspolitik gibt.

Wie bewerten Sie, Herr Dr. Stöver, die Forderungen des SPD-Antrages zu den gerade geschilderten Herausforderungen im Bereich der Substitutionsbehandlung in Freiheit. Was muss in Haftanstalten passieren, damit die Substitution auch dort aufrecht erhalten werden kann?

ESV Prof. Dr. Heino Stöver: Ich begrüße die Vorschläge, die die SPD in ihrem Antrag macht, weil die Substitutionsbehandlung in Freiheit ganz eindeutig verschlankt werden muss. Die BtMVV muss reduziert werden auf ihren Kernbereich, die Sicherstellung des Betäubungsmittelverkehrs und darf keine rechtsfremden Inhalte enthalten, wie etwa die Regelung der psychosozialen Betreuung. Das geht eindeutig zu weit. Es muss alles geprüft werden, um einen verbesserten, flächendeckenden Zugang zu dieser hochoptimalen Therapie in Deutschland zu gewährleisten. Das gibt es bisher nicht. Wir haben ein Nord-Süd- und ein Ost-West-Gefälle und die Gründe dafür sind eindeutig. Wir verfügen nicht in allen Bereichen Deutschlands über ausreichend qualifizierte Ärzte, so dass über einen ausgewogenen Arzt-Patienten-Schlüssel eine optimale Behandlung zur Verfügung gestellt werden könnte. Das ist das große Problem in Freiheit. Viele Ärzte werden aus den bereits benannten Gründen abgeschreckt, sie fühlen sich rechtlich ungenügend abgesichert, das hat eine Umfrage der Bundesärztekammer ergeben. Gleichzeitig fürchten sie auch den hohen Aufwand an Bürokratie bei relativ geringer Entlohnung. Hier muss dringend etwas passieren, um den Zugang zur Behandlung bzw. deren Aufrechterhaltung zu verbessern. Die Substitutionsbehandlung im Strafvollzug oder überhaupt in geschlossenen Systemen, dazu gehören letztlich auch der Maßregelvollzug und die Untersuchungshaft, würde ich über weite Strecken als katastrophal bezeichnen. Wir haben bis auf wenige Ausnahmen, hier sind Nordrhein-Westfalen, Bremen und Hamburg zu nennen, große Defizite. Nach Angaben der EMCDDA profitiert nur etwa jeder Zehnte der vermuteten

20.000 Opiatabhängigen im Haftbereich in Deutschland von einer Substitutionsbehandlung, in Freiheit dagegen jeder zweite. Das ist eine Katastrophe. Da werden Gefangene doppelt und dreifach benachteiligt, denn sie erhalten keinen Zugang zu dieser hochoptimalen Therapie. Wir sehen im Vollzug, wo die gesundheitliche Versorgung der Haftinsassen in den Händen der Justizadministration liegen, bei der Einführung von Substitutionsbehandlungen einen zeitlichen Verzug von sieben bis zehn Jahren. Wenn wir einzelne Bundesländer wie Bayern genauer betrachten, dann können wir die Zahl der Substituierten an zwei Händen abzählen.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Es gibt eine ganze Reihe von Praxisschließungen wegen Alters der substituierenden Ärzte, das Thema Pensionierung spielt eine große Rolle, und deswegen gibt es neben der Tatsache, dass Suchtmedizin nicht unbedingt etwas ist, was die Ärzte anzieht, große Probleme beim suchtmmedizinischen Nachwuchs. Sie haben nun in der Vergangenheit im Zusammenhang mit der neuen EBM-Struktur angekündigt, dass sie Kürzungen bei den substituierenden Hausärzten vornehmen wollen. In Ihrer Stellungnahme sagen Sie aber, dass die mangelnde Motivation des Nachwuchses mit der schlechten Vergütung zu tun hat. Wie ist das zu verstehen? Welche zusätzlichen Abrechnungsziffern kann denn z. B. ein substituierender Hausarzt im Bereich der Substitutionsbehandlung geltend machen. Wie könnte man, wenn es am Geld liegt, das Arbeiten im Substitutionsbereich attraktiver machen?

SV **Dr. Ekkehard von Pritzbuher** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die angesprochenen Widersprüche möchte ich kurz auflösen. Die Vergütungsproblematik, die in der Stellungnahme auch auftaucht, war ein Zitat aus der COBRA-Studie, die nun schon einige Jahre alt ist und wurde in der PREMOS-Studie

noch einmal zitiert. Der zweite Punkt ist die Diskussion über die sogenannten abweichenden Versorgungsleistungen. Hier versucht man im neuen Haushalts-EBM eine Regelung zu finden, die aber ursprünglich nicht dazu gedacht war, Einigen etwas zu kürzen, sondern die primär darauf abzielte, dem Hausarzt, der keine abweichenden Versorgungsleistungen erbringt, etwas zukommen zu lassen. Denn dort sehen wir häufig das Problem, dass sich die Praxen kaum tragen. Dazu ist es notwendig, das Geld wiederum bei den Kollegen zu requirieren, die Leistungen erbringen, die sich selbst tragen. Dazu gehört auch die Substitutionsleistung. Inzwischen ist dieser Vorschlag noch einmal zur Diskussion an die Gremien gegangen. Da diese Beratungen vertraulich sind, kann ich Ihnen noch kein Ergebnis mitteilen, aber ich bin mir nicht sicher, ob die ursprüngliche Formulierung bestehen bleiben wird. Wir gehen davon aus, dass Motivation auch in diesem Fall nicht ausschließlich über Geld erzeugt wird. Ich habe vorhin bereits erwähnt, dass es 8.000 qualifizierte Substitutionsärzte gibt. Diese müssen sich in irgendeiner Weise dafür interessieren und eine entsprechende Motivation für ihre Zusatzausbildung gehabt haben. Dass sie in der Praxis nicht damit arbeiten, liegt unserer Ansicht nach an den rechtlichen Rahmenbedingungen und nicht in erster Linie an der Vergütung.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Ich möchte den Punkt aufnehmen und eine Frage an die Deutsche AIDS-Hilfe stellen. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Ärzte wegen Verstößen gegen die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verurteilt werden. Das ist auch unsere Wahrnehmung. Wie bewerten Sie die rechtliche Situation substituierender Ärzte?

SV **Dirk Schäffer** (Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH)): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Prof. Stöver anschließen. Wenn man junge Ärzte fragt, warum sie nicht bereit sind, Substitutionsbe-

handlungen durchzuführen, obwohl sie der Zielgruppe gegenüber aufgeschlossen sind, verweisen sie vielfach auf die rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Betäubungsmittel-verschreibungsverordnung sorgt sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten und Sozialarbeitern für großen Druck. Es geht nicht um die Abschaffung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, das vielleicht noch einmal in Richtung von Herrn Dr. Bloching, sondern darum, die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung punktuell zu verändern und anzupassen. Wir haben es hier mit einem Regelwerk zu tun, das vor mehr als 20 Jahren geschaffen wurde und seitdem in großen Teilen unverändert geblieben ist. Mittlerweile hat sich aber der wissenschaftliche Kenntnisstand, z. B. zur Abstinenz, nicht zuletzt durch die PREMOS-Studie, verändert. Es geht auch nicht darum, das Ziel der Abstinenz aufzugeben. Natürlich befördern wir das, aber wir müssen uns der Realität stellen und das muss auch die BtMVV tun. Und wenn das oberste Ziel die Abstinenz von Betäubungsmitteln ist und die PREMOS-Studie zeigt, dass 96 Prozent dem nicht gerecht werden, dann glaube ich, ist es an der Zeit etwas zu verändern.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe eine Frage an Prof. Stöver, an den Fachverband Sucht und an die Bundesärztekammer. In fast allen Stellungnahmen wird das Abstinenzparadigma im Bereich der Substitutionsbehandlung als veraltet bezeichnet oder zumindest problematisiert. Inwiefern besteht für Sie Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers?

ESV **Prof. Dr. Heino Stöver**: Ich denke, dass das Abstinenzparadigma als Behandlungsziel aus allen rechtlichen Rahmenbedingungen gestrichen werden müsste, weil die Behandlung damit unter einer sehr unrealistischen Zielsetzung steht. Die Substitutionsbehandlung fördert die soziale und gesundheitliche Stabilisierung, die Zahl der Drogentoten ist

rückgängig und die HIV-Inzidenz und -Prävalenz wird dadurch gering gehalten. Das sind viele positive Outcomes, aber wir können nicht mit einem, wie Herr Schäffer schon sagt, unrealistischen Ziel weitermachen. Insofern gehört das gestrichen. Abstinenz ist in der Arzt-Patienten-Beziehung in jedem Einzelfall sicherlich ein Thema, weil das sehr ambivalent besetzt ist. Viele der Substitutionspatienten wollen irgendwann aus der Substitution aussteigen, aus welchen Gründen auch immer, und darin sollten sie unterstützt werden. Aber wir können Abstinenz nicht als Universalziel über alle Behandlungen stellen. Das führt in der Praxis dazu, dass Ärzte vereinzelt mit Behandlungsabbrüchen drohen, wenn Menschen keine abstinente Muster aufweisen. Das aber ist absolut kontraproduktiv.

