

## Editorial

# Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen! Die BtMVV-Änderungsinitiative der DGS nimmt Fahrt auf

Hans-Günter Meyer-Thompson

**Korrespondenzautor:** Hans-Günter Meyer-Thompson, Hamburg, Vorstandsmitglied der DGS – Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin;  
E-Mail: [meyerthompson@dgsuchtmedizin.de](mailto:meyerthompson@dgsuchtmedizin.de)

Vor 25 Jahren, am 01.03.88, erhielten in NRW die ersten Heroinabhängigen legal L-Polamidon. Erst nach weiteren vier Jahren mit erbittertem Streit um Substitutionsbehandlungen, und erst nach einem höchstrichterlichen Beschluss, kam es 1992 zu einer Regelung der Substitutionsbehandlung in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV).

Diese erste Version eines rechtlichen Rahmens der Substitutionsbehandlung war ein Kompromiss zwischen Befürwortern und Gegnern. Um diese Behandlungsform nach Kräften zu behindern, gelang es den vormaligen Gegnern, ärztliche Tätigkeiten mit einem engen rechtlichen Korsett in die BtMVV aufnehmen zu lassen. Nach allgemeinem Verständnis sind Indikationen und therapeutisches Handeln allerdings in Richt- und Leitlinien zu regeln, nicht aber in einer Rechtsverordnung, die den Verkehr von Betäubungsmitteln, zugelassene Medikamente, Höchstverschreibungsmengen, Verordnungsvorschriften und die Dokumentation zum Inhalt hat.

Der Konstruktionsfehler blieb auch in den nachfolgenden Änderungen der BtMVV bestehen und führte erst jüngst wieder zu einer Reihe von Verfahren gegen substituierende Ärztinnen und Ärzte, die in anderen Ländern mit ähnlich entwickelter Substitutionsbehandlung unvorstellbar sind. In der Folge herrscht eine abnehmende Bereitschaft in der Ärzteschaft, Opiatabhängige zu behandeln, weil das Substitutionsrecht in sehr unterschiedlichen Auslegungen zu einer starken Rechtsunsicherheit in der Ärzteschaft aber auch in der Justiz geführt haben. Hinzu kommt, dass der wissenschaftliche Stand und die evidence-basierten Erfahrungen sich weiter entwickelt haben und das Recht diesen Veränderungen nicht gefolgt ist. Nicht zuletzt besteht Anlass, das Substitutionsrecht zu überprüfen, weil in den nächsten Jahren viele der derzeit substituierenden Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen ausscheiden und die Sicherstellung der ambulanten Behandlung gefährdet ist, wenn es nicht gelingt, jüngere Kolleginnen und Kollegen für die Behandlung von Opiatabhängigen zu gewinnen.

In den letzten zwölf Monaten haben der Deutsche Ärztetag, die Bundesärztekammer und Fachverbände Vorschläge unterbreitet, wie das Substitutionsrecht dem wissenschaftlichen Stand und der medizinischen Praxis angepasst wer-

den kann. Die Diskussion mündete vorerst in ein Fachgespräch im Bundesgesundheitsministerium mit dem Titel: "Inwieweit empfiehlt es sich, die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur oralen Substitution Opiatabhängiger anzupassen?"

Dort wurde deutlich, dass weit über die substituierende Ärzteschaft hinaus ein Änderungsbedarf gesehen wird.

Die DGS präzisiert aus diesem Grund ihre bisherigen Vorschläge vom 21.1.13, die auf den Beschlüssen des 115. Dt. Ärztetages 2012 aufbauen (siehe URL im Kasten 1).

### DAS RECHT MUSS DER WISSENSCHAFT FOLGEN

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

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

Mitgaben aus der Praxis sollen in Notfällen ermöglicht werden, die Verordnungen flexibler werden.

Weitere Substitutionsmittel sollen geprüft und zugelassen werden (orales retardiertes Morphin und Heroin) wie in der Schweiz und in Österreich.

Indikationen, ärztliches Handeln und Therapievorschriften gehören nicht in die BtMVV, sondern in Richt- und Leitlinien. Verstöße und Behandlungsfehler gehören entsprechend in die Qualitätskontrolle bzw. vor die Berufungsgerichtsbarkeit der Landesärztekammern. Im einzelnen handelt es sich um folgende Abschnitte, die aus dem § 5 der BtMVV herausgenommen ("abgeschichtet") werden können, ohne Gefährdung des BtM-Verkehrs und der Behandlungsqualität:

Zielsetzungen der Substitution (§ 5, Abs. 1), Indikationen und Kontraindikationen, Therapieziele und -empfehlungen,

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0431(3)  
gel. VB zur öAnhörung am 05.06.  
13\_Substitution  
30.05.2013

Mindestqualifikationen, Sanktionen im Falle von "Beikonsum" oder gar Vorschriften zur Beendigung der Behandlung, Einbezug der Psychosozialen Betreuung (§ 5, Abs. 2). Die BtMVV ist nicht der geeignete Rahmen für Vorschriften zur PSB.

Wiedervorstellungsfrequenz der Substitutionspatientinnen und -patienten bei der Ärztin/beim Arzt (§ 5, Abs. 2): Zu regeln in den Richtlinien der Bundesärztekammer. Die Verpflichtung zur Aushändigung von BtM-Rezepten durch den Arzt wird davon nicht berührt.

Regelungen zum Beikonsum (§ 5, Abs. 2 und 8, "Substanzen, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können") sind ebenfalls in Richt- und Leitlinien festzulegen.

Der § 5 der BtMVV soll also nicht abgeschafft werden, sondern zukünftig lediglich den Verkehr, die Verschreibung und Dokumentation von Substitutionsmedikamenten regeln, wie von entsprechenden Medikamenten in der Zahn- und Tiermedizin, in der ambulanten Palliativmedizin, im Rettungsdienst und auf "Kauffahrteischiffen".

## DIE NÄCHSTEN SCHRITTE

Die DGS schlägt vor, dass die Juristen der Bundesärztekammer und des BMG zeitlich parallel zur weiteren Diskussion gemeinsam einen Katalog erarbeiten, was aus der BtMVV in Richt- und Leitlinien überführt werden kann und wie zukünftig Verstöße nach dem Berufsrecht geahndet werden können.

Bundesärztekammer und die Delegierten des 116. Dt. Ärztetages Ende Mai in Hannover sind gebeten, sich die vorstehenden Vorschläge zu eigen zu machen.

In einer weiteren Umfrage der DGS soll anhand von Beispielen aus der Praxis herausgefunden werden, wie es um die Versorgungssituation in Notfällen, um die Bevorratung von Substitutionsmitteln in Apotheken und um die Kooperation von Substitutionspraxen und -ambulanzen mit Apotheken bestellt ist. Anschließend ist mit den Apothekerverbänden zu besprechen, in welchen Fällen eine Abgabe von Substitutionsmitteln aus der Praxis vorstellbar ist und wie für die Abgabe unter Sicht in Apotheken eine Honorarregelung gefunden werden kann.

Die DGS selbst hat gemeinsam mit der DG Sucht begonnen, Leitlinien zur Substitutionsbehandlung zu entwickeln, die beim DGS-Jahreskongress im November in Berlin verabschiedet werden sollen.

Zudem sollen zwei Texte zum Stand der Substitutionsbehandlung in Deutschland und zum Thema Substitution und Kindeswohl formuliert werden, um die politische Diskussion der Gesundheitsminister der Länder zu unterfüttern.

Sonderregeln für die Substitution von Eltern minderjähriger Kinder sind kein geeigneter Weg, das Kindeswohl zu schützen. Die Empfehlungen der Bundesärztekammer von 2012 beruhen auf bestehendem Recht und bieten alle Voraussetzungen, Kinder substituierter Eltern zu schützen.

Gemeinsam mit akzept e.V. soll rechtzeitig zu den Konferenzen der Länderjustizminister eine Stellungnahme zur Substitution in Haft vorgelegt werden.

Mit der Verabschiedung einer BtMVV-Änderung ist nicht vor der Bundestagswahl zu rechnen, voraussichtlich erst 2014.

Für den Vorstand der DGS  
Markus Backmund und Hans-Günter Meyer-Thompson  
15.3.2013

### Weitere Änderungsvorschläge der DGS

Höchstverschreibungsmengen zu Methadon und Levomethadon für 30 Tage erhöhen auf 3.600 mg bzw. 1.800 mg.

Eine Sonderstellung von Buprenorphinpräparaten wegen eines vorgeblich niedrigeren Missbrauchs- und Toxizitätsprofils ist nicht begründet.

Der Begriff "Opiatabhängigkeit" möge um "Opioidabhängigkeit" ergänzt werden.

Die Konsiliarregelung möge auf 5–10 Patienten erweitert werden.

Ausweitung der Einrichtungen, in denen ausgebildetes Personal berechtigt ist, Patienten das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch zu überlassen auf Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, auf vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX/XII (z.B. Übergangseinrichtungen und soziotherapeutische Einrichtungen) und auf Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V.

Aushändigung von Rezepten an Patienten mit "Sichtbezug" soll ermöglicht werden.

Überprüfung der Regelung zum "Z-Rezept".

Verlängerung der Rezeptgültigkeit/Verordnungsdauer bei langjährigen und stabilen Patienten (Kriterium entw. 1/2-Jahresprüfung auf Stabilitätskriterien oder 5-Jahresprüfung der KV) auf 2–4 Wochen, evtl. mit Aushändigung von jeweils nur einer Wochendosis.

Eine der Regelung für Auslandsurlaube entsprechende Regelung für Urlaube im Inland.

Für die Nachweisführung und Dokumentation von BtM im Rahmen der Substitutionstherapie, die zur Einnahme unter Sicht in Apotheken verordnet wurden, muss eine praktikable Regelung gefunden werden.

[http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Vorstandsnews/Fachtreffen-Substitution\\_BMG\\_Januar\\_2013\\_DGS\\_kommentierte\\_TO.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/Vorstandsnews/Fachtreffen-Substitution_BMG_Januar_2013_DGS_kommentierte_TO.pdf)