



8. Internationaler **akzept** Kongress Berlin 2006

Berliner Erklärung

Unter dem Titel „Wie kann die Substitutionsbehandlung bedarfsgerecht gestaltet und ausgebaut werden? Gemeinsam! - Ein Forderungskatalog an die Politik“ haben sich am 23.-25. März 2006 auf dem 8. Internationalen akzept-Kongress in Berlin VertreterInnen verschiedener Professionen und Disziplinen mit unterschiedlichen Praxisbezügen getroffen, um die allseitig als notwendig erachtete Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung zu diskutieren und Möglichkeiten der Umsetzung zu erörtern. Die nachfolgend abgedruckte „Berliner Erklärung“ stellt einen Forderungskatalog an die Fachpolitik dar, die Substitutionsbehandlung bedarfsgerechter zu gestalten um ihre Potential noch stärker zu nutzen.

1. Take-Home Regelung

Die in § 5 Abs. 8 der BtMVV eingeschränkte Take-Home Möglichkeit bezüglich Inlands- und Auslandsreisen stabiler Patienten in Substitutionsbehandlung bedarf folgender Ausweitungen:

1. Aufhebung der Limitierung von sieben Mitgabedosen bei Inlandsreisen, stattdessen Angleichung an die im Falle von Auslandsreisen geltende Möglichkeit der Verschreibung der für bis zu 30 Tage benötigten Menge des Substitutionsmittels;
2. Möglichkeit der Überschreitung der 30-Tage-pro-Jahr-Regelung bei Inlands- und Auslandsreisen im Falle beruflich oder familiär bedingter Notwendigkeit.

Begründung:

In der Bundesrepublik Deutschland existiert im Rahmen der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger keine flächendeckende Versorgungsstruktur. Zwar gab es in ländlichen Regionen schon immer Versorgungsdefizite; diese nehmen nunmehr jedoch teils dramatische Ausmaße an, so dass in vielen Landkreisen gar keine oder keine wohnortnahe Versorgung mehr vorgehalten wird. Darüber hinaus zeichnen sich zunehmend auch Versorgungslücken in städtischen und großstädtischen Ballungsgebieten ab.

Diese Entwicklungen führen dazu, dass Substitutionspatienten, die über einen längeren Zeitraum als sieben Tage innerhalb Deutschlands verreisen, sei es urlaubsbedingt oder auf Grund beruflicher oder familiärer Verpflichtungen, keinen weiterbehandelnden Arzt (auch keinen Konsiliararzt) am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung vorfinden.

Zwar liegen keine Zahlen zu der Anzahl berufstätiger substituierter Patienten vor, die von der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten beobachtete steigende Nachfragefrequenz dieser Patientengruppe

in Bezug auf Inlandsreisen lässt jedoch den Schluss zu, dass wesentlich mehr Substituierte geregelter Arbeit nachgehen als allgemein angenommen wird.

Deren erfolgreiche berufliche Rehabilitation/Integration wird durch die aktuell geltende Take-Home Regelung für Inlandsreisen stark gefährdet. Die Regelung verhindert zudem häufig sogar den Einstieg in das heutzutage Mobilitätsfähigkeit fordernde Berufs- oder Arbeitsleben.

Im Falle von Auslandsreisen ist eine Überschreitung der Obergrenze der Verschreibung von bis zu 30 Tagen pro Jahr (nicht Kalenderjahr) zu ermöglichen. Es ist der Widerspruch zwischen unbegrenzter Take-Home-Möglichkeit im Inland (regelmäßige 7-Tage-Mitgabe) und auf 30 Tagesdosierungen pro Jahr limitierter Mitgabe bei Auslandsreisen aufzuheben. Die nunmehr über achtjährigen Erfahrungen der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten zeigen, dass viele Substitutionspatienten auf Grund beruflicher Verpflichtungen für einen längeren Zeitraum als 30 Tage pro Jahr Auslandsreisen planen müssen. Hierbei gilt zu berücksichtigen: Auch im Ausland gibt es keine flächendeckenden Versorgungsstrukturen, so dass Fortführungen der Substitutionsbehandlung am Einsatzort oftmals nicht möglich sind. Zudem bieten eine Reihe der 52 Staaten mit Methadonbehandlung und der 30 Staaten mit Buprenorphinbehandlung keine Behandlungsplätze für ausländische Besucher an. Die Zahl der Staaten, in denen überhaupt keine Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden (dürfen), ist weiterhin hoch. Doch selbst wenn Weiterbehandlungsmöglichkeiten gegeben sind, so korrelieren die Arbeitszeiten häufig nicht mit den Vergabezeiten. Somit kann auch die aktuelle Take-Home Regelung bezüglich Auslandsreisen den beruflichen Rehabilitations-/Integrationsprozess substituiertes Patienten be- oder verhindern.

2. Psychosoziale Betreuungsmaßnahmen (PSB)

Unabhängig von der Psychosozialen Betreuung (PSB) hat die Substitutionsbehandlung einen erwiesenen günstigen Effekt auf den Verlauf der Heroinabhängigkeit, weshalb ein Behandlungsabbruch wegen nicht in Anspruch genommener PSB ärztlich nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht begründet ist.

Das vielfach aufgestellte Junktim „Eine ärztlich kontrollierte Substitutionsbehandlung nur, wenn gleichzeitig eine psycho-soziale Betreuung stattfindet“ ist aufzuheben. Angebote psycho-sozialer Unterstützung für Patienten in Substitutionsbehandlung müssen bedarfsgerecht ausgestaltet und entsprechend finanziell sichergestellt werden.

Begründung:

Der positive Effekt der Substitutionsbehandlung auf den Verlauf der Heroinabhängigkeit ist seit Jahrzehnten mit zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen belegt.

Unter Forschern und Praktikern wird allgemein angenommen, dass psycho-soziale Angebote eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der Substitutionsbehandlung sein und sich positiv auf individuelle Behandlungsverläufe und soziale Integrationsprozesse auswirken können.

Wissenschaftliche Belege dafür, dass psycho-soziale Unterstützungsmaßnahmen die Dauer der Heroinabhängigkeit verkürzen, liegen allerdings nicht vor.

Nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand bedingt eine – wie in Deutschland vertragsarztrechtlich und strafrechtlich (*Anmerkung: auch in der BtMVV (§5 (2) Satz 4b, Verschreibung nur zulässig, wenn erforderliche PSB in Anspruch genommen wird; in der Begründung zur 10. BtMÄndV S. 16 (Nr 3 : sollten Länder die erforderlichen Angebote für begleitende Maßnahmen nicht ausreichend zu Verfügung stellen, ... kann das dazu führen, dass eine Substitution unzulässig wird)*) verankerte - Verpflichtung von Patienten an psycho-sozialen Begleitmaßnahmen keine günstigeren Behandlungsergebnisse als freiwillige, eigenmotiviert initiierte Unterstützungsnutzung. Sie resultiert zudem in einer Verringerung der Haltekraft.

Eine Teilnahme an psycho-sozialen Unterstützungsmaßnahmen darf daher keine Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Krankenkassen sein und die fehlende Teilnahme darf die Substitutionsbehandlung nicht unzulässig machen, unabhängig davon, dass vor allem in ländlichen Regionen keine flächendeckende Versorgungsstruktur geeigneter Drogenhilfeeinrichtungen vorhanden ist. Sinnvoll ist vielmehr, dass substituierende Ärzte in der Anfangsphase der Behandlung gegenüber ihren Patienten darauf hinwirken, dass sie an mindestens einem Beratungsgespräch in einer anerkannten Einrichtung der Drogenhilfe teilnehmen. Dieses Gespräch dient als Angebot im Sinne einer Entscheidungshilfe für oder gegen die Teilnahme an substituitionsbegleitenden Unterstützungsmaßnahmen (Häufig besteht bereits vor Substitutionsbeginn Kontakt zu Drogenhilfeeinrichtungen, wobei in zahlreichen Fällen die psycho-soziale Unterstützung der Substitutionstherapie sogar vorausgeht bzw. überhaupt erst im Wunsch nach Substitution resultiert).

Länder und Kommunen müssen für eine ausreichende, am durch die Substitutionspatienten angemeldeten psycho-sozialen Unterstützungsbedarf orientierte finanzielle und personelle Ausstattung geeigneter Drogenhilfeeinrichtungen sorgen.

3. Ausbildung/Weiterbildung

Folgende Kernforderungen zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten werden erhoben: Kenntnisse über Suchterkrankungen müssen während des Studiums gelehrt werden. Jeder Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt muss eine Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ haben. Langfristig sollte an die Einführung eines Facharztes für Suchtmedizin gedacht werden.

4. Qualität/Qualitätsanforderungen

Die Qualität der Behandlung sollte auf der Grundlage der Bundesärztekammer-Richtlinien bewertet werden. Gefordert wird eine Transparenz bzw. Nachvollziehbarkeit der Prüfkriterien bzw. Bewertung.

Bei der Erstellung solcher verbindlicher Richtlinien sind neben dem Stand der medizinischen Erkenntnis gleichwertig auch die realen Verhältnisse zu berücksichtigen. (Ohne gesicherte und geregelte Finanzierung und ohne eine ausreichende Zahl von Behandlungsplätzen sind geforderte Standards u. U. nicht einzuhalten. s. aktuell Debatte zur psycho-sozialen Betreuung).

Die Substitutionsbehandlung muss von bürokratischen Auflagen befreit werden. Z. Zt. muss z.B. jede Behandlung, die zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt wird, an drei Stellen gemeldet werden (Substitutionsregister, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung).

5. Strafrechtlicher Umgang mit substituierenden Ärzten

Die Entwicklung von Substitutionsbehandlungen befindet sich in einer Krise. Ärzte ziehen sich in großer Zahl zurück oder verweigern, teils trotz vorhandener suchtmmedizinischer Qualifikation, von vornherein ihre Mitarbeit. Das wird begründet mit

- Überreglementierung
- Strafrechtlicher Bedrohung
- Regressforderungen
- Mangelnden Strukturen und fehlender Unterstützung, vor allem in unterversorgten Regionen.

Die Diskussion über Behandlungsmodalitäten muss innerärztlich, nicht in Strafverfahren geführt werden. Politik und Justiz müssen begreifen, dass die Einschränkung der ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten die Folgen der Abhängigkeit von illegalem Heroin verschlimmert. Ärztliche Behandlungen helfen, die Risiken der Abhängigkeit zu mindern, insbesondere tödliche Verläufe zu verhindern.

Wenn substituierenden Ärzten Behandlungsfehler vorgeworfen werden, darf die Klärung nicht auf anderer Rechtsgrundlage / in anderer Vorgehensweise als bei allen anderen medizinischen Behandlungsfehlern erfolgen.

Forderungen:

Bei Verfahren gegen substituierende Ärzte muss ein in der Substitutionsbehandlung erfahrener Arzt als Sachverständiger befragt werden. Rechtsmedizinische Gutachter können sich nur zur Frage der Todesursache äußern.

Der § 30 Abs. 1 Satz 3 BtMG darf keine Anwendung finden, da er nicht für die Beurteilung ärztlicher Behandlung vorgesehen war und da substituierende Ärzte die Erlaubnis besitzen, Substitutionsmittel im Rahmen einer Behandlung einzusetzen. Eine Einschränkung ärztlicher Behandlung war mit dem Paragraphen nicht intendiert. Er ist eigentlich gegen Drogendealer eingeführt worden.

Streichung des §5 der BtMVV.

Er greift viel zu weit und abschreckend in ärztliche Behandlungen ein, die bei keiner anderen Erkrankung auf solche Weise reguliert werden. Das BMG hatte bereits vor Jahren vorgesehen, den §5 BtMVV mit dem Erscheinen der BÄK-Richtlinien entscheidend zurückzunehmen. Das ist bisher nicht geschehen.

Die ultima-ratio-Formulierung des §13BtMG Abs.1 ist wissenschaftlich nicht begründet und behindert die bestmögliche Behandlung von Opiatabhängigen.

6. Alltagsverbesserungen der Substitutionsbehandlung (für den/die substituierende/n Arzt/Ärztin) mit entsprechenden Zuständigkeitsbereichen

Verbesserungen der Substitutionsbehandlung	Zuständigkeitsbereich
Dispensierrecht für den substituierenden Arzt, auch um Take – Home Rezepte zu vermeiden.	BMG (AMG, BtMVV)
<p>Dispensierrecht bedeutet: Der Arzt darf das Medikament dem Patienten mitgeben. Normalerweise muss er ein Rezept ausstellen, mit welchem der Patient in die Apotheke geht um es dort einzulösen. Der Nachteil besteht in einem Mehr an Bürokratie: Auch für kleinste Mengen wird eine Rezeptgebühr fällig. Nicht jede Apotheke hat Methadon vorrätig.</p> <p>Ein praktisches Beispiel verdeutlicht dies: Ein Patient kommt Sonntag zur Vergabe, erfüllt eigentlich die Voraussetzung für Take –Home, und begründet glaubhaft, dass er Montag früh von x nach y muss. Eine Vertretung lässt sich nicht regeln, der Arzt gibt Methadon mit und macht sich strafbar.</p> <p>Ein weiteres Beispiel: Ein Patient ist noch nicht von der Rezeptgebühr befreit, soll stufenweise Take – Home erhalten, um den eigenverantwortlichen Umgang mit dem Substitut zu lernen. Wenn er zweimal pro Woche ein Rezept bekommt, muss er jedes Mal Rezeptgebühr bezahlen; zusätzlich ein Rezept für den „Sichtbezug“.</p> <p>Wenn der Arzt im Verlaufe der Behandlung den Eindruck gewonnen hat, dass der Patient die Voraussetzungen der BtMVV für Take – Home erfüllt, spielt es für die „Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs“ keine Rolle, von wem dem Patient das Substitut zur eigenverantwortlichen Handhabe erhält. Gegen das Argument, man könne so nicht überprüfen, was der Arzt mit den bei ihm gelagerten Substituten macht ist einzuwenden, dass der Arzt alle Ein- und Ausgänge seines Bestandes präzise dokumentieren muss. Die Behörden haben das Recht, diese Dokumentation jederzeit und ohne Vorankündigung einzusehen. Es kann also genauer überprüft werden, als zu schauen, bei welcher Apotheke ggf. ein ungerechtfertigtes Take – Home - Rezept eingelöst wurde. Der Arzt bzw. sein Personal hat u.U. Mehrarbeit, weil er die Fläschchen vorschriftsgemäß abfüllen muss; bei geplanter Mitgabe sollte es durch die Apotheke erfolgen. Letztere fürchten Einnahmeverluste, welche aber nicht entstehen, wenn die Dosierungen von ihnen gerichtet und dem Arzt geliefert werden.</p> <p>Die Überlassung des Substituts durch den Arzt kann auch für die therapeutische Beziehung günstig sein.</p> <p>Die BtMVV sieht bei Codein durchaus eine Ausnahme vor: Codein, welches aufgrund der Halbwertszeit mindestens zweimal am Tag genommen werden muss: Die zweite Tagesdosis darf vom Arzt ausgehändigt werden, und das muss zwangsläufig schon zeitnah zu Behandlungsbeginn erfolgen.</p> <p>Die zweite Ausnahme betrifft die „Pille danach“. Auch da wird eine Ausnahme vom AMG gemacht. Bei Tierärzten ohnehin.</p>	

Bündelungsregelung v.a. bei Subutex, wie bei Dosierautomaten.	Regierungspräsidien (BtMVV)
<p>Zur Bündelungsregelung: Das BMG befürwortet diese Regelung grundsätzlich (mündliche Auskunft Dr. Gleim), ist den Landesbehörden gegenüber jedoch nicht weisungsbefugt. Diese Regelung ist v.a. bei Subutex sinnvoll, jedoch auch bei Methadon. Der technische Ablauf entspricht dem bei der Dosierautomatenregelung: Das Substitut wird auf einem BtM-Rezept als „Praxisbedarf“ geordert. Das BtM-Rezept dient nur der Lieferung, nicht wie sonst bei „Praxisbedarf“ zur Abrechnung mit einem Leistungsträger. Die Abrechnung gegenüber dem Leistungsträger („Krankenkasse“) erfolgt am Monatsende auf Formblatt 16 = normales rosa Kassenrezept, welches der Apotheker erhält. Diese Regelung bedarf der Genehmigung nicht zuletzt auch deshalb, weil „normalerweise“ ein BtM-Rezept nur 7 Tage gültig ist bzw. beliefert werden darf, und ein BtM, das gilt auch für Schmerzmittel, nicht rückwirkend rezeptiert werden darf.</p> <p>Diese Regelung hat nur Vorteile, verringert den bürokratischen Aufwand und Kosten für alle Beteiligten. Wer keinen Dosierautomaten hat, dessen Software die präzisen personenbezogenen Rezepte mit der tatsächlich verbrauchten Menge ausdrückt: Diese Software steht auch für Kollegen ohne Automaten zur Verfügung und erfüllt die Voraussetzungen für die Dokumentationspflicht.</p> <p>An vielen Beispielen lässt sich zeigen, dass die BtMVV den Bedürfnissen der Substitutionsbehandlung angepasst werden muss. Der Verordnungsgeber sollte seine unberechtigten Ängste aufgeben, dass die ärztliche Verschreibung von Opiaten wie vor 100 Jahren die Sucht fördert. Das Gegenteil ist der Fall: Ärztliche Verschreibungen von Opiaten an Opiatabhängige verringern den Konsum und die Gefahren des Konsums illegalen Heroins.</p>	
Vertretungsregelung: Rücksetzung der BtMVV auf Stand vor Februar 2002 , nach Anleitung bzw. Beratungshotline	BMG
<p>Früher durfte auch ein Arzt ohne Fachkunde vertretungsweise vorübergehend die Substitution fortführen und auch abrechnen, um den substituierenden Arzt zu vertreten, oder auch, um einen verreisten Patienten zu versorgen.</p> <p>Die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs wird sicher nicht gefährdet, wenn bei einer laufenden Substitutionsbehandlung die notwendigen Tagesdosen von einem anderen Arzt verschrieben werden. Genauso wenig wird sie gefährdet, wenn der behandelnde Arzt bei einer unkomplizierten Substitutionsbehandlung die notwendigen Rezepte vordatiert, damit das Substitutionsmedikament an den entsprechenden Tagen von der Apothekerin abgegeben wird.</p> <p>Die jetzige Konsiliarregelung ist dazu nicht ausreichend, da sie auf 3 Personen begrenzt ist. Die BtMVV erlaubt aber, dass „eingewiesenes Personal“ Substitut abgeben, aber nicht: „verschreiben“ darf. Wo jedoch soll das Substitut herkommen?</p>	

<p>Das Problem wird v.a. deutlich bei ‚Take – Home – Patienten‘, wenn sich der versorgende Arzt länger als 7 Tage im Urlaub befindet: Die Vertretung darf das Substitut zwar abgeben, aber kein Rezept ausstellen. Also macht der substituierende Arzt sich strafbar, weil er auf Vorrat, vordatiert, rezeptiert.</p>	
<p>Konsiliarregelung: Die Konsiliarregelung führt dazu, dass es nicht genügend Behandlungsplätze gibt. Sie muss entsprechend angepasst werden können. Besonders in der Einstellungsphase mit Methadon soll der konsiliarisch tätige Arzt engen Kontakt mit dem betreuenden Arzt halten. Idealerweise sollte die Einstellung vom erfahrenen Kollegen durchgeführt werden</p>	
<p>Zusätzliche pauschale Vergütung für Koordinationsaufgaben</p>	KBV
<p>Die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen erfordert bei Suchtkranken viel Zeit, die mit einer Koordinationsziffer entsprechend der Ziffer 03001 vergütet werden muß.</p>	
<p>Take – Home – Ziffer (z.B 01950 A)</p>	KBV
<p>Auch ein ‚Take – Home Patient‘ erfordert einen gewissen Arbeitsaufwand; er sollte ebenso untersucht werden wie ein Patient, dessen Substitut täglich in der Praxis vergeben wird. Der Arzt – Patient Kontakt kann nicht obligat sein und gleichzeitig nicht vergütet werden! In Hessen und Niedersachsen existieren bereits ‚Take – Home Ziffern‘. Alternativ: Die Begrenzung auf vier außerhalb der Gesamtvergütung honorierte ausführliche Gespräche im Quartal (Ziffer 01952) ist der zeitaufwendigen Behandlung nicht angemessen. Wenn eine gute Arbeit gefordert wird, muss sie auch bezahlt werden.</p>	
<p>Fallzahlberechnete Höchstwerte (Urinkontrollen) und nicht patientenbezogene</p>	KBV
<p>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 Mitgaberegulung bei günstigen Verläufen erfordert häufigere Urinkontrollen.</p>	

Bei ‚Take-Home-Patienten‘ wird den Ärzten von Qualitätssicherungskommissionen oft vorgeworfen, nicht genügend Urinkontrollen durchgeführt zu haben. Am einfachsten ist es, wenn die Höchstzahl der Untersuchungen wie sonst auch nicht individuell, sondern auf die Fallzahl berechnet wird.	
Kostenübernahme Fahrtkosten zur Vergabepaxis	GBA
Die Substitutionsbehandlung erfüllt die Erfordernisse der Richtlinien zum Krankentransport usw.. Es laufen diverse Sozialgerichtsverfahren mit bisher unterschiedlichem Ausgang.	
Regionale Ansprechpartner , Hotline, für substituierende KollegInnen	Kammer, KV
Ärztikammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV) sollen Arbeitskreise einrichten und fördern und regionale Ansprechpartner benennen. Regionale AnsprechpartnerInnen haben sich besonders in ländlichen Regionen bewährt.	

Im Drogen- und Suchtbericht 2005 stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung u.a. fest: „In den letzten Jahren ist es gelungen, die Qualität der Substitution weiter zu verbessern und den Zugang zu erleichtern...“. In diesem Sinne verstehen wir die hier vorgestellten, fachlich gestützten Forderungen als einen weiteren wesentlichen Beitrag zur Diskussion über eine notwendige bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Wir fordern die Verantwortlichen auf, eine Fachdiskussion über diese Forderungen und deren Umsetzung einzuleiten.

Berlin, April 2006

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik



Ingeborg Schlusemann
Vorsitzende