SVe **Manuela Dewitz** (Fachverband Sucht e. V. (FVS)): Wir sehen das ähnlich. Abstinenz ist sicherlich immer noch mit sehr großen Vorteilen belegt, ebenso wie die Substitution als Maßnahme zur Sicherung des Überlebens oder zur Verhinderung weiterer Schäden. Durch Abstinenz wird eine dauerhafte Stabilisierung möglich, die es wiederum ermöglicht, psychische Erkrankungen mit zu behandeln, z. B. im Rahmen von Entwöhnungsprogrammen oder Rehabilitationen. Wir halten es für richtig, das Ziel der Abstinenz zu unterstützen. Zahlreiche Substituierte wollen abstinent und selbstbestimmt leben, wünschen sich aber, dass daraus kein Dogma gemacht wird. Für viele ist es ein längerfristiges Ziel, aber durchaus nicht für jeden Substituierten. Das ist auch eine wissenschaftlich zu klärende Frage, welche unterschiedlichen Gruppen von Substituierten mit welcher Ausrichtung es gibt. Wir sehen das Problem, dass es viele verschiedene Angebote gibt, die zu wenig genutzt werden können, d. h. Übergabe und Vernetzung der Angebote sind schlecht. Diese Übergänge müssen erleichtert und niedrigschwelliger gestaltet werden. Es gibt z. B. auch eine opioidgestützte oder eine mehrstufige abstinenzorientierte Form der Entwöh-

nung, die aber beide kaum angewandt werden. Die PREMOS-Studie zeigt, dass vier Prozent der Substituierten abstinenter leben wollen. Die tatsächliche Zahl ist womöglich noch höher, aber der Zugang zu den unterschiedlichen Möglichkeiten ist schwierig. Hier sehen wir den größten Handlungsbedarf.

SV Dr. Wilfried Kunstmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Abstinenz ist auf jeden Fall ein wichtiges Ziel und das ist, glaube ich, auch Konsens hier in der Runde und bei allen Parteien. Es ist aber in vielen Fällen ein unrealistisches Ziel. Dieses Ziel wurde vor zwanzig Jahren formuliert. Mittlerweile haben wir die PREMOS-Studie und sehen, dass wir mit Hilfe der Substitution in vielen Fällen eine hohe Stabilisierung der Patienten erreichen können. Darüber hinaus hat sich die Zahl der Drogentoten in den Städten reduziert, und damit ist schon viel erreicht. Jeder Patient ist anders, und es ist eine medizinisch-ärztliche Weisheit, dass man die Behandlungsziele – und das würde man bei einem Krebskranken oder bei anderen Erkrankungen genau so machen – immer auf das Niveau des Patienten und auf seine aktuelle Situation abstimmt. Auch bei einem an Krebs erkrankten Patienten kann man nicht sofort davon ausgehen, dass Heilung das Ziel ist, sondern häufig geht es zunächst einmal um die therapeutische Begleitung und die Minderung von Leiden. In der BtMVV werden drei Ziele genannt. Neben dem Abstinenzziel kann Substitution auch zur Begleitung einer Erkrankung sowie zur Minderung der Risiken von Schwangerschaft und Geburt eingesetzt werden. Aber wir sehen an den aktuellen Fällen in Bayern, dass Abstinenz von den Strafverfolgungsbehörden als das Primärziel interpretiert wird. Und das ist die Crux, dass die BtMVV behandlungsrelevante Bestimmungen enthält, die von den Strafverfolgungsbehörden, die zum Teil unwissend sind, was medizinisch-therapeutische Notwendigkeiten betrifft, aufgegriffen werden. Deshalb sprechen wir uns massiv dafür aus, dass

wir dieses Ziel modifizieren und an den individuellen Patienten anpassen können. Wir haben mit den Richtlinien ein deziertes, gestuftes Konzept vorgelegt. Dieses erfreut sich einer hohen Akzeptanz, und wir benötigen jetzt den entsprechenden Rahmen, um auch den Strafverfolgungsbehörden mehr Sicherheit im Hinblick auf die Inhalte der BtMVV und das, was medizinisch-ärztlich zu regeln ist, zu geben. Es geht um Klarheit für alle Beteiligten.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzel-sachverständigen Herrn Dr. Vieten. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass Substitutionsbehandlungen von immer weniger Ärzten durchgeführt werden? Wie würden Sie persönlich dem entgegensteuern?

ESV Dr. Jürgen Vieten: Ich bin niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut in Mönchengladbach und stelle zunächst mit Verwunderung fest, dass hier weder die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie noch die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, als die beiden sicherlich führenden psychiatrischen Sachverständigenverbände, gehört werden. Gibt es dafür einen Grund, Frau Vorsitzende?

Die Vorsitzende: Es ist ein bisschen ungewöhnlich, dass wir dies gefragt werden. Die Kollegen aus den verschiedenen Fraktionen verständigen sich auf Sachverständige, die sie zu hören wünschen. Und das ist jetzt die Auswahl, auf die man sich verständigt hat.

ESV Dr. Jürgen Vieten: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Wir erleben im niedergelassenen Bereich derzeit die Situation, dass zunehmend Kollegen, vielleicht aus Altersgründen, ihre Praxen aufgeben und sich die Versorgungssituation dahingehend verschlechtert, dass sich mehr und mehr Patienten auf einzelne Praxen ver-

teilen. Ich sehe, und da möchte ich mich dem anschließen, was der Kollege von der KBV gesagt hat, eine mögliche Lösung darin, dass diejenigen, die die höchste Kompetenz im Bereich der Suchtbehandlung haben, nämlich Psychiater und Psychotherapeuten – das ist am jeweiligen Curriculum der Facharztausbildung zu erkennen, und diese unterscheidet sich von den Ausbildungsvorgaben, die z. B. ein Hausarzt oder Allgemeinmediziner zu absolvieren hat – deutlich stärker in die Diskussion mit einbezogen werden. Es handelt sich nicht nur um ein rechtliches, sondern auch um ein finanzielles Problem. Würde man in unserem doch gedämpft kapitalistischen System die Verteilung der Gelder dahingehend staffeln, dass man sagt, ich nehme beispielsweise die ersten zehn Patienten und bezahle sie mit 200 Prozent der bisherigen Vergütung, nehme die nächsten zehn Patienten, bezahle diese mit 100 Prozent, nehme die nächsten zehn Patienten, bezahle sie mit 50 Prozent der bisherigen Vergütung, nehme die nächsten 20 Patienten zwischen 30 und 50 Jahren und bezahle diese so wie heute und senke dann ab dem 50. Patienten die Bezahlung auf 10 oder 20 Prozent des bisherigen Entgeltes, dann würde für junge Psychiater und Psychotherapeuten ein hoher Anreiz gesetzt, in die Versorgung einzusteigen. Wir haben annähernd 4.000 niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten in Deutschland. Wenn auch nur die Hälfte von ihnen, die per se über eine hochwertige suchtmmedizinische Ausbildung verfügen, animiert werden könnte, in die Versorgung einzusteigen, würden sich viele der Diskussionen, die wir heute in diesem Bereich führen, auflösen. Wenn Psychiater und Psychotherapeuten das ablehnen, müssten sie die entsprechenden Konsequenzen tragen, dass nämlich ein Teil der Kompetenz wegdriftet. Aber diese Karte ist bisher überhaupt noch nicht gespielt worden.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Herr Dr. Vieten, wie könnte man denn Suchtpatienten noch besser versorgen?

ESV **Dr. Jürgen Vieten**: Das ist eine komplexe Frage. Ich kann jetzt nicht für die KBV denken, aber im psychiatrischen Bereich ist es auch so, dass wir die Suchtpatienten mit psychiatrischen und nicht mit psychotherapeutischen Ziffern versorgen müssen. Es ist für mich persönlich unverständlich, dass wir psychotherapeutische Leistungen, also zum Teil harmlose Störungen, mit einem hohen Punktwert beglichen bekommen, während die Versorgung z. B. von Suchtpatienten oder schizophrenen und dementen Patienten sehr viel geringer honoriert wird. Insofern wäre sicherlich auch über den pekuniären Faktor eine Verbesserung zu erzielen. Würde man, was von der fachlichen Qualifikation her durchaus gegeben ist, den gleichen Punktwert für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen vergeben, würde sich die gesprächstherapeutische Begleitung von Suchtpatienten sicherlich sehr schnell verbessern.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Sie sprechen von den fachlichen Voraussetzungen. Wie müssen die Ihrer Meinung nach aussehen, um in der Substitutionsbehandlung tätig zu sein?

ESV **Dr. med. Jürgen Vieten**: Es ist sicherlich wohlfeil zu sagen, dass die Ausbildung von Psychiatern und Psychotherapeuten mit Abstand die beste ist. Wir müssen unseren Teil dazu beitragen, dass sich das niederschlägt. Ich persönlich substituiere seit 20 Jahren, aber die Gruppe muss sich natürlich auch aktiv zeigen. Auf der anderen Seite nimmt die KBV ihren Versorgungsauftrag auch dadurch wahr, dass sie Hausärzte, die vorsichtig ausgedrückt, in ihrer eigenen Praxis nicht sehr erfolgreich waren, dazu gebracht hat, Drogenpatienten zu substituieren. Daraus sind Praxen entstanden, die zwischen 100 und 150 Substitutionsbehandlungen durchführen. Hier spielen geschäftliche Interessen, fernab jeder

fachlichen Qualifikation, eine Rolle. Dabei gibt es Entwicklungen, wie z. B. Szenen, die sich direkt vor den Praxen bilden usw. Dadurch wird die Versorgungssituation verschlechtert und es vermisch sich Substitution und Beigebrauch. Wichtig sind eine gute Ausbildung und eine Diversifizierung auf immer mehr Schultern, mit kleineren Mengen von Patienten, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an die Deutsche AIDS-Hilfe. Welche Auswirkungen hat die derzeitige Take-home-Regelung aus Ihrer Erfahrung in der Praxis?

SV **Dirk Schäffer** (Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH)): Die Abgabe von Betäubungsmitteln beinhaltet immer auch die Gefahr der missbräuchlichen Anwendung oder Weitergabe. Ich möchte hier den Fokus auf die Gruppe von Patienten legen, die sehr erfolgreich substituiert wird, beigebrauchsfrei, sozial integriert und berufstätig. Die aktuelle Betäubungsmittelverschreibungsverordnung bietet auch im Prozess der Ablösung vom Arzt keine Möglichkeit, den Patienten länger als sieben Tage mit dem benötigten Medikament auszustatten. Ich glaube, dass der Ablösungsprozess dadurch ungemein erschwert wird. Deshalb lautet unsere Forderung, den Ärzten die Möglichkeit zu eröffnen, die Take-home-Dosis auszuweiten, auch als Prozess der Abnabelung aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis. Und ich glaube, bei den Patienten besteht die geringste Gefahr, dass der Schwarzmarkt mit Substitutionsmitteln überschwemmt wird. Hier geht es darum, und auch das lässt sich nicht leugnen, dass einzelnen Patienten zu früh und leichtfertig Substitute aus der Praxis oder aus der Apotheke mitgegeben und diese dann missbräuchlich eingesetzt werden. Aber ich glaube, wir dürfen uns in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung nicht ausschließlich an dem orientieren, was Patienten im Stande sind zu leisten, sondern

man muss ihnen die Möglichkeit und auch Freiheit geben, sich weiterzuentwickeln.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin. Die Bundesregierung kann in ihrer Stellungnahme keinen Widerspruch zwischen betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben einerseits und fachlich-medizinischen Leitlinien andererseits erkennen. Wir fordern hingegen in unserem Antrag, dass der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft als maßgebend für das Behandlungsziel zu definieren ist. Wie bewerten Sie diese Forderung?

SV **Hans-Günter Meyer-Thompson** (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)): Dass der wissenschaftliche Stand der aktuelle und allgemein vereinbarte wissenschaftliche Stand der Leitlinie sein sollte bzw. in die Richtlinien eingeführt werden sollte, ist eine Forderung, die wir selbst in unseren verschiedenen Änderungsvorlagen erhoben haben. Und ich muss Sie korrigieren, die Bundesregierung hat sich dazu noch nicht festgelegt. Sie hat über das Bundesministerium für Gesundheit alle Beteiligten, u. a. einen Teil der Gäste dieser Runde, gefragt, ob Veränderungsbedarf bestehe. Die Bundesregierung selbst hat diese Diskussion über das Ministerium für Gesundheit eröffnet und hat die doch sehr konträren Meinungen zu Mitgaben, zur Frage, welche Rolle ärztliche Vorschriften in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung spielen, was eigentlich Beikonsum ist, welche Rolle dieser spielt, für was man Ärzte verantwortlich machen kann und wofür sie verantwortlich gemacht werden müssen, über die BtMVV bzw. das Betäubungsmittelgesetz oder die ärztlichen Richtlinien, thematisiert. Das heißt, die Bundesregierung selbst weiß, dass es Bedarf gibt, diese Fragen zu stellen und zu klären. Es gibt nur keine leichte Antwort, weil erstens die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung eine Sache ist, die letztlich vom Bundesrat verabschiedet werden

muss. Zweitens muss man gucken, wie es in den einzelnen Ländern aussieht. Wir haben jetzt die zugespitzte Situation, dass in einem sehr konservativen Teil des Landes, in Niederbayern, eine Kollegin mit Ende 60 ihre Zulassung als Ärztin verloren hat, weil die Polizei bei drei ihrer Substitutionspatienten Valiumtabletten, also sogenannten Beikonsum, in der Tasche gefunden hat. Über die Staatsanwaltschaften wurde dann ein Ermittlungsverfahren, auch gegen die Ärztin, eingeleitet. Diese hat, weil sie anwaltlich schlecht beraten war und einen Strafbefehl bezahlt und damit ihre Schuld anerkannt hat, in einer Kettenreaktion ihre Approbation wegen Unwürdigkeit aberkannt bekommen, eine Endsechzigerin, die als Hausärztin in Niederbayern mit Sicherheit nicht DIE LINKE. wählt, für die plötzlich die Welt zusammenbricht. Wir haben es hier mit Regelungen zu tun, die vor 20 Jahren in die BtMVV aufgenommen wurden und die damals einen Kompromiss zwischen Befürwortern und Gegnern der Substitution darstellten. Man hat sich damit zufrieden gegeben, weil man wusste, dass man damit erst einmal arbeiten kann, aber heute wissen wir, dass einige der Grundannahmen, so nicht mehr aufrecht erhalten werden können. Mit Studien wurde belegt, dass beispielsweise der ursprüngliche Ansatz, man würde über Maintenance zu Abstinenz kommen, d. h. über die Erhaltungs- oder Substitutionstherapie zur Abstinenz, so nicht funktioniert. Dafür gibt es verschiedene Gründe, aber man kann das nicht mehr als Rechtsforderung in einer Verordnung stehen lassen. Das muss man ändern. Wir sitzen hier u. a. deshalb zusammen, weil die Bundesregierung angefangen hat, diese Frage zu stellen und sie auch so gestellt hat, dass wir sie über die Legislaturperiode hinaus und auf verschiedenen Ebenen weiter diskutieren werden. Es ist begrüßenswert, dass sich die Positionen annähern und dass niemand mehr sagt, dass Ärzte für Verstöße in der Substitutionsmedizin ins Gefängnis müssen. Begrüßenswert ist auch, dass es keine festgefahrenen Parteipositionen in dieser Frage mehr gibt.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Es sei mir die Anmerkung erlaubt, dass die Bundesregierung sich in ihrer Antwort auf unsere Kleine Anfrage entsprechend ausgelassen hat und wir deshalb auch die vorherige Frage gestellt haben. Meine nächste Frage geht an die Deutsche AIDS-Hilfe. Die Bundesregierung hält es für einen Erfolg, dass die Standorte für die Diamorphinbehandlung aus einem Modellprojekt in die Regelversorgung übergegangen sind. Würden Sie das aus Ihrer Sicht auch so positiv bewerten?

SV **Dirk Schäffer** (Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH)): Den Erhalt der Modellstandorte kann man nicht als Erfolg bewerten. Er war dringend erforderlich. Die Ergebnisse der Diamorphinbehandlung zeigen, dass eine Ausweitung erforderlich ist. Wir haben Patienten in der Substitutionsbehandlung, die wenig Therapieerfolge zeigen, durch Beikonsum, durch falsche Medikamente oder falsche Applikationsformen und die durchaus geeignet wären, mit Diamorphin behandelt zu werden. Es geht darum, die diamorphingestützte Behandlung über die Modellstandorte und Berlin hinaus auszuweiten. Niemand muss Angst haben, dass es eine Behandlungsform für zehntausende von Opiatabhängigen werden wird, aber ich glaube, sie sollte in unterschiedlichen Regionen implementiert werden, um denjenigen Opiatkonsumenten zu helfen, die mit der jetzigen Substitution nicht gut bedient sind.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die ersten beiden Fragen gehen an Herrn Dr. Stöver. Warum sollte aus Ihrer Sicht die in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung bestehende Verknüpfung zwischen psychosozialer Betreuung und medikamentengestützter Behandlung gestrichen werden, und wie könnten Standards für eine psychosoziale Behandlung erarbeitet werden? Wie sollten diese aussehen?

ESV Prof. Dr. Heino Stöver: Die Regelung in der BtMVV und in weiteren Rahmenregelungen zur Verknüpfung der medikamentösen Vergabe eines Substituts mit psychosozialer Betreuung ist das Ergebnis langer Auseinandersetzungen mit Vertretern der abstinenzorientierten Drogentherapie Ende/Mitte der 80iger Jahre. Es macht aber keinen Sinn, ein Junktim aufzustellen und die Abgabe eines Medikaments von der psychosozialen Betreuung abhängig zu machen. Das ist eine deutsche Regelung. Substitutionsprogramme gibt es in 130 Ländern dieser Welt, eine Ausnahme bildet Norwegen, und wir können noch nicht einmal wissenschaftlich belegen, dass die psychosoziale Betreuung, und auch das zeigt die PREMOS-Studie, für die Patienten in jeder Hinsicht ein Benefit bietet. Die Verknüpfung ist antiquiert, und wir haben keine Forschungsmittel investiert, um herauszufinden, wann PSB, welche PSB, für wen, in welcher Phase der Substitutionsbehandlung am effektivsten ist. Wir glauben nach wie vor, dass sie effektiv ist, ohne dafür wirklich Belege zu haben. Bei der Knappheit der Geldmittel in den Kommunen ist es umso verwunderlicher, dass dafür sehr viel Geld ausgegeben wird. Nun ist die psychosoziale Betreuung etwas, das wir alle ganz toll finden, weil es die Substitutionsbehandlung auch in der Qualität anhebt. Um sich dem Eindruck entgegenzustellen, dass die Behandlung Opiatabhängiger darin bestehen würde, ihn lediglich mit Medikamenten zu versorgen, wurde viel Druck ausgeübt, das in der BtMVV zu verankern. Das führt zu einer seltsamen psychosozialen Betreuungslandschaft in Deutschland. In manchen Gegenden wird die Substitution verweigert, wenn die Angebote zur psychosozialen Betreuung fehlen. Die Bundesärztekammer hat jetzt zum ersten Mal in den neuen Richtlinien von 2010 die Tür geöffnet und darauf hingewiesen, dass eine Pharmakotherapie im Einzelfall auch ohne Verknüpfung mit PSB möglich ist. Wir haben eine sehr gute Drogenhilfe-Infrastruktur in Deutschland. Jeder, der

in eine Substitutionsbehandlung geht, kann sich Hilfen über die Kommunen holen. Der dahinter stehende Zwangscharakter ist überflüssig und gilt in der Suchtmedizin und Suchttherapie eigentlich als überwunden. Wir haben festgestellt, dass es ohne Zwang mit Einsicht und Freiwilligkeit sehr gut funktioniert. Die Verknüpfung führt meines Erachtens zu weiteren Missverständnissen. Die großen Verbände, meiner eingeschlossen, haben Leitlinien zur psychosozialen Betreuung entwickelt, denn die vorliegenden sind ziemlich alt und müssen den Gegebenheiten angepasst werden. Akzept e. V. arbeitet gerade daran, die Leitlinien zu erneuern. Der Zwangscharakter ist der entscheidende Grund, warum es keine verbandsübergreifenden Leitlinien für die PSB gibt. In jedem anderen gesundheitlichen Bereich setzen wir auf Freiwilligkeit, auch in der HIV-Beratung oder beim Schwangerschaftsabbruch und das sollten wir auch bei der PSB so halten. Meine These ist, PSB und Leistungen werden besser, wenn wir sie entkoppeln, wenn die PSB-Anbieter kein Abonnement auf verschiedene Patienten, für die sie etwas anbieten, haben, sondern selber mehr fragen müssen: Was können wir anbieten, was will der Patient, was braucht er? Selbst diese Versorgungsbedarfserhebung fehlt über weite Strecken. Insofern denke ich, dass diese Verknüpfung abgeschafft gehört.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BBÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den Fachverband Sucht. Welche Schwächen sehen Sie bei den derzeitigen Versorgungsstrukturen in der Behandlung, wie sollten die Versorgungsstrukturen ausgestaltet sein und könnte man dabei aus Ihrer Sicht auf Erfahrungen bei anderen chronischen Erkrankungen zurückgreifen?

Sve **Manuela Dewitz** (Fachverband Sucht e. V. (FVS)): Als größte Schwäche, die sich auch in der PREMOS-Studie gezeigt hat, sehen wir, dass die Versorgung in ihrer

Kontinuität nicht gewährleistet ist, d. h. es betrifft sowohl bestimmte Gruppen von Substituierten, wie z. B. bereits erwähnt, die Inhaftierten, aber auch die Gruppe der Substituierten mit Kindern und ebenso Substituierte, die im ländlichen Bereich wohnen. Diese Gruppen müssen mit Nachteilen rechnen. Hauptproblembereiche sind die fehlende Vernetzung und fehlende Zugangsmöglichkeiten zu weiterführenden Behandlungen. Wir sehen das z. B. in der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung. Es gibt eine psychosoziale Betreuung, aber es gibt offensichtlich trotz eines hohen Anteils an komorbiden Störungen keine psychotherapeutische und zu wenige psychiatrische Behandlungen. Ein weiterer Problem- punkt ist die fehlende Teilhabe. Die PREMOS-Studie hat gezeigt, dass zwar ein bestimmter Prozentsatz der Menschen in Arbeit ist, aber es handelt sich um Menschen, die nach der Basisdokumentation im Suchthilfebereich schon vorher Arbeit hatten. Es gibt also offensichtlich keinen Zuwachs an Integration. Das heißt, man muss sich Gedanken machen, wie diese Gruppe von Menschen aus einem sozialen Randbereich wieder in die Gesellschaft reinkommt und die Behandlungsmöglichkeiten bekommt, die sie benötigt.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich noch einmal die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin. Wir haben von Dr. Vieten gehört, dass er sich und seine Berufsgruppe bei der Behandlung weitgehend ausgeschlossen sieht, und ich hatte fast den Eindruck, er fühlte sich diskriminiert. Sehen Sie das auch so, dass die Aktivierung der Psychiater und Psychotherapeuten eine Lösung sein könnte?

SV **Hans-Günter Meyer-Thompson** (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS)): Es gibt drei große Verbände, Sie haben das angesprochen, die DGPPN, die DG Sucht und Suchtforschung und die DG Suchtmedizin. Die DG Sucht und Suchtforschung tritt für die DGPPN im Suchtbereich mit auf, und mit dieser sind wir in unseren Kernforderungen einig. Da besteht kaum ein Widerspruch, die Stimme ist sozusagen im Hintergrund mit dabei. Es wurde hier geschildert, dass Hausärzte plötzlich mit 150 Substitutionspatienten dastehen. Der Grund dafür ist der, dass sich 1992, als das alles begonnen hat, die ambulante Psychiatrie wie auch die ambulante Psychotherapie diesen Patienten verweigert und das Abstinenzziel hochgehalten hat, selber aber nicht bereit war, die Behandlungen zu übernehmen. Deshalb haben sich Allgemeinmediziner, Hausärzte und Internisten, die sich zu diesem Zeitpunkt mit HIV und Hepatitis beschäftigen mussten, überhaupt erst dem Thema nähern und diese Patientengruppe aufnehmen müssen. Die ambulante Psychiatrie hat es nicht geschafft, auch nur einen Bruchteil der heute 70.000 ambulant substituierten Patienten aufzunehmen. Herr Dr. Vieten, sie sagten, dass Sie seit 20 Jahren selber substituieren. Es gibt auch in anderen Städten den einen oder anderen niedergelassenen Kollegen, bei dem die Kooperation wunderbar klappt, obwohl das auch die Kollegen sind, die dann gerade jene schweren Schicksale oder Kombinationsanamnesen, wo psychiatrische Erkrankungen, Psychosen, Depressionen, Angsterkrankungen plus Suchterkrankung zusammenfließen, behandeln. Aber insgesamt ist der Berufsstand der Psychiater und Psychotherapeuten nicht nur bei diesen Suchtpatienten, sondern auch bei anderen sehr zurückhaltend. Das ist bedauerlich, aber das hat letztlich dazu geführt, dass es so einen Verband wie den unseren gibt.

Denn in der damaligen Landschaft mussten sich Strukturen bilden, die das aufgenommen und gesagt haben, wenn es die alten Verbände nicht machen und auf dem Abstinenzziel beharren, dann müssen es andere machen. Deswegen sitzen wir heute immer noch hier, aber wir sind zumindest so viel weiter, dass wir nicht mehr mit gezogenen Schwertern diskutieren.

Die **Vorsitzende:** Ich darf mich bei allen bedanken für die Fragen, aber vor allen Dingen für die Antworten. Die Videoaufnahme und das Protokoll dieser Anhörung werden auf der Ausschusseite im Internet veröffentlicht.

Ende der Sitzung: 18:11 Uhr