

psychosoziale Betreuung

Entstigmatisierung

Entgiftung

Diamorphin

Akzeptanz

Dokumentation

Stabilisierung

Selbsthilfe



Substitutionstherapie Opioidabhängiger.

Tagungsdokumentation der Fachtagung
Sozialpharmazie 2018 in Düsseldorf.

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Substitutionstherapie Opioidabhängiger.
Tagungsdokumentation der 21. Fachtagung
Sozialpharmazie 2018.

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum

Telefon 0234 91535-0
Telefax 0234 91535-1694

poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Thomas Poehlke
Dr. Kenan Maric-Horstmeyer
Oliver Balgar
Laura Erne
Robin Ghosh
Werner Terhaar
Willehad Rensmann
Dr. med. Christian Plattner
Mathias Haede
Said Ahmad
Heinrich Queckenberg

Redaktionelle Bearbeitung

LZG.NRW, Bochum

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Die Tagung wurde in Kooperation mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf ausgerichtet.

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis

Titelmotiv: ©M.Rode-Foto - stock.adobe.com

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bochum, Juli 2019

ISBN 978-3-88139-211-2

Inhalt

Vorwort: Begrüßung	5
Rita Lauck	
Substitutionstherapie Opioidabhängiger – Die aktuelle Versorgung aus ärztlicher Sicht im ambulanten Bereich.....	11
Dr. med. Thomas Poehlke	
Die neuen betäubungsrechtlichen Vorschriften zur Substitution Opioidabhängiger Veränderungen durch die Neufassung des § 5 BtMVV	23
Dr. Kenan Maric-Horstmeyer	
Die Psychosoziale Beratung	35
Oliver Balgar	
Substitutionstherapie Opioidabhängiger – Die Sicht der KV	49
Laura Erne	
Substitutionstherapie: Die aktuelle Versorgung aus apothekerlicher Sicht	61
Robin Ghosh	
Die aktuelle Versorgung aus ärztlicher Sicht im stationären Bereich	75
Werner Terhaar	
Drogenkonsumräume und Infektionsprophylaxe	91
Willehad Rensmann	
Möglichkeiten und Grenzen der Diamorphinvergabe – die Düsseldorfer Diamorphin-Ambulanz	107
Dr. med. Christian Plattner	
Versorgung aus Sicht der Betroffenen: Das Selbsthilfenetzwerk JES.....	121
Mathias Haede	
Versorgung im Alter: „DAWO“ – „da wo man bleiben kann“	137
Said Ahmad	
Entwicklung der Versorgung – Perspektive der Apotheke	145
Heinrich Queckenberg	

Vorwort

Die Substitutionstherapie mit Opioiden ist in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer wissenschaftlich allgemein anerkannten, evidenzbasierten Behandlungsmethode weiterentwickelt worden und steht den Suchterkrankten als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund wurden die Vorschriften zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger mit der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vom 22.05.2017 geändert. Ziel war es, die Vorgaben des Substitutionsrechts in der BtMVV an die Erkenntnisse des wissenschaftlichen Fortschritts und an praktische Erfordernisse anzupassen.

Die rechtlichen Anpassungen sollen zudem Ärztinnen und Ärzte motivieren, sich verstärkt an einer qualitätsgesicherten Versorgung der suchterkrankten Menschen zu beteiligen. Denn derzeit lässt sich beobachten, dass die in den letzten Jahren leicht ansteigende Zahl an Substitutions-Patientinnen und Patienten von einer seit 2012 abnehmenden Anzahl von qualifizierten Substitutionsärztinnen und -ärzten versorgt werden muss. In den kommenden Jahren wird ein größerer Teil von ihnen altersbedingt ausscheiden. Mit einer vergleichbar großen Zahl an nachrückenden Ärztinnen und Ärzten ist nach derzeitigem Stand nicht zu rechnen. Insofern wird die Substitutionstherapie mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten in Zukunft zu einer besonderen Herausforderung, insbesondere im ländlichen Raum.

Um die Chancen und Risiken der Substitutionstherapie aus verschiedenen Perspektiven und im Lichte der neuen Regelungen zu diskutieren, wurde am 15./16. Mai 2018 die Fachtagung Soziopharmazie mit dem Thema „Opioidgestützte Substitutionstherapie“ vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen und der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf durchgeführt.

Die Tagung gab unterschiedlichen Sichtweisen und Lösungsansätzen für eine erfolgreiche Substitutionstherapie Raum. In den Beiträgen der vorliegenden Tagungsdokumentation wird deutlich, in welchem Spannungsfeld Substitutionstherapie heute stattfindet: zwischen rechtlichen Vorgaben und Anpassungsnotwendigkeiten an die Realität der ärztlichen Praxis und an die Lebensumstände der Suchterkrankten sowie unter Berücksichtigung der meist konsentierten Vorgaben der beteiligten Institutionen. Zu letzteren gehören neben den unterschiedlichen ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens auch die Alten- und Pflegeheime oder Wohngruppen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker als Überwachungsbehörden und als Berater im Rahmen des sozialpharmazeutischen Aufgabengebietes, die Kranken- und Pflegekassen sowie vor allem die psychosozialen Betreuungseinrichtungen.

Wir danken den Referentinnen und Referenten, die durch Ihre Vorträge und ihre Diskussionsbereitschaft zum Erfolg der Fachtagung Sozialpharmazie beigetragen und durch die schriftliche Bearbeitung ihrer Beiträge die vorliegende Tagungsdokumentation ermöglicht haben.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

Begrüßung

Begrüßungsrede von Ministerialrätin Rita Lauck Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen anlässlich der 21. Fachtagung Sozialpharmazie „Substitutionstherapie Opioidabhängiger“ am 15./16. Mai 2018 in Düsseldorf

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Frau Quenzer, sehr geehrter Herr Puteanus, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie anlässlich der Fachtagung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und des Landesentrums Gesundheit recht herzlich.

Gerne überbringe ich Ihnen auch Grüße von Herrn Minister Karl-Josef Laumann.

Ich bin der Einladung zu dieser Fachtagung sehr gerne gefolgt. Sie alle sind Fachleute und in ganz unterschiedlichen Zusammenhängen und Institutionen mit der Substitutionsbehandlung befasst. Daher ist dies ein besonders geeignetes Forum für einen Erfahrungs- und Informationsaustausch über Fragen der Umsetzung und Weiterentwicklung der substitutionsgestützten Behandlung suchtkranker Menschen.

Ein solcher sektorenübergreifender Austausch ist angesichts der Komplexität dieser Behandlung äußerst wichtig. Und Gelegenheiten hierzu sind viel zu selten. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Einbindung der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker.

Auch der Zeitpunkt ist günstig. Denn mit Änderung der bundesweiten betäubungsmittelrechtlichen Rahmenvorgaben im letzten Jahr sind inhaltlich und strukturell weitreichende Änderungen der Substitutionsbehandlung in Kraft getreten.

Deshalb freue ich mich sehr, dass diese Tagung auf reges Interesse gestoßen ist.

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Nordrhein-Westfalen ist die substitutionsgestützte Therapie Opioidabhängiger seit langem ein drogenpolitischer Schwerpunkt.

Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen schon vor 30 Jahren im Rahmen des Methadon-Erprobungsvorhabens die medikamentengestützte Behandlung eingeführt. Damit betrat das Land mit Unterstützung einiger engagierter Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft, Medizin und Suchthilfepraxis Neuland und übernahm bundesweit eine Vorreiterrolle.

Damals wurden viele Drogenabhängige in sozial und gesundheitlich prekären Lebenslagen vom bestehenden Hilfesystem offenkundig nicht erreicht. Hinzu kam Ende der 80iger Jahre die erhöhte Gefährdung durch HIV und AIDS.

Für die Landesregierung handlungsleitend war

- trotz teils massiver Skepsis und Kritik auch aus Fachkreisen - daher das Ziel, die bestehenden Hilfen für drogenabhängige Menschen zu erweitern und stärker zu differenzieren. Denn Erfahrungen aus dem Ausland belegten, dass passgenauere Hilfen notwendig sind, um den individuellen Bedürfnissen und Problemlagen der Suchtkranken hinreichend Rechnung zu tragen.

Inzwischen ist die Substitutionsbehandlung auch bundesweit anerkannt und seit Mitte der 90iger Jahre Teil der vertragsärztlichen Regelversorgung drogenabhängiger Menschen.

Sie ist ein elementarer Baustein unseres differenzierten Drogenhilfenetzwerks. Dieses aus einer Vielzahl unterschiedlicher Bausteine geflochtene Netzwerk reicht von den niedrigschwelligen Angeboten der Gesundheits- und Überlebenshilfe über die medikamentengestützten Behandlungs- und psychosozialen Betreuungsangebote bis zur qualifizierten Entzugsbehandlung und Entwöhnung.

Die Substitutionsbehandlung hat sich insgesamt bewährt und ihre Wirksamkeit wurde inzwischen durch zahlreiche wissenschaftliche Studien nachgewiesen. Sie ist derzeit die wirksamste Behandlung, um die gesundheitliche Lage insbesondere von langjährig Drogenabhängigen zu verbessern und ihnen die soziale und berufliche Integration zu ermöglichen.

Zudem kann sie ein wichtiger und notwendiger Schritt sein, um die Abhängigkeit zu überwinden. Wir wissen aber auch, dass sie in der Mehrheit eine Langzeittherapie darstellt. Und wir müssen wohl davon ausgehen, dass viele Menschen bis zu ihrem Lebensende in Behandlung bleiben.

Nicht zuletzt dank erfolgreicher Substitution haben drogenabhängige Menschen heute eine wesentlich höhere Lebenserwartung. Es ist daher zu erwarten, dass die Zahl älterer Opioidabhängiger auch in Langzeitsubstitution zunehmen wird. Dies wiederum führt zu neuen Herausforderungen z. B. zu Fragen der bedarfs- und altersgerechten Versorgung substituierter Menschen mit multiplen Problemlagen.

Ich freue mich deshalb, dass auch diese Perspektive in Ihrer Fachtagung näher beleuchtet wird.

Angesichts der Erfolge der Substitution ist ein zentrales drogenpolitisches Ziel, eine wohnortnahe qualifizierte ärztliche Substitutionsbehandlung auch zukünftig sicherzustellen. Und dies

ist eine besondere Herausforderung, da wir beobachten, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die diese Behandlung anbieten, abnimmt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen die im Oktober letzten Jahres in Kraft getretene bundesrechtliche Neuregelung der Substitutionsbehandlung ausdrücklich.

Nordrhein-Westfalen hatte sich schon länger für eine Veränderung aktiv eingesetzt. Es wurden hierdurch zwar nicht alle unsere Forderungen erfüllt. Aber die jetzt umgesetzten Änderungen tragen wesentlichen Anliegen unserer Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der substituionsgestützten Behandlung drogenabhängiger Menschen Rechnung.

An diesen Empfehlungen haben Vertretungen aller an der Substitution in Nordrhein-Westfalen Beteiligten mit großem Engagement und Fachexpertise mitgewirkt. Die Empfehlungen werden wir auch weiterhin bei der Sicherstellung und Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung berücksichtigen.

Die Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen schafft unseres Erachtens eine wichtige Voraussetzung, um die medikamentengestützte Behandlung drogenabhängiger Menschen bedarfsgerecht und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend weiterentwickeln zu können.

Herr Maric-Horstmeyer wird Ihnen heute einen tieferen Einblick in die Rechtslage geben. Aber ich möchte die aus meiner Sicht wichtigen Änderungen der Rechtsgrundlage trotzdem kurz erwähnen.

Dazu gehören z. B.

- dass die Sicherung des Überlebens und die Besserung des Gesundheitszustands nunmehr gleichrangige Ziele neben der Abstinenz sind,
- dass Regelungsbereiche, die vorrangig die ärztliche Behandlung betreffen, in die Richtlinie der Bundesärztekammer überführt werden,
- dass die Möglichkeit der Take-Home-Verschreibung erweitert wird,
- dass die Zahl der Substituierten, die ein konsiliarisch tätiger Arzt behandeln darf, verdreifacht wird,
- dass die diamorphingestützte Behandlung nicht mehr auf die i. v. Applikation beschränkt ist und
- dass die Möglichkeiten der Abgabe und Überlassung des Substitutionsmittels im ambulanten und stationären Setting erweitert werden, z. B. durch Pflegedienste, Apotheken, Gesundheitsämter.

Die betäubungsmittelrechtlichen Änderungen werden sich voraussichtlich auf alle an der Behandlung beteiligten Bereiche auswirken, nicht nur auf substituierende Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf Kooperationspartner wie Suchthilfe, Apotheken, öffentlichen Gesundheitsdienst, Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Wir erwarten durch die Umsetzung der rechtlichen Änderungen eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Substitutionsbehandlung auch künftig sicherstellen zu können.

Insbesondere hoffen wir durch die Erhöhung der Rechtssicherheit und die Erleichterungen für die Ärzteschaft, mehr Ärztinnen und Ärzte für die Beteiligung an der Substitutionsbehandlung motivieren zu können. Außerdem gehen wir davon aus, dass die Vernetzung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte mit den verschiedenen Kooperationspartnern verbessert werden kann.

Um feststellen zu können, ob sich die mit den Änderungen verbundenen Erwartungen erfüllen, hat der Bundesrat die Bundesregierung aufgefordert, die Neuregelung drei Jahre nach ihrem Inkrafttreten zu evaluieren.

Auch in diesen Prozess wollen und werden sich die Länder aktiv einbringen. Auf Initiative von Nordrhein-Westfalen wird sich die Gesundheitsministerkonferenz in diesem Jahr mit einem Beschlussvorschlag befassen, der darauf gerichtet ist, beim Bund eine frühzeitige und enge Einbindung der Länder in die Evaluation einzufordern. Außerdem wollen wir erreichen, dass wesentliche Fragestellungen aus Länderperspektive in die Evaluation einfließen.

Um darüber hinaus den Umsetzungsprozess in Nordrhein-Westfalen aktiv zu unterstützen, haben wir bereits im vergangenen Jahr eine Arbeitsgruppe unter Federführung der Ärztekammer Westfalen-Lippe ins Leben gerufen. An dieser AG beteiligen sich u. a. kassenärztliche Vereinigungen, Apothekerkammer, Suchthilfe und Drogenselbsthilfe mit großem Engagement. Gemeinsam diskutieren und erarbeiten wir Maßnahmen und Ansätze zur zielorientierten Weiterentwicklung der Substitution. U. a. geplant ist eine Handreichung mit Basisinformationen für Ärztinnen und Ärzte zu erstellen, um mehr Ärzte für die Substitutionsbehandlung zu interessieren. Das Ministerium wird diese Maßnahmen im Rahmen seiner Möglichkeiten fördern.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das breit angelegte Programm lässt spannende Diskussionen aus den unterschiedlichen Perspektiven der an der Versorgung beteiligten Akteure, zu der selbstverständlich auch die Drogenselbsthilfe gehört, erwarten.

In diesem Sinne wünsche ich der Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf mit neuen Erkenntnissen und Impulsen für die Weiterentwicklung der medikamentengestützten Behandlung drogenabhängiger Menschen in Nordrhein-Westfalen.

Mein besonderer Dank gilt an dieser Stelle den Organisatoren dieser Tagung ebenso wie den mitwirkenden Referentinnen und Referenten.

Substitutionstherapie Opioidabhängiger – Die aktuelle Versorgung aus ärztlicher Sicht im ambulanten Bereich

Dr. med. Thomas Poehlke

In diesem Beitrag wird aus ärztlicher Sicht in der ambulanten Versorgung über die Hintergründe der Substitutionstherapie und die täglichen Herausforderungen in diesem Versorgungsbereich berichtet. Dabei kann der Autor auf inzwischen dreißig Jahre Substitutionstherapie zurückblicken und ist seit 1995 als niedergelassener Arzt in Münster tätig.

Die Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) 2017 bedeutet einen großen Fortschritt für die Substitutionspatienten und die Substitutionsärzte, da viele Regularien vereinfacht wurden und die Substitution in unterschiedlichen Einrichtungen möglich wird. Trotzdem ist noch sehr viel zu tun, um dem Ideal einer guten und erfolgreichen Substitutionstherapie nahe zu kommen.

Die Substitutionstherapie rettet Leben

Zu Beginn der Substitution Ende der 1980er ging man davon aus, dass Patienten nur eine kurze Zeit substituiert werden müssen und dann in ein „normales“ Leben entlassen werden können. Mittlerweile sind einige Patienten seit 25 oder 30 Jahren in der Substitutionstherapie. Viele müssen weiterhin jede Woche einmal zum Arzt, was nicht spannungslos ist. Das Wesentliche ist aber, dass es inzwischen gelungen ist, das Überleben vieler Suchterkrankter entscheidend zu verlängern und deren Lebensqualität zu verbessern.

Seit 2015 gibt es bspw. durch das Projekt „LÜSA“ das Altenheim „DAWO“ in Unna.¹ Dort finden ältere Drogenabhängige eine Unterkunft. Überraschenderweise verläuft der Alltag hier trotz der oft turbulenten Lebensläufe der Bewohner sehr ruhig ab, oftmals ruhiger als in manch anderem Alten- und Pflegeheim. Diese Beobachtung belebt die Diskussion, ob eine Unterbringung nicht auch in allgemeinen Altenheimen sinnvoll ist und stärker in Betracht gezogen werden sollte.

¹ Näheres zum Projekt LÜSA Langzeit-Übergangs- und Stützungsangebot: <http://www.luesa.de/> (Abruf: 25.02.2019).

Die internationale Perspektive

Ein Bericht der United Nations von 2016 stellt fest: als Konsequenz der Drogenpolitik der letzten 50 Jahre entstanden für die Staaten enorme Kosten in Höhe von 100 Milliarden Dollar pro Jahr.² Trotzdem konsumieren ca. 300 Millionen Menschen Drogen. Allein in Mexiko gab es 2013 16.000 Tote im Drogenkrieg, diese Zahlen werden vermutlich noch durch den Drogenkrieg auf den Philippinen übertroffen.

Die Global Commission on Drug Policy, in der v. a. Politiker im Ruhestand sitzen und sich deutlicher als zu ihren aktiven Zeiten in der Politik äußern (können), forderte 2016 weiterhin die Entkriminalisierung des Drogenkonsums, eine Forderung, die in Deutschland immer noch irritierend klingt. Des Weiteren fordert die Kommission eine Schadensminimierung beim Drogenkonsum, Aufklärung und Gesundheitskampagnen sowie verstärkte staatliche Regulierung.

Zurzeit erinnert die Diskussion über medizinischen Cannabis an die Anfänge der Substitutionstherapie: Vorurteile, Dealervorwürfe und hohe rechtliche Anforderungen erschweren die Therapie.

Neue Entwicklungen

Zu Beginn der Substitution Ende der 80er waren die Voraussetzung für den Beginn einer Substitutionstherapie enorm hoch; sie war meist AIDS-Patienten vorbehalten, wobei eine HIV-Infektion nicht ausreichte. Das führte dazu, dass es sogar Patienten gab, die sich absichtlich mit HIV infizierten und auf den Ausbruch von AIDS warteten, um Methadon zu erhalten. Fast 30 Jahre dauerte es, bis die Bedingungen einigermaßen akzeptabel geworden sind und zu Änderungen geführt haben.

Der Europäische Drogenbericht 2017 stellte fest, dass 2015 insgesamt 8.441 Menschen an einer Überdosis von Heroin und anderen Opioiden starben.³ Dies entspricht einer Zunahme von 6% im Vergleich zu 2014, als 7.950 Todesfälle registriert worden waren. Ein Anstieg der Zahl der Todesfälle ist 2015 in Deutschland, Litauen, den Niederlanden, Schweden, dem Vereinigten Königreich und der Türkei registriert worden.

² United Nations Office on Drugs and Crime (2016): World Drug Report 2016, unter: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf (Abruf: 27.02.2019).

³ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2017): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2017, unter: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/3_Internationales/2_Europaeische_Union/Downloads/EDR-2017_DE.pdf (Abruf: 27.02.2019).

Entwicklungen

- Positiv:** Nach 30 Jahren ist anerkannt, dass Suchterkrankte durch die Substitutionstherapie stabilisiert werden und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können
- Suchterkrankte leben unter Suchttherapie länger
- Die neue Betäubungsmittelverschreibungsverordnung erleichtert die Therapie
- Negativ:** Die Zahl der Toten durch Opiode stieg im Deutschland im letzten Jahr
- Neue Opiode, insbesondere neue hochpotente Fentanyl werden registriert und bergen große gesundheitliche Risiken
- Neue Substanzen sind leicht über das Internet beziehbar
- Zu schnelle Verordnung von Opioiden in der Schmerztherapie, v. a. in den USA, führt zu unnötigen iatrogenen Suchterkrankungen

Neue Problemfelder kommen hinzu, so z. B. neue Opiode. Seit 2009 wurden auf dem europäischen Drogenmarkt insgesamt 25 neue Opiode festgestellt – davon wurden neun erstmals im Jahr 2016 gemeldet. Hierzu zählen 18 Fentanyle, von denen acht erstmals 2016 gemeldet wurden. Die neuen Fentanyle spielen gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle auf dem europäischen Drogenmarkt, sie sind jedoch hochpotent und stellen eine ernstzunehmende Bedrohung für den Einzelnen und die öffentliche Gesundheit dar. Selbst in Münster, einer Stadt, in der es keine große Drogenszene gibt, aber natürlich Menschen mit Drogenproblemen, treten die ersten Fälle schwerer Abhängigkeiten und schwerer, teils tödlicher Verläufe von neuen Opioiden auf, wobei die Substanzen über das Internet bezogen wurden. Dieser Bezugsweg ist bequem und wird wenig kontrolliert und strafrechtlich verfolgt. Die Klientel ist hier auch eine andere, es sind oft gesellschaftlich hochaktive junge Menschen, die die Drogenberatung und Substitutionsärzte gar nicht als Ansprechpartner sehen.

Ebenfalls eine neue Entwicklung zeigt sich in den USA. Dort darf gesagt werden, dass Purdue-Pharma bzw. die Sackler-Familie an dem Tod von bis zu 300.000 Menschen in den letzten vergangenen 15 Jahren beteiligt war. Durch massives Bewerben von Oxycodon hat dieser Pharmakonzern u. a. dazu beigetragen, dass 142 Amerikaner jeden Tag an einer Überdosis eines Opiods sterben. Vier von fünf Heroinkonsumenten starteten mit einem Schmerzmittel und stiegen wegen des geringeren Preises anschließend auf Heroin um. Das intensive Marketing dieses Pharmakonzerns erinnert stark an die 1920er Jahre, als Heroin, das damals als Arzneimittel auf dem Markt verfügbar war, als „Allheilmittel“ angepriesen wurde. Auch in Deutschland ist Purdue-Pharma aktiv; neben vielen Kunstspenden war der Konzern auch an dem Projekt „Schmerzfreie Stadt-Münster“ beteiligt.

Abhängigkeit und psychische Komorbidität

Mittlerweile spricht man gemäß dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM: englisch für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) von einer Substanzgebrauchsstörung (Substance Use Disorder), da die Einteilung in Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence) nicht zielführend sei. Die meisten Patienten, die sich Hilfe suchen und eine Substitutionstherapie anstreben, leiden an einer Abhängigkeit. Wie bei anderen Erkrankungen geht man davon aus, dass sich eine Sucht über Jahre entwickelt und ausbreitet; Hilfe wird zunächst nur sporadisch gesucht. Der Beginn einer Substitutionstherapie bedeutet auch immer einen Einschnitt in die Selbstständigkeit und eine Änderung des Tagesablaufs, denn Substitutionspatienten sind auf Vergabeterminen angewiesen und müssen sich anpassen. Dies stellt wie jede Änderung des Alltags eine Herausforderung dar. Besonders belastend ist das Gefühl, ständig einem gewissen Misstrauen ausgesetzt zu sein. So wird intensiv hinterfragt, ob der Patient Take Home-fähig ist, was dieser mit den Take Home-Dosen macht, ob er sie selbst konsumiert oder verkauft. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 40% der Take Home-Patienten das Substitut auch intravenös konsumieren.

Drogenkonsum und das Ausprobieren von Substanzen ist nicht per se pathologisch, sondern in vielen Kulturen verbreitet. Jedoch weisen Untersuchungen darauf hin, dass ein hoher Opioid-Konsum in einem Zusammenhang mit in der Vergangenheit erlebten Traumata steht. Stünde nicht die Substitutionstherapie im Fokus der Behandlung, so wären viele Substitutionspatienten aufgrund unterschiedlicher psychischer Erkrankungen in intensiver psychiatrischer Behandlung.

Häufige Ursachen für eine Suchterkrankung

- * Depressive Störung
- * Angststörungen
- * Posttraumatische Belastungsstörung
- * Sexueller Missbrauch, insb. bei Frauen
- * ADHS im Erwachsenenalter
- * Persönlichkeitsstörungen
- * Psychose
- * Hirnorganische Störung
- * Intelligenzmangel

70 bis 90 % der Menschen, die an Abhängigkeitserkrankungen leiden, haben zuvor teilweise schwere Traumatisierungen erlitten.⁴ Bei Männern sind mehr Opfer körperlicher Gewalt zu beobachten, was später zu (fremd-) aggressivem Verhalten und Impulsdurchbrüchen führen kann. Bei Frauen steht der sexuelle Missbrauch in der Vergangenheit eher im Vordergrund, und

⁴ Driessen M, Schulte S, Lüdecke C (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug or dual dependence: A multi-center study alcoholism: Clinical and Experimental Research; 32 (3): 481-488.

es werden darin begründete depressive Störungen und Selbstschädigungen beobachtet. Substanzmittelkonsum kann insofern zur Minderung der Traumafolgen, zur Abschwächung negativer Emotionen und zur Schaffung positiver Empfindungen erfolgen.

Historie der Opiod-Substitution

Bereits 1887 stellte Albrecht Erlenmeyer fest, dass Morphinabhängigen in bestimmten Fällen das Morphin nicht entzogen werden sollte, etwa wenn sie über längere Zeiträume Morphinium als Schmerzmittel genutzt hatten. Dies war eine Meinung, die heute den Stand des Wissens darstellt, und es verwundert, dass sich diese Meinung nicht durchsetzen konnte. Stattdessen wurde meinungsführend, dass Abstinenz das einzige Therapieziel für Opioidabhängige sein müsse. Erlenmeyer setzte u. a. auch Cannabis ein, um beim Entzug zu helfen, wiederum ein Ansatz, den heute viele Betroffene sich wünschen würden, der in der medizinischen Wissenschaft aber nur selten Befürworter findet.

Etappen auf dem Weg zur heutigen Suchttherapie

- 1887 Albrecht Erlenmeyer: Morphinabhängige sollten substituiert werden
- 1924 Vorstellung ein Therapiekonzepts in England, das dem Konzept Erlenmeyers ähnelte
- 1955 Die New York Academy of Medicine fordert ein Umdenken im Umgang mit Opiatabhängigen
- 1959 Dr. Robert Halliday erhielt in Vancouver die Genehmigung, das synthetische Oral-Opioid Methadon zur Detoxifikation von Opiatabhängigen zu verwenden. Er erweiterte diese Behandlung zu einer langfristigeren Substitutionstherapie
- 1965 Marie Nyswander entwickelte gemeinsam mit dem Pharmakologen Vincent P. Dole die Idee, Opioidabhängigkeit mit dem „Heroin-Ersatzstoff“ Methadon zu behandeln
- 1972 kam die Methadonbehandlung durch eine restriktive Drogenpolitik in Kanada fast zum Erliegen
- 1977 bis 2007: Einführungsphase der Substitutionstherapie in Europa
- 1980er Jahre: Aufgrund der HIV-Krise erfolgte ein Umdenken in der Substitutionstherapie hin zu einer akzeptanzorientierten Therapie

Im Jahr 1924 wurde in England ein Therapiekonzept vorgestellt, das sich an den Vorstellungen von Erlenmeyer orientierte. 1955 forderte die New York Academy of Medicine in ihrem „Report on Addiction“ ein Umdenken im Umgang mit Opiatabhängigen (sic!). Die Psychiaterin und Psychoanalytikerin Marie Nyswander entwickelte gemeinsam mit dem Pharmakologen Vincent P. Dole 1965 die Idee, Opioidabhängigkeit mit dem „Heroin-Ersatzstoff“ Methadon zu behandeln, auch wenn nur eine grobe Vorstellung von Rezeptoren und den pharmakologischen Hintergründen bestand.

Der eigentliche Ursprung der Substitution geht aber auf Dr. Robert Halliday zurück. Er erhielt 1959 in Vancouver die Genehmigung, das synthetische Oral-Opioid Methadon zur Detoxifikation von Opiatabhängigen zu verwenden. Er erweiterte diese Behandlung zu einer langfristigeren

Substitutionstherapie. Bereits ein Jahr später sagte sich Halliday vom obersten Behandlungsziel Abstinenz los und erweiterte die medizinische Komponente der Substitutionsbehandlung um die psychosoziale Beratung.

Im Jahr 1972 kam die Methadonbehandlung durch eine restriktive Drogenpolitik in Kanada aber fast zum Erliegen. In Europa erstreckte sich die Implementierung der Substitutionstherapie von 1967 (Schweden) bis 2007 (Zypern). Es dauerte also 40 Jahre, bis sich die Substitutionsbehandlung über den Kontinent ausbreiten konnte.

Neue Ziele in der Substitutionstherapie

In den 1980er Jahren kam es bei der Behandlung von Opioidabhängigen zu einem Umdenken. Um die Rate der Neuinfizierungen HIV/HCV zu minimieren, wurden die abstinenzorientierten Behandlungsansätze um akzeptanzorientierte Modelle erweitert.

Die Ziele der Substitutionstherapie heute sind die Reduktion der Mortalität und Morbidität, die Verbesserung der Lebensqualität und die Abnahme krimineller Handlungen und deren sekundäre Folgen. Die Therapie ist eindeutig kosteneffektiv, die volkswirtschaftlichen Einsparungen (Strafverfolgungs-/Strafvollzugs-, Gesundheits- und Sozialkosten) sind wesentlich größer als die Kosten der Behandlung selbst.

Die neue Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)

Die flexiblere Gestaltung der Take Home-Vergabe ist sehr zu begrüßen, beruht doch der ursprüngliche Zeitraum von 7 Tagen nicht auf empirischen Ergebnissen, sondern wurde willkürlich festgelegt, ebenso wie die notwendige Dauer einer bestehenden Abhängigkeit, die auf 2 Jahre festgelegt wurde. Auch die Möglichkeit, das Substitutionsmittel für bis zu 30 Tagen zu verordnen, ist aus Sicht der Substitutionsärzte sehr sinnvoll. Es lässt sich bislang kaum beobachten, dass diese Regelung in größerem Maße zur Anwendung kommt, aber gut ist, dass zumindest die Möglichkeit dazu besteht. Eine erhöhte Nachfrage nach größeren Mengen Substitutionsmitteln ist bisher trotz der Änderung nicht zu beobachten.

„Durch die neue Betäubungsmittelverschreibungsverordnung von 2017 gab es große Verbesserungen, aber es bleiben noch einige Fragen offen“

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die Stärkung der Therapiehoheit der Ärzte. Die Bundesärztekammer kann jetzt bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Zielen die Substitution stattfinden kann. Sie hat dies in der entsprechenden Richtlinie formuliert.

Verbesserungspotenziale

Aber es bleiben noch Fragen offen.

1. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Die Zahl der aktiven Substitutionsärzte in Westfalen-Lippe ist von 2000 bis 2013 von 356 auf 280 zurückgegangen. Die Zahl der Substitutionspatienten hat sich im selben Zeitraum von 5.000 auf 11.400 mehr als verdoppelt. Die aktuell vorliegenden Zahlen der KV Baden-Württemberg zur substitutionsgestützten Behandlung geben Anlass zur Sorge. Das Durchschnittsalter der aktuell substituierenden Ärzte (232) liegt bei 60 Jahren.

Diese Entwicklung ist bekannt, realistische Lösungsvorschläge gibt es aber nicht. Die hohen Teilnehmerzahlen der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ täuschen, denn viele Ärzte, die daran teilnehmen, möchten von vornherein nicht in der Substitutionstherapie tätig werden, sondern sich bspw. auf Tabak- oder Alkoholabhängigkeit spezialisieren.

2. Substitution in Haft

In Deutschland sind zurzeit ca. 80.000 Menschen inhaftiert, 25-30% davon sind abhängig von illegalen Drogen wie Heroin. In Verbringungsgefängnissen, in denen Inhaftierte nicht länger als 2 Jahre sitzen, liegt die Rate bei ca. 50 %. Die Opioid-Substitution wird der Mehrzahl der Inhaftierten verweigert und / oder bei substituierten Patienten, die inhaftiert werden, abgebrochen. Die Folge ist risikoreicher Konsum mit der Gefahr der HIV oder Hepatitis C-Infektion. Bereits 2011 sollte gemäß Dubliner Erklärung, einer europäischen Richtlinie, die von Kanzlerin Angela Merkel unterzeichnet wurde, gewährleistet werden, dass eine gleiche Behandlung innerhalb und außerhalb der Mauern angeboten wird. Es werden aber nur 5% aller männlichen Strafgefangenen substituiert, teilweise bis zu 30% aller weiblichen Strafgefangenen. Dies ist aber in jeder Haftanstalt unterschiedlich und in das Belieben des Anstaltsarztes gestellt. Oft werden enorme Schwierigkeiten beschrieben.

3. Konsiliarärzte

Die Anzahl der konsiliarisch tätigen Ärzte, die selbst keine Fachkunde Suchtmedizin haben, die aber in Absprache mit einem fachkundigen Kollegen bis zu zehn Patienten behandeln dürfen, hat ungefähr zugenommen um die Zahl der fachkundigen Ärzte, die sich aus der Behandlung verabschiedet haben. Von diesen 500 Ärzten, die nur wenige Suchtpatienten betreuen – das sind 20 Prozent aller aktiven Substitutionsärzte – werden 1% der insgesamt 78 000 Patienten behandelt. Das Konsiliarwesen löst also die Strukturkrise nicht, auch eine Erhöhung gemäß Bt-MVV auf bis zu zehn so behandelte Patienten macht keinen Unterschied zur vorhergehenden Regelung. Die meisten Konsiliarärzte möchten ihre Patientenzahl nicht erhöhen. Auf der anderen Seite nimmt die Zahl der behandelten Suchtpatienten in den Schwerpunktpraxen immer weiter zu, sodass inzwischen manche Praxen 100, 200 oder mehr Patienten betreuen. In solchen Praxen kann aber eine vernünftige medizinische Betreuung kaum noch stattfinden.

4. Der schlechte Ruf

Die Suchtmedizin hat einen schlechten Ruf. Heute ist sie eine Unterdisziplin der Psychiatrie. Mit dem Erlangen der Facharztanerkennung ist auch die Substitutionsberechtigung verbunden, obwohl bislang nur die wenigsten frisch zertifizierten Psychiater einen suchterkrankten Patienten gesehen haben. Nur eine Minderheit der niedergelassenen Psychiater ist zudem bereit, Opioidabhängige zu behandeln. Dazu äußerte sich der Arzt Hans-Günter Meyer-Thompson, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, deutlich: „Wieso kann sich ein Berufstand mehrheitlich der Behandlung einer definierten Kernklientel verweigern? Was tut die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), was tun die Suchtverbände, diesen Missstand zu beheben?“ (G. Meyer-Thompson, 2018).⁵ Auch universitär

⁵ Meyer-Thompson G (2018): Das neue Substitutionsrecht: Nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis aber wie sichern wir jetzt die Versorgung vor Ort? Sanofi – Parlamentarischer Abend 2018, Berlin, 14.3.2018, http://dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_109/Sanofi_Parlamentarischer-Abend-2018-Berlin-14.3.2018_Vortrag-Meyer-Thompson-final.pdf (Abruf: 27.02.2019).

liegt kein Forschungsfokus auf diesem Thema. Zurzeit gibt es nur zwei Lehrstühle, die sich der Suchtmedizin widmen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass hier nur wenig Interesse geweckt werden kann.

5. Apotheken

Die Abgabe zur eigenverantwortlichen Einnahme, also Verordnungen, bei denen die Apotheker lediglich das Medikament aushändigen müssen, fällt unter den Kontrahierungszwang – solche Rezepte müssen beliefert werden. Ärzteschaft und Patienten wissen aber, dass es zahlreiche Apotheken gibt, die Opioidabhängige und deren Substitutionsverordnungen mit Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme nicht annehmen. „In den Gesprächen zur BtMVV Reform haben die ABDA-Vertreter schlicht geleugnet, dass es solche Apotheken gibt.“⁶

Inzwischen gibt es in fast allen Städten einzelne Apotheken, die Substitute unter Sicht abgeben, und dies auch auf eine vernünftige Art und Weise. Allerdings wird diesen Apotheken dafür eine angemessene Honorierung verweigert. Weder die Apothekerverbände, noch die Berufsverbände der substituierenden Ärzteschaft stehen den kooperierenden Apothekern zur Seite. Allerdings kann in Zukunft die Versorgung in der Fläche nicht ohne Apotheken garantiert werden, weswegen eine angemessene Honorierung für die qualitätsgesicherte Teilnahme an der Versorgung Opioidabhängiger notwendig ist.

6. Der G-BA

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Der G-BA hat für die Überprüfung der Methoden zur vertragsärztlichen Versorgung (MVV), die die Substitution aus kassenärztlicher Sicht regeln und die Grundlage für die Honorierung darstellen, mit einem Zeitplan versehen, der u. U. eine endgültige Beschlussfassung bis September 2020 vorsieht (mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 06.12.2018 ist die neue Anlage „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten.⁷)

Probleme im Praxisbereich

Der erhöhte Betreuungsaufwand von Substitutionspatienten ist für qualifizierte Suchtmediziner kein großes Thema. Die Abläufe sind eingeübt, die Vorgaben bekannt, der Umgang miteinander meist problemlos. Der erhöhte Betreuungsaufwand lässt sich aber schwer in den

⁶ Ebd.

⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss 6. September 2018: Substitutionsgestützte Therapie von Opioidabhängigen: Klarstellungen zum GKV-Leistungsangebot beschlossen, unter: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/762/> (Abruf: 07.01.2019).

allgemeinen Praxisalltag integrieren, wenn nur vereinzelt Suchterkrankte behandelt werden und die Routinen fehlen. Die Anzahl anderer – nicht drogenabhängiger – Patienten verringert sich somit mit steigender Zahl der Substitutionspatienten in einer Allgemeinpraxis. Die Diskussion über wartezimmerfähige Patienten zieht sich immer durch diese Diskussionen, allerdings findet man dafür auch Lösungen, wenn man sich ernsthaft mit dem Thema beschäftigt.

Zu diesem Thema muss über eine Beschränkung der Patientenzahl und über eine entsprechende Honorierung diskutiert werden. An der Honorierungsfrage lässt sich gut erkennen, ob die Arbeit der jeweiligen Ärztgruppe hoch oder eher niedrig eingeschätzt wird. Bei der Substitutionstherapie werden nur geringe Honorierungen auf Bundes- (KBV) oder Landesebene (KV) vereinbart, sodass sich nach derzeitigem Stand über die Honorierung keine zukünftige Strategie einer verbesserten Versorgung der Betroffenen aufbauen lässt.

„Statt „Beikonsum“ sollte eher von behandlungsbedürftiger substanzbezogener komorbider Störung gesprochen werden“

Der Beikonsum (besser: behandlungsbedürftige substanzbezogene komorbide Störung) wird immer wieder thematisiert. Dabei sollte aber bedacht werden, dass dies auch Zeichen von nicht ausreichend behandelten Zusatzkrankungen sind. So werden bspw. Amphetamine als „Selbstmedikation“ zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter von Suchterkrankten eingesetzt. Weiterhin werden posttraumatische Belastungsstörungen, affektive Störungen oder Schizophrenie oft mit anderen Substanzen selbst „behandelt“.

Auch die in Höhe und Art inadäquate Substitutionsmedikation kann zu „Beikonsum“ führen. So ist eine pauschale Begrenzung auf eine Höchstdosis nicht zielführend, sondern führt eher zu einem zusätzlichen illegalen Heroinkonsum. Die angemessene Dosis zu finden ist sehr individuell, Lehrbücher sind nicht immer hilfreich.

Resümee: Offene Fragen nach 30 Jahren Substitution

Auch nach 30 Jahren Substitutionstherapie bleiben noch viele offene Fragen:

- Wird heute mit der richtigen Substanz behandelt? Oftmals wird diskutiert, die Substitutionsbehandlung sollte sich auf wenige Substanzen beschränken. Dies kann möglicherweise falsch sein. Schon allein, wenn gefragt wird, wie wirken sich die unterschiedlichen Substanzen auf die einzelnen Organe des Körpers aus, stößt man auf viel Unwissen. Die Studienlage zu solchen Fragen ist sehr verbesserungsbedürftig. Der Anteil an Methadon geht zurück, der Anteil an Polamidon nimmt zu. Buprenorphin bietet eine weitere Möglichkeit und retardiertes Morphin gelangt ebenfalls mehr in den Fokus. Da die Patientengruppe der Suchterkrankten aber keine bevorzugte Studienpopulation darstellt, wird auch in Zukunft nur mit wenig wissenschaftlich sauber ermittelten Antworten zu rechnen sein.
- Gibt es Studien zur Wirksamkeit? Auch diese Frage ist für die einzelne Substanz bislang nur unzureichend beantwortet, insbesondere bezogen auf die Gruppe der Suchterkrankten. So beobachtet man, dass Suchterkrankte in den einzelnen Ländern mit ganz unterschiedlichen Arzneimitteln therapiert werden, obwohl sich die Patienten nicht wesentlich unterscheiden. Möglicherweise waren die jeweils ersten Anbieter von Substitutionsmitteln in den einzelnen Ländern die Ursache für bestimmte Substanzen.

- Soll am Dispensierrecht gerüttelt werden? Es gibt Situationen, in denen Patient und Arzt die Möglichkeit sehr begrüßen würden, Substitutionsmittel auch direkt mitgeben zu können. Sicherlich ist es schwierig, hier eine saubere Trennung zu definieren, wann das Dispensieren in der Arztpraxis notwendig ist und wann nicht, und wann das Dispensierrecht missbräuchlich angewendet wird. Obwohl eine Dispensiermöglichkeit zur kurzfristigen Versorgung für Patienten und Ärzte Vorteile haben kann, birgt das Dispensierrecht deswegen auch Risiken. Dennoch sollte es in den nächsten Jahren gelingen, ohne das Dispensierverbot aufzugeben über Situationen zu reden, in denen ausnahmsweise die Abgabe des Substitutionsmittels aus der Substitutionspraxis ermöglicht werden kann.
- Schnittstellenproblematik Klinik / ambulante Behandlung: Wenn substituierte Patienten in eine Klinik eingewiesen werden, müssen sie auch dort substituiert werden. Aus der Erfahrung lässt sich feststellen, dass weit mehr als die Hälfte der Patienten falsch substituiert wird. Eine große Gefahr birgt die Umrechnung von Polamidon und Methadon. Falsche Umrechnungen führen sehr häufig zu Überdosierungen und Unterdosierungen.
- Älterwerden der Patienten: Die Unterbringung von älteren Patienten in „normalen“ Altenheimen ist immer wieder eine große Herausforderung und wird es auch in den nächsten Jahren noch bleiben. Es fällt immer wieder schwer, suchterkrankte Patienten in normalen Alten- und Pflegeheimen unterzubringen. Zu groß sind oftmals die Vorbehalte der Einrichtungen; sie fürchten Unruhe und Inkompatibilitäten mit den übrigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, obwohl die bislang gemachten Erfahrungen eigentlich optimistisch stimmen. Insofern sollte in Zukunft vermehrt an die Aufnahme von Suchterkrankten in normale Alteneinrichtungen gedacht werden.
- Älter werdende Ärzte: Eine verschärfte Situation zeichnet sich ab, da viele der bisherigen Substitutionsärzte bald in den Ruhestand gehen und die Zahl der nachrückenden Substitutionsärzte zu gering sein wird, um den Verlust zu kompensieren. Ein wesentlicher Grund ist, dass der immer noch sehr große bürokratische Aufwand bei der Substitutionstherapie junge Ärztinnen und Ärzte davon abhalten wird, sich zum Substitutionsarzt weiter zu qualifizieren und in diesem Arbeitsfeld auch vorrangig zu arbeiten.
- Umgang mit zusätzlichem Drogenkonsum: Während die Drogenhilfe im Fall von zusätzlichem Drogenkonsum neben der Substitutionstherapie eher den fördernden Ansatz verfolgt – also dem Patienten gegenüber mehr Akzeptanz zeigt – ist die Suchtmedizin hier in der Regel weitestgehend restriktiver und fordert vom Patienten eher die weitgehende Abstinenz von weiteren Drogen. Dies führt zum Teil zu Auseinandersetzungen zwischen beiden Richtungen, die einer Zusammenarbeit nicht förderlich sind und insofern dem Patienten nicht helfen.
- Schwangerschaft und Drogen: Hier ist Deutschland noch sehr rückständig, Gynäkologen werden nicht geschult, wie bei Suchterkrankungen eine Schwangerschaft und eine Stillzeit bewältigt werden können. Stattdessen müssen sich die interessierten Gynäkologen mühsam aus dem Internet die Informationen selbst erarbeiten, bspw. unter Nutzung der in den USA längst vorhandenen Strategien für diese Fälle.
- Schmerzbehandlung: Auch bei der Schmerzbehandlung fehlt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten das Wissen, wie bei Substitutionspatienten vorzugehen ist. Immer wieder wird unterstellt, dass Substituierte schon einen genügend hohen Opioidspiegel haben, sodass

eine Schmerztherapie mit Arzneimitteln nicht mehr notwendig ist. Das ist aber nicht der Fall; auch Substituierte brauchen gelegentlich starke Schmerzmittel und damit ein weiteres Opioid, um bei Schmerzen angemessen behandelt zu werden.

- Psychotherapie: In Zukunft sollte vermehrt auf Psychotherapie bei den Betroffenen gesetzt werden. Bislang wird hier noch zu wenig getan.
- Apothekenvergabe: Hier müssen Apotheken, die sich für eine qualitätsgesicherte Vergabe entscheiden, ausreichend honoriert werden. Die bisherige Unterstützung dieser Apotheken durch die Apothekerverbände ist zu gering.
- Substitution in Haft: Wie bereits weiter oben beschrieben werden die suchterkrankten Haftinsassen nicht ausreichend behandelt.
- Honorar: Wenn Substitutionstherapie mit täglicher Anwesenheit von Heilberuflern erwartet wird, muss die Honorierung angepasst werden. Ansonsten wird es nicht gelingen, das bisherige Niveau zu halten.
- Psychosoziale Begleitung: Für die Substituierten ist eine begleitende psychosoziale Betreuung ungemein wichtig, damit sie stabil gehalten werden. Es muss daher in Zukunft alles getan werden, die Kommunen in die Lage zu versetzen, ausreichend Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bezahlen zu können.

Nach inzwischen 30 Jahren erfolgreicher Substitutionstherapie muss konstatiert werden, dass in großen Teilen der Medizin – und in der Gesellschaft – diese Therapieform immer noch ein Schmutzel-Image hat. Wenn die Herausforderungen der Zukunft aber gemeistert werden sollen, muss sich hier etwas ändern. Auch das Image des Unfertigen muss abgelegt werden. Wesentlich ist aber auch, dass die bisher erforderliche Bürokratie bei der Therapie abgebaut wird, um die Attraktivität für die nachfolgende Ärztesgeneration zu steigern.

Wer vor über dreißig Jahren miterlebt hat, wie Suchterkrankte beim Opioidentzug elendig gestorben sind, kann ermessen, wie dramatisch sich die Situation durch die Substitutionstherapie unter den heutigen Bedingungen schon gebessert hat. Um für die Patientinnen und Patienten aber eine gute Versorgung anbieten zu können und auch in der Zukunft garantieren zu können, muss dieser Weg entschlossen weitergegangen werden.

Aus der Diskussion:

Die Überwachung beobachtet sehr häufig, dass die Dosierungen der Substitutionsmittel bei Patientinnen und Patienten ständig steigen, die Betroffenen also ständig mehr Substitutionsmittel verordnet bekommen. Die Mengen lassen sich aber in der Fachliteratur, insbesondere in den Fachinformationen der Arzneimittel, nicht wiederfinden. Insofern steht die Überwachung stets vor der Frage, welcher Maßstab soll angelegt werden? Wie soll eine Überwachung funktionieren, die sich auf die bestehenden anerkannten Grenzwerte nicht verlassen kann?

Poehlke: Ja, es fehlt in Deutschland an guter und leicht zugänglicher Fachliteratur für Substitutionsärzte und –apotheker. Deswegen kommt es immer wieder zu den Problemen zwischen den Suchtmedizinern, die sich trauen hoch zu dosieren, und der Überwachung. Wenn man allerdings die internationalen Erfahrungen und Studienergebnisse berücksichtigt, so lässt sich

zeigen, dass mit adäquat hoher Dosierung viele Probleme mit Substituierten, wie Beigebrauch und Instabilitäten, vermieden werden können. Shinderman (Chicago) und Kollegen beschrieben schon im Jahr 2000 die Vorteile einer solchen Hochdosistherapie.⁸

Wie Sie schon angedeutet haben, fällt es in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzten schwer, die richtigen Dosierungen zu errechnen. Es wird aber eher in manchen Kreisen und Städten beobachtet, dass in den Krankenhäusern zu viele Opioide eingesetzt werden, sodass die niedergelassenen Ärzte nach der Entlassung ihre Mühe haben, die Suchtpatienten wieder auf das ehemals normale Maß herunter zu dosieren. Den Einsatz von zu niedrigen Dosierungen in Krankenhäusern wird nur sehr selten beobachtet.

Es gibt Apotheken, die sich auf die Vergabe von Substitutionsmitteln spezialisiert haben. Manch andere Apotheken verweigern die Methadon-Rezeptur und die Vergabe. Sollte Ihrer Meinung nach eigentlich jede Apotheke in der Lage sein, Methadon qualitätsgesichert abzugeben?

Poehlke: Die normale Abgabe eines vom Arzt verschriebenen Betäubungsmittels muss jede deutsche Apotheke leisten können. Dies ist aber nicht immer der Fall, was verständlich ist, wenn diese Apotheken noch nie mit Methadon zu tun hatten. Wenn aber ein Notfall besteht, muss auch die Versorgung funktionieren. Für solche Fälle ist es sicherlich notwendig, dass sich die Heilberufe besser absprechen. Etwas anderes ist aber die Vergabe von Substitutionsmitteln an viele Substitutionspatienten. Hier sollte sich das Apothekenpersonal schon gezielt weiterqualifizieren, um richtig zu reagieren, wenn Probleme erkennbar werden. Insbesondere im ländlichen Raum wäre es sinnvoll, mehr Apotheken in die Vergabe mit einzubeziehen.

⁸ Stewart B, Leavitt, Ph. D., Shinderman M (2000): When "Enough" Is Not Enough. New Perspective on Optima Methadone Maintenance Dose. The Mount Sinai Journal of Medicine 67 (5): 404-411, unter <https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u372/2015/When%20Enough%20Is%20Not%20Enough.pdf> (Abruf: 01.03.2019).

Die neuen betäubungsrechtlichen Vorschriften zur Substitution Opioidabhängiger. Veränderungen durch die Neufassung des § 5 BtMVV

Dr. Kenan Maric-Horstmeyer

Der Beitrag zu den neuen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionstherapie gliedert sich in drei Teile.

- Geschichte – Rechtsgrundlage der Opioid Substitutions Therapie (OST)
- Reformbedarf der OST-Rechtsgrundlage
- BtMVV – Revision 2017 durch die 3. Verordnung zur Änderung der BtMVV

Geschichte und Rechtsgrundlage der OST ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Die Opioid Substitutionstherapie (OST) wurde 1992 im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in § 13 Abs. 3 verankert und erlaubte betäubungsmittelrechtlich erstmals die Opioidsubstitutionstherapie.

Im Jahr 1992 trat die 4. BtMÄndV in Kraft und führte detaillierte Vorgaben für die substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (damals Opiatabhängiger) auf ärztliche Verschreibung ein.

Damit ist die OST seit 26 Jahren eine betäubungsmittelrechtlich zulässige Therapieform in Deutschland. Sie wurde zwar auch schon davor durchgeführt, war aber noch nicht betäubungsmittelrechtlich legitimiert. Seit 2002 ist sie grundsätzlich „Kassenleistung“. Das bedeutet für die Substitutionspatienten weitgehend einen freien Zugang zur Behandlung, wobei die betroffenen Patienten in der Regel keine wesentlichen eigenen Kosten zu tragen haben.

Im Jahr 2009 erfolgte die Ausdehnung der OST auf die Diamorphin Behandlung.

Mit 78.500 OST-Patienten im Jahr 2017 (bei insgesamt ca. 150.000 bis 200.000 Opioid-Abhängigen) ist die OST ein vor allem im internationalen Vergleich relativ erfolgreicher Therapieansatz. Trotzdem lässt sich der Ansatz noch weiter verbessern.

Nach 20 Jahren OST wurde Fortentwicklungsbedarf bei den Regelungen identifiziert. Vorausgegangen waren intensive Diskussionen zwischen Fachkreisen und Politik mit der Folge der Entwicklung von sechs Eckpunkten (EP):

1. Medizinisch-therapeutische Sachverhalte, die unmittelbar ärztlich-therapeutische Bewertungen betreffen, werden aus dem Rahmen unmittelbar bundesrechtlicher Regelungen der BtMVV in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt (EP 1)
2. Modifikation der Legaldefinition der Substitution Opioidabhängiger (EP 2)
3. Rechtliche Modifikation der „Konsiliarregelung“ (EP 3)
4. Rechtliche Flexibilisierung bei der Take Home-Regelung, so dass stabile Patienten auch länger als bisher ihr Substitutionsmittel nach Hause mitnehmen können (EP 4)
5. Erweiterung des Kataloges der Einrichtungen und des Personenkreises, in denen bzw. durch die ein Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen bzw. verabreicht werden darf (EP 5)
6. Diamorphin gestützte Substitution: Ausweitung auch auf nichtintravenöse Applikation (EP 6).

Überführung medizinisch-therapeutischer Inhalte der BtMVV in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (EP 1) - Identifizierung medizinisch-therapeutischer Sachverhalte in § 5 BtMVV

Aus Sicht der substituierenden Ärzte, der Bundesärztekammer und des Bundesgesundheitsministeriums sollten die ärztlich-therapeutischen Sachverhalte aus dem § 5 der BtMVV in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt werden. Entsprechende Bestimmungen finden sich nun in der Richtlinie der Bundesärztekammer aus April 2017.

In der Richtlinie werden insbesondere folgende Punkte näher bestimmt:

- Voraussetzungen für die Einleitung einer Substitutionstherapie
- Fragen des Gebrauchs weiterer psychotroper Substanzen
- Voraussetzungen für das Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme durch den Patienten
- Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Einbeziehung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen.

Die Therapieverantwortung wurde damit stärker als bisher an die Substitutionsärztinnen und -ärzte übergeben. Die OST kann dadurch besser medizinisch auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet werden.

Abbildung 1 - ursprüngliche Fassung von § 5

3. VO z. Änd. d. BtMVV – Eine Kurzübersicht → § 5 → EP1

Definition Therapieziele

1. Reduzierung der Opioidabhängigkeit mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

2. Erhaltung der Behandlung einer jeden der Opioidabhängigkeit bestehenden schmerzhaften Erkrankung oder

3. Verringerung der Risiken einer Opioidabhängigkeit während einer Schwangerschaft mit dem Ziel:

1. Ein gesundes Kind zu gebären.

2. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist.

3. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist, wenn die Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

4. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist, wenn die Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

5. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist, wenn die Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

Ausschluss Take-Home

1. Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den die Substitutionsbehandlung bestimmt ist.

2. Name des behandelnden Arztes und die Tageszeiten.

3. Ein vom behandelnden Arzt zu unterschreibendes Dokument, das die Einhaltung der Vorschriften der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 bestätigt.

4. Name des ausstellenden Arztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummern.

5. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird.

6. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

7. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

8. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

9. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

10. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

Voraussetzungen Take-Home

1. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

2. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

3. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

4. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

5. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

6. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

7. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

8. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

9. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

10. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

Abbildung 2 - neue Fassung § 5: Entnahme medizinisch-therapeutischer Sachverhalte zur Substitutionstherapie und Überführung in die Richtlinie der Bundesärztekammer

3. VO z. Änd. d. BtMVV – Eine Kurzübersicht → § 5 → EP1

Definition Therapieziele

1. Reduzierung der Opioidabhängigkeit mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

2. Erhaltung der Behandlung einer jeden der Opioidabhängigkeit bestehenden schmerzhaften Erkrankung oder

3. Verringerung der Risiken einer Opioidabhängigkeit während einer Schwangerschaft mit dem Ziel:

1. Ein gesundes Kind zu gebären.

2. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist.

3. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist, wenn die Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

4. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist, wenn die Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

5. Ein gesundes Kind zu gebären, das nicht von einer Opioidabhängigkeit betroffen ist, wenn die Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft mit dem Ziel der vollständigen Wiederherstellung der Selbstbestimmung einschließlich der Bewusst- und Selbstbestimmung der Gesundheitszustände.

Ausschluss Take-Home

1. Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den die Substitutionsbehandlung bestimmt ist.

2. Name des behandelnden Arztes und die Tageszeiten.

3. Ein vom behandelnden Arzt zu unterschreibendes Dokument, das die Einhaltung der Vorschriften der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 bestätigt.

4. Name des ausstellenden Arztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummern.

5. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird.

6. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

7. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

8. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

9. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

10. Name und Anschrift des Arztes, dem die Substitutionsbehandlung übergeben wird, wenn die Substitutionsbehandlung in einem anderen Krankenhaus als dem des behandelnden Arztes durchgeführt wird.

Voraussetzungen Take-Home

1. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

2. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

3. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

4. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

5. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

6. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

7. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

8. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

9. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

10. Der Arzt, der die Substitutionsbehandlung für einen Patienten vorreibt, darf die Verschreibung über die Substitutionsbehandlung nur dann ausstellen, wenn die Voraussetzungen der §§ 1 bis 7 und § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 erfüllt sind.

Mit der neuen Regelung der BtMVV werden die Rahmenbedingungen der OST durch drei komplementäre Säulen festgelegt:

- Bundesrecht
- BÄK-Richtlinie (neu)
- GKV-MVV¹-Richtlinien des G-BA

¹ Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 6.12.2018 ist die neue Anlage „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten, siehe auch: Gemeinsamer Bundesausschuss 6. September 2018: Substitutionsgestützte Therapie von Opioidabhängigen: Klarstellungen zum GKV-Leistungsangebot beschlossen, unter: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/762/> (Abruf: 07.01.2019).

Das Bundesrecht konzentriert sich auf die Rahmensetzung der Therapieziele einer OST und die Regelungen zur Sicherheit und Kontrolle des BTM-Verkehrs.

Die neuen BÄK-Richtlinien bündeln die ärztlich-therapeutischen Sachverhalte, wie z. B. die Therapieziele und die Voraussetzungen für den Take Home. Sie sind damit im BtM-Recht eingebettet und finden in § 5 Absatz 12 Satz 1 BtMVV ihre Rechtsgrundlage.

Als dritte Säule bestimmen die MVV-Richtlinien des G-BA die Umsetzung der OST in der GKV-Versorgung. Sie waren noch in Überarbeitung und sind mittlerweile am 7. Dezember 2018 in Kraft getreten.

Mit der neuen Fassung der BtMVV sind BtM-Verschreibungen, die im Rahmen einer OST getätigt werden, nun aus strafrechtlicher Sicht gegenüber nicht zur Substitutionstherapie verordneten BtM auf bestimmte Arzneimittel(gruppen) begrenzt.

Neustrukturierung des § 5 in Regelungsblöcke

In der bisherigen Struktur von § 5 waren die Regelungen zu einem Themenblock historisch bedingt inhaltlich in unterschiedlichen Absätzen „verstreut“. Diese wurden in der neuen Fassung in 6 neue Regelungsblöcke gefasst:

1. Definition Therapieziele
2. Verschreibungsberechtigung zur Substitution und suchtttherapeutischer Qualifikation
3. Vertretungsregelung
4. zulässige Substitutionsmittel
5. weitere Kennzeichnung und Handhabung der Verschreibung
6. Personenkreis und Einrichtungen in denen das Substitut zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden darf.

Hilfreich zum Verständnis der Neuregelungen sind insbesondere die Ausführungen in der Begründung zum Verordnungsentwurf.²

Absätze 1 und 2: Definition und Therapieziele (EP 2)

In der alten Fassung von § 5 Absatz 1 und 2 war die orale Substitutionstherapie definiert als die „Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz“. Die als bundesrechtlich obligat geltende „Betäubungsmittelabstinenz“ führte auch zu strafrechtlichen Verfahren gegen Substitutionsärztinnen und -ärzten.

Die neue Fassung von § 5 zeigt in Absatz 1 eine andere Definition und Zielsetzung der OST. So ist als Opioid-Substitutionstherapie „die Anwendung von Arzneimitteln zur Behandlung einer Abhängigkeit“ zu verstehen, die „durch den Missbrauch von legal erworbenen, illegal erworbenen oder illegal erlangten Opioiden“ entstanden ist.

² Bundesrat, Drucksache 222/17 vom 15.03.2017: Verordnung der Bundesregierung: Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, unter: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-0300/222-17.pdf?__blob=publicationFile&v=9 (Abruf: 03.01.2019).

Die neue Definition der OST differenziert den Personenkreis Opioidabhängiger. Nur diejenigen Patienten, die eine Opioidabhängigkeit durch einen Missbrauch von legal erworbenen, illegal erworbenen oder illegal erlangten Opioiden (z. B. durch Dr.-Hopping) entwickelt haben, sollen regelmäßig im Rahmen einer OST gem. §§ 5 und 5a BtMVV behandelt werden. In der Definition ausdrücklich nicht erfasst sind Patienten, deren Opioidabhängigkeit durch iatrogen verordnete Betäubungsmittel entstanden ist, ohne dass ein Missbrauch vorlag. Dies können z. B. chronische Schmerzpatienten sein.

Diese Abgrenzung berücksichtigt, dass Abhängigkeit im Rahmen einer Therapie als eine bekannte Nebenwirkung von Arzneimitteln, vor allem von Opioiden, auftreten kann. Sie bedarf eines anderen therapeutischen Settings, als die Maßgaben des § 5 BtMVV vorsehen.

Die Aufnahme der Worte „legal erworbenen“ und „Opioiden“ in die Definition der OST berücksichtigt auch die Ereignisse in den USA. Dort hat nach heutigem Kenntnisstand u. a. die praktizierte Verschreibungsweise von Opioiden eine Zunahme von opioidabhängigen Patienten begünstigt.

In der neuen Fassung von § 5 BtMVV wird zudem die Zielsetzung formuliert, dass die Opioidabstinenz als übergeordnetes Therapieziel anzustreben ist. Die frühere mit Strafandrohung sanktionierte „zwingende“ Opioidabstinenz entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Erkenntnisse medizinischer Wissenschaft zur Opioidsubstitutionstherapie. Für den Arzt bedeutet dies, dass er beispielsweise durch dokumentierte motivierende Gesprächsführung nachweisen kann, dass er die Abstinenz im Rahmen seiner Therapie angestrebt hat, um den betäubungsmittelrechtlichen Anforderungen Rechnung zu tragen.

Satz 2 verweist auf weitere Therapieziele als bundesrechtliche Rahmenvorgaben:

- Sicherstellung des Überlebens
- Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- Abstinenz von unerlaubt erworbenen Opioiden
- Unterstützung der Behandlung von Begleiterkrankungen
- Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft, bei und nach der Geburt.

Mit der Neufassung der BtMVV werden insbesondere die bessere Einbeziehung der Patienten und die Verhinderung von OST-Abbrüchen angestrebt. Die Behandlung von Patienten im Rahmen einer oralen Substitutionstherapie soll deren Partizipation am Schwarzmarkt verhindern, um so auch der weiteren Verbreitung von Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis C entgegenzutreten.

Die neue Zielsetzung gemäß § 5 BtMVV stützt sich damit auf aktuelle evidenzbasierte Erkenntnisse. Insbesondere die Ergebnisse der Premos³- und der Subscare⁴-Studien wurden berücksichtigt.

³ Wittchen H-U, Bühringer G, Rehm J: Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome, unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf (Abruf: 25.02.2019).

⁴ Zippel-Schultz B, Specka M, Stöver H, Nowak M, Timander K, Maryschok M, Poehlke T, Helms TM, Scherbaum N. (2018): Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger - die SubsCare-Studie. Suchttherapie. eFirst v. 09.07.2018, unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/issue/eFirst/10.1055/s-00000115> (geschützter Bereich) (Abruf: 25.02.2019).

§ 5 Absätze 3 und 4: Verschreibungsberechtigung zur Substitution – Erweiterung der Substitutionsbehandlung durch Hausärzte (EP 3)

Absatz 2 regelt die Verschreibungsberechtigung zur Substitution. Die Verschreibung von Substitutionsmitteln setzt grundsätzlich eine suchtmmedizinische Qualifikation und eine Meldepflicht des Arztes (nach § 5b Absatz 2) voraus. Mit der Neufassung von § 5 BtMVV bleibt die Verschreibung von Substitutionsmitteln weiterhin auch Ärzten ohne suchtttherapeutische Qualifikation zugänglich. Ein Arzt ohne suchtttherapeutische Qualifikation darf nun bis zu 10 OST-Patienten (statt ursprünglich 3) im Rahmen einer OST versorgen.

Die Verschreibung von Substitutionsmittel durch Ärztinnen und Ärzte ohne suchtttherapeutische Qualifikation setzt weitere Bedingungen voraus. Die Ärztin oder der Arzt muss der Meldepflicht nach § 5b Absatz 2 nachkommen und sich mit dem suchtttherapeutisch qualifizierten Arzt abstimmen. Der Patient ist zu einer konsiliarischen Vorstellung zu Beginn und einmal im Quartal bei dem suchtttherapeutisch qualifizierten Arzt verpflichtet. Mit dieser Änderung soll die Opioid-Substitutionstherapie auch in ländlichen Regionen in Zusammenarbeit mit dortigen Allgemeinmedizinern sichergestellt werden, um die räumliche Anbindung zu entfernteren urbanen Zentren mit entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten zu entlasten.

Die Substitution von Diamorphin gemäß § 5a ist von dieser Regelung ausgeschlossen.

§ 5 Absatz 5: Vertretungsregelung

In der Neufassung von § 5 legt Absatz 5 die Vertretungsregelung zur Substitution fest. Voraussetzung ist die suchtmmedizinische Qualifikation des vertretenden Arztes. Wenn eine Vertretung durch einen Arzt mit besagter Qualifikation nicht möglich ist, kann zur Sicherstellung der Kontinuität der OST-Versorgung auch ein suchtmmedizinisch nicht qualifizierter Arzt herangezogen werden. Die Vertretung ist dann auf maximal 4 Wochen am Stück und 12 Wochen im Jahr begrenzt.

§ 5 Absatz 6: Substitutionsmittel – Eigenständige Kategorisierung von Diamorphin in § 5a

§ 5 Absatz 6 regelt die zulässigen Substitutionsmittel für die Zwecke von § 5 Absatz 1. Nach Absatz 6 Satz 1 werden Substitutionsmittel differenziert in zur Substitutionstherapie zugelassene Fertigarzneimittel, Zubereitung incl. Rezepturen und Ausnahmeverschreibungen (hier Codein und Dihydrocodein). Diese dürfen nur nicht-intravenös appliziert werden. Mit dieser Regelung soll die Weiterentwicklung bei den Substitutionsmitteln, aber auch die Nutzung bewährter Mittel befördert werden.

In der Neufassung wird das zur Substitution zugelassene Diamorphin in einem eigenen § 5a gesondert behandelt.

Wer gegen die Vorschriften des Absatzes 6 verstößt, kann strafrechtlich belangt werden. Dies ist auch der wesentliche BtM-rechtliche Unterschied zu BtM-Verschreibungen außerhalb der Substitutionstherapie.

§ 5 Absätze 7, 8 und 9: Kennzeichnung und Handhabung der Verschreibung zur Substitution (EP 4)

In § 5 Absatz 7, 8, 9 sind die weitere Kennzeichnung und Handhabung der Verschreibung zur Substitution zusammengefasst. Es wurden 3 Regelungseinheiten getroffen. Grundlegend wird zwischen Überlassung nur zum unmittelbaren Verbrauch (= Sichtbezug) und eigenverantwortlicher Einnahme unterschieden.

Absatz 7: OST mit Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch (ÜZUV)

In der ersten Regelungseinheit, § 5 Absatz 7, ist die orale Substitutionstherapie mit Überlassung nur zum unmittelbaren Verbrauch (ÜZUV) beschrieben (= Grundsatz). In alter Fassung des § 5 BtMVV war nur der Arzt zur Vorlage des Rezeptes in der Apotheke befugt. Die Neufassung von § 5 Absatz 7 räumt dem Personal gemäß Absatz 10 die Möglichkeit einer Vorlegung des Rezeptes in der Apotheke ein. Des Weiteren darf gemäß Absatz 7 das Rezept an den OST-Patienten persönlich ausgehändigt werden, sofern die persönliche Eignung gegeben und die Kontinuität der Behandlung nicht gefährdet ist. Die Entscheidung der Aushändigung obliegt dem jeweilig verschreibenden Arzt. Darauf besteht aber kein patientenseitiger Anspruch.

Die Überlassung des Betäubungsmittels zum unmittelbaren Verbrauch erfolgt durch den jeweiligen Arzt oder durch das Personal in Einrichtungen gemäß Absatz 10. Das entsprechende Rezept ist im obengenannten Fall mit „S“ zu kennzeichnen.

Absatz 8: OST mit Ausnahmeregelung zur ÜZUV

Die Ausnahme vom Grundsatz in Absatz 7 bei Sichtbezugspatienten findet sich in Absatz 8. Diese Ausnahme ermöglicht zur Überbrückung von zusammenhängenden Feiertagen und Wochenenden, Substitutionsmittel vorübergehend eigenverantwortlich (ohne Sichtkontrolle) einzunehmen. In der Neufassung des § 5 Absatz 8 wurde das mögliche Zeitintervall der ausnahmsweisen eigenverantwortlichen Einnahme durch Sichtbezugspatienten von ursprünglich 2 auf 5 Tage verlängert. Das ausgestellte Rezept muss in diesem Fall zusätzlich hinter dem „S“ mit einem „Z“ gekennzeichnet werden. Die Ausstellung darf nur einmal wöchentlich erfolgen.

Die Gefahr der Heranziehung von illegal beschaffenen Drogen zur „Überbrückung“ soll somit reduziert werden (Rückfallprophylaxe).

Absatz 9: eigenverantwortliche Einnahme - „Take-Home“

Soweit und solange kein Sichtbezug mehr erforderlich ist, darf der Arzt oder die Ärztin dem Patienten die eigenverantwortliche Einnahme der oralen Substitutionsmittel erlauben (§ 5 Absatz 9). Die BÄK-Richtlinie legt den Rahmen für eine eigenverantwortliche Einnahme fest, die in regelhaft für bis zu 7 Tage erfolgen kann. In der neuen Fassung des § 5 BtMVV kann dieser Zeitraum im begründeten Einzelfall auf bis zu 30 Tage ausgeweitet werden.

Diese Möglichkeit darf nur unter Beachtung des therapeutischen Fortschritts und bei besonderen medizinischen und anderen Sachverhalten, hier insbesondere der Teilhabe am gesellschaftlichen und Erwerbsleben, erwogen werden. Grundvoraussetzung ist gemäß BÄK-Richtlinie ein Patientenzustand, der eine Eigen- oder Fremdgefährdung ausschließt.

§ 5 Abs. 9 BtMVV eröffnet auch die Möglichkeit einer Fraktionierung der Abgabe in der Apotheke. In diesem Fall kann der Patient die Medikation für den wöchentlichen Bedarf ausgehändigt bekommen und hat dennoch mit dem Arzt oder Apotheker innerhalb des längeren Zeitraums noch regelmäßig persönlichen Kontakt. Das Intervall der eigenverantwortlichen Einnahme kann dadurch sukzessive erhöht werden, ohne jeweils immer neue Rezepte ausstellen zu müssen. Die Kennzeichnung des Rezeptes muss mit „T“ nach dem „S“ erfolgen.

Die Erhöhung des Zeitraumes im begründeten Einzelfall von 7 auf 30 Tage hat zum Ziel, flexiblere Möglichkeiten einzuräumen und die selbstbestimmte Teilhabe des Patienten am Erwerbs- und Gesellschaftsleben zu fördern.

§ 5 Absatz 10: berechtigter Personenkreis und zulässige Einrichtungen zur Durchführung der ÜZUV (EP 5)

Mit dem Absatz 10 wurden der „berechtigte Personenkreis“ und der Katalog der Einrichtungen erweitert, um die Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch im substitutionsrechtlichen Regelfall verabreichen zu dürfen („verlängerter ärztlicher Arm“). Ziel war, dem demographischen Wandel Rechnung zu tragen. Denn die substituierten Patienten erreichen heute ein höheres Lebensalter und können öfter als bisher pflegebedürftig werden. Von daher war und wird es in Zukunft vermehrt nötig sein, Regelungen zu finden, wie Substitutionspatienten in Einrichtungen der Reha und der Pflege versorgt werden können.

Es dürfen nun auch Pflegefachkräfte das Substitutionsmittel dem Patienten überlassen. Bisher war dazu nur medizinisches und pharmazeutisches Personal berechtigt. Wichtig ist, dass der substituierende Arzt für das verabreichende Personal eine Einweisung durchführen muss, damit das Personal ausreichend geschult ist und sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der Substitutionstherapie auskennt.

Zum anderen dürfen nun auch in folgenden Einrichtungen Substitutionsmittel dem Patienten überlassen werden:

- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- Gesundheitsämter
- Alten- und Pflegeheime
- Hospize.

Mit der Änderung der BtM-Verschreibungsverordnung kann jetzt auch aus anderen Gründen pflegebedürftigen Patienten zu Hause durch Pflegefachkräfte von ambulanten Pflegediensten oder von Diensten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) das Substitutionsmittel zur direkten Einnahme überlassen werden. Auch in diesen Fällen muss der substituierende Arzt eine ausreichende Schulung des Personals durchgeführt haben.

Substituierende Ärztinnen und Ärzte dürfen, wie bislang auch, Apotheken oder Krankenhäuser, in denen sie selbst nicht tätig sind, beauftragen, das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch an Patienten zu überlassen. Neu ist, dass der Apothekenleiter bzw. das Krankenhaus

von Seiten des substituierenden Arztes dafür mittels Vereinbarung beauftragt werden und dem zustimmen muss.

Der substituierende Arzt hat mit den Einrichtungen, die das Substitutionsmittel dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch übergeben, eine Vereinbarung abzuschließen. Die Vereinbarung hat schriftlich oder elektronisch zu erfolgen und muss festlegen, wie das eingesetzte Personal einer Einrichtung fachlich eingewiesen wird. Daneben muss der Arzt mindestens eine verantwortliche Person in der jeweiligen Einrichtung benennen sowie Regelungen über die Kontrollmöglichkeiten durch den substituierenden Arzt in der Vereinbarung treffen. Der Verordnungsgeber hatte hierfür nur Rahmenbedingungen festgelegt, wie vorgegangen werden soll und worauf zu achten ist. Wichtig ist nur, dass diese Hinweise eindeutig und dokumentiert sind.

Mit der Änderung soll der substituierende Arzt auch dadurch entlastet werden, dass er die Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch an andere (oben genannte) Einrichtungen delegiert und damit auch die Dokumentationspflichten nach § 13 BtMVV abgeben kann. In letzterem Fall muss er über die korrekte Dokumentation unterrichtet werden.

Die therapeutische Verantwortung verbleibt in jedem dieser Fälle bei der substituierenden Ärztin oder dem Arzt.

§ 5a BtMVV: Diamorphin-Substitutionstherapie (EP 6)

Die Diamorphin-Substitutionstherapie war bereits vor Änderung der BtMVV für Patienten mit schwerer Ko-Morbidität möglich. Diese Behandlung war bislang nur mittels parenteralen Darreichungsformen zulässig. Durch die Änderung der BtMVV können nun alle zugelassenen / verfügbaren Darreichungsformen eingesetzt werden.

Resumee

Mit der Änderung der BtMVV verfolgt der Verordnungsgeber insbesondere folgende Ziele:

- Beteiligung möglichst vieler und möglichst gut suchtmittelmedizinisch qualifizierter Ärztinnen und Ärzte an der Durchführung der Substitutionstherapie.
- Schaffung neuer BtM-rechtlicher Möglichkeiten für eine zukunftsfähige Substitutionsversorgung, die z. B. aufgrund des demographischen Wandels und der längeren Lebenserwartung der OST-Patienten notwendig geworden ist. Die Umsetzung in der Behandlungspraxis vor Ort muss durch die am Prozess Beteiligten umgesetzt werden.
- Stärkung des Gedankens der „harm reduction“, also der Vermeidung von riskantem und besonders gesundheitsgefährdendem Drogenmissbrauch.
- Bessere Gestaltungsmöglichkeit der Versorgungssituation bei der Substitutionstherapie opioidabhängiger Personen insgesamt und insbesondere im ländlichen Bereich.

Aus der Diskussion

Welche Darreichungsformen werden denn zukünftig für die Diamorphin-Substitution erwartet?

Maric-Horstmeyer: In erster Linie sind orale Darreichungsformen zu erhoffen. In der Schweiz ist ein solches Arzneimittel bereits zugelassen und wird auch eingesetzt.

Wird das Dispensierverbot für Ärzte durch die Änderung der BtMVV verändert?

Maric-Horstmeyer: Das Dispensierverbot steht nicht zur Disposition. Zwei Ausnahmen: Mitgabe von Codein für den Rest des Tages, an dem der Patient in der Praxis war (§ 5 Absatz 7) und die ambulante Notfallversorgung in der Palliativmedizin für zwei Tage nach § 13 Abs. 1a BtMG, die besondere Dokumentationsanforderungen an Ärztin/Arzt und die Apotheke stellt.

Einige Regulierungen sind mit der Änderung der BtMVV in die Richtlinie der Bundesärztekammer überführt worden. Es stellt sich nun die Frage, wie die Einhaltung dieser Bestimmungen der Richtlinie überwacht werden kann.

Horstmeyer: Der Ordnungsgeber hat mit der Änderung das Ziel verfolgt, dass ärztlich-therapeutische Regelungen in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt werden. Die Richtlinien beschreiben den Stand der medizinischen Wissenschaft zur Substitutionstherapie. Das Bundesgesundheitsministerium hat die Rechtmäßigkeit der Richtlinie bestätigt, sie ist am 2. Oktober 2017 in Kraft getreten. Da es sich um eine Richtlinie und nicht um eine Leitlinie handelt, besteht eine Grundlage dafür im Bundesrecht. Mit dieser Richtlinie werden den substituierenden Ärzten mehr Gestaltungsspielräume eröffnet. Die in der Richtlinie festgelegten Bestimmungen können in begründeten Einzelfällen vom Arzt überschritten werden, wenn er dies aus medizinischer Sicht plausibel und nachvollziehbar begründen kann. Die zuständige Überwachungsbehörde kann dies prüfen.

In manchen Fällen wurde und wird vielleicht auch heute noch eine Substitutionstherapie nicht angeboten mit der Begründung, dass vor Ort keine psychosoziale Begleitung (PSB) möglich ist. Ist eine PSB immer zwingend eine Voraussetzung für die Durchführung einer Substitutionstherapie?

Horstmeyer: Nein. Die Möglichkeit, dass vor Ort eine PSB durchgeführt werden kann, ist keine und war nie Voraussetzung für die Substitutionstherapie.

Teilweise können zurzeit die Kassenärztlichen Vereinigungen noch nicht nach den neuen Vorgaben Ärzte zur Substitutionstherapie zulassen, weil die dafür notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen noch nicht festgelegt sind. Denn dafür muss vom Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA eine entsprechende Richtlinie verabschiedet werden. Diese liegt aber noch nicht vor. Das gleiche gilt für die Vergütung der Therapie. Ärzte, aber auch Apotheker, sind zurzeit sehr unsicher, ob sie sich in der Substitutionstherapie engagieren sollen, solange die Vorgaben noch nicht verabschiedet wurden.

Horstmeyer: Die G-BA-Richtlinie ist derzeit noch in Arbeit. (Anmerkung: die MVV-Richtlinie zur Substitutionstherapie ist am 7. Dezember 2018 in Kraft getreten).

Früher war Abstinenz ein klar definiertes Ziel für die Substitutionstherapie. Dies ist heute nicht mehr der Fall. Trotzdem wird im Text der BtMVV noch auf die Abstinenz hingewiesen. Wie ist das einzuordnen?

Horstmeyer: Der in § 5 Absatz 2 stehende Satz „Im Rahmen der ärztlichen Therapie soll eine Opioidabstinenz des Patienten angestrebt werden“ verdeutlicht, dass die Opioidabstinenz weiterhin ein sehr wichtiges Ziel ist. Die wissenschaftlichen Studien haben nachgewiesen, dass eine Substitutionstherapie als Erhaltungstherapie, wie sie im Englischen bezeichnet wird, medizinisch insgesamt erfolgreicher ist als eine Abdosierung von Substitutionsmitteln gegen den

Patientenwillen. Dies stabilisiert die Patienten und ermöglicht besser die Integration in das normale gesellschaftliche Leben und ins Arbeitsleben, als Patienten unter zu hohem Suchtdruck. In den Fällen, in denen die Patienten entsprechend motiviert sind, kann und soll auch der abgestimmte Versuch unternommen werden, das Substitutionsmittel abzudosieren.

Abschließend noch der Hinweis auf die Drucksache 222/17 des Bundesrates. In dieser Drucksache finden sich neben der Verordnung zur Änderung der BtMVV zur Substitutionstherapie Opioidabhängiger im zweiten Teil die jeweiligen Begründungstexte. Diese erläutern, warum welche Änderungen der BtMVV erfolgten. Deren Lektüre kann für die Beteiligten nützlich sein, die neuen Regelungen besser zu verstehen und sachgerecht anzuwenden.

Die Psychosoziale Beratung

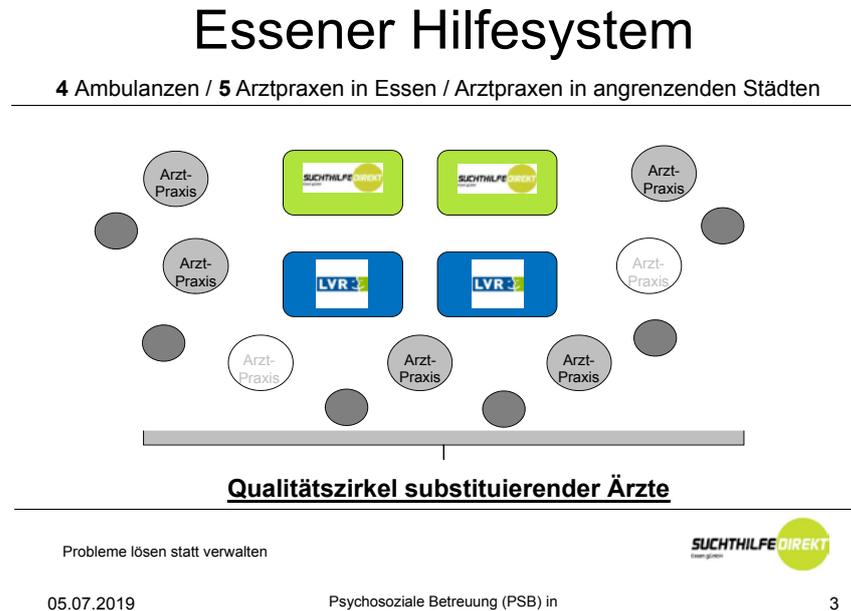
Oliver Balgar

Bei der Psychosozialen Beratung (PSB) handelt es sich nicht um ein immer gleiches Verfahren in stets gleichen Strukturen. Schon für den Begriff Psychosoziale Beratung oder Psychosoziale Betreuung gibt es keine festgezurrte Definition. Aber auch von Kommune zu Kommune gibt es große Unterschiede, wie die Psychosoziale Beratung organisiert ist. Meist ähneln sich aber die Strukturen in den größeren Städten, während sie in den ländlichen Kreisen große Unterschiede aufweisen.

Essener Hilfesystem für Substituierte

In Essen gibt es vier Substitutionsambulanzen, zwei davon werden von der Suchthilfe direkt Essen gGmbH getragen, die beiden anderen vom Klinikum des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) in Essen. Neben der medizinischen Versorgung in den Substitutionsambulanzen legt die Suchthilfe direkt Essen gGmbH einen größeren Schwerpunkt auf die soziale Betreuung der Patienten. Sie werden also in diesem gemeinschaftlichen Betreuungs- und Behandlungskonzept medizinisch versorgt und psychosozial betreut. Dazu werden bei der Suchthilfe Essen Sozialarbeiter beschäftigt, was im LVR-Klinikum in etwas eingeschränkterem Maße der Fall ist. Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten in der Suchthilfe Essen eng zusammen. Zwischen den 4 Ambulanzen in Essen gibt es ebenfalls eine regelhafte Zusammenarbeit.

Abb. 1: Das Essener Hilfesystem für Suchterkrankte



Essen mit knapp 600.000 Einwohnern verfügt derzeit nur noch über fünf Arztpraxen, in denen Substitutionstherapie durchgeführt wird. Insofern zeigt sich auch in dieser Stadt, dass die Zahl der substitutionsbereiten Ärztinnen und Ärzte in letzter Zeit abgenommen hat. Dabei zeigten sich in den vergangenen Jahren in Essen große Veränderungen. Ein Arzt, der bspw. bereits seine Substitutionspraxis geschlossen hatte, wurde reaktiviert und versorgt heute wieder ca. 50 Patientinnen und Patienten. Zwei andere Ärzte führen erst seit ca. zwei Jahren die Substitutionstherapie durch. Bei den anderen Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um erfahrene Therapeuten, bei denen allerdings aufgrund ihres Alters in absehbarer Zukunft Veränderungen anstehen; es ist derzeit noch nicht geklärt, wie es dort weitergehen soll.

In Essen gibt es derzeit ca. 820 substituierte Patientinnen und Patienten. Davon werden 210 von ermächtigten Substitutionsambulanzen der Suchthilfe betreut, 180 werden vom LVR-Klinikum betreut. Weitere 180 Patientinnen und Patienten sind bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eingeschrieben. Hinzu kommen 250 Betroffene, die von Ärztinnen und Ärzten aus den umliegenden Städten versorgt werden. Also werden etwa ein Viertel der Essener Substituierten bereits in anderen Städten versorgt.

So werden immer mehr ehemals in Essen betreute Patientinnen und Patienten in Schwerpunktpraxen in Bochum, Herne, Bottrop oder Gelsenkirchen versorgt. Nach Beobachtung der Suchthilfe Essen, wechselten vor allem die Patientinnen und Patienten, die von einer psychosozialen Betreuung besonders profitieren. Die Suchthilfe Essen sieht darin eine problematische Entwicklung, denn durch den Wechsel werden die psychosozialen Aktivitäten der Suchthilfe Essen unterbrochen oder schwieriger. Um die Situation für die Betroffenen auch in Zukunft möglichst

stabil zu halten, bemüht sich die Suchthilfe Essen, mit den Ärztinnen und Ärzten der umliegenden Städte Kontakte aufzubauen und die psychosoziale Betreuung bei diesen Patientinnen und Patienten weiterhin zu gewährleisten.

Nur die gute Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen ermöglicht eine einigermaßen ausreichende Betreuung der Patientinnen und Patienten. Wichtig ist hier auch die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen zum Betreuten Wohnen. Die dortigen Mitarbeiter können pro Woche etwa 2,5 – 4 Stunden mit den Betroffenen arbeiten.

Es bestehen mit den substituierenden Ärztinnen und Ärzten zwar keine vertraglichen Beziehungen, aber aufgrund der Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln existiert dennoch ein Austausch, sodass notwendige Maßnahmen und ggf. kritische Situationen diskutiert und abgesprochen werden. Dort kann bspw. in anonymisierter Form darüber gesprochen werden, welche Patientinnen und Patienten eine psychosoziale Betreuung brauchen bzw. besonders davon profitieren können. Die meisten mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte zeigen sich in Essen kooperationsbereit und sind davon überzeugt, dass eine psychosoziale Betreuung unbedingt notwendig ist. Sie arbeiten aber auch deswegen gern in den Qualitätszirkeln, weil sie dadurch mehr Rechtssicherheit für ihr Handeln erreichen.

Merkmale Substituierter

Die Patientinnen und Patienten, die das Angebot der Suchthilfe Essen nutzen, sind sehr unterschiedlich. Zunächst gibt es einen größeren Anteil von Substituierten, die bereits über einen langen Zeitraum in dieser Form behandelt werden. In der Suchthilfe Essen können etwa 40 Personen dieser Gruppe zugeordnet werden, Tendenz steigend. 60 Prozent der Besucher sind älter als 40 Jahre.

Sehr oft zeichnen sich die Substituierten durch fehlende Schulabschlüsse und eine fehlende Berufsausbildung aus. Diese Menschen sind oft Langzeitarbeitslose, denen die Tagesstruktur fehlt. Häufig wird bei Substitutionspatienten angestrebt, sie mittel- oder langfristige wieder in den ersten Arbeitsmarkt einzugliedern. Der Großteil des Klientels, das in der Suchthilfe Essen betreut wird, schafft dies in der Regel aber nicht.

Fast alle Betroffenen haben Schulden und justizielle Belastungen. Oftmals haben sie einen Aufenthalt in einem Gefängnis hinter sich. Bei Frauen spielt die Beschaffungsprostitution eine große Rolle. Weiterhin sind einige von Obdachlosigkeit betroffen.

Alle Substituierten leiden unter somatischen und psychischen Begleiterkrankungen. Durch die Stärkung der Suchthilfen in den vergangenen Jahren, insbesondere durch Harm reduction-Ansätze, ist es gelungen, die Überlebenszeit der Betroffenen deutlich zu steigern. Dadurch kommen viele inzwischen in ein höheres Alter, in dem weitere Krankheitsbilder hinzukommen, die behandelt werden müssen. Allerdings ist es schwierig, diese Menschen in die reguläre medizinische und soziale Versorgung zu bringen. Es fehlt z. B. die Anbindung an Hausarzt- und Facharztpraxen. Ihre Biographie ist durch diverse Brüche gekennzeichnet, Gefängnisaufenthalte kommen hinzu, wodurch u.a. zwischenmenschliche Beziehungen verloren gehen. Zwar gibt es inzwischen Programme, wie aus der Haft Entlassene und von Sucht betroffene Menschen aufgefangen werden können, dennoch ist es für die Betroffenen schwer, wieder in ein „normales“

Leben zurückzukehren. Hier setzt die Psychosoziale Beratung und Betreuung an und versucht, mit den Menschen Perspektiven zu entwickeln und eine Einbindung in die Regelversorgung anzustreben.

Ein weiteres Problem ist die Einnahme weiterer Substanzen durch die suchterkrankten Menschen. Ca. 50 % der von der Suchthilfe Essen betreuten Personen nehmen weitere Substanzen, die den Gesundheitszustand gefährden oder die soziale Integration erschweren können. Da dies ganz verschiedene Substanzen sein können, die zudem in ganz verschiedenen Situationen und in unterschiedlichen Phasen eingesetzt werden, muss die psychosoziale Betreuung sehr flexibel reagieren.

Das zum Teil noch geforderte Therapieziel der Abstinenz wird nach Erfahrungen der Suchthilfe Essen nur von vier bis sechs Prozent der Betroffenen dauerhaft erreicht. Sehr häufig können Rezidive beobachtet werden, die erneut zur Behandlung führen. Insofern wird die Abstinenz für diesen Personenkreis in der Regel nicht mehr als realistisches Therapieziel gesehen.

Sehr viele Betroffene leben in der sog. Drogenszene. Obwohl viele dieses Milieu eigentlich verlassen möchten und sie durch die Psychosoziale Beratung in dieser Richtung auch unterstützt werden, gelingt dies nur selten. Das oftmals jahrzehntelange Leben in der Szene und die häufig ausschließlichen Kontakte mit Menschen der Szene machen es sehr schwer, dem Milieu zu entkommen. Zu berücksichtigen ist auch, dass die ganze bisherige Tagesstruktur für die Menschen verloren geht, wenn sie sich von der Szene distanzieren. Waren sie vorher mit den Treffen in der Szene, mit dem Beschaffen von Suchtmitteln und dem dafür notwendigen Geld beschäftigt, fallen sie häufig nach dem Lösen aus der Szene in ein tiefes Loch, in dem es den suchtkranken Menschen sehr schwer fällt, eine neue Tagesstruktur aufzubauen. Hinzu kommt die Stigmatisierung, die sie in ihrem neuen Umfeld erfahren, sowie mit zunehmendem Alter die Vereinsamung. Denn es fehlen meist die Kontakte zur Primärfamilie, und auch das Leben in einer Partnerschaft ist eher sehr selten.

Zielehierarchie

Primäres Ziel der Suchthilfe ist es, die gefährdeten Menschen zu erreichen und sie in das Hilfesystem einzugliedern. Das ist eine sehr schwierige Aufgabe, weshalb das Hilfeangebot anforderungsarm im Bezug auf die Zugangskriterien ist. Bei diesen Erstkontakten ist es ein Ziel, die gravierendsten gesundheitlichen Probleme zu lösen bzw. den verursachten Schaden so gut es geht zu minimieren, um die Mortalitätsrate zu senken und das Überleben zu sichern.

Das zweite Ziel ist es, die Betroffenen im Hilfesystem zu halten, um den Zugang zu diesen Menschen weiter auszubauen. In der Suchthilfe Essen konnten diese Ziele gut erreicht werden, wie die Ergebnisse der sog. Druck-Studie, durchgeführt vom Robert Koch- Institut, gezeigt haben.

Abb. 2: Ziele, die bei der Psychosoziale Beratung vorrangig erreicht werden sollen

Zielehierarchie

- Halten in der Behandlung, Überleben ist gesichert
- Schadensminimierung
- Verbreiten ansteckender Erkrankungen ist verhindert
- Beschaffungskriminalität / Prostitution wird vermieden
- Tagesstruktur ist geschaffen
- Gesundheit stabilisiert, Beikonsum reduziert, Abstinenz
- Integration & Teilhabe sind verbessert / gesichert

Probleme lösen statt verwalten



Weiterhin wird versucht, die Beschaffungskriminalität einzudämmen bzw. ganz zu vermeiden. Gleiches gilt für die Prostitution. Ganz wesentlich ist der Versuch, für die betreuten Suchterkrankten eine neue Tagesstruktur zu schaffen, um sie von der Szene fern zu halten und Vereinsamung zu vermeiden. Es reicht aber nicht aus, dass die Betroffenen einmal am Tag zur Substitutionsvergabe kommen. Notwendig ist eine Tagesstruktur, in der die Patientinnen und Patienten etwas tun können, was ihnen sinnvoll erscheint, wo sie ihre noch vorhandenen Ressourcen einsetzen können und wo sie sich wertgeschätzt fühlen. Deswegen bietet die Suchthilfe Essen Beschäftigungen an, die den Aufbau einer Tagesstruktur unterstützen. Dies kann aber nur der erste Schritt sein. Eine dauerhafte Beschäftigung sollte angestrebt werden, teilweise reicht es hier schon aus, dass die Patientinnen und Patienten langfristig in eine Beschäftigungsmaßnahme integriert werden (z. B. ein Euro-Job), auch wenn es sich nicht um den ersten Arbeitsmarkt handelt. Die weitere Überführung in den ersten Arbeitsmarkt ist nur selten erfolgreich und erreicht höchstens Quoten in einem einstelligen Prozentbereich. Zudem muss versucht werden, dass sie in stabile Wohnverhältnisse kommen. Gerade für ältere Suchterkrankte sind dies realistische Ziele, weitere Ziele treten bei dieser Gruppe zunächst in den Hintergrund.

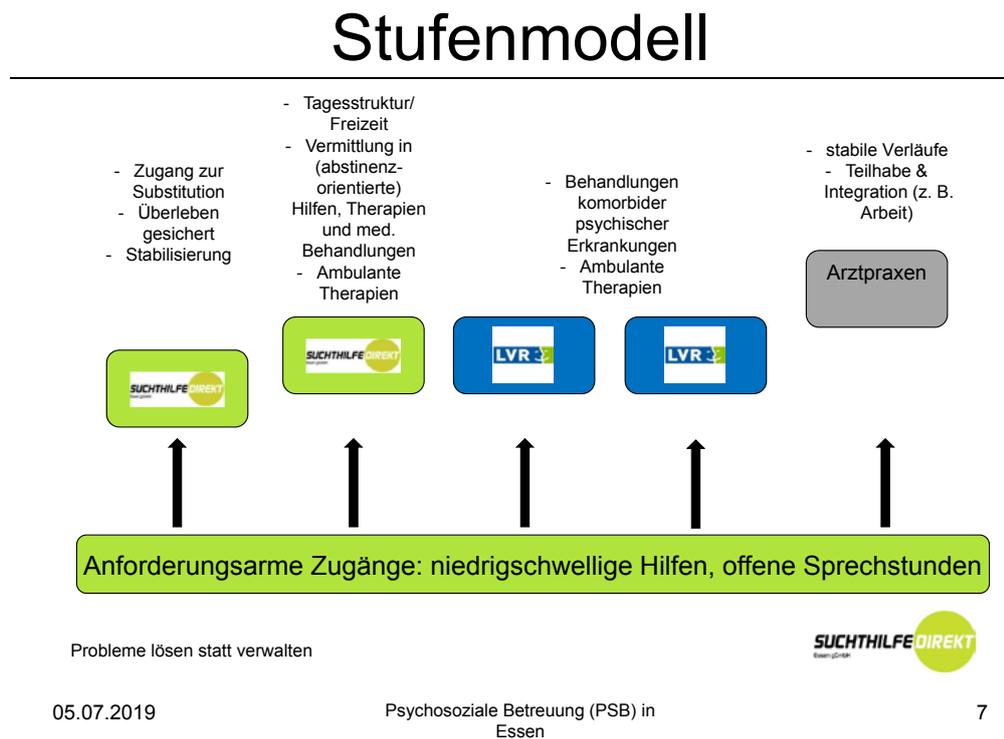
Zusammenfassend im Hinblick auf den Substanzkonsum lassen sich als kurzfristiges Ziel die gesundheitliche Stabilisierung, als mittelfristiges Ziel, die Reduktion des Beikonsums und als langfristiges Ziel die Abstinenz nennen, die zumindest nicht aus dem Auge verloren werden sollte. Zudem muss versucht werden, die Betroffenen in neue Strukturen außerhalb der Szene zu integrieren und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Stufenmodell

Die Suchthilfe Essen begreift sich mit ihren Angeboten als Bindeglied zwischen dem Leben in der Szene und dem professionellen Hilfesystem. Dazu sind die niedrighschwelligigen Angebote von zentraler Bedeutung. Der Drogenkonsumraum ist bspw. ein solches niedrighschwelliges Angebot. Aber auch die Möglichkeit, sich in der Tageseinrichtung längere Zeit aufzuhalten, soll die Bindung zur Suchthilfe stärken und damit den Eintritt ins Suchthilfesystem erleichtern. Dazu dienen auch Notschlafstellen für Menschen, die aus der Haft kommen. Vorrangiges Ziel ist es, die Menschen in eine professionelle Behandlung zu führen. Dazu gibt es die Möglichkeit, innerhalb von 24 Stunden in die ärztliche Betreuung in der bei der Suchthilfe Essen angeschlossenen Ambulanz hineinzukommen. In dieser ersten Stufe geht es also darum, das Überleben und die Gesundheit zu sichern sowie den Zugang zur Substitution zu öffnen.

Im weiteren Verlauf der Behandlung werden die Menschen immer wieder darauf angesprochen, ob und inwieweit es Sinn macht, den Behandlungsort zu wechseln, je nachdem ob sich ein erster Behandlungserfolg gezeigt hat bzw. Stabilität soweit erreicht wurde, sodass weitere Schritte möglich werden. Solche Schritte können sein, in ein Arbeitsprogramm einzusteigen, eine sinnvolle Tages- oder Freizeitbeschäftigung aufzunehmen, in ein (abstinenzorientiertes) Therapieprogramm zu gehen oder weitere therapeutische Wege einzuschlagen. Wesentlich ist hier immer, dass sich die Betroffenen von ihrer ehemaligen Drogenszene soweit wie möglich entfernt halten.

Abb. 3: Das Stufenmodell als Angebot für die Substituierten



Die Ambulanzen der LVR-Kliniken bieten insbesondere die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen im ambulanten Bereich und halten insofern ein wichtiges ergänzendes Therapieangebot vor.

Die Überführung der Patientinnen und Patienten in eine Substitutionspraxis eines niedergelassenen Arztes ist ein weiteres Ziel zur Normalisierung des Lebens und der Tagesstrukturierung der betroffenen Menschen. Dies ist allerdings manchmal nicht so einfach, da in Arztpraxen darauf geachtet wird, ob die Suchterkrankten auch „wartezimmerkompatibel“ sind. Inzwischen gibt es Praxen, die die unterschiedlichen Gruppen baulich voneinander trennen. Insgesamt handelt es sich aber bei in niedergelassenen Arztpraxen substituierten Patientinnen und Patienten um solche, die bereits integriert sind und insofern in Wartezimmern nicht mehr „auffällig“ sind.

Formen Psychosozialer Betreuung

Die Suchthilfe Essen bietet zunächst Offene Sprechstunden in unterschiedlichen Einrichtungen an. Die Sprechstunden können in der Zeit von 8:00 bis 17:00 Uhr aufgesucht werden können.

Daneben gibt es eine Psychosoziale Beratung für Substituierte aus Arztpraxen. Das Angebot kann sehr unterschiedlich sein je nach Bedarf der Betroffenen bzw. nach deren geäußerten Wünschen.

Bei der flexiblen Psychosozialen Beratung kommt es zu punktueller Betreuung mit sporadischen Kontakten. Eine feste Terminierung ist hier nicht vorgegeben. Manche Suchterkrankte sagen deutlich, „Der Arzt schickt mich. Ich brauche eine PSB-Bescheinigung“. Der Arzt benötigt eine solche Bescheinigung, um bei der KV nachweisen zu können, dass das für alle Substituierten zwingende Angebot auch wahrgenommen wird. Diese Situation ist für die PSB der Suchthilfe nicht immer wünschenswert, da davon ausgegangen werden muss, dass eine Eingliederung und Stabilisierung nur erfolgreich ist, wenn eine gewisse Kontinuität bei der PSB-Betreuung erreicht wird. Zum Teil wird die flexible Psychosoziale Beratung auch nur anlassbezogen aufgesucht, z. B. wenn jemand eine Wohnung braucht, ein Problem mit dem Bewährungshelfer besteht oder eine Vermittlung zur HIV-Praxis benötigt, sich ansonsten aber als psychosozial ausreichend stabil betrachtet.

Die Suchthilfe bietet jedes Mal ein strukturiertes Assessment oder eine strukturierte Anamnese an. Dies wird von einigen Betroffenen als „Zumutung“ begriffen. Denn das Ausfüllen des verwendeten Fragebogens benötigt Zeit, die manche nicht investieren möchten. U.a. aus Qualitätsgründen und fachlichen Geboten heraus ist es aber notwendig, dass sich der Berater ein umfassendes Bild zur psychosozialen Situation machen kann, um die richtigen Hilfeangebote auswählen zu können.

Von Nachteil ist, dass die Hilfesuchenden gelegentlich auch auf unterschiedliche Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der PSB treffen, sodass eine kontinuierliche Bezugsbetreuung schwieriger wird. Zum Teil wird dieser Nachteil dadurch ausgeglichen, dass der Betreuer auf eine elektronische Datenbank zurückgreifen kann und insofern einen gewissen Einblick in die gesamte Situation bekommt. Diese Dokumentation ist ein wichtiges Element der Psychosozialen Beratung. Die Nutzung eines elektronischen Datenverarbeitungssystems ermöglicht die Nachvollziehbarkeit der Behandlungs- und Beratungs- oder Betreuungsangebote.

Zu den Inhalten der Psychosozialen Beratung zählt zunächst die Informationsvermittlung über alle Fragen, die der Suchterkrankte an die PSB heranträgt. Hinzu kommen Motivierungsmaßnahmen, Beratung und die Vermittlung weiterführender Hilfen oder auch Kriseninterventionen. Dabei wird der Austausch mit Arztpraxen gesucht, wenn dies gewünscht wird und die Belange des Datenschutzes eingehalten werden.

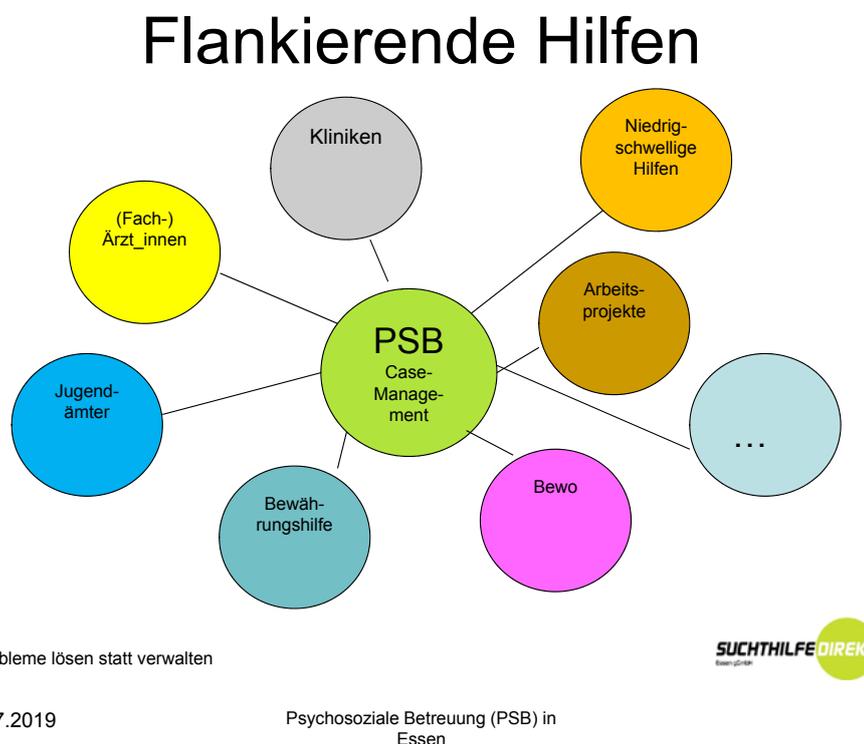
Eine Ausnahme ist eine mögliche Kindeswohlgefährdung. Wenn bspw. ein stark alkoholisierter Mensch in die Sprechstunde kommt, findet auf jeden Fall ein Austausch mit der Arztpraxis statt. Stellt sich zudem im Gespräch heraus, dass keine Kontakte zum Jugendamt bestehen, erfolgt in riskanten Situationen mit Beigebruch nach einer Rechtsgüterabwägung auch eine direkte Meldung an das Jugendamt, zumal wenn die Betroffenen in der Kommunikation nicht mehr erreicht werden und eine Zusammenarbeit ablehnen.

Eine besondere Form ist die Psychosoziale Beratung für Substituierte aus Arztpraxen. Hier handelt es sich um einen Personenkreis mit hoher Eigenmotivation, der von sich aus die Psychosoziale Beratung aufsucht und damit Gesprächsbedarf über einen längeren Zeitraum signalisiert. Dabei wird die Regelmäßigkeit unterschiedlich interpretiert, von einmal in der Woche über einmal im Monat bis zu einmal im Quartal. Viele von diesen Patientinnen und Patienten haben bereits eine stabile gesundheitliche und psychosoziale Lage erreicht, haben aber dennoch von Zeit zu Zeit Gesprächsbedarf mit ihrer Bezugsbetreuung. Auch hier werden eine strukturierte Anamnese, eine Bedarfsplanung und eine Verlaufsanalyse durchgeführt. Wichtig ist auch zu analysieren, ob weitere Personen möglicherweise Betreuungsbedarf haben.

Um Ziele in der Psychosozialen Betreuung zu erreichen, ist es von großem Vorteil, wenn die Patientinnen und Patienten eigene Ziele entwickeln und formulieren. Solche Menschen erreichen diese Ziele eher, als ein vom Substitutionsarzt geschickter Patient, der angibt, dieses oder jenes vom Arzt vorgegebene Ziel erreichen zu sollen.

Die Psychosoziale Beratung versucht, die Patientinnen und Patienten gesundheitlich und psychosozial zu stabilisieren. Dazu werden u.a. Kontakte zu Fachärzten, bspw. zur kontinuierlichen Behandlung einer HIV-Infektion, vermittelt, oder Unterstützung angeboten, um Behördengänge zu erledigen. Insgesamt kommt es darauf an, mit und für den Betroffenen ein Netzwerk aufzubauen, damit er ausreichend versorgt ist.

Abb. 4: Die Psychosoziale Beratung ist durch Kontakte zu anderen Hilfesystemen gut vernetzt.



Um die Arbeit besser zu koordinieren, werden Treffen mit anderen Einrichtungen im Rahmen des Case-Managements angestrebt. Bei diesen Treffen werden entweder allgemeine Fragen diskutiert, aber auch einzelne Fälle besprochen. In der letzten Zeit werden Qualitätszirkel mit den Ärzten etabliert, da auch die Ärztinnen und Ärzte Interesse daran haben, sich über einzelne Fälle auszutauschen, natürlich nur mit der Einwilligung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten. Zurzeit wird an einer Struktur gearbeitet, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PSB zeitnah und effektiv mit den Ärztinnen und Ärzten kommunizieren können.

Bei allen Gesprächen hat das Kindeswohl immer die oberste Priorität. Die Suchthilfe Essen bemüht sich darum, dass die betroffenen Mütter und/oder Väter möglichst zügig Kontakt mit der Jugendhilfe aufnehmen. In den meisten Fällen gelingt diese Intervention sehr gut. Den Blick für das Kindeswohl ist auch Aufgabe der Psychosozialen Beratung, denn substituierende Ärztinnen und Ärzte haben oft nicht ausreichend Zeit, sich um die Familienverhältnisse in den betroffenen Familien zu kümmern oder die Familiensituation richtig umfänglich einschätzen zu können. Zusammen mit der Jugendhilfe hat die Psychosoziale Beratung hier deutlich mehr Möglichkeiten.

Die PSB der Suchthilfe Essen unterscheidet sich von anderen PSB dadurch, dass es in den Ambulanzen einen gemeinsamen Betreuungs- und Behandlungsvertrag gibt, der die medizinische Behandlung und die psychosoziale Betreuung absichert. Dazu werden regelmäßige

Dreier-Gespräche zwischen PSB, behandelndem Arzt und Patient vereinbart sowie Behandlungs- und Betreuungspläne für jeden Einzelfall abgestimmt.

Neben Ärztinnen und Ärzten und der LVR-Klinik zur Behandlung psychischer Komorbiditäten kann die Suchthilfe auch auf andere Unterstützungseinrichtungen zurückgreifen. Die Jugendhilfe wurde schon erwähnt, ebenso wie Arbeitsprojekte mit dem Ziel der Tagesstrukturierung.

Besonders häufig ist die Zusammenarbeit mit Bewährungshelfern, denn viele Betroffene, die in der PSB betreut werden, kommen aus dem Gefängnis. Für sie ist es das primäre Ziel, nicht wieder straffällig zu werden. Hier ist es notwendig, dass Bewährungshilfe und PSB eng zusammenarbeiten.

Weitere niedrigschwellige Hilfen sind für einige Patientinnen und Patienten von Bedeutung, wie bspw. Drogenkonsumräume. Seit zwei Jahren ist es den Substituierten erlaubt, Drogenkonsumräume aufzusuchen und inzwischen ist deutlich geworden, dass viele Substituierte davon Gebrauch machen und auch stark davon profitieren. Zu diesem Thema wird gerade eine Studie durchgeführt, deren Ergebnisse voraussichtlich im Sommer veröffentlicht werden.⁵ Für die PSB bietet sich hier die Möglichkeit, mit den Substituierten im Gespräch zu bleiben.

Herausforderungen

Zunächst sollte die weitere Zusammenarbeit mit den Arztpraxen ausgebaut werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Zahl der Substitutionsärztinnen und -ärzte weiter abnimmt, muss die Zusammenarbeit umso besser funktionieren, um die betroffenen Menschen aufzufangen. Sofern neue Ärztinnen und Ärzte in einer Substitutionspraxis arbeiten, müssen die Kontakte aufgebaut und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit erreicht werden.

Mit den Ärztinnen und Ärzten sollte herausgefunden werden, für welche Personen welche Form der Psychosozialen Beratung zu welchem Zeitpunkt angemessen ist. Außerdem sind Fallbesprechungen auch in Zukunft eine Herausforderung. Wenn sie gut verlaufen, sind sie für die Betroffenen, für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und für die PSB von großem Nutzen. Die Betroffenen sollten immer im Einverständnis dabei sein, und natürlich müssen auch die Datenschutzanforderungen eingehalten werden.

In einem anderen Vortrag wurde heute schon darüber diskutiert, dass die Existenz von Substitutionsschwerpunktpraxen dazu führe, dass sich an diesem Ort schnell eine typische Szene bilde mit den entsprechenden Unannehmlichkeiten für die Betroffenen selbst aber insbesondere für die Menschen, die in der Nähe wohnen. Die Suchthilfe Essen bemüht sich im Rahmen ihres Umfeldmanagements darum, die Szenebildung in ihren Räumen, aber auch im Umfeld zu verhindern und bespricht dieses Thema intensiv mit den betreuten Menschen. Mit dem Konzept des Umfeldmanagements wurden bislang gute Erfolge erzielt. Zusätzlich wird der Kontakt mit den Anwohnern in der Nähe des Drogenhilfezentrums gesucht, um einerseits Vorbehalte abzubauen, aber auch die Sorgen und ggf. Ängste zu erkennen und, wenn notwendig, mit den

⁵ Przyklenk U, Weritz P: Nutzendenverhalten von Substituierten im Drogenkonsumraum Essen. Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen in der Suchthilfearbeit mit substituierten Personen im Drogenkonsumraum Essen (2018), unter http://www.landestellesucht-nrw.de/tl_files/Projektdatenbank/Nutzendenverhalten%20von%20Substituierten%20im%20Drogenkonsumraum%20Essen%202018-11-....pdf (Abruf: 21.01.2019).

Substituierten nach neuen Lösungen zu suchen. Das Umfeldmanagement schließt zudem den Austausch mit dem Ordnungsamt, der Drogenhilfe sowie mit der Polizei mit ein.

Abb. 5: Die Herausforderungen für die Zukunft

Herausforderungen

- Zusammenarbeit mit Arztpraxen
 - » immer weniger Substitutionsärzt_innen
 - » für wen ist wann eine PSB sinnvoll?
 - » (regelmäßiger) Fallaustausch (unter Einbeziehung der Patient_innen)
 - » Verunsicherungen BtmVV-Novellierung / MVV (KV)
- Unterstützung und abgestimmte Hilfen für Kinder von Substituierten
- „sinnvolle“/realistische Beschäftigung/Arbeit/Tagesstruktur
- Motivation von Substituierten zur Nutzung der PSB sehr unterschiedlich/ (Überprüfung von „Komm-Strukturen“ & Beratungssettings)
- Keine einheitlichen PSB-Standards/keine einheitliche Finanzierung
- Hilfen für „Alternde“ Substituierte (ü40)
- Behandlung schwerer chronischer psychischer Begleiterkrankungen
- Substitution in Haft

Probleme lösen statt verwalten



05.07.2019

Psychosoziale Betreuung (PSB) in
Essen

13

Die Zusammenarbeit mit Jugendhilfeangeboten muss in Zukunft noch weiter ausgebaut werden. Dies ist unbedingt notwendig, um den Kindern der Suchterkrankten eine zukünftige Suchtkarriere zu ersparen. Denn es ist bekannt, dass mehr als die Hälfte aller heute Suchterkrankten bereits in Familien lebten, bei denen mindestens ein Elternteil suchterkrankt war. Deshalb muss es gelingen, Kindern von Suchterkrankten ein suchtfreies Leben zu ermöglichen, indem auf die Bedürfnisse der Kinder abgestimmte Angebote in ausreichender Menge verfügbar sind.

Wie wichtig eine Tagesstruktur ist, darauf wurde schon verwiesen. Die Überführung der Substituierten in Arbeitsprojekte schafft für viele Betroffene eine Tagesstruktur, die ihnen Halt gibt. Leider ist es so, dass viele Arbeitsprojekte nach einer gewissen Zeit auslaufen und ein Anschlussprojekt nicht genutzt werden darf. Hier sollten zukünftig Möglichkeiten des SGB II (Arbeitsmaßnahmen) und des SGB III (Fördermaßnahme) verbessert werden. Derzeit fallen die Suchtpatienten oftmals nach Ablauf eines Arbeitsprojektes in ein Loch, was dazu führt, dass sie erneut mit dem Konsum von illegalen Drogen oder von Alkohol beginnen. Das ließe sich verhindern, wenn die bestehenden Projekte oder Programme besser aufeinander abgestimmt würden

und Übergänge von einer in die andere Maßnahme reibungsloser vonstatten gingen. Die Überführung der Betroffenen in den ersten Arbeitsmarkt ist häufig unrealistisch.

Die Finanzierung der Psychosozialen Beratung ist leider immer wieder ein Thema. Die Finanzierung wird in den Kommunen unterschiedlich gehandhabt. In Essen ist sie bislang noch abgesichert.

Eine weitere Herausforderung ist die Betreuung älter werdender Suchterkrankter. Denn sie müssen medizinisch ausreichend versorgt werden und zudem eine Bleibe finden, in der sie einerseits als Suchterkrankte leben können und akzeptiert werden, andererseits aber auch die Pflege erhalten, die sie brauchen. Spezialisierte Einrichtungen nur für Suchterkrankte hätten zur Folge, dass diese Menschen weniger Kontakte zu nicht suchterkrankten Menschen hätten mit der Gefahr der Vereinsamung und Ghettoisierung. Deshalb sollte aus Sicht der Suchthilfe Essen auch bei der Betreuung älterer suchterkrankter Menschen dem Gedanken der Inklusion gefolgt werden.

Eine weitere Herausforderung ist die ausreichende Behandlung schwerer chronischer psychischer Begleiterkrankungen. Hier muss noch viel getan werden, um die Betroffenen ausreichend zu betreuen und ggf. zu versorgen. Gleiches gilt im Übrigen für die Versorgung der Suchterkrankten in Haft.

Aus der Diskussion

Wenn Drogenabhängige, die in der Substitutionstherapie sind, den Drogenkonsumraum in Essen nutzen, werden sie dann beim Konsum weiterer Drogen beobachtet oder werden sie davon abgehalten, Drogen zu konsumieren.

Balgar: Nur ein gewisser Kreis von Substituierten nutzt den Drogenkonsumraum. Aus unseren Befragungen wissen wir, dass besser stabilisierte Patientinnen und Patienten den Drogenkonsumraum seltener nutzen. Instabilere Betroffene kommen häufig in den Drogenkonsumraum, manchmal auch täglich. Sie konsumieren nicht unbedingt Kokain, sondern Heroin. Auf Befragung geben diese Menschen an, dass sie sowieso die Mittel konsumieren würden, dies aber jetzt lieber in einem Drogenkonsumraum tun und nicht zuhause oder in öffentlichen Räumen. Auch vor der Möglichkeit, den Drogenkonsumraum zu nutzen, haben diese Menschen weitere Drogen genommen, dann allerdings unter weniger kontrollierten Bedingungen. Im Drogenkonsumraum gibt es ggf. notwendige erste Hilfe, und das Konsumieren ist unter hygienischen Bedingungen möglich.

Wenn Substituierte den Drogenkonsumraum nutzen, wäre es dann nicht sinnvoll, den substituierenden Arzt mit ins Boot zu holen?

Balgar: Wenn Substituierte den Drogenkonsumraum nutzen, hat das für die Suchthilfe den Vorteil, dass der Betroffene angesprochen werden kann. Und das wird auch in der Suchthilfe Essen so praktiziert. Ziel des Gesprächsangebotes ist es, neben der Stabilisierung des Suchterkrankten auch auf die Möglichkeit hinzuweisen, mit dem substituierenden Arzt in Verbindung zu kommen. Ein Teil der Patienten, die von der Suchthilfe Essen in der Ambulanz medizinisch betreut und substituiert werden, nutzen ebenfalls den Drogenkonsumraum, was ja zunächst erst einmal nicht das Ziel der ambulanten medizinischen Behandlung ist. Aber es passiert, und

die Suchthilfe ist froh, dass diese Patientinnen und Patienten im Drogenkonsumraum als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und damit ein Anfang gemacht ist, im Verlaufe der Zeit auch den behandelnden Arzt mit ins Boot zu holen. In der Praxis kann dann überlegt werden, ob ggf. die Dosierung des Substituts angepasst werden kann. Die Patienten müssen zwar ihre Einwilligung geben, den Arzt zu kontaktieren, in der Regel wird diese Einwilligung aber gegeben.

Wie häufig müssen die Suchterkrankten in die PSB kommen? Die Richtlinien geben doch vor, dass diejenigen, die im Programm sind, mindestens einmal pro Monat die PSB aufsuchen müssen.

Balgar: Die meisten Betreuten in der Suchthilfe Essen kommen mehr als einmal im Monat. Manche sogar täglich, vor allem, die täglich in der Ambulanz substituiert werden. Besonders gut stabilisierte Patientinnen und Patienten sind nur einmal im Quartal da; und es gibt auch Fälle, dass einzelne Substituierte nur alle sechs Monate kommen, und dann fast immer vom Arzt geschickt werden mit der Bitte, die PSB-Bescheinigung beim nächsten Mal der Arztpraxis vorzulegen. Es kann keiner gezwungen werden, die PSB häufiger aufzusuchen.

Ergänzung aus des Auditorium: Es gibt keine rechtlichen Grundlagen, wie häufig die Substituierten die PSB aufsuchen sollen, weder in den Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), noch in der BtM-Verschreibungsverordnung noch in den Richtlinien der Bundesärztekammer. Die Konkretisierung erfolgt durch die KV- Qualitätssicherungskommission oder im Rahmen der Qualitätssicherung der Arztpraxis. In Westfalen-Lippe stehen manche Ärzte auf dem Standpunkt, die KV könne gar keine PSB-Bescheinigung verlangen, zumal für die Kontrolle der Lieferung der Bescheinigung keine Bezahlung erfolgt. Insofern handelt es sich um einen Konflikt zwischen KV und Ärzten. Viele Ärztinnen und Ärzte folgen zwar der Forderung der KV, aber gezwungen werden können sie nicht. Die KV hat daraus keine Konsequenzen gezogen, nicht zuletzt auch deshalb, weil jeder substituierender Arzt gebraucht wird.

Ist es in der Suchthilfe Essen möglich, dass dort eine Soziotherapie durchgeführt werden kann, wenn Ärzte dies verordnen.

Balgar: Das ist in Essen noch nicht vorgekommen. Insofern kann dazu keine Aussage gemacht werden.

Ergänzung aus des Auditorium: Die Soziotherapie kann bislang den Suchterkrankten noch nicht angeboten werden, sie ist dafür derzeit noch nicht vorgesehen. Es erscheint zwar sinnvoll, aber zurzeit bewegt sich noch nichts in diese Richtung.

Gibt es Kontakte der Suchthilfe zu Apotheken in Essen, findet dort sogar ein regelmäßiger Austausch statt? Den sozialarbeitenden Einrichtungen ist oft nicht bekannt, dass auch Apotheken als sehr niedrigschwellige Einrichtung gelten und dort möglicherweise Patientinnen und Patienten erreicht werden, die auf anderen Wegen nicht erreicht werden.

Balgar: Apotheken sind zum Teil noch ein blinder Fleck für die Suchthilfe. Zwar bestehen Kontakte zu Apotheken, die Substitute abgeben, die auch Erfahrung in diesem Bereich gesammelt haben. Aber beim Qualitätszirkel nimmt die Amtsapothekerin teil, nicht aber niedergelassene Apothekerinnen oder Apotheker. Aber der Hinweis ist nicht schlecht, denn die Suchthilfe

muss sich immer wieder überlegen, wie sie am besten die Suchterkrankten erreichen und dabei könnten Apotheken in Zukunft vielleicht eine Rolle spielen.

Vorschlag: Über die Kreisvertrauensapotheker könnte doch der Versuch gestartet werden, interessierte Apotheken in die Substitutionsqualitätszirkel aufnehmen zu lassen.

Balgar. Ja, eine gute Idee.

Substitutionstherapie Opioidabhängiger – Die Sicht der KV

Laura Erne

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat im Bereich der Substitutionstherapie informative und administrative Aufgaben sowie die Aufsicht über die Qualitätssicherung und die Zusammenarbeit mit Abrechnungsstellen. Zum einen erteilt sie Auskünfte, zum anderen bearbeitet sie Anträge, insbesondere Genehmigungen auf Anerkennung als substituierender Arzt. Regelmäßig werden Stichproben zur Qualitätssicherung gezogen, welche durch eine Qualitätssicherungskommission ausgewertet und ggf. Maßnahmen eingeleitet werden. Im Substitutionssystem ist die KV mit den Abrechnungen der Bezirksstellen Düsseldorf und Köln verbunden; hier sind alle substituierenden Ärzte und deren Patientenzahl aufgelistet.

Die rechtlichen Grundlagen

Neben der v.a. berufsrechtlich relevanten Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger¹, der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) hat die Anlage 1 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MvV) eine große Bedeutung für die Tätigkeit der KV.² Diese ist für alle Vertragsärzte relevant und regelt unter anderem die Voraussetzungen der Einleitung und Durchführung der Substitutionsbehandlung. Hier ist unter anderem festgelegt, dass die Durchführung und

¹ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet, mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017 in Kraft getreten, unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf, (Abruf: 08.02.2019).

² Aktuell: Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 17. Januar 2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nr. 48 (S. 1 523) in Kraft getreten am 1. April 2006, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 16.01.2019 B5) in Kraft getreten am 17. Januar 2019, Anlage 1, hier Punkt 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, unter: <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1749/MVV-RL-2018-10-18-iK-2019-01-17.pdf> (Abruf: 08.02.2019).

Abrechnung der Substitutionsbehandlung genehmigungspflichtig ist (§ 2 Abs. 1 Anlage 1 MvV), ein Antrag muss bei der Geschäftsstelle Substitution gestellt werden. Voraussetzungen zur Erteilung einer Genehmigung:

- a. Nachweis der fachlichen Befähigung, das bedeutet, dass die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach der entsprechenden suchtmedizinischen Qualifizierung geführt werden darf.
Mit der Genehmigung ist die Behandlung von bis zu 50 Patienten möglich. Aus Gründen des Sicherstellungsauftrags der KV kann in geeigneten Fällen auf Antrag und nach genauer Prüfung des Sachverhaltes eine Erweiterung des Genehmigungsumfangs erfolgen, die allerdings nur befristet erteilt wird.
- b. Bei fehlender fachlicher Befähigung kann ein Arzt auf der Grundlage von § 5 Abs. 4 BtMVV nach Genehmigung durch die KV ebenfalls substituieren. Allerdings dürfen in diesem Fall nur bis zu 10 Patienten substituiert werden. Zudem muss ein Konsiliarier benannt werden, also ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Dieser muss die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Arzt – in der Regel ist es ein Hausarzt – erklären. Der Patient muss diesen Konsiliarier zu Beginn der Behandlung und dann mind. einmal im Quartal aufsuchen.

Die Überprüfung der Anforderungen – der Dokumentationsbogen

Um zu überprüfen, ob die Anforderungen durch die substituierenden Ärzte erfüllt sind, stellt die KV Dokumentationsbögen zur Verfügung.³ In diesen werden erfasst:

1. Indikation (nach § 3 der Anlage 1 der MvV)
Substitution ist Krankenbehandlung und somit gemäß § 27 SGB V auch von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen abgedeckt, allerdings nur als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes, nicht als reiner Substanztausch.

Als Indikationen gelten:

- Behandlung manifester Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung von Betäubungsmittelabstinenz einschließlich Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
- Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während Schwangerschaft und nach Geburt. Es ist inzwischen unbestritten, dass die geregelte Versorgung der Patientinnen mit einem Substitutionsmittel für das Ungeborene besser ist, als der unregelmäßige Konsum von z. B. Straßenheroin durch die Mutter.

³ Kassenärztliche Versorgung Nordrhein: Patientendokumentation nach der Richtlinie zur substituiergestützten Behandlung Opiatabhängiger, unter: <https://www.kvno.de/downloads/faxabruf/7560-patidokusubs.pdf> (Abruf: 08.02.2019). Weitere Unterlagen unter https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/20leistungen_a-z/methadon/index.html.

Abb. 1: Zentrales Dokument für die Arbeit der Substitutionskommission der KV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1. Abs. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängige

2. Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Präambel

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V beinhaltet die substitutionsgestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes, das auch – soweit erforderlich – begleitende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen und – soweit nach BtMVV vorgesehen – psychosoziale Betreuungsmaßnahmen einbeziehen soll.

„Nur“ manifeste Drogenabhängigkeit reicht nicht als Indikation aus, es muss begründet werden, warum die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich zu anderen Therapien die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet. Dies kann bspw. vorliegen, wenn in der Vergangenheit erfolglose Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle unternommen wurden oder zurzeit keine Möglichkeit der Durchführung einer drogenfreien Therapie besteht.

Nur in Ausnahmefällen ist eine Behandlung von Patienten möglich, bei denen entweder nicht länger als 2 Jahre eine Opioidabhängigkeit besteht oder die unter 18 Jahre alt sind. Nur bei Vorliegen eines speziellen Antrags und einer medizinischen Begründung kann die Qualitätssicherungskommission Substitution Einzelfallentscheidungen treffen, die in der Regel eine zeitliche Befristung beinhalten, bis in ein anderes drogenfreies Therapieangebot gewechselt werden kann. Hintergrund ist, dass einige Patienten zunächst gesundheitlich stabilisiert werden müssen, bevor sie in eine geeignete Therapie überführt werden können. Weiterhin ist es das Ziel, diese meist jungen Patienten mit allen therapeutischen und pädagogischen Möglichkeiten zurück auf den Weg eines drogenfreien Lebens zu bringen und nicht in eine langfristige Substitutionstherapie zu überführen.

2. Therapiekonzept

Neben der Indikation muss auch der Inhalt eines Therapiekonzeptes erläutert werden, dieses muss folgende Punkte berücksichtigen:

- ausführliche Anamnese (familiär, sozial, suchtbefunden),
- körperliche Untersuchung (einschl. Urinscreening; dies dient auch der Sicherung der Diagnose manifester Opiatabhängigkeit),
- einleitende und begleitende Abklärung ggf. vorliegender Suchtbegleit- und Suchtfolgeerkrankungen (bspw. starke Alkoholabhängigkeit als Risiko für eine substitutionsgestützte Behandlung; in diesen Fällen muss ggf. zunächst eine Alkoholentgiftung erfolgen),

- Abwägung zwischen einer drogenfreien und einer substitutionsgestützten Behandlung (hier wird erwartet, dass konkret begründet wird, warum substituiert werden soll, bspw. mit dem Ziel der Stabilisierung und Überführung in den Arbeitsmarkt),
- Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs durch die Psychosoziale Betreuung (PSB) (nur in Ausnahmefällen ist eine Befreiung möglich, wenn die PSB dies begründen kann und dafür regelmäßige Nachweise liefert; die Ausnahmegenehmigung muss jedes Jahr erneuert werden),
- Erstellung eines individuellen Therapieplanes mit
 - zeitlicher und qualitativer Festlegung der Therapieziele,
 - Auswahl und Dosierung des Substituts,
 - Abschluss eines Behandlungsvertrages (von Ärztin/Arzt UND Patient/in unterschrieben)
 - Verlaufs- und Ergebniskontrollen.

3. Beigebruch

Auch wenn der Begriff „Beigebruch“ umstritten ist, wird er im Folgenden genutzt.

Um die Sicherheit des Patienten und den Erfolg der Therapie zu gewährleisten, sind unangekündigte Beigebruchkontrollen vorgeschrieben. Wird ein Beigebruch festgestellt so liegt es im Ermessen des Arztes, ob die Substitutionsbehandlung weitergeführt werden kann. Liegt allerdings eine primäre oder hauptsächliche Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen (Alkohol, Kokain, Benzodiazepine etc.) vor, ist dies ein Ausschlussgrund für die Substitutionsbehandlung (§ 4 Anlage 1 MvV). Auch wenn der Patient Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährden, stellt dies einen Ausschlussgrund dar.

Neben diesen Dokumentationspflichten besteht zusätzlich die Anzeigepflicht über Beginn und Ende einer Substitutionsbehandlung gegenüber der KV und der Krankenkasse (inkl. schriftlicher Einverständniserklärung des Patienten), sowie die Meldeverpflichtung gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, um Mehrfachsubstitution zu vermeiden. Auch Angaben zur PSB bzw. eine Bestätigung der Befreiung müssen eingereicht werden.

Die Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission ist in den MvV verankert und verpflichtend. Sie besteht aus insgesamt 6 Mitgliedern:

- drei in Fragen der Opiatabhängigkeit fachkundige Mitglieder, darunter zwei Ärzte mit besonderer Erfahrung in der Behandlung von Suchterkrankten; mindestens 2 von ihnen sind substituierende Ärzte;
- die Mitglieder werden durch die KV benannt,
- zwei in Drogenproblemen fachkundige Mitglieder der Krankenkassen, benannt durch die Landesverbände der Krankenkassen,
- ein in Drogenproblemen fachkundiges Mitglied einer Ersatzkasse, benannt durch den Verband der Ersatzkassen.

Alle Mitglieder sind fachkundig hinsichtlich Opioidabhängigkeit und Drogenproblemen.

Zu den Aufgaben der Kommission gehört die Beratung der Vertragsärzte. Ein aktuelles Beispiel ist ein Berufskraftfahrer, der substituiert wird und einen Beigebruch hat. Der behandelnde Arzt war sich unsicher, inwiefern sich hieraus eine Meldepflicht für ihn ergibt. Solche Fälle werden u.a. in den monatlichen Sitzungen der Kommission besprochen und Empfehlungen erteilt.

Die Haupttätigkeit der Kommission ist die Beurteilung und Auswertung der Stichproben. Im Rahmen der Qualitätssicherung müssen mindestens 2 % der Behandlungsfälle pro Quartal, zufällig ausgewählt, überprüft werden. Die Vertragsärzte sind dazu verpflichtet, die patientenbezogenen Dokumentationen inklusive jeweiliger Therapiekonzepte und Behandlungsdokumentationen mit Zwischenergebnissen der ausgewählten Fälle herauszugeben. Die Prüfung und Beurteilung der Dokumente erfolgt immer von zwei Mitgliedern der Kommission (ein KV-Vertreter, ein Vertreter der Krankenkassen); die Ergebnisse, ggf. Beanstandungen, werden auf den regelmäßigen Sitzungen besprochen und den Ärzten schriftlich mitgeteilt.

Zusätzlich ist die Herausgabe der patientenbezogenen Dokumentation aller Patienten nach Ablauf von 5 Behandlungsjahren – unabhängig von den Stichproben – für alle Vertragsärzte verpflichtend.

Die Kommission hat die Möglichkeit bei tatsächlichen oder vermuteten Mängeln Maßnahmen zu veranlassen. Abhängig vom Schweregrad des Mangels können dies sein:

- Praxisbegehung (um ggf. vermutete Mängel zu verifizieren oder auszuräumen),
- Anhörung,
- Beratung (ggfs. mehrfach),
- Verpflichtung zum Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkeln, Hospitationen etc. (z. B. bei fehlenden Fachkenntnissen oder mangelhaften Arbeitsabläufen) oder
- Entzug der Genehmigung als letztes Mittel (wird selten ausgesprochen).

Besonders große Bedeutung hat aber die Beratung. Die Kommissionsmitglieder sind immer gewillt, über die Beratung evtl. vorliegende Probleme zu lösen und die Qualität der Substitutionstherapie zu verbessern.

Auch anonym geäußerte Beschwerden oder Hinweise von Nachbarn und Behörden werden an die Kommission herangetragen und geprüft. Nach Anhörung des betroffenen Arztes und Besprechung des Falls in der Kommission werden ggf. vergleichbare Maßnahmen eingeleitet. Manchmal müssen auch Praxisbegehungen durchgeführt werden. Eine Praxisbegehung ist zwar eine für alle Beteiligten unangenehme Maßnahme, sie ist aber in einigen Fällen unabdingbar, läuft allerdings in den meisten Fällen ohne Probleme ab.

Exkurs: Die Substitution mit Diamorphin

Die Substitution mit Diamorphin wird im Bereich Nordrhein derzeit in drei Einrichtungen durchgeführt (Uniklinik Bonn, Gesundheitsamt Köln und als private Ambulanz in Düsseldorf). Zusätzlich zu der suchtmmedizinischen Qualifikation müssen diamorphinsubstituierende Ärzte eine

Ausbildung in der Behandlung mit Diamorphin oder eine mindestens sechsmonatige Teilnahme am Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“⁴ nachweisen.

Für den Patienten bestehen relativ hohe Anforderungen:

- Mindestens fünf Jahre bestehende Opioidabhängigkeit, verbunden mit schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen bei derzeit überwiegend intravenösem Gebrauch,
- Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opioidabhängigkeit, mindestens davon eine sechsmonatige Behandlung nach § 5 BtMVV,
- Vollendung des 23. Lebensjahres, wobei es keine Ausnahmen gibt,
- Verpflichtung zur PSB in den ersten sechs Monaten (meist angeschlossen an die Ambulanzen).

Zu den formalen Voraussetzungen gehören:

- Erlaubnis durch die zuständige Landesbehörde,
- Nachweis der Einbindung in das örtliche Suchthilfesystem,
- Gewährleistung der zweckdienlichen personellen und sachlichen Ausstattung,
- Benennung einer verantwortlichen Person,
- Beginn und Beendigungsanzeige bei der Kommission der KV,
- Überprüfung nach zweijähriger Behandlungsdauer durch die Zweitmeinung eines externen Gutachters, wobei es sich hier um einen suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt handeln muss, der nicht der Einrichtung angehören darf.

Über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung wird weiterhin diskutiert, sie trägt aber sicherlich zur Harm Reduction bei. Die Arbeit der Kommission der KV wird allerdings von dem Thema nicht sehr stark in Anspruch genommen.

Die Substitutionsversorgung in Nordrhein

Die aktuelle Versorgungssituation ist als schwierig zu bezeichnen. Zwar steigt die Qualität der Behandlungen, aber die Bereitschaft zur Durchführung der Substitutionsbehandlung sinkt. Es besteht ein extremer Nachwuchsmangel. Ursachen hierfür sind:

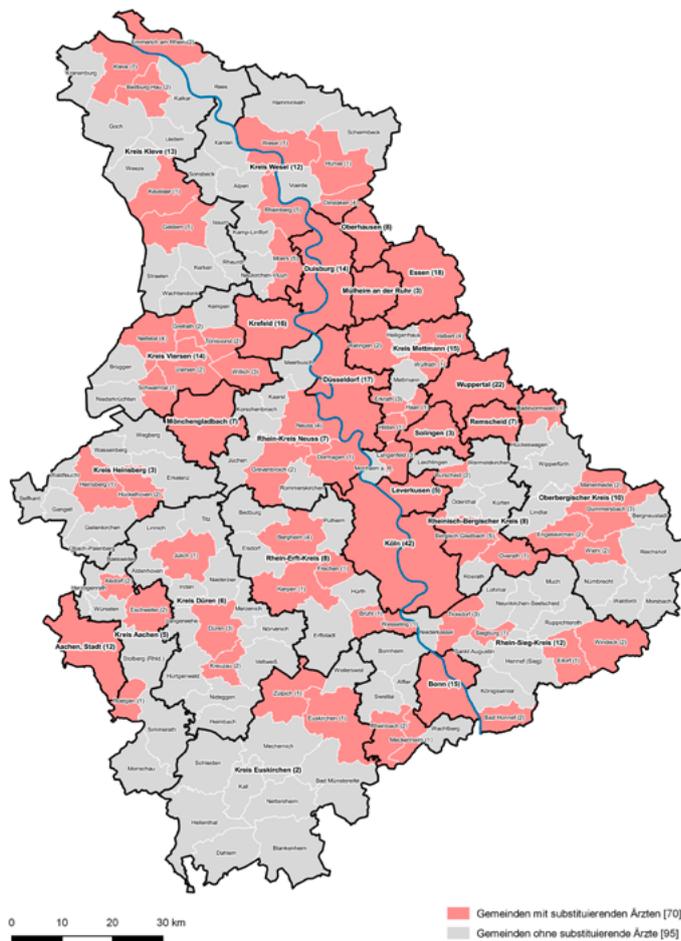
- Allgemeiner Ärztemangel,
- demographischer Wandel; ältere Ärztinnen und Ärzte gehen in Rente, was vor allem in ländlichen Bereichen zu Problemen führt,
- Furcht vor strafrechtlichen Berührungspunkten,
- negative Konnotation des Begriffes der Suchtmmedizin („Schmuddel-Image“),
- Problematische Patienten- Klientel („nicht wartezimmerauglich“),
- Unkenntnis hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen,
- Unsicherheit hinsichtlich Integration in Praxisstruktur,
- schlechte Erfahrungen von Kollegen.

⁴ Heroinstudie.de: Bericht des ZIS „Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie“, unter: http://www.heroinstudie.de/ergebnisse_zis.html (Abruf: 14.11.2018).

Die Nachfrage übersteigt das Angebot. Insbesondere im ländlichen Bereich ist die Versorgung schlecht, welches zu Ballungen in den nächst gelegenen Städten führt (s. Abb. 2, Konsiliarärzte sind bereits miterfasst). Die Szenebildung ist ebenso wenig gewünscht, kann aber eine Folge der ungleichen Verteilung der substituierenden Ärzte sein. So gibt es Schwerpunktpraxen, die bis zu 150 Patienten betreuen, und viele Praxen, die zwar eine Genehmigung für bis zu 50 Patienten haben, aber nur eine Handvoll versorgen, da es im Praxisalltag nicht anders zu organisieren ist und auch nicht gewünscht wird.

Dies führt auch dazu, dass „problematische“ Patienten oftmals nicht optimal und ihren Bedürfnissen entsprechend versorgt werden, obwohl nach heutigem Erkenntnisstand feststeht, dass nahezu jeder Abhängige von der Substitutionsbehandlung profitiert. Das Risiko, durch den Konsum von Straßenheroin zu versterben, kann drastisch reduziert werden. Darauf verweist im Übrigen auch die Richtlinie der Bundesärztekammer.

Abb. 2: Die Versorgungslage für die Substitutionstherapie im Landesteil Nordrhein könnte besser sein. Derzeit haben 574 Ärzte die Berechtigung zur Substitutionstherapie, eingeschlossen darin sind auch die Ärztinnen und Ärzte, die nur bis maximal 10 Patienten betreuen dürfen. Zurzeit machen nur 232 Ärztinnen und Ärzte von dieser Genehmigung Gebrauch.



Daher sind Lösungsansätze wichtig, um die Versorgungssituation zu verbessern. Hierzu zählen:

1. Eine bessere Vergütung durch neue Gebührenordnungspositionen (GOP) ist bereits am 01.10.2017 in Kraft getreten und brachte eine Verbesserung für die Take Home-Vergabe sowie für das Konsiliarverfahren, beides als extrabudgetäre Leistung.
2. Gesetzliche Verbesserungen
Am 02.10.2017 sind die erneuerte BtMVV sowie die ebenfalls novellierte Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger synchron in Kraft getreten.
3. Aktuell befindet sich in der Überarbeitung die Anlage I Nr. 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zwecks Anpassung an die überarbeitete BtMVV, sowie die überarbeitete Richtlinie der BÄK (mittlerweile in Kraft getreten, s. Fußnote 2 in diesem Beitrag).

Die wichtigsten rechtlichen Änderungen

- Regelungen zu Sachverhalten, die unmittelbar ärztlich-therapeutische Bewertungen betreffen, wurden aus dem Rahmen unmittelbar bundesrechtlicher Regelungen der BtMVV vollkommen herausgenommen und in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt, z. B. die Voraussetzungen für die Einleitung einer Substitutionstherapie, die Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme und die Entscheidung über Erforderlichkeit der PSB. Dies soll die Rechtssicherheit zugunsten der Ärzte verbessern, die Gefahr strafrechtlicher Konsequenzen senken und die ärztliche Kompetenz und Verantwortung stärken.
- Der § 5 BtMVV als Kernvorschrift der Substitutionstherapie wurde im Zuge der Novelle vollständig überarbeitet.
- Die Substitutionstherapie mit Diamorphin wurde in einen neuen § 5a BtMVV überführt.
- Das Abstinenzparadigma wurde aufgehoben. Das ist eine ganz wesentliche Neuerung mit hoher praktischer Relevanz, denn nun wird die Suchterkrankung als chronische Erkrankung anerkannt. Diese Änderung bedeutet eine Minimierung strafrechtlicher Risiken und schafft Rechtssicherheit zugunsten des substituierenden Arztes.
- Es gibt zwar weiterhin eine Meldeverpflichtung des substituierenden Arztes. Neu ist aber, dass der substituierende Arzt nicht mehr verpflichtet ist, Untersuchungen und Erhebungen zwecks Aufdeckung von Mehrfachverschreibungen („Ärztelisting“) durchzuführen; dies wurde auf entsprechende staatliche Stellen übertragen.
- Ausweitung des Zeitraums der „Take Home-Regelung“ (§ 5 Abs. 8 BtMVV):
Es ist jetzt eine Verschreibung der Menge des Substitutionsmittels möglich, die für Wochenendtage Samstag und Sonntag und für die dem Wochenende vorangehenden oder folgenden Feiertage, auch einschließlich eines dazwischen liegenden Werktages, erforderlich ist. Die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 8 (1) bis (4) müssen erfüllt sein (z. B. Verschreibung zur Stabilisierung des Patienten). Die Verschreibung innerhalb einer Kalenderwoche darf nur einmal erfolgen und das Rezept darf dem Patienten nur im Rahmen einer persönlichen Konsultation ausgehändigt werden. Die Verschreibung ist neben dem Buchstaben „S“ zusätzlich

mit dem Buchstaben „Z“ zu kennzeichnen. Diese Regelung bedeutet nicht nur für die Patienten eine Erleichterung sondern auch für die Ärzte, die ihre Sprechzeiten für die Suchterkrankten dadurch etwas flexibler gestalten können.

- Erlaubnis der „Take Home“-Verschreibung in der bis zu 30 Tage benötigten Menge in begründeten Einzelfällen (§ 5 Abs. 9 BtMVV). Bislang war dies nur bei Auslandsaufenthalten des Patienten möglich. Es muss sich allerdings um einen begründeten Einzelfall handeln, und es muss ein medizinischer Sachverhalt vorliegen, der im Rahmen von Absatz 12 Satz 1 Nr. 3 von ÄK festzustellen ist. Es können auch andere wichtige Gründe angeführt werden, wie z. B. die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder eine Erwerbstätigkeit, die eine solche Verschreibung rechtfertigt (z. B. Auslandstätigkeiten, Schichtdienst). Der Patient hat dies glaubhaft nachzuweisen, und der Arzt muss dies dokumentieren. Die Verschreibung ist zusätzlich zum Buchstaben „S“ mit Buchstaben „T“ zu kennzeichnen. Die gesamte Regelung hat das Ziel, dem Patienten die Teilhabe am Arbeits- und Sozialleben zu ermöglichen.
- Ausweitung der Konsiliaris-Regelung (§ 5 Abs. 4 BtMVV): Für einen suchtmedinisch nicht qualifizierten Arzt ist jetzt die Behandlung von bis zu 10 Patienten (früher 3 Patienten) möglich. Allerdings muss der Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal einem suchtmedinisch qualifizierten Arzt vorgestellt werden. Ziel ist hier vor allem die Schaffung von mehr Substitutionsplätzen und einer besseren Versorgung im ländlichen Bereich.
- Ausweitung der Einrichtungen, die das Substitut verabreichen dürfen. Nun ist auch die Vergabe von Substitutionsmitteln z. B. in Pflegeeinrichtungen oder Gesundheitsämtern möglich.

Aus der Diskussion

Es werden dem Arzt bei der Genehmigung 50 Patientinnen und Patienten „gestattet“. Dies hängt vermutlich mit der Sicherung der Qualität zusammen. Es gibt aber Ärzte, die zusätzlich noch privat substituieren. Haben Sie hierüber einen Überblick?

Erne: Die KV hat nur einen Überblick über die 50 genehmigten und gemeldeten Patientinnen und Patienten. Sofern der Patient ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung wünscht, so sollte er dies schriftlich bestätigen. Bedenken, dass dadurch die Qualität der Behandlung gemindert werden könnte, bestehen nicht, da die Ärzte natürlich weiterhin den ärztlichen Richtlinien folgen müssen.

Es ist zu beachten, dass gesetzlich versicherte Patienten mit einer entsprechenden Indikation grundsätzlich einen Anspruch auf Behandlung zu Lasten der GKV haben. Werden diese auf Wunsch des Arztes privat behandelt und abgerechnet, verstößt dies gegen Kassenarzt-Recht. Solche Fälle sind aber eher selten und sollten der Ärztekammer gemeldet werden.

Ist an Sie schon mal die Anfrage herangetragen worden, ob ein Arzt sich von einer Apotheke einen Methadonvergabe-Automaten in die Praxis stellen darf und die Apotheke übernimmt die Miete? Ich frage dies im Hinblick auf das Antikorruptionsgesetz.

Erne: Nein, eine solche Anfrage wurde noch nicht an uns gestellt.

Innerhalb der Apothekerschaft und auch unter den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern scheint hier Uneinigkeit zu herrschen. Das hat aber nichts mit der neuen Gesetzeslage der BtMVV zu tun.

Eine eindeutige Aussage bzgl. des Antikorruptionsgesetzes kann nicht getroffen werden.

Ich beobachte häufig, dass Ärzte zwar zu Lasten der GKV substituieren, dass Benzodiazepine und Ähnliches dann aber privat verordnet werden.

Erne: Ja, auch wir stellen das häufiger fest, nicht nur im Rahmen der Substitutionstherapie.

Wenn der Patient eine Indikation hat, dann steht dem Patienten auch eine Behandlung zu Lasten der GKV zu. Sollte der Ärztekammer ein solcher Fall bekannt werden, wird der betreffende Arzt eingeladen und dazu beraten. Häufig betrifft dies Ärzte, die Patienten übernommen haben und sich unsicher sind, wie Benzodiazepine überhaupt abgesetzt werden können. Auch hier hilft die Kammer intensiv mit Beratung und Unterstützung durch Experten.

Wenn der Patient auf eine private Abrechnung besteht, so ist der Arzt verpflichtet eine ordentliche Rechnung nach GOÄ auszustellen. Nur bei besonderer Bedürftigkeit kann eine Reduktion der Gebühr gestattet werden. In der Regel sind diese ordentlich gestellten Rechnungen aber so hoch, dass die Patienten sich dies nicht leisten können. Wenn nicht nach GOÄ abgerechnet wird, handelt es sich um eine Straftat. Verdachtsfälle sollten also unbedingt der zuständigen Kammer gemeldet werden, die weitere Schritte, eine Überprüfung und eine Beratung veranlassen kann.

Wie lang behält man die Zulassung für 50 Patienten? In unserem Kreis sind 50 Substitutionsplätze genehmigt, aber viele Ärzte nehmen nur 10 Patienten, obwohl sie 50 behandeln dürften. Andere Ärzte würden auch mehr als 50 behandeln, erhalten aber keine Genehmigung für zusätzliche Plätze.

Erne: Die Zulassung für die Substitution von bis zu 50 Patienten erfolgt grundsätzlich unbefristet. Bei Anträgen auf Genehmigung der Substitution von mehr als 50 Patienten wird überprüft, wie der Bedarf ist und wie viele Plätze zur Verfügung stehen. Diesbezüglich wird eine Anfrage an die Kreisstelle gestellt, die eine Bedarfsanalyse erstellt und eine Stellungnahme abgibt. Anschließend erfolgt eine Einschätzung sowie eine Stattgabe oder gegebenenfalls eine Ablehnung seitens der Qualitätssicherungskommission. Die Qualitätssicherungskommission ist hierbei nicht an die Empfehlung der entsprechenden Kreisstelle gebunden. Sollten genehmigte Plätze tatsächlich auf Wunsch der Ärzte nicht vergeben werden, wird dies dokumentiert. Eine entsprechende Genehmigung erfolgt in der Regel befristet auf 2 Jahre. Nach Ablauf dieses Zeitraumes erfolgt eine erneute Überprüfung des Bedarfs.

Wie erfahren Ärzte eigentlich über all diese rechtlichen Vorgaben? Insbesondere im Hinblick auf Ärztehopping oder Urlaubsvertretungen stelle ich hier fehlendes Wissen fest, so dass auch Ärzte ohne suchtmittelmedizinische Qualifikation Substitutionsmittel im Vertretungsfall verordnen.

Erne: Ich habe ehrlich gesagt eher das Gegenteil erlebt. Die Ärzte sind gut informiert und lehnen teilweise aufgrund des hohen Aufwands die Verordnung ab. In der Regel organisieren die substituierenden Ärzte die Urlaubsvertretung gut.

Die Ärztekammer versucht über Rundschreiben ihre Mitglieder zu informieren. Einzelfälle sind natürlich nie auszuschließen, aber solche sollten unbedingt an die Kammer gemeldet werden, diese hat eine Beratungskommission und ist der richtige Ansprechpartner. Die KV hat nur eine Übersicht über gemeldete und genehmigte substituierende Ärzte.

Substitutionstherapie: Die aktuelle Versorgung aus apothekerlicher Sicht

Robin Ghosh

Der Referent betreut als Apotheker in seiner Apotheke einen Teil der Krefelder Substitutionspatienten. Er beschreibt die Perspektive der Substitutionsversorgung aus apothekerlicher Sicht und schildert den Apothekenalltag mit seinen bürokratischen Anforderungen, ebenso wie die intensive Zusammenarbeit mit den Substitutionsärzten. Gerade eine gute Zusammenarbeit ist dabei die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Substitutionsversorgung, die „über die Apotheke hinausgeht“.

Die Tätigkeit in der Substitution ist deutlich komplexer als es möglicherweise von außen wahrgenommen wird. So wie es für die Arztpraxen deutlich komplexer ist, Substituierte zu betreuen als Patienten ohne Suchterkrankungen, so gilt diese Komplexität auch für die Arzneimittelversorgung. In Krefeld besteht in der Substitutionsversorgung eine Spezialisierung der Apotheken. Drei von 58 Apotheken in Krefeld sind in der Substitutionsversorgung für die Versorgung von zirka 600 Substitutionspatienten tätig. Warum dies trotzdem funktioniert und warum eine Spezialisierung der Apotheken Sinn macht, zeigt sich an verschiedenen Dingen.

In Krefeld substituieren 18 Ärztinnen und Ärzte aktiv. Zehn von ihnen sind in Doppelpraxen tätig. Ein Arzt wird konsiliarisch betreut.

Nicht jede substituierende Arztpraxis substituiert nach den gleichen Verfahren. Innerhalb der Substitutionspraxen zeigen sich unterschiedliche Besonderheiten. In Krefeld arbeitet bspw. eine Apotheke mit einer Praxis zusammen, die grundsätzlich keine Methadon-Patienten versorgt. Als flüssiges Substitut werden ein Levomethadon-Präparat oder feste Arzneiformen eingesetzt. Würde ein Methadon-Patient in die dort versorgende Apotheke gehen, so könnte er nicht so schnell beliefert werden. Dieser Umstand zeigt, dass eine Harmonisierung zwischen den Arztpraxen und den versorgenden Apotheken vorteilhaft und mitunter erforderlich ist.

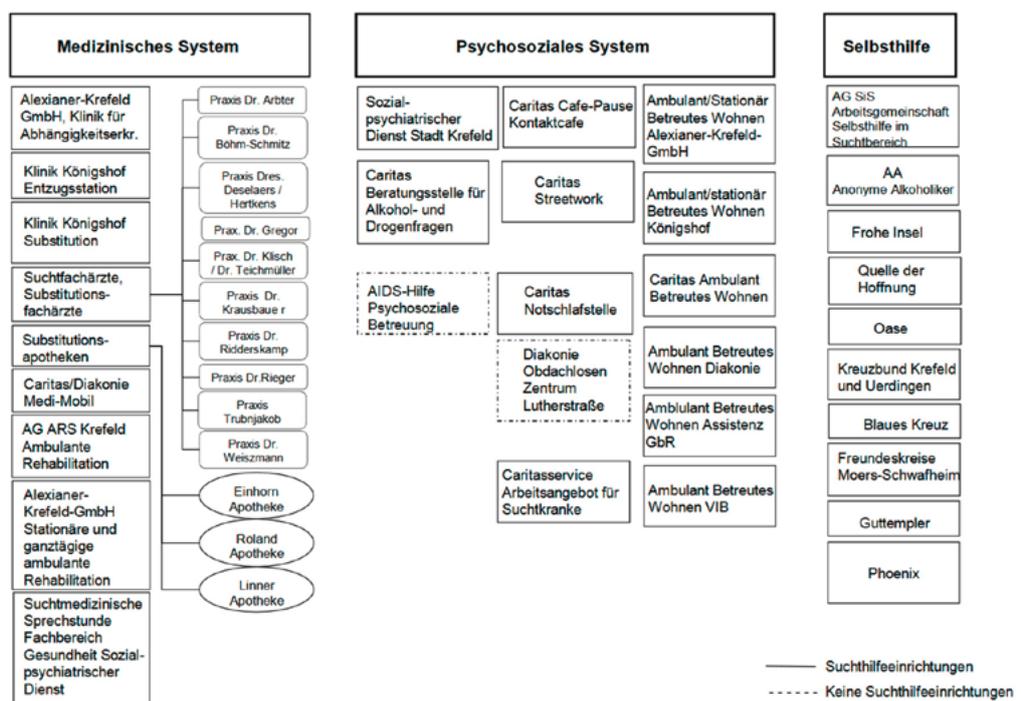
Unterschiede tun sich auch zwischen den substituierenden Apotheken auf. Wie oben bereits erwähnt, gibt nicht jede Apotheke Methadon ab. Nicht jede substituierende Apotheke einzeln in der Hilfstaxe nicht angelegte Substitute, wie Methadon oder Substitol, aus.

Neben der sehr anspruchsvollen Prüfung und Herstellung der Substitute ist auch die Abrechnung und Belieferung nicht einfach. Die Vorgänge sind nicht mit denen eines Diabetes-Rezeptes oder Pantoprazol-Rezeptes vergleichbar. Es gilt technische Hürden zu überwinden, Hürden, die innerhalb der Gültigkeitsdauer eines BtM-Rezeptes eigentlich gar nicht überwunden werden könnten, wenn man erstmalig ein solches Rezept beliefert und die entsprechende Infrastruktur in der Apotheke noch nicht vorhanden ist.

Suchthilfekonzeption Krefeld

In Krefeld besteht auf kommunaler Ebene eine Suchthilfekonzeption. Diese wird von der Arbeitsgruppe Sucht der kommunalen Gesundheitskonferenz erstellt. Das letzte Suchthilfekonzept der Stadt Krefeld, das entwickelt wurde, ist aus dem Jahr 2012¹. Dieses Suchthilfekonzept basiert auf 3 Säulen: auf dem medizinischen System, dem psychosozialen System und den Selbsthilfegruppen.

Abb. 1: Das gültige Suchthilfekonzept der Stadt Krefeld beruht auf drei Säulen: dem medizinischen System, dem psychosozialen System und der Selbsthilfe.



¹ Kommunale Gesundheitskonferenz Krefeld-Arbeitsgruppe Sucht: die Suchthilfekonzeption 2012 für die Stadt Krefeld, unter: [https://www.krefeld.de/C1257CBD001F275F/files/shk-2012-b.pdf/\\$file/shk-2012-b.pdf?OpenElement](https://www.krefeld.de/C1257CBD001F275F/files/shk-2012-b.pdf/$file/shk-2012-b.pdf?OpenElement) (Abruf: 29.01.2019).

In der Abbildung 1 sind die beteiligten Instanzen und Akteure aufgeführt. Insgesamt 45 Institutionen beteiligen sich am Suchthilfesystem Krefeld. Die Abbildung ist allerdings nicht mehr ganz aktuell, da mittlerweile vor allem bei den Arztpraxen ein Austausch stattgefunden hat. Trotzdem bietet das Suchthilfekzept bei einem Informationsbedarf immer noch genügend Ansprechpartner.

Das medizinische System kann in 3 Subsysteme gegliedert werden: die versorgenden Kliniken, Arztpraxen und die Apotheken.

Unter dem psychosozialen System sind sehr viele Beratungsstellen aufgeführt. Einrichtungen zum betreuten Wohnen und die AIDS-Hilfe sind hier als Beispiele zu nennen. Die AIDS-Hilfe leistet neben der psychosozialen Beratung auch einen medizinischen Beitrag zur Infektionsprophylaxe und zur Aufklärung der betroffenen Kreise.

Als dritte Säule sind die Selbsthilfegruppen im Suchthilfekzept integriert. Sie bieten einen ersten persönlichen Ansprechpartner, um sich bei Bedarf weiter informieren zu können. Abgesehen von der Substitution stehen diese Einrichtungen mitunter auch für andere Suchthilferkrankungen zur Verfügung.

Der Substitutionsarbeitskreis

In Krefeld gibt es den Substitutionsarbeitskreis. Die Teilnehmer sind hauptsächlich Vertreter aus medizinischen und psychosozialen Einrichtungen in Krefeld. Dazu zählen unter anderem die substituierenden Praxen und alle Substitutionsapotheken. Die Stellen, die psychosoziale Betreuung leisten, und die Suchtkliniken sind auch dabei, und nicht zu vergessen die AIDS-Hilfe. Auch der mit der BtM-Überwachung beauftragte Amtsapotheker ist anwesend.

Die Einladungen für diese Treffen gehen von der Caritas und deren Beratungsstellen für Alkohol- und Drogensüchtige in Krefeld aus. Dort finden diese viermal im Jahr angesetzten Treffen statt. Nicht immer können alle Vertreter der Apotheken mit ihren langen Öffnungszeiten teilnehmen. Das ein oder andere Mal kommt es zu zeitlichen Überschneidungen. Aber meist kann jede in der Substitution engagierte Apotheke die Teilnahme an der Sitzung zweimal im Jahr realisieren.

Häufigster Tagesordnungspunkt im Substitutionsarbeitskreis ist der Austausch über „Aktuelles zur Substitutionsbehandlung“. Unter allen Beteiligten am Tisch werden Neuigkeiten vermittelt oder nach Problemen oder Auffälligkeiten gefragt. So besteht für alle Akteure am Tisch die Möglichkeit zu berichten. Die Teilnahme ist nicht verpflichtend, und die gefassten Beschlüsse haben ebenfalls keinen verpflichtenden Charakter. Die Sitzungen sollen die Beteiligten aber motivieren und dazu führen, dass die Beschlüsse in der Praxis umgesetzt werden.

Die getroffenen Übereinkommen stellen einen Konsens derjenigen Beteiligten dar, die teilnehmen und qualitativ hochwertige Substitution gewährleisten wollen. In einem so komplexen Versorgungssystem kann Qualität nicht von einem Einzelnen, z. B. von einer einzelnen Apotheke, realisiert werden.

Der Substitutionsarbeitskreis hat bisher natürlich auch in akuten, sehr dringenden Fällen die Möglichkeit zur Problemlösung geboten. In einem Fall hat eine Substitutionsärztin eine

Doppelpraxis verlassen, mit der Konsequenz, dass nach zwei Wochen 30 Substituierte ohne Substitutionsversorgung „auf der Straße“ gestanden hätten. Im Arbeitskreis wurde geregelt, welche Arztpraxen die Patienten aufnehmen konnten.

Auch Vorträge und Diskussionen zu substitutionsverwandten Themen finden statt. Viele Themen aus der Infektiologie bieten sich an. Aktuell wird Hepatitis C thematisiert. Es wird an dieser Stelle behandelt, wer therapiert, wie die Therapie im Genauen aussieht und in welcher Höhe sich die Kosten bewegen.

Neben Hepatitis C wurde in gleicher Weise auch die Tuberkulose behandelt. Eine beteiligte Person aus der Klinik berichtete hierzu. Das Thema HIV ist durch die AIDS-Hilfe allgegenwärtig und wird in regelmäßigen Abständen immer wieder besprochen

Rechtliche Themen, wie jetzt aktuell die rechtlichen Änderungen in der BtMVV, werden ebenfalls behandelt. Da nicht jeder in seiner beruflichen Profession ein Rechtsexperte ist, sind auch Vorträge zu diesen Themen hilfreich.

Als es die Regularien für die Bezeichnung der Therapieform noch nicht gab, waren vereinzelte Take Home-Rezepte in Krefeld auch mal mit „TH“ gekennzeichnet. Verpflichtend niedergelegt war die genaue Bezeichnung früher nicht. Mittlerweile muss für die Bezeichnung eines Take Home Rezeptes ein „T“ mit angegeben werden. Wenn dies nicht eingehalten wird, können die Krankenkassen retaxieren.

Es sind viele technische Details und sehr viele formale Kriterien zu beachten. Der Arbeitskreis bietet an dieser Stelle immer eine sehr gute Möglichkeit, über diese Veränderungen zu berichten.

In der Vergangenheit wurde ein Kooperationsvertrag in Krefeld entwickelt. Er gilt noch heute. Er besteht zwischen dem substituierenden Arzt, der PSB-Stelle und dem Substitutionspatienten und stellt eine schriftliche Einigung dar. Darin sind unter anderem die Gesprächsfrequenz mit der PSB-Stelle und Ziele der Therapie niedergelegt. Darüberhinaus finden sich im Vertrag Voraussetzungen für ein Take Home oder die Gründe für den Abbruch einer Substitutionstherapie. Auf diese Weise werden dem Substitutionspatienten die Konsequenzen seines Handelns klar aufgezeichnet.

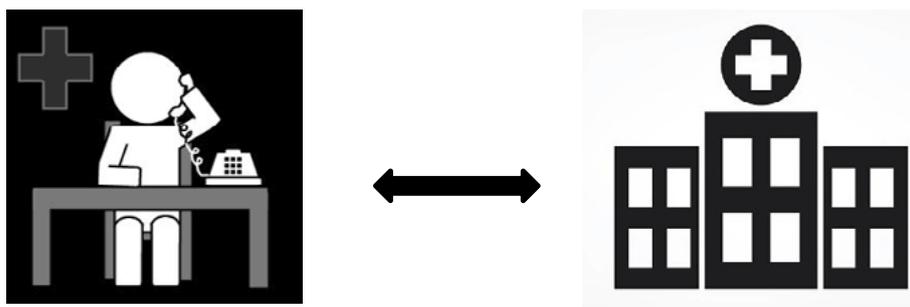
Dies wäre beispielsweise bei einem Verkauf des Substituts durch den Substituierten der Fall. Der Substitutionspatient weiß durch den Kooperationsvertrag, dass ihm damit ein Abbruch oder eine Abdosierung der Substitution droht. Er wird nicht mit einer Sanktion konfrontiert, die er nicht kannte.

Die Zusammenarbeit zwischen der PSB-Stelle und dem behandelnden Arzt erfordert eine Schweigepflichtentbindung im Vertrag, die der Patient unterschreibt. Die dabei erforderliche Zustimmung bereitet in der Regel keine Schwierigkeiten

Verbesserung der Schnittstelle zwischen den Substitutionsärzten und den Entzugskliniken

Weitere konkrete Problemlösungsstrategien, die im Zirkel getroffen wurden, betrafen den Beikonsum. Insbesondere die Einnahme weiterer psychotroper Substanzen war ein Problem. Die Ärzte bestanden auf einer Entwöhnung der Patienten in stationären Einrichtungen. In Krefeld bieten zwei Kliniken eine solche Entgiftung an.

Abb. 2: Im Substitutionsarbeitskreis werden zwischen den Ärzten und den Kliniken Vereinbarungen getroffen.



Im Arbeitskreis war aufgefallen, dass die Entgiftung in der Regel nicht funktionierte. Viele Patienten waren nach auffällig kurzer Zeit wieder aus der Entgiftungsklinik entlassen. Die substituierenden Ärzte wunderten sich über die Schnelligkeit des Entzugs. Zudem zeigten viele Patienten auch nach der Rückkehr aus der Klinik einen Beigebrauch.

Ein Austausch zwischen Substitutionsärzten und Entzugsklinik bestand zuvor nicht. Erst im Substitutionsarbeitskreis wurde diese Thematik angesprochen und die Probleme erkannt. Die frustrierende Position der beteiligten Entzugskliniken wurde deutlich. Die zur Aufnahme geplanten Patienten hatten häufig viele Komorbiditäten, einige von ihnen auch eine HIV-Infektion. Die Entzugsklinik bestellte die erforderlichen, mitunter sehr teuren Medikamente. Da die Substitutionspatienten nach wenigen Tagen die Klinik verließen und von den niedergelassenen Ärzten weiter substituiert wurden, blieben die Kliniken auf den teuren Medikamenten sitzen.

Die niedergelassenen Ärzte wussten nichts davon, dass die Substituierten sehr häufig die Therapie in der Klinik abbrechen oder gar nicht erst antraten. An dieser Stelle bestand Handlungsbedarf und man einigte sich auf eine spezielle Absprache. Dazu wurde eine Schnittstelle eingerichtet, die solche Absprachen ermöglicht.

In der Folgeveranstaltung wurden die grundlegenden Regularien in einem Protokoll festgelegt. Die niedergelassenen Ärzte legten Regeln für den Entzug fest. Wesentlich war die Meldung von Patienten, die den Entzug abbrechen oder den Entzug nicht wahrnehmen. Die in der Praxis arbeitenden Ärzte wussten vorher nicht zwingend, was in den Entzugskliniken passiert. Inzwischen besteht die Möglichkeit, mit dem Patienten den Verlauf der Entzugsbehandlung im Vorfeld zu besprechen. Der behandelnde Arzt kann dem Patienten Konsequenzen aufzeigen, wenn dieser zum Beispiel den Entzug nach wenigen Tagen abbricht. Darüberhinaus wurde die Übereinkunft getroffen, dass zukünftig freie Plätze in den Kliniken an die Praxen gemeldet werden.

Standards in der psychosozialen Beratung werden schriftlich formuliert. Die Inhalte der Standards werden im Rahmen des Substitutionsarbeitskreises besprochen. Meistens sind es sehr praktische Dinge, und es wird daran gearbeitet, wie man Probleme gemeinschaftlich lösen kann.

Lösungsstrategien zur Eindämmung des Beikonsums

Im Substitutionsarbeitskreis wurde neben der Optimierung der Behandlung des Beikonsums auch die Ursache des hohen Beikonsums zum Thema. Mit dieser Thematik waren die Krefelder Apotheken intensiv konfrontiert worden. Denn in Krefeld bestand ein auffällig hoher Beigebrauch an Benzodiazepinen, starken Analgetika und psychotropen Substanzen. Auch Pregabalin wurde zu einem enormen Problem.

Die entscheidende Frage war, woher kommen die Arzneimittel des Beikonsums. Es wurden unterschiedliche Quellen diskutiert, z. B. auch der Schwarzmarkt. Aus der Apothekerschaft kam der Hinweis, dass andere, nicht substituierende Ärzte häufig Benzodiazepine auf Privatrezepten verschreiben. Den Apotheken war aufgefallen, dass viele Benzodiazepine den gesetzlich Krankenversicherten auf Privatrezept verschrieben wurden. So wurden als Quelle des kursierenden Diazepam in Krefeld die Privatrezepte identifiziert, die von Ärzten ausgestellt und somit nicht gefälscht waren. Offensichtlich lassen sich einige Praxen dazu überreden, ein solches Rezept auszustellen, möglicherweise ohne die Kenntnis darüber, dass Diazepam einen beträchtlichen Schwarzmarktwert hat.

Abb. 3: Ordnungsgemäß ausgestellte Privatrezepte über Benzodiazepine sind oft die Quelle eines schwunghaften Handels mit diesen Arzneimitteln.

Das Diagramm zeigt die Struktur eines Privatrezeptes mit folgenden Feldern:

- Oben links:** Name, Vorname des Versicherten; geb. am
- Oben rechts:** Datum; Apotheken-Nummer / IK
- Mitte links:** Versicherungsnummer; Personennummer
- Mitte rechts:** Gesamt-Brutto; Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.; Faktor; Taxe
- Unten links:** Unfall; Karte gültig bis; Datum
- Unten:** Rp.; eut idem (drei Mal); Stempel / Unterschrift des Arztes

Leitfaden für die Apotheke bei Verdacht eines Missbrauchs

Der Apotheke kommt in der Eindämmung des Beigebrauchs eine wesentliche Bedeutung zu. Um den massiven Substanzströmen entgegen zu wirken, wurde ein Leitfaden für Apotheken entwickelt, den es einzuhalten gilt, sobald ein Verdacht auf missbräuchlichen Gebrauch oder missbräuchlicher Verschreibung besteht.

Der Leitfaden besteht aus insgesamt zwei Seiten. Die Praxis hat gezeigt, dass diese zwei Seiten ausreichen, um die Apotheken aufzuklären und Handlungsoptionen aufzuzeigen. Auf der ersten Seite der Leitlinie werden die in der Apotheke üblicherweise abgegebenen Arzneistoffe mit Missbrauchspotential genannt: Opiate, Opioide, starke Analgetika und Benzodiazepine. Im Weiteren werden Hinweise gegeben, wann es sich möglicherweise um einen Arzneimittel-Missbrauch handelt. Die Verordnung auf Privatrezepten für GKV-Versicherte wäre ein möglicher Anhaltspunkt, ein Umstand, der sich sehr häufig in Apotheken findet. Denn gerade diese Substanzen werden sehr häufig auf Privatrezepten verordnet. Weitere Indizien für einen möglichen Missbrauch sind ebenfalls dort aufgeführt: Verordnungen von mehreren Ärzten oder sehr hohe Verordnungsmengen.

Sinnvoll ist die Sammlung der Rezepte, wenn sich diese häufen. Wenn eine Praxis besonders auffällt, dann muss diese Praxis auf die Risiken hingewiesen werden. Der Leitfaden zeigt für diese Situationen ein klar strukturiertes Vorgehen auf. In geschriebener Form ist hier definiert: „bei vorgegebenem Verdacht auf Missbrauch ist die Abgabe zu verweigern.“ In diesen Fällen sollte der Arzt telefonisch kontaktiert und darauf hingewiesen werden, dass ein Missbrauch vorliegen könnte. Wenn der Arzt nicht telefonisch erreicht werden kann, sollte ein Fax geschickt werden. Eine Fax-Vorlage zur schriftlichen Mitteilung an die Praxis ist ebenfalls Teil dieser Leitlinie. Bei bestehenden Bedenken sollte die Ärztekammer informiert werden und eine geschwärzte Rezeptkopie zugesendet bekommen.

Abb. 4: Faxvorlage zur Übermittlung von Risikoverordnungen, die eine Rücksprache mit dem verordnenden Arzt erfordern.

Verordnung psychotroper Medikamente bei Drogenabhängigen/Substitutionspatienten

Allerdings kommt es in der Praxis zu einem Missbrauch gemacht wird. Wenn ein solches Fax verschickt wird, zeigt es immer Wirkung und es kann mit einem sehr schnellen Rückruf aus der Praxis gerechnet werden. Es folgt oft ein Eingeständnis, dass eine angemessene Indikation hier nicht vorliegt.

Sehr geehrter Herr/Frau Dr. _____,
 uns ist vom Patienten _____,
 heute am _____ eine Verordnung über _____
 vorgelegt worden.

Natürlich darf auch nicht vergessen werden, dass substituierte Patienten diese Substanzgruppen vom Psychiater verschrieben bekommen. Allerdings werden sie dann nicht auf Privatrezepten verordnet.

Drogenabhängigen handelt, haben wir hinsichtlich der Abgabe des verordneten Arzneimittels erhebliche Bedenken.

Bei Verdacht eines Missbrauchs wird der eben beschriebene Maßnahmenkatalog umgesetzt. Die Bemühungen zielen darauf ab, den Markt einzudämmen. In Krefeld zeigten sie Erfolg. In anderen kommunalen Kreisen wird es ähnlich gehandhabt.

Unsere Bedenken entsprechen den Empfehlungen des Arbeitskreises Substitution der Stadt Krefeld zur Verschreibung psychotroper Medikamente an drogenabhängige Patienten.

Bitte falls Sie nicht schnellstmöglich zurück kommen, mit uns gemeinsam über das weitere Vorgehen sprechen können.
 Sollte ein kurzfristiger Rückruf aufgrund Ihrer Sprechstunde nicht möglich sein, so senden Sie bitte das Fax umgehend ausgefüllt zurück.

Rückruf um _____ Uhr

Ich bestehe auf eine Abgabe des von mir verordneten Arzneimittels
 Begründung:

Weitere behandelte Themen des Substitutionsarbeitskreises waren unter anderem die Vorstellung der Substitute und die Thematik der Fahrerlaubnis unter Substitution. Dazu referierte ein Verkehrsmediziner.

Spezialisierung substituierender Apotheken

Die Apotheken haben einen breit gefassten Versorgungsauftrag. In der Theorie sollte jede Apotheke alles können. In Krefeld versorgen aber nur 3 von 58 Apotheken die Krefelder Substitutionspatienten. Es stellt sich die Frage, ob die Substitutionsversorgung besser wäre, wenn sich mehr Apotheken beteiligen würden.

Es muss aber Folgendes berücksichtigt werden: die Substitutionsversorgung erfolgt im üblichen Apothekenalltag und ist so komplex, dass man sich jeden Tag damit beschäftigen muss, um die notwendige Routine zu entwickeln. Es braucht eine gute Abstimmung mit den Praxen, mit denen man zusammen arbeitet, und auch mit den Patienten. Sehr kurzfristige Änderungen in der Dosierung und dem Therapieschema kommen nicht selten vor. Der eine Patient wird „aufdosiert“, der andere Patient „abdosiert“, wiederum ein anderer bekommt sehr kurzfristig ein „Take Home für 3 Tage“. Hinzu kommt, dass eine zeitnahe und qualitätsgesicherte Herstellung der Substitutionsmittel sowie die Einhaltung der komplizierten rechtlichen Rahmenbedingungen gewährleistet werden muss. Für das schnelle Bereitstellen von Take Home oder für eine planbare Herstellung ist es sinnvoll, zu wissen, welcher Patient zu welchem Zeitpunkt in der Apotheke vorbeikommt. Weiterhin gilt es die unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten zu berücksichtigen. Bei einer Apotheke, die sich sehr selten oder kaum mit diesen Themen auseinandersetzt, wird dieses Kenntnis wahrscheinlich nicht vorhanden sein. Eine zügige, sehr hochwertige Versorgung von Substituierten ist deswegen nur durch spezialisierte Apotheken möglich. Diese Position wird in Krefeld von den drei in die Substitutionstherapie eingebundenen Apotheken vertreten.

Besonderheiten in der Abrechnung von Substitutionsrezepten

Bei der Taxierung gibt es vieles zu beachten. Bei flüssigen Substituten und bei Buprenorphin kann über die Hilfstaxe abgerechnet werden. Die Hilfstaxe hat eine Sonder-Pharmazentralnummer, die für diese Arzneimittel vergeben wird. Es gibt darüberhinaus noch Ausnahmen und besondere Abrechnungsmodalitäten. Dies betrifft diejenigen Substitute, die nicht von der Hilfstaxe erfasst sind. Hier muss ggf. mit jedem Kostenträger einzeln verhandelt werden.

Abb. 5: Beispielhafte Hilfstaxe; abgebildet sind die Preise für Methadon-Lösungen; bei einer Verordnung über mehrere Tage muss der Preis mit der Anzahl an Tagen multipliziert werden.

Einzel-dosis in mg	Nettoabgabepreis pro Einzel-dosis ohne MwSt. in €
Von 1 bis 10	2,08
Von 11 bis 20	2,11
Von 21 bis 30	2,14
Von 31 bis 40	2,17
Von 41 bis 50	2,19
Von 51 bis 60	2,22
Von 61 bis 70	2,25
Von 71 bis 80	2,27
Von 81 bis 90	2,30
Von 91 bis 100	2,34
Von 101 bis 110	2,37
Von 111 bis 120	2,39
Von 121 bis 130	2,42
Von 131 bis 140	2,45
Von 141 bis 150	2,48
Von 151 bis 160	2,85
Von 161 bis 170	2,88
Von 171 bis 180	2,91
Von 181 bis 190	2,93
Von 191 bis 200	2,95

Wenn bspw. ein Patient aus einer anderen Stadt die Apotheke aufsucht, wird zunächst der Arzt angerufen, um zu klären, ob die Person dort behandelt wird. Grundsätzlich muss die Apotheke bei einem Take Home-Rezept eines nicht in der Apotheke bekannten Patienten etwas misstrauisch sein. Kann der bestätigen, dass ihm die Person bekannt ist, erfolgt eine Belieferung unverzüglich, wenn das Rezept ordentlich ausgefüllt ist und alle formalen Kriterien erfüllt. Anschließend ist allerdings noch die Krankenkasse zu kontaktieren, um die Abrechnung sicherzustellen. Nach Rücksprache mit der Krankenkasse erlaubt diese die Abrechnung des Medikaments ohne Hilfstaxe. Allerdings ist die Generierung eines „Hash Codes“ erforderlich. Um einen „Hash Code“ entwickeln zu können, ist ein Modul in der Software erforderlich. Das Modul muss beim eigenen Softwareentwickler eingekauft werden. Erst nach Generierung des Hash -Codes kann die Taxierung erfolgen. Der Preis wurde vorher ausgehandelt. Dies heißt, dass dem Rezept ein „nach Rücksprache mit....“ hinzugefügt wird. Erst nach Erfüllung dieser ganzen Anforderungen, kann das Rezept beliefert und das belieferte Arzneimittel taxiert werden. In Krefeld kann die Generierung eines Hash Codes nur eine Apotheke. Daher sind Rezepte, die nicht anhand der Hilfstaxe taxiert werden können, belieferbar, wenn ein hoher technischer Aufwand im Vorfeld durchgeführt wird und die entsprechenden Absprachen mit den Kassen vorhanden sind. Dies ist in Krefeld derzeit nur in einer Apotheke möglich.

Es wird deutlich, dass ein Substitutionsrezept auch in der Abrechnung komplizierter als ein Diabetes- oder Pantoprazol-Rezept ist. Es kann ohne Vorbereitung nicht zeitnah beliefert werden.

Änderungen im Alltag durch die neue BtMVV

Was hat sich durch die neue BtMVV geändert? Aus der Perspektive eines Substitutionsapothekers in Krefeld hat sich eigentlich wenig verändert. Die von allen Personen gefürchteten Mischrezepte kamen bis jetzt nur selten vor. Die Mischrezepte sind problematisch, wenn zwei verschiedene Anweisungen abgebildet sind. Beispielsweise kam es in einem Fall dazu, dass eine Patientin ihr Mischrezept mit der Take Home-Anordnung in einer Apotheke abgegeben hat, die nicht die Versorgung des Sichtbezugs organisiert hatte. Um zu fragen, ob der Sichtbezug nun auch von der Apotheke beliefert werden soll, wurde der Arzt angerufen. Die Praxis teilte mit, dass die Patientin die Apotheke aufsuchen soll, die den Sichtbezug organisiert. Die Enttäuschung der Patientin war offenkundig, denn sie musste nun zur Apotheke, die zusammen mit der Arztpraxis den Sichtbezug organisiert. Die ausgesuchte Apotheke konnte nicht beliefern. Aber solche Situationen kommen nur selten vor.

Mit der neuen BtMVV wurde es möglich, den Patienten die BtM-Rezepte zur Einlösung in der Apotheke mitzugeben, vorher musste immer das Personal der Arztpraxis die Apotheke dafür aufsuchen. Die Arztpraxen in Krefeld geben den Patienten das Rezept aber nicht so gerne persönlich in die Hand. Sie sehen mit dieser Möglichkeit auch keine deutliche Erleichterung. Im Alltag werden Substitutionsrezepte immer noch von der Praxis direkt in die Apotheke gegeben. Beschwerden seitens der Patienten gibt es diesbezüglich nicht. Im Gegenteil: es wird mehr als ein Service empfunden. Natürlich ist einzuwenden, dass diese Art der Rezepteinlösung nicht gerade die Selbstständigkeit der Substitutionspatienten fördert. Sie garantiert allerdings eine problemlose, lückenlose und zeitnahe Versorgung des Patienten. Wenn von der Ausstellung des Rezeptes bis zur patientenindividuellen Herstellung die Schritte bis ins Kleinste mit der Arztpraxis harmonisiert sind, was spricht dagegen, die Versorgung der Substitute bei den spezialisierten Apotheken zu belassen?

Etwas, das tatsächlich im Alltag zugenommen hat, ist die Anzahl der Z-Rezepte. Von dieser Möglichkeit machen die in Krefeld arbeitenden Ärzte nun deutlich mehr Gebrauch. Auch die Zunahme von Take Home Rezepten für Urlaube in näheren Regionen fällt auf. Die Urlaubsgestaltung unter Substitutionstherapie war auch damals schon ein häufiges Thema. Die Substituierten mussten vor Änderung der BtMVV nachweisen, dass sie in ihrem Urlaub Deutschland verlassen, um eine Take Home Verschreibung zu bekommen. War der Urlaub beispielsweise im Sauerland oder an der Nordsee, so musste der Substitutionspatient sich einen dort ansässigen substituierenden Arzt suchen, der ihm wahrscheinlich keine Take Home-Verordnung gegeben hätte. So war der Substitutionspatient auch während seines Urlaubes gezwungen, täglich die ärztliche Praxis aufzusuchen. Ein richtiger Urlaub war das nicht. Deshalb gab es früher viele Patienten, die nur vorgegeben haben, in entferntere Gebiete zu reisen, um eine Take Home-Verschreibung zu bekommen.

Mit der neuen BtMVV können konsiliarisch betreuende Ärzte bis zu 10 Substitutionspatienten betreuen. Früher war dies auf eine Anzahl von 3 Personen begrenzt. In Krefeld wird diese Möglichkeit von den nichtsubstituierenden Ärzten nicht wahrgenommen. Möglicherweise liegt das

daran, dass für die Betreuung von Substitutionspatienten eine gewisse Infrastruktur notwendig ist, die aber in den nicht substituierenden Arztpraxen nicht ausreichend vorhanden ist.

Die Arbeit in der Apotheke zeigt, dass die Substitutionsversorgung am besten mit denjenigen Praxen funktioniert, die sich spezialisiert haben. Dort sind die Prozesse so eingeübt, dass die Organisation gut möglich ist und die Koordination funktioniert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass einschließlich der Apotheken die Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene in Krefeld gut funktioniert. Die Versorgung ist durch die ausreichende Anzahl substituierender Praxen noch gut. Ob die Situation jedoch in 10 Jahren so bleiben wird, lässt sich nicht so eindeutig beantworten. Da viele substituierende Ärzte bis dahin in den Ruhestand gehen, wird es auf den Nachwuchs bei den Substitutionsärzten ankommen.

Ein Wandel ist in Krefeld noch nicht absehbar. Die neue BtMVV hat zu einer leichten Zunahme an Z-Rezepten und Urlaubs Take Home-Rezepten geführt. Eine tiefgehende Veränderung der Versorgung in Krefeld hat sie nicht bewirkt. Ob die Arbeitsbedingungen für Substitutionsärzte dadurch attraktiver geworden sind, wird sich zeigen.

Aus der Diskussion

Der in Krefeld entwickelte Leitfaden bei einem Verdacht auf einen Missbrauch ist aufgrund seiner Kürze und Praktikabilität bestechend. Im Vergleich dazu ist die Leitlinie der Bundesapothekerkammer sehr viel komplexer.² Wie ist die Kürze der Krefelder Leitlinie zu erklären?

Ghosh: Auf Fließtexte wurde verzichtet. Wesentlich war für die Krefelder Apotheken die Praktikabilität der Kommunikation mit den substituierenden Ärzten. Der obere Teil der zweiten Seite besteht nur aus der Fax-Vorlage und ist relativ knapp ausgefallen.

Es gibt in NRW „Handlungsempfehlungen der Ärztekammern und Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an betäubungsmittelabhängige Patienten. Diese Handlungsempfehlungen dürfen nicht vergessen werden.³

In Bayern gibt es bezüglich der neuen Verschreibungspraxis ganz viele Schwierigkeiten. Ärzte verschreiben formal nicht korrekt. Ist das in Krefeld auch häufig der Fall? Ich habe der substituierenden Apothekerin in Bayern die Frage gestellt, warum sie nicht mit Ärzten telefoniert. Sie antwortete, dass sie den ganzen Tag mit den Ärzten telefonieren könnte.

Ghosh: Ganz wesentlich ist die gute Kommunikation mit den substituierenden Ärzten. Wenn die Kommunikation, die ja durchaus täglich mehrmals stattfinden kann und muss, nicht auf einem kollegialen Fundament steht, wird es schwierig. Wenn Formalien nicht eingehalten werden,

² Bundesapothekerkammer (2017): Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution vom 29.11.2017, unter: https://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Opiatsubstitution/LL_Herstellung_Abgabe_Substitutionsmittel.pdf. (Abruf: 31.01.2019). Bundesapothekerkammer (2018): Kommentar zur Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung Herstellung und Abgabe der Betäubungsmittel zur Opioidsubstitution, unter: https://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Leitlinien/Opiatsubstitution/LL_Herstellung_Abgabe_Substitutionsmittel_Kommentar.pdf (Abruf: 31.01.2019).

³ Ärztekammer Nordrhein (2006): Handlungsempfehlungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe in Abstimmung mit den Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zur Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen an betäubungsmittelabhängige Patienten <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2006.04.080.pdf> (Abruf: 31.01.2019).

retaxieren die Krankenkassen, was zu sehr schmerzhaften Einbußen für die Apotheken führen kann.

Laut § 12 BtMVV hat die Apotheke nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht den Arzt aufzuklären. Der Arzt kann das Rezept ändern, aber sie machen das nicht gern. Das ist über die Jahre so akzeptiert worden.

Manche Dinge lassen sich gegenüber den Kostenträgern nicht erklären. Wenn bspw. ein Substitutionspatient eine halbe Tablette täglich einnehmen soll, dies auch so rezeptiert wird, die Teilung von Tabletten aber laut Fachinformation nicht möglich ist, wird das Rezept von der Krankenkasse retaxiert.

Ist es denn tatsächlich noch so, dass aufgrund einer falschen Reihenfolge der Buchstaben immer noch retaxiert wird?

Ghosh: Ich weiß es nicht. Es ist unglücklicherweise in dieser Form in der neuen BtMVV verankert worden, mit der genau vorgeschriebenen Reihenfolge. Das ist sicherlich diskussionswürdig.

Dies ist aus Sicherheitsgründen in dieser Form in die BtMVV aufgenommen worden. Wichtig war, dass das „S“ zunächst aufgeführt wird und anschließend der weitere Buchstabe „Z“ oder „T“. Ansonsten kann man hinter dem „S“ die Angaben fälschen. Deswegen ist die genaue Reihenfolge festgelegt worden. In der Begründung der Verordnung heißt es dazu: „Mit Blick auf die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs in den zukünftig möglichen Fällen einer Aushändigung der Verschreibung zur Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch, ist es geboten, dass diese Verschreibungen eindeutig gekennzeichnet werden und dadurch mehr Fälschungsschutz bekommen. Hierzu sieht Satz 5 ferner vor, dass der Buchstabe „Z“ auf der Verschreibung nicht nur angegeben werden darf, sondern zur eindeutigen Kennzeichnung solcher Verschreibungen nach dem Buchstaben „S“ anzugeben ist. Im Übrigen versetzt diese besondere Kennzeichnung die abgebenden Apotheken in die Lage, diesen Patientinnen und Patienten besondere Aufmerksamkeit zu gewähren“.

Im Vortrag wurde intensiv auf den Substitutionsarbeitskreis eingegangen. Gibt es solche Arbeitskreise auch in anderen Kommunen?

Ghosh: Solche Arbeitskreise sollten eigentlich in allen Kommunen existieren, denn nur so lassen sich die ja tatsächlich häufig auftretenden Probleme kollegial und vor allem interprofessionell lösen. Aber mir ist nicht bekannt, ob es solche Arbeitskreise in allen Kommunen in Nordrhein-Westfalen gibt.

Diese Arbeitskreise gibt es relativ häufig auf der örtlichen Ebene. Welche Institution diese leitet, das ist sehr unterschiedlich. Teilweise werden die Arbeitskreise auch vom Gesundheitsamt geleitet und dort vom Psychiater des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Manchmal ist es auch die LVR-Klinik, die die Leitung übernimmt. Aber die Zusammensetzung ist fast immer sehr ähnlich.

Ich wollte kurz berichten. Die Variation in diesem Arbeitskreis ist bei uns tatsächlich sehr groß. Bei uns heißt er tatsächlich Arbeitskreis Drogenhilfe und wird gemeinsam moderiert von einem substituierenden Arzt und einem Sozialarbeiter. Apotheker sind, bis auf uns

Amtsapotheker, nicht dabei. Aber die niedergelassenen Apotheker hinzuzuziehen, das ist keine schlechte Idee.

Herr Ghosh, sie setzen sich für eine Spezialisierung ein. Was aber ist mit dem Argument, dass bei spezialisierten Apotheken in Notfallsituationen, in denen keine spezialisierte Apotheke verfügbar ist, die Versorgung möglicherweise nicht sichergestellt werden kann?

Ghosh: Eine solche Situation sollte eigentlich gar nicht erst passieren, wenn eine gute Zusammenarbeit besteht. Aber in einem Notdienstfall, in dem die Apotheke nicht auf die Methadonsubstitution vorbereitet ist, wird die Belieferung nicht stattfinden können. Solche Situationen kommen ja auch bei anderen Arzneimittelnachfragen, bspw. bei sehr selten nachgefragten Arzneimitteln, vor. Wenn ein solcher Notfall vorliegt und die Apotheke das Arzneimittel nicht hat und kann dies auch kurzfristig nicht beschaffen, muss ggf. der Patient die nächst mögliche Klinik aufsuchen und dort versorgt werden. Aber das sind wirklich Ausnahmefälle. Im Regelfall ist eine gute Versorgung durch eine spezialisierte Apotheke sinnvoll.

Die aktuelle Versorgung aus ärztlicher Sicht im stationären Bereich

Werner Terhaar

Wenn es um die Versorgung von Substituierten im stationären Bereich geht, müssen oftmals viele Fragen geklärt werden. Insbesondere ist zu klären, welche Konflikte haben Suchterkrankte und Substituierte in stationären Einrichtungen, aber auch, welche Konflikte hat die stationäre Einrichtung mit den Suchterkrankten. Wie soll das funktionieren, wie sieht der Alltag aus? Der Referent kommt diesen Fragen im Rahmen seines Vortrages nach. Als Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater hat er mit vielen Suchterkrankten zu tun, die stationär im Krankenhaus oder der Eingliederungshilfe untergebracht sind.

Die Behandlung suchterkrankter Menschen in stationären Einrichtungen ist eine Herausforderung für die Patienten und die Einrichtungen. Spannungsvolle Situationen und typische Konfliktmuster sind nicht allein mit der „Schwierigkeit“ einzelner Patienten zu erklären. Die Beziehung zwischen Arzt und Substitutionspatient ist mit einer gewöhnlichen Arzt-Patient-Beziehung nicht vergleichbar. Der Begriff des „Stationären“, also des „Stillstehens“, darf im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Teilhabe auch mal in Frage gestellt werden, denn einige der Suchterkrankten können nicht über längere Zeit festgehalten werden.

Die Bemühungen auf behördlicher Ebene zielen darauf ab, Prozessabläufe nach rechtlichen Vorgaben zu kontrollieren. Aber Krankheiten, wie hier die Suchterkrankung, lassen sich nicht so einfach kontrollieren. Dieser Umstand verdeutlicht das Spannungsfeld der beteiligten Akteure im Versorgungssystem der Substitution.

Droge als Medikament, Medikament als Droge?

Eine erfolgreiche Substitution kann als die Kunst betrachtet werden, aus einer Droge ein Medikament werden zu lassen. In diesem Kontext hat die Therapie für den tätigen Arzt auch einen „dramatischen“ Charakter. Je nach Bedeutungsrahmen oder Auslegung kann das Medikament

als Droge betrachtet werden oder die Droge als Medikament. Der fließende Übergang zwischen Medikament und Droge stellt Ärzte nicht nur vor rechtliche Probleme. Er macht sich auch schon in der Sprache bemerkbar.

Abb. 1: Um eine Substitutionstherapie erfolgreich durchführen zu können, steht zu Beginn oftmals zunächst ein Perspektivwechsel.



**Die Substitutionsbehandlung
der Opioidabhängigkeit ist die Kunst,
aus einer Droge ein Medikament werden zu lassen!**

Werner Teerhaar

Allein der Begriff des „Beikonsums“ verdeutlicht diese Ambivalenz. Im Rahmen der Substitutionstherapie sollte er eigentlich nicht verwendet werden. Denn der Begriff „Beikonsum“ impliziert, dass es einen bereits bestehenden „Konsum“ gibt und dass etwas zusätzlich dazu „konsumiert“ wird. Der Patient aber konsumiert im Rahmen der Substitutionstherapie nicht. Er wird aufgrund seiner Suchterkrankung mit einem Medikament behandelt. Alle Beteiligten müssen stets reflektieren, dass die Substitutionstherapie tatsächlich als medizinische Behandlung gesehen und das Substitutionsmittel als Medikament verstanden wird.

Die stationäre Einrichtung versus Autonomie des Patienten

Der Begriff der stationären Einrichtung umfasst ein weites Feld an verschiedenen Institutionen. Jedem ist das Krankenhaus als medizinische, stationäre Einrichtung geläufig. Dieses lässt sich noch gut definieren. Bei der Reha-Klinik wird es da deutlich komplexer. Daneben gibt es noch Pflegeheime, Behindertenhilfen und die Justizvollzugsanstalt sowie den Maßregelvollzug. Es wird nicht so einfach sein, die Institutionen auf bestimmte Merkmale zu reduzieren, denn viele

Parameter nehmen Einfluss auf die Zusammenarbeit zwischen den Patienten und den Professionellen, wie im späteren Abschnitt deutlich wird.

Abb. 2: Es gibt verschiedene stationäre Einrichtungen. Bei der Substitutionstherapie ergeben sich deshalb auch unterschiedliche Herausforderungen

Unterschiedliche stationäre Einrichtungen



Alexianer
ALEXIANER MÜNSTER GMBH

Krankenhäuser

- Allgemeinkrankenhäuser
- Psychiatrische Kliniken
- Psychosomatische Kliniken

Reha-Einrichtungen

Alten- und Pflegeheime

Wohngruppen

Maßregelvollzug

Justizvollzugsanstalten

u. a.

Werner Teerhaar

Ein Merkmal ist allen stationären Einrichtungen gemein: ihre Bedeutung als Lebensraum für den Patienten. Stationäre Einrichtungen stellen den privaten Lebensraum für Patienten dar.

Die Komplexität wird offenbar, wenn man darüber nachdenkt, wer die Strukturen in diesem Lebensraum vorgibt. Die Vorgaben kommen von professionellen Mitarbeitern der Einrichtung, die nur für einen bestimmten Zeitrahmen des Tages nach diesen Strukturen leben. Sie werden in der Regel nicht von den Patienten aufgestellt, die viele Tage ununterbrochen in der Einrichtung leben.

Der Gedanke ist wichtig, um die Menschen zu verstehen, die als Patient fortwährend nach diesen Strukturen leben müssen. Mit Eintritt in die Station müssen sie sich an äußere Vorgaben halten. Die Autonomie der Patienten muss zwangsläufig beeinträchtigt werden, um einen geordneten Ablauf auf der Station zu ermöglichen. Es ist besonders wichtig, sich diesen Punkt bewusst zu machen.

Der Grad der Autonomiebeeinträchtigung ist je nach Einrichtung extrem unterschiedlich. Auch das Umgehen mit dieser Autonomiebeeinträchtigung ist verschieden.

Man trifft im Krankenhaus zum Teil auf Patienten, die sich über den Entzug der Autonomie freuen. So gibt es einige Patienten, die aufgrund von Untersuchungen stationär aufgenommen wurden und bereits nachmittags im Schlafanzug vorbeikommen. Aber eigentlich brauchen sie den Schlafanzug zum Fortbewegen nicht. Dies allein zeigt schon, dass sie das Krankenhaus mit seinen Strukturen gut akzeptieren. Das sieht bei einem großen Teil von Patienten aber nicht so aus.

In der Substitutionsversorgung besteht das Problem, dass es sich bei den Patienten tendenziell um Menschen handelt, die nicht wirklich mit ihren Lebensumständen zufrieden sind; demnach auch nicht mit den Lebensumständen in den stationären Einrichtungen.

Strukturelle Besonderheiten je nach Einrichtung

Innerhalb der verschiedenen stationären Einrichtungen zeigen sich besondere Unterschiede, die auch die jeweilige Zielsetzung der Unterbringung betreffen. Je nach Einrichtung ist die gesundheitliche Genesung oder die Unterstützung in der Lebensbewältigung vordergründig. In Institutionen wie der Justizvollzugsanstalt oder dem Maßregelvollzug ist die Sicherung und Verwahrung der Personen ein Hauptanliegen.

Abb. 3: Je nach stationärer Einrichtung müssen unterschiedliche Herausforderungen gemeistert werden.

Unterschiedliche stationäre Einrichtungen



Gesundheitliche Genesung versus Verwahrung

Je nach Einrichtung ist die gesundheitliche Genesung oder die Unterstützung in der Lebensbewältigung vordergründig

In Institutionen wie der Justizvollzugsanstalt oder dem Maßregelvollzug ist die Sicherung und Verwahrung der Personen ein Hauptanliegen

Werner Teerhaar

Bei der Betrachtung der verschiedenen stationären Institutionen sollte man die Kostenträger nicht unberücksichtigt lassen. Auch diese bestimmen die äußeren Maßgaben und nehmen Einfluss auf die Strukturen der Einrichtung. So haben die Krankenkassen bei einer stationären Therapie ein Interesse daran, dass der Patient schnell wieder gesund wird und die behandelte Erkrankung möglichst wenig Kosten verursacht, während die Rentenversicherung bei einer Reha-Maßnahme im Auge hat, dass Patienten wieder in die Lage versetzt werden, zurück in den Arbeitsprozess zu kommen. Die Unterschiede betreffen neben der Organisationsform auch die verschiedenen Konzepte, die in der jeweiligen Station herangezogen werden.

Die besondere Persönlichkeit des Patienten berücksichtigen

Ursprüngliche Behandlungsstrategien waren sehr häufig nach der Idee ausgelegt, dass Opioidabhängige den Wunsch haben, stets in einer Gruppe zu sein. Nach langjährigen Erfahrungen mit Opioidabhängigen lässt sich diese Vorstellung nicht mehr halten. Es gibt nach wie vor Entwöhnungsbehandlungen, deren Konzepte auf Gemeinschaften in der Station ausgelegt sind. Für einige Patienten stellt ein solches Gruppenkonzept auch ein sinnvolles Unterstützungsangebot dar. Aber viele andere Patienten legen einen großen Wert auf ihre Privatsphäre. Dies wird in den standardisierten Programmen nicht berücksichtigt. Damit wird deutlich, dass suchterkrankte Patienten nicht immer in standardisierte Programme hineinpassen. Die Diversität der Persönlichkeiten sollte deshalb auch bei der Konzeptionierung von Behandlungsstrukturen berücksichtigt werden.

Es gibt Persönlichkeitsmerkmale opioidabhängiger Patienten, die die Substitutionsbehandlung auf Station erschweren. Problematisch ist z. B., dass Opioidabhängige häufig Hilfe abwehren, obwohl sie diese eigentlich im Besonderen bräuchten.

Daneben haben Drogenabhängige im Umgang mit Institutionen häufig das Gefühl, nicht ehrlich sein zu können. Sie sehen eine Gefährdung ihrer Situation, wenn sie tatsächlich authentisch wären. Möglicherweise haben sie in der Vergangenheit unter ehrlichen Zugeständnissen eher Sanktionen erfahren. Deshalb kommt es im Krankenhaus schon mal vor, dass ein Drogenabhängiger seine Substitution verschweigt und während des Aufenthalts Entzugssymptome zeigt, die oft keiner einzuordnen weiß.

Bspw. hatte in einem Fall ein kokainabhängiger Patient seinen Konsum im Krankenhaus verschwiegen. Zur Verwunderung der Mitarbeiter heilten die Wunden nicht, bis der Konsum des Kokains aufgedeckt werden konnte. Der Patient wurde aufgeklärt, dass der Kokain-Konsum die Wundheilung verhindert. Er wurde gebeten, damit aufzuhören, damit die Wunde ordentlich behandelt werden könnte.

Man sollte das Gespräch mit seinen Patienten in jedem Fall suchen. Man steht hier nicht automatisch vor unveränderlichen Tatsachen. Wenn der Patient versteht, dass es klug ist, das Verhalten zu ändern, dann kann man auf eine Motivation zur Verhaltensänderung hoffen. Und manchmal gelingt es auch.

Die Konsummengen werden bei Aufnahme und Kontakt zu stationären Einrichtungen auch häufiger mal unterschlagen. Alkoholiker geben in Gegenwart des Krankenhauspersonals oft geringere Mengen Alkohol an, als sie im eigentlichen Rahmen tatsächlich konsumieren.

Bei Jugendlichen kann es auch anders sein. Sie geben im Anamnesegespräch in der Regel Unmengen an Cannabis an, die sie konsumieren. Da fragt sich der eine oder andere Arzt auch schon mal, woher man solche Mengen beziehen kann. Aber der Cannabiskonsum ist verglichen mit der Anwendung harter Drogen im stationären Bereich nicht von großer Bedeutung.

Konflikte im stationären Setting

Unkenntnis und unzureichendes Wissen beim Personal von stationären Einrichtungen sind nach wie vor die häufigsten Gründe für die dortigen Konflikte. Dies ist in allen Einrichtungen, die sich nicht spezialisiert haben, ein großes Problem. In der Konsequenz macht sich die Ausgrenzung der Suchterkrankten häufig bemerkbar.

Abb. 4: Stationäre Einrichtungen müssen sich mehr als bisher auf Patienten mit Suchterkrankungen vorbereiten.

Unterschiedliche stationäre Einrichtungen


Alexianer
ALEXIANER MÜNSTER GMBH

Stationäre Einrichtungen können mit bislang unbekanntem Dynamiken im Sozialgefüge der Patientengruppen konfrontiert werden.

Damit muss die Einrichtung umzugehen lernen.

Werner Teerhaar

Drogenabhängige bewegen sich häufig in einem besonderen sozialen Bereich, der eine ganz „eigene“ Dynamik hat. Die Subkulturen, in denen der Patient auch sonst noch unterwegs ist, verschwinden mit Eintritt in den stationären Bereich nicht. Bislang wenig bekannte Dynamiken können auf Stationen möglicherweise eskalieren. Damit muss man umgehen können.

Besonders anschaulich lässt sich dies bei Substitutionspatienten mit Migrationshintergrund verdeutlichen. In Entzugseinrichtungen kommt es bei Patienten mit gleicher ethnischer

Herkunft häufiger zu Gruppenbildungen. Es entwickelt sich ein ganz eigenes, stationsunabhängiges Sozialgefüge. Für das Personal ist es in einer solchen Situation schon mal schwierig, gegen den heimlichen „Chef“ dieser Gruppe anzukommen, und es ergeben sich weniger kontrollierbare Situationen. Für die arbeitenden Betroffenen ist der Umstand oftmals schwer aushaltbar.

Deswegen macht sich vor Aufnahme der Patienten die Tendenz einer ethnischen Elektion bemerkbar. Das meint, dass zum Beispiel Stationen nur eine bestimmte Anzahl Personen gleicher Ethnie aufnehmen, um wenig kontrollierbare Gruppendynamiken zu vermeiden; möglicherweise weil die Kenntnis um den Umgang mit derartigen Situationen fehlt oder die Ressourcen limitiert sind.

Der Umgang mit Regelverstößen stellt die stationären Einrichtungen vor Schwierigkeiten, denn eine Maßnahme spiegelt nicht nur die Meinung einer Person wieder. An Entscheidungsfindungen sind immer viele Personen beteiligt. Die Komplexität nimmt mit der Anzahl an Beteiligten zu.

Bei einem großen Betreuerstab, wie bspw. auf einer geschlossenen Intensivstation mit 24 Patienten, kann die Umsetzung einer Betreuungsstrategie schon mal dauern, bis jeder die Strategie verstanden und verinnerlicht hat. Darüber hinaus zeigt sich in der Ausführung von Maßnahmen eine Inkohärenz, denn jeder Mitarbeiter geht, selbst bei sehr einheitlichen Vorgaben, doch etwas anders mit den Vorgaben um.

Settingspezifische Ansätze

Die wichtigste Frage zur Charakterisierung der Behandlungsqualität ist, ob Ärzte dauerhaft in der Einrichtung tätig sind, oder nicht. Die Konsiliarregelung ermöglicht auch Ärzten ohne Zusatzqualifikation „suchtmedizinische Grundversorgung“ eine Substitutionsbehandlung durchzuführen. Wenn ein Arzt kontinuierlich in die Behandlungsstrukturen integriert ist, kann er die Substitution in der Einrichtung organisieren.

Problematisch wird es, wenn gar kein Arzt zur Verfügung steht. Das kommt sehr häufig bei Pflegeheimen oder Einrichtungen zum betreuten Wohnen vor. Die Substitutionsversorgung sieht hier komplizierter aus. Mitunter die größte Herausforderung stellt die Behandlung von Substitutionspatienten dar, die nicht regelhaft eine Substitutionspraxis aufsuchen können. Eine mögliche Lösung ist auch, dass die betroffenen Patienten wöchentlich gemeinsam mit einem Betreuer einer Wohngruppe ihren substituierenden Arzt aufsuchen. Die Einnahme des im Rahmen einer Take Home-Verordnung rezeptierten Substituts erfolgt dann in Absprache mit den Patienten, assistiert durch die betreuende Einrichtung.

Änderungen durch die novellierte Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)

Es gibt jedoch Personen, die unter stationären Bedingungen wie Klinik oder Altenpflegeheim keine Substitutionspraxis aufsuchen können. Die Situation ist für diese Einrichtungen deutlich schwieriger. In § 5 Absatz 10 BtMVV legt die Verordnung fest, in welchen Einrichtungen eine orale Substitutionstherapie durchgeführt werden kann. Ärzte, die nicht in der Einrichtung tätig sind und die Substitution des Patienten in der Einrichtung durchführen möchten, müssen einen schriftlichen Vertrag mit der Einrichtung vereinbaren. In der Vereinbarung legt der Arzt die für

die Substitution verantwortliche Person in der Einrichtung fest. Für fachliche Einweisung des eingesetzten Personals ist der Arzt verantwortlich.

Hier ergeben sich Schwierigkeiten für den substituierenden Arzt. Denn die fachliche Qualifikation der in einer Wohngruppe beschäftigten Personen ist nicht immer eindeutig charakterisierbar. Es gibt auch Wohngruppen, in denen kein pflegerisches Fachpersonal vorhanden ist. Auch wenn nach § 5 Absatz 10 BtMVV die Einrichtung zur Durchführung der Substitution berechtigt ist, heißt das nicht, dass die Substitution unter der Verantwortung des Arztes dort auch umsetzbar ist. Hinzu kommt, dass die erforderlichen Kontrollen durch den substituierenden Arzt durchgeführt werden müssen.

Welche Relevanz haben die Veränderungen in der BtMVV für die Praxis? Die Änderungen sind gut und machen Sinn. Allerdings ist die Umsetzung in der Praxis zäh. Formulare können sehr sinnvoll sein, z. B. ein Musterschreiben, wie der Arzt mit der Einrichtung einen Vertrag aufsetzen kann. Leider ist dies zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht verfügbar.

Auf psychiatrischen Stationen

Die Substitution im Krankenhaus verläuft je nach Fachrichtung unterschiedlich ab. Auf psychiatrischen Stationen ist sie in der Regel am unproblematischsten, dort wird die Substitution schon seit langem durchgeführt. Seit 30 Jahren wird in Krankenhäusern Methadon zur Substitution bzw. ursprünglich zum Entzug verschrieben. Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass es auch schon in den 70er Jahren Einrichtungen gab, die eine Substitution versucht haben. Also neu ist der Gedanke der stationären Substitution nicht.

Es gibt mittlerweile auch psychotherapeutische Stationen, die Substitutionspatienten therapieren. Somit hat auch ein Substitutionspatient die Möglichkeit, beispielsweise zur Angst- oder Traumabehandlung spezialisierte Einrichtungen aufzusuchen. Die Substitution schließt die Möglichkeit der stationären Behandlung einer anderen Erkrankung nicht mehr unbedingt aus. Insofern können die Patienten heute ein breiteres therapeutisches Angebot nutzen.

Abb. 5: Besondere Belastungssituationen muss das Personal durch eine geeignete Führung des Patienten beherrschen.



Besonders kritische Situationen:

- **Belastungssituationen**
- **Entlassung aus der stationären Einrichtung**

Werner Teerhaar

Schwierigkeiten auf psychiatrischen Stationen zeigen sich immer noch bei Verordnungen während Beurlaubungen (im Sinne sogenannter Belastungserprobungen) und nach Entlassungen. Die Substitution muss auch in diesen Situationen sichergestellt werden. Der Patient wird beispielsweise von Samstagmorgen bis Sonntagabend beurlaubt. In dieser Situation soll er seinen Alltag eigenständig bewältigen. In diesem Zusammenhang macht es natürlich wenig Sinn, wenn er die Klinik sonntagsmorgens wegen der Substitutionseinnahme aufsuchen muss. Allerdings gehen viele Substitutionsärzte ungern ein Risiko ein, so dass die probeweise Entlassung selten vorkommt.

Da der Patient in dieser Zeit noch nicht ambulant versorgt wird, denn er wird am Montag wieder in der stationären Einrichtung sein, muss geregelt sein, wie er sein Substitutionsmittel erhält. Die Versorgung lässt sich in diesem Fall mit einem Privatrezept durch die behandelnde Einrichtung regeln. Das ist gut umsetzbar, wenn der Patient die Take Home-Kriterien erfüllt. Das Rezept wird anschließend von der Klinik bezahlt. Allerdings muss der substituierende Arzt seine Zustimmung geben und die kooperierende Apotheke muss aufgeklärt werden. Eine solche Verfahrensweise ist durchaus möglich.

In der somatischen Krankenhausbehandlung

In der somatischen Krankenhausbehandlung ist die Umsetzung der Substitution deutlich schwieriger. Die Berichte der Substituierten in somatischen Krankenhäusern klingen in einigen

Fällen etwas „abenteuerlich“. Es wird von inadäquaten Dosisänderungen, falschen Umrechnungen und sogar Spontanumstellungen der Patienten berichtet, bspw. von Buprenorphin auf Methadon ohne jegliche Rücksprache mit dem substituierenden Arzt. Solche Spontanumstellungen finden also nicht nur in Haftanstalten häufig statt.

Es ist nachvollziehbar, dass ein Krankenhaus nicht alle Arten von Medikamenten vorrätig halten kann, aber für eine erfolgreiche Suchttherapie müssen die Krankenhausärzte geschult werden, und das Krankenhaus muss in der Lage sein, die notwendigen Arzneimittel zu besorgen und anzuwenden. Eine unbedachte Maßnahme kann die Kontinuität der Therapie gefährden.

Substituierte erzählen, dass sie sich während eines Krankenhausaufenthalts Drogen „auf der Straße“ besorgen ließen, da die Substitutionstherapie im Krankenhaus nicht zu funktionieren schien. Das kann entweder an der Leugnung der Abhängigkeit durch den Patienten liegen; man darf sich aber auch fragen, ob nicht auch das Krankenhaus eine Mitverantwortung trägt und ob das Milieu des Krankenhauses nicht auch die „Umwege“ der Substitutionspatienten begünstigt.

Substitution in Haftanstalten

Die Substitution in Haft hat deutlich zugenommen. Der Vergleich zwischen Justizvollzugsanstalten unterschiedlicher Bundesländer zeigt jedoch Schwankungen in der Substitutionsquote. In den nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten nimmt ein Drittel aller Inhaftierten ein Substitut.

In Nordrhein-Westfalen gibt es nach wie vor in der Praxis erzwungene Abdosierungen. Darüber hinaus können in Haft nur bestimmte Substitutionsmittel verabreicht werden, z. B. nur flüssige Darreichungsformen. Die Begründung ist durchaus nachvollziehbar: sobald das Substitut nicht mehr flüssig ist, ist die Gefahr möglicher Täuschungsversuche zu groß. Substitutionspatienten können sich die Tabletten oder Kapseln zum Beispiel auf die Zunge legen, ohne sie zu schlucken. Sie nehmen sie dann einfach wieder aus dem Mund heraus und geben sie ggf. weiter. Dies ist für das betreuende Personal schwierig zu kontrollieren. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass in Justizvollzugsanstalten andere Verhältnisse gelten und die Autorität im Besonderen durchgesetzt wird.

Abb. 6: In Haftanstalten könnten mehr Substitutionstherapien durchgeführt werden als bisher

Substitution in Haftanstalten

Auch in Haftanstalten sollte das medizinische Personal Substitutionspatienten adäquat behandeln können

Werner Teerhaar

Der substituierte Patient ist seinem Arzt in einer ganz besonderen Art und Weise ausgeliefert und auf den Arzt und dessen Entscheidungsgewalt angewiesen. Dies begründet eine enorme oft nur unterschwellig spürbare Angst des Patienten in der Interaktion mit dem substituierenden Arzt. Der Zustand des Entzugs kann sich für einen Drogenabhängigen lebensbedrohlich anfühlen. Diese Furcht ist für Nichtbetroffene schwierig nachvollziehbar. Deswegen hat der Arzt eine große Macht gegenüber dem Substituierten und sollte die tiefen Angststrukturen seines Patienten berücksichtigen sowie sich das ungleiche Machtverhältnis vergegenwärtigen.

Im Maßregelvollzug ist der Umgang mit Suchterkrankten auch häufig nicht unproblematisch. Da sich die Situation nicht so häufig ergibt wie in Gefängnissen, scheinen die Einrichtungen oftmals nicht geübt beim Umgang mit Suchterkrankungen. Weil aber zu wenige Erfahrungen vorliegen, können die Betroffenen oftmals nicht adäquat behandelt werden. Hier besteht sicherlich noch Handlungsbedarf. Schwierig ist auch das Zusammenspiel juristischer Entscheidungen mit medizinischen Notwendigkeiten. So kommt es vor, dass ein Gericht eine Zwangsmaßnahme anordnet, nicht aber berücksichtigt, dass der Betroffene medizinisch betreut werden muss. Zwar versuchen Mediziner in solchen Einrichtungen ebenfalls die Situation zu beherrschen, ohne ausreichende Kenntnisse und Akzeptanz der Erkrankung ist dies aber oftmals schwierig.

Substitution in Reha-Kliniken

Wenn man die Substitution in Reha-Kliniken betrachtet, gilt es zu berücksichtigen, dass es sehr viele verschiedene Formen an Reha-Kliniken gibt. Es gibt suchtmmedizinische, psychiatrische und psychosomatische Reha-Kliniken. Das Ziel in einer Rehabilitationsanstalt ist die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Wenn aus medizinischer Sicht die Substitution zur Erreichung einer stabilen Arbeitsfähigkeit erforderlich ist, dann sollte sie auch in der Reha-Klinik umgesetzt werden. Dies kann auch im Rahmen einer sogenannten suchtmmedizinischen Entwöhnungsbehandlung erfolgen. Allerdings tun sich viele Einrichtungen und Kostenträger damit schwer und bevorzugen Behandlungsverläufe, in deren Verlauf es zu einem Komplettentzug kommen soll. Dies ist angesichts der Tatsache, dass Substitutionsbehandlung in der überwiegenden Mehrheit zu einer langfristigen Stabilisierung beiträgt und ein Entzug häufig medizinisch kontraindiziert ist, kaum nachvollziehbar. Es dominieren faktisch nur Einzellösungen, die nicht immer optimal sind, und auf eine Standardisierung der Prozesse wird verzichtet.

Bei dieser Thematik lässt sich aber viel Bewegung beobachten, vieles wird derzeit verhandelt. Dabei darf es nicht Ziel sein, die Substitution nach den alleinigen Vorstellungen der Substitutionsärzte umzusetzen. Aber die Ärzte sind für die Integration eines Suchterkrankten auch nicht allein verantwortlich. Es ist vielmehr ein gesellschaftlicher Prozess, in dem man sich befindet. Deswegen müssen die Bemühungen zur Verbesserung der Situation in den Einrichtungen intensiviert werden, bspw. durch Hinzuziehen von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen.

Die Kliniken selbst haben in der Substitutionsbehandlung ganz verschiedene Strategien. Es gibt Kliniken, die eine Substitutionsambulanz haben und selbst die Substitution durchführen. Andere Kliniken kooperieren mit einem substituierenden Arzt. Die Umsetzung ist tatsächlich sehr verschieden. Es gibt keine einheitlichen Regeln, je nach Ort und den sich ergebenden Möglichkeiten zeigen sich ganz verschiedene Methoden der Substitution.

Substitution in Alten- und Pflegeheimen

Durch die Novellierung der BtMVV können die Patienten entweder in den Heimen substituiert werden, oder der Patient kommt (meist in Begleitung einer Pflegekraft) regelmäßig in die Arztpraxis. Beide Wege sind nun möglich.

Abb. 7: Mit zunehmendem Erfolg steigt die Zahl älter werdender Suchterkrankter, die in Pflegeeinrichtungen leben. Hier stellen sich ganz neue Fragen, wenn bspw. ein Suchterkrankter aufgrund einer Parkinsonerkrankung Hilfe braucht und die Pflegefachkraft bittet, ihm einen Joint zu drehen.

**Substitution im Altersheim
Wohnheim etc.**

**Alexianer**
ALEXIANER MÜNSTER GMBH

Soll ein Pfleger einen Joint drehen?

Werner Teerhaar

Ein Problem in der Substitution in Alten- und Pflegeheimen und Wohnheimen wird sich in Zukunft durch die Neuerungen bei der Wiedereingliederungshilfe ergeben. Für 2020 ist geplant, dass Wiedereingliederungshilfen in stationären Einrichtungen abgeschafft werden. Es gibt dann eine ganz klare Trennung zwischen der medizinischen Versorgung und der Organisation des Lebensalltags. Trotz der Abschaffung der stationären Komplettlösungen wird es noch Einrichtungen geben, in denen die Substitutionspatienten wohnen können. Sie müssen dann allerdings selbst den Raum beim Anbieter mieten. Und gleichzeitig müssen sie eine Lösung für die Umsetzung der Substitution finden. Das heißt, der Wohnraum wird im Rahmen der Inklusion etwas Eigenständiges sein. Die medizinische Hilfe ist anders organisiert als die soziale Hilfe, die zusätzlich erforderlich ist. Beides soll nun organisatorisch getrennt werden.

Die Bedeutung der Neuregelungen für die stationären Einrichtungen ist noch nicht absehbar.

Substitutionstherapie mit Autonomiebestreben und Kontrolle – ein Spannungsfeld

Wie kontrollierbar ist eine Erkrankung? Als substituierender Arzt bekommt man in stationären Einrichtungen den Eindruck, dass die Thematik der Kontrolle allgegenwärtig ist. Es geht in stationären Einrichtungen sehr häufig auch um Kontrolle. Die Bemühungen zielen unermüdlich darauf ab, Bedingungen, Regeln und das Setting zu kontrollieren um die Lebensbedingungen für alle möglichst positiv zu gestalten. Die Suchterkrankten haben aber ganz viel Autonomiestreben. Sie wollen vieles selbst entscheiden. Das führt zwangsläufig zu Konflikten. Mittlerweile hat

man erkennt, dass eine Stärkung der Autonomie des Patienten oftmals für die Lebensqualität und die Teilhabe am Leben sogar besser ist und die Erfolgsaussichten verbessert. Aber dennoch müssen alle Suchterkrankten sowie deren Betreuer in diesem Spannungsfeld von Autonomiestreben und Kontrollvorschriften leben. Das ist nicht einfach, und die Probleme müssen im Konfliktfall gelöst werden.

Resümee

Der Vortrag sollte verdeutlichen, dass die Substitutionsbehandlung im stationären Bereich sehr vielschichtig ist.

Abb. 8: Suchttherapie findet immer im Spannungsfeld von Autonomie des Patienten und Kontrollbedürfnissen der Einrichtung und der Überwachung statt.

Wie kontrollierbar ist eine Einrichtung?



- Drogenabhängigkeit ist eine Erkrankung
- Krankheiten behalten grundsätzlich unkontrollierbare Eigenschaften
- Als hilfreich hat sich im Umgang mit Drogenabhängigen erwiesen, die Stärkung der Autonomie und Selbstverantwortung, also die Stärkung der Kontrolle der Erkrankung durch den Betroffenen
- Stationäre Einrichtungen implizieren automatisch immer ein erhöhtes Maß an Kontrolle und eine Reduktion von Autonomie ihrer Klienten / Bewohner

Werner Teerhaar

Die Erfahrung zeigt, wenn die Einrichtungen einen Bezug und einen entspannten Umgang zu Suchterkrankungen haben, dann können sie auch mit Substituierten umgehen. Denn Regulierung und Kontrolle sind zwar gut. Aber sie verbessern die Behandlungsaussichten nicht unbedingt. In den Justizvollzugsanstalten sieht man manchmal durchaus auch, dass Betroffene unter den vielen Reglementierungen zunehmend kränker werden. Das sollte man sich ausreichend vor Augen führen.

Grundlegend sind die Änderungen in der BtMVV als positiv zu bewerten. Für die Substitutions-therapie zu wünschen wäre, dass sie, sowie die Drogenabhängigkeit auch, entstigmatisiert würde. Dazu gehört ebenfalls die Entstigmatisierung auf juristischer Ebene. Substitutionsmittel

sollten wie normale Opioidverschreibungen behandelt werden. Wie sinnvoll ist es, diese Form der Behandlung im Betäubungsmittelgesetz gesondert zu regeln? Braucht man das überhaupt? Aus medizinischer Sicht ist es nicht erforderlich.

Substitutionsmittel sind Medikamente, keine Drogen. Als substituierender Arzt behandelt man eine Erkrankung. Das Verständnis der Substitutionstherapie als medizinisch obligate Maßnahme sollte sich auf allen Ebenen durchsetzen.

Aus der Diskussion

Machen Ihrer Meinung nach besondere stationäre Einrichtungen, bspw. Altenpflegeeinrichtungen, speziell für Suchterkrankte Sinn?

Terhaar: Ich glaube, dass beide Formen der stationären Versorgung ihre Vor- und Nachteile haben. Man ist in der Praxis häufig verblüfft darüber, was sich aus der Not noch alles schaffen lässt, wenn beispielsweise die Versorgung eines plötzlich bettlägerig gewordenen Mannes sichergestellt werden muss und keine spezialisierte Einrichtung da ist. Unter Absprache mit der Heimleitung kann die Versorgung des Suchterkrankten dann auch gut klappen.

Funktioniert dies nur, wenn einzelne Personen betroffen sind?

Terhaar: Es kann natürlich nur bei einzelnen Personen so umgesetzt werden. Allerdings muss man sich dann auch sehr bemühen. Eine Studie zu der Frage des Umgangs mit Suchtabhängigen im Alter hat nochmals verdeutlicht, dass beide Systeme ihre Schwierigkeiten haben. Die Suchthilfe hat ihre Schwierigkeiten im Umgang mit älteren Patienten. Die Altenpflege hat Probleme im Umgang mit suchterkrankten Patienten. Meine Erfahrung ist, dass eine entspannte Haltung gegenüber anderen Suchterkrankungen, wie z. B. gegenüber Alkoholabhängigkeit, die Regel ist; eine solche entspannte Haltung sollte auch beim Umgang mit Substitutionspatienten möglich sein. Es gibt aber eben auch Personen, die können nur in besonderen Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden. Das manchmal problematische Sozialverhalten möchte man der Oma von nebenan nicht zumuten. Insofern muss es auch spezialisierte Einrichtungen geben.

Wie geht man eigentlich mit stationären Substitutionspatienten um, die im Rahmen einer Belastungserprobung nach Hause entlassen werden? Eine Frage an die Runde: Wird dieses Modell, Privatrezept und die Klinik bezahlt das Substitutionsmittel anschließend, häufig angewendet?

Terhaar: Es geht um Patienten, die vor Antritt der stationären Behandlung Take Home-fähig waren und eine Take Home-Medikation bekommen hatten. Mit Antritt der stationären Behandlung endet die Zuständigkeit der ambulanten Versorgung. Der ambulant behandelnde Arzt ist nicht mehr zuständig. Er würde bei Leistungen für diesen Patienten, die er in dieser Zeit erbrächte, kein Honorar erhalten.

In der Regel sind die Suchterkrankten für einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten in stationärer Behandlung. Zu dieser stationären Behandlung gehört, dass sie die stationäre Einrichtung im Verlauf der Therapie verlassen können und ihr normales Leben leben. Das Krankenhaus ist aber dazu verpflichtet, die Kosten der Medikamente in dieser Zeit zu tragen. Das Krankenhaus darf das Methadon nicht mitgeben. Der Umgang mit Arzneimitteln im Krankenhaus

unterscheidet sich teilweise auch zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Ich möchte z. B. nicht dafür verantwortlich sein, wenn ein kindergesicherter Verschluss, der bei Klinikware nicht unbedingt vorgesehen ist, plötzlich in der Wohnung des Suchterkrankten nicht funktioniert und ein Kind mit dem Arzneimittel in Berührung kommt. Daher ist es gut, dass die Apotheke diesen Punkt sicherstellen kann. Um den Apotheker nun auch finanziell dafür entschädigen zu können, stellt man ein Privatrezept aus. Vorher spreche ich dies zwischen Apotheker und Klinik ab. Das Verfahren wird dem Patienten erklärt und in der Krankenhausakte dokumentiert. Der Apotheker kann das Privatrezept dann der Klinik in Rechnung stellen.

Ich persönlich finde diese Idee sehr schön. Man hat das Problem einfacher und klarer geregelt. Das würde ich den Amtsapothekern gerne in die Expertenfachgruppe mitgeben. Es wäre auch zu überlegen, ob ein solches Vorgehen auch bei anderen Betäubungsmitteln möglich sein könnte.

Terhaar: Man muss allerdings berücksichtigen, dass derzeit viele Kliniken dieses Verfahren nicht mittragen und nicht bereit sind, die mit dem Privatrezept anfallenden Kosten zu übernehmen. Es ist immer gut, dieses Thema vorab zu klären, bevor ein Patient das Privatrezept erhält und damit die Klinik verlässt. Wenn dies nicht geregelt ist, bleibt der Patient auf den Kosten sitzen. Oder die Apotheke muss auf die Kostenübernahme verzichten, falls keine Regelung mit der Klinik besteht und der Patient das Arzneimittel ohne Bezahlung in der Apotheke erhalten hat.

Können Sie sich erklären, warum die Kliniken bei der Anforderung von BtM-Rezepten so zurückhaltend sind?

Terhaar: Wenn das Entlassmanagement konsequent durchdacht ist, muss ein Arzt vor Ort tätig sein, der diese Betäubungsmittelrezepte vorrätig hat. Aber es müssen Menschen gefunden werden, die dafür werben, und es muss Ärzte geben, die das umsetzen.

Man erlebt auch substituierende Kliniken, die sich weigern, Substitute an nicht stationäre Patienten abzugeben. In meinem Fall ging es um eine in Polizeigewahrsam sitzende Person, die zur Klinik gebracht wurde, weil das Substitut fehlte. Diese Klinik weigerte sich, das Substitut zu verabreichen. Die Ärzte argumentierten, dass es eine Abgabe sei und sie auch im Entlassmanagement nichts mehr abgeben dürften. Ich habe die Situation geklärt und sie auf ihre Pflicht zur Verabreichung hingewiesen. Die Gabe unter Sichtbezug ist zulässig. Dennoch gibt es viele Klinikärzte, die es generell nicht mehr machen. Es ist natürlich schwierig, weil sich natürlich nicht alle Ärzte auskennen. Notwendig ist, dass es genügend Ärztinnen und Ärzte gibt, die zur Substitution bereit sind. Bevor die Patienten mehrere Stunden durch NRW transportiert werden, sollten die Zuständigkeiten klar geregelt sein.

Terhaar: Das ist der springende Punkt: es muss mehr dafür geworben werden, dass sich ausreichend Ärzte bereitfinden, Substitutionstherapie anzubieten. Manchmal ist allerdings auch abzuwägen: helfe ich jetzt den Patienten oder verweigere ich die Hilfe, weil die rechtlichen Vorgaben möglicherweise dagegen sprechen. Ich bin als Arzt angehalten, Erkrankten zu helfen und werde immer eine Lösung suchen, die dem Patienten hilft. Polizei und Überwachung sollten ein solches Vorgehen nicht von vornherein behindern, sondern darüber nachdenken, was ohne die Hilfe passiert wäre.

Zu berücksichtigen ist auch, dass eigentlich mit den Gesundheitsämtern eine Struktur zur Verfügung steht, die in Notfällen tätig werden könnte. Allerdings sind derzeit kaum Ärzte zu finden, die sich bei einem Gesundheitsamt anstellen lassen, weil die Gehälter dort einfach unattraktiv sind. Ich hoffe, dass es der neue Tarifvertrag den Gesundheitsämtern jetzt leichter machen wird, entsprechendes Personal einzustellen.

Wo genau liegt das Problem beim neuen Bundesteilhabegesetz? Es ist ja eigentlich ein zu begrüßender Paradigmenwechsel. Dem Patienten wird ja mehr Autonomie gewährt. Die extreme Hospitalisierung war in der Vergangenheit ja ein fortwährendes Problem, da die Patienten die Autonomie immer mehr verlernt hatten.

Terhaar: Schwierig ist, dass man jetzt nicht mehr weiß, wer zuständig für die Substitution ist. Die Patienten sind fast immer in der Einrichtung, gelten aber als Patienten, die ambulant versorgt werden müssen. In diesen Fällen engagiert sich weder die stationäre Einrichtung noch das Betreuerteam aus dem ambulanten Bereich. Hier besteht noch Klärungsbedarf, um den Patienten adäquat zu versorgen.

Ist es möglich, das Anliegen der Einrichtung, die sich weigert zu substituieren, an die Beratungsgruppe Substitution der Ärztekammer heranzutragen?

Terhaar: Dies ist auf jeden Fall sinnvoll, da wir dann ggf. Kontakt zur betroffenen Einrichtung aufnehmen und vermitteln können.

Drogenkonsumräume und Infektionsprophylaxe

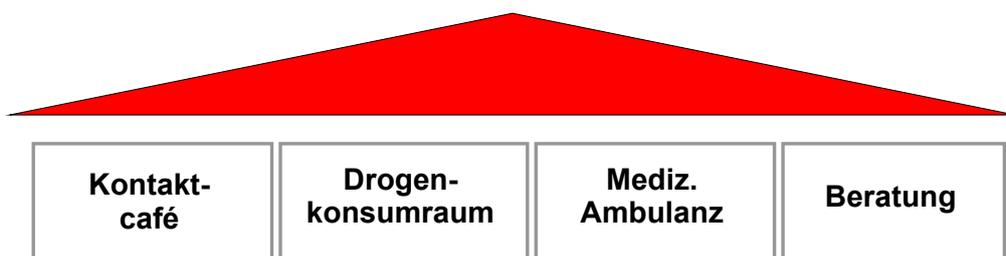
Willehad Rensmann

Der Referent gewährt als Diplompädagoge und Geschäftsvorsitzender der Aidshilfe in Dortmund einen Einblick in die Einrichtung der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in der Trägerschaft der Aidshilfe in Dortmund – Schritt für Schritt, vom Spritzenautomaten im Vorhof bis zum Kontaktcafé und dem Drogenkonsumraum. Der Alltag mit den drogenkonsumierenden Klienten wird in seinen Schwierigkeiten, aber auch Chancen, umfassend deutlich.

1985 in der Hochzeit der AIDS-Krise wurde die Aidshilfe in Dortmund aus dem Bereich der Drogenhilfe mit gegründet. Zum damaligen Zeitpunkt aus einem wesentlichen Grund: drogenkonsumierende Personen in Europa waren Hauptinfizierte mit Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis.

Die Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in Dortmund versteht sich als eine niedrigschwellige Einrichtung. Sie vereint verschiedene Aufgabenbereiche, die im Weiteren erläutert werden: das Kontaktcafé als Anlaufstelle, den Drogenkonsumraum, die medizinische Ambulanz und die sozialpädagogische Beratung.

Abb. 1: Verschiedene Aufgabenbereich der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in Dortmund



Das Foto zeigt einen Blick von außen. Die Einrichtung liegt in einem Seitentrakt des Gesundheitsamtes. Um eine Trennung zwischen Drogenabhängigen und Bürgern zu erreichen, wurde nach behördlicher Auflage ein Zaun errichtet. Im Vorhof liegt der Spritzenautomat.

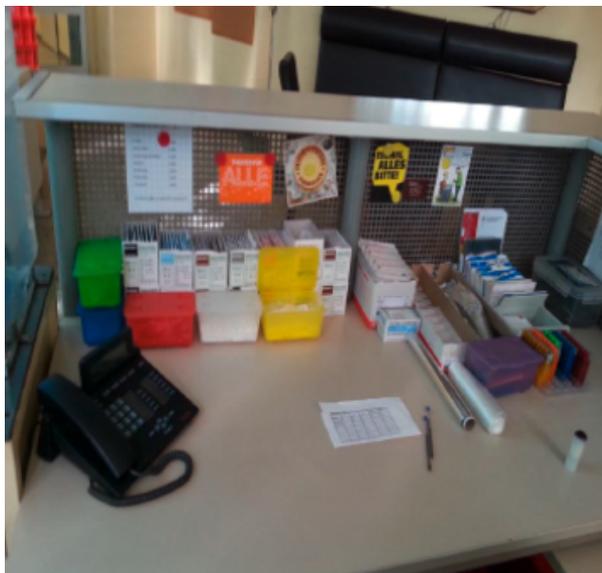
Abb. 2: Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in Dortmund mit behördlich angeordneter Abtrennung zum städtischen Raum



Die zu behandelnde Zielgruppe sind volljährige, akut Drogen konsumierende Patienten. Schätzungsweise 1000 Personen nutzen im Jahresverlauf die Einrichtung, allerdings in unterschiedlicher Intensität, auch zum Teil mit Abbrüchen dazwischen. Tagtäglich suchen 100-200 Personen die Einrichtung auf.

Das Kontaktcafé

Abb. 3: Ausgabestelle für saubere Spritzenutensilien



Vom gezeigten Eingang ausgehend läuft man direkt ins Kontaktcafé. Auf dem Bild zu sehen, ist die Theke vom angestellten Personal aus gesehen. Das Kontaktcafé ist ein Raum des Aufenthalts. Drogenabhängige, die ansonsten von den üblichen öffentlichen Plätzen vertrieben werden, bekommen hier die Möglichkeit „durchzuschlafen“. Sie erhalten die Möglichkeit, zu essen und zu trinken, sich zu duschen und zu waschen oder die eigene Wäsche zu waschen. Auch dieses zählt zur Grundversorgung.

Der Spritzenaustausch stellt ein wesentliches Angebot der AIDS-Hilfe dar. Drogenabhängige können Spritzen tauschen, um Infektionen zu verhindern. Wenn sie ihre gebrauchten Spritzen abgeben, bekommen sie im gleichen Verhältnis neue, sterile Spritzen wieder ausgehändigt, zusammen mit den notwendigen Utensilien.

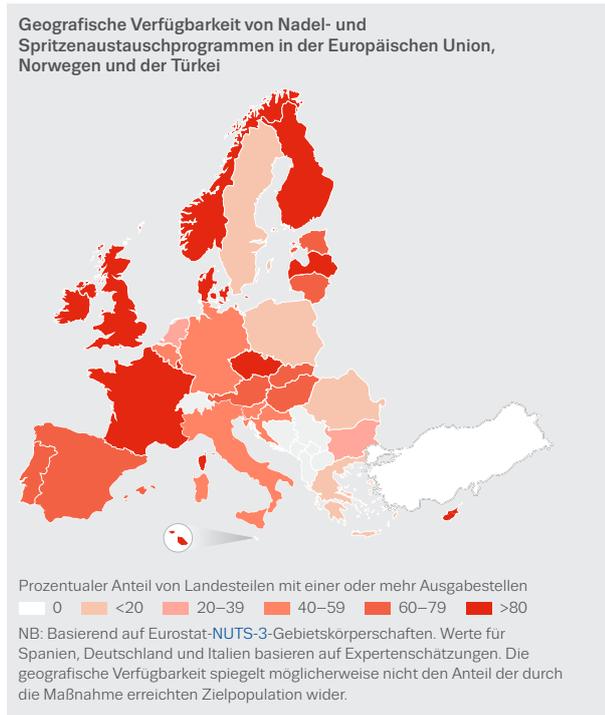
Abb. 4: Das Angebot des Spritzenaustauschs wird intensiv genutzt



Das Angebot wird intensiv genutzt. Rund 270.000 Spritzen und Kanülen wurden in der Einrichtung gegen neue ausgetauscht. Man kann von etwa 125.000 Sets (Spritzen und Kanülen zusammen) ausgehen. Häufig sind es mehr Spritzen als Kanülen. Die Zahlen sind nur eine ungefähre Einschätzung aber eine Größenordnung, die vor allem im Hinblick auf die Infektionsprophylaxe sehr wesentlich ist – für die Mitarbeiter der Aidshilfe, für die Klienten und natürlich auch für die Menschen in der Stadt. Sie profitieren von der Ordnung im öffentlichen Raum. Andernfalls würden die verwendeten Spritzenutensilien, wenn sie nicht abgegeben werden, an unbekanntem Stellen und somit mitunter in der Öffentlichkeit liegen.

Die nebenstehende Graphik¹ zeigt die geografische Verfügbarkeit von Nadel- und Spritzenaustauschprogrammen in den europäischen Ländern und der Türkei im Vergleich. Beispielsweise besitzen in Norwegen, Finnland und Frankreich mehr als 80 % der Landesstellen mindestens eine Ausgabestelle. In Deutschland sieht dieses Verhältnis anders aus. Hier liegt der Anteil an Landesstellen mit mindestens einer Ausgabestelle bei 40 – 59%. Hier zeigt sich auch im europäischen Vergleich die Möglichkeit eines Ausbaus der Spritzen- und Nadelaustauschprogramme.

Abb. 5: Spritzenaustauschprogramme in der Europäischen Union



Die Ausgabe von Spritzen ermöglicht den Mitarbeitern der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ auch die Chance, persönlichen Kontakt zu den Drogenabhängigen aufzunehmen und zu beraten. Ein zentraler Aspekt stellt die „safer use“-Beratung dar. Denn auch die Beratung zum sicheren Gebrauch des Spritzwerkzeuges trägt erheblich zur Infektionsprophylaxe bei. Im Jahr 2017 kam es zu ungefähr 1.400 Beratungen, dabei auch kurze Gespräche zum Thema „safer use“. Zudem steht den Klienten zahlreiches Informationsmaterial und Flyer zur Verfügung.

¹ Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht 2018 – Trends und Entwicklungen (S. 73), unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/EDR_CDR_2018/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf (Abruf: 28.01.2019).

Die sozialpädagogische Beratung

Das Kontaktcafé ist der zentrale Ort dieser Einrichtung, an dem die Erstkontakte über Sozialarbeiter oder andere Mitarbeiter aufgenommen oder initiiert werden. Hier findet ganz niedrigschwellige Erstberatung oder Kurzberatung zu unterschiedlichsten Themen statt. Im Jahr 2017 kam es zu insgesamt ungefähr 13.000 Kurzinterventionen und Informationsgesprächen.

Auch eine Einzelfallberatung oder ein ausführlicheres Beratungsgespräch ist möglich. Das Angebot ist sehr niedrigschwellig. Es kann in der Regel anonym und ohne Terminabsprache wahrgenommen werden. Bei 1300 ausführlicheren Beratungen im Jahr 2017 wird deutlich, wie stark die Nachfrage nach Beratung ist und dass dies als Schwerpunkt dieser Einrichtung bezeichnet werden kann. Aus den Beratungssituationen heraus ergibt sich unter Umständen die Möglichkeit, in weiterführende Einrichtungen zu vermitteln. Vor allem zu Entzugskliniken und Entzugsbehandlung kann vermittelt werden, aber auch zum Teil zu psychotherapeutischen Einrichtungen, wenn solche Interventionen notwendig sind.

Die medizinische Ambulanz

Ein weiterer Baustein ist die medizinische Ambulanz. Sie steht kostenlos zur Verfügung und kann auch ohne einen vorherigen Termin aufgesucht werden. In der Ambulanz sind eine Ärztin und mehrere Pflegefachkräfte tätig. Die Integration des medizinischen Personals ist auch im Hinblick des Drogenkonsumraums sehr sinnvoll. Die Idee dahinter ist, dass an dieser Stelle eine offene Tür zum Drogenkonsumraum besteht. Das medizinische Personal dient in Überdosierungssituationen als direkter Ansprechpartner. Sie spricht Klienten im Drogenkonsumraum an und führt kurze medizinische Beratungs- und Behandlungsgespräche. Originär in der Ambulanz selbst haben ca. 4.000 medizinische Hilfen dieser Art im Jahr 2017 stattgefunden.

Wesentlicher Teil der medizinischen Versorgung ist die Abszess- und Wundbehandlung. Diese treten unter dem Konsum unter illegalen Bedingungen häufig auf. Im Jahr 2016 wurden sowohl

Abb. 6: Für die Abszess- und Wundversorgung stehen medizinische Hilfen zur Verfügung



Abb. 7: Das Kontaktcafé wird für gemeinsame Freizeitgestaltung genutzt.



Häufungen als auch sporadische Fälle von Wundbotulismus unter injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland, Norwegen und im Vereinigten Königreich gemeldet.²

Einen weiteren, wichtigen Teil der medizinischen Versorgung stellen die HIV- und Hepatitis-C-Testungen dar. Im letzten Jahr wurden 130 Tests und 32 Hepatitis C-Impfungen durchgeführt.

Zum Thema „safer use“ werden manchmal auch Notfallschulungen benötigt. Sie sind eher als Kurzinterventionen gedacht. Immer mal wieder sitzen mehrere Klienten in einem kleinen Raum zusammen und bekommen Kurzinformationen zu den unterschiedlichsten Themen.

Der Drogenkonsumraum

Der Drogenkonsumraum ist der vierte Bereich der Einrichtung. In diesem Raum haben drogenabhängige Patienten die Möglichkeit, illegale Drogen zu konsumieren. Jedoch können die Personen nicht einfach vorbeikommen und konsumieren. Vorher wird ein relativ formales Procedere durchlaufen. Es gibt ein Erstgespräch und in diesem Rahmen eine ausführliche Anamnese. Dabei wird unter anderem geklärt, ob die Person volljährig und drogenabhängig ist und ob sie einen regelmäßigen Konsum hat. Eine weitere Bedingung zur Aufnahme ist ein Wohnsitz in Dortmund. Der drogenkonsumierende Klient muss zudem einen Nutzungsvertrag unterschreiben.

Abb. 8: Blick in das Kontaktcafé der Drogenhilfeeinrichtung



Abb. 9: Anmeldung zur Nutzung des Drogenkonsumraums



Es gibt auch Situationen, in denen die Drogenhilfeeinrichtung „kick“ Personen abweisen muss. Es passiert sehr regelmäßig, dass sich Personen nicht mit einem Ausweis legitimieren können

² Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht : Europäischer Drogenbericht 2018- Trends und Entwicklungen (S. 73), unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/EDR_CDR_2018/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf (Abruf: 29.01.2019).

oder nicht in Dortmund wohnhaft sind. Es stellt sich die Frage, ob der Bedarf an Einrichtungen dieser Art nicht auch an anderen Orten besteht.

Das nebenstehende Foto zeigt die Anmeldung zum Drogenkonsumraum. An dieser Stelle findet das Erstgespräch statt. Die Person muss sich bei jedem erneuten Konsum an der Anmeldung melden. Es wird kontrolliert, ob der Drogenkonsumierende einen Nutzungsvertrag hat und innerhalb der Einrichtung konsumieren darf. Im Jahr 2017 haben um die 700 Personen den Drogenkonsumraum genutzt. 11% von ihnen waren Frauen und fast 40 % befanden sich in einer Substitutionstherapie.

Nach der regelkonformen Anmeldung zum Drogenkonsumraum geht es weiter in den hinteren Bereich.

An der zweiten Anmeldung werden Utensilien zum Konsum ausgegeben. Zwei Mitarbeiter sitzen im hinteren Bereich und überwachen die Konsumräume. Es gibt zwei Konsumräume, der erste Raum ist für den inhalativen Gebrauch, der zweite Raum für den intravenösen Konsum von Drogen ausgelegt. Bei Bedarf beraten die Mitarbeiter auch zum sicheren Gebrauch, u.a. von Spritzutensilien.

Auch in diesen Räumen findet Beratung statt. Im Jahr 2017 haben allein im Konsumraum 7.000 Beratungen stattgefunden. Die Personen sind sehr empfänglich für Hinweise. Der Konsumraum

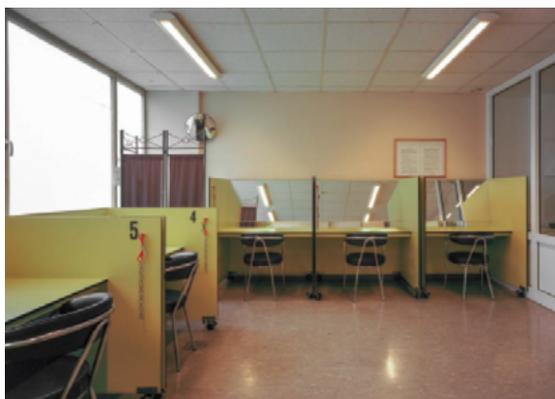
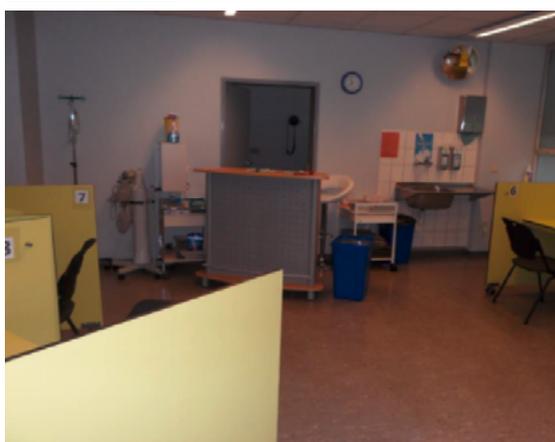


Abb. 10: Blick in den Konsumraum

Abb. 11: Ausgabe der Spritzutensilien

Abb. 12: Ausgabestelle für die Spritzutensilien



kann als der ruhigste Ort der ganzen Einrichtung betrachtet werden, in der Kommunikation doch durchaus gut möglich ist.

Die hintere Tür des Konsumraums führt direkt zur Ambulanz. In Notfallsituationen ist dies besonders praktisch, da Ärztin oder Pflegefachkraft schnell eingreifen können.

Im Jahr 2017 haben ca. 50.000 Konsumvorgänge stattgefunden. Zu 90 % wurde Heroin konsumiert. Kokain war die zweitgrößte konsumierte Substanzgruppe. Allerdings beruhen die Angaben auf den subjektiven Angaben der Konsumenten. Auf dem illegalen Markt ist die erhaltene Substanz nicht immer eindeutig zu identifizieren. Der Reinheitsgehalt illegaler Ware schwankt mitunter massiv. Die Erfahrung der Mitarbeiter lehrt, dass die Substanzen mit unterschiedlichsten Substanzen durchsetzt sind.

Der Bericht des nationalen REITOX³-Knotenpunktes 2018 an die EBDD⁴ gibt einen Überblick über die Reinheit der in Deutschland 2017 vertriebenen Drogen⁵.

Der mittlere Wirkstoffgehalt des Kokains in den Straßenproben betrug ca. 78%. Tetramisol/Levamisol waren mit einer Häufigkeit von 71,8% am häufigsten als Streckmittel eingesetzt worden. Danach folgten Phenacetin (22,9 %) und Coffein(9,4 %).

Das im Straßenhandel vertriebene Heroin weist einen Wirkstoffgehalt von im Median 19 % auf. Als häufigste Streckmittel fanden sich Coffein und Paracetamol (>99 %).

Beratungsangebote und medizinische Notfallhilfen

Der Mitarbeiter darf Hinweise über einen sicheren Konsum geben und somit beratend tätig werden. Über die Kommunikation hinausgehend darf er nicht helfen. Insofern wird zwar der Rahmen für einen hygienisch verantwortbaren Konsum zur Verfügung gestellt, aber eine aktive Unterstützung beim Konsum ist nicht erlaubt. Das gegenseitige Helfen zwischen Klienten ebenfalls nicht.

Neben der Aufklärung über den sicheren Gebrauch von Spritzutensilien bemühen sich die Mitarbeiter auch darum, auf weniger riskante Konsumvarianten hinzuweisen. Im Vergleich zur intravenösen Applikation ist der inhalative Konsum mit geringeren Risiken verbunden. Die Bemühungen der Mitarbeiter zahlen sich aus: zwei Drittel aller Konsumenten konsumieren inzwischen inhalativ. Die Zahl ist kontinuierlich gestiegen.

Nach einer Nutzungsdauer von einer halben Stunde muss der Patient den Drogenkonsumraum wieder verlassen. Zumindest im inhalativen Drogenkonsumraum wird sich um dieses Zeitfenster bemüht. Im intravenösen Drogenkonsumraum kann dieser Zeitrahmen nicht immer eingehalten werden. Eine Person mit schlechten Venen, die mehr Zeit benötigt, wird beispielsweise nicht vertrieben.

³ REITOX: Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies-Reitox-europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht. REITOX wurde gleichzeitig mit der EBDD gegründet.

⁴ EBDD oder EMCDDA: europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

⁵ nationaler REITOX-Knotenpunkt: Bericht 2018 an die EMCDDA-Drogenmärkte und Kriminalität (Datenjahr 2017/2018)-(S.10-13).
unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2018/08_WB_Drogenmaerkte_Kriminalitaet_2018.pdf

Im Jahr 2017 kam es zu 80 Notfallsituationen. Sieben weitere Notfälle passierten in unmittelbarer Nähe zur Einrichtung. Häufig betraf dies Personen, die von der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ nicht aufgenommen werden konnten.

Der Konsum von Heroin, Kokain und deren Derivaten ist in den vorgesehenen Applikationsformen in den Räumen zugelassen. Die nasale, inhalative oder intravenöse Anwendung ist erlaubt. Die Injektion einer Tablette wäre beispielsweise nicht zulässig.

Vor dem eigentlichen Konsum findet eine kurze Sichtkontrolle der Ware durch die Mitarbeiter statt. Die Drogenkonsumräume sind für die Einnahme von Cannabis oder Alkohol nicht vorgesehen. Die AIDS-Hilfe ist als Einrichtung für eine Zielgruppe gedacht, die harte illegale Drogen konsumiert. Eine Intention ist hierbei ganz wesentlich: Überlebenshilfe zu leisten. Die stetigen Bemühungen richten sich darauf, Infektionsrisiken zu reduzieren und Überdosierungen zu vermeiden.

Dies hat ihre Berechtigung. In Europa ist die Mortalität unter Opioidkonsumierenden fünf bis zehnmal höher als in der Allgemeinbevölkerung desselben Alters- und vergleichbarer Geschlechterverteilung⁶. Diese erhöhte Mortalität ist in erster Linie auf Überdosierungen zurückzuführen. Allerdings spielen auch andere Todesursachen eine Rolle, die mit dem Drogenkonsum indirekt zusammenhängen. Infektionen, Unfälle, Gewalt und Suizid sind häufige Todesursachen, wie auch die chronischen Lungen-, Leber- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die vor allem bei älteren Suchterkrankten mit chronischem Drogenkonsum auftreten.

Die Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ kommen häufig räumlich, zeitlich und personell an ihre Kapazitätsgrenzen. Der Bedarf in der Szene ist deutlich größer als das, was die Einrichtung leisten kann. Die Folgen sind für die Mitarbeiter unvermeidlich, Krankheitsfälle kommen gehäuft vor, und auch das vorzeitige Ausscheiden von Mitarbeitern muss verkraftet werden.

Juristisches Paradoxon: Drogenkonsumraum und Verbot des Besitzes illegaler harter Drogen

Mit der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ wird eine Einrichtung betrieben, in der der Konsum von illegalen Drogen legal ist. Für alle Beteiligten stellt dies ein Paradoxon dar. Die Polizei ist dazu verpflichtet, jegliche Straftaten, auch im Umfeld, zu verfolgen. Sie müsste zumindest bei dem erhärteten Verdacht, dass Personen illegale Drogen bei sich führen und in die Einrichtung gehen, genau kontrollieren. Polizisten hätten nachzuschauen, welche Substanzen mitgeführt werden, da sie wissen, dass viele der Personen hier illegale Rauschmittel konsumieren.

Die Ambivalenz offenbart sich auch den Drogenkonsumierenden in der Einrichtung. Sie dürfen zwar konsumieren, aber der Erwerb und auch der Besitz von illegalen Drogen ist strafbar. Es liegt dementsprechend nahe, dass auch im weiteren Umfeld der Einrichtung mit Drogen gehandelt wird.

⁶ europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: europäischer Drogenbericht 2018-Trends und Entwicklungen (S.75), unter: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/EDR_CDR_2018/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf

Für die Mitarbeiter der Einrichtung heißt dies, dass sie im juristischen Graubereich arbeiten müssen. Denn bis auf den Konsum der illegalen Drogen sind alle sonstigen Tätigkeiten, wie Erwerb, Weitergabe und Verkauf, absolut untersagt. Was aber stattfinden kann, nämlich die fahrlässige Duldung des Erwerbs/Besitzes von illegalen harten Drogen, dies ist strafbar. Vor vielen Jahren gab es Proteste in Bielefeld, da Mitarbeiter angeklagt wurden. Aufgrund der besonderen Situation gehört heute der Sicherheitsdienst zum festen Personal der Einrichtung. Eine Einrichtung wie die Drogenhilfeeinrichtung „kick“ muss einen riesigen Kontrollapparat vorhalten, um eine fahrlässige Duldung dieser Straftaten ausschließen zu können, was einen enormen Druck bedeutet, auch für einen Sozialpädagogen.

Seit 2016 dürfen auch substituierte Patienten offiziell in den Räumen der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ konsumieren. Der geringe Anstieg der Klientenzahlen seit 2016 legt die Vermutung nahe, dass bereits auch schon vorher Substitutionspatienten in der Einrichtung konsumiert haben. Die Patienten mussten verschweigen, dass sie sich in der Substitutionstherapie befinden, weil sie sonst in der Einrichtung nicht hätten konsumieren können.

Aus den Erzählungen der Substitutionspatienten wird eine besondere Schwierigkeit der Substitutionstherapie deutlich: es gelingt offensichtlich nicht, dass das Thema Beigebrauch dem Substitutionsarzt offen dargelegt wird. Bei vielen Substitutionspatienten besteht nach wie vor die Sorge, dass sie aus der Substitutionstherapie entlassen werden. Auch wenn sich einige substituierende Ärzte mit dem Beikonsum schwer tun, ein Großteil der substituierenden Patienten zeigt einen (möglicherweise) sporadischen Beikonsum, der nicht zu vernachlässigen ist und Berücksichtigung finden sollte.

Die bestehenden Hilfsangebote werden nicht von allen Drogenabhängigen gleichermaßen angenommen. 11% der Besucher der AIDS-Hilfe sind Frauen. In der offenen Szene zeigt sich ein ganz anderes Bild, der Anteil an Frauen ist dort höher. Offensichtlich werden die Frauen durch die Dortmunder Einrichtung nicht erreicht. Das gleiche gilt für Drogenkonsumierende mit Migrations- und Fluchthintergrund. Zwar nimmt die Zahl an Personen mit Migrationshintergrund, die die Einrichtung besuchen, zu. Sie ist jedoch im Verhältnis zu der wirklichen Zahl noch deutlich zu niedrig.

Umgang mit Infektionsrisiken

In der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ stellt HIV- und Hepatitis einen Schwerpunktproblemereich dar. Epidemiologische Erhebungen zeigen einen stabilen Anteil von 4-5% an Drogenkonsumierenden, die HIV positiv sind. Die Statistik zählt für das Jahr 2016 eine Anzahl von 7000-9000 HIV-erkrankte Personen, die über den intravenösen Drogengebrauch infiziert wurden⁷. Im Jahr 2016 haben sich zwischen 180 bis 320 Personen, durch den intravenösen Drogengebrauch neu infiziert.

Viele der Drogenabhängigen (ca. 80 %) wissen, dass sie HIV-positiv sind. Trotzdem ist nur gut die Hälfte von ihnen in Therapie. Das Ansteckungsrisiko ist enorm. So verwundert es nicht, dass es seit 2012 einen Anstieg von HIV-Neuinfektionen gibt.

⁷ Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin vom 23. November 2017- (S. 535), unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/47_17.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 28.01.2019).

Auch das Thema Hepatitis C sollte zunehmende Beachtung finden. Je nach Standort zeigten 54 % der Probanden in klinischen Studien eine behandlungsbedürftige Hepatitis C-Infektion. Viele Drogenkonsumierende wissen gar nichts über ihren Infektionsstatus. Ist die Hepatitis behandlungsbedürftig? Das Wissen um die Erkrankung ist zudem häufig von Mythen aus der Szene geprägt. Dies macht die Aufklärungsarbeit umso wichtiger.

Das Wissen um die Möglichkeiten zum Schutz vor Infektionskrankheiten ist unter den Drogengebrauchenden sehr gut bekannt. Risikosituationen entstehen trotzdem immer wieder. Ungeschützter Geschlechtsverkehr oder unvorsichtiger Umgang mit Spritzwerkzeug tritt gar nicht so häufig auf. Trotzdem ergeben sich Situationen, in denen es zu einer Ansteckung mit HIV- oder Hepatitis C kommt. Beispielsweise unter einem exzessiven Konsum mit Freunden oder ähnlichem. Erhebungen zeigen hier ebenfalls, dass eine niedrigschwellige Beratung zum Testangebot Hepatitis und HIV, wie in der Drogenhilfe, sehr gut angenommen wird. Es zeigt Wirkung. Nur leider gibt es sehr wenige Einrichtungen dieser Art. Die Beratung in Entgiftungseinrichtungen, Therapieeinrichtungen oder bei substituierenden Ärzten zeigt im Vergleich dazu nicht die entsprechende Wirkung. Das könnte unter Umständen mit der Kommunikation zusammenhängen, denn häufig wissen die Getesteten nicht genau, was ein positives Ergebnis bedeutet, ob sie sich behandeln lassen müssen oder nicht. Es fehlen Hintergrundinformationen zur Krankheit, beispielsweise zum Verlauf und zu den Folgen der Nichtbehandlung.

Stärkere Bemühungen in der Aufklärung würden sich auszahlen. Denn das zeigen Studien auch, wenn Akutkonsumierende in Behandlung sind, dann funktioniert die Aufklärung über die Behandlung in der Regel gut. Die Compliance ist gut. Die Reinfektionsraten sind bei Akutkonsumierenden wie auch bei Substituierten gering.

Neben der Beratung scheint es auch strukturelle Probleme zu geben. Nicht jeder positiv getestete Patient, erhält auch eine Behandlung. Hier zeigt sich ein eklatanter Bruch beim Übergang vom HIV-Test in die Behandlung. Die substituierenden Ärztinnen und Ärzte scheinen für die HIV- oder Hepatitis C-Problematik nicht hinreichend sensibilisiert zu sein. Oder sie kommen im Alltag nicht zu einer gründlichen Anamnese. Und auch die Schwerpunktbehandler von HIV- oder Hepatitis C zeigen bei dieser Thematik Zurückhaltung. Möglicherweise ist das Thema Regress bei den Ärzten häufig noch zu sehr präsent. Zudem fragen sich offensichtlich viele Ärzte: Hält der Substituierte die Behandlung der Infektion durch? Wie ist es mit dem Alkohol? Obwohl anhand von Studien deutlich darstellbar ist, dass die Suchterkrankten hinsichtlich der Infektionsrisiken häufig offen für Aufklärungsinformationen sind und bezüglich der Compliance gute Ergebnisse vorliegen, gibt es bei Ärzten häufig doch noch Vorbehalte.

Für die Zukunft werden mehr HIV- und HCV-Tests durchgeführt werden. Notwendig ist zudem die Beratung in der Drogenhilfe, aber auch in der Substitution. Die Infektionsthematik sollte an Bedeutung gewinnen. Der Übergang vom Test in die Behandlung muss verbessert werden, vor allem an der Schnittstelle zwischen der Drogenhilfe und den Schwerpunktärzten.

Modellprojekt in NRW: „ich check das“

Das Modellprojekt „ich check das“ setzt unter anderem genau hier an. Es wurde aufgelegt von der BZGA auf Bundesebene und erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Ministerium in NRW. Das primäre Ziel ist es, der Beratung und der Testung in der Drogenhilfe mehr Geltung zu

verschaffen. Hierfür bietet die Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in Dortmund eine zweimal wöchentliche Checkpoint-Beratung, einen Risiko-Check und einen Test an, zudem noch die Möglichkeit der Impfung. Die positiv getesteten Personen werden von der Drogenhilfe in die Behandlung begleitet. Diese Initiative soll als Maßnahme erfolgen, um an der Schnittstelle von Testung und Therapie weiter zu optimieren.

Von der Idee her sollte die Einrichtung mit Schwerpunktbehandlern zusammenarbeiten. Im Weiteren sollen in der Szene existierende Mythen aufgegriffen und bearbeitet werden. Das Wissen zu neuen Therapiemöglichkeiten sollte zudem vermittelt werden. Die Szenekultur muss über Kampagnen und über die Einbindung von „Peers“ als Motivatoren beeinflusst werden.

Das optimale Modell geht von einem Schwerpunktarzt aus, der in der Einrichtung berät und testet; der Patient wird anschließend durch Mitarbeiter der Einrichtung in die Behandlung bei einem spezialisierten Arzt begleitet. Ein solches Modell sollte in Dortmund umgesetzt werden. Aber es ließ sich kein Schwerpunktarzt finden, und insofern hat sich dieses Projekt aus Kapazitätsgründen nicht realisieren lassen. Doch die Schwerpunktbehandler zeigten eine hohe Bereitschaft, in Einzelfällen mit der AIDS-Hilfe sehr intensiv zusammenzuarbeiten.

Aus der Diskussion

Wie gehen Sie mit nicht volljährigen Konsumenten um? Können Sie ihnen Hilfe anbieten oder müssen sie zwangsläufig auf der Straße bleiben?

Rensmann: In besonderen Ausnahmesituationen können Minderjährige zum Konsum zugelassen werden. Es bleibt allerdings wirklich die Ausnahme. Bei nicht volljährigen Personen bemühen wir uns vielmehr darum, zu Drogenberatungsstellen oder zur Jugendhilfe weiter zu vermitteln. Mit der Jugendhilfe sind wir auch vernetzt. Jedoch wird die Einrichtung auch kaum von Minderjährigen genutzt. Die Gruppe der 36 – 40 Jährigen ist die größte Altersgruppe, die unsere Einrichtung aufsucht. Der Altersdurchschnitt ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Das ist natürlich mitunter eine Folge von guten, niedrigschwelligen Angeboten. Der Durchschnittskonsument ist 41 Jahre.

Um die 40 % der Drogenkonsumierenden in der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ befinden sich in einer bestehenden Substitutionstherapie. Das ist ja ein enormer Anteil. Wie gehen Sie damit um? Stehen Sie in Kontakt mit Substitutionsärzten? In der Suchthilfe Essen gibt es einen solchen Austausch. Sehen Sie eine Gefährdung der Substitutionstherapie, wenn diese Suchterkrankten weiterhin die Konsumräume aufsuchen?

Rensmann: Aus unserer Sicht ist es vielmehr eine Verbesserung, dass seit 2016 Substituierte offiziell konsumieren dürfen. Vorher durften sie es nicht. Unsere Klientenzahlen sind seit 2016 nicht enorm gestiegen. Deshalb vermuten wir, dass auch schon vorher ein Großteil des Klientels, das bei uns konsumiert hat, Substitutionspatient war.

Wir konnten das Thema jedoch thematisch nie aufgreifen. Im Falle einer Bestätigung der Substitutionstherapie wäre damals den Drogenabhängigen die Nutzung der Drogenkonsumräume untersagt worden. Sie waren gezwungen zu lügen.

Wir konnten und wollten es nicht aktiv kontrollieren. In einer Einrichtung wie Essen ist das anders. Sie haben sowohl die Ambulanz, als auch den Konsumraum unter der gleichen Trägerschaft. Die wussten es faktisch, wer als Substitutionspatient gleichzeitig den Konsumraum nutzte. Wir wussten es nie, wir haben es aber auch nie aktiv kontrolliert.

Nach der neuen Rechtslage können wir jetzt über Risiken aufklären oder Maßnahmen erwägen, wie mit dem Beikonsum umzugehen ist und wie der Beikonsum in Absprache mit dem substituierenden Arzt möglicherweise in den Griff zu bekommen ist. Das ist aus unserer Sicht eine deutliche Verbesserung.

In Köln kam es mit der Überlegung zur Einrichtung einer Drogenhilfe zu einem Aufschrei der angrenzenden Anwohner, Firmen und Betriebe. Zeigte sich ein ähnliches Problem auch in Dortmund, dass Anwohner den Aufbau eines Drogenkonsumraumes nicht wollen?

Rensmann: Die aktuellen Anwohner sind relativ entspannt, was aus meiner Sicht dafür spricht, dass sich die vorher bestehenden Befürchtungen und Sorgen der Anwohner und Bürger nicht in dieser Form bewahrheitet haben.

Es zeigen sich natürlich auch Schwierigkeiten. Weil unsere Kapazitäten begrenzt sind, kommt es auch schon mal vor, dass wir Personen abweisen müssen. Diese halten sich dann anschließend sehr wahrscheinlich im näheren Umfeld auf und konsumieren Drogen. Auch der Handel mit Drogen kann im Umfeld stattfinden. Die Drogen müssen ja irgendwo erworben werden.

Dafür gibt es Lösungen. Wir von der AIDS-Hilfe kooperieren sehr eng mit den Ordnungsbehörden, vor allem mit dem Ordnungsamt und der Polizei. Wenn wir merken, dass beispielsweise Szeneansammlungen und Verfestigungen überhand nehmen, dann bemühen wir uns kontinuierlich um die Auflösung dieser Szene. Da gibt es ein gutes Zusammenwirken verschiedener Instanzen.

Demnach ist der Alltag gut händelbar, allerdings auch mit einem erheblichen Kontrollaufwand verbunden. Der Sicherheitsdienst zur Überwachung ist stets vorhanden. Er überwacht auch die äußeren Gebiete und gewährt den Einlass in die Einrichtungen der AIDS-Hilfe. Die Überwachung der umliegenden Gebiete übernimmt auch das Ordnungsamt und die Polizei.

Könnte die friedfertige Stimmung im noch aktuellen Standort nicht damit zusammenhängen, dass Dortmund an dieser Stelle nicht so viele Anwohner hat, wie beispielsweise Köln? Am geplanten Standort in Köln sind das Einkaufszentrum und diverse große Firmen, Unternehmen befindlich. Sehen Sie da einen möglichen Zusammenhang?

Rensmann: Direkt gegenüber der Drogenhilfeeinrichtung „kick“ in Dortmund liegt ein Altenpflegeheim. Wir sind mit den Anwohnern im kontinuierlichen Austausch. Anders wäre es nicht möglich. Es kommen auch immer wieder mal Beschwerden über zu laute Hunde oder konsumierende Personen in der Nähe. Wir versuchen relativ schnell eine pragmatische Lösung zu finden. Aber es lässt sich nicht wegdiskutieren: trotz der Umzäunung des Geländes, der zusätzlich gestellten Barriere zur Einrichtung, fühlen sich die vorbeigehenden Bürger nicht sicher. Sicherlich empfinden einzelne Anwohner die Einrichtung als unangenehm. Doch die im Alltag auftretenden Probleme sind relativ gut händelbar. Ich habe auf die ordnungspolitische Dimension verwiesen.

Was wäre die Alternative zu dieser Einrichtung? Die Drogenabhängigen würden sich woanders aufhalten. Weil sie das Bedürfnis haben sich zu treffen und auszutauschen. Sie sind suchterkrank und müssen Drogen beschaffen. In einer niedrigschwelligen Einrichtung verläuft es relativ gut kontrolliert. Aber Auseinandersetzungen wird es immer geben.

Ihre Darstellungen verdeutlichen, dass die Realität sehr häufig anders verläuft, als die juristischen Vorgaben es vorsehen. Sie arbeiten alle nach ihren Angaben, in einem halblegalen Bereich, in einem legalen Graubereich. Wie funktioniert das?

Rensmann: Auf den Mitarbeitern lastet ein enormer Druck. Wir befinden uns in einem kontinuierlichen Austausch. Das Konzept dieser Drogenhilfe setzt voraus, dass Polizeipräsident und Oberstaatsanwalt dieses Konstrukt mittragen. Es gibt eine Kooperationsvereinbarung, in der die Maßgaben der Kooperation schriftlich niedergelegt sind. Nicht in allen Kommunen ist es möglich. Wir setzen uns regelmäßig, mindestens alle 3-4 Wochen einmal, zusammen. Von den unterschiedlichsten Arbeitsebenen, von der operativen bis zur Leitungsebene, sitzen wir zusammen und evaluieren die aktuelle Situation. Der Aufwand, dieses schwierige Konstrukt in der Realität am Leben zu halten, ist enorm. Es ist aber eine Konstruktion, die besser ist als nichts. Eine Änderung der BtMG wäre an einigen Stellen durchaus sinnvoll.

Das wirklich zentrale Element ist die Kooperationsvereinbarung, eine Ordnungspartnerschaft vor Ort. Die Ordnungsbehörde, Staatsanwaltschaft, Polizei, Gesundheitsamt und Einrichtungen dieser Art arbeiten eng zusammen. Wir haben die Konsumräume jetzt seit 2001, es hat an keinem einzigen Standort unlösbare Probleme gegeben. Die Ordnungspartnerschaften funktionieren sehr gut.

Rensmann: Wir haben im letzten Jahr ca. 400 Hausverbote ausgesprochen, die Konsumverbote sind nicht mitgezählt. Der Kontrollaufwand ist für uns enorm. Darüber hinaus befindet sich der Sozialarbeiter in einer schwierigen Situation. Wenn er den Klienten beim Erwerb von Drogen erwischt, muss er der schwerstabhängigen Person den Zutritt für 4 Wochen verweigern. Aus unserer Sicht ist dies nicht sinnvoll.

Das ist ein komplexes Feld, worüber wir gerade sprechen. Das Betäubungsmittelrecht wird nicht hintenangestellt, sondern es gibt die bundesgesetzliche Bestimmung, dass die Länder Rechtsverordnungen erlassen können, um Drogenkonsumräume als niedrigschwelliges Hilfsangebot für die Betroffenen einzurichten. Nur innerhalb dieses engen gesetzlichen Rahmens erfolgt die Strafverfolgung nicht. Das ist ein schmaler Grat zwischen zulässig und nicht mehr zulässig. Aber dort, wo die rechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden, ist das Arbeiten in Drogenkonsumräumen ein ganz regulär rechtmäßiges Vorgehen.

Rensmann: Aufgrund der schwierigen Rechtslage bleibt es für alle Beteiligten eine enorm schwere Situation. Es gab auch schon ein Strafverfahren gegen eine Arbeitskollegin von uns. Der Grund lag darin, dass ein Drogenkonsumierender den Konsumraum aufgesucht hat, obwohl er substituiert war. Das hat ein Staatsanwalt mitbekommen. Vor 2016 war dies nicht zulässig, dass ein Substitutionspatient diese Konsumräume nutzte. Er hatte zwar unterschrieben, dass er nicht substituiert war. Trotzdem hatten wir ein Strafverfahren wegen Beschaffung einer unbefugten Gelegenheit zum Konsum.

Es reicht ein Staatsanwalt mit einer weniger pragmatischen Sichtweise und wir stehen vor großen rechtlichen Problemen. Die Situation bleibt für uns nach wie vor sehr schwierig. Es bräuhete eigentlich noch weiter verbesserte rechtliche Rahmenbedingungen. Denn die strengen rechtlichen Restriktionen erschweren die Niedrigschwelligkeit unseres Hilfsangebotes. Niedrigschwellig ist unser Angebot durch die strikten Regularien fast nicht mehr. Wir haben einen enorm hohen Kontrollaufwand. Vorbeikommende Personen müssen sich ausweisen, Verträge unterschreiben und vieles andere an Bedingungen erfüllen. Der Aufwand ist mit demjenigen in der Diamorphin-Substitution vergleichbar. Aus unserer Sicht ist die Adaptation des BtM-Rechtes noch nicht ausgereift.

Haben Sie das Gefühl, tatsächlich die Menschen zu erreichen, die Sie ansprechen wollen? Können Sie die Drogenkonsumierenden tatsächlich durch Beratung zu einer Substitutionstherapie bewegen? Oder sind Sie der Ansicht, dass ein Großteil der Personen, die den Drogenkonsumraum aufsuchen, nicht substituionsfähig ist? Gibt es Schwierigkeiten, wenn ein Konsument den Wunsch nach einer Substitutionstherapie äußert, diesen weiterzuvermitteln? Dies in Hinblick auf die Versorgungsstruktur substituierender Ärzte?

Rensmann: Ich glaube, dass wir mit unserer niedrigschwelligen Einrichtung Drogenabhängige erreichen können. Es gibt natürlich mehrere tausend Abhängige in Dortmund. Aber diejenigen aus der ursprünglich offenen Szene, die hochgradig psychosoziale Probleme haben und mehrmals am Tag harte Drogen konsumieren, die erreichen wir. Die drogenabhängigen Frauen und Migranten allerdings erreichen wir nicht sehr gut. Unser primäres Ziel ist die Überlebenshilfe. Wir bemühen uns darum, die Drogenabhängigen zu stabilisieren. Wir versuchen, ihnen ein Leben unter menschenwürdigen Bedingungen zu ermöglichen. Vor allem das Angebot des Kontaktcafés ist ein ganz zentrales Element unseres Erfolges, nicht nur der Drogenkonsumraum. Das Kontaktcafé ist der hauptsächliche Aufenthaltsort der Drogenkonsumierenden. Er schafft die Möglichkeiten zur Kommunikation.

Wenn ein Klient die Bereitschaft signalisiert, einen weiteren Schritt zu gehen im Sinne eines Ausstiegs oder einer Pause vom Konsum, dann sind wir sehr niedrigschwellig in der Lage, ihm zu helfen, weil wir auch gut vernetzt sind. Wir schaffen es sehr schnell, durch ein enges Netzwerk den Hilfesuchenden in eine Substitutionsbehandlung zu vermitteln. Es gibt keine Ressourcenprobleme im Bereich der Substitution, zumindest nicht in Dortmund. Hier liegt ein gutes, ausgebautes System vor. Eventuell ist dies im Vergleich zu anderen Städten eine Sondersituation. Es gibt genügend Plätze und Ärzte, weshalb eine rasche Vermittlung möglich ist.

Neben der Substitution gibt es die Möglichkeit einer Entgiftung. Wir können sehr schnell dabei helfen, Betroffene in Entgiftungseinrichtungen unterzubringen. Entgegen der früheren Vorstellung, dass Drogennutzer eine lange Motivationsphase benötigen, funktioniert die Entgiftung aus einer akuten Motivationslage heraus erstaunlich gut. Die Haltequoten in der Entgiftung sind mit denen in der oralen Substitutionstherapie vergleichbar.

Haben Sie irgendwelche Erkenntnisse, woran es liegen könnte, dass Sie die Frauen nicht so erreichen? Haben Sie Angst vor den vielen Männern?

Rensmann: Es könnte an der Atmosphäre dieser Einrichtung liegen. Häufig ist es laut, mal kommt es auch zu verbalen Ausfällen. Zwar ist dies nicht permanent der Fall. Dennoch glaube

ich, dass viele drogenabhängige Frauen einen Rückzugsort suchen, den die Drogenhilfeeinrichtung „kick“ ihnen an dieser Stelle nicht geben kann. Deshalb bin ich der Ansicht, dass für Frauen spezialisierte Einrichtungen notwendig wären, um sie in einem hohen Maße zu erreichen. Man müsste zunehmend mehr Einrichtungen schaffen, die auf die spezifischen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Aber an einigen Stellen finden sich bereits Ansätze in dieser Richtung.

Möglichkeiten und Grenzen der Diamorphinvergabe – die Düsseldorfer Diamorphin-Ambulanz

Dr. med. Christian Plattner

Die vorgestellte Arztpraxis wurde von Dr. Plattner und seinem Partner Claus M Lamprecht im Jahr 2010 von den Vorgängern übernommen. Während schon die Vorgänger Suchterkrankte substituiert hatten, erweiterten die neuen Eigentümer das Angebot. Inzwischen gibt es drei Standorte der Praxis, in denen insgesamt ca. 550 Suchterkrankte substituiert werden. Von diesen 500 Patienten erhalten ca. 190 Patienten eine diamorphingestützte Behandlung. Diese Behandlung findet nur in der Praxis in der Bendemannstr. 15 in Düsseldorf in der Nähe vom Hauptbahnhof statt.

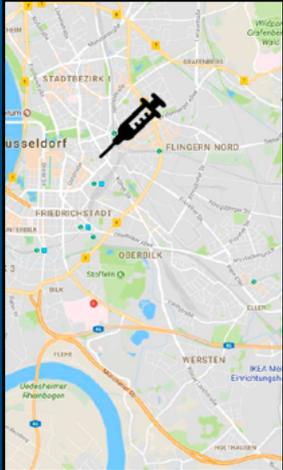
Die Ausstattung der Arztpraxis für die diamorphingestützte Behandlung

Das erste Problem vor der Eröffnung der Praxis für die diamorphingestützte Behandlung, nämlich die Auswahl eines geeigneten Standortes, konnte schnell gelöst werden, nachdem ein Vermieter in Düsseldorf, der diesem Thema gegenüber offen war, gefunden werden konnte. Die Umbauten in der Praxis erfolgten nach den Vorgaben des Landeskriminalamtes innerhalb von sechs Monaten, sodass die Praxis im Dezember 2016 eröffnet werden konnte.

Die Bezirksregierung Düsseldorf genehmigte auf der Grundlage der rechtlichen Vorgaben die Behandlung von zunächst 150 Patienten. Im August 2018 wurde die Genehmigung auf 200 Patienten ausgeweitet. Es wird im Haus auf vier Etagen gleichzeitig behandelt. Es gibt einen Wartebereich mit Kaffee-Angebot, der von den Patienten als Café und Wartebereich gemischt genutzt und in Teilen selbständig verwaltet wird. Es werden Wartekarten ausgegeben, um die Organisation zu erleichtern.

Im ersten Obergeschoss verfügt die Praxis über die psychosoziale Betreuung (PSB), die von drei praxiseigenen Mitarbeitern (Dipl. Sozialpädagogen) angeboten wird. Das hat den Vorteil, dass Patienten aus anderen Städten neben der Diamorphinbehandlung gleichzeitig die psychosoziale Behandlung im Haus nutzen können und dadurch keine Wartezeiten in Einrichtungen, bspw. der Aidshilfe, am Heimatort entstehen.

Abb. 1: Eckpunkte zur Düsseldorfer Diamorphin-Ambulanz



Diamorphinambulanz

- Bendemannstrasse 15, 40210 Düsseldorf
- Haus über 4 Etagen
- Umbau von Juli bis November 2016
- Eröffnung am 19.12.2016
- 150 Substitutions-Plätze
- Kompass e.V. und Flingern mobil e.V. vor Ort
- 3 eigene Dipl. Sozialpädagogen für PSB
- Facharzt für Neurologie



Die Praxis verfügt zudem über einen Facharzt für Neurologie. Das hat Vorteile für die Patienten, die sehr häufig Begleiterkrankungen haben oder durch die Nutzung weiterer Drogen unter Krampfanfällen leiden. Solche Erkrankungen in Kombination mit der Suchterkrankung erfordern Spezialwissen, was ansonsten in neurologischen Arztpraxen nicht immer vorhanden ist. Problematisch ist schon allein die Weigerung vieler niedergelassener Ärzte, Suchtpatienten zu behandeln und sich mit der niedrigen Compliance der Patienten auseinanderzusetzen. Die Anstellung eines Neurologen hat sich insgesamt bewährt.

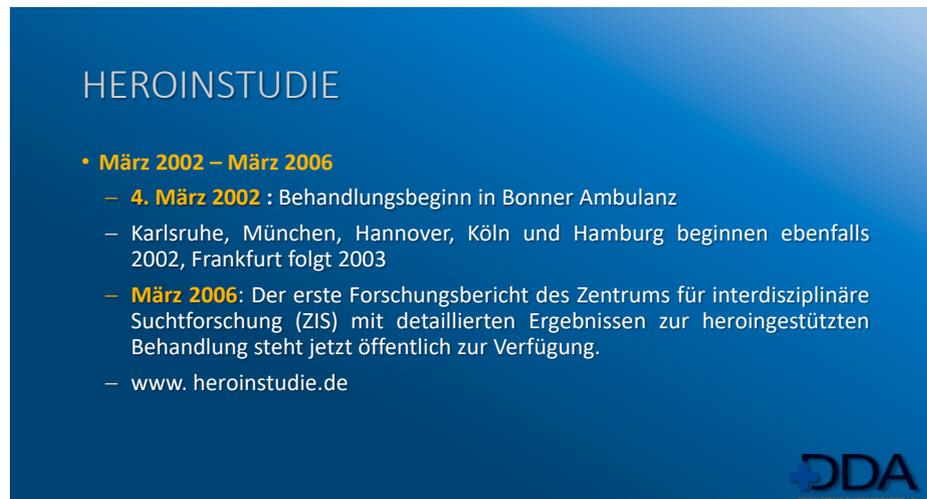
Zum Hintergrund der diamorphingestützten Behandlung

In den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelte sich in Zürich in der Schweiz eine offene Heroinszene, die am „Platzspitz“, einem Park in der Nähe des Bahnhofs, die Drogenszene aus ganz Mitteleuropa anzog. Zeitweise hielten sich bis zu 5.000 Menschen dort auf und konsumierten Drogen. Auch Kinder waren in dieser Drogenszene zu finden, und die Behörden sahen keine Möglichkeiten, der Situation Herr zu werden. Mit Beginn der AIDS-Problematik und durch Überdosierungen stieg die Zahl der Todesfälle kontinuierlich und massiv an.

Im Jahre 1994 begann die Schweiz unter Nutzung unbürokratischer Methoden mit der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) und mit der Methadon-Vergabe. Damit übernahm die Schweiz weltweite Pionierarbeit.

Nicht zu vergessen ist, dass in Großbritannien immer die Möglichkeit vorhanden war, Heroin (chemisch „Diacetylmorphin“) als Therapeutikum einzusetzen. Dies war nie verboten. Noch heute steht in Großbritannien Heroin als Nasenspray bei Kleinkindern als Notfallmedikament zur Verfügung. Es kommt bspw. bei schweren Unfällen zum Einsatz, wenn Kinder kurzfristig sediert werden müssen, um Zeit für weitere Maßnahmen zu gewinnen.

Abb. 2: Die Ergebnisse der Heroinstudie waren die Grundlage für die Diamorphin-Ambulanzen in Deutschland



The image shows a blue presentation slide titled "HEROINSTUDIE". It contains a list of key dates and events from the study. The text is as follows:

- **März 2002 – März 2006**
 - **4. März 2002** : Behandlungsbeginn in Bonner Ambulanz
 - Karlsruhe, München, Hannover, Köln und Hamburg beginnen ebenfalls 2002, Frankfurt folgt 2003
 - **März 2006**: Der erste Forschungsbericht des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) mit detaillierten Ergebnissen zur heroingestützten Behandlung steht jetzt öffentlich zur Verfügung.
 - www.heroinstudie.de

In the bottom right corner of the slide, there is a logo for "DDA" (Düsseldorfer Diamorphin-Ambulanz).

In Deutschland dauerte es noch ein paar Jahre, bis die Erkenntnis reifte, dass auch hier möglicherweise den Suchterkrankten mit Heroin geholfen werden konnte. Allerdings ging man nicht so unbürokratisch zur Sache wie in der Schweiz, sondern schuf zunächst Voraussetzungen für die Durchführung einer streng kontrollierten Studie: der in Fachkreisen sehr bekannten sogenannten Heroinstudie. Die Studie wurde in der Zeit zwischen März 2002 und März 2006 durchgeführt. Die erste Behandlung begann am 4. März 2002 in der Bonner Ambulanz. Es folgten Ambulanzen in Karlsruhe, München, Hannover, Köln und Hamburg. Frankfurt/Main folgte 2003. Bei der Studie handelte es sich um die bislang weltweit größte randomisierte Kontrollgruppenstudie.

Im März 2006 stand der erste Forschungsbericht des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) mit detaillierten Ergebnissen zur heroingestützten Behandlung zur Verfügung und ist jetzt auch öffentlich zugänglich (heroinstudie.de). Es zeigte sich, dass die Behandlung mit Heroin signifikant bessere Ergebnisse liefert im Vergleich zu Methadon bezogen auf einen zwölfmonatigen Vergleich:

- Verbesserung des Gesundheitszustandes (> 20 %)
- Rückgang des illegalen Konsums von Straßenheroin
- Lösen von der Drogenszene
- Abnahme der Kriminalität (illegale Geschäfte).

Seit 1. Oktober 2010 wird die Behandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Die Studienambulanzen haben inzwischen die Regelversorgung übernommen.

Zugangsvoraussetzungen für Patienten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat Richtlinien herausgegeben, wann Patienten mit Heroin substituiert werden können:

- Der Patient muss fünf Jahre heroinabhängig sein. Vorher kann er nicht in das Programm aufgenommen werden.
- Der Patient muss das 23. Lebensjahr vollendet haben. Aus formalrechtlichen Gründen wurde das 23. Lebensjahr festgelegt, denn der Betroffene muss erst fünf Jahre abhängig sein, bevor er in die Therapie aufgenommen werden kann. Gerechnet wird der fünfjährige Zeitraum vom 18. Lebensjahr an. Vorher hat der Betroffene kein Recht auf eine Krankenkassenleistung zur Suchtbehandlung, z. B. auch keine Entgiftungsbehandlung.
- Der Patient muss unter einer oder mehreren schweren somatischen und psychischen Funktionsstörungen leiden. Es reicht bspw. eine erhebliche psychische Auffälligkeit durch den Drogenkonsum, ohne dass eine psychiatrisch abgesicherte Diagnose vorliegen muss. Auch ein starker körperlicher Verfall reicht aus, um in das Programm aufgenommen zu werden.
- Der Patient muss zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Substitutionstherapie einen überwiegend intravenösen Konsum aufweisen. Denn Patienten, die aufgrund des jahrelangen Konsums keine Venen mehr treffen können und sich das Suchtmittel anderweitig zuführen, können die intravenöse Heroinsubstitution nicht mehr durchführen.
- Der Patient muss zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit vorweisen können, davon eine mindestens sechsmonatige Substitutionsbehandlung (gemäß § 5 Abs. 2, 6 und 7) einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen (PSB). Damit ist die Hürde für die Betroffenen an dieser Stelle relativ niedrig.

Anforderungen an die Einrichtungen

Auch an die Einrichtungen werden besondere Anforderungen gestellt:

- Multidisziplinäres Team. Die Düsseldorfer Ambulanz verfügt über Ärzte, Neurologen, Neurologen und eine psychosoziale Betreuung. Die Einrichtung muss jeden Tag einen Zeitraum von 12 Stunden abdecken. Die Düsseldorfer Ambulanz hat von 7 bis 19 Uhr geöffnet und bietet in dieser Zeit drei Vergabeslots. In den neunziger Jahren war man davon ausgegangen, der Abhängige konsumiert nur Heroin. Da die Halbwertszeit sechs Stunden beträgt, braucht der Abhängige nach sechs Stunden eine erneute Dosis. Mit dem retardierten Morphinpräparat Substitol® reicht es bei einigen Patienten, wenn sie nur einmal Heroin spritzen und deswegen nur einmal am Tag die Einrichtung aufsuchen.
- Ein Arzt muss innerhalb der 12 Stunden immer in der Einrichtung oder in der Bereitschaft sein. Aufgrund der psychischen Komorbiditäten hat die Düsseldorfer Einrichtung einen Neurologen im Haus, der die leichten psychiatrischen Fälle abdeckt. Außerdem besteht eine Kooperation mit niedergelassenen Psychiatern und mit der LVR-Klinik für die schweren Fälle.
- In der Regel soll die psychosoziale Betreuung (PSB) der Patienten in der substituierenden Einrichtung durchgeführt werden. Dies ist in der Düsseldorfer Ambulanz gewährleistet. Sie muss über sechs Monate erfolgen. Alle Patienten der Düsseldorfer Ambulanz nehmen die PSB in Anspruch. Damit soll erreicht werden, dass neben der Opioidsubstitution die

Patienten so gut es geht stabilisiert werden. Und dafür ist die PSB besonders wertvoll, vor allem, weil sie direkt vor Ort erreichbar ist und aufgetretene Probleme unmittelbar aufgreifen kann. Bei externen PSB-Angeboten müssen meist erst Termine gemacht werden, aber die Betroffenen haben in der Regel einen sofortigen Hilfebedarf. Das wird durch die PSB in der Düsseldorfer Ambulanz gewährleistet. Wichtig ist zudem, dass die Betroffenen bei Behördenbesuchen unterstützt werden. Ob hier Bedarf besteht, kann gleich in der Düsseldorfer Ambulanz abgefragt werden. Wenn dieser Bedarf besteht, begleiten die PSB-Mitarbeiter die Patienten.

Abb. 3: An die Diamorphin-Ambulanzen werden hohe Sicherheitsanforderungen gestellt.



- Bauliche Voraussetzungen müssen eingehalten werden. Wartebereich, Ausgabebereich und Überwachungsbereich müssen voneinander getrennt werden. Dies ist notwendig, um einen geregelten Ablauf gewährleisten zu können. Der Überwachungsbereich ist notwendig, um ggf. Notfälle behandeln zu können. Notfälle kommen allerdings in der Düsseldorfer Ambulanz nur selten vor, weil die Ausgabe kontrolliert abläuft und die Patienten an die entsprechende Dosis adaptiert sind. Wenn Notfälle vorkommen, sind dies meist Krampfanfälle, die bei neu aufgenommenen Patienten mit noch unentdeckter Epilepsie gehäuft auftreten.
- Die Diamorphin-Substituierten müssen getrennt von den anderen Substituierten behandelt werden. Die Idee dahinter ist, dass die behandelten Diamorphin-Patienten bei den

Nicht-Diamorphin-Patienten durch den direkten Kontakt in der Praxis das Verlangen auslösen könnten, ebenfalls Diamorphin zu konsumieren. Allerdings ist diese Regel nur bedingt sinnvoll, da sich alle Substituierten auf der Straße vor der Praxis wieder treffen und austauschen können.

- Die Einrichtung muss die Substitution an allen Tagen des Jahres sicherstellen. Die Düsseldorfer Ambulanz arbeitet im Schichtbetrieb und erwartet von ihren Mitarbeitern die Vollzeitbeschäftigung. Denn erst wenn die Mitarbeiter den Patienten morgens, mittags und abends sehen, können sie auf seine besonderen Bedürfnisse und Probleme adäquat reagieren. Für die Praxis ist es allerdings teilweise schwierig, das Personal zu finden, das für eine Vollzeitbeschäftigung und den Schichtbetrieb zur Verfügung steht.
- Neben den genannten Bedingungen hat sich die Düsseldorfer Ambulanz an ein umfassendes Sicherheitskonzept zu halten, das vom Landeskriminalamt NRW vorgegeben wird.

Der Alltag in der Vergabepaxis

Wenn die Patienten in die Praxis kommen, müssen sie zunächst einen Alkoholtest machen. Ab 0,5 Promille erfolgt auf keinen Fall eine Substitution. In der Regel soll der Wert 0,1 Promille nicht überschritten werden. In Berlin wird der Grenzwert schon mal bei 3,0 Promille festgelegt mit der Begründung, ein solcher Heroin-Abhängiger müsse gleichzeitig als Alkoholabhängiger eingestuft werden; in einem solchen Falle sei die Einhaltung eines niedrigen Grenzwertes nicht zu verlangen, weil der Patient bei massivem Unterschreiten seines Pegels mit Krampfanfällen oder mit Schlimmerem zu rechnen habe. In Düsseldorf wird allerdings der niedrige Grenzwert eingehalten.

Die meisten Menschen haben die Vorstellung, Heroin-Abhängige müssten grundsätzlich verwahrlost sein und apathisch vor sich hin vegetieren. Die Szenen aus dem Film „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“ sind dabei den meisten im Gedächtnis. Seitdem allerdings eine Diamorphin-Vergabe im Sinne einer Behandlung eingeführt wurde, gelingt es, die Betroffenen in ein weitgehend „normales“ Leben zurückzuführen. Den meisten Patienten ist es nicht anzusehen, dass sie heroinabhängig sind.

Die gesamte Prozedur – von der Anmeldung über das Spritzen des Heroins und die Nachbeobachtung bis zum Verlassen der Praxis – verläuft bei gut eingestellten Suchtpatienten meist reibungslos und zügig, sodass in vielen Fällen die Betroffenen die Praxis schon nach 10 Minuten wieder verlassen haben. Dabei haben die Mitarbeiter der Praxis bereits vor Eintreffen des Patienten die Spritze für diesen Patienten aufgezogen, so dass die reibungslose und zügige Anwendung des Heroins erfolgen kann. Innerhalb der Praxis werden die Patientinnen und Patienten sowie das Personal durch Video-Kameras beobachtet, womit die Gefahr von Betrug oder die Gefährdung von Mitarbeitern reduziert werden soll.

Der Antransport des Heroins erfolgte früher über eine spezielle Sicherheitsfirma. Inzwischen übernimmt den Transport eine der üblichen Transportunternehmen, wobei sowohl dem Fahrer wie auch dem Personal der Praxis weitgehend unbekannt bleibt, in welchem Fahrzeug das Heroin transportiert und zu welchem Zeitpunkt es bei der Praxis angeliefert wird. Erst ca. 10 Minuten vor Eintreffen des Transporters wird die Praxis informiert.

Im Praxisraum, in dem sich die Patienten das Heroin injizieren, ist immer eine Mitarbeiterin der Praxis anwesend, um den entstandenen Abfall ordnungsgemäß zu entsorgen. Damit werden Verletzungen verhindert und Versuche unterbunden, das Heroin aus der Praxis herauszuschmuggeln.

Die Injektion des Heroins wird nicht durch einen Arzt vorgenommen, weil es sich bei Heroin um ein Arzneimittel handelt, das der Patient selber anwenden kann. Damit wird zudem Zeit gewonnen, so dass die Ärzte sich mehr um die Patienten kümmern und therapeutisch behandeln können.

Integrationsbemühungen

Die Praxis versucht, die Fähigkeiten der Patienten zu nutzen und sie damit zu bestätigen, dass sie etwas können. Meist haben sie einen Beruf gelernt, und es gelingt häufig, die Patienten mit ihrem beruflichen Können einzusetzen. Zudem wird versucht, die Patienten über Aktivitäten verstärkt zu integrieren, sei es durch Karnevals- oder Oktoberfest-Veranstaltungen oder durch gemeinsame sportliche Aktivitäten. Dadurch fühlen sich viele Patienten nicht an die Seite gedrängt sondern integriert, was dem Vertrauensaufbau sehr dienlich ist.

Abb. 4: Durch spezielle Veranstaltungen gelingt es gut, die Suchtpatienten zu integrieren und das Vertrauen zu stabilisieren.



Derzeit besteht mit 190 belegten Plätze nahezu Vollausslastung in der Ambulanz. 20% der Patienten erhalten eine tägliche Heroindosis. Sie sind oft beruflich tätig und wohnen nicht unbedingt im direkten Umfeld der Praxis. Dieser Personenkreis ist inzwischen gut im gesellschaftlichen Leben integriert. Teilweise können sie auch mit ihrer Familie in den Urlaub fahren. In diesen Fällen erhalten sie eine vorher errechnet Take Home-Dosis Methadon oder Polamidon, womit sie die Zeit ohne Heroin gut überbrücken können.

Der Großteil der Patienten, etwa 60%, ist bereits auf einem ganz guten Weg zurück in das gesellschaftliche Leben. Aber hier müssen die Praxismitarbeiter, insbesondere die Sozialpädagogen und die psychologischen Therapeuten, mit den Patienten noch die weiteren notwendigen Schritte gehen. Dieser Personenkreis braucht zweimal täglich eine Dosis Heroin.

Bei weiteren 20% muss die Injektion des Heroins dreimal täglich erfolgen. Diese Patienten wohnen im direkten Umfeld der Praxis, um regelmäßig erscheinen zu können. Sie sind bereits über 50 Jahre alt und meist nicht mehr in der Lage, eine berufliche Perspektive zu entwickeln. Sie sind aber soweit stabilisiert, dass sie sich nicht mehr in der Szene aufhalten müssen und Gefahr laufen, wieder in das kriminelle Milieu abzurutschen.

Notfälle

Gelegentlich kommt es zu Notfällen. So können hypoxische Krampfanfälle vorkommen, die in der Praxis behandelt werden müssen. Auch eine tiefe Sedierung ist nicht selten. Es kommt vor, dass die Patienten vor der Substitution Benzodiazepine eingenommen haben. Wenn die Patienten mit den Mitarbeitern der Praxis mehr als ein paar Sekunden sprechen, können diese die vorherige Einnahme erkennen und entsprechende Vorsichtsmaßnahmen treffen. Notfalleinsätze mit Einlieferungen in ein Krankenhaus kamen seit Eröffnung im Dezember 2016 bis dato insgesamt 7x vor.

Vorbehalte gegen die Heroin-Substitution

Obwohl die Diamorphin-Behandlung für viele Patienten die sinnvollste Therapieform wäre, kommen nicht alle Patienten in die Aufnahme. Das hat unterschiedliche Gründe. Zum einen ist die Substitutionstherapie mit Diamorphin in der Szene nicht unbedingt positiv besetzt. Stattdessen wird gefragt „So tief bist du schon gesunken, dass du in die Diamorphin-Substitution gehen musst?“ Zum anderen wird vermutet, dass es sich bei der Therapie um eine Sackgasse handelt, aus der man nicht mehr herauskommt. Auch wird das dreimal tägliche Erscheinen in der Praxis als eine zu lästige Pflicht betrachtet. In der Zeit, in der die Diamorphin-Behandlung nur im Rahmen des damaligen Projektes möglich war, mussten alle Patienten dreimal täglich kommen. Ansonsten wurden sie aus dem Programm herausgenommen. Heute können die Patienten in der Regelversorgung kommen, wann sie wollen. Insofern müsste das „Pflicht“-Argument inzwischen eigentlich hinfällig sein.

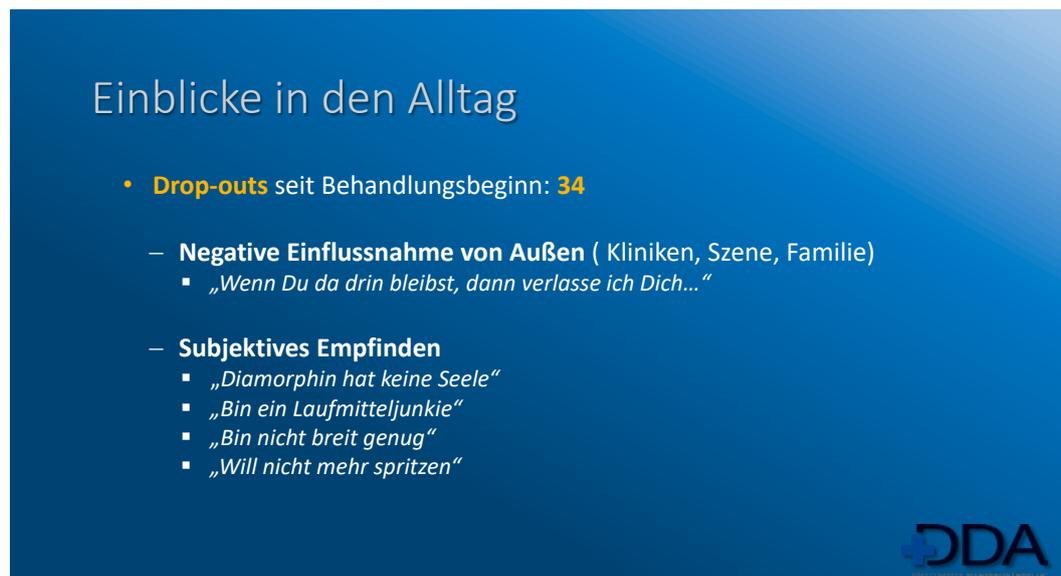
Aber es sind auch ärztliche Kollegen, die die Überweisung an die Diamorphin-Praxis bewusst unterlassen und Patienten gezielt falsch informieren, weil sie diese Therapieform für falsch halten.

Drop-Outs

Inzwischen haben 34 Patientinnen und Patienten die Praxis verlassen. Das hatte unterschiedliche Gründe. Zum einen war der Druck des Partners, die die Substitutionstherapie für falsch hielt, die Ursache. Die Praxis bietet in solchen Fällen immer Gespräche mit allen Angehörigen und Freunden an, um die Unklarheiten zu beseitigen und mit falschen Vorurteilen aufzuräumen. Das gelingt aber nicht immer.

Zum Teil verlassen Patienten auch das Programm, weil das verabreichte Heroin für sie „keine Seele“ hat. Das Straßenheroin ist meist mit anderen Stoffen verschnitten, die für diese Patienten wichtig sind. Manche bezeichnen sich auch als „Laufjunkies“. Sie möchten die Sensation des erfolgreichen Injizierens des Straßenheroins. Es ist hier weniger das Heroin, was verlangt wird, es ist eher das Erleben dieser Sensation, was der Patient eigentlich möchte. Viele dieser Personen sind aber auch Borderliner, die ein Schmerzerleben brauchen, um sich selber zu spüren. Andere Patienten vermissen in der Praxis das Leben in der Szene; sie benötigen so etwas wie eine „Opiumhöhle“, in der sie quasi wie am Lagerfeuer mit ihren Freunden den Rausch erleben können. Ein solches Szenario kann die Praxis natürlich nicht bieten.

Abb. 5: Nicht alle Patienten können in der Diamorphin-Ambulanz gehalten werden.



Einblicke in den Alltag

- **Drop-outs** seit Behandlungsbeginn: **34**
 - **Negative Einflussnahme von Außen** (Kliniken, Szene, Familie)
 - „Wenn Du da drin bleibst, dann verlasse ich Dich...“
 - **Subjektives Empfinden**
 - „Diamorphin hat keine Seele“
 - „Bin ein Laufmitteljunkie“
 - „Bin nicht breit genug“
 - „Will nicht mehr spritzen“

DDA
Düsseldorfer Diamorphin-Ambulanz e.V.

Wieder andere Patienten sind mit der Dosis, die in der Praxis zur Anwendung kommt, nicht einverstanden. Sie haben das Verlangen nach mehr Heroin, um nach dem Setzen der Spritze ausreichend lang genug die Entlastung, das „Breitsein“ zu spüren. Diesem Verlangen kann die Praxis ebenfalls nicht nachkommen.

Ein anderer Teil der Patienten möchte nicht mehr die i.v.-Anwendung. Diesem Personenkreis geht es eher darum, dass die Wirkung nicht sofort eintritt, sondern über einen längeren Zeitraum den Patienten trägt. Das ließe sich mit einer oralen Diamorphin-Applikation realisieren, ist aber in Deutschland derzeit noch nicht erlaubt. Insofern kann die Praxis diesen Patienten nur wenig helfen.

Regelverstöße

Regelverstöße kommen immer wieder vor. Fast jeder Patient versucht gelegentlich, etwas „Stoff“ aus der Praxis herauszuschmuggeln, um ihn auf dem Schwarzmarkt verkaufen zu können. Wenn dies erfolgreich ist, scheint der Kick über diesen Erfolg übermächtig zu sein, so dass

das Verlangen nach einem erneuten erfolgreichen Schmuggeln zu groß wird, um ihm widerstehen zu können. Die Mitarbeiter der Praxis sehen das sportlich und versuchen, alle Tricks im Keim zu ersticken und immer ein wenig pfiffiger zu sein, als die Patienten. Das gelingt auch sehr häufig. Aufgrund eines Regelverstoßes wird niemand aus dem Programm rausgeworfen, denn es gehört zum Krankheitsbild dazu, dass die Patienten für sich möglichst häufig einen besonderen Benefit erleben müssen. Eine Kapsel Substitol® kann auf dem Schwarzmarkt für 20 bis 40 Euro verkauft werden, sodass der Anreiz für viele zu groß ist, es nicht wenigstens zu versuchen, eine Kapsel aus der Praxis mitgehen zu lassen. Wenn sie in der Praxis erwischt werden, reagieren die meisten Patienten allerdings verständnisvoll, so dass die Situation meist nicht eskaliert.

Auch mit verbalen Ausfällen der Patienten muss in Einzelfällen gerechnet werden. Fast immer gelingt es dann den Praxismitarbeitern, die Situation zu deeskalieren. Auch solche Patienten werden, wenn immer es geht, in der Praxis gehalten und weiterhin substituiert.

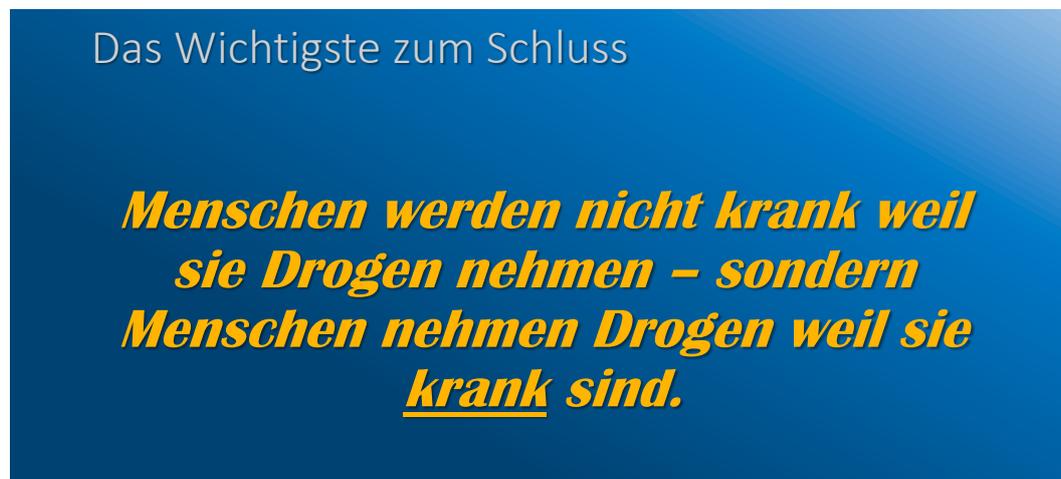
Manchmal kommt es vor der Praxis auf der Straße zu Gruppenbildungen, was von den Nachbarn der Praxis nicht gern gesehen wird. Die Praxismitarbeiter wirken auf die Patienten ein, eine solche Gruppenbildung zu unterlassen, aber dies gelingt nicht immer. Dies ist auch immer eine Gradwanderung, denn wesentlich für den Erfolg der Therapie ist das Vertrauensverhältnis zu den Patienten. Sofern die Situation für die Nachbarn nicht mehr hinnehmbar ist, wird von ihnen, nicht von den Praxismitarbeitern, die Polizei oder das Ordnungsamt gerufen und die Situation bereinigt.

Eine Diamorphin-Therapie wird häufig mit einem anderen Opioid kombiniert, meist mit retardiertem Morphin oder Methadon. Welches zusätzliche Substitut eingesetzt wird, muss mit dem Patienten individuell geklärt werden. Manche kommen nur mit dem retardierten Morphin klar, andere nur mit Methadon. Allerdings muss immer mit Nebenwirkungen gerechnet werden, insbesondere mit Obstipation, mit anhaltendem Kopfschmerz und mit trockener Haut.

Vorteile für Patienten

Die Vorteile der Therapie liegen für die Patienten auf der Hand. Von besonderer Bedeutung ist die Chance für den Patienten, sich dem kriminellen Milieu zu entziehen und den täglichen Stress zu vermeiden, auf dem Schwarzmarkt der nächsten Dosis nachzujagen. Wichtig ist für viele zudem, dass sie mit der Therapie eine Tagesstruktur bekommen, die für ihr Gleichgewicht und für ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben notwendig ist. Viele erleben es als positiv, wenn sie seit langem erstmals wieder ihre Angelegenheiten selber regeln können. Von Bedeutung ist auch, dass sie wieder Geld für andere Dinge einsetzen können und nicht für den Bezug illegaler Drogen.

Abb. 6: Wesentlich für die Mitarbeiter der Diamorphin-Ambulanz ist die Akzeptanz der Suchtbehandlung als Behandlung einer Erkrankung



Nicht wenige Patienten wünschen sich auch die orale Einnahme von Diamorphin, so wie es in der Schweiz schon möglich ist, in Deutschland jedoch (noch) nicht. Das hätte vor allem für diejenigen Vorteile, die nicht mehr jeden Tag die i. v.-Applikation benötigen und wie andere chronisch Erkrankte auch ihre Arzneimittel oral einnehmen.

Für viele Patienten ist es auch sehr wichtig, dass sie endlich in Ruhe gelassen werden und nicht mehr auf der Straße nach dem Heroin suchen müssen. Gerade die älteren Patienten sind oftmals durch alle sozialen Netze gefallen und haben nur noch selten Pläne, am Arbeitsleben teilzunehmen oder andere Ziele zu verwirklichen. Sie wollen nur in aller Ruhe ihr Leben leben.

Aus der Diskussion

Nach Ihrer Darstellung ist die Diamorphin-Substitutionstherapie ein überzeugender Ansatz, um den suchterkrankten Menschen zu helfen. Zudem scheinen das ganze Verfahren in der Praxis sowie die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften nicht übermäßig schwer zu sein. Es stellt sich die Frage, warum dieser Therapieansatz nicht häufiger von den Ärztinnen und Ärzten angeboten wird.

Plattner: Man darf den Aufwand nicht unterschätzen, der mit dem Betrieb einer Diamorphin-Ambulanz verbunden ist. Man muss über 365 Tage im Jahr die Praxis mit ausreichend Personal führen und die besonderen Bestimmungen der Substitutionstherapie einhalten. Außerdem müssen mindestens sieben Mitarbeiterinnen in Vollzeitstellung beschäftigt werden, um an allen Tagen die Leistungen erbringen zu können. Das führt dazu, dass die Ärzte, die eine solche Praxis führen, gleichzeitig sehr viel mehr unternehmerisch tätig sein müssen, als niedergelassene Ärzte in „normalen“ Praxen. Viele Ärzte sind dazu aber nicht bereit. Hinzu kommt, dass ausreichend Raum angemietet werden muss, was aber wiederum ein Kostenrisiko sein kann. Außerdem sind die übrigen Substitutionsärzte nicht bereit, den ein oder anderen Patienten in die Diamorphin-Ambulanz zu überweisen aus Angst, dadurch diese Patienten zu verlieren: Insofern ist

es am ehesten die Angst vor dem finanziellen Risiko, die die Ärzte daran hindert, eine Diamorphin-Ambulanz zu eröffnen.

Am einfachsten wäre es doch dann, die finanzielle Situation der Diamorphin-Ambulanzen zu verbessern.

Plattner: Sicherlich wäre es ein Ansatz, die Kostensicherheit für die Diamorphin-Ambulanzen zu erhöhen. Aber es lassen sich auch andere Wege aufzeigen. So könnten bspw. die Anforderungen für die Lagerungsbedingungen abgesenkt werden. Es müsste doch eigentlich ausreichen, wenn Heroin in einem regulären BTM-Tresor gelagert wird, wie es auch in der Schweiz gemacht wird, ohne dass dort mehr eingebrochen würde als bei uns in Deutschland. Die Düsseldorfer Diamorphin-Ambulanz verfügt dagegen über einen Hochsicherheitsraum, an den höhere Anforderungen gestellt wurden, als Banken sie einhalten müssen. So etwas zu bauen, kostet natürlich sehr viel Geld und schreckt andere Ärzte ab.

Angesichts der vielen Patientinnen und Patienten, die Sie betreuen, fallen große Mengen an Betäubungsmitteln an. Zu- und Abgänge müssen dokumentiert werden. Ist dies nicht ein riesiger Aufwand?

Plattner: Ja, der Aufwand ist sehr groß, und die Dokumentation gehört auch zu den Punkten, die die übrigen Ärzte abschreckt. In der Düsseldorfer Praxis wurde eine elektronische Lösung gefunden, die eine weitgehend reibungslose Dokumentation mit vertretbarem Aufwand ermöglicht.

Lassen Sie uns mal in die Zukunft schauen. Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Diamorphin-Vergabe in Zukunft entwickeln. Wenn man sich die bisherige Entwicklung anschaut, dann hat sich ja schon eine Menge verändert. Insofern könnte man vielleicht davon ausgehen, dass in naher Zukunft die Diamorphin-Behandlung noch problemloser organisiert werden wird.

Plattner: Man darf nicht vergessen, Diamorphin ist ein sehr potentes Psychopharmakon. Alkohol ist dagegen ein Gift, das immer zu körperlichen Schäden führt. Je nach Menge mal mehr oder weniger. Das ist beim Heroin nicht der Fall. Außer der schnellen Abhängigkeit finden Sie beim Heroin kaum vergleichbar ernsthafte, toxische Nebenwirkungen wie beim Alkohol. Beim Heroin ist es eine Frage der Dosierung. Aufgrund der Vorkommnisse in den USA ist Diacetylmorphin in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts in die Illegalität verbannt worden. Leider wird dies bis heute nicht hinterfragt. Wenn man den Stoff heute noch nicht kennen würde und eine Firma würde dieses Arzneimittel in entsprechend niedriger Dosierung neu auf den Markt bringen, hätte man ein Arzneimittel, das bei einer Menge von Indikationen aus der Hand eines Psychiaters als Therapeutikum eingesetzt werden könnte. Von daher vermute ich mal, dass wir in Deutschland in etwa vierzig Jahren Diacetylmorphin ganz normal als Arzneimittel bei verschiedenen psychiatrischen Indikationen einsetzen werden, vielleicht sogar ganz normal auf einem einfachen Rezept. Es war eine politische Entscheidung, das Arzneimittel in die Illegalität zu treiben. Die Abhängigkeit ist ein Problem, aber wie auch der Diabetiker von seinem Insulin abhängig ist, so kann auch der Heroinabhängige dauerhaft mit Diacetylmorphin therapiert werden. Wenn man Insulin vergleichbar dem Heroin vom Markt verbannen würde, würde man einen weit größeren Schwarzmarkt generieren, denn ein Diabetiker, der sein Insulin nicht

bekommt, kann über Nacht versterben, eine Heroinsüchtiger nicht. Für Insulin in der Illegalität würden weit mehr Morde vorkommen als heute für Heroin. Deswegen ist es sinnvoll, Heroin aus der Illegalität herauszuholen. Wenn man dann noch weiß, dass die heute gängigen Substitutionsmittel Methadon und Polamidon aufgrund ihrer vielfältigen, teils lebensbedrohlichen kardialen Nebenwirkungen KEINE Zulassung als Medikament mehr erhalten würden und lediglich aufgrund ihres günstigen Preises und einer langen Tradition zu Unrecht als „Goldstandard“ angesehen werden, erübrigt sich eigentlich jede weitere Diskussion.

In der Schweiz ist die Take Home-Vergabe auf drei Heroin-Tabletten begrenzt. Wenn die Schweizer uns soweit voraus sind, wieso besteht dann diese Begrenzung?

Plattner: Die Schweizer Ärzte dürfen den Patientinnen und Patienten tatsächlich Heroin nur für drei Tage mitgeben. Dieses Heroin ist retardiert. Damit haben einige Suchterkrankte aber ein Problem, weil das Arzneimittel nicht schnell genug anflutet. Diesen Betroffenen ist der Kick einmal oder zweimal am Tag immens wichtig. Das wird mit den Tabletten nicht erreicht. Deswegen werden die Tabletten zerkleinert und geschnieft. Das war der Hauptgrund, die Take Home-Mitgabe auf drei Tage zu begrenzen. Man muss also noch einen Schritt weitergehen, als dies die Schweizer tun. Man muss sich klar machen, dass die Historie der Suchterkrankten in den allermeisten Fällen so dramatisch ist, wie man es sich als Nicht-Betroffener nicht vorstellen kann. Das Abrutschen in die Sucht ist die Folge von Katastrophen auf dem Lebensweg dieser Menschen. Deswegen werden die täglichen Kicks notwendig. Das Recht auf Rausch ist für die Heroin-Abhängigen elementar. Wer diesen Menschen helfen will, muss dies zunächst einmal akzeptieren.

Während Ihres Vortrags haben Sie darauf hingewiesen, dass nur selten Methadon substituierende Ärzte Patienten in die Diamorphin-Ambulanz überweisen. Wird denn der umgekehrte Weg gegangen, also werden Heroin-Substituierte unter bestimmten Voraussetzungen auf Methadon oder Polamidon umgestellt und können dann von anderen Praxen versorgt werden?

Plattner: Das kommt so gut wie nie vor. Methadon und Polamidon wurden in den dreißiger Jahren, als das Nazi-Deutschland isoliert war und kein Rohopium mehr beziehen konnte, im Auftrag der Regierung entwickelt. Man wollte ein möglichst langwirksames Opiod zur Schmerzbehandlung in den Lazaretten verfügbar haben. Mit diesem Ziel wurden diese beiden Stoffe auf den Markt gebracht. Es fehlt aber das schnelle Anfluten, was den Heroin-Abhängigen so immens wichtig ist. Deshalb wird es nur selten gelingen, Patienten von Heroin auf die alleinige Gabe von Methadon oder Polamidon umzustellen.

Wie gehen Sie mit dem Benzodiazepin-Beigebrauch um? Viele Patienten werden sicherlich auch bei Ihnen Diazepam und andere Benzodiazepine einnehmen.

Plattner: Benzodiazepine werden auch in unserer Diamorphin-Ambulanz verordnet. Dann allerdings ist Voraussetzung, dass der Patient vorab bei unserem Psychiater war und dort eine eindeutige Diagnose gestellt wurde. Sonst gibt es kein Benzodiazepin. Es kann aber auch sein, dass ein Suchtpatient, der bereits bei Aufnahme in die Diamorphin-Ambulanz von Benzodiazepinen abhängig ist, einer Benzodiazepin-Entzugsbehandlung zugänglich ist. Dann raten wir zu dieser Behandlung und schicken ihn zum Entzug oder zum Teilentzug.

Bei uns wird übrigens auch Ritalin verordnet. Denn viele unserer Patienten sind auch kokain-süchtig. Da sie im Lauf ihrer langen Suchtkarriere schon sehr viel Kokain konsumiert haben, ist für diese Patienten Kokain notwendig, um „runter“ zu kommen. Deshalb haben wir mit Ritalin ähnlich guten Erfolg wie bei der Behandlung von ADHS-Patienten, soweit sie eindeutig als ADHS-Patienten erkannt wurden.

Bisher wird immer davon ausgegangen, dass ein Heroinsüchtiger im Laufe der Zeit immer höhere Dosen braucht, um den notwendigen Kick zu bekommen. Ist das auch in der Diamorphin-Ambulanz so der Fall?

Plattner: Wenn ein Patient neu in die Diamorphin-Ambulanz kommt, bekommt er zunächst eine Standarddosierung. Dann wird geschaut, welche Wirkung die Dosierung hat. Oftmals muss anschließend langsam höher dosiert werden. Aber wenn man für jeden einzelnen Patienten seine individuelle Dosierung gefunden hat, dann reicht diese auch auf Dauer aus. Nur diese Individualdosierung zu finden ist wichtig. Große schwere Männer können durchaus weniger Diamorphin benötigen als 50 Kilo schwere kleine Frauen. Die Diamorphin-Therapie ist insofern ganz individuell und dann nach der Dosisfindung auch in der Regel in der Dosis konstant.

Versorgung aus Sicht der Betroffenen: Das Selbsthilfenetzwerk JES

Mathias Haede

Mathias Haede aus der Selbsthilfeeinrichtung JES aus Bielefeld berichtet in seinem Beitrag über die Versorgung von suchterkrankten Menschen aus Sicht der Betroffenen, insbesondere die Versorgung im Rahmen der Substitutionstherapie. Haede ist langjähriger Drogengebraucher. Seit 1991 ist er aktiv in der Selbsthilfeeinrichtung JES und arbeitet seit 2017 im Bundesvorstand dieser Organisation.

Übersicht über das Netzwerk JES

Das Akronym JES steht für Junkies, Ehemalige und Substituierte. Es handelt sich um ein bundesweites Netzwerk von Gruppen, Vereinen, Initiativen und Einzelpersonen, die sich auf Bundesebene für die Interessen und Bedürfnisse Drogen gebrauchender Menschen einsetzen. Hier können sich alle Menschen engagieren, die Drogen konsumieren, konsumiert haben oder substituiert werden. Die Zusammenarbeit beruht auf den Prinzipien Freiwilligkeit und Solidarität.

Der Name JES ist vom englischen Wort „YES“ abgeleitet. Die Selbsthilfeeinrichtung stellte seine Arbeit zunächst unter das Motto JUST SAY JES. Die war die Antwort auf den Slogan „Just say NO“, den Nancy Reagan (die Frau des damaligen Präsidenten der USA) im „Krieg“ gegen Drogen geprägt hatte.

JES wurde 1989 gegründet, die Organisation ist die Interessenvertretung für die Konsumenten illegaler Drogen und in dieser Form weltweit einmalig. JES betreibt einerseits klassische Selbsthilfearbeit und organisiert politische Aktivitäten auf Landes- und Bundesebene.

Der Bundesverband umfasst derzeit 30 Gruppen, die unterschiedlich groß sind. Die Zahl schwankt, da immer mal wieder neue Gruppen hinzukommen oder andere Gruppen den Verband verlassen. Selten besteht eine Gruppe aus weniger als 10 Personen. Im Verband sind zudem Einzelkämpfer vertreten, die sich keiner Untergruppe angeschlossen haben. Die genaue

Beschreibung der gesamten Organisation findet sich in der Fredersdorf-Studie aus dem Jahr 2002.¹ In dieser Studie wurden verschiedene Selbsthilfegruppen für Suchterkrankte verglichen; die Ergebnisse für JES fielen sehr positiv aus.

Zwei Vertreter von JES sitzen auf der Seite der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), um dort die Position der Suchterkrankten zu vertreten. Weiterhin ist die Organisation im Gesundheitsausschuss des Bundestages bei den Anhörungen vertreten, die die Drogenselbsthilfe betreffen. Neben JES sind natürlich auch andere Organisationen vertreten, wie bspw. die Vertreter des Cannabiskonsums. Weiterhin darf JES auch im Düsseldorfer Gesundheitsministerium in verschiedenen Arbeitsgemeinschaften mitarbeiten, z. B. hinsichtlich der Frage, wie die Substitutionsbehandlung weiter optimiert werden kann.

Auch an der Überarbeitung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und an den Richtlinien der Bundesärztekammer war JES beteiligt. Viele der eigenen Vorstellungen wurden gleichzeitig von anderen Organisationen eingebracht und konnten auf diese Weise durchgesetzt werden.

Das JES-Netzwerk ist zudem Mitherausgeber des „Alternativen Drogen- und Suchtberichtes“. Diese Publikation wird als Ergänzung des offiziellen Drogen- und Suchtberichts der Bundesregierung betrachtet und wird zeitnah zu diesem veröffentlicht.² Die Publikation wurde von den Medien in den letzten Jahren zunehmend positiver aufgenommen.

Vision e. V. – Verein für innovative Drogenselbsthilfe

Im Februar 1990 wurde VISION e. V. – damals noch unter dem Namen Junkie Bund Köln e. V. – von Bernd Lemke ins Leben gerufen. Der Verein bietet folgende Angebote:

- Verein für innovative Drogenselbsthilfe. Gemeinnütziger Selbsthilfeverein und staatlich anerkannte Drogenberatungsstelle.
- Kontaktladen Kalk – niedrigschwellige Kontakt- und Anlaufstelle in Köln-Kalk.
- Kontaktladen Meschenich – niedrigschwellige Kontakt- und Anlaufstelle in Köln-Meschenich.
- Ambulant betreutes Wohnen nach §§ 53 und 54 SGB XII.
- Substituiertenbegleitung – Psychosoziale Betreuung (PSB) im Rahmen medizinischer Substitutionsbehandlung von Drogenkonsumenten.
- Aufsuchende Arbeