

Expertengespräch ‚Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung‘ am 14. Februar 2007 in Berlin



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Expertengespräch
‚Weiterentwicklung der
Substitutionsbehandlung‘

am 14. Februar 2007 in Berlin

Dokumentation

in Zusammenarbeit mit:
Universität Bremen
Prof. Dr. Heino Stöver
FB 11 Gesundheitswissenschaften

 **Universität Bremen**



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Expertengespräch
,Weiterentwicklung der
Substitutionsbehandlung'

am 14. Februar 2007 in Berlin

Dokumentation

in Zusammenarbeit mit:
Universität Bremen
Prof. Dr. Heino Stöver
FB 11 Gesundheitswissenschaften



Universität Bremen

Impressum

Herausgeber

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Christine Kluge Haberkorn

Prof.Dr. Heino Stöver
Universität Bremen, FB 11

Alle Rechte bei den Autorinnen und Autoren

Fotos:

Inge Hönekopp, Mannheim

Umschlag:

Bellu4 Katrin Gloggeniesser, Berlin

Foto Umschlag:

Michael Haberkorn, Berlin

Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn, Berlin

Druck:

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

Bestellungen:

akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org

Berlin, Juni 2007

Inhalt

Einführung: Hintergrund und Ziele der Fachtagung Heino Stöver, Universität Bremen	5
Grußwort Sabine Bätzing MdB Drogenbeauftragte der Bundesregierung	7
Vorträge Plenum	
Aktueller, internationaler Stand der Substitutionsbehandlung: Bestandsaufnahme, welche neuen Ansätze in der Substitutionsbehandlung gibt es weltweit – und was können wir lernen? Ingo Ilja Michels	12
Versorgungslage-/probleme und Veränderungsbedarf: Wo besteht eine Unter-/Fehl-/Mangelversorgung? Hans-Ulrich Wittchen	44
Diversifikation der Substitutionsbehandlung - Substanzen und Effekte Uwe Verthein	67
Administrative, rechtliche Problematik in der alltäglichen Praxis der Substitutionsbehandlung. Gibt es Veränderungsbedarfe? Anke Follmann	79
Arbeitsgruppen	
AG 4: Nutzen, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und rechtliche Bewertung der psycho-sozialen Betreuung (PSB) Bernd Westermann, Peter Degwitz	85
Auswertung	91
Empfehlungen	105
Zusammenfassung des Auswertungsgesprächs im Bundesministerium für Gesundheit	113

Programm	118
ReferentInnen und Teilnehmer	123
Anhang	132

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Erklärung zur Substitutionsbehandlung zum Wohle der PatientInnen

Aus dem BESCHLUSSPROTOKOLL DES 110. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
VOM 15. – 18. MAI 2007 IN MÜNSTER:

23. Zur Substitutionsbehandlung: Novellierung der Betäubungsmittel-
Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Dank	146
------	-----

Einleitung

Expertengespräch

"Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung" - Berlin, 14.2.2007 - Warum diese Tagung?

Heino Stöver

Die steigenden Zahlen von Drogenabhängigen in Substitutionsbehandlungen sprechen doch eigentlich für sich?! Auch die nach 20 Jahren erreichte Akzeptanz dieser Behandlung in Fachkreisen und sogar der allgemeinen Bevölkerung! Die Palette verschreibbarer Substanzen hat sich vergrößert und nun ist es möglich dem Patientenbedarf angepasste Medikamente zu verschreiben. Warum sollte es also angesichts dieser positiven Entwicklungen noch eingehenden Diskussionsbedarf geben? Würde es nicht genügen, mit allen Mitteln und immer wieder die Kassenärztliche Vereinigung an ihren Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung zu erinnern, d.h. an ihre Zuständigkeit für die ärztliche Betreuung drogenabhängiger PatientInnen, v.a. mit Hilfe der allseits anerkannten Substitutionsbehandlung? Müssten nicht alle fachpolitischen Kräfte auf die Einforderung dieses Sicherstellungsauftrages gebündelt werden?

Alle diese Fragen sind berechtigt! Betrachtet man jedoch die konkrete Alltagspraxis der Substitutionsbehandlung genauer, so zeigen sich nach wie vor vielfältige und ungelöste Problemlagen wie z.B. Qualitätsmängel in der Behandlung, ungenügende Zusammenarbeit von Ärzten und Professionellen in der psycho-sozialen Betreuung, Angst vieler Ärzte in die Substitutionsbehandlung einzusteigen (im Gegenteil: viele steigen wieder aus, oder beginnen trotz erworbenen Fachkundenachweises gar nicht erst), erhebliche Versorgungsdefizite Nord-Süd/ West-Ost, Stadt-Land, Freiheit-Unfreiheit, beim Übertritt von einem Setting in ein anderes. Hinzu kommen:

- Unklarheiten in Ziel, Gestaltung und Finanzierung der psycho-sozialen Betreuung (PSB)
- Rechtliche Unsicherheiten vieler Ärzte in einer vergleichsweise stark regulierten und administrativ aufwändigen Behandlung.

- Trotz aller beachtenswerten Fortschritte in der Substitutionsbehandlung von einer Behandlung mit Experimentierstatus zur Regelversorgung sind wir also von einer *normalen Krankenbehandlung* Opioidabhängiger jedoch noch weit entfernt.

Wir brauchen folglich dringend Antworten darauf, wie wir weiterkommen im quantitativen und qualitativen Ausbau der Substitutionsbehandlung in Deutschland. Diese Antworten stehen noch aus, und können aufgrund heterogener Strukturen, vieler Hemmnisse und blockierender Rahmenbedingungen so schnell nicht in die Praxis umgesetzt werden! Wie können wir das gesamte Potential dieser Behandlungsform ausschöpfen? Wie können wir medizinische und psycho-soziale Anteile stärker verknüpfen zum Wohle der PatientInnen? Wie können wir Ärztinnen und Ärzte gewinnen oder nur halten, weiterhin verantwortungsvoll in der Suchtmedizin zu arbeiten?

Ziel dieser Tagung soll daher sein, in einer kurz-/mittel- und langfristigen Perspektive umsetzbare Praxis- und Politikalternativen zu entwickeln, die helfen,

- die Behandlungreichweite zu erhöhen,
- die Behandlungsqualität zu steigern,
- die Behandlungssicherheit zu verbessern
- die Alltags- und Praxistauglichkeit zu erhöhen.

Heino Stöver, Februar 2007

Grußwort

Grußwort zum Expertengespräch von akzept e.V. am 14. Februar 2007 in Berlin

Sabine Bätzing MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, das Expertengespräch "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland" eröffnen zu dürfen. Zuerst möchte ich Ihnen, Herr Prof. Stöver, und dem ganzen Team von Akzept e.V. herzlich für die Organisation des Expertengesprächs danken! Sie haben uns reichlich mit pre meeting documents versorgt und ich bin mir sicher, dass wir auch eine ausführliche Sammlung von post meeting documents erhalten werden.

Substitutionsbehandlungen sind **einerseits** sehr gewachsen.

Innerhalb der ersten dreieinhalb Jahre der bestehenden Meldepflicht (01.07.2002 bis 31.12.2005) wurden rund 206.000 Substitutionsbehandlungen im Substitutionsregister erfasst. Davon wurden ca. 142.000 Behandlungen bereits wieder beendet. Aktuell in Behandlung waren im Jahr 2002 rund 46.000 Personen; die Zahlen für 2006 weisen 65.000 Personen in Substitutionsbehandlung nach. Ein Anstieg innerhalb weniger Jahre um etwa 41%. **Andererseits** gerät die Substitutionsbehandlung immer wieder in Schwierigkeiten. Denken Sie an die Untersuchungen der AOK in Substitutionspraxen in Niedersachsen, an die Rolle des Substitutionsarztes im Fall Kevin in Bremen oder an die so genannten "Methadontoten".

Meine Damen und Herren,

dieses Spannungsfeld von "einerseits – andererseits" bestimmt die Substitutionsbehandlung in Deutschland in vielfältiger Weise. Das Arbeitsprogramm des Drogen- und Suchtrats hält fest, dass die Strategien zur Eindämmung der Abhängigkeit von illegalen Drogen sorgsam beobachtet werden müssen. Dies gilt ausdrücklich für die Abstinenztherapien wie für die Substitutionsbehandlungen. Zudem

sollen auch die Ergebnisse des Modellprojekts heroingestützte Behandlung in die Überlegungen einbezogen werden, wie der Konsum illegaler Drogen reduziert werden kann. Mit dem Expertengespräch heute wird ein Teil dieses Arbeitsprogramms erfüllt. Denn mit den Diskussionen heute zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung wird zugleich ein wesentlicher Teil der Gesamtstrategie zur Eindämmung der Abhängigkeit von illegalen Drogen überprüft.

Lassen Sie mich zum **1. Spannungsfeld** kommen:

Abstinenztherapie oder Substitutionsbehandlung. Richtig – auch wenn die Frage häufig so zu hören ist, aus drogenpolitischer Sicht ist sie falsch gestellt. Korrekter wäre Abstinenztherapie **und** Substitutionsbehandlung. Dennoch muss es erlaubt sein zu fragen: Was wissen wir eigentlich hinsichtlich der Erfolge der Abstinenztherapie und der Substitutionsbehandlungen? Welche Konsequenzen ziehen wir daraus? Zwar geht man davon aus, dass bei Substitutions- und drogenfreien Behandlungen langfristig jeweils Abstinenzraten von 10-20% erreicht werden. Aber man ist sich auch einig, dass es an einer umfassenden Versorgungsforschung für die Langzeitverläufe beider Therapieformen in Deutschland mangelt. Herr Professor Wittchen wird in seinem Vortrag zur Versorgungslage sicherlich auf diese Aspekte eingehen. Im Unterschied zum Wissen um die Langzeitverläufe gelten die Erfolge der Substitutionsbehandlung für einen relativ kurzen Zeitraum gemäß der COBRA-Studie als hinreichend belegt. In dieser Studie wurden knapp 2.700 Substituierte und deren Ärztinnen und Ärzte befragt. Erreicht wurden 12-Monats-Haltequoten zwischen 60 und 80%, eine Todesrate von 1%, eine Abstinenzquote von 4% und weitere 7% Wechsler in eine drogenfreie psychosoziale Therapie.

Erlauben Sie mir dazu einen kurzen Einschub:

Innerhalb der erfassten zwei Jahre Diamorphinbehandlung im Modellprojekt heroingestützte Behandlung haben 237 Patient/-innen diese Behandlung verlassen. Davon wechselten 27,4 % in eine andere medizinische Suchtbehandlung und 8,9 % in eine Abstinenzbehandlung. Gemessen an den unterschiedlichen Zielgruppen ist die Diamorphinbehandlung damit sehr erfolgreich, was den Wechsel in eine drogenfreie Therapie betrifft. Unabhängig von den Ergebnissen

der COBRA-Studie gibt es kritische Stimmen, die nach dem langfristigen Effekt der Substitutionsbehandlung fragen. Eine entsprechende Studie zu diesen langfristigen Effekten wurde inzwischen vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben. Diese Studie stößt auf große Zustimmung seitens der Länder, die gemeinsam mit den Kommunen im Rahmen der Substitutionsbehandlung die Finanzierung der psychosozialen Begleitung tragen. Die Frage der Finanzierung der psychosozialen Betreuung wird angesichts der angespannten Haushaltslage von Ländern und Kommunen schon seit längerem problematisiert. Die Kassen bezahlen diese Leistungen unverändert nicht. Wäre es als ein Ergebnis der Studie zu den Langzeiteffekten einer Substitutionsbehandlung möglich, Aussagen über die Durchschnittsdauer einer effektiven Therapie zu machen, würde dies sicherlich auf hohes Interesse auch bei den Ländern und Kommunen stoßen. Diese Studie zur Langzeitwirkung wird nach meiner Auffassung allein deswegen viel beachtet werden, weil sich bereits im Vorfeld gezeigt hat, dass wir uns hier in einem zweiten interessanten Spannungsfeld befinden.

Dieses **2. Spannungsfeld** lautet: **Wann ist eine Substitutionsbehandlung erfolgreich?** Selbst innerhalb der Sucht- und Drogenhilfe besteht keine Einigkeit darüber, wie der Erfolg einer Behandlung von Opiatabhängigen zu definieren ist.

- Ist eine längere Haltequote in der Behandlung bereits ein Erfolg? Wie lange darf bzw. muss eine Behandlung dauern, um als erfolgreich zu gelten?
- Oder handelt es sich nur dann um einen Erfolg, wenn innerhalb einer bestimmten Frist der Ausstieg in die Abstinenz gelingt?

Mit der Frage: "Welche Rolle spielt die psychosoziale Begleitung beim Erfolg einer Substitutionsbehandlung?" sind wir schon im **3. Spannungsfeld**, nämlich **zwischen dem medizinischen und dem psychosozialen Sucht- und Drogenhilfesystem**. Diese Frage wird auch bei der Diamorphinbehandlung gestellt. Dabei ist von zusätzlichem Interesse, ob das Case-Management oder die Psychoedukation erfolgreicher war.

Das **4. Spannungsfeld** betrifft die **administrative und rechtliche Seite der Substitutionsbehandlung**. Detailliertere Vorschriften und

mehr Überprüfungen fordern Krankenkassen und Gerichtsmediziner, unbürokratischere Vorschriften viele Substitutionsärzte. Einerseits wird vor einem "laissez faire" in der suchtmmedizinischen Versorgung gewarnt. Andererseits wird das Menetekel an die Wand gemalt, dass immer weniger Ärzte bereit sind, unter den gegebenen Bedingungen Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Beide Positionen eint, dass sie sich Sorgen um die Gesundheit der Betroffenen machen. Ob es bezüglich der administrativen und rechtlichen Problematik Veränderungsbedarfe gibt – diese Frage wird Frau Follmann in ihrem Vortrag eher rhetorisch gemeint haben. Sonst hätte sie in ihrem Vortragstitel sicherlich von "administrativen und rechtlichen Lösungen" gesprochen. Es wäre schön, wenn in der entsprechenden Arbeitsgruppe diese Lösungen im Vordergrund stünden.

Das **5. Spannungsfeld** betrifft die **Diversifikation der Substitutionsbehandlung**.

Dabei geht es nicht nur um neue Substanzen wie Suboxone. Oder um die Frage, ob Diamorphin demnächst für einen kleinen Kreis von Betroffenen zu den erlaubten Substanzen gehört. Es geht auch um die Applikationsformen – jedenfalls wenn es nach meinem Kollegen von der Bundestagsfraktion der CDU, Jens Spahn geht. Er plädiert (noch) für die Methadonbehandlung anstelle der Diamorphinbehandlung. Letzte Woche hat er dem "Handelsblatt" gegenüber erwo-gen, dass der Erfolg der Methadonbehandlung mit intravenösem Verabreichen von Methadon noch gesteigert werden könne. Herr Dr. Verthein wird in seinem Vortrag sicherlich darauf zu sprechen kommen.

Das **6. Spannungsfeld** betrifft die **Finanzierung der Substitutionsbehandlung**. Zum einen der medizinischen Behandlung, zum anderen der Finanzierung der psychosozialen Begleitung. Ich habe dazu schon einiges ausgeführt und werde dieses Thema deshalb nicht weiter vertiefen.

Meine Damen und Herren,
all diese Spannungsfelder werden Sie bei den Vorträgen und in den Arbeitsgruppen beschäftigen. "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland": Damit dieser Anspruch des Experten-

gesprächs eingelöst wird, braucht es einen konstruktiven, zielorientierten Umgang mit diesen Spannungsfeldern. Sie können sich diese Spannungsfelder insgesamt wie ein Netz aus Strängen vorstellen. Skeptiker mögen darin mehr Verstrickung als Vernetzung sehen. Sie charakterisieren die Situation heute deshalb mit Jean Baudrillard als "Agonie des Realen", als Stillstand, als Bestandteil einer Simulationsgesellschaft, der die Idee des Fortschritts abhanden gekommen ist. Wenn die Skepsis so übermächtig ist, dann ist die Verlockung groß, diese Verstrickung, diesen modernen Gordischen Knoten einfach zerschlagen zu wollen. Wir wissen aber alle: Solche einfache Lösungen funktionieren nicht mehr. Komplexe Probleme brauchen auch komplexe Lösungen. Unter dem Stichwort "managing diversity" wird die Fähigkeit, komplexe Situationen zu bewältigen hoch gehandelt. Das Netz der Substitutionsbehandlung sollte also nicht als Knäuel betrachtet werden. Es kann – wenn jeder an einem Ende der Stränge zieht – wie ein Rettungstuch zur notwendigen Erhaltung des Gleichgewichts verwandt werden. Ein auf diese Weise gut gespanntes Substitutionsnetz dient dem Zweck, der uns heute einen sollte: Die Weiterentwicklung der Überlebenssicherung und der gesundheitlichen Versorgung aller Substituierten in Deutschland. Ich wünsche mir dabei, dass bei substituierten und drogenabhängigen Eltern der Schutzauftrag des Kindeswohls immer mit im Blickfeld bleibt.

Meine Damen und Herren,
ich bin mir sicher, dass dieses Expertengespräch mit seinen Vorträgen und Arbeitsgruppen unsere Perspektiven erweitern wird. Ich freue mich besonders, dass Herr Dr. Michels mit seinem Vortrag über den internationalen Stand der Substitutionsbehandlung dazu beiträgt. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche diesem Expertengespräch viel Erfolg.

Vorträge

1. Aktueller, internationaler Stand der Substitutionsbehandlung: Bestandsaufnahme, welche neuen Ansätze in der Substitutionsbehandlung gibt es weltweit – und was können wir lernen?

Ingo Ilja Michels

Die Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige besteht in Deutschland nun seit über 20 Jahren und es ist hohe Zeit, eine fachliche Bilanz zu ziehen und die Herausforderungen der Zukunft zu definieren.

Eine solche Standortbestimmung ist aber nicht möglich, ohne die Entwicklung der Substitutionsbehandlung im *globalen Maßstab* zu betrachten, ohne zu sehen, welche *Gesamtbedeutung* diese Behandlungsform im Gesamtkontext therapeutischer Optionen zum Umgang mit der Opioidabhängigkeit besitzt. Denn genausowenig können wir das Heroinproblem verstehen, ohne es im globalen Kontext des Drogenmarktes zu reflektieren, wie wir auch die Maßnahmen der Behandlung – zwar kulturell differenziert – global denken müssen, um ihre Effekte zu begreifen.

Schauen wir uns diese *globale Ausgangslage* einmal an: nach Daten der Vereinten Nationen gibt es weltweit zur Zeit etwa 11,3 Mio. Opioidkonsumenten, von denen rund 40 – 60 % in Behandlung sind, hauptsächlich Methadon-gestützter Behandlung und in zunehmendem Maße auch mit Hilfe von Buprenorphin. Die Substitutionsbehandlung hat im Weltmaßstab enorm an Bedeutung gewonnen. Warum? Diese Entwicklung ist geprägt von der sprunghaften Zunahme der *Nachfrage* nach Behandlung und die wiederum von der ebenso exorbitanten Steigerung der Zahlen von Abhängigen und sie ist erklärbar aus der Logik des Drucks der Angebotsmärkte und der sozio-kulturellen Struktur der *transitorischen Gesellschaften* im Übergang von sozialistischer Planwirtschaft zu marktwirtschaftlichen Strukturen, von unterentwickelten zu sich entwickelnden Volkswirtschaften, von autoritären, teilweise abgeschotteten Gesellschafts-

strukturen zu mehr oder weniger *offenen* Gesellschaften, von Gesellschaften mit geringen Diversifikationen von Einkommen zu solchen mit erheblichen Einkommensgefällen und sozialen Disparitäten.

Welweit ist die Opiumproduktion noch immer konzentriert auf Zentral- und Südostasien, auch wenn sich mit Mexico ein neues Produktionsland entwickelt. Aber mehr als $\frac{3}{4}$ der Produktion stammt aus Afghanistan, gefolgt von Myanmar/Burma, Pakistan und Laos.¹ Angebotsmärkte und der sozio-kulturellen Struktur der *transitorischen Gesellschaften* im Übergang von sozialistischer Planwirtschaft zu marktwirtschaftlichen Strukturen, von unterentwickelten zu sich entwickelnden Volkswirtschaften, von autoritären, teilweise abgeschotteten Gesellschaftsstrukturen zu mehr oder weniger *offenen* Gesellschaften, von Gesellschaften mit geringen Diversifikationen von Einkommen zu solchen mit erheblichen Einkommensgefällen und sozialen Disparitäten.

Welweit ist die Opiumproduktion noch immer konzentriert auf Zentral- und Südostasien, auch wenn sich mit Mexico ein neues Produktionsland entwickelt. Aber mehr als $\frac{3}{4}$ der Produktion stammt aus Afghanistan, gefolgt von Myanmar/Burma, Pakistan und Laos.²

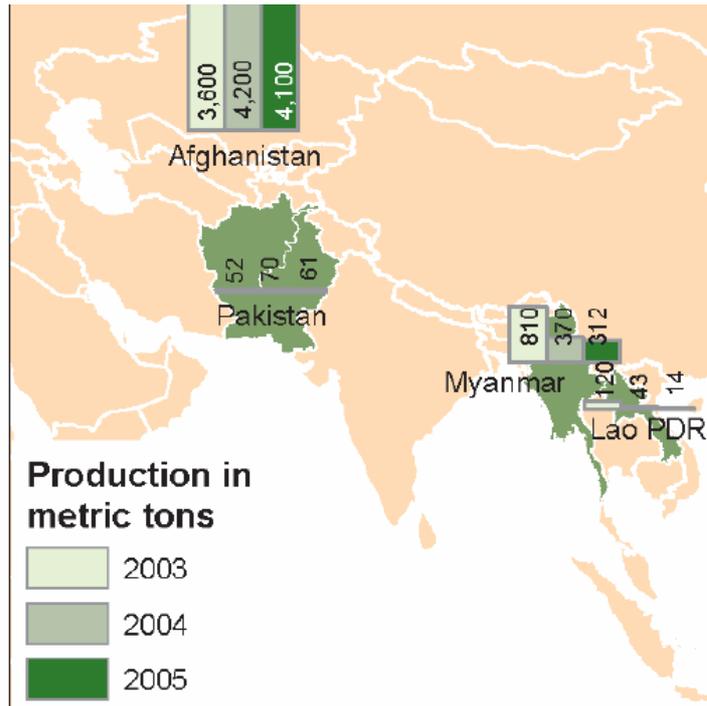
¹ World Drug Report, UNODC, Vienna 2006, S. 57 / 59

² World Drug Report, UNODC, Vienna 2006, S. 57 / 59

**POTENTIAL PRODUCTION IN METRIC TONS
OPIUM^(a)**

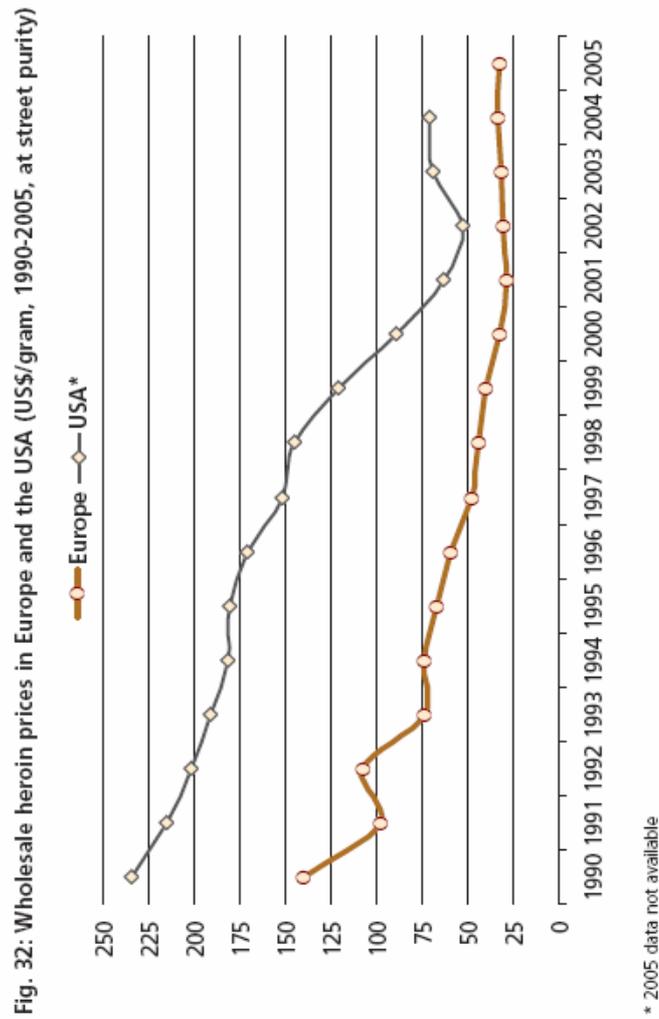
SOUTH-WEST ASIA																
Afghanistan	1,570	1,980	1,970	2,330	3,416	2,335	2,248	2,804	2,693	4,565	3,276	185	3,400	3,600	4,200	4,100
Pakistan	150	160	181	161	128	112	24	24	26	9	8	5	5	52	70	61
Subtotal	1,720	2,140	2,151	2,491	3,544	2,447	2,272	2,828	2,719	4,574	3,284	190	3,405	3,652	4,270	4,161
SOUTH-EAST ASIA																
Lao PDR	202	196	127	169	120	128	140	147	124	124	167	134	112	120	43	14
Myanmar	1,621	1,728	1,660	1,791	1,583	1,664	1,760	1,676	1,303	895	1,087	1,097	828	810	370	312
Thailand ^(b)	20	23	14	17	3	2	5	4	8	8	6	6	6	9		
Viet Nam ^(b)	90	85	61	21	15	9	9	2	2	2	2	2				
Subtotal	1,933	2,032	1,862	1,998	1,721	1,803	1,914	1,829	1,437	1,029	1,260	1,237	949	930	413	326
LATIN AMERICA																
Colombia ^(c)	16	90	90	68	205	71	67	90	100	88	88	80	76	76	56	28
Mexico ^(b)	62	41	40	49	60	53	54	46	60	43	21	71	47	84	73	69
Subtotal	62	57	130	117	265	124	121	136	160	131	109	151	123	160	129	97
OTHER																
Combined ^(c)	45	45	-	4	90	78	48	30	30	30	38	18	14	24	38	36
GRAND TOTAL	3,760	4,274	4,143	4,610	5,620	4,452	4,355	4,823	4,346	5,764	4,691	1,596	4,491	4,765	4,850	4,620
HEROIN																
Potential HEROIN	376	427	414	461	562	445	436	482	435	576	469	160	449	477	495 ^(d)	472 ^(d)

- (a) Opium poppy harvestable after eradication.
 (b) Due to small production, cultivation and production were included in the category "Other countries", for Viet Nam as of 2000 and for Thailand as of 2003.
 (c) According to the Government of Colombia, cultivation covered 7,350 hectares and 6,500 hectares and production amounted to 73 mt and 65 mt in 1998 and 1999 respectively.
 (d) As its survey system is under development, the Government of Mexico indicates that it can neither provide cultivation estimates nor endorse those



Von dieser Überproduktion geht auch der Druck auf den Preis aus. In den letzten Jahren sinkt der Preis für Heroin am Drogenmarkt.³

³ Ebenda, S. 68 und Annual Report, EMCDDA, Lisbon 2006, S. 14



Was ist aber die Folge?

Die europäischen Heroinmärkte wachsen nicht, im Gegenteil, es gibt Tendenzen zur Stabilisierung bzw. zum Rückgang, das Gleiche gilt für Amerika.⁴

⁴ World Drug Report 2006, S. 76 / 77

Fig. 38: Twelve-year opiate use trends as perceived by experts: Europe

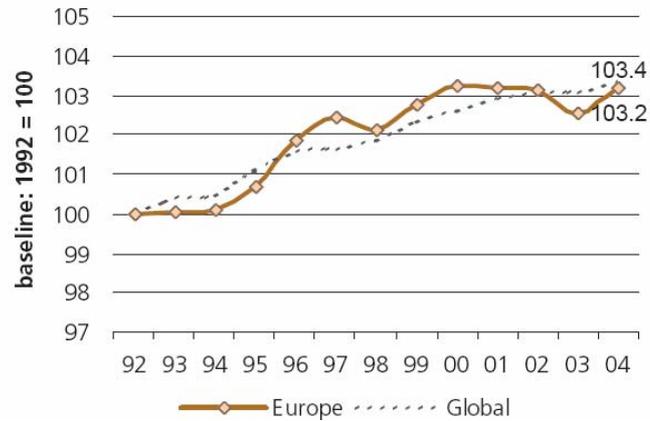
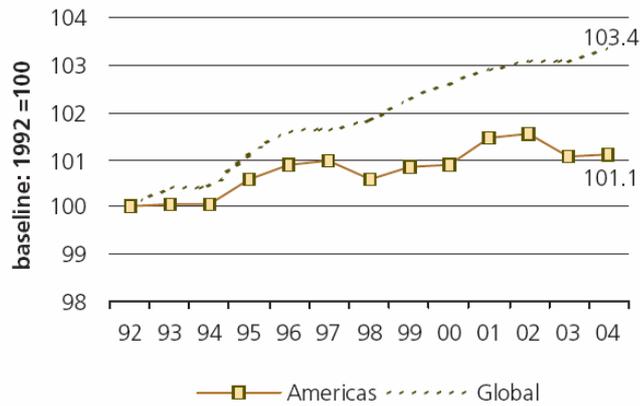


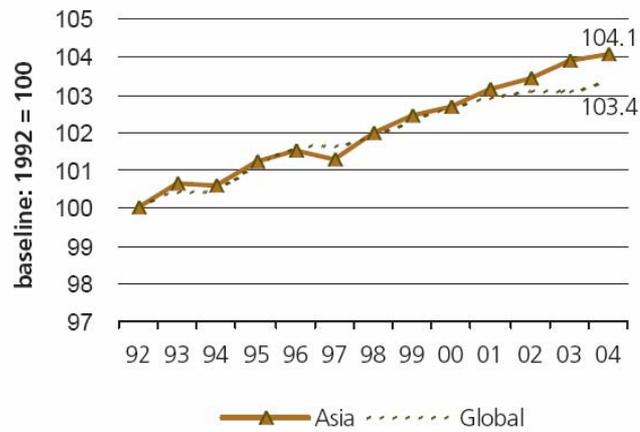
Fig. 40: Twelve-year opiate use trends as perceived by experts: Americas



Was wir hingegen beobachten können, ist ein überproportionaler Anstieg der Prävalenz in Osteuropa (Ukraine, Russische Föderation), in Zentralasien und in Süd- und Ostasien (Iran, Indien,

Pakistan, China, Vietnam)⁵. Und zwar in den Nachbarregionen der Hauptproduktionsländer oder an den Handelsrouten.

Fig. 37: Twelve-year opiate use trends as perceived by experts : Asia



Das hat enorme Auswirkungen, denn obwohl die Prävalenz bezogen auf die Gesamtbevölkerung in dieser Region – vielleicht mit Ausnahme des Iran und der zentralasiatischen Republiken – nicht so groß ist, sind die absoluten Zahlen natürlich gigantisch:

⁵ World Drug Report 2006, S. 76

Land	Anzahl der geschätzt- Heroinkonsumenten	% der Gesamtbevölkerung
Süd- und Ost-Asien		
IR Iran	1.200.000 – 2.000.000	1,7 – 3,0
Pakistan	700.000	0,1
Indien	3.000.000	0,27
China	1.400.000 – 3.500.000	0,1 – 0,3
Vietnam	170.000	0,2
Zentralasien		
Kasachstan	150.000 – 200.000	1,0 – 1,3
Kirgistan	50.000	0,9
Tadschikistan	100.000	1,6
Turkmenistan	40.000 – 60.000	0,8 – 1,2
Uzbekistan	60.000	
Osteuropa		
Ukraine	380.000	0,8
Russische Foederation	2.500.000 – 3.000.000	2,0
West und Zentraleuropa		
United Kingdom	340.000	0,6
Italien	300.000	0,5
Spanien	190.000	0,5
Deutschland	170.000	0,2
Frankreich	170.000	0,3
Portugal	50.000	0,5
Nord und Süd Amerika		
USA	1.200.000	0,4
Brasilien	700.000	0,4

(Quelle: World Drug Report, UNODC, 2006)

Table 6. Annual prevalence of opiate abuse, 2003-2005

	Abuse of opiates		of which abuse of heroin	
	Number of abusers	in % of population age 15-64	Number of abusers	in % of population age 15-64
EUROPE	4,030,000	0.7	3,340,000	0.6
West & Central Europe	1,565,000	0.5	1,445,000	0.5
South-East Europe	180,000	0.2	175,000	0.2
Eastern Europe	2,285,000	1.6	1,720,000	1.2
AMERICAS	2,280,000	0.4	1,540,000	0.3
North America	1,300,000	0.5	1,240,000	0.4
South America	980,000	0.3	300,000	0.1
ASIA	8,530,000	0.3	5,430,000	0.2
OCEANIA	90,000	0.4	30,000	0.2
AFRICA	910,000	0.2	910,000	0.2
GLOBAL	15,840,000	0.4	11,250,000	0.3

Above global average
 Around global average
 Below global average

Sources: UNODC, Annual Reports Questionnaire data, various Govt. reports, reports of regional bodies, UNODC estimates.

Mittlerweile hat Asien bereits einen Anteil von 54 % an der Gesamtzahl der weltweit geschätzten Opioidkonsumenten.

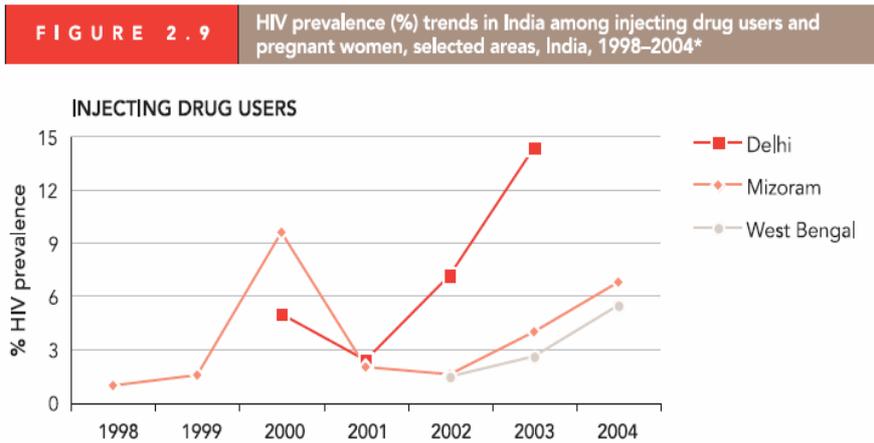
Wie stellt sich die aktuelle Problematik dar?

- Entwicklungsprobleme schaffen Drogenprobleme – Drogenprobleme hemmen massiv die nachhaltige menschliche und gesellschaftliche Entwicklung.
- Produktion, Handel und Missbrauch von Drogen finden heute vor allem in Entwicklungs- und Transformationsländern statt.
- Die Trennung der Problematik in Produktions-, Transit- und Konsumländer ist mehr und mehr aufgehoben.
- Schnittstellen des Themas mit Armut, Konflikten, HIV/AIDS etc. werden immer brisanter.

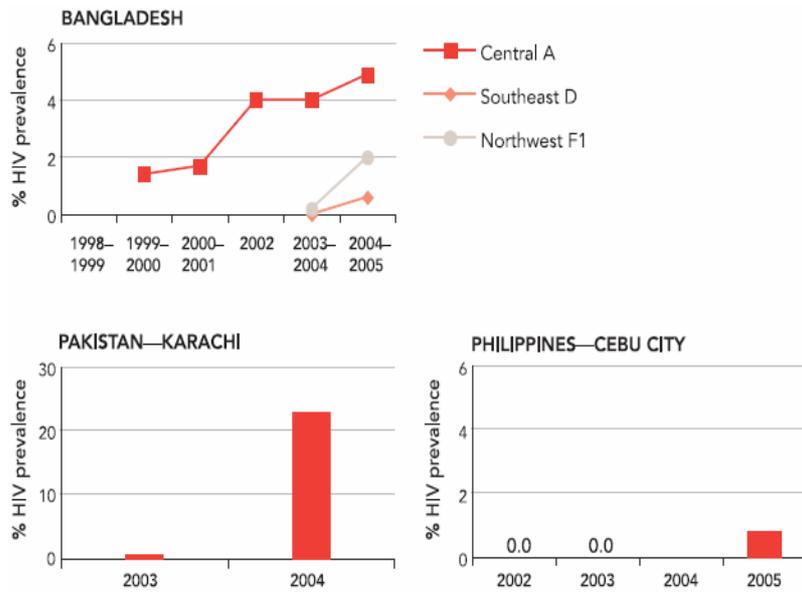
Die größte Herausforderung stellt sich durch die zunehmende HIV-Epidemie unter Drogenkonsumenten, die mittlerweile zum größten Teil Heroin injizieren und häufig gemeinsam Spritzbestecke benutzen. Der intravenöse Konsum von Drogen - meist Heroin - hat erheblich zugenommen und damit die HIV/AIDS Gefahren drastisch erhöht. Drogenkonsum kann auch zu einer erhöhten sexuellen Risikobereitschaft führen und verschärft damit die Gefahr einer HIV-Infektion.

Die Dynamik der HIV-Epidemie entwickelt sich gerade in den Ländern, in denen der iv Drogenkonsum ein relativ neues Phänomen ist (Osteuropa, Zentralasien, Indien, Südostasien):

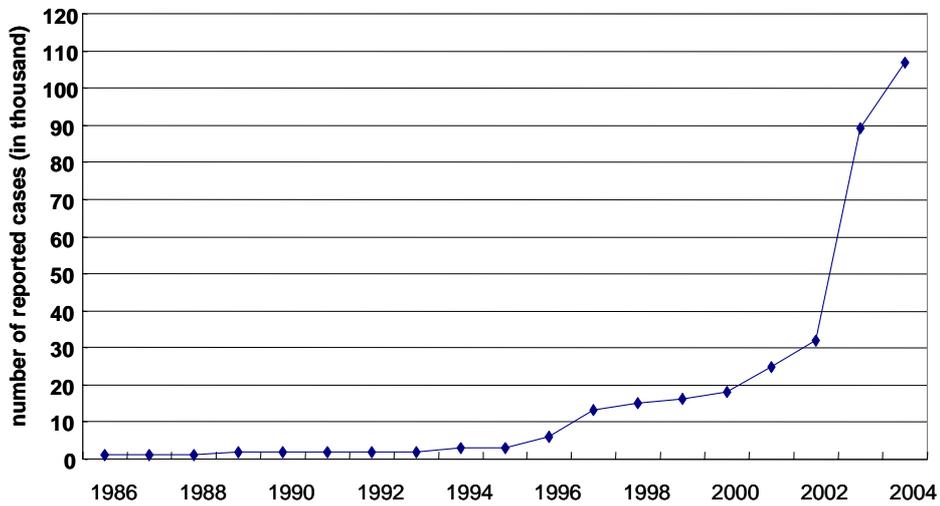
(Quelle: AIDS Epidemic Update, December 2006; UNAIDS)



(Quelle: AIDS Epidemic Update, December 2006; UNAIDS)



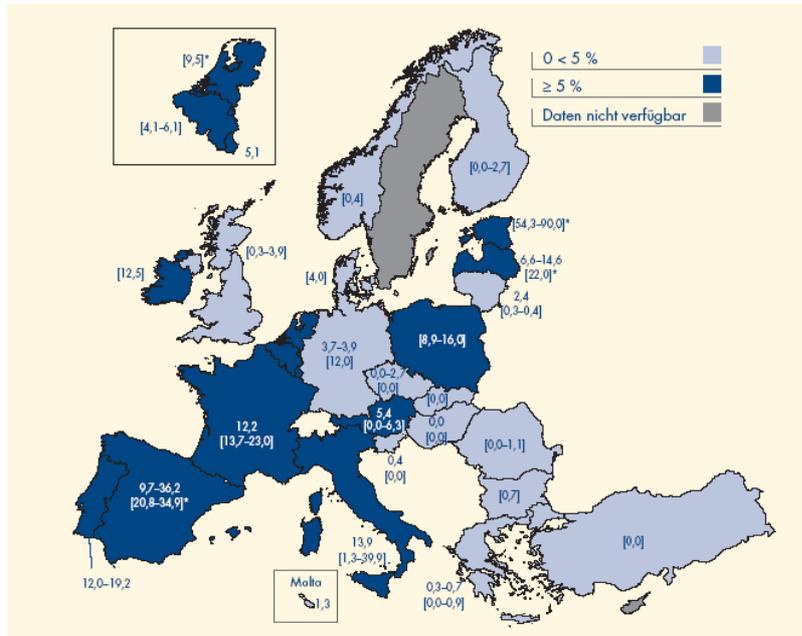
(Quelle: AIDS Epidemic Update, December 2006; UNAIDS)



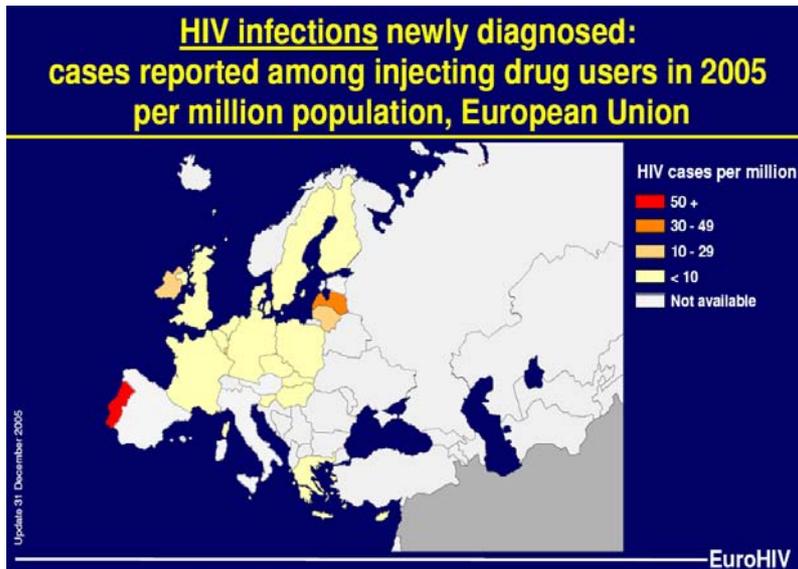
HIV-Inzidenz in China (Quelle: Drug abuse and HIV/AIDS in China: Liu Zhimin, Lian Zhi, Zhao Chengzheng, National Institute on Drug Dependence, Peking University, Beijing, 2004)

Auf der anderen Seite haben in Mittel- und Westeuropa und Australien und auch in den USA und Brasilien HIV-präventive Maßnahmen weitgehend gegriffen und die HIV-Infektionsentwicklung unter Drogenkonsumenten konnte durch die Kombination von sogenannten „Harm Reduction“ Ansätzen mit präventiven, kurativen und reintegrativen Maßnahmen gestoppt werden.

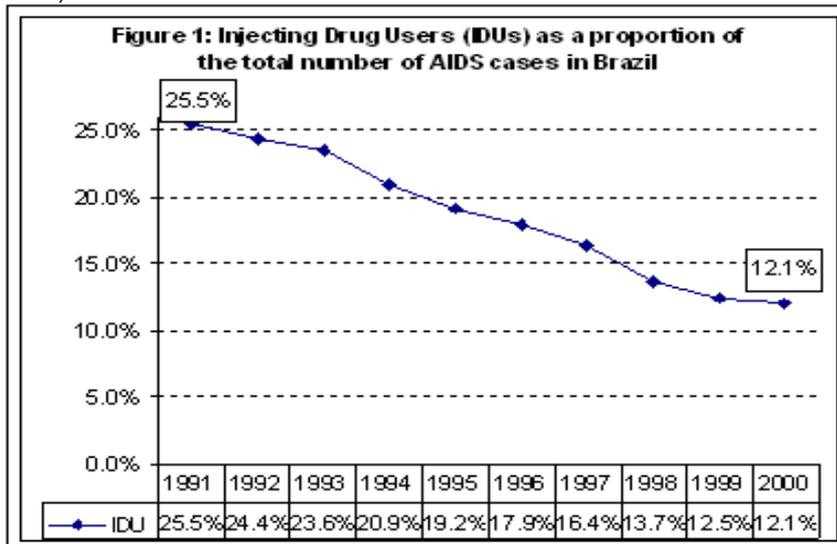
Abb.10: HIV-Prävalenz bei getesteten injizierenden Drogenkonsumenten im Zeitraum 2003/2004



(Quelle: Annual Report, EMCDDA, Lisbon 2005)



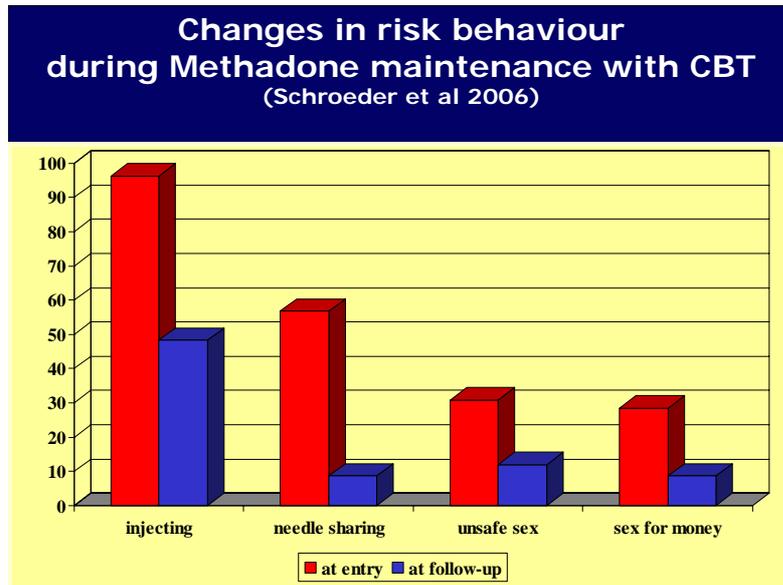
(An Overview - Preventing infectious diseases among European drug users. Paul Griffiths, EMCDDA.Meeting of the Horizontal Drugs Group, 11 January 2007)



(Quelle: UNODC, Vienna 2006)

Die entscheidenden Elemente für die Erreichung diese positiven Trends waren:

- der Ausbau von Spritzenaustauschprogrammen⁶ und
- der massive Ausbau von Substitutionsbehandlung⁷.



Dass HIV/AIDS *das leitende Agens* zur (globalen) Entwicklung der Substitutionsbehandlung (weitgehend mit Methadon und zunehmend mit Buprenorphin) werden sollte, konnten die Entdecker dieser so erfolgreichen Behandlungsoption einer Opioidabhängigkeit freilich nicht ahnen.

Vor nunmehr über 40 Jahren hatte *Vincent Dole* diese Behandlungsform mit seiner damaligen Lebenspartnerin *Nyswander* in den USA erprobt und eingeführt und die Haupterfahrungen vor rund 10 Jahren wie folgt beschrieben:

⁶ Wodak A, Cooney A. Evidence For Action Technical Papers. Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. World Health Organization, Geneva, 2004

⁷ Michael Farrell et. al.: Effectiveness of Drug Dependence Treatment in prevention of HIV among Injecting Drug Users. World Health Organization, Geneva, 2004

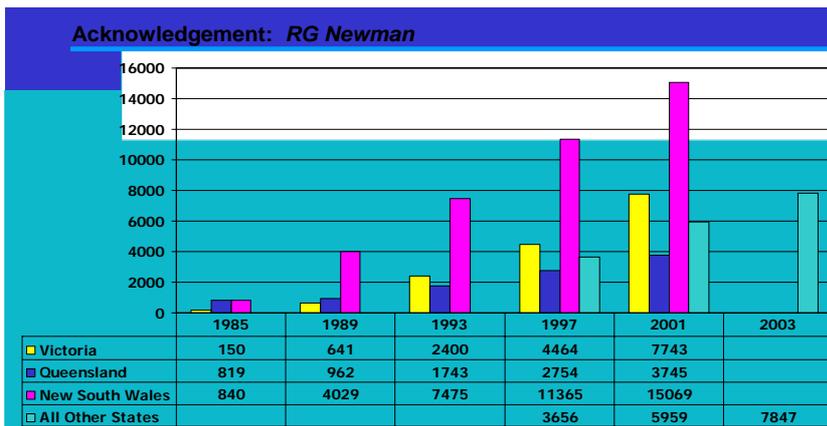
“Do you see any similarities between your model and the clinics that exist today?”

Dr. Dole: Well, of course I see similarities, but the main difference is the philosophy, which has been drummed into them by those who are anti-maintenance, that the patient isn't "cured" unless they are "drug-free", no matter what else. The patient can be employed gainfully, taking care of his family, and in all respects a fine citizen, still they feel that unless he is free of methadone, he isn't "cured". That is totally opposite from what I believed then and still believe today.” (Methadone Today Volume III, No. 2 (February 1998) Interviewed by Odus Green)

Für Dole, der im August 2006 im Alter von 93 Jahren gestorben ist, bestand die wesentliche Attraktion der Substitutionsbehandlung darin, dass schwer opoidabhängige und deshalb oft kriminell agierende Menschen wieder ein normales, sozial integriertes Leben führen können. Wir wissen aus der alltäglichen Praxis, dass es für die Behandler noch immer schwierig ist, die *Chronizität* der Abhängigkeit zu akzeptieren und mit ihr alltagstauglich umzugehen.

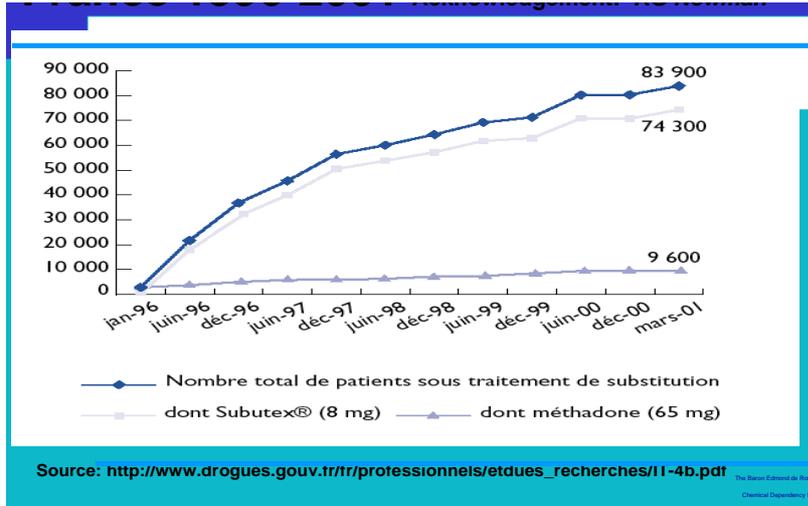
Jedenfalls ist es – zunächst in Australien und in West- und Südeuropa – Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zu einem massiven Ausbau der Substitutionsbehandlungen gekommen und wir haben – mit einer entsprechenden Zeitverschiebung – eine derartige Entwicklung auch in Asien zu erwarten.

Substitutionsentwicklung in Australien 1985-2003:

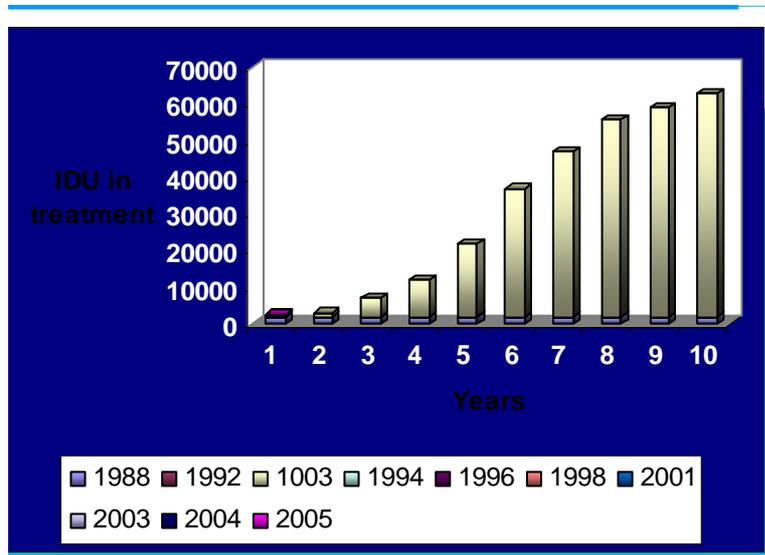


Methadone & Buprenorphine, France 1996-2001:

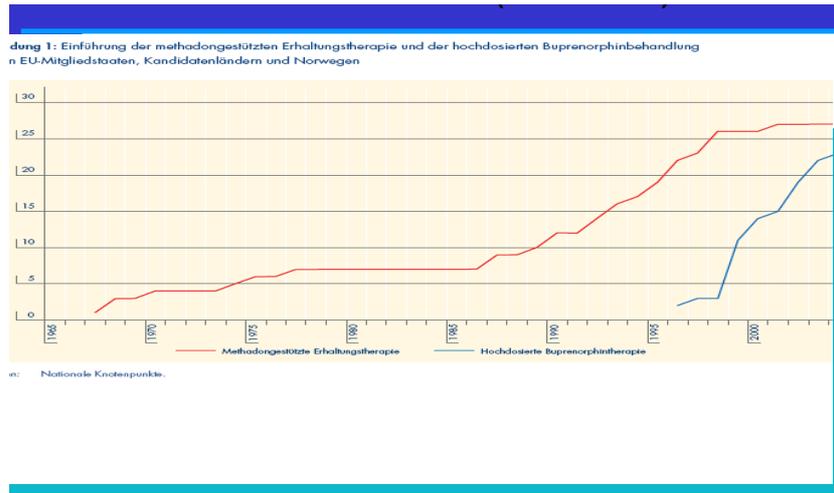
Acknowledgement: RG Newman



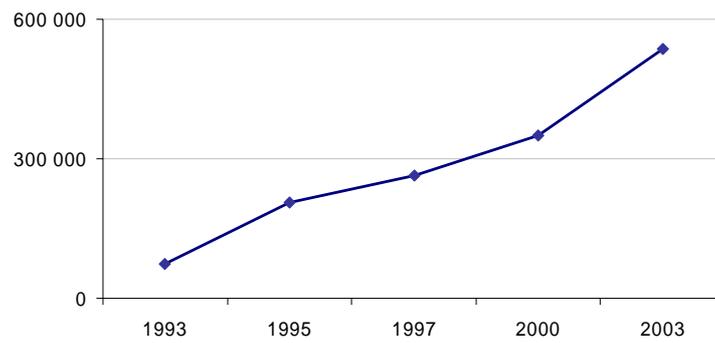
Substitution treatment in Germany 1987 -2005:



Substitution treatment in Europe 1987-2004 (EMCDDA 2006)



10-year trend in the number of substitution treatment clients in Europe (EU-15)



Diese Entwicklung lässt sich auch am Verbrauch von Methadon ablesen, der von der Internationalen Suchtkontrollbehörde, dem INCB, regelmässig erfasst wird.

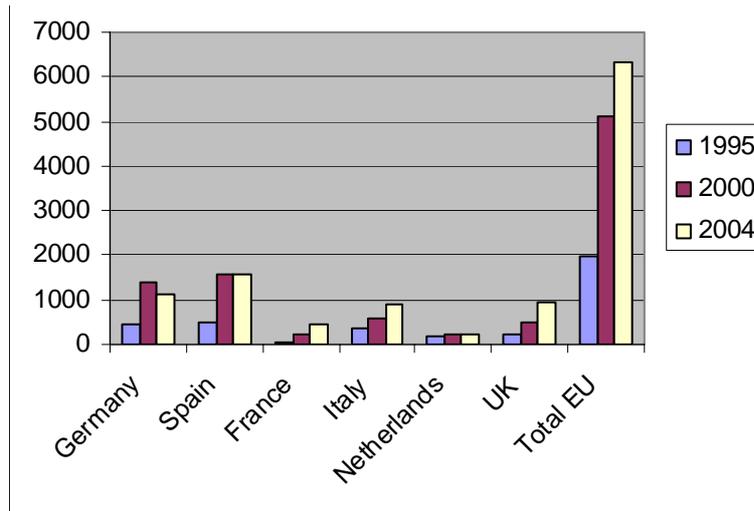
Die EBDD hat diese Entwicklung in ihrem neuesten Jahresbericht 2006 dokumentiert:

Table NSP-9. Consumption of methadone (kg) in thirty European countries, in the United States of America and total consumption worldwide, 1995 to 2004										
Country	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Belgium	80	112	162	98	155	190	196	203	198	239
Czech Republic	0	0	0	1	2	6	8	7	5	8
Denmark	99	110	122	143	146	172	190	215	231	237
Germany	450	565	637	887	763	1390	1150	916	1012	1102
Estonia	0	1	1	1	1	1	1	1	3	5
Greece	0	8	6	12	9	16	16	19	27	36
Spain	472	672	1019	1127	1428	1556	1641	1784	1694	1584
France	31	104	153	102	161	231	256	280	359	446
Ireland	24	33	50	59	81	86	111	127	138	152
Italy	347	433	513	537	741	586	752	812	868	885
Cyprus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Latvia	0	1	2	2	2	2	3	2	2	1
Lithuania	0	6	4	7	9	7	7	6	5	7
Luxembourg	2	3	4	5	6	7	8	9	8	
Hungary	3	2	2	2	2	1	2	3	5	7
Malta	1	2	3	5	5	6	10	10	9	10
Netherlands	162	148	205	95	275	227	249	160	250	245
Austria	52	54	53	56	59	58	62	63	58	60
Poland	3	4	8	8	9	18	19	15	25	14
Portugal	20	24	22	55	83	14	155	121	579	226

Country	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Slovenia	4	12	5	12	23	25	28	29	37	40
Slovakia	0	0	1	5	10	4	8	12	16	15
Finland	1	1	1	6	5	6	17	12	12	28
Sweden	30	21	18	28	29	21	23	31	35	44
United Kingdom	207	541	576	759	654	505	568	799	830	924
Total EU-25	1988	2857	3567	4012	4658	5135	5480	5636	6406	6323
Bulgaria	0	2	4	6	7	7	7	7	11	16
Romania	1	0	1	1			3	3		7
Turkey	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norway	4	4	5	6	21	36	51	73	81	96
Switzerland	127	202	250	291	310	350	346	343	384	309
USA	3398	3685	3504	4028	5302	5183	6874	8735	10084	11867
Global total	6337	7660	8396	9507	11670	12317	14297	16550	18752	21461
Notes:										
Where data are not available, the cell is left empty										

Zusammengefasst stellt sich diese Entwicklung folgendermaßen für Europa dar: →

(Consumption of methadone -kg)

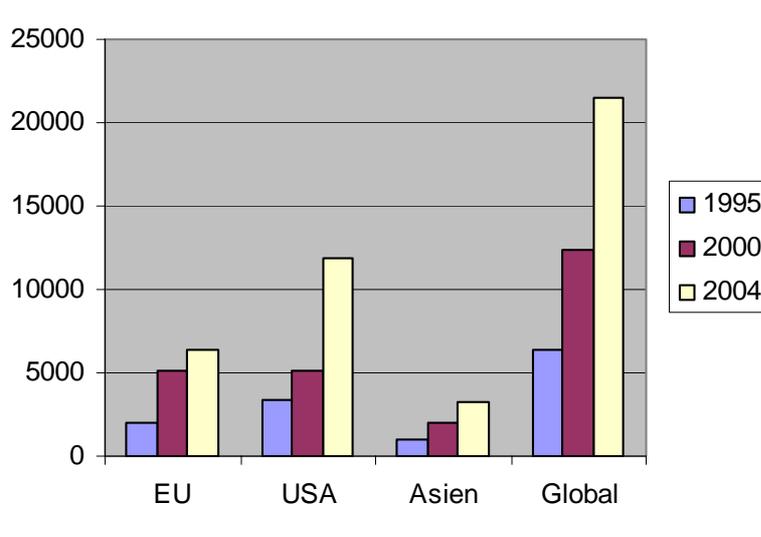


Der leichte Rückgang bei Deutschland ist auf die gleichzeitige Zunahme des Verbrauches an Buprenorphin zurückzuführen. Auch weltweit gibt es eine Zunahme, wobei diese Entwicklung in Asien erst im Anfang steht.⁸

⁸ Freilich wird die Entwicklung in den USA von Experten nicht mit einer entsprechenden Zunahme der Substitutionsbehandlungen erklärt, die weiterhin nur rund 200.000 der 1.2 Mio. Heroinabhängigen zur Verfügung steht. Robert Newman schrieb mir dazu: In a separate email you've asked me to speculate on what might account for the very marked increase in "consumption of methadone" in the US from 1995 to 2004 - from 3,398 kg to 11,867 - 250% increase. Several comments:

1. I wonder about the accuracy of the data. In US there've been an estimated 200,000 methadone MAINTENANCE patients for many years. If the current average daily dose is 60 mg (sadly, it's probably no more than that) then $60 \times 365 \text{ days} \times 200,000 \text{ patients} = 4,380 \text{ Kilograms}$ (hope my math is correct) consumed per year just for methadone maintenance. That's more than the total consumption reported each year from 1995 through 1998. In addition to methadone used for maintenance treatment, there's also its use for detoxification and for analgesia. Detoxification, I am almost certain, has NOT increased in the past decade, but methadone prescribed for analgesia most definitely has.

(Consumption of methadone - kg)



3. There has, at last, been a significant increase in average maintenance doses given to patients in America; this has been documented though I don't have the data at hand. My guess would be that the average was perhaps 40 mg in the early-90s, and gradually increased to around 60 mg. This average increase of 20mg per patient for 200,000 patients would itself would equate to an increase of 1,460 Kilograms.

4 It's been consistently reported that there's been a very substantial increase in methadone prescribed as an analgesic in USA in the past 5 years or so; indeed, this has been found by an expert panel convened by the Federal to be the cause of an alarming "epidemic" of methadone-related or methadone-caused deaths. The deaths very specifically were found in the vast majority of cases NOT to be associated with maintenance treatment. My speculation is that many were iatrogenic, since until 2 weeks ago the Food and Drug Administration recommended a "usual" analgesic dose of up to 80mg in a single day - making no distinction between the new, opioid-naive patient and others; this dosage was specified in the "package insert" included with every package of methadone tablets dispensed for pain (for maintenance the FDA demanded a maximum starting dosage no higher than 30 or 40 mg - for patients who by definition were opiate-dependent and thus also opiate-tolerant; go figure!).

5. You might wish to determine whether the numbers could include production for export. When China, for instance, was beginning its significant

Wie sind die Erfahrungen bezgl. der Universarität der Substitutionsbehandlung?

Auf Einladung des "Department of Mental Health and Substance Abuse" der WHO⁹ in Genf und des "National Institute on Drug Dependence" (NIDD)¹⁰ in Beijing fand vom 1. bis 2. Juni 2006 ein Workshop statt, um über die Weiterentwicklung von Substitutionsprogrammen in China zu beraten.

Daran nahmen Experten aus Europa, Asien und Australien, sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Behandlungs- und Forschungseinrichtungen aus der Volksrepublik China (einschließlich Hong Kong und Macau) teil.¹¹

Der Workshop fand im Rahmen der Auswertung der von der WHO geförderten Studie über die Substitutionstherapie für Opiatabhängige und HIV/AIDS statt. In dieser multizentrischen Studie wurden die Effekte der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige im Zusammenhang der Behandlung von HIV/AIDS in sich entwickelnden Ländern in Asien und in Transitionsländern in Europa untersucht.¹²

build-up of methadone maintenance half the medication came from the US. Production is relatively much easier to quantify in a nation than is consumption, I would think - so it's worth checking out. Bottom line: I can say with confidence (but not with certainty) that no, there's unfortunately been no major change in the number of patients getting methadone maintenance in the US in recent years - certainly nothing that would contribute significantly to an increase from 5,183 kg to 11,867 from 2000 to 2004. Rather, I believe the increase is in relatively small part due to an increase in average maintenance dosages, but predominantly is attributable to a marked - very marked - increase in the prescribing of methadone for pain.

⁹ Dr. Vladimir Poznyak, Coordinator, Management for Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization (WHO), Geneva; Email: poznyak@who.int

¹⁰ Prof. Dr. Lin Lu, Director, National Institute of Drug Dependence, Peking University, Beijing, China; Email: linlu@bjmu.edu.cn

¹¹ Ich konnte als Beobachter ebenfalls teilnehmen und mich in die Diskussion einbringen. Zudem wurden Informationsmaterialien über die Substitutionsbehandlung in Deutschland verteilt.

¹² WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS, Geneva 2003

Diese Untersuchung wurde deshalb durchgeführt, weil trotz der in verschiedenen Studien demonstrierten Effektivität von Methadon-Langzeitbehandlungen bezüglich der Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit von Opioidabhängigen und der Prävention von HIV unter Drogenabhängigen diese Ergebnisse hauptsächlich in den USA, Kanada, Australien und Westeuropa gezeigt werden konnten. Aus Osteuropa und Asien liegen hingegen zwar erste positive Erfahrungen vor, nicht jedoch Studienergebnisse unter den speziellen sozio-kulturellen Bedingungen. In die Studie eingeschlossen waren Zentren in China, Indonesien und Thailand (Asien), Tschechien, Litauen, Polen und in der Ukraine (Ost- und Zentral-europa) sowie im Iran (Mittlerer Osten). Es sollte herausgefunden werden, wie groß die Haltequote ist, inwieweit sich der Gesundheitsstatus verbessert, ob kriminelles Verhalten reduziert wird, das Risikoverhalten bezüglich Infektionen sich verändert und welchen Einfluss die Umsetzung des Programms (Verhalten der Mitarbeiter, Berücksichtigung der Klientenwünsche, Öffnungszeiten, Unterstützung durch die Kommune usw.) auf die Ergebnisse hat.

Detaillierte Beschreibungen der ausgewählten Programme sollen zudem die Prozessevaluation der Programmumsetzung erleichtern.

Als Kontrollzentrum diente die Substitutionsbehandlung in Adelaide in Australien, wo über langjährige Erfahrungen verfügt wird.¹³ Die Durchführung der Studie beinhaltete zudem den Erfahrungsaustausch zwischen den Zentren und Trainings in der Behandlung Opiatabhängiger. Die Studienkoordination wurde von der medizinischen Universität in Adelaide (*Prof. Dr. Ali*) für Asien und vom Forschungszentrum für öffentliche Gesundheit und Abhängigkeit in Zürich (*Prof. Dr. Uchtenhagen*) übernommen.

Die ersten Ergebnisse der Studie wurden auf dem Workshop vorgestellt, der außerdem als Trainingsworkshop zur Unterstützung der Entwicklung von Substitutionsprogrammen in China diente.

An der Studie waren insgesamt waren 730 Klienten beteiligt. Die Ergebnisse innerhalb des halbjährlichen Substitutionsbehandlungs-

¹³ Ali: Methadone maintenance treatment of opioid dependence in South Australia – Governance requirements and lessons learnt

zeitraums waren über die kulturellen und sozialen Unterschiede in den beteiligten Ländern hinweg durchweg positiv und vergleichbar mit bisherigen Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen in den USA und Westeuropa.

Demographics at treatment entry			
Region	Australia	Europe	Asia
Participants (n)	42	367	321
Gender (% male)	69	84	90
Age (mean, range)	33 (19-55)	34(18-64)	33 (19-56)
Years of education (mean, range)	11 (6-16)	11 (0-19)	11 (0-20)
Mean age first Opioid use	18	19	22
Most common opioid	Heroin	Opium straw/heroin	Heroin
Percent (%) HIV+	3	16	35
Percent (%) Hep+	75	74	73

So verbesserte sich der Gesundheitszustand signifikant, insbesondere in den ersten drei Monaten der Behandlung und auch der illegale Drogenkonsum reduzierte sich signifikant.

Auch ein signifikanter Rückgang von Depressionen war festzustellen, ebenso ein deutlicher Rückgang riskanter Drogenkonsummuster (Rückgang des Injizierens z.B.). Bei riskanten Sexualtechniken gab es einen Rückgang bei den europäischen Klienten und in Australien, kaum jedoch in den asiatischen Ländern. Sexualität ist nach wie vor in Asien in hohem Maße tabuisiert, was die Zugänglichkeit zu präventiven Botschaften erschwert. Auch kriminelle Aktivitäten reduzierten sich deutlich. Die Beschäftigtenquote stieg (in Australien von 12 % auf 39 %, in Europa von 27 % auf 38 % und in Asien von 39 % auf 46 %). Ebenso war die Haltekraft vergleichbar hoch. *Interessant ist, dass die durchschnittliche (und ausreichende) Methadondosis bei*

den asiatischen Klienten niedriger ist (in Australien und Europa bei rund 68 mg, in Asien bei 42 mg) und es scheint hierfür physiologische Gründe zu geben (ähnliche Erfahrungen zeigen sich auch in der Alkoholtoleranz bei Europäern und Asiaten)¹⁴.

Drug Use last 30 days - OTI			
Mean+-sd ,Q' score	Australia	Europe	Asia
Baseline			
Heroin	1.28+-1,4	1.63+-2,1	2,4+-1,5
Other opiates	1,1+-1,6	1,7+-1,9	0,04+-0,3
3- months			
Heroin	0,06+-0,18*	0,06+-0,3*	0,24+-0,7*
Other opiates	0,36+-1,8	0,10+-0,4*	0,00
6-months			
Heroin	0,08+-0,3*	0,04+-0,3*	0,08+-0,3*
Other opiates	0,3+-0,84#	0,09+-0,5*	0,00
*p<0,001, #p<0,05 vs baseline			

Health Status - Physical			
Number Physical Symptoms – OTI (mean +-sd)	Australia	Europe	Asia
Baseline	19,3+-8,5	17,6+- 7,9	15,6+-8,6

¹⁴ Eine Erfahrung, die von anderen Experten in der Substitutionsbehandlung, wie Robert Newman allerdings nicht für glaubwürdig gehalten wird, ebensowenig wie von Prof. Chen, der in Hongkong keine solche niedrigen Dosierungen kennt

3- months	10,5+-7,2*	9,2+-6,6*	6,4+-5,6*
6-months	10,3+-7,0*	8,7+-7,2*	4,9+-5,8*
OTI-Opiate Treatment index-section three. Max Symptoms=50 * $p < 0,001$ vs baseline			

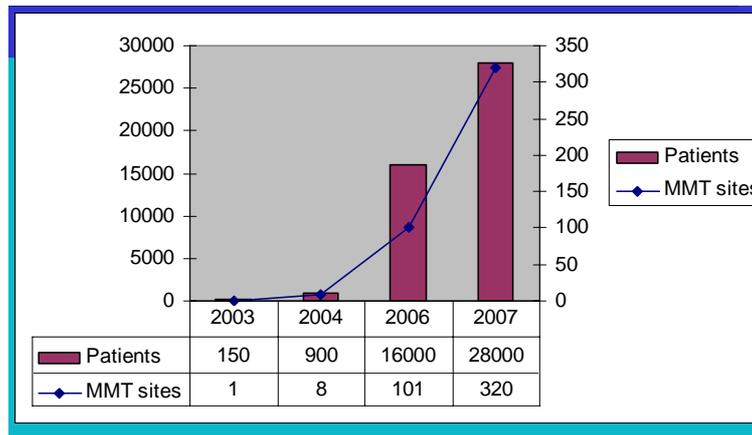
Fazit:

“Despite the diversity of sites involved in this study participation in Substitution Treatment was associated with reductions in the prevalence of illicit drug use, reductions in HIV risk behaviors, and with improvements in general health status.”

Die Grundlagen der Behandlung ergeben sich aus dem komplexen Wirkungsgefüge der Opiatabhängigkeit mit physischen, psychischen und sozialen Dimensionen. Die Behandlung dieser chronischen Erkrankung muss langfristig angelegt sein. Abstinenz ist ein langfristig anzustrebendes Ziel, aber gleichermaßen ergeben sich folgende Zielsetzungen als zentral:

- die Reduzierung des illegalen Drogenkonsums,
- die Reduzierung von Infektionsrisiken,
- die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit,
- die Reduzierung kriminellen Verhaltens,
- die Reintegration in Arbeit und Beschäftigung und
- die Verbesserung des sozialen Verhaltens,
- ohne dass unbedingt der Drogenkonsum völlig aufgegeben wird.

Abb.: Ausbau der Methadonkliniken in der VR China:→



Deshalb ist der Verbleib in der Behandlung so wichtig und die Haltequote ein zentraler Indikator für den Erfolg der Behandlung.¹⁵ Das Hauptproblem besteht nach wie vor in der oft vorherrschenden Vorstellung, die Behandlung einer Drogenabhängigkeit sei vergleichbar mit einem Waschvorgang in der Waschmaschine: *man vergibt ein Medikament und in kurzer Zeit sind die Süchtigen geheilt („sauber“)*.

Wichtig für den Ausbau und den Erfolg von Substitutionsprogrammen ist:

- die Unterstützung der jeweiligen Kommune und dazu auch Trainings für die jeweiligen politischen Führungen auf Lokalebene;

¹⁵ Die zentralen pharmakologischen und suchtmmedizinischen Aspekte der Substitutionsbehandlung wurden von Prof. Uchtenhagen und Prof. Ali vorgestellt (*Uchtenhagen: Understanding substance dependence; Ali: Opioid agonist pharmacotherapy of opioid dependence – evidence of treatment effectiveness; Ali: Medication aspects of Methadone Treatment; Uchtenhagen: Methadone Maintenance Treatment and prevention/are of blood borne infections*)

Prof. Ambros Uchtenhagen, President of Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich, Switzerland; Email:

uchtenhagen@isgf.unizh.ch

Prof. Robert Ali: Director, WHO Collaboration Centre for the Treatment of Drug and Alcohol Problems, Department of Clinical and Experimental Pharmacology, University of Adelaide, Australia; Email:

robert.ali@adelaide.edu.au

- Trainings der MitarbeiterInnen in den Kliniken;
- ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Kliniken;
- ethische Standards für die Behandlung;
- die stärkere Einbeziehung von Krankenschwestern;
- eine *positive Grundhaltung* der Mitarbeiter zum Programm;
- die Förderung von Selbsthilfegruppen, z.B. von *Narcotic Anonymous (NA)*, für den langfristigen Erfolg der Behandlung.

Was sind die Qualitätsanforderungen der Substitutionsbehandlung?

- klientenfreundliche Atmosphäre;
- individualisierte Behandlungsregimes;
- eine Mindestbehandlungsdauer von 6 bis 12 Monaten;
- eine gute Qualität der begleitenden Hilfen;
- Flexible Dosierungspolitik;
- Begleitmedikation zur Minimierung der Nebenwirkungen;
- Durchschnittsdosis von >60 mg/Tag;
- Flexible Kontrollpolitik (Urintests oder Selbstangaben?);
- Sofortiger und leichter Zugang zur Behandlung;
- das Adressieren des Drogenkonsums und der assoziierten medizinischen, psychologischen, sozialen, Ausbildungs- und juristischen Probleme;
- Individualisierte Behandlungspläne, die evaluiert und angepasst werden;
- Beratung (z.B. Motivierende Beratung) und verhaltenstherapeutische Interventionen (z.B. Psychoedukation);
- Integrierte Behandlung von psychiatrischer Komorbidität;
- das Monitoring von fortgesetztem Drogenkonsum;
- Integration der Prävention und Behandlung von HIV- und Hepatitisinfektionen;
- Mehrfache Behandlungsepisoden sind oft nötig.

Was kann von unseren Erfahrungen gelernt werden?

In Deutschland ist die Substitutionsbehandlung mittlerweile ein zentraler Bestandteil der Behandlung Opiatabhängiger. Eine Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Suchterkrankung. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert die Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger mit folgenden Hauptzielen:

- Optimierung der therapeutischen Prozesse in der ambulanten Substitutionstherapie;
- Optimierung der organisatorischen Abläufe innerhalb der einzelnen Praxen und Ambulanzen;
- Verbesserung der Kooperation und Vernetzung zwischen substituierenden Ärzten und dem übrigen Drogenhilfesystem;
- Erhöhung der Rechtssicherheit für substituierende Praxen und Ambulanzen.

Wichtigstes Arbeitsergebnis eines der verschiedenen Projekte auf diesem Gebiet ist das „Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ (das ASTO-Projekt), das durch Projektteilnehmer unterschiedlicher Professionen entwickelt wurde. Konkrete Erfahrungen und Werkzeuge aus der täglichen Praxis sind direkt in das Handbuch eingeflossen. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen werden Ärzte und Ärztinnen sowie deren Praxismitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen umfassend zum Thema Qualitätsmanagement informiert.

In Deutschland besteht nach 20-jähriger Praxis der Substitutionsbehandlung mittlerweile viel Erfahrung, so

- in der Entwicklung von Versorgungsforschung;
- in der Entwicklung von Leitlinien und der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen;
- in der praktischen Durchführung einer Substitutionsbehandlung und den dabei auftretenden Begleiterscheinungen und Behandlungsbestandteilen wie Drogenanamnese, Einstellung der Dosis, Beigebrauch von anderen psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Benzodiazepine, Kokain), Behandlung ‚schwieriger Patientengruppen‘, Einbeziehung des sozialen Umfeldes;
- in der Entwicklung von Programme zur psycho-sozialen Begleitung einer Substitutionsbehandlung und im Rahmen des Modellprojektes der „Heroingestützten Behandlung“ auch mit standardisierten Manualen;
- in der Allokationsforschung, um die ‚richtige‘ Therapieform zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt zu finden;
- im Modellprojekt der „Heroingestützten Behandlung“ durch Erfahrungen mit solchen Klienten, die nicht von einer Methadonbehandlung profitieren;

- durch Expertise in der Behandlung von spezifischen Begleiterkrankungen wie HIV/AIDS und Hepatitis und psychiatrischer Komorbidität;
- in der (europaweiten) Anwendung einer Substitutionsbehandlung im Strafvollzug;
- in der Förderung und Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, die einen hohen Stellenwert haben;
- in der Herstellung, Zulassung, dem Vertrieb und der Kontrolle von Substitutionsmitteln einschliesslich des Aufbaus eines Substitutionsregisters;
- im Rahmen des Programmes „entwicklungsorientierter Drogenkontrolle“ der gtz mit dem Aufbau alternativer Entwicklungszusammenarbeit;
- im Rahmen der Kooperation mit der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle (EBDD) mit der Entwicklung europaweiter Standards für die Substitutionsbehandlung.

Was sind die Herausforderungen für die Substitutionsbehandlung in Deutschland?

- Kooperation zwischen GP's und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten (z.B. Psychotherapeuten; Kliniken);
- Kooperation zwischen Drogenhilfesystem und Psychiatrischem Hilfesystem;
- Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (insbesondere im ländlichen Raum);
- Ausbau qualifizierter Entzugsbehandlungen;
- Multipler Drogenkonsum;
- Flexibilisierung der take-home-Regulierung;
- Pscho-soziale Unterstützung;
- Integration in Beschäftigung;
- Abbau von bürokratischen Regularien;
- Abstinenzorientierung und Erfolgsdefinition;
- Substitution in Gefängnissen;
- Niedrigschwellige Substitution (z.B. Methadonbus in Bremen);
- Motivierung von Ärzten für die Substitutionsbehandlung;
- Implementierung von HIV- und Hepatitisbehandlung in die Substitutionsalltagspraxis.

Die Länder, die im Augenblick am Aufbau eigener Substitutionsprogramme arbeiten, können also vielseitig profitieren. Der oft gehörte Satz, dass uns in Deutschland nicht berühre, ob „in China ein Sack Reis umfällt“ sollte längst ausgedient haben in einer globalisierten Welt der Suchtproblematik.



Kosten Studie (Erhebung aller direkten und indirekten Kosten)

Vorstudie: Epidemiologie der Substitution (2003)

- Bemerkenswert verbesserte Daten- und Informationspolitik seit 2003
- Geschätzte Anzahl von Heroin/Opiatabhängigen in Deutschland: 150-250.000 (Rehm et al 2005)
- nur 2.500 Ärzte (von über 8.000 mit suchtmmedizinischer Qualifikation) führten auch im Jahre 2003 eine Substitutionsbehandlung durch
 - hinzu treten vermutlich weitere 350 substituierende Ärzte ohne Konziliarius/Qualifikation
- Gesamtzahl substituierter Patienten/Jahr (2003) ist - nach wie vor - wegen Mehrfachnennungen nicht verlässlich bestimmbar
- Stichtagsmeldung (1.7.): 2002: 46.000, 2003: 52.700 – tatsächlich dürften 56-59.000 Patienten/Jahr substituiert worden sein.
- Substitutionsrate im EU Vergleich niedrig: 20-27% (Rehm 2005)

Entwicklung der Zahl Substitutionsärzte		
	In 2003	In 2005
Ärztammer Meldungen (Suchttherapie)	Ca. 8.000	Ca. 9.000
Ärzte suchtmmedizinische Qualifikation	2.605	2.664
Ärzte ohne Qualifikation	358	68
Gesamt substituierende Ärzte	2.958	2.732
Geschätzter Rückgang	Ca. - 8%	

Substitutionsärzte (BfArm 03):

Anzahl Ärzte §5Abs.2 (6)	5.156
+ Landesregelungen:	3,000
Gesamt Bundesgebiet	<u>8.156</u>
N tatsächlich substituierende:	2,288
zzgl Ärzte nach §5Abs 3:	317
Total:	<u>2,605</u>

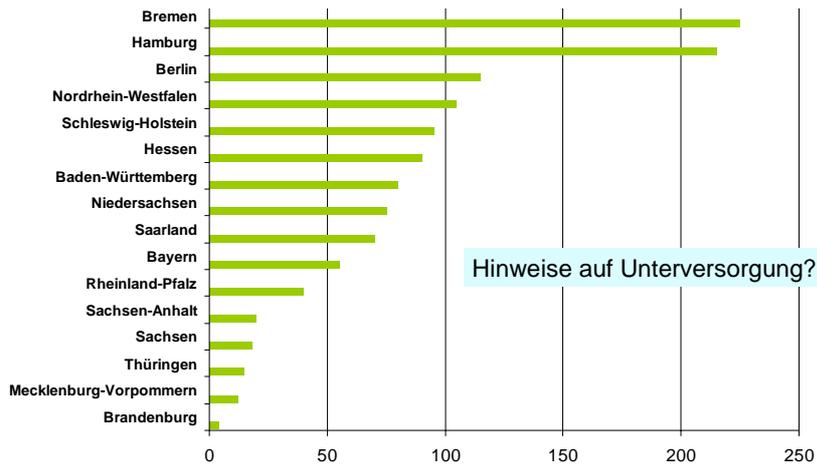
8.156 Ärzte mit suchtmmedizinischer Qualifikation – aber nur jeder Vierte substituiert: Ergebnisse einer Stichprobenuntersuchung von n =2045 Ärzten, die 2003 nicht substituierten

	0	5	10	15	20	25	30	35	40
Nie mit Substitution angefangen	→	→	→	→	→	→	→	32,4	
Keine Substitution mehr	→	→	→	→	→	→	→	35,3	
Verzogen, Ausland, Krankheit	→	→	→	13,2					
Nicht mehr als Arzt tätig	→	4,8							
Ruhestand, verstorben	2,0								
Andere Gründe, K. A.	→	→	12,3						

Gründe für das Aufhören:

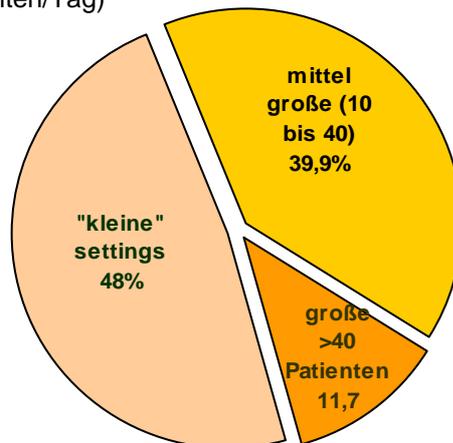
Rechtlich und administrativ zu belastend, zu kompliziert, Aufwand, Leiden und Nutzen stehen in keinem Verhältnis....

Gemeldete Substitutionspatienten pro 100 000 Einwohner (Stichtag 01.10.2005):



COBRA: Einrichtunggröße - Versorgungsanteile

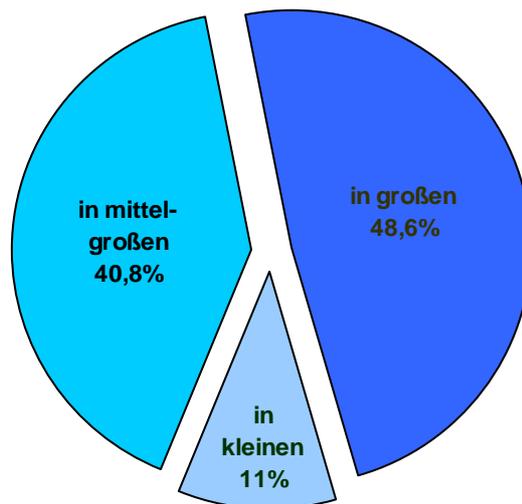
% Anteile von Einrichtungen nach Größe
(Anzahl Patienten/Tag)



Versorgungsanteile

Mittlere Anzahl behandelter Opiatabhängiger/Tag:

Kleine Einrichtungen:	3,9	(1-9)
mittelgroße E.	18,4	(15-40)
große E.	75,4	(45-200)



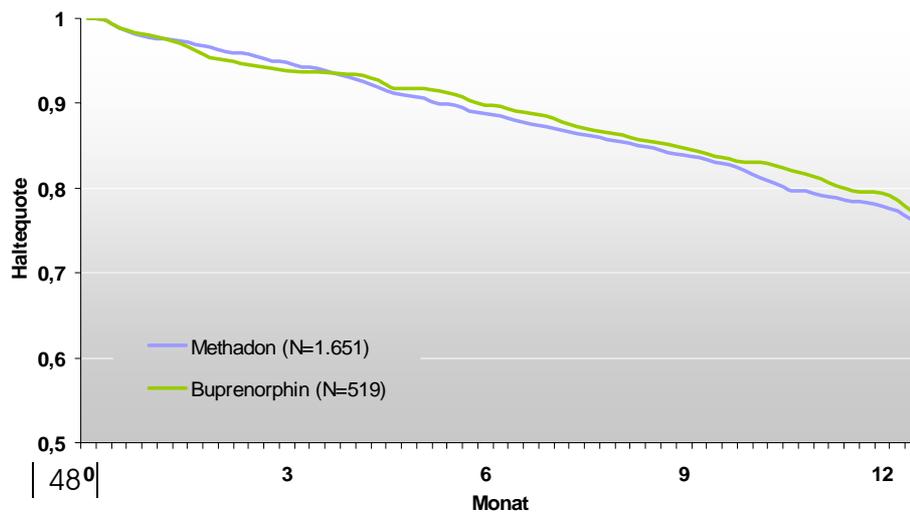
Versorgung

- Substitutionsrate und Anzahl der Substitutionseinrichtungen ist gering und nicht bedarfsgerecht
- Trotz gigantischen Regulierungs-, Kontroll- und Administrationsaufwands nur wenige versorgungsrelevante Daten
- Angesichts der extremen Variabilität von Einrichtungen kaum Möglichkeit rational
 - das Ausmaß der Unterversorgung
 - sowie das Ausmaß möglicher Fehlallokationen zu quantifizieren
- Die Ärzte-Kammerdaten sind ohne Aussagekraft für die Substitutionsversorgung
- Melderegisterdaten - massive Aufwertung und Verbesserung wünschenswert (Fallebene, Regionen)
- Die Anzahl substituierender Ärzte sinkt offensichtlich ab - deutlichste Hinweise auf grundsätzliches Interesse, aber offensichtlich zu abschreckende Bedingungen (administrative, finanzielle und strategische Barrieren)

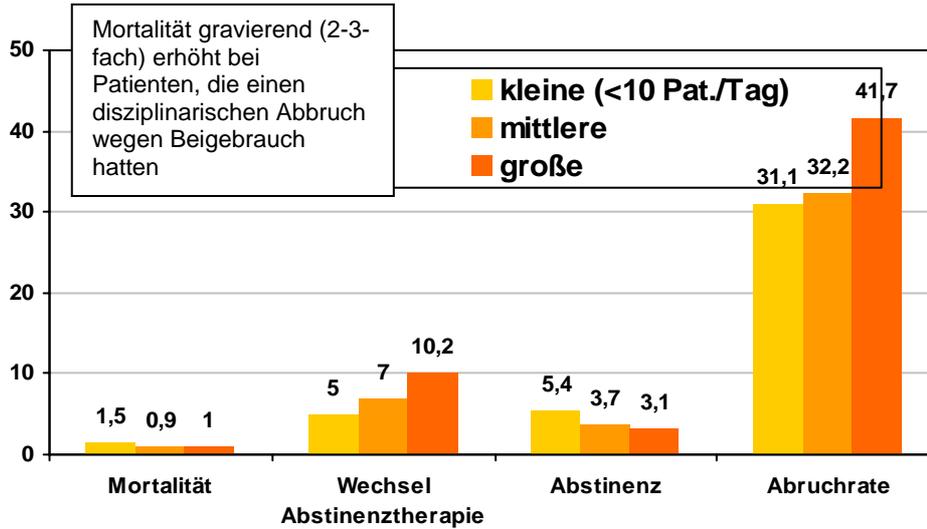
COBRA: Wie ist der 1-Jahres Erfolg?

Haltequoten Mortalität Abstinenz
 Drogenfreiheit Gesundheit Stabilisierung

Mehr als 2/3 Drittel der Substitutionspatienten konnten über 12 Monate in der Therapie gehalten werden



1-Jahres-Erfolg: Mortalität – Abstinenz – Haltequote



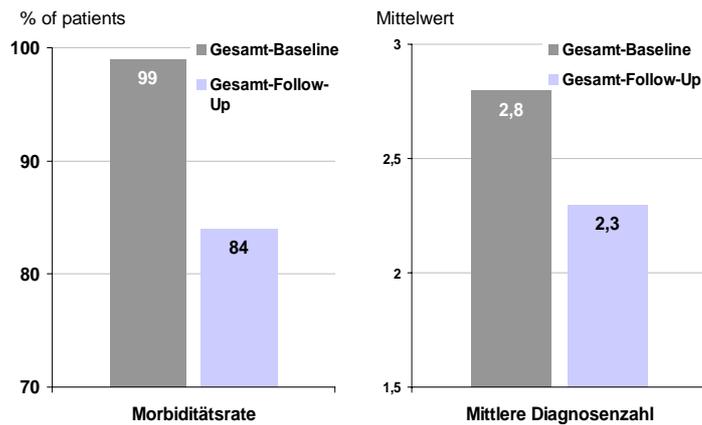
1- Jahres outcome

OR1: crude odds ratio (95% CI)

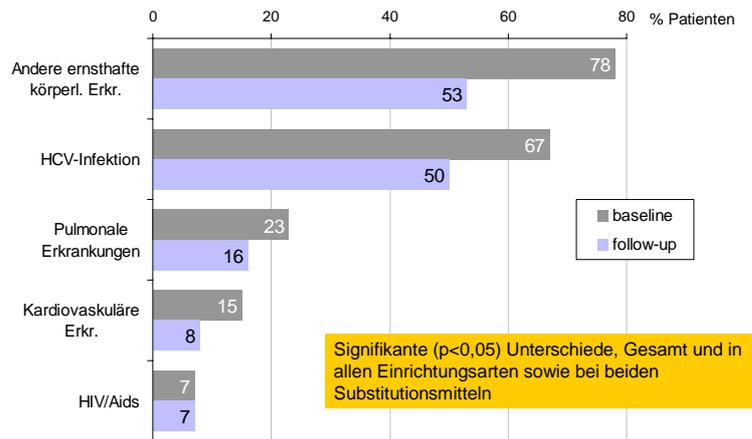
OR2: odds ratio adjusted for clustering and duration of treatment

Somatische und psychische Komorbidität

Die körperliche Morbiditätslage wird deutlich reduziert



Veränderungen ausgewählter körperlicher Erkrankungen



Problem: HIV und HCV Behandlung

- Trotz relativer positiver Veränderungen des anfangs extrem schlechten körperlichen Status ...
- 67% haben eine chronische HCV Infektion
 - Nur 31% erhielten die indizierte antivirale Kombinationstherapie
- 14% der Patienten sind HIV infiziert
 - Nur 29% erhielten eine antiretrovirale Therapie
- Hinweise auf „therapeutischen Nihilismus“
- Fehlen spezialisierter Schwerpunktpraxen
- Ausbleibende Therapie erhöht Hoch-Risiko Übertragungsgefahr (Nadeltausch, ungeschützter Verkehr)
- zunehmende Segmentierung der Versorgung (bis zu 5 „verantwortliche Behandler“)

Die psychische Morbiditätslage ist schlecht und... bleibt schlecht in beiden Gruppen

	Methadon			Follow-up Total	Buprenorphin	
	Baseline Total	Baseline	Follow Up		Baseline	Follow Up
Psychisch erkrankt?	63,5%	64,6%	67,2%	66,7%	59,7%	62,1%
Psychische Erkrankung						
leicht (1)	33,4%	32,6%	25,3%	25,3%	36,0	25,3%
mittel (2)	18,2%	19,2%	21,5%	20,6%	14,7	17,7%
schwer (>2)	11,9%	12,7%	20,4%	20,1%	9,0	19,1%
Mittlere Anzahl psychischer Erkrankungen (SD)	1,7 (0,98)	1,8 (1,01)	2,2 (1,33)	2,2 (0,04)	1,6 (0,82)	2,1 (1,21)

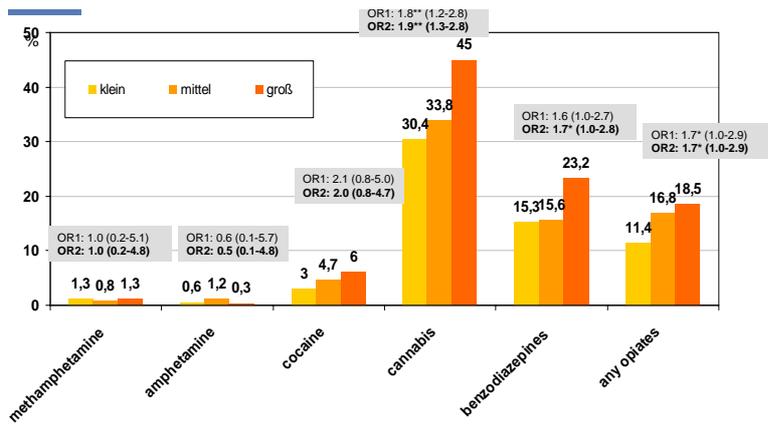
Zusammenfassung 2

- Substitutionspatienten sind extrem krank – fast alle sind körperlich und psychiatrisch multimorbid und schwerst beeinträchtigt
- Bei follow-up eine deutliche Besserung der somatischen Erkrankungen in allen Gruppen (Ausnahme HIV/HCV)
- Keine systematische Besserung der psychischen Morbidität
 - Zunahme von einzelnen Störungen (z.B: Stress- und Schlafstörungen)
- Nur selten wird die indizierte psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung angeboten und durchgeführt.
- Massive Mangelversorgung bei psychischen Störungen geeignet! (Psychosoziale Massnahmen sind keine Therapie)

Wie gut gelingt die Reduktion des Drogenkonsums jedweder Art?



Beigebrauch in den Einrichtungen am Ende der Beobachtungszeit?

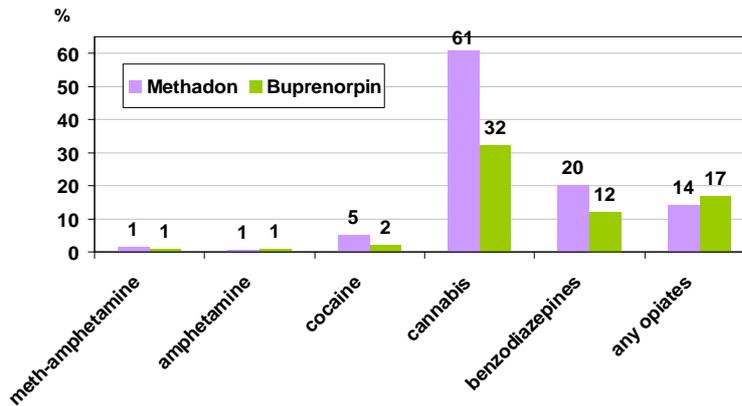


Positiver Drogen Urin Test – 1- Jahres Outcome

⊖: crude odds ratio (95% CI)
 ⊗: odds ratio adjusted for clustering and duration of treatment



Wie häufig ist Drogen-Beigebrauch bei Buprenorphin- und Methadon Behandelten? Ende der Beobachtungszeit



Positiver Drogen Urin Test – 1- Jahres Outcome

Zusammenfassung Drogen-Beikonsum

- Das Ausmaß des konkomittanten Gebrauchs bleibt beeindruckend hoch
 - Häufiger Beigebrauch von Cannabis und Benzodiazepinen
 - Opiate selten (11-18%)
 - Alkoholdaten noch nicht ausgewertet
- Dosierung, Wahl des Substitutionsmittels und setting haben einen Einfluß auf Art und Häufigkeit des Beikonsums
- Disziplinarischer Abbruch erhöht Mortalität und Morbidität
- Beigebrauch ist häufig und ein Merkmal jeder Suchterkrankung – Er sollte Gegenstand der Therapie und nicht Anlass zum Abbruch sein! Die Bestimmungen sollten entsprechend differenzierter angepasst werden

Zusammenfassung I

- Substitutionsbehandlung mit Methadon ist in der Routineversorgung ebenso effektiv wie in kontrollierten klinischen Studien
 - Niedrige Mortalität
 - 14% werden abstinent oder schaffen den Wechsel in Abstinenztherapien
 - Über 60% Patienten werden in der Therapie gehalten
 - Deutliche Besserung des körperlichen Gesundheitszustand
 - Deutliche Reduktion des Drogenkonsums
 - Bei vergleichsweise geringen Kosten pro Patient/Jahr
- Probleme:
 - Unterversorgung der HIV und Hepatitis C Patienten
 - Mangelnde Beachtung des Risikoverhaltens (Infektionsübertragung)
 - Mangelnde Effektivität der Therapie bezüglich psychischer Störungen
 - Häufigkeit Drogen-Beikonsum und der Umgang damit

Zusammenfassung II

- Warum machen so wenige Ärzte Substitutionsbehandlungen?

- gesetzliche, rechtlich-administrative Barrieren und Gängelei
- extrem bürokratische Durchführungsbedingungen
- schlechtes Image (Spiegel, 9/2006)
- wenig attraktive Patientengruppe
- extrem hoher Aufwand bei schlechter Honorierung
- Lösungen?
 - Vereinfachung der Durchführungsbestimmungen (Deregulation)
 - Ausbau und Öffnung für Allgemeinärzte, Verbesserung Vernetzung
 - Verbesserung/Modifikation der sog. Psychosozialen Begleittherapie
 - Konsequente Einführung psych/ psychotherapeutischer Interventionen

Risikoverhalten

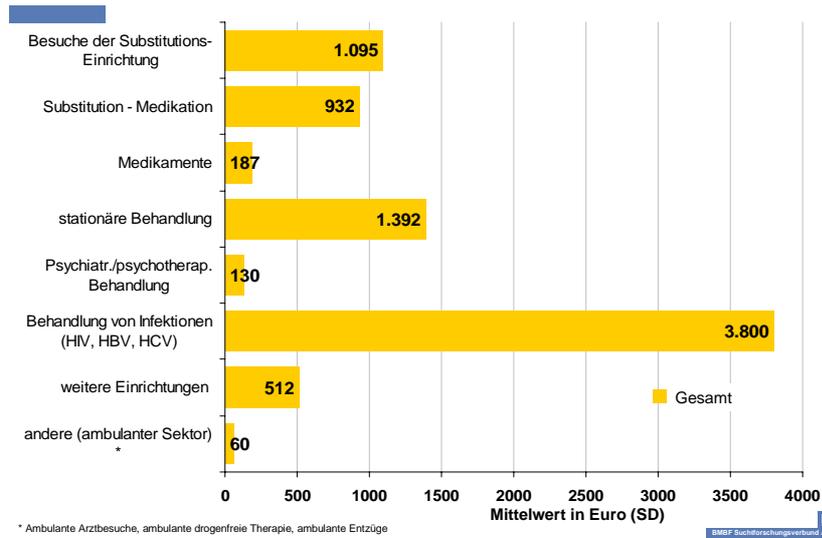
- Problematische Aspekte:
 - Ungeschützter Geschlechtsverkehr insgesamt sehr häufig, besonders bei der Risikogruppe der HCV-HIV-koinfizierten Gruppe
 - Bei Buprenorphin-Patienten keine Reduktion des ungeschützten Geschlechtsverkehrs
 - Bei Buprenorphin-Patienten sogar Erhöhung des Nadeltausches und des iv-Drogenkonsums bei den Doppelinfizierten
 - *Wird das Risikoverhalten ausreichend in der Therapie beachtet?*



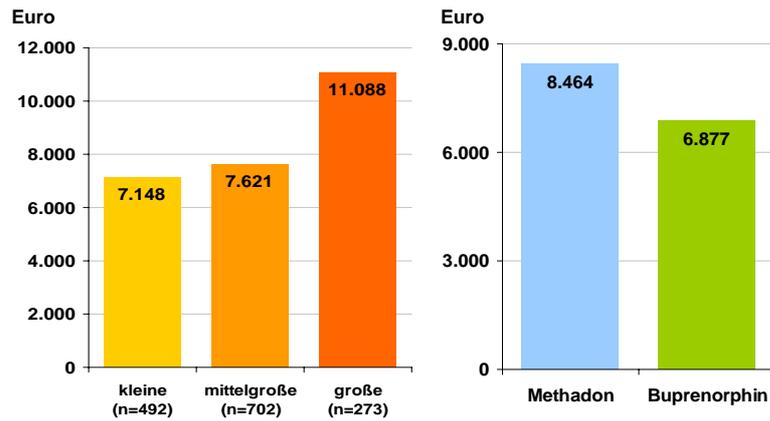
Was kostet die Substitutionstherapie?

In Zusammenarbeit mit G. Kobelt, R. Berger Stockholm Health Economics, MERG und Prof. Wasem (Essen)

Kosten pro Patient/12 Monate nach Kostenart

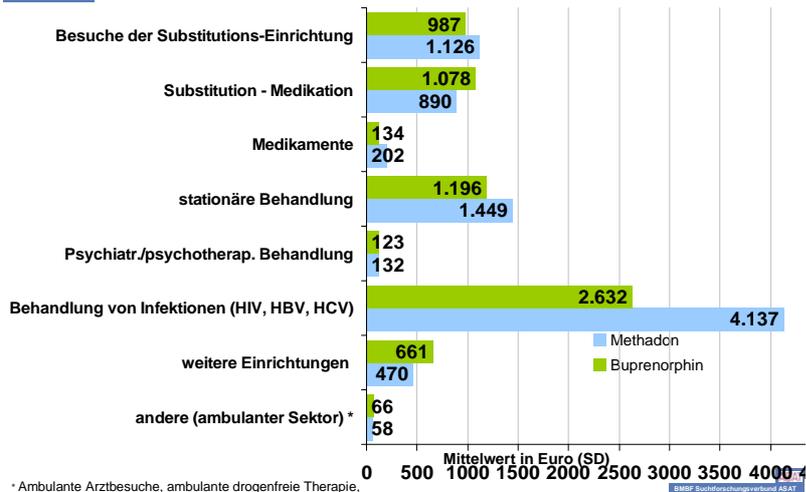


Die Jahreskosten pro Patient nach Einrichtungsart und Substitutionsmittel

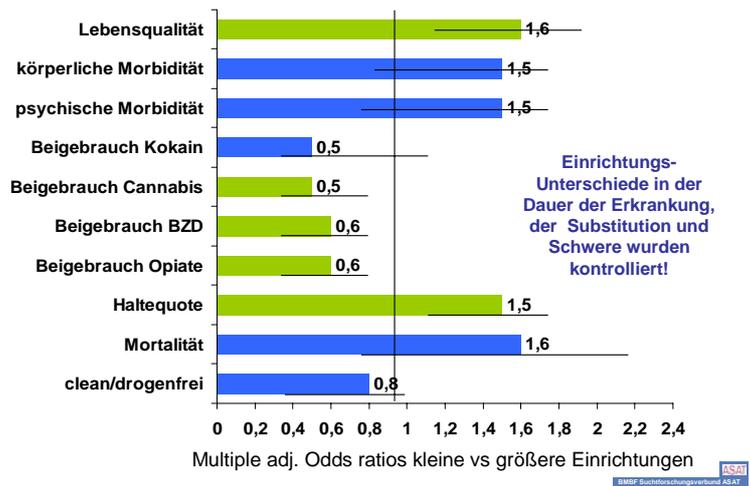




Kosten pro Patient/12 Monate: nach Kostenart und Substitutionsmittel



Kleine Einrichtung haben ähnliche oder gar bessere outcomes wie größere, spezialisierte Einrichtungen



Die Berater der COBRA-Studie

PD. Dr. Markus Backmund	Städtisches Krankenhaus Schwabing, München
Prof. Dr. Gerhard Bühringer	Institut für Therapieforschung (IFT), München & TU Dresden
Prof. Dr. Markus Gastpar	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Essen
Dr. Jörg Gölz	Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin
PD Dr. Dr. Michael-R. Kraus	Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg
Prof. Dr. Norbert Scherbaum	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rheinische Kliniken Essen, Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Michael Soyka	Psychiatrische Klinik und Poliklinik, LMU München
Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter	Bezirkskrankenhaus / Psychiatrie, Haar
PD Dr. med. David Pittrow	3P Consulting, Pöcking
Prof. Dr. med. Martin Schäfer	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Berlin (jetzt Essen)

Danksagung

Dieses Projekt wurde als Projekts F8 „Substitutionstherapie in Deutschland“ (Projektleiter: *Professor Wittchen und Professor Soyka*) im BMBF Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity) gefördert (01 EB 0440 - 0441, 01 EB 0142).

Mitarbeiter: S. Apelt, B. Bernert, J. Siegert, und viele weitere Mitarbeiter

Die Erhebungsarbeit und die gesundheitsökonomischen Programmkomponenten wurden durch einen unrestricted educational grant der Firma essex pharma GmbH, München unterstützt.

Wir danken den über 230 teilnehmenden Ärzten der Studie und ihren 2.600 Patienten für ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Weitere Informationen zum COBRA Projekt und zum BMBF Suchtforschungsverbunds ASAT finden Sie unter:
<http://www.cobra-projekt.de/> <http://www.asat-verbund.de/>

Mortalität

Welche Todesursachen konnten ermittelt werden?

Total
N = 28 Todesfälle

Überdosis/ Polyintoxikation	11	Mortalitätsrisiko - bei Abbrechern insgesamt: 1,75% - bei disziplinarischem Abbruch: 2,4% - bei gehaltenen Patienten: 0,75%
Karzinom	1	
Andere medizinische Gründe	3	
Unfall	3	
Infektion/ Sepsis	3	
Folgen von HIV/AIDS	3	
	3	
Suizid	3	
Grund unbekannt	1	
<i>Total</i>	28	

▲
 von allen
 Methadon-Patienten
 (N=2.013)
1,0%

▲
 von allen
 Buprenorphin-Patienten
 (N=662)
1,1%

(1 Codein-Patient starb an Überdosis und war zum Zeitpunkt des Todes nicht mehr in Substitution)

Welche Todesursachen konnten ermittelt werden?

	Total N = 28	Methadon n = 20		Buprenorphin n = 7	
	Todes- fälle	Todes- fälle	Noch in Substi- tution	Todes- fälle	Noch in Substi- tution
Überdosis/ Polyintoxikation	11	7	4	3	3

Karzinom	1	1	1	0	0
Andere medizinische Gründe	3	3	1	0	0
Unfall	3	2	0	1	1
Infektion/ Sepsis	3	2	0	1	1
Folgen von HIV/AIDS	3	3	2	0	0
Suizid	3	2	1	1	0
Grund unbekannt	1	0	0	1	1
<i>Total</i>	28	20 (71,4%)	9 (45,0%)	7 (25,0%)	6 (85,7%)
(1 Codein Patient starb an Überdosis und war zum Tzeitpunkt des Todes nicht mehr in Substitution)					

▲
von allen
Methadon-
Patienten
(N=2.013)
1,0%

▲
von allen
Buprenorphin-
Patienten
(N=662)
1,1%

Wie hoch ist der Beigebrauch der Substitutionspatienten?
(Urinscreenings)

Opiate		
	Baseline	Follow up
Methadon	17,5 %	11,9 % (-5,6)
Buprenorphin	11,4 %	8,7 % (-2,7)

Kokain		
	Baseline	Follow up
Methadon	7,7 %	4,9 % (-2,8)
Buprenorphin	5,5 %	2,7 % (-2,8)

Benzodiazepine		
	Baseline	Follow up
Methadon	20,3 %	18,4 % (-1,9)
Buprenorphin	12,5 %	12,0 % (-0,5)

Cannabis		
	Baseline	Follow up
Methadon	37,1 %	36,1 % (-1,0)
Buprenorphin	34,9 %	30,0 % (-4,9)

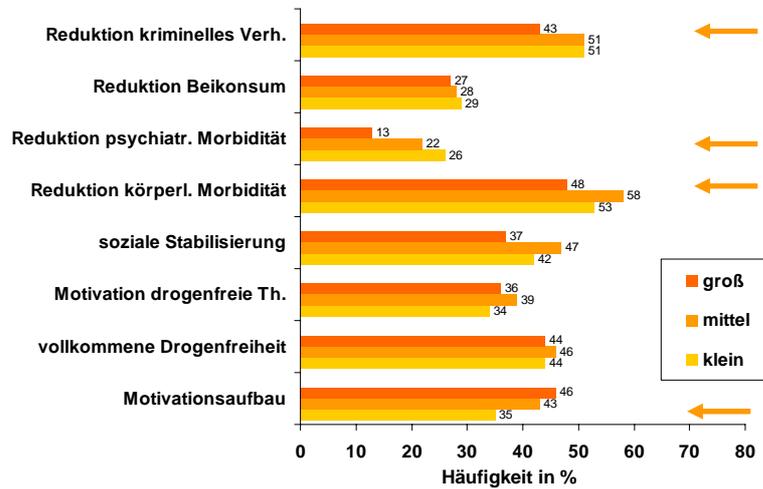
Wie hoch war das Risikoverhalten der Substitutionspatienten? (Selbstangaben)

	Baseline N= 1.615	In Prozent	Follow-up N= 1.615
Buprenorphin	58	Kein regelmässiger kondomgebrauch	57
Methadon	56		48
Buprenorphin	4	Nadeltausch	6
Methadon	5		5
Buprenorphin	12	iv-Drogenkonsum	10
Methadon	17		15

Wie hoch war das Risikoverhalten der Substitutionspatienten?
 (Selbstangaben)
 ...wenn nach „HCV-HIV-koinfiziert“ unterschieden wird...

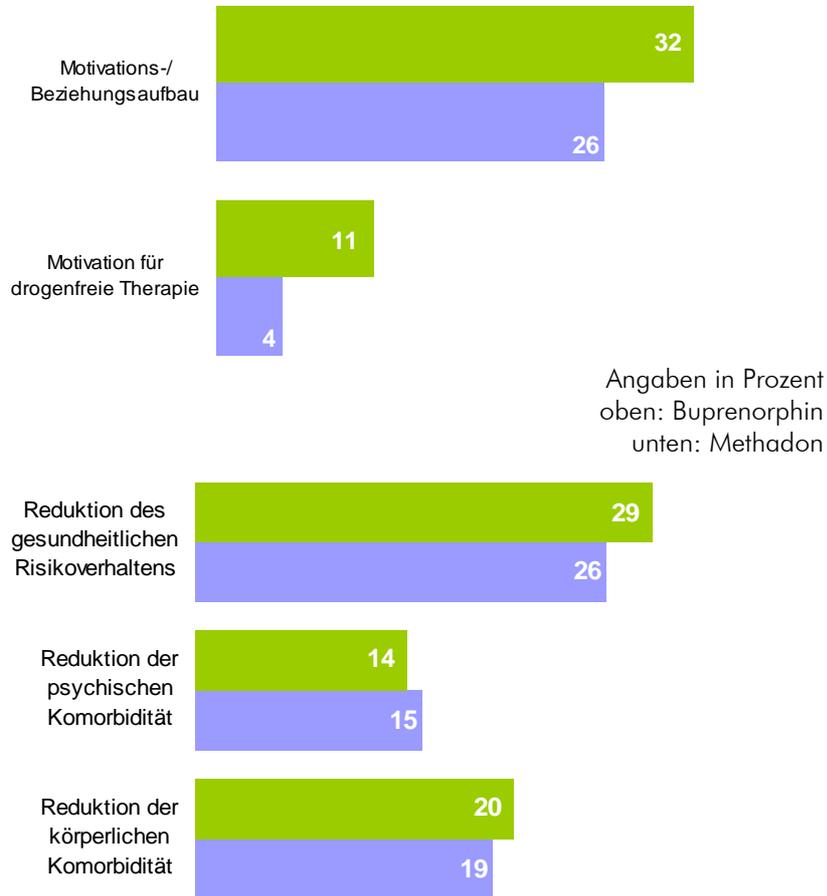
	Baseline N= 1.615	In Prozent	Follow-up N= 1.615
Buprenorphin	57	Kein regelmässiger kondomgebrauch	59
Methadon	48		38
Buprenorphin	0	Nadeltausch	11
Methadon	7		6
Buprenorphin	5	iv-Drogenkonsum	13
Methadon	19		19

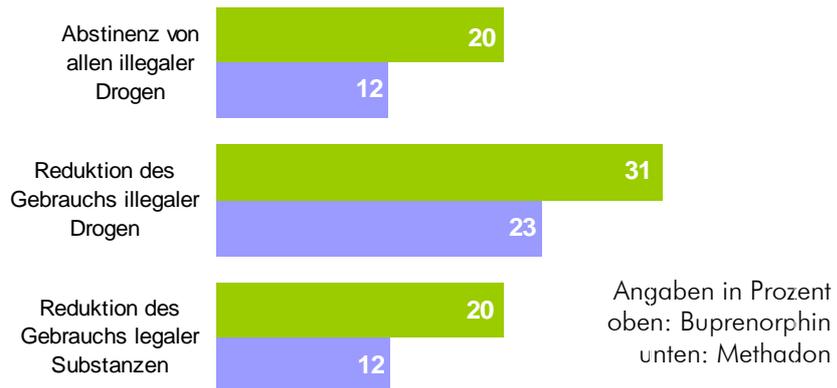
Erreichte Therapieziele aus der Sicht der Ärzte – Diskrepanz zu den tatsächlichen Befunden



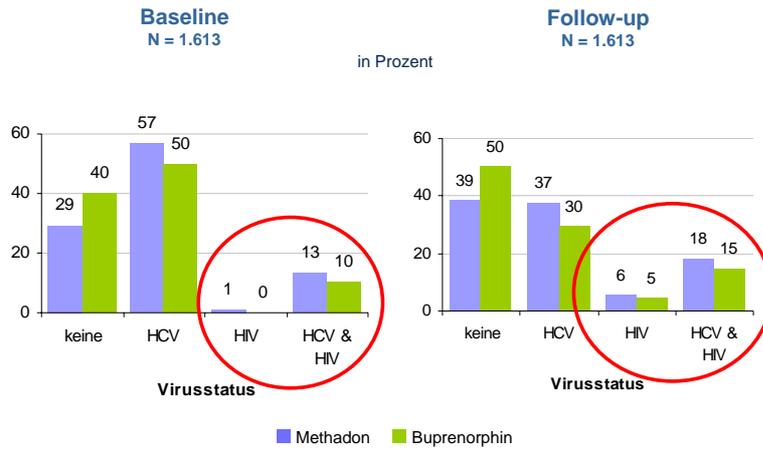
Erreichen von Therapiezielen

Wie gut stimmt die Erfolgsprognose der Ärzte mit den tatsächlich erreichten Zielen überein?

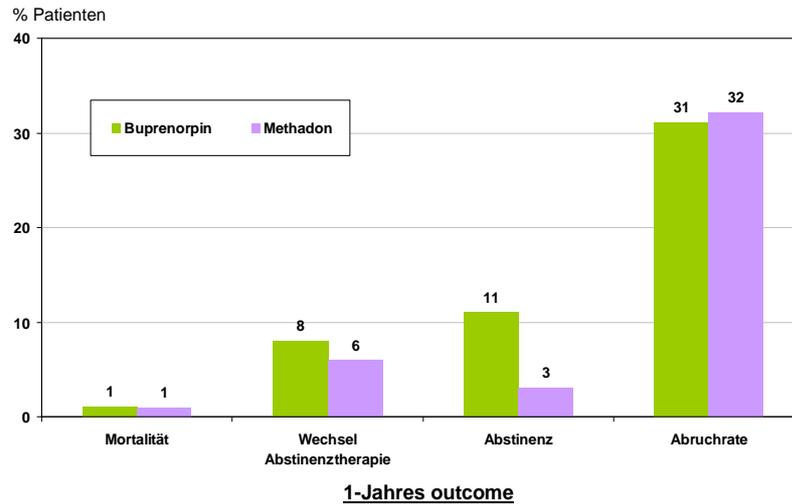




HCV-HIV-Infektionsstatus: Diskrete Besserung trotz neuer Fälle in beiden Medikamentengruppen



1-Jahres-Erfolg: Mortalität-Abstinenz-Haltequote
Buprenorphin Behandelte haben etwas günstigere outcomes



OR: odds ratio (95% CI)

Design der COBRA-Studie:

-Vorstudie-

Grundgesamtheit substituierender Ärzte/Einrichtungen

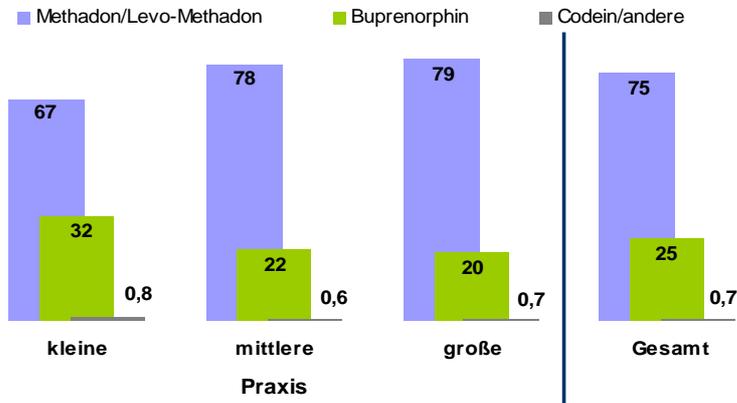
(N = 3.006)

Bundesweite Zufallsstichprobe

Teilnahme Vorstudie (Jun-Sep/2003): N = 379 Ärzte/Einrichtungen

Ziel: Charakterisierung von Einrichtungstypen

Welche Substitutionsmittel werden eingesetzt?



Kleine Einrichtungen: überwiegend hausärztliches Setting – wenig Substitutionsressourcen

Große Einrichtung: spezialisierte Substitutionszentren – viele Personalressourcen

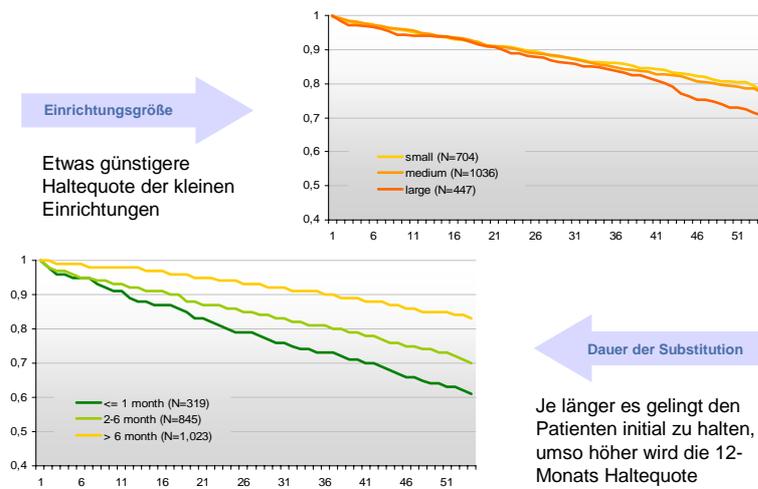
Haltequoten

nach Einrichtunggröße und Dauer der Substitution

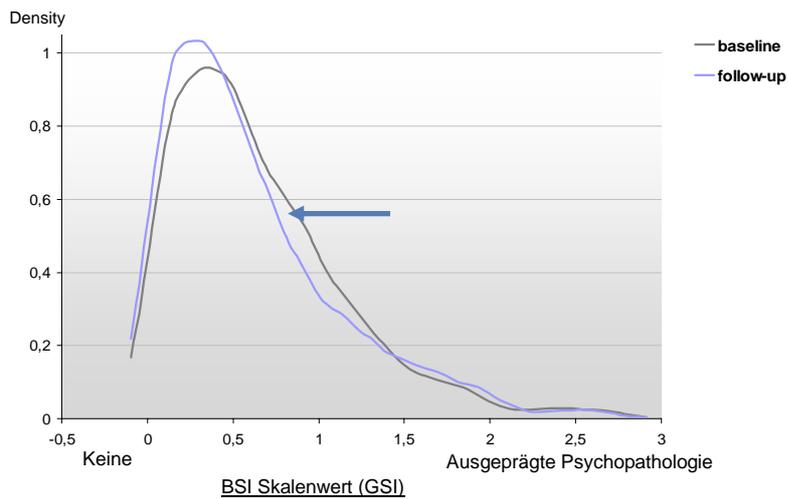
→ Grafik folgende Seite

Die Wirksamkeit und Sicherheit einer auf Dauer angelegten Substitutionsbehandlung ist erwiesen. Die Substitution vermindert den illegalen Opiatkonsum, reduziert die Kriminalität und erhöht die soziale Produktivität und vermindert die Ausbreitung von Infektionserkrankungen (Aids, Hepatitis).

Ferner führt die Substitution zu einer deutlichen Senkung der Mortalität. Substitutionsmittel: Methadon, Buprenorphin (mit und ohne Naloxon)



Verteilung BSI
 Psychopathologische Belastung bei baseline und follow-up



Diversifikation der Substitutionsbehandlung - Substanzen und Effekte

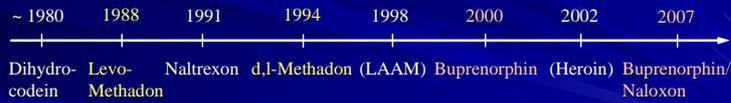
Uwe Verthein

Die Einführung der Methadonsubstitution in Deutschland erfolgte nach einer drastischen Zunahme der Zahl der Drogentoten (und HIV-Epidemie), Parallelität erkennbar bei Einführung des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung.



Seit Anfang der 80er Jahre so genannte graue Substitution mit DHC-haltigen Medikamenten (ab 1998 Mittel 2. Wahl).
LAAM wurde aufgrund der Kardiotoxizität im Frühjahr 2001 vom europäischen Markt zurückgezogen.

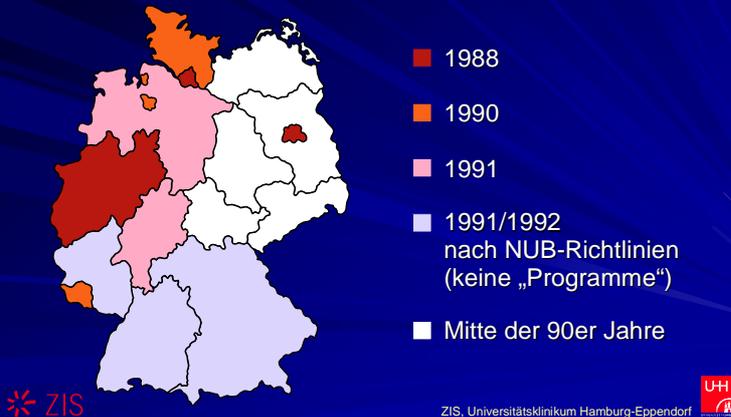
Substanzen in der medikamentengestützten Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland



ZIS, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



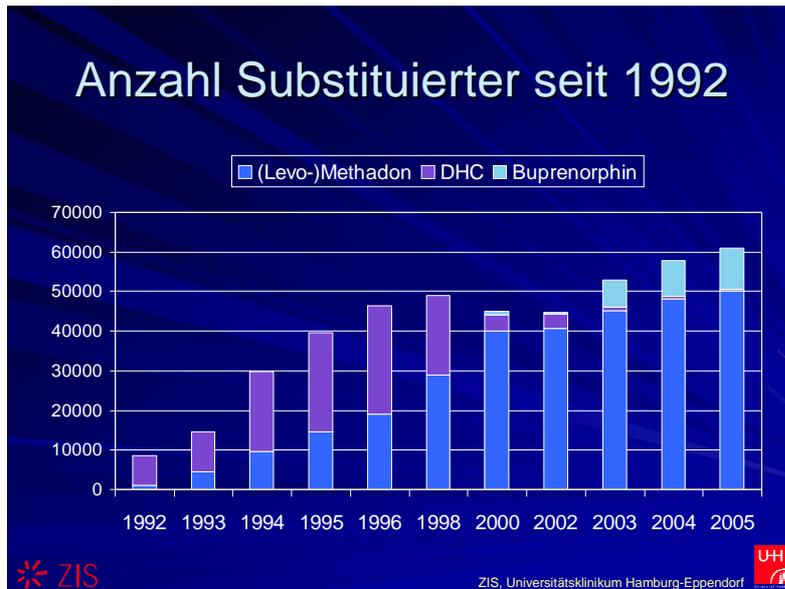
Beginn der Substitutionsbehandlung in den Bundesländern



ZIS, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Im Süden keine speziellen Methadonprogramme bis zur Einführung der NUB-Richtlinien im Juli 1991. Zum Ende 2005 nur 2,6% der bundesdeutschen Substitutionspatienten in den neuen Bundesländern.



Deutliche Zunahme der substituierten Patienten in Deutschland in den letzten 15 Jahren. Rückgang der Bedeutung von DHC seit Ende der 90er Jahre.

Buprenorphin seit 2001.

Im Jahr 2005 bundesweit 62.014 Patienten und 2.664 substituierende Ärzte.

Eine Übersicht der wichtigsten deutschen Evaluationsstudien aus den 90er Jahren (Verthein et al. 1998) zeigt die insgesamt große Wirksamkeit der Methadonbehandlung.

Insbesondere der körperliche Gesundheitszustand verbessert sich deutlich, weniger positive Effekte zeigen sich bei der Integration in (neue) Arbeitsverhältnisse.

Methadon-Studien in Deutschland (Verthein et al. 1998, Kalke et al. 1998)						
	Nordrhein- Westfalen	Hamburg	Bremen	Hessen I	Rheinland- Pfalz	Hessen II
Halte- quote	62% (3 years)	70% (3 years)	72% (2-3 years)	75% 1,5 years)	70% (1 year)	53% (4 years)
Körperl. Gesundheit	++	++	++	++	++	+
Psychischer Zustand	+	+	+	/	++	/
Arbeits- Situation	+	0	-	+	+	+
Delinquenz Kriminalität	+	++	++	+	+	++
Drogen- konsum	++	+	+	+	++	+
++ stark verbessert + verbessert 0 unverändert - verschlechtert / keine Angaben						

Einführung der Methadonsubstitution in NRW (Modellprojekt), HH und Berlin (Einzelfall-Konzepte).

Methadon-Studien in Deutschland Übersicht von Reuter & Kufner (2002)

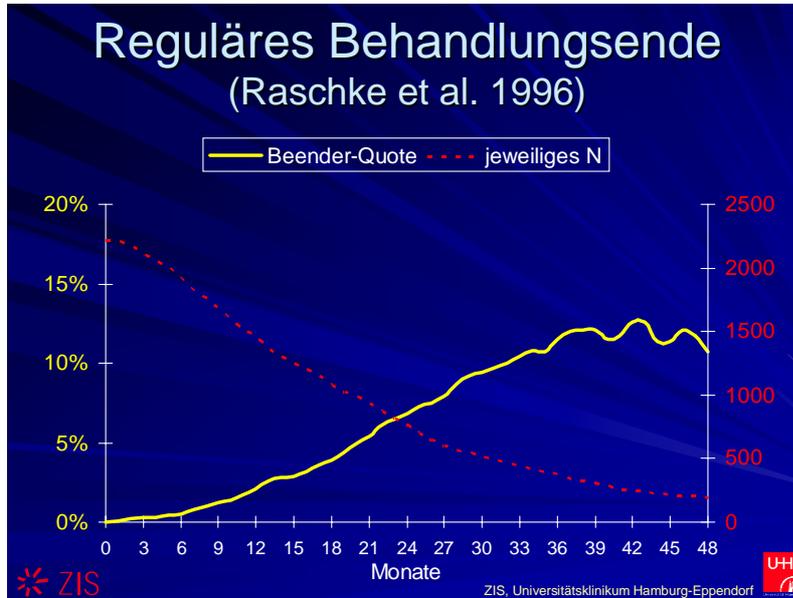
- 13 Evaluationsstudien
- -Behandlungsdaten von 1989-1997 (N=5.918)
- -? Männer, ? Frauen, Durchschnittsalter: 31 Jahre
- Haltequote nach einem Jahr: 85% (!)
- PSB (Einzelkontakte): 40%-60%
- Erwerbstätigkeit: Anstieg um 8,3%
- Beikonsum illegaler Drogen ↓, Alkohol ↑
- Positives Behandlungsende (opiatfrei) nach 1 Jahr:
- 7%, danach leicht ansteigend

Systematischer und umfassender präsentiert sich die Übersicht von Reuter & Küfner (2002).

Hervorzuheben ist die insgesamt sehr hohe Haltequote von durchschnittlich 85% nach einem Jahr.

Unter der Substitution ist eine deutliche Abnahme illegalen Drogenkonsums festzustellen, die Erwerbstätigkeit steigt nur leicht an, um durchschnittlich 8,3%.

Den Übergang in die Abstinenz (Opiatfreiheit) erreichen 7% nach einem Jahr.



Nach der Auswertung der Hamburger Substitutionsstudie steigt die Rate an regulären Beendigungen mit zunehmender Dauer der Substitutionsbehandlung an und ist nach 2-3 Jahren am höchsten (zwischen 7% und 11%).

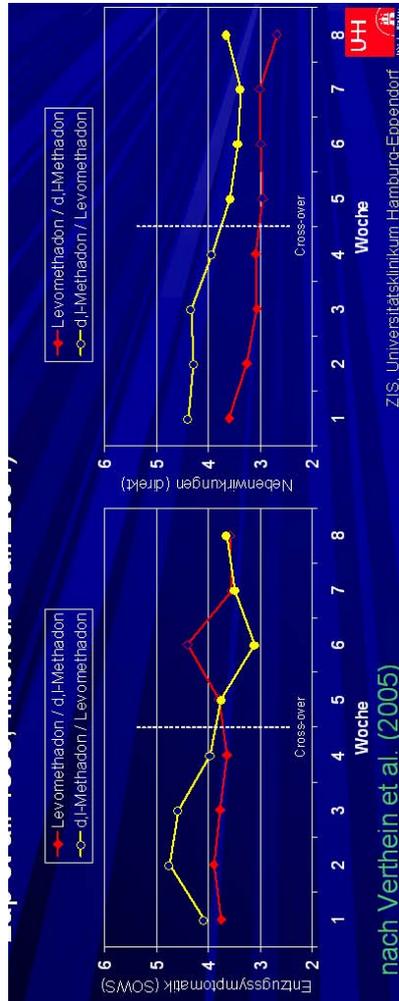
Levomethadon ausschließlich wird in Deutschland zur Substitutionsbehandlung eingesetzt (d,l-Methadon erst seit 1994).

Nach kontrollierten Vergleichsstudien Studien bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Wirkungen beider Substanzen (aber Hinweise auf Nebenwirkungen des Dextromethadons).

Levomethadon vs. d,l-Methadon

- 3 kontrollierte Studien (Judson et al. 1976, Scherbaum et al. 1996, Verthein et al. 2005) → insgesamt **keine**
- signifikanten Wirkungsunterschiede zwischen Levo- und d,l-Methadon
- 1 naturalistische Studie (Ulmer 1995) → leichte Vorteile bei Levomethadon
- Aber: Hinweise auf Nebenwirkungen des Dextromethadons (z.B.

Eap et al. 1998,
Mitchell et al. 2004)



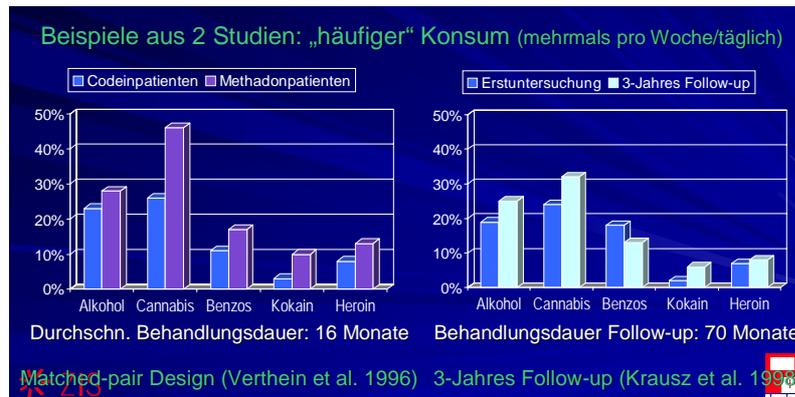
dunkel: Levomethadon/d,l-Methadon
hell: d,l-Methadon / Levomethadon

Dihydrocodein-Studien

Nur 4 Studien zur DHC-Behandlung in Deutschland

(3 naturalistisch, 1 post hoc matched-pair Design)

→ insgesamt vergleichbare Effekte zu Methadon-Studien



Auch der Einsatz von DHC wurde in – im Vergleich zu Methadon – wenigen Studien nachgewiesen. Die Effekte entsprechen weitgehend denen der Methadonbehandlung.

Die (nach der Änderung der BtMVV 1998 bundesweit eingeleitete) Umstellung von DHC auf Methadon konnte nach der Studie von Kalke et al. (2001) überwiegend erfolgreich durchgeführt werden. In 19% der Fälle musste allerdings die Umstellung rückgängig gemacht werden. → Diversifikation und Erhalt individueller Behandlungsmöglichkeiten.

Buprenorphin international

- Meta-Analyse (USA) von Barnett et al. (2001) zum Vergleich von Buprenorphin (8-12mg) und Methadon (50-80mg):
 - höhere Haltequote unter Methadon
 - mehr Opiatbeikonsum unter Buprenorphin
- Vergleichsstudie Petitjean et al. (2001) (CH):
 - deutlich höhere Haltequote unter Methadon (6 Wochen)
 - keine Unterschiede im Beikonsum, Craving
- Besseres Risikoprofil (größere Arzneimittelsicherheit) nach Untersuchung von Drogentodesfällen (Soyka et al. 2006)

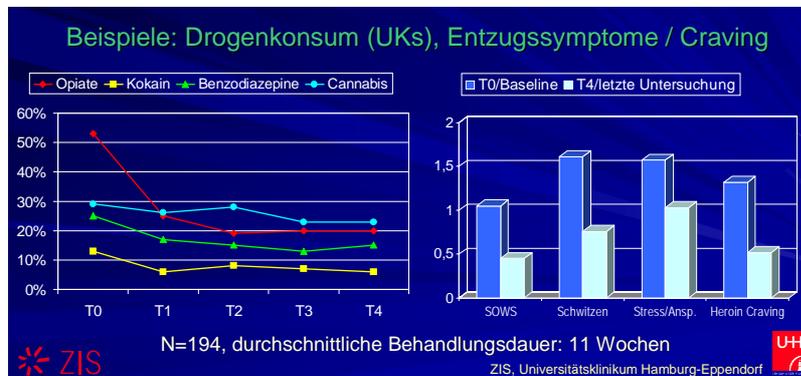
Die Wirkungen von Buprenorphin sind international (v.a. USA, Frankreich, CH) breit untersucht worden; mit insgesamt etwas geringeren Wirkungen als Methadon. Effektdifferenzen aber eher schwach und Behandlungsdauer in den Studien betrug höchstens 6 Monate. Geringere Haltquote von Buprenorphin überwiegend auf zu geringe Einstiegsdosis von nur 4 mg zurückzuführen.

Auch in Deutschland ist die Anwendung von Buprenorphin untersucht worden. Neben der COBRA-Studie (siehe Vortrag Wittchen) wurden zuvor im Rahmen einer naturalistischen Studie über 12 Wochen die kurzfristigen Effekte untersucht. Die Wirkungen bzgl. Beikonsum und Entzugssymptomatik sind insgesamt positiver als die in Methadonstudien festgestellten Effekte. →

Buprenorphin in Deutschland

- COBRA-Studie → Ergebnisse siehe/höre Wittchen et al.
- Naturalistische Studie über 12 Wochen Behandlung (Verthein et al. 2003, 2004) → insgesamt bessere Effekte im Vergleich zu Methadonstudien

Beispiele: Drogenkonsum (UKs), Entzugssymptome /Craving



Retardiertes Morphin

- Einsatz zu Substitutionszwecken v.a. in Österreich (Wiesegger & Fischer 2003)
- Vorteile (klinische Erfahrungen):
 - weniger gravierende NW (wie z.B. Gewichtszunahme, Depressionen)

- geringere Sedierung
- weniger kognitive Beeinträchtigungen
- in BRD zur Substitution nicht zugelassen
 - (Ausnahme: Einsatz bei Schmerzpatienten)
- bei gegenwärtiger Darreichungsform große Menge an Einheiten (7 mg „ 1mg Methadon)

Retardiertes Morphin wird v.a. in Österreich zu Substitutionszwecken verwendet. Es werden klinische Vorteile bzgl. der Nebenwirkungen diskutiert, Morphin muss aber in der gegenwärtigen Darreichungsform in großer Menge an Einheiten eingenommen werden.

Retardiertes Morphin

(Eder et al. 2005)

- Vergleich retardiertes Morphin vs. Methadon, Cross-over-Studie, doppel-blind, 14 Wochen (N=64)
- Dosis: Methadon 85mg, Morphin 680mg (1:8)
- Haltequote: kein Unterschied (Me 88%, MO 84%)
- Beikonsum (H,K,B): keine Unterschiede
- Vorteile Morphin: Craving ↓, Entzugssymptomatik ↓, Depressivität ↓, Ängstlichkeit ↓, körp. Beschwerden ↓
- Retardiertes Morphin (p.O) gegenüber Methadon in Substitutionsbehandlung vergleichbar wirksam → Diversifikation in der medikamentösen Strategie

Randomisierte, doppel-blinde Studien (z.B. Eder et al. 2005) zeigen insgesamt vergleichbare Effekte wie Methadon → Diversifikation in der medikamentösen Behandlungsstrategie.

Diacetylmorphin international

- *5 kontrollierte Studien*: Hartnoll et al. 1980 (UK); Pemeger et al. 1998 (CH); van den Brink et al. 2003 (NL); March et al. 2005 (E); Haasen et al. in press (D) → Überlegenheit der Heroin- gegenüber der Methadonbehandlung hinsichtlich Haltequote, Gesundheit, Beikonsum, Delinquenz, soz. Situation
- *1 naturalistische Studie*: Uchtenhagen et al. 1999; Rehm et al. 2001 (CH) → deutliche Verbesserungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich
- *Laufende Studien* in Kanada, England und Belgien

- DAM-Tabletten: vergleichbar positive Effekte zur Schweizer i.v. Studie (Frick et al.2006)

Zum Thema Diversifikation gehört natürlich auch der Einsatz von Diamorphin zur Substitutionsbehandlung. Internationale Studien zeigen insgesamt (allerdings nicht in allen Studien einheitlich) eine Überlegenheit der heroingestützten Behandlung gegenüber Methadon bzgl. Haltequote, Gesundheitszustand, Beikonsum und die Entwicklung der sozialen Situation.

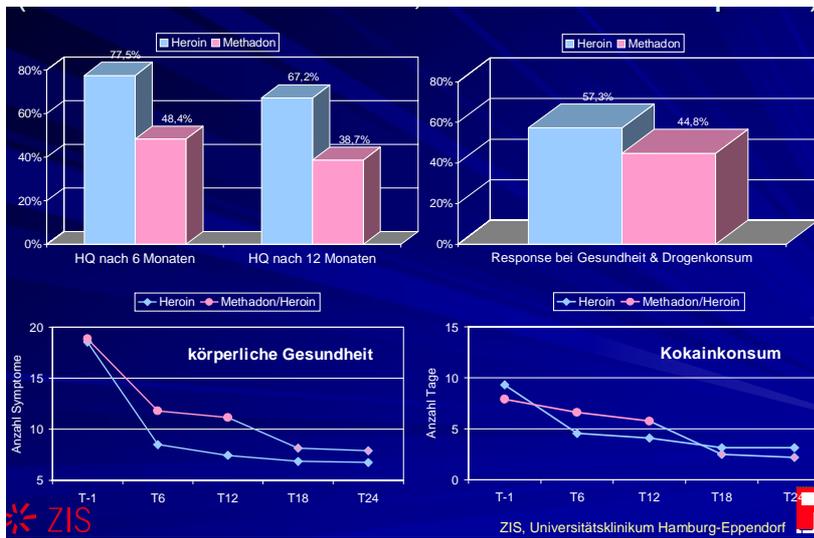
Auch im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung konnten die besseren Wirkungen von Diamorphin im Vergleich zu Methadon belegt werden. Darüber hinaus zeigt sich im 2-Jahres-Verlauf eine weitere Verbesserung im Gesundheitszustand und im Beikonsum. Insbesondere unter die Patienten, die von Methadon auf Diamorphin wechselten, erreichen jetzt ähnliche Erfolge, wie die Heroinpationen im 1. Behandlungsjahr.

Diacetylmorphin in Deutschland

(Naber & Haasen 2006; Haasen et al. in press)

oben:(1) Heroin, (2) Methadon

unten: (1) Heroin, (2) Methadon/Heroin

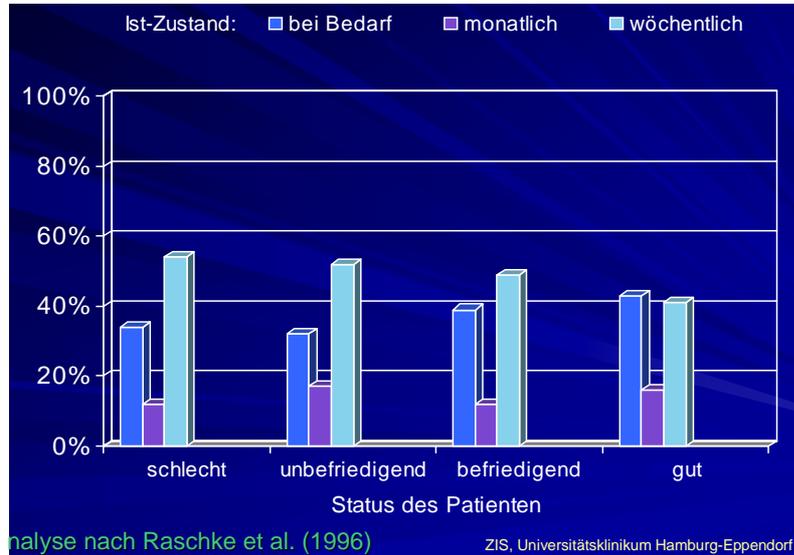


Bezieht man das Thema Diversifikation auch auf die PSB, so zeigen sich Unterschiede zwischen der tatsächlichen und der vom Patienten gewünschten Betreuungsintensität.

Je schlechter der Gesamtzustand (hinsichtlich Gesundheit, Beikonsum, sozialer Situation), desto intensiver wünschen sich die Patienten ihre psychosoziale Betreuung.→

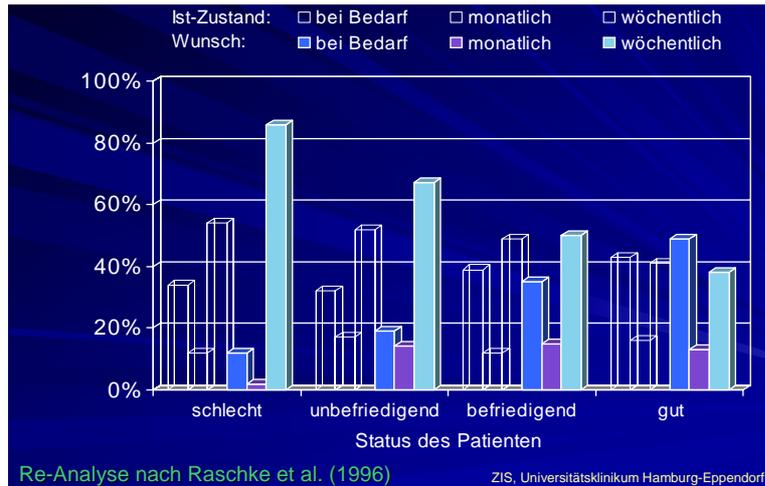
PSB: Patienten-Status und Betreuungsintensität

Ist-Zustand: (1) bei Bedarf (2) monatlich (3) wöchentlich



Re-Analyse nach Raschke et al. (1996)

PSB: Patienten-Status und gewünschte Betreuungsintensität



Die Studienergebnisse sprechen für eine Diversifikation der Behandlungsangebote für Substituierte. Unabhängig vom Substitutionsmedikament kann allen medikamentösen Behandlungsstrategien eine insgesamt hohe Wirksamkeit bescheinigt werden.

Es fehlen bisher Erkenntnisse zur differenziellen Indikation der verschiedenen Substanzen.

Der Einsatz der Substitutionsmittel sollte sich nach klinischen (und ggf. ökonomischen) Gesichtspunkten richten und nicht durch rechtliche Reglementierung eingeschränkt werden.

Fazit

- Studienergebnisse sprechen für Diversifikation des Angebotes medikamentöser Behandlungsstrategien (insgesamt große Wirksamkeit)
- Methadon ist am umfangreichsten untersucht und am häufigsten eingesetzt. Aber keine eindeutige Rangfolge in der Wirksamkeit der Substanzen (Ausnahme Diamorphin)
- Bisher kaum Erkenntnisse zu differenzieller Indikation/Anwendung der Substanzen („Ausprobieren“)
- Einsatz der Substanzen sollte sich nach klinischen (und ggf. ökonomischen) Gesichtspunkten richten.

Administrative, rechtliche Problematik in der alltäglichen Praxis der Substitutionsbehandlung. Gibt es Veränderungsbedarf?

Ein pragmatisches Vorgehen:
das ASTO-Projekt der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Anke Follmann

Erhebungen in substituierenden Einrichtungen in NRW

Erste Datenerhebung 2000	Zweite Datenerhebung 2004/05
<i>Patientenbogen</i>	<i>Patientenbogen</i>
259 Patienten (Praxen: 181, Ambulanzen: 78)	175 Patienten (Praxen: 131, Ambulanzen: 44)
Zufallsziehung von S-Patienten <ul style="list-style-type: none">• aktuell in S-Behandlung• 2-5 Patienten pro Praxis/Ambulanz	Zufallsziehung von S-Patienten <ul style="list-style-type: none">• aktuell in S-Behandlung• bis zu 3 Patienten pro Praxis/Ambulanz• Behandlungsbeginn 1.7.2002 oder später

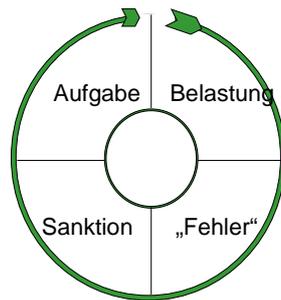
Erste Datenerhebung 2000	Zweite Datenerhebung 2004/05
<i>Patientenbogen</i>	<i>Patientenbogen</i>
259 Patienten (Praxen: 181, Ambulanzen: 78)	175 Patienten (Praxen: 131, Ambulanzen: 44)
Zufallsziehung von S-Patienten <ul style="list-style-type: none">• aktuell in S-Behandlung• 2-5 Patienten pro Praxis/Ambulanz	Zufallsziehung von S-Patienten <ul style="list-style-type: none">• aktuell in S-Behandlung• bis zu 3 Patienten pro Praxis/Ambulanz• Behandlungsbeginn 1.7.2002 oder später

Regelwerke

	<i>Substitutionsbehandlung</i>
BtMVV	§ 5 BtMVV
Berufsordnung	§ 5a Substitutionsregister
KV-Regelungen	BÄK-Richtlinien
§ 135a Abs.2 SGB V (GKV-Modernisierungsgesetz)	BUB-Richtlinien
Weiterbildungsordnung	Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“
	regionale Regelungen

Quantitative Entwicklung (Quelle:mündliche Information für den Bereich KVWL)	
1997	2006
393 (Genehmigung)	348 (Genehmigung)
304 davon aktiv	313 davon aktiv
Ca. 4000 Pat.= durchschnittlich 10 Pat./ Arzt	Ca. 10280 Pat.= durchschnittlich 29 Pat./ Arzt

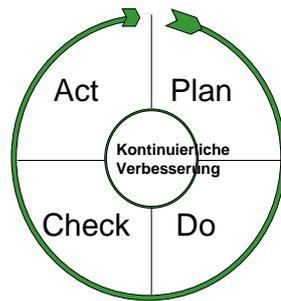
„Teufelskreis“



Belastung der Praxis
(hohe Fallzahl, Formalien
bürokratischer Aufwand)
„Fehler“ (Meldung
vergessen, „take-home“
Sanktion (KV-
Regelungen,
Anzeigen, Druck durch
Patienten
Aufgabe



Deming-Zyklus (PDCA-Zyklus)



Planen
Ausführen
Überprüfen
Verbessern/Sichern



Ärztekammer Westfalen-Lippe

Anke Follmann 2007

Systematisches Qualitätsmanagement braucht:

- Qualitätsziele
- Leitlinien
- Verfahrensanweisungen
- Ablaufdiagramme
- Checklisten
- Daten/Statistiken

Ausgangsthesen zur Qualitätssicherung in der Substitutionstherapie:

- ▶ Die Qualität und Sicherheit der Substitutionstherapie hängt nicht allein von den genuin therapeutischen Entscheidungen des Arztes ab
- ▶ In der Substitutionstherapie haben Fragen der Kommunikation und Arbeitsorganisation in der Praxis sowie der Kooperation mit weiteren Beteiligten ungewöhnlich große Bedeutung
- ▶ Wegen der besonderen Relevanz juristischer Aspekte sind sichere und gut dokumentierte Arbeitsprozesse erforderlich
- ▶ Das komplexe und schwerwiegende Problemspektrum von Substitutionspatienten lässt sich am ehesten im Rahmen eines durchdachten praxisindividuellen Substitutionsprogramms managen

Anforderungen an ein Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie:

	Nicht nur therapeutische Fragestellungen, sondern auch Rahmenbedingungen in der Arztpraxis und Gestaltung der zentralen Arbeitsprozesse müssen behandelt werden
	Praxen und Ambulanzen sollen angeleitet werden, Elemente eines systematischen Qualitätsmanagements in das eigene Substitutionsprogramm und die täglichen Arbeitsprozesse „einzuarbeiten“.
	Möglichst große Zielgruppe und Einsatzbereich, d.h. geeignet für <ul style="list-style-type: none">- Einrichtungen von verschiedenem Zuschnitt,- Benutzer mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund,- Bearbeitung von Einzelfragen oder größeren Projekten
	Das Konzept sollte zukunftsfähig und kompatibel im Hinblick auf die allgemeinen Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung in der Medizin sein (Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems)



Ärztekammer Westfalen-Lippe

Anke Follmann 2007

Folgerungen für den Inhalt des ASTO- Handbuches:

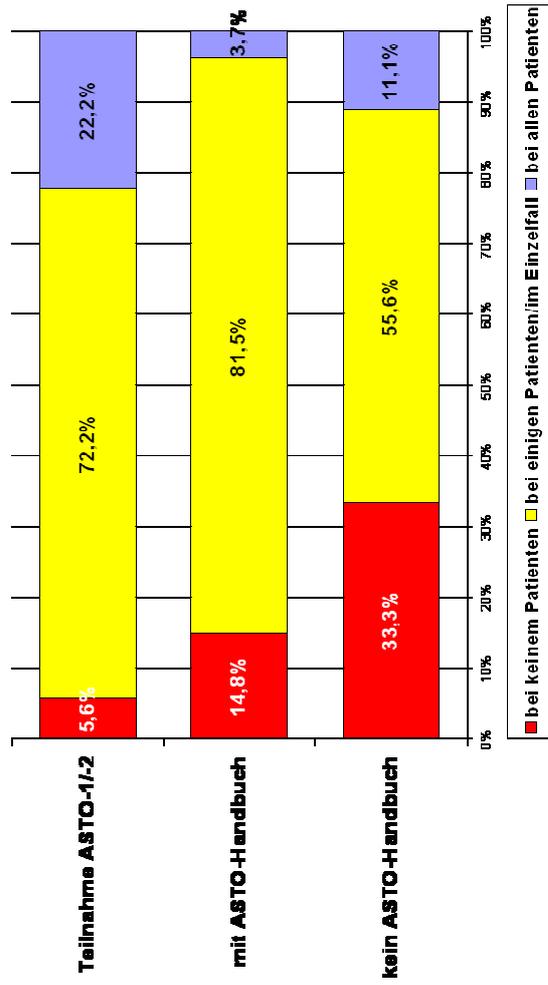
	Anleitungen zur systematischen Analyse der eigenen Einrichtung und ihrer Arbeitsprozesse: „ <i>Wo sind unsere Schwachstellen?</i> “
	Empfehlungen zu geeigneten Lösungen für die entdeckten Probleme
	Beispiele und Vorlagen für die Implementierung der Lösungen in die tägliche Arbeit
	Modell zur Verstetigung und kontinuierlichen Pflege der Qualitätssicherung: Qualitätsmanagement-System



Ärztekammer Westfalen-Lippe

Anke Follmann 2007

Praxen: Gemeinsame Therapieplanung von Praxis und PSB



Fazit

Die Daten zeigen auch, dass zwischen 2000 und 2005 eine gewisse Konzentration der Substitutionstherapie auf Praxen mit größeren Patientenzahlen stattgefunden hat.

- Viele dieser Praxen mit größeren Patientenzahlen haben sich im Qualitätsmanagement engagiert und dabei die ASTO-Ergebnisse genutzt.
- Die Struktur- und Prozessqualität hat in den substituierenden Einrichtungen in NRW im Untersuchungszeitraum erkennbar zugenommen.

In den Einrichtungen hat eine Weiterentwicklung stattgefunden!

Fazit und Weiterentwicklung

- Überprüfung der bestehenden Gesetze und Regelwerke: Sinnvoll? Nützlich? Notwendig? Kosten-Nutzen?
- Konsensverfahren
- Beratung statt Sanktion!
- Weiterentwicklung des ASTO-Handbuchs (Instrument zur Q-Entwicklung)

Arbeitsgruppe 4

Nutzung, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und rechtliche Bewertung der psychosozialen Betreuung

Bernd Westermann

Vorgegebene „Leitfragen“:

- Besteht ein Konsens in der Fachöffentlichkeit darüber, was PSB ist bzw. sein soll? Wie könnten ein Konsens oder Leitlinien ggf. hergestellt werden?
- Ist die Verknüpfung von „psychosozialer Betreuung“ (PSB) mit dem medizinischen Teil der Substitutions-behandlung in der BtMVV sinnvoll? Sollte ggf. die Wahrnehmung einer psychosozialen Betreuung durch den Patienten auf freiwilliger Basis erfolgen?
- Welche Finanzierungsformen haben sich bundesweit als sinnvoll erwiesen?
- Besteht eine Unterversorgung mit PSB (in der Fläche, ggf. in bestimmten Institutionen wie Hafteinrichtungen)? Falls ja, wird dadurch ggf. der Zugang zur ärztlichen Substitution limitiert?
- Entspricht die PSB in der Praxis dem Bedarf der Klienten nach Unterstützung? Existieren Untersuchungen oder trügereigene Umfragen zur PatientInnenzufriedenheit innerhalb der Substitutionsbehandlung?
- Wie können KlientInnenwünsche nach PSB bzw. Unterstützung ermittelt und in die Planung und Gewährung von PSB einbezogen werden?

Thesen

Das *Hauptproblem* der psychosozialen Betreuung von Substituierten (PSB) kommt zugleich zur Sprache (wenigstens implizit) und bleibt verborgen:

PSB hat ein *Akzeptanz-Problem* !!!

Das Akzeptanz-Problem hat seine - eng verflochtenen - *Wurzeln*. Dies sind:

- die gegebene (äußerst differenzierte bis diffuse) *Versorgungssituation*,
- *ritualisierte Statements* zu Substitution und PSB sowie
- der (defizitäre) *Stand der Forschung* - insbesondere zur PSB!

Akzeptanz-Probleme

sind insbesondere dann wenig überraschend,

- wenn durch *mangelnde Verfügbarkeit* von PSB Substitutionsbehandlungen behindert, verunmöglicht, auf harm reduction reduziert oder zum puren „Ausschankbetrieb“ werden.
- wenn das jeweils als PSB Angebotene für PatientInnen, ÄrztInnen und Kostenträger gleichermaßen undurchschaubar oder nicht als sinnvolle Dienstleistung erkennbar bleibt. (Transparenz, Standards, Qualitätsnachweis, adäquate Kommunikation)
- wenn die als PSB angebotene Leistung tatsächlich *schlecht* (unqualifiziert) und / oder *überflüssig* und Besserung nicht in Sicht ist.
 - wenn die regelmäßige Bewertung von PSB nicht *strukturell verankert* und mit spürbaren *Konsequenzen* verbunden ist.

Zur Versorgungssituation

- Der „pharmakologisch-medizinische Kern“ von Substitution ist unschwer auszumachen - gleichgültig wo diese Behandlung von wem angeboten wird.
 - Dem gegenüber *kann* ein *Konsens* darüber, was PSB *ist*, - beim besten Willen - *nicht zustande kommen*, weil es PSB als auch nur halbwegs vergleichbar erbrachte Leistung in der Praxis so gut wie gar nicht gibt. (Nur in wenigen Städten und Regionen geschieht unter dem Label „PSB“ trägerübergreifend womöglich wenigstens ähnliches.)
 - Auch darüber, was PSB *sein soll*, gibt es jenseits allgemeiner Zielformulierungen in der Fachöffentlichkeit *abweichende Meinungen*. (Vgl. vorhandene Leitlinien und Standards) Aus diesen

Positionspapieren im Kompromissverfahren einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ zu abstrahieren, mag von einer gewissen politischen Signalwirkung sein. *Versorgungspraktisch* erscheint es *weit weniger bedeutsam*.

➤ Nämlich: PSB findet im Alltag - relativ leitlinienfern - unter *speziellen kommunalen Rahmenbedingungen* und in praktischer Umsetzung der jeweiligen „*Trägerpolitik*“ statt. Vor allem durch diese beiden Faktoren werden *Quantität* und *Qualität* der Leistung bestimmt.

➤ Von diesen konkreten Umständen sowie den damit verbundenen Möglichkeiten und Grenzen, hängt auch der *Leumund von PSB* bei PatientInnen, ÄrztInnen und Kostenträgern ab. (Mitunter ist dieser - nachvollziehbar - mies.)

➤ *Selbst innerhalb der Drogenhilfe* stößt PSB - ideologisch, v. a. aber strukturell und damit finanziell bedingt - auf äußerst unterschiedliches Interesse. Auch das kann *unmöglich ohne Außenwirkung* bleiben.

➤ PSB steht unter erheblichem *Profilierungsdruck*. Dies allerdings wird in sehr unterschiedlicher Intensität wahrgenommen:

➤ a) sehr stark und nachhaltig dort, wo die Ausstattung der Leistung relativ günstig ist, zugleich aber die Leistungserbringung sehr genau kontrolliert wird,

➤ b) eher am Rande dort, wo PSB eher am Rande angeboten wird (und weder auf fachliches noch auf ökonomisches Interesse stößt).

Wichtige *Profilierungsfelder von PSB* sind:

➤ Einführung und konsequente Umsetzung *fachlicher Standards* beim Umgang mit *Kernproblemen* von Substitution - und von Substituierten - („Beikonsum“, Unterstützung medizinischer Maßnahmen, Leben mit chronischen Erkrankungen, sozialer Status und Perspektiven, Partnerschaft / Schwangerschaft / Elternschaft / Kindeswohl...)

- Erweiterung und Differenzierung von *unmittelbar ergänzenden Angeboten* (Arbeit / Tagesstruktur...), ohne die PSB ein „Parkplatz mit Sackgassenaussicht“ bleibt
- Wieder- oder Neubesetzung des Themas *Rehabilitation* auf sachlich und fachlich angemessene Weise (Dazu gehört *auch* das viele ÄrztInnen kaum interessierende *Substitutions-Ende*: für manchen ein enormer *Gewinn an Lebensqualität!*)
- *Qualifizierung des Umgangs mit Kooperationspartnern und Kostenträgern*
- eine neue Art von *respektvoller Übereinkunft* und *verbindlicher Zusammenarbeit* mit den *Substituierten* als verantwortungsfähigen Leistungsempfängern.

Ritualisierte Statements

- Immer wieder die gleichen (zudem so schlecht getarnten) *Wahrnehmungs- und Argumentationsfallen*:
- Substitution wird nahezu ausschließlich vom Behandlungszugang her gedacht, PSB als dessen Limitierung.
- (Behandlungsprobleme, selbst die gravierendsten, bleiben dabei regelmäßig weitgehend ausgeblendet oder werden nur „verschoben“.)
- Als prominentestes Vehikel dieser Diskussion wird „Freiwilligkeit“ in Stellung gebracht - ein in dieser Form wahrlich antikes ideologisches Geschütz.
- Unausweichliche Tatsache ist: Die Substitution und mit ihr PSB ist für alle Beteiligten ein „Zwangskontext“. (Damit ist sie durchaus nichts besonderes!)
- Wie man mit einer solchen Situation konstruktiv – zum Nutzen aller Beteiligten - umgehen kann, ist die eigentliche Frage.
- Dringlichst muss - die auch in der Drogenhilfe noch recht geläufige - Verwechslung von „Freiwilligkeit“ mit Unverbindlichkeit überwunden werden.

- „Freiwilligkeit“ kann eine allzu bequeme Helferideologie sein, mit deren Hilfe sich die Verantwortung für die Nicht-Akzeptanz von Angeboten abschieben lässt.
- Die Selbstverständlichkeit von Verbindlichkeit ist die einzige (auch in der PSB inzwischen bewährte) Lösung. Sie nimmt dem Obligatorischen den lähmenden Schrecken der Sanktion.
- Gern ins Feld geführt wird auch: Die Wirksamkeit von PSB – wofür auch immer - sei wissenschaftlich nicht nachgewiesen. Das kann 1. angesichts der Versorgungsrealität nur bedingt anders sein und ist 2. trotzdem nur eine Halbwahrheit, die 3. leicht durchschaubar instrumentalisiert wird.
- Übrigens: In der Medizin würde man aus dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis einer - eigentlich gewollten (!) - Methode stets nur eines folgern: dass es an aussagekräftigen Studien fehlt!

Zum Stand der Forschung

- Dass (z. B.) die abgeschlossene *Heroinstudie* als Gelegenheit genutzt wurde, auch die Wirksamkeit psychosozialer Unterstützungsmodelle zu untersuchen, ist verständlicher Ausdruck des Impulses, die Gunst der Stunde zur Behebung eines *gravierenden Mangels* zu nutzen.
- Leider aber ist letztlich nur ein weiteres Mal wiederholt worden, was schon früher regelmäßig geschah: *Beschreibung und Bewertung von „Laborverhältnissen“*, von künstlich angelegten, nach abgeschlossener Forschung versinkenden Welten.
- Hartnäckigst werden in der wissenschaftlichen Thematisierung von PSB *methodische Einseitigkeiten und Defizite* fortgeschrieben. Was in der PSB de facto, warum, auf welche Weise und mit welcher Resonanz geschieht, muss daher unsichtbar bleiben.
- All das erschwert den *Transfer* von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis, ebenso aber auch die wissenschaftliche *Autorisierung* und damit die *Akzeptanz* von PSB bei PatientInnen, ÄrztInnen und sämtlichen „Dritten“.

Auswertung

Ergebnisse aus dem Expertengespräch - "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung"

1. Einleitung

Am 14.2. 2007 haben sich mehr als 50 eingeladene ExpertInnen aus allen Bereichen, die mit Substitution zu tun haben, in Berlin getroffen, um über Wege der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland zu diskutieren. Auf Einladung von akzept e.V. und der Universität Bremen haben zunächst Eingangsreferate einen Überblick gegeben über

- i) den globalen Einsatz der Substitutionsbehandlung, ihre Bedeutung und ihre Ziele und die „lessons learned“ übertragen auf die deutsche Situation (Dr. I.I. Michels, Shanghai),
- ii) die Versorgungslage-/probleme und Veränderungsbedarf (Prof. Dr. H.-U. Wittchen, Dresden),
- iii) Diversifikation der Substitutionsbehandlung - Substanzen und Effekte (Dr. Uwe Verthein, Hamburg) und
- iv) die administrative, rechtliche Problematik in der alltäglichen Praxis der Substitutionsbehandlung (Anke Follmann, Münster).

Mit diesem Treffen ist weitere Bewegung in die Diskussion um die Bedingungen der Substitutionsbehandlung gekommen. Es ist deutlich geworden, dass die Behandlungsmodalitäten klar und transparent, überprüfbar, unbürokratisch, und den Ressourcen und Möglichkeiten der Patienten und den Alltagspraxisbedingungen der Behandler angepasst sein müssen.

Jede/r der ‚ReferentInnen‘ hat Veränderungsbedarfe skizziert, die zusammen mit den vorab verschickten zielführenden Fragestellungen seitens der Veranstalter die Arbeitsgrundlage für die an-

schließenden Arbeitsgruppen bildeten. Hier zeigte sich die besondere Bedeutung dieses Expertengesprächs. Interdisziplinär, multi-professionell, verbands-/bereichs- und bundesländerübergreifend wurden die zentralen Themen der Substitutionsbehandlung diskutiert: Deregulierung, um einerseits den PatientInnen mehr Handlungsspielräume im Alltag zu gewähren (z.B. Liberalisierung der take-home Regelungen), und andererseits die Behandlung attraktiver und weniger belastend für ÄrztInnen zu machen (Deregulierung). Kann dies erreicht werden, wird man die Zahl der ÄrztInnen halten und evtl. ausbauen können – eine Grundvoraussetzung für jede Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Kreisläufe wurden erkennbar, dass immer weniger ÄrztInnen immer mehr PatientInnen zu versorgen haben, was zwangsläufig zu Überlastungen seitens der verbliebenen ÄrztInnen führt. Schließlich wurden erhebliche Versorgungslücken und –mängel in der Bereitstellung der Substitutionsbehandlung im ländlichen Bereich und in Settings wie Haft und medizinische Rehabilitation deutlich.

2. Übergeordnete Themenbereiche

2.1. Grundverständnis der Substitutionsbehandlung

Die Substitution ist eine eigenständige pharmakologische Behandlungsform zur Langzeitbehandlung der schweren chronischen Erkrankung „Opiatabhängigkeit“. Substitutionsmedikamente dienen der gesundheitlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen. Die Substitutionsmedikamente sind nicht primär als Vehikel zur Abstinenz zu verstehen. Es ist evident und durch Studien belegt, dass eine multiprofessionelle Intervention mit medizinischen und psycho-sozialen Bestandteilen am erfolgreichsten in der Behandlung und dem Management dieser chronischen Erkrankung ist (und zwar aus beiden Perspektiven: psycho-soziale Interventionen, medizinische Behandlung). Dort wo die Bedingungen für eine multiprofessionelle Behandlung, nicht bestehen, müssen

alternative Wege der Versorgung mit Substitutionsbehandlungen gefunden werden. Eine mangelhafte Versorgungsstruktur (z.B. mit psycho-sozialen Betreuungsangeboten, wie sie für ganze Regionen besteht (etwa im ländlichen Bereich) stellt die Frage nach realitätsangepassten Substitutionsbedingungen (etwa unter stärkerer Einbeziehung von Apotheken). Insofern steht die PSB nicht gleichberechtigt neben dem medikamentösen Teil der Substitutionsbehandlung, sondern ist als sinnvolles, bewährtes und effizienzsteigerndes Instrument zu betrachten.

2.2. Versorgungssituation/-probleme/-qualität

In allen Eingangsreferaten wurden deutlich: Das Potential dieser überaus erfolgreichen Behandlungsform mit gegenwärtig ca. 65.000 PatientInnen sollte noch stärker genutzt werden, d.h.

- mehr als die derzeit behandelnden ca. 2.700 Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen,
- weitere Settings zu erschließen (wie Gefängnis, medizinische Rehabilitation),
- die Behandlungsqualität zu verbessern (v.a. den interdisziplinären Austausch und Kooperation zwischen Ärzten und psycho-sozialen Berufen, sowie die konkrete Abgabepaxis)
- bei gleichzeitiger Gewährleistung der Medikamentensicherheit.

Die Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer Substitutionsbehandlung ist nicht der Behandlung anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt (v.a. ausgedrückt im §5 BtmVV). Es bestand eine weitgehende Einigkeit bei den TeilnehmerInnen in der Forderung nach einer Deregulierung der Substitutionsvorschriften

Die gegenwärtige Überregulierung mit hohem bürokratischem Aufwand wird als hochschwellig und abschreckend für die BehandlerInnen, und z.T. als Ursache für die Stagnation, bzw. den Rückgang der Zahl substituierender Ärzte benannt (vgl. Vortrag Wittchen). Diese Tatsache führt in vielen Regionen zu Versorgungs-

problemen (v.a. im ländlichen Bereich), mit der Folge eines feststellbaren ‚Substitutionstourismus‘ (Land zu Stadt) bzw. zu täglich weiten Strecken zur Arztpraxis.

Für die PatientInnen bedeutet das teilweise erhebliche Belastungen und eine erhebliche Behinderung bei der Rückkehr zu gesellschaftlicher Normalität. Einem zentralen Anliegen der Substitutionsbehandlung wird damit entgegengewirkt

Diese zunehmende Unterversorgung mündet auch in eine Mehrbelastung der vorhandenen Arztpraxen und Zentren mit bekannten Konsequenzen (vgl. Vortrag Follmann).

Eine Ausweitung der Zahl substituierender ÄrztInnen wird als prioritäres Versorgungsziel angesehen. Darüber hinaus sollten sowohl die Zahl der Schwerpunktpraxen erhöht, als auch die psychiatrischen/und psychotherapeutischen Versorgungssysteme mit in die Substitutionsbehandlung einbezogen werden.

Als weitere Versorgungsprobleme werden die Beschränkung auf wenige Substanzen und die ausschließlich orale Applikationsform gesehen (vgl. Vortrag Verthein). Der sich verändernden Altersstruktur der SubstitutionspatientInnen muss mit differenzierteren Versorgungsstrukturen begegnet werden. In einigen Lebensbereichen opiatabhängiger Menschen (wie Hafteinrichtungen und medizinischer Rehabilitation) ist die Versorgung mit Substitutionsbehandlungen nicht gesichert. Im Haftbereich bestehen unterschiedlichste Standards der Behandlungspraxis, die von Bundesland zu Bundesland und z.T. von Anstalt zu Anstalt verschieden sind. Diese Heterogenität führt bei Haftverlegungen zu erheblichen Problemen. Die Zahl der Gefangenen in Substitutionsbehandlung ist gemessen am Bedarf sehr gering: Eine Substitutionsversorgung opiatabhängiger Patienten ist in vielen Anstalten nicht gesichert.

Die Ressource Apotheke ist in den letzten Jahren zu wenig beachtet worden. Sie muss zur Optimierung der Substitutionsstruktur wesentlich besser definiert und eingebunden werden.

2.3. Behandlungsqualität

Es ist ärztliche Aufgabe die Qualität der Behandlung zu sichern (und grobe Verstöße zu sanktionieren)! Die ärztliche Qualität in der Substitutionstherapie wird in ausreichender Intensität durch die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft (Stichproben-/ und anlassbezogene Überprüfungen nach der Qualitätsrichtlinie des G-BA).

Für die Qualitätssicherung im Bereich der Substitutionen ausserhalb der GKV sind die Kammern zuständig, bzw. die in den „ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ erwähnten Beratungskommissionen, soweit noch nicht geschehen, einzurichten und dafür in die Pflicht zu nehmen.

Die strukturellen Voraussetzungen ‚Richtlinien der Bundesärztekammer‘ und ‚BUB-Richtlinie‘ sind mit Abstrichen (z.B. Abstinenzgebot) grundsätzlich geeignet, die Qualität zu sichern. Die BtmVV, insbesondere der §5, ist aufgrund seiner ausschließlichen Sanktionsausrichtung nicht geeignet, die Qualität zu sichern und zu verbessern. Eine Qualitätssicherung und –entwicklung sollte anhand ärztlicher Behandlungsregeln, Leitlinien und Modellen ‚Guter Praxis‘ erfolgen.

Zur Qualitätssicherung gehören neben der Sicherung der Behandlungsabläufe am einzelnen Patienten auch die strukturellen Aufgaben, die Versorgung mit Substitutionsbehandlungen überhaupt zu gewährleisten: Gibt es genügend Behandlungsangebote? Existieren für die Patienten ausreichende Alternativen, z.B. wenn sie mit einem Behandler oder einem Behandlungszentrum nicht zurecht kommen? Wie ist der Zugang dazu für die Patienten geregelt – normal und würdig wie bei anderen Krankheiten, oder gibt es Elemente eines Spießrutenlaufens? Gibt es in Regionen Anhalte für bestimmte Praktiken (wie „Rezept gegen Bares?“) Die Qualitätssicherungs-

kommissionen müssten sich auch auf Fragen der Versorgungsqualität konzentrieren.

2.4. Probleme und Bedeutung substitutionsbegleitender, psycho-sozialer Hilfen

Für den Bereich substitutionsbegleitender, psycho-sozialer Hilfen („psycho-soziale Betreuung“) wird allgemein die Notwendigkeit von Begriffsklärung, Profilierungs- und Professionalisierungsdiskussion gesehen. Die Verknüpfung von medizinischer Behandlung und psycho-sozialen Maßnahmen in der BtmVV wird als ‚Zwangs-kontext‘ von unterschiedlichen Standorten aus kontrovers diskutiert. Gegenwärtig leidet die psycho-soziale Betreuung (PSB) unter einem Akzeptanzmangel aufgrund

- differenzierter und diffuser Versorgungssituation
- ritualisierter Betreuungsformen
- und Forschungsdefiziten zu ihrer Wirksamkeit.
- Die Akzeptanzprobleme resultieren u.a. aus
- mangelnder Verfügbarkeit
- Transparenzproblemen
- Mangel an Qualitäts- und Effizienznachweisen.

Ein professioneller Konsens fehlt, u.a. auch weil PSB nicht als vergleichbare Leistung in den Bundesländern verfügbar ist. Trägerpolitik und kommunale Bedürfnisse definieren derzeit die PSB.

Unterschiedliche Zielprioritäten und unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen resultieren in System- und Professionsbruchstellen zwischen Suchtmedizin und psycho-sozialen Hilfen.

Einigkeit besteht darüber, dass multiprofessionelle Interventionen die überlegene Methode in der Substitutionsbehandlung darstellen (integrierte Sichtweise).

Die Verbände sehen Versorgungsdefizite.

3. Skizzierung des Veränderungsbedarfs aus den workshops

workshop 1: Versorgungslage, Schnittstellenprobleme (Überleitung in anderen Therapien/Settings) - Veränderungsbedarfe/-adressaten (→)

Die Behandlung Opiatabhängiger muss der Behandlung von PatientInnen anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt werden. Ärztliche Behandlungsregeln und Leitlinien sollen anstelle der Bindung an das BtmG und die BtmVV treten (→ Gesetzgeber, BtmVV).

Die Versorgung Substituierter im ländlichen Bereich ist schlecht und verschlechtert sich weiter. Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden. Eine Möglichkeit ist die Förderung der Einnahme in der Apotheke. (→ KV, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)

Die Versorgung opiatabhängiger Patienten in Haftanstalten mit Substitutionsbehandlungen muss gewährleistet werden, sowohl als Weiterbehandlung laufender, als auch in Haft begonnener Therapie (→ Bundesländer: Justizministerien).

Ein Mangel an PSB – Plätzen darf keine Auswirkung auf die Bereitstellung und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung haben. Eine Entkoppelung muss angestrebt werden (→ KV, Bundesländer, Gesetzgeber (BtmVV) Ärztekammer, GBA =gemeinsamer Bundesausschuss!)

Erweiterte Möglichkeiten der Aufnahme von Substituierten beim Hausarzt sind umzusetzen: Erweiterte Konsiliarregelung. Hierzu muss die Honorierung geregelt werden. Eine Ausweitung darf keinesfalls zu Lasten der Ausbildungs- und Qualitätsstandards gehen. (→Gesetzgeber, ärztliche Selbstverwaltung und KV).

Die ärztliche Selbstverwaltung muss ‚schwarze Schafe‘ entweder entschiedener einbinden oder, wenn das nicht gelingt, stärker als bisher aus den Reihen der substituierenden Ärzte entfernen.
(→ ärztliche Selbstverwaltung).

Die psychiatrische Behandlung Opiatabhängiger bzw. Substituierter ist schwierig, weil wenig niedergelassene Psychiater bereit sind, opiatabhängige PatientInnen zu behandeln
(→ KV: besondere Behandlungsziffern für die Behandlung dieser Doppeldiagnose-patientInnen; ärztliche Berufsverbände)

Die psychiatrische Behandlung Opiatabhängiger bzw. Substituierter muss ermöglicht werden. Zur Förderung der Bereitschaft niedergelassener Psychiater sind besondere Behandlungsziffern für die Behandlung dieser Doppeldiagnose-PatientInnen nötig. Ein Anreiz könnte dadurch geschaffen werden, dass auch z.B. ausserhalb des Budgets abgerechnet werden kann.

In der psychiatrischen Weiterbildung muss der Sorge um substituierte Patienten ein besonderer Schwerpunkt gewidmet werden.
(→ ärztl. Berufsverbände, KBV).

Es müssen dem Bedarf entsprechend ausreichende PSB-Plätze zur Verfügung stehen. Es muss eine spezielle Qualifikation zur Betreuung von Substituierten für PSP-BeraterInnen geben. Die Finanzierung der PSB muss geregelt werden (siehe workshop 4).
(→ Fachverbände, Bundesländer und Kommunen als Kostenträger der PSB).

Die medizinische Rehabilitationsbehandlung muss für substituierte PatientInnen geöffnet werden. Die Behandlungsplanung soll individualisiert erfolgen - unabhängig davon, ob der Patient substituiert ist oder nicht. Das Antragsverfahren muss der abstinenzenorientierten Reha gleichgestellt werden.
→ Rentenversicherungen, Fachverbände).

Es sollte angedacht werden, einige Sucht-Schwerpunktpraxen als MVZ zu organisieren: Substituierende Ärzte, SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen und andere Fachärzte zumindest stundenweise vor Ort.

workshop 2: Qualität der Substitutionsbehandlung: Standards, Zielformulierungen, „Beikonsum“, Kooperation und Kommunikation zwischen medizinischen und psycho-sozialen Professionen

Eine Fortsetzung der Diskussion um wissenschaftlich begründete Leitlinien wurde als wichtig erachtet. Eine Leitlinienarbeit ist jedoch nur sinnvoll wenn sie kooperativ und interdisziplinär und unter Einbeziehung der Selbsthilfe durchgeführt wird. Als Basis für Leitlinien können das ASTO-Projekt und die Leitlinien der Bayerischen Akademie für Suchtfragen dienen.

Da Leitlinien nicht alle Facetten der äusserst differenzierten Behandlungsnotwendigkeiten bei dem sehr heterogenen Patientenkollektiv abdecken können, sind Disease-Management-Programme (SGB XX) oder Verträge zur integrierten Versorgung (SGB V §140) zu diskutieren.

Die politischen Entscheidungen zur Substitutionsbehandlung sollten den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen und angepasst werden. Vor allem eine Vereinfachung der Rahmenbedingungen ist dringend nötig. Ein Optimierungsbedarf in der Qualitätsentwicklung in der Substitutionsbehandlung ergibt sich aus Problemen der täglichen Substitutionspraxis:

- -Mortalität von Patienten in der Substitutionstherapie
- -psychiatrische Komorbidität
- -somatische Komorbidität.

Kooperationsdefizite zwischen den betroffenen Institutionen innerhalb und außerhalb der Suchthilfe (Arztpraxen, Drogenberatung, akute und rehabilitative stationäre Drogentherapie, Ämter, JVA etc) sind zu verringern, d.h. das therapeutische Gefüge Patient-Arzt-Apotheke-Beratungseinrichtung muss verbessert werden.

Für die Patienten müssen individuelle, situationsgerechte Zieldefinitionen und individuelle Hilfeplanungen (u.a. ein kritischer Umgang mit dem dominanten Ziel der Opiatabstinenz) erstellt werden. Auch die Ablösung von der Abhängigkeit vom Arzt sollte in die Zieldiskussion einbezogen werden.

Die Ausbildung der Ärzte muss weiterhin qualitativ weiterentwickelt werden. ‚Suchtmedizin‘ muss verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung ‚Allgemeinmedizin/Hausarzt‘ sein und fakultativ auch für die anderen Fachrichtungen: Internisten, Gynäkologen möglich sein. (→ ärztliche Selbstverwaltung, Universitäten, Ärztekammern) .

Die Ärzteschaft soll keine weitere Bürokratie erzeugen durch z. B. Zusatzbezeichnungen mit Prüfung (→ ärztliche Selbstverwaltung/ Ärztekammer).

Mehr pharmaindustrie-ferne Forschung als bisher ist notwendig, um Grundlagen für eine Verbesserung der Qualitäts- und Versorgungsstrukturen zu erhalten.

workshop 3: Administrative-rechtliche Problematiken im ärztlichen Praxisalltag, Sicherstellungsauftrag - Veränderungsbedarfe/-adressaten (→)

Die Regelungen des **§5 BtmVV** sind als Instrumente einer medizinischen Behandlung ungeeignet und hinderlich. Der Verzicht auf §5 sollte juristisch geprüft werden (Planspiel/ juristische Expertise). Die Möglichkeiten der Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens durch die ärztliche Selbstkontrolle im Fall eines Wegfalls von §5 sind zu definieren. Die Einbeziehung der Qualitätssicherungskommissionen ist zu prüfen

(- Beratung, -Kontrolle, - Sanktion). Ausgearbeitete Vorschläge für §5 ersetzende Richtlinien sind dem BMG vorzulegen (die Kostenfrage dafür ist offen).

Die Take-Home-Regelungen müssen erweitert werden für stabile PatientInnen: 4 Wochen-Rezept; Take-Home auch für nicht-berufstätige PatientInnen (auch im Inland).

Abgabe zum alsbaldigen Verbrauch (Mitgabe aus der Praxis) sollte eingeführt werden (Rechtsgleichheit analog zur Codeinvergabe).

Adäquate Vergütungen sind nötig für:

- Take-Home Rezepte (Take- Home Ziffer erforderlich, wie z.T. schon vorhanden)
- Ziffer für ausführliches Therapiekonzept gemäß BUB (Leistungen ausserhalb Budget)
- Mehr Gesprächsziffern – mindestens bis zu 13/Quartal (BÄK Richtlinien) (bisher auf 4 begrenzt)
- Koordinierungsleistungen, evtl. in Form einer Pauschale
- Ziffern für Delegationsleistungen
- Fallpauschalen
- Vergütung Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Für ein ausführliches Therapiekonzept gem. BUB-Richtlinie, d.h. Leistungen die darunter subsumiert werden (wie ganzkörperl. Untersuchung) müssen honoriert werden. Keine Ausschlußziffern im Zusammenhang mit den Ziffern 01950-01952 (Substitutionsbehandlung).

Die Frage der Fahrtkostenübernahme sowohl zum Sichtbezug als auch zum Substitutionsarzt muss kurzfristig geklärt werden (ein Antrag auf Erweiterung der Indikationsliste an die GBA wurde gestellt).

Meldungen an das Substitutionsregister sollen online möglich sein. Das Substitutionsregister soll Daten zur Versorgungssituation liefern. Ähnlich wie beim HIV-Register ist für einen besseren Datenschutz zu sorgen.

workshop 4: Nutzen, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und rechtliche Bewertung der psycho-sozialen Betreuung (PSB)

Es muss ein Konsens in der Fachöffentlichkeit über die Bedeutung, Ziele und Arbeitsweisen der psycho-sozialen Betreuung hergestellt werden. Eine Verknüpfung von psycho-sozialer und medizinischer Intervention wurde als sinnvoll erachtet,. PSB als Zugangsvoraussetzung zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung wird als hinderlich gesehen, hier sollte eine Entkoppelung stattfinden. PSB sollte als freiwillig in Anspruch zu nehmende Angebotsform gestaltet werden,.

Eine Definition der Ziele und Methoden psycho-sozialer Begleitung ist notwendig, Als übergeordnete Zielorientierung wurde vorgeschlagen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. zu verbessern. PSB soll nicht nur als Begleitung der ärztlichen Substitutionsbehandlung verstanden werden.

Eine Neuverständigung über Standards und Leitlinien der psychosozialer Begleitung sollte von den Fachverbänden erarbeitet werden. Die beteiligten Verbände sollten sich zusammensetzen und in Kooperation mit ärztlichen Verbänden, eine interne Professionalisierungs- und Profilierungsdiskussion führen. Als Ergebnis dieser Diskussion sollten Manuale zu einzelnen Teilthemen (HCV-Therapie, Beikonsum, Teilhabe) erarbeitet werden (Zu prüfen ist, ob dies im Auftrag des BMG geschehen kann).

Bestehende Versorgungsdefizite in der psycho-sozialen Betreuung sollten aufgedeckt und Vorschläge zur Lösung dieser Defizite erarbeitet werden.

Grundsätzlich wurde ein Qualifizierungsbedarf in der psychosozialen Arbeit mit Substituierten festgestellt der durch eine Zusatzqualifikation im Bereich PSB/Sozialarbeit befriedigt werden könnte (50-70 Stunden). In der Triade Klient/bzw. Patient-Arzt-PSB besteht ebenfalls ein Qualifizierungsbedarf - Schnittstellen zur suchtmmedizinischen Weiterbildung sollten genutzt werden

(→ Bundesländer als Kostenträger der PSB, Fachverbände).

Die Finanzierungsgrundlagen der PSB sollten eindeutig festgelegt werden.

→ Gesetzgeber, GBA).

Als weitere Finanzierungsmöglichkeiten könnte der §53 SGB XII als Ergänzung/Erweiterung zu den freiwilligen Leistungen genutzt werden. Auch die GKV-Finanzierung ‚Soziotherapie‘ könnte als Ergänzung geöffnet werden Insgesamt wurde deutlich, dass ein Forderungskatalog zur Finanzierung aufgestellt werden muss.

Schließlich wurde festgestellt, dass Forschung zur Wirksamkeit von PSB nötig ist, um die Wirksamkeit bestimmter Angebote zu erforschen und die Angebote besser am Bedarf der Klienten ausrichten zu können.

In einem Auswertungsgespräch am 27.04.2007 im BMG wurden die Positionen ausgetauscht.

Als nächster Schritt ergab sich aus diesem Gespräch die Notwendigkeit einer Präzisierung der Veränderungsbedarfe. Akzept und die Uni Bremen werden dazu mit allen Teilnehmern in Kontakt bleiben. Beide Veranstalter werden weitere Zuarbeit aus dem Teilnehmerkreis und darüber hinaus in die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung einbeziehen.

Konsens bestand darüber, nach Ablauf eines Jahres in einem weiteren Treffen die bis dahin erreichten Fortschritte zu diskutieren.

Für die Veranstalter:

27.04.2007

Bremen
Prof. Dr. Heino Stöver
Universität Bremen, FB 11

Berlin
Ingeborg Schlusemann
akzept e.V., Vorsitzende

Empfehlungen

Empfehlungen auf der Grundlage der Ergebnisse des Expertengesprächs - "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung"

1. Grundverständnis

Auf Einladung von akzept e.V. und der Universität Bremen haben sich am 14.2. 2007 mehr als 50 eingeladene ExpertInnen aus allen Bereichen, die mit Substitution zu tun haben, in Berlin getroffen, um über Wege der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland zu diskutieren.

Die ExpertInnen gehen davon von folgendem Grundverständnis der Substitutionsbehandlung aus:

Die Substitution ist eine eigenständige pharmakologische Behandlungsform zur Langzeitbehandlung der schweren chronischen Erkrankung „Opiatabhängigkeit“. Substitutionsmedikamente dienen der gesundheitlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen. Die Substitutionsmedikamente sind nicht primär als Vehikel zur Abstinenz zu verstehen. Es ist evident und durch Studien belegt, dass eine multiprofessionelle Intervention mit medizinischen und psycho-sozialen Bestandteilen am erfolgreichsten in der Behandlung und dem Management dieser chronischen Erkrankung ist (und zwar aus beiden Perspektiven: psycho-soziale Interventionen, medizinische Behandlung).

2. Versorgungslage

Die Versorgung opiatabhängiger PatientInnen mit der Substitutionsbehandlung hat sich einerseits in den letzten 10 Jahren verbessert:

Gegenwärtig werden ca. 70.000 PatientInnen behandelt. Andererseits werden jedoch auch erhebliche Versorgungsprobleme deutlich:

1. Die Zahl der substituierenden Ärzte (ca. 2.700 Ärztinnen derzeit) stagniert und droht abzunehmen. In einzelnen Regionen und im ländlichen Bereich generell ist die Versorgung mangelhaft. Schnittstellenprobleme (z.B. Behandlungsabbrüche) entstehen beim Übertritt von einem Setting in ein anderes (z.B. Gefängnis, medizinische Rehabilitation; Krankenhaus)

2. Der Behandlungszugang und die Behandlungsqualität sind verbesserungswürdig (v.a. der interdisziplinäre Austausch und die Kooperation zwischen Ärzten und psycho-sozialen Berufen, sowie die Abgabepaxis). Die Regulierungen der Substitutionsbehandlung bilden rigide administrativ-rechtliche Rahmenbedingungen und führen im ärztlichen Praxisalltag häufig zu Versorgungsproblemen. Sie werden von ExpertInnen als abschreckend für die Übernahme der Behandlung dieser komplexen Erekrankung durch Ärztinnen und Ärzte betrachtet.

3. Die Organisation, Finanzierung und das Angebot psycho-sozialer Betreuung substituierter Patienten sind bundesweit heterogen geregelt. Durch unterschiedliche Interpretationen in den einzelnen Kommunen und Bundesländern entstehen daraus Hindernisse für den Zugang zur Substitutionsbehandlung.

4. Um die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten in Deutschland zu optimieren werden auf der Grundlage des o.g. Expertengesprächs im folgenden Empfehlungen an die zuständigen und verantwortlichen Stellen ausgesprochen. Dabei sind einige Bereiche nur übergreifend von mehreren zuständigen Stellen gleichzeitig anzugehen.

3. Empfehlungen

Gesetzgeber (Bund)

Die Behandlung Opiatabhängiger muss der Behandlung von PatientInnen anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt werden. Eine Qualitätssicherung und Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens sollte durch Gremien der ärztlichen Selbstkontrolle und Qualitätssicherung erfolgen.

Die Zielformulierung der Substitutionsbehandlung sollte auf der Basis des Standes der Wissenschaft und der ärztlichen Kunst zwischen Arzt-Patient und ggf. psycho-sozialer Betreuung abgestimmt und nicht durch gesetzliche Vorgaben geregelt werden. Internationale Forschung erkennt die Erhaltungstherapie als eine eigenständige Behandlungsoption an – neben der Abstinenz.

Die Überlassung des Substitutionsmedikamentes in einer oder mehrerer Dosen zum unmittelbaren Verbrauch sollte flexibler geregelt werden (§5 Abs.6 BtMVV– Ausnahmen vom unmittelbaren Verbrauch).

Die Take-Home-Regelungen müssen erweitert werden für stabile PatientInnen Take-Home-Rezept bis zu 4 Wochen (Wiederholungsrezepte).

Meldungen an das Substitutionsregister sollen online möglich sein. Das Substitutionsregister soll Daten zur Versorgungssituation liefern. Ähnlich wie beim HIV-Register ist für einen besseren Datenschutz zu sorgen.

Die Einschränkung der Substitutionsbehandlung auf die Verschreibung nur bestimmter Medikamenten und Applikationsformen ist zu überprüfen. Die im europäischen Ausland aufgrund positiver Forschungsergebnisse verwendeten Substitutionsmedikamente (z.B. retardierte Morphine) sollten mit Blick auf eine Erweiterung der Therapiepalette zugelassen werden.

Bundesländer

Die Finanzierungsgrundlagen der psycho-sozialen Betreuung sollten eindeutig festgelegt werden (Anregung: §53 SGB XII, als Ergänzung /Erweiterung freiwilliger Leistungen).

Die Versorgung opiatabhängiger Patienten in Haftanstalten mit Substitutionsbehandlungen muss gewährleistet werden, sowohl als Weiterbehandlung laufender, als auch in Haft begonnener Therapie. Eine Zusatzqualifikation von MitarbeiterInnen in der psycho-sozialen Arbeit mit Substituierten (entsprechend der Qualifikation für Ärzte) wird für sinnvoll erachtet.

Kassenärztliche Vereinigungen (KV): Bund und Land

Um die Zahl der substituierenden Ärzte zu erhöhen und um die Behandlungsmodalitäten zu vereinfachen sind erweiterte Möglichkeiten der Aufnahme von Substituierten beim Hausarzt z. B. in ländlichen Regionen umzusetzen. Ebenso ist eine Erweiterung der Konsiliarregelung nötig. Die Honorierung der Konsiliartätigkeit muss geregelt werden.

Um die Versorgung Substituierter im ländlichen Bereich zu gewährleisten bzw. zu verbessern sollten die Möglichkeiten der Einnahme des Substitutionsmedikaments in der Apotheke unterstützt werden. (Honorar).

Die psychiatrische Behandlung Opiatabhängiger bzw. Substituierter muss verbessert werden. Für die Behandlung dieser Doppel-diagnose PatientInnen ist ein besonderer Zeitaufwand nötig. Dem muss sowohl in der Bewertung der Behandlungsziffer als auch in der Berechnung des Zeitkontingents Rechnung getragen werden (ggf. durch Schaffung einer speziellen EBM - Ziffer). Gleiches gilt für die somatische Versorgung der Opiatabhängigen.

Insbesondere zu bemängeln ist, dass neben der Substitutions-Vergabe-Ziffer des EBM etliche somatische und psychiatrische Ziffern nicht berechnet werden dürfen. Dieses muss geändert werden. Eine Abrechnungsmöglichkeit außerhalb des Budgets ist erforderlich.

Adäquate Vergütungen sind nötig für:

- Take-Home Rezepte (Take- Home Pauschale erforderlich, wie z.T. schon vorhanden)
- Ziffer für die Erstellung des ausführlichen Therapiekonzeptes gemäß BUB (Leistungen außerhalb Budget)
- Mehr Gesprächsziffern – mindestens bis zu 13/Quartal (BÄK Richtlinien) (bisher auf 4 begrenzt)
- Koordinierungsleistungen, evtl. in Form einer Pauschale
- Ziffern für Delegationsleistungen
- Fallpauschalen
- Vergütung Qualitätssicherungsmaßnahmen

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Die Frage der Fahrtkostenübernahme sowohl zum Sichtbezug als auch zur Konsultation beim Substitutionsarzt muss kurzfristig geklärt werden. Der Antrag auf Erweiterung der Indikationsliste wurde gestellt und sollte positiv beschieden werden.

Die Finanzierungsgrundlagen der psycho-sozialen Betreuung sollten gemeinsam mit den Bundesländern neu geregelt werden (siehe auch Bundesländer).

Bundesärztekammer (BÄK)

Die in den „ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ erwähnten Beratungskommissionen sollten eingerichtet und zur Qualitäts-

sicherung im Bereich der Substitution außerhalb der GKV genutzt werden.

Ärztliche Selbstverwaltung

Die Ausbildung der Ärzte muss qualitativ weiterentwickelt werden. ‚Suchtmedizin‘ muss ein verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung ‚Allgemeinmedizin/Hausarzt‘ sein und fakultativ auch für die anderen Fachrichtungen: Internisten, Gynäkologen möglich sein.

In der psychiatrischen Weiterbildung muss der Suchtmedizin mit dem Schwerpunkt Opiatabhängigkeit ein besonderes Gewicht gegeben werden.

Die ärztliche Selbstverwaltung muss ‚schwarze Schafe‘ unter den substituierenden Ärzten entschiedener einbinden bzw. stärker als bisher aus den eigenen Reihen entfernen.

Qualitätssicherungskommissionen

Die Diskussion um wissenschaftlich begründete Leitlinien muß fortgesetzt werden. Die Leitlinienarbeit sollte dabei kooperativ und interdisziplinär und unter Einbeziehung der Selbsthilfe geführt werden. Als Basis für Leitlinien können das ASTO-Projekt und die Leitlinien der Bayerischen Akademie für Suchtfragen dienen.

Ein Optimierungsbedarf in der Qualitätsentwicklung in der Substitutionsbehandlung ergibt sich aus Problemen der täglichen Substitutionspraxis:

- -Mortalität von Patienten in der Substitutionstherapie
- -psychiatrische Komorbidität
- -somatische Komorbidität.

Die Qualitätssicherungskommissionen müssten auch strukturelle Aufgaben wahrnehmen, d.h. sich auch auf Fragen der Versorgungsqualität konzentrieren:

- ausreichende Behandlungsangebote in der Region

- Alternativangebote für Patienten vorhanden (genügend Auswahl an Ärzten)
- Zugangsregelungen zur Behandlung
- Aufdecken nicht fach- und sachgerechter Praktiken (wie z.B. ‚Rezept gegen Barzahlung‘)

Rentenversicherungsträger

Die medizinische und berufliche Rehabilitationsbehandlung muss für substituierte PatientInnen geöffnet werden. Die Behandlungsplanung sollte unabhängig davon, ob der Patient substituiert ist oder nicht, erfolgen. Das Antragsverfahren muss dem der abstinenzorientierten Rehabilitation gleichgestellt werden.

Fachverbände

In der Fachöffentlichkeit sollte ein Konsens über die Bedeutung, Ziele und Arbeitsweisen der psycho-sozialen Betreuung hergestellt werden mit dem Ziel einer Neuverständigung über Standards und Leitlinien der psycho-sozialer Begleitung. Als übergeordnete Zielorientierung wird vorgeschlagen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. zu verbessern. Eine Verknüpfung von psycho-sozialer und medizinischer Intervention wird als sinnvoll erachtet, jedoch sollte eine psycho-soziale Betreuung keine Zugangsvoraussetzung zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung bilden. Hier sollte eine Entkoppelung stattfinden. Ein Mangel an PSB – Plätzen darf keine Auswirkung auf die Bereitstellung und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung haben. (auch → KVen, Bundesländer, Gesetzgeber, Ärztekammer, GBA).

In Kooperation mit den medizinischen Fachverbänden sollten Manuale zu einzelnen Teilthemen (HCV-Therapie, Beikonsum, psychiatrische Komorbidität, gesellschaftliche Teilhabe) erarbeitet werden.

Bestehende Versorgungsdefizite in der psycho-sozialen Betreuung sollten aufgedeckt, dokumentiert und Vorschläge zur Lösung dieser Defizite erarbeitet werden.

Kommunen / Drogenhilfeträger / Ärzteschaft

Kooperationsdefizite zwischen den betroffenen Institutionen innerhalb und außerhalb der Suchthilfe (Arztpraxen, Drogenberatung, akute und rehabilitative stationäre Drogentherapie, Ämter, Justizvollzugsanstalten etc.) sollten identifiziert und behoben werden. Das therapeutische Gefüge Patient-Arzt-Apotheke-Beratungseinrichtung muss verbessert werden.

Universitäten / Forschungseinrichtungen / Bund

Mehr pharmaindustrie-ferne Forschung als bisher ist notwendig, um Grundlagen für eine Verbesserung der Qualitäts- und Versorgungsstrukturen zu erhalten.

Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von psycho-sozialer Betreuung sind nötig, um die Wirksamkeit bestimmter Angebote zu erforschen und die Angebote besser am Bedarf der Klienten ausrichten zu können.

22.06.2007

Universität Bremen, FB 11
Prof. Dr. Heino Stöver

akzept e.V.
Ingeborg Schlusemann

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
Dr. Greif Sander

Zusammenfassung des Auswertungsgesprächs im Bundesministerium für Gesundheit

Am Freitag, 27.04.2007 fand im BMG in Berlin ein eineinhalbstündiges Auswertungsgespräch über unsere Expertentagung *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung (vom 14. Februar 2007)* statt. Vom BMG waren persönlich anwesend:

Gaby Kirschbaum (Leiterin des Referates "Drogen und Suchtmittelmisbrauch"), Werner Sipp (Leiter des Referates 118 "Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr, Internationale Suchstofffragen") sowie Albert Kern (Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung),

per Videokonferenz waren aus Bonn zugeschaltet:

Dr. Johannes Lütz (Leiter der Bundesopiumstelle), Dr. Lauktion (Fachgebietsleiter 84 in der Bundesopiumstelle), Dr. Holger Martens (Referat 118), Dr. Martina Schoeps (Referat 119) und zwei weitere Personen aus beiden Häusern.

Teilnehmer seitens der Veranstalter der Expertentagung: Prof. Dr. Heino Stöver (Uni Bremen), Dr. Greif Sander (DGS), Dirk Schäffer (DAH), Dr. Neil MacLean (Niedergelassener Arzt, Berlin), Christine Kluge Haberkorn (akzept).

Das Gespräch diente dem Austausch über die Auswertung der Expertentagung am 14.02.07 in Berlin, d.h. welche Forderungen aus den Ergebnissen zu ziehen sind, und wie die Gesamtthematik weiter behandelt werden soll.

Die Moderation übernahm Albert Kern. Heino Stöver referierte kurz über die Vorgeschichte des Expertengesprächs, sowie die seines Erachtens aus den Vorträgen zu ziehenden Konsequenzen und Forderungen an die einzelnen Akteure in der Substitutionsbehandlung. Zwei Fragen wurden von ihm herausgeschält:

- Wie können die offensichtlichen Versorgungslücken und –brüche behoben werden?
- Welche Faktoren bremsen die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung?

Die Antworten auf diese beiden Fragen hängen zusammen. Wie im Vortrag von Prof. Dr. Wittchen herausgearbeitet, seien die Rahmenbedingungen vor allem durch die Regelungen der BtmVV überbürokratisiert und dadurch abschreckend und liessen eine erhebliche Zahl von Ärzten aus der Substitutionsbehandlung aussteigen bzw. gar nicht erst beginnen. Eine Konsequenz aus dem Expertengespräch sei demnach, den § 5 der BtmVV ganz abzuschaffen und ärztliches Fehlverhalten mit den üblichen medizin- bzw. strafrechtlichen Instrumenten zu ahnden, oder ihn so zu verändern, dass den ÄrztInnen in der Alltagspraxis eine bedarfsgerechte Substitutionsbehandlung möglich ist, ohne dass sie sich stets staatsanwaltschaftlichen Überprüfungen und Kontrollen ausgesetzt sehen. Die Kontrolle über eine ärztlicherseits durchgeführte state-of-the-art – Behandlung sollte der ärztlichen Selbstverwaltung überlassen bleiben, die ggf. intensiviert und verbessert werden müsste. Dieses ist ein gut geübtes und wirksames Vorgehen bei allen anderen chronischen Erkrankungen.

Herr Sipp führte aus, dass der § 5 BtmVV das ärztliche Handeln nur so weit als unbedingt nötig begrenze und regele.. Allerdings werde die BtMVV häufig nicht genau gelesen: So treffe der Vorwurf, die Substitution sei ausschließlich auf Abstinenz ausgerichtet, nicht zu, weil § 5 Abs. 1 BtMVV neben "der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz" auch weitere Ziele vorgebe, wie z.B. die "Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes".

Außerdem bestehe die Pflicht zur psychosozialen Behandlung nicht bei jedem Substituierten, sondern nur dann, wenn dies im konkreten Fall erforderlich ist (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BtMVV). Der Umgang mit Betäubungsmitteln bedürfe gesetzlicher Regelungen

v.a. um die Betäubungsmittelsicherheit zu gewährleisten. Es handele sich um besondere Medikamente, deren Umgang nicht mit dem anderer Medikamente vergleichbar sei (Schwarzmarktwert, Gefährlichkeit, Suchtpotenzial). Die BtmVV solle nur soviel regeln wie nötig, und keinesfalls überregulieren. Er verwies auch darauf, dass die Regelungen der BUB weitaus einschränkender seien (z.B. zeitl. Begrenzung der Substitution).

Herr Stöver verwies darauf, dass die KVen, Staatsanwaltschaften, Kommunalverwaltungen und Krankenkassen entgegen den Absichten des Verordnungsgebers aber die BtmVV anders und zwar restriktiver interpretierten und die Zielvorgaben in der BtmVV dankend aufgegriffen hätten, um Substitutionsbehandlungen zu verhindern, oder Dinge einzufordern, die dogmatisch nicht in eine BtmVV gehörten („Systemfehler PSB“; rechtlich bestimmte Zielvorgabe einer medizinischen Behandlung Opiatabhängiger: ‚Abstinenz‘).

Für eine Debatte zur Zielsetzung des § 5 bestehe zur Zeit aus Sicht des BMG keine Notwendigkeit, bestätigten auch die Herren Kern und Lauktien. Sanktionierungen wie im § 5 gehörten zu jeder gesetzlichen Regelung („kein Gesetz ohne Sanktionen“).

Die Frage von Herrn Sander, wieso der Gesetzgeber die Zielsetzungen und Durchführungsmodalitäten einer medizinischen Behandlung festlegen und ärztliche Zuwiderhandlungen mit einem ‚Sonderstrafrecht‘ (eben BtmVV) bewehren müsse, wurde mit dem Argument beantwortet, Methadon sei eben kein ‚normales‘ Medikament, sondern ein Betäubungsmittel. Von Ausnahmen (Heroinvergabe im kontrollierten Versuch) können keine Regelveränderungen abgeleitet werden.

Auch zur Frage des in der BtmVV fixierten Abstinenzzieles bei der Substitutionsbehandlung entwickelte sich eine kontroverse Debatte.

Herr Stöver verwies darauf, dass in europäischen und internationalen Gremien (z.B. Positionspapier der WHO/ UNODC/ UNAIDS¹⁶; SAMSHAA-tip 43/USA) die maintenance – Behandlung durchaus ein Behandlungsziel gleichwertig dem Abstinenzziel und der Detoxifikation sei.

Die Gastgeber sahen pragmatisch derzeit (mit Verweis auf die Kontroverse in der Heroindebatte) keine Möglichkeit einer politischen Mehrheit für die Änderung des Behandlungsziels der Substitutionsbehandlung im Sinne einer Erhaltungstherapie bzw. für einen zieloffenen Weg mit Regelungen durch die ärztliche Selbstverwaltung.

Konsens bestand darüber, dass die Versorgungslage ungenügend ist und Verbesserungen nötig seien. Hier wurde auf den Sicherstellungsauftrag der KVen verwiesen.

Für den Kontakt zu den KVen (die unsere Einladung zum 14.02. nicht angenommen haben) wurde Hilfestellung von Herrn Sipp angeboten.

Zur Frage der PSB als Zugangsvoraussetzung zur Substitution: Diese Koppelung stehe so nicht im §5. Eine Herausnahme der PSB aus dem § 5 BtmVV gäbe ein falsches Signal: Die Kostenträger würden dann das Angebot an PSB möglicherweise weiter ausdünnen. In einer Abwägung sollte eher eine Begrenzung der Substitutionsbehandlung (bei fehlender oder nicht in Anspruch genommener PSB) in Kauf genommen werden („Einzelfälle“), als das Angebot an PSB generell zu gefährden.

Von der notwendigen verbandsinternen/-übergreifenden Diskussion um Selbstverständnis und Qualität der PSB, wie sie in der AG am 14.02.07 vorgeschlagen wurde und die akzept versuchen wird in

¹⁶ WHO/UNODC/UNAIDS position paper (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention

Gang zu bringen, erwartet Herr Kern auch Daten über Nutzen und Defizite sowie über die Frage, in welchen Fällen PSB wirklich erforderlich sei. Anhand dieser Daten könne man sich weiter unterhalten.

Zur Frage der Applikationsform und Erweiterung der Medikamentenpalette erwartet man im BMG konkrete (mögl. evidenzbasierte) Empfehlungen der Fachgesellschaften, die dann in den Sachverständigenausschuss gegeben würden. Ausgeschlossen ist z.B. zur Zeit die iv Applikation von Methadon, darüber könne man aber auf der Basis einer solchen Empfehlung sprechen.

Zur Frage der Verabreichung des Substitutionsmedikamentes (Mitgabe einer oder mehrerer Dosen zum unmittelbaren Verbrauch) werde im BMG an einer Empfehlung für ‚Sonderfälle‘ gearbeitet (§5°Abs.6 – Ausnahmen von unmittelbarer Verabreichung). Vom BMG wurde zugesagt, die Möglichkeiten einer flexibleren Regelung der Mitgabe von Substitutionsmitteln zum sofortigen Verbrauch zu prüfen.

Die Gastgeber versprochen die Anregung von Heino Stöver zu prüfen, sich nach einem Jahr auf einer Fachtagung erneut zu treffen und die bis dahin erfolgten Entwicklungen zu resümieren.

Berlin, 28.05.2007

Prof. Dr. Heino Stöver,



Christine Kluge Haberkorn



Dr. Greif Sander



Programm

Grußwort / Eröffnung:

Frau Sabine Bätzing MdB
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Einführung: Hintergrund und Ziele der Fachtagung

Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen
Bestandsaufnahme aller Veränderungsvorschläge, d.h. quantitative Erweiterung und qualitative Veränderung der gegenwärtigen Praxis und konstruktive Diskussion von kurz- und mittelfristig umsetzbaren und umzusetzenden Schritten) z.B. Schnittstellen, PSB, Unsicherheit, Potential ausgenutzt?

Vorträge Plenum

1. Aktueller, internationaler Stand der Substitutionsbehandlung: Bestandsaufnahme, welche neuen Ansätze in der Substitutionsbehandlung gibt es weltweit – und was können wir lernen?

Dr. Ingo Ilja Michels, z.Zt. Shanghai
Geschichte und aktuelle Übersicht über Behandlungsprogramme /-modalitäten, Bedeutung der psycho-sozialen Begleitung

2. Versorgungslage-/probleme und Veränderungsbedarf: Wo besteht eine Unter-/Fehl-/Mangelversorgung?

Prof. Hans-Ulrich Wittchen, TU Dresden
Entwicklung der Zahlen der PatientInnen in Substitutionsbehandlung und der substituierenden Ärzte, Versorgungslücken und –brüche (Stadt-Land-Gefälle), Schnittstellen, Bedeutung für HIV-/HCV-Therapie und andere weiterführende Behandlungen, Substitution in verschiedenen Settings (stationäre Langzeittherapie, ambulante Therapie, Gefängnis)

3. Diversifikation der Substitutionsbehandlung - Substanzen und Effekte

Dr. Uwe Verthein, ZIS Hamburg

Entwicklung präferierter Substanzen (Polamidon, Methadon, Buprenorphin, Heroin, Codein, retardierte Morphine, Suboxone), Applikationsmodi, Behandlungsmodi, Erkenntnisse zur Langzeitverschreibung (Abstinenzorientierung?), vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen (Alternde Patienten in Langzeitsubstitution)

4. Administrative, rechtliche Problematik in der alltäglichen Praxis der Substitutionsbehandlung. Gibt es Veränderungsbedarfe?

Anke Follmann, LÄK Westfalen-Lippe

Vorgaben für die Substitutionsbehandlung durch BtMG, BtmVV, BUB, BÄK-Richtlinien, Qualitätskontrolle/-standards, PSB, administrativ-rechtliche Fragen, Verunsicherungen, Sicherstellungsauftrag der KV?

12.15 - 12.45 Foyer:

Was können wir von den Nachbarn lernen?

Ein Gespräch mit Dr. Hans Haltmayer, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte und Ingeborg Schlusemann, Stichting AMOC/DHV – Stichting De reegenboog, Amsterdam

13.30 – 16.30 Arbeitsgruppen

AG 1. Versorgungslage, Schnittstellenprobleme (Überleitung in andere Therapien/settings). Veränderungsbedarfe

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dr. Greif Sander

LEITFRAGEN:

- Wie wird der Charakter der Substitutionsbehandlung aus medizinischer Sicht beschrieben?
- Wie kann der Sicherstellungsauftrag der KV flächendeckend gewährleistet werden?
- Welche Maßnahmen, Einrichtungen, Übergangslösungen sind dafür kurzfristig als erfolgversprechend anzusehen (z.B. Ambulanzen der KV etc.)?
- Welche Rolle übernehmen (sollen übernehmen) Schwerpunktpraxen in den Regionen?

- Welche Rolle übernehmen (sollen übernehmen) bei der flächen-deckend besseren Versorgung andere Dienste wie etwa Ärzte im Gesundheitswesen (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste)?
- Welche Rolle übernehmen (sollen übernehmen) bei der flächen-deckend besseren Versorgung die Apotheken?
- Wie kann die Versorgung opiatabhängiger Patienten in beson-deren/geschlossenen settings (außerhalb der GKV) sichergestellt werden (z.B. Gefängnis, Maßregelvollzug)
- Welches Potential besitzt die Substitutionsbehandlung im Rah-men der medizinischen Rehabilitation Opiatabhängiger?
- Wie muss die Versorgung auf die sich verändernde Altersstruktur (Durchschnittsalter der Substituierten steigt) und damit verbundener Langzeitsubstitution einstellen, um optimale soziale Integrations-möglichkeiten und individuelle Lebensqualität für die PatientInnen zu bieten?

AG 2. Qualität der Substitutionsbehandlung: Standards, Zielformulierungen, „Beikonsum“, Kooperation u. Kommunikation zwischen medizinischen und psycho-sozialen Professionen

Dr. Uwe Verthein, Dr. Michael Janßen

LEITFRAGEN:

- Welche Zielsetzung(en) verfolgt die Substitutionsbehandlung (parallel und prioritär) in Bezug auf Abstinenz (von welchen Drogen), drogenbedingtes Risikoverhalten, gesundheitliche und soziale Stabilisierung? Fördern die gesetzlichen Rahmenbedin-gungen die Erreichung dieser Zielsetzungen? Welche Anpas-sungen sind ggf. nötig?
- Wie kann die Qualität der Substitutionsbehandlung in der ärzt-lichen Praxis (weiter) verbessert werden? Welche Rolle spielen (können spielen) dabei die Qualitätssicherungskommissionen der KV (Berater, fachkundige Begleitung)?
Können die Qualitätsanforderungen wie im ASTO-Handbuch beschrieben bundesweit als Grundlage dienen?

- Welche Leitlinien gibt es/sollte es geben im Umgang mit dem ‚Beikonsum‘ verschiedenster Substanzen?
- Reichen die Instrumente ärztlicher Selbstkontrolle und Selbstverpflichtung aus? Falls nicht, wie können sie optimiert werden?
- Sollten weitere Substanzen zur Substitution zugelassen werden (z.B. retardierte Morphine)?
- Sollen die Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV) Arbeitskreise einrichten und fördern und regionale Ansprechpartner benennen (z.B. regionale AnsprechpartnerInnen in ländlichen Regionen; hotline für (neu)substituierende Ärzte)?
- Wie kann die Kooperation und Kommunikation im Dreieck von PatientIn/KlientIn – Arzt/Ärztin – Psycho-soziale Betreuung verbessert werden?

AG 3. Administrative-rechtliche Problematiken im ärztlichen Praxisalltag, Sicherstellungsauftrag. Veränderungsbedarfe

Anke Follmann, Dr. Inge Hönekopp

LEITFRAGEN:

- Wie kann eine größere Rechtssicherheit unter den ÄrztInnen hergestellt werden?
- Sind die Ausführungen zur Mitgabe des Substitutionsmittels (für In- und Ausland) in der BtMVV ausreichend oder besteht Veränderungsbedarf?
- Welche Möglichkeiten gibt es, den administrativen ärztlichen Aufwand für die Substitution im Praxisalltag (z.B. dreifache Behandlungsmeldung) zu verringern und ggf. die gesetzlichen Regelungen zu ‚entschlacken‘?
- Welche weiteren Vorschläge gibt es, bei gleichbleibender Betäubungsmittelsicherheit Verbesserungen im Praxisalltag zu erreichen (z.B. Dispensierrecht für Ärzte, Bündelungsregelung, Vertretungsregelung, Konsiliarregelung)?
- Welche Veränderungen in den Vergütungen der Substitutionsbehandlung sollte erfolgen (z.B. zusätzliche pauschale Vergütung für

Koordinationsaufgaben, Take – Home – Ziffer (z.B 01950 A, fallberechnete Höchstwerte)?

- Sollten die Fahrtkosten für PatientInnen zur Vergabep Praxis übernommen werden?
- Sollte der §5 der BtMVV gestrichen werden?

AG 4. Nutzen, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und recht-liche Bewertung der psycho-sozialen Betreuung (PSB)

Dr. Bernd Westermann, Dr.Peter Degwitz

LEITFRAGEN:

Besteht ein Konsens in der Fachöffentlichkeit darüber, was PSB ist bzw. sein soll?

Wie könnte ein Konsens, oder Leitlinien ggf. hergestellt werden?

- Ist die Verknüpfung von „psychosozialer Betreuung“ (PSB) mit dem medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung in der BtMVV sinnvoll? Sollte ggf. die Wahrnehmung einer psychosozialen Betreuung durch den Patienten auf freiwilliger Basis erfolgen?
- Welche Finanzierungsformen haben sich bundesweit als sinnvoll erwiesen?
- Besteht eine Unterversorgung mit PSB (in der Fläche, ggf. in bestimmten Institutionen wie Hafteinrichtungen)? Falls ja, wird dadurch ggf. der Zugang zur ärztlichen Substitution limitiert?
- Entspricht die PSB in der Praxis dem Bedarf der Klienten nach Unterstützung? Existieren Untersuchungen oder trägereigene Umfragen zur PatientInnenzufriedenheit innerhalb der Substitutionsbehandlung?
- Wie können KlientInnenwünsche nach PSB bzw. Unterstützung ermittelt und in die Planung und Gewährung von PSB einbezogen werden?

16.45 – 17.30

Vorstellung der Ergebnisse und Strategien der Veränderung

ReferentInnen

Anke Follmann

Landes-Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210-214, D - 48147 Münster
anke.follmann@ekwl.de

Dr. Ingo Ilja Michels

Bundesministerium fuer Gesundheit, Leiter der Geschaefts-stelle der
Drogenbeauftragten; z.Zt. beurlaubt fuer Auslandsaufenthalt in Shanghai
(VR China), dort taetig als Expert for AIDS Prevention and Drug Addiction
Treatment"
D-1702 Mingyuan Century City, 1199 Fuxing Zhong Road, Shanghai 200031,
PR China
ingoiljamichels@gmail.com

Prof. Dr. Heino Stöver

Universität Bremen, Fachbereich 11 (Public Health)/Fachbereich 06
(ARCHIDO) Postf. 330 440, D-28334 Bremen
Heino.stoever@uni-bremen.de

Dr. Uwe Verthein

Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
C/o Zentrum für Psychosoziale Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie im
UKE, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg
verthein@sozialwiss.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Chemnitzer Straße 46, D-01187 Dresden
wittchen@mpipsykl.de

TeilnehmerInnen

Christoph von Ascheraden

LÄK Baden-Württemberg und BÄK
Fürstabt-Gerberstrasse 8, D-79837 St. Blasien
christoph.von-ascheraden@dgn.de

Thomas Bader

Leiter Drogenhilfe Tübingen e.V., Vorstand FDR
Karlstraße 2, D -72070 Tübingen
info@drogenhilfe-tue.org

Sabine Bätzing MdB

Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstrasse 108, D- 10117 Berlin
Melanie.Riese@bmg.bund.de

Claudia Baier, Krankenpflege

Ringstrasse 4, D-27729 Hambergen
ClBaier@T-Online.de

Anton Bartling

Vertreter AG der Drogenbeauftragten der Länder
c/o Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Bahnhofsplatz 29, D- 28195 Bremen
Anton.Bartling@GESUNDHEIT.BREMEN.DE

Dr. med. Peter Blad

Facharzt für Allgemeinmedizin- Diabetologie, Betriebsmedizin-
Umweltmedizin-Verkehrsmedizin - Tauchermedizin
Konrad-Adenauer-Straße 144, D-57572 Niederfischbach
info@praxis-blad.de

Andreas von Blanc

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Masurenallee 6A, D- 14057 Berlin
Andreas.vonBlanc@kvberlin.de, <http://www.kvberlin.de>

Dr. Jochen Brack

Arzt für Psychiatrie, StV. d. Ltd. Arztes,
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen Asklepios Klinik Nord
Campus Ochsenzoll
Langenhorner Chaussee 560, D-2419 Hamburg
jochen.brack@k-nord.lbk-hh.de

Dr. med. Franz Josef Bentele
Sterngasse 14, D-89073 Ulm

Rolf Bergmann
Vista gGmbH Berlin / BOA e.V.
Alte Jakobstr. 85/86, D-10179 Berlin
bergmann@vistaberlin.de

Dr. Astrid Bühren
Deutscher Ärztinnenbund
Herbert-Lewin-Platz 1, D-10623.Berlin
gdaeb@aerztinnenbund.de

Dr. Peter Degkwitz
Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
(ZIS) c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin, Psychiatrie und
Psychotherapie im UKE
Martinistr. 52, D- 20246 Hamburg
so6a023@sozialwiss.uni-hamburg.de

Anabela Dias de Oliveira
Projekt Lüsa, Vorstand akzept e.V.
Platanenallee 3, D- 59425 Unna
Anabela.Dias@t-online.de

Dr. Sandra Dybowski, MPH
Bundesministerium für Gesundheit
Projektträger Gesundheitsforschung im DLR
Heinrich-Konen-Str.1, D -53227 Bonn,
Sandra.Dybowski@dlr.de

Dr. med., Dipl.-Theol. Heinrich Elsner

c/o Methadonambulanz Bochum
Viktoriastr.67, D-44787 Bochum
arzt-methadonambulanz@krisenhilfe-bochum.de

Prof. Dr. med. Ingo Flenker

Kath. Krankenhaus Dortmund West,
Chefarzt der Inneren Medizin, BÄK
Zollernstr. 40, D- 44379 Dortmund
i.flenker@kirchlinde.kkhs.de

Dr. Rafael Gaßmann

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Geschäftsführer
Postfach 1369, D- 59003 Hamm
gassmann@dhs.de

Dr. med. Jörg Gözl

Schwerpunktpraxis Kaiserdamm, Berlin, Vors. DGS
Praxiszentrum Kaiserdamm 24, D-14057 Berlin
goelz@snafu.de

Katja Griwatz , Krankenpflege
Methadonambulanz KKS Mara II, Bielefeld-Bethel
Maraweg 17-19, D- 33617 Bielefeld

Martin Grotjahn

Hohehorst gGmbH
Hauptstraße 1, D- 28790 Schwanewede
Martin.grotjahn@hohehorst.de

Ingrid Gue-Büttner

EK Le An Dro e.V.
Sonnenlandstrasse 4, D-97638 Mellrichstadt
ingridguebuettner@t-online.de

Dr. Hans Haltmayer

Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte
Esterhazygasse 18, A - 1060 Wien
hans.haltmayer@vws.or.at

Hans-Georg Hoffmann

Psychiater, Ärztl. Leiter Fachambulanz Kiel
Boninstr. 27a, D- 24114 Kiel

Jürgen Heimchen

Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.
Ravensberger Str. 44, D - 42117 Wuppertal
akzeptierende.eltern@t-online.de,

Dr. med. Inge Hönekopp

Methadonschwerpunktpraxis Mannheim
Suchtbeauftragte KV Nordbaden
L 1 , 1, D - 68161 Mannheim
lhoenekopp@aol.com

Dr. Michael Janßen

Berliner Verein substituierender Ärzte
Karl-Marx-Strasse 132, D-12043 Berlin
mi.janssen@arcor.de,

Christian Jellinek

Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe
Karl-Marx-Straße 109 | 12043 Berlin (Neukölln)
c.jellinek@aid-neukoelln.de

Marco Jesse

Junkie-Bund Köln e.V.
Taunusstrasse 12b, D- 51105 Köln
marco.jesse@junkiebund.de

Albert Kern

Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
im Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108, D-10117 Berlin
albert.kern@bmg.bund.de

Gabi Kirschbaum

Bundesministerium für Gesundheit
Leiterin des Referates "Drogen und Suchtmittelmissbrauch"
Friedrichstr. 108, D-10117 Berlin

gaby.kirschbaum@bmg.bund.de

Christine Kluge Haberkorn

akzept e.V. Geschäftsführung
Südwestkoros 14, D- 12161 Berlin
akzeptbuero@yahoo.de, www.akzept.org

Christine Knospe

BVEK, stellv.Vors.,
Windhorststrasse 8, D-99096 Erfurt, chrisknospe@gmx.de

Dr. Erhard Kraft

JVA Bremen
Sonnemannstr. 2, D-28739 Bremen
Eberhardt.Kraft@JVA.BREMEN.de

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Chefarzt Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderricher Weg 23a,D-51469 Berg. Gladbach
thkuhlmann@psk-bg.de

Astrid Leicht

Fixpunkt e. V., Fixpunkt gGmbH
Boppstr. 7, D-10967 Berlin
a.leicht@fixpunkt.org

Alfred Lessing

Stadt Hannover, Sozialdezernat
Tramplatz 2, D- 30159 Hannover
alfred.lessing@hannover-stadt.de

Jost Leune

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.,Geschäftsführer
Odeonstr. 14, D- 30159 Hannover
FDRHannover@aol.com

Dr. Holger Martens

Bundesministerium für Gesundheit - Referat 118
Am Probsthof 78a, D- 53108 Bonn
Holger.Martens@bmg.bund.de

Dr. Neil McLean

Vorsitzender Methadonkommission Berlin
Meierottostr. 4, D- 10719 Berlin
Praxis: Köpenicker Strasse 1, D- 10999 Berlin
NeilMacLean@t-online.de

Dr. Hans-Guenter Meyer-Thompson

Ambulanz Altona, ProVivere Hamburg GmbH, Ärztl. Leiter
Holstenstrasse 115, D- 22765-Hamburg
MeyerThompson@aol.com

Claudia Nachbaur

ADV gGmbH, Wohnen und Betreuen
Schillerstr. 10, D- 10625 Berlin
claudia.nachbaur@adv-suchthilfe.de

Dr. med. Thomas Pöhlke

Bohlweg 66, D- 48147 Münster
pöhlke@osnanet.de

Elke Rasche

Frauenladen Berlin; c/o Praxis Doris Höpner
Dresdener Str. 117, D- 10999 Berlin
elkras@web.de

Rainer Rex

LKBVV
Alt-Moabit 12a, D-1 0559 Berlin
rainer.rex@jvk.verwalt-berlin.de

Dr. med. Greif Sander

Leitender Arzt Zentrum Suchtmedizin Klinikum Wahrenndorff,
DGS-Vorstand
Rud.-Wahrenndorff-Str. 22, D- 31319 Sehnde
dr.sander@wahrenndorff.de

Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft
Dieffenbachstr. 33, D - 10967 Berlin
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Prof. Norbert Scherbaum

Rheinische Kliniken Essen
Virchowstraße 174, D- 45147 Essen
norbert.scherbaum@uni-due.de

Ingeborg Schlusemann

AMOC/DHV/ de Regenboog, akzept e.V. Vorstzende.
Stadhouderskade 159, NL-1074 BC Amsterdam,
ischlusemann@deregenboog.org

Dr. Martina Schoeps

Bundesministerium für Gesundheit – Referat 119
Am Probsthof 78a, D- 53108 Bonn
Martina.Schoeps@bmg.bund.de

Thorsten Schmidt

KV Niedersachsen
Berliner Allee 22, D- 30175 Hannover
Thorsten.Schmidt@kvn.de

Dr. Wilhelm Siepe

Dachverband substituierender Ärzte Deutschlands e.V., Generalsekretär
Eigelstein 103, D- 50668 Köln
docsiepe@gmx.de

Roland Simon

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25, D- 80804 München

PD Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Bezirkskrankenhaus Haar, FB Sucht
Vockestraße 72, D- 85529 Haar
tretter@krankenhaus-haar.de

Dr. Albrecht Ulmer

Schwabstr. 26, D- 70197 Stuttgart
albrecht.ulmer@gmx.de

Dr. Rainer Ullmann

Curschmannstrasse 10, D- 20251 Hamburg
r.ullmann@gmx.de

Dr. Theo Wessel

GVS Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der
Evangelischen Kirche e. V., Geschäftsführung
Altensteinstr. 51, D- 14195 Berlin
gvs@sucht.org

Dr. Bernd Westermann

Bereichsleiter Substitution & Betreuung Notdienst für
Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.
Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (A.I.D.) Kreuzberg
Kochstrasse 64, D-10969 Berlin
bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org

Kontakt Veranstalter:

heino.stoever@uni-bremen.de
akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org

Anhang

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Erklärung zur Substitutionsbehandlung zum Wohle der
PatientInnen^{17*}

1) Grundverständnis der Substitutionsbehandlung

Über 40 Jahre Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung zeigen, dass die Opiatabhängigkeit eine behandelbare chronisch-rezidivierende Erkrankung ist. Dazu bedarf es in vielen Fällen einer jahrzehntelangen medikamentengestützten Therapie.

Die geltenden rechtlichen Bestimmungen zur Substitutionsbehandlung reglementieren gleichermaßen Ärzte wie Patienten und erschweren unnötig die Behandlung. Zwischen den Leitlinien der Bundesärztekammer, der BtmVV sowie Qualitäts- und Abrechnungsvorschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen Widersprüche, die jeden in der Behandlung von Opiatabhängigen tätigen Arzt auf rechtlich unsicherem Boden agieren lassen.

Das Substitutionsrecht muss deshalb aus mehreren Gründen revidiert werden:

- um Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten herzustellen,
- um die Behandlung nach 20 Jahren Erfahrung in Deutschland zu normalisieren,
- um die Behandlungsangebote ausweiten bzw. sichern zu können
- um die Patienten zu entstigmatisieren.

¹⁷ **DAH e.V.** - Erklärung zur Substitutionsbehandlung zum Wohle der PatientInnen

2) Versorgung, Sicherstellungsauftrag der KV

Die Versorgung in vielen Regionen Deutschlands mit Angeboten zur Substitutionsbehandlung ist defizitär. Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger. Diese Funktion ist offensiv einzuklagen.

Die Körperschaften (Kammern, KVen) müssen die Bedingungen der Substitution für die behandelnden Ärzte attraktiver machen.

Notwendig dafür ist unter anderem auch eine Honorierung des Arztes für die Betreuung von Take-Home Patienten, da vom substituierenden Arzt eine sehr aufwändige Versorgung des Patienten verlangt wird, die jedoch in keiner Weise angemessen honoriert wird. (Zusätzliche Ziffern für Take-Home)

Begründung: Die schlechte Versorgungslage ist mit ursächlich für Todesfälle bei Opiatabhängigen. Darüber hinaus müssen Patienten die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden oft täglich unzumutbar weite Wege in die Arztpraxis in Kauf nehmen. Dieser Strukturmangel verhindert die soziale Integration und gesundheitliche Stabilisierung dieser Patienten und führt zu einer immensen finanziellen Belastung von substituierten Patienten (Fahrkosten). Ärzte, die in solch schlecht versorgten Gebieten substituieren, sind chronisch überlastet, riskieren, dass sie Vorschriften nicht genügend beachten können (z.B. Mitgabe von Betäubungsmitteln) und erfahren keinerlei Hilfe durch ihre Kollegen und die Landesorganisationen.

Da der Sicherstellungsauftrag originäre Aufgabe der kassenärztlichen Vereinigungen ist, sollten auch diese ihre Pflichten wahrnehmen.

Denkbar wäre z.B. die Einrichtung von durch die KV getragenen Substitutionspraxen mit angestellten Ärzten um die Versorgung in unterversorgten Gebieten sicher zu stellen.

Bisher gibt es in Deutschland nur eine Praxis, die von der KV betrieben wird (Mannheim). Diese Praxis arbeitet auf einem vorbildlich hohen Qualitätsniveau.

Sicherstellung der Versorgung opiatabhängiger Patienten in Justizvollzugsanstalten, Maßregelvollzug und medizinischer Rehabilitation
Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Erkrankung. Diese Behandlung darf betroffenen Menschen in o.g. Einrichtungen nicht versagt werden.

Begründung: Ein Teil der Drogentodesfälle ist nach Entlassung aus einer der oben aufgeführten Anstalten zu beklagen. Selbst bei vorhandener Substitutionsbehandlung wird diese bei Haftantritt in den o.g. Institutionen in der Regel nicht weitergeführt. Dies ist nicht nur unter medizinischen Kautelen als kunstfehlerhaft zu betrachten, und nimmt den Tod nach Haftentlassung sowie den in der Regel häufigen Rückfall billigend in Kauf. In der jetzt praktizierten Form missachtet sie auch die Menschen- und Patientenrechte.

Die Rolle der Apotheken

Die Apotheken könnten eine zentrale und wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger übernehmen. Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur unverzüglichen Belieferung aller vorgelegten ärztlichen Verordnungen, sollten Apotheken auch motiviert werden, die Sichtvergabe von Substitutionsmitteln vorzunehmen.

Voraussetzung dafür ist eine qualifizierte Fortbildung des pharmazeutischen Personals, die jene Inhalte umfasst, die der Arzt lt. BtMVV in einer Unterweisung vermitteln müsste, wenn er die Sichtvergabe delegiert. Der Arzt der diesen Apotheken einen Patienten zur Sichtvergabe „überweist“ müsste dann die spezifischen Anweisungen für diese(n) Patienten der Apotheke schriftlich übermitteln (z.B. analog „Vertrag zum unmittelbaren Überlassen von Substitutionsmitteln in der Apotheke gemäß §5 Abs. 5 und 6 BtMVV“ der bayrischen Landesapothekerkammer). Die Apotheke dokumentiert

für den Arzt die tägliche Vergabe und sendet dem Arzt wöchentlich die Dokumentation zu.

Die Honorierung der Apotheke für diese Leistung sollte über das Verordnungsblatt erfolgen und der Honorierung bei Sichtvergabe in den Arztpraxen nahe kommen. Ein Austausch in interdisziplinären Qualitätszirkeln zwischen Ärzten und Apothekern einer Region sollte regelmäßig stattfinden.

Begründung: Bei der Änderung der BtMVV und der Regelung der Substitution wurde die Apotheke ausdrücklich als ein möglicher Ort zum Überlassen von Substitutionsmitteln unter Sicht genannt. Dieses Potential wurde bis heute nicht ausreichend genutzt. Da die Apotheken Teil des medizinischen Systems sind und über sehr gut heilberuflich ausgebildetes Personal (pharmazeutisches Personal) verfügen, sind sie besser als alle anderen in §5 neben der Arztpraxis zum Sichtbezug genannten Einrichtungen dafür geeignet.

Die Möglichkeit der Einbeziehung von Apotheken zur Sichtvergabe erlaubt die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Patienten, die von einem Arzt auf ihr Substitut eingestellt wurden könnten auch dann wohnortnah versorgt werden, obwohl der behandelnde Arzt weiter entfernt ist. Diese wohnortnahe Vergabe in einer Apotheke ist für Patienten auch ein Schritt hin in ein normales und sozial integriertes Leben.

Gegen dieses Modell gibt es Widerstände aus den Reihen der Ärzteschaft (vor allem bei den kassenärztlichen Vereinigungen), die hier jede adäquate Honorierung der Apotheken für diese Leistung aus nicht nachvollziehbaren Gründen blockieren, obwohl sie selbst keine flächendeckende Versorgung sicherstellen können. Das Argument, dass es keine Apotheken gäbe, die sich dieser Aufgabe stellen würden greift in keiner Weise, da bis zum heutigen Tage nie ein ernst zu nehmender Versuch gestartet wurde, Apotheken in die Versorgung einzubeziehen und angemessen dafür zu honorieren. Erfahrungen, die in früheren Jahren in Hamburg mit einer

honorierten Apothekenvergabe gemacht wurden (Hamburger Modell) wurden von allen Kennern als gut bezeichnet.

Betreuung durch ein Schwerpunktzentrum

Um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, bedarf es einer Struktur von Schwerpunktpraxen mit sehr erfahrenen Suchttherapeuten in jeder Region, die für substituierende Ärzte für Rückfragen, Diagnoseabsicherungen und Probleme erreichbar sind.

Denkbar wäre auch, dass in solchen besonders spezialisierten Einrichtungen Ersteinstellungen, Umstellungen und psychiatrische Komedikationen vorgenommen werden um die Patienten dann wieder an ihren betreuenden Hausarzt/Substitutionsarzt rück zu überweisen.

Sehr wünschenswert wäre es, wenn Psychiater sich stärker in die Versorgung von Suchtpatienten einbringen würden, da in vielen Fällen die psychiatrische Abklärung mangels entsprechender Ärzte Probleme bereitet.

3) Qualitätssicherung

Qualitätssicherung/anforderungen

Die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-QS) müssen verstärkt ihrer beraterischen Funktion nachkommen, um den Nutzen für die Behandler und ihre Patienten zu vergrößern. Über die fallbezogene Beratung hinaus gilt es die praxisbezogene Beratung verstärkt einzusetzen. Das Verhältnis zwischen KV und Behandler soll partnerschaftlich geprägt sein.

Es wird vorausgesetzt, dass die Mitglieder der KV-QS-Kommission eine besondere fachliche Befähigung im Hinblick auf die Substitutionstherapie aufweisen.

So genannte „Selbstzahler-Leistungen“ für Patienten, die gesetzlich oder privat krankenversichert sind, unterliegen keiner fachlichen Überwachung analog zur GKV (KV-QS-Kommission). Hier sollte die

Ärztammer darauf hinwirken, dass die Kammer-Richtlinien umgesetzt werden.

Aus- und Weiterbildung

- Kenntnisse über Suchterkrankungen müssen während des Studiums gelehrt werden.
- *Begründung:* Auch andere chronischen Erkrankungen werden in der Ausbildung behandelt.
- Jeder Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, sollte die Zusatzweiterbildung „suchtmedizinische Grundversorgung“ haben.
- *Begründung:* Jeder zehnte Patient in der hausärztlichen Praxis weist einen Suchtmittelmissbrauch bzw. eine Abhängigkeit auf.
- Jede sozialpädagogische Fachkraft, die substitutionsbegleitende Maßnahmen anbietet, sollte analog und korrespondierend zur ärztlichen Zusatzweiterbildung eine fachspezifische Weiterbildung nachweisen.
- *Begründung:* Mit der Weiterbildung wird einerseits den Besonderheiten der Suchtmittelabhängigkeit Rechnung getragen, andererseits werden damit Fachkräfte – auch aus Arbeitsfeldern außerhalb der Suchthilfe - befähigt substitutionsbegleitende Maßnahmen durchzuführen.

Substitutionsbegleitende psychosoziale Maßnahmen („PSB“)

Die Wahrnehmung einer psychosozialen Betreuung durch den Patienten muss auf freiwilliger Basis erfolgen.

Quantitativ wie qualitativ unzureichende Angebote der psychosozialen Betreuung „PSB“ dürfen nicht dazu führen, dass der Zugang zur ärztlichen Substitution limitiert und verhindert wird.

Das Potential, das die PSP den Substitutionspatienten bieten kann, ist bei weitem nicht ausgeschöpft.

Die PSB entspricht in der Praxis häufig nicht den Bedarfen substituierter Patienten. Gründe hierfür liegen sowohl in qualitativen Mängeln und sind ferner strukturell-finanziell bedingt

(Qualitätsmängel, z. T. strukturell-finanziell bedingt).

Die Suchthilfe sollte ihre Verantwortung wahrnehmen, bedarfsgerecht ausreichende und qualitativ hochwertige PSB- Angebote bereit zu stellen.

4) Strafrecht

Der §5 der BtMVV soll ersatzlos gestrichen werden!

Begründung: Die Ursache der Heroinabhängigkeit ist nicht in der ärztlichen Verordnungen von Opioiden begründet. Im Gegenteil: die ärztliche Verordnung von bestimmten Opiaten im Rahmen der Substitutionsbehandlung ist international die erfolgreichste Behandlungsform der Heroinabhängigkeit.

Für das gesundheitspolitische Ziel, Opiatabhängigkeit zu verhindern, und für die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs ist der §5 der BtMVV überflüssig. Eine primäre Abhängigkeit von auf den Schwarzmarkt abgeflossenen Opiaten ist extrem selten und ist gesundheitspolitisch bedeutungslos.

Der §5 ist schädlich.

- Er schränkt die ärztliche Therapiefreiheit wissenschaftlich unbegründet ein.
- Er schließt Heroinabhängige unter bestimmten Bedingungen von der Behandlung aus oder fordert den Abbruch der Behandlung.
- Er schränkt die präventiven Potentiale (HIV und Hepatitis) dieser Behandlungsform ein.
- Er beschränkt die Auswahl der an Heroinabhängige verschreibbaren Medikamente entgegen internationalen und nationalen Erfahrungen.
- Mit den (wie oben ausgeführt unnötigen) Regelungen zur Einnahmekontrolle verhindert er, dass die Behandlung den Fortschritten des Patienten angepasst werden kann, entmündigt so die Patienten und behindert das Therapieziel „soziale Rehabilitation“.

- Er fordert, auf das Therapieziel „Abstinenz“ hinzuarbeiten, obwohl seit langem bekannt ist, dass dieses Ziel nicht bei allen Heroinabhängigen erreichbar ist und das Drängen auf Abstinenz oft die erreichten Behandlungsfortschritte gefährdet.

Er bedroht Abweichungen von medizinisch und gesundheitspolitisch nicht begründeten formalen Regelungen strafrechtlich. Dies alles sind Gründe warum sich viele Mediziner gegen die Behandlung opiatabhängiger Menschen entscheiden oder gar die Substitutionsbehandlung beenden. Der §5 ist nachteilig weil er maßgeblich dazu beiträgt, dass es mehr als 15 Jahre nach der Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland nicht genügend Behandlungsplätze gibt. Die tägliche Beschaffung von Substituten auf dem Schwarzmarkt durch viele hundert Opiatabhängige ist eine der dramatischen Auswirkungen dieser Regelungen.

Die Bestimmungen des BtMG und die übrigen Paragraphen der BtMVV bieten auch ohne §5 ausreichende Spielräume, um fahrlässig handelnde Ärzte zu sanktionieren. Die Qualitätssicherung ist nicht Aufgabe des Strafrechts, sondern Aufgabe der ärztlichen Körperschaften.

5) Diversifikation der Substanzen

Da es sich bei der Opiatabhängigkeit um eine chronische Erkrankung mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen handelt, bedarf es auch eines deutlich differenzierteren medikamentösen Angebotes als bisher. Die Entwicklung muss sich am Standard anderer Krankheiten wie z.B. Depressionen orientieren, wo mittlerweile eine ungleich größere Zahl von Substanzen zur Verfügung steht, mit denen eine individuell angepasstere und damit effektivere Behandlung durchgeführt werden kann. Ergebnisse in unseren Nachbarländern zeigen, dass z.B. retardierte Morphine (Österreich), Dihydrocodein (Schottland, teils auch Deutschland), Diacetylmorphin (Schweiz, Niederlande, Großbritannien und Deutschland) unbedingt zu diesem Spektrum dazugehören müssen. Hierzu gilt es

Rahmenbedingungen zu schaffen die die Erforschung weiterer Substanzen und Einsatzmöglichkeiten fördern. Auch die kombinierte Abgabe unterschiedlicher Präparate darf, ähnlich wie bei anderen Krankheiten, kein Tabu sein. Der jahrelange Forschungsstillstand auf diesem Gebiet muss überwunden werden.

6) Vergütung

Betreuungs- bzw. Koordinationspauschale

Die Behandlung erfordert häufig frequente und aufwendige Kontakte mit der Drogenberatung, Eltern, Partnern, Arbeitgebern, der Justiz, Jugendamt und Bewährungshelfern. Diese Kooperationsleistungen werden bisher nicht vergütet. Entweder werden Pauschalen im Sinne der Ziffern für chronisch Kranke (03001 bzw. 03210) auch für Suchtkranke anerkannt oder entsprechende Kooperationsziffern eingerichtet.

Take – Home Ziffer

Durch die Take- Home Verschreibung werden die Kosten für die tägl. Abgabe eingespart. Für den behandelnden Arzt entsteht jedoch ein Mehraufwand an Rezeptierung, Kontrolle und Beurteilung des Behandlungsverlaufs. Die Abgabeziffer kann am Tag des Praxisbesuchs abgerechnet werden, ein Gespräch nur viermal im Quartal. Somit stellt die Vergütung diesen Kontakt auf die gleiche Stufe wie den tägl. Kontakt bei der Abgabe. Der erhöhten Kontrollpflicht und Verantwortung bei „Take Home Patienten“ wird keine Rechnung getragen. Nach vier Wochen (vier Gespräche 01952 / pro Quartal) gehen (alternative) Gesprächsziffern ins Budget und belasten dies erheblich.

Die Take- Home Vergabe ist für die Weiterentwicklung des Gesundheitsprozesses und für die Ablösung von der Szene (Resozialisierung) sehr wichtig.

Erfolgreiche Behandlungen, die zu einer Take Home- Verschreibung führen, sind jedoch für den Behandler mit finanziellen Nachteilen verbunden. Neben diesen finanziellen Nachteilen sind die Behandler durch Take Home Verordnungen vermehrt dem öffentlichen Druck und der Justiz ausgesetzt, da diese Verschreibung immer ein Restrisiko beinhalten kann und somit eine hohe Verantwortung auf dem Arzt lastet.

Vergabe-Ziffer für delegierte Vergabe

Die Delegation der Abgabe an ausgebildetes Personal ist laut BtMVV erlaubt.

Die Vergabeziffer für Sichtbezug in der Praxis kann, wenn die Leistung nicht persönlich von Arzt/Ärztin erbracht wird, nicht abgerechnet werden.

Desgleichen muss im Vertretungsfall (ärztliche Vertretung hat keine Fachkunde) die Substitution abrechenbar sein.

Verwaltungsziffer für Apothekenabgabe

Bei PatientInnen, die noch keine 6 Monate behandelt werden bzw. die keine ausreichende Stabilität für eine Take Home- Verschreibung haben, müssen u. U. um ihren Arbeitsplatz zu erhalten, für die Arbeitstage eine Vergabe über eine Apotheke erhalten. Auch in ländlichen Gebieten, wo die Patienten weite Anfahrtswege haben, kann eine Vergabe über Apotheken notwendig sein.

Den Kostenträgern bleiben hierdurch die Vergabekosten erspart, der Arztpraxis entstehen Aufwand und Kosten durch das Ausstellen und Verschicken der Rezepte sowie der Kontrolle von Vergabeprotokollen der Apotheken.

Die Apotheken übernehmen in der Zusammenarbeit mit den Arztpraxen einen wichtigen Aspekt der Sicherstellung. Der Aufwand, der mit der Organisation (Motivationsarbeit, Vergabeverträge Schulung des Apothekenpersonals) verbunden ist, muß auch der Praxis erstattet werden.

Fallzahl berechnete Höchstwerte (Urinkontrollen)

Es ist bei den verschiedenen schweren Behandlungsverläufen nicht angemessen, die Zahl der zu Lasten der Krankenkasse abrechenbaren Urinparameter auf 20 (in den ersten beiden Quartalen auf 40) zu begrenzen. Es gibt wechselnde Verläufe, und die Mitgaberegulation bei günstigen Verläufen erfordert häufigere Urinkontrollen. Wenn insgesamt nicht mehr Geld für die Kontrollen „in den Topf“ kommt, kann durch eine Fallzahl berechnete Höchstwertregelung dem Einzelfall kostenneutral besser Rechnung getragen werden.

Keine Ausschlussziffern , Behandlung der Komorbidität

Mindestens ein therapeutisches Gespräch pro Woche muss abrechenbar sein, evtl. hier auch fallzahlberechnete Höchstwerte; diese Leistung sollte höher bewertet sein im Vergleich zur Abgabe („Kontrollziffer“)

Ziffern für das Konsiliarverfahren

Wer als Fachkundige/r für das Konsilverfahren zur Verfügung steht sollte diese zeitaufwändige und verantwortungsvolle Tätigkeit auch abrechnen können.

Finanzielles im Hinblick auf die PatientInnen:

Da durch die restriktive Verordnung von Betäubungsmitteln in der Substitution, bei der Patienten jeweils nur für eine kurze Frist Arzneimittel verordnet bekommen (maximal 7 Tage bei Take-Home, oft auch nur 1-2 Tage) aber bei *jeder* Rezepteinlösung Rezeptgebühren fällig werden, sind diese Patienten finanziell ungleich stärker belastet. Es gilt einen Modus zu finden, der diese Zuzahlungen auf ein geringeres Maß beschränkt. (evtl. einmalige monatliche Zahlung in Höhe von € 5,00 für alle Rezeptgebühren, die in diesem Monat durch die Substitution anfallen, inkl. Take Home und Sichtvergabe).

Packungsgrößen:

Die Zuzahlungsverordnung die mit der Packungsgrößenverordnung außer Kraft gesetzt wurde muß für Take Home Rezepte verändert werden.

Begründung: Im Rahmen der Substitutionsbehandlung, werden Patienten einzelne Tabletten als Take Home Dosen verordnet. Für diese Medikamente ist nach Abschaffung der Zuzahlungsverordnung in aller Regel auch die Rezeptgebühr von min. 5€ zu entrichten. Dies führt dazu, dass Patienten für das Einlösen eines Rezeptes mit beispielsweise 3 Tabletten den gleichen Betrag in der Apotheke zu entrichten haben, wie ein anderer Patient, der ein Rezept für 28 Tabletten einlöst. Dies führt nicht nur zu großen Diskussionen in der Apotheke, sondern die verordnenden Ärzte versuchen auch die Verschreibung therapeutisch angebrachter Kleinmengen zu vermeiden um den Patienten finanziell nicht weiter zu belasten. Wäre die Zuzahlungsverordnung wie zuvor gültig, würden die Patienten auch die Zuzahlung für einzelne Tabletten nur anteilig, d.h. entsprechend der entnommenen Menge aus der Originalpackung entrichten. (das wären dann Beträge zwischen 0,50 € und 5,00 € je nach Verordnung)

Sonderregelung bezüglich Rezeptgebühr

Da nicht, wie bei anderen chronischen Krankheiten bzw, einer sonstigen Dauermedikation die größte Packungseinheit rezeptiert werden kann, und das Folgerezept erst erforderlich ist wenn das Medikament verbraucht ist, fallen alleine aufgrund der Rahmenbedingungen zahlreiche Rezepte an; selbst für eine einzelne Take – Home Dosis.

Diese Mehrkosten sind alleine durch die Sonderregelungen der Substitution bedingt; also sollte es, solange diese gelten, auch eine Sonderregelung bezüglich der Rezeptgebühr geben. (z.B. nur einmal im Monat fällig)

Nicht alle PatientInnen sind von der Zuzahlung befreit. Selbst im Fall einer Befreiung von der Zuzahlung können die Rezeptgebühren für das jeweils erste Quartal eines Jahres die finanziellen Möglichkeiten überschreiten (insbesondere bei einer zusätzlichen medikamentösen Behandlung einer HIV und/oder Hepatitis Infektion). Es ist nicht unüblich, dass Rezepte für wichtige Medikamente deshalb oft nicht eingelöst werden.

Berlin, 27. Januar 2007

Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Referent für Drogen und Strafvollzug

* Der Inhalt dieser Erklärung ist das Ergebnis eines Treffens der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. am 25.01.2007 in Berlin

Aus dem BESCHLUSSPROTOKOLL DES 110. DEUTSCHEN
ÄRZTETAGES VOM 15. – 18. MAI 2007 IN MÜNSTER:

23. Zur Substitutionsbehandlung: Novellierung der
Betäubungs-mittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache V-95) fasst der 110.
Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Novellierung der BtMVV, bei der die medizinische Behandlung Opiatabhängiger nicht mit strafrechtlichen Mitteln reguliert wird. Die Qualitätssicherungs- und Beratungskommissionen der Ärztekammern sollen dazu Vorschläge unterbreiten, wie die Qualitätssicherung durch die Selbstverwaltungsgremien erfolgen kann.

Begründung:

Die substitutionsgestützte Therapie Opiatabhängiger ist eine durch viele Studien belegte evident erfolgreiche Behandlungsform der schweren chronischen Erkrankung "Opiatabhängigkeit". Sie dient der gesundheitlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Es werden derzeit ca. 65.000 Patienten von etwa 2.700 Ärzten behandelt. Die behandelnden Ärzte sind immer noch mit einem großen bürokratischen Aufwand belastet und einer hohen Gefahr ausgesetzt wegen formaler (nicht medizinischer) Fehler strafrechtlich verfolgt zu werden bei medizinisch angemessenem Vorgehen. Die Regelungen des § 5 BtMVV sind ungeeignet als Instrumente einer medizinischen Behandlung. Wie auch die Behandlung anderer chronischer Erkrankungen sollte eine Qualitätssicherung durch innerärztliche und selbstverwaltete Gremien erfolgen.

Dank

Das Expertengespräch ‚Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung‘ und diese Dokumentation wurden gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

Wir danken allen Teilnehmern und den ReferentInnen für ihr Engagement.

Kontakt Veranstalter:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Christine Kluge Haberkorn
Südwestkorso 14, D-12161 Berlin
akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org, www.akzept.org

Prof. Dr. Heino Stöver
Universität Bremen, FB 11 Public Health /FB 06 ARCHIDO
Postfach 33 04 40, D-28334 Bremen
Heino.stoever@uni-bremen.de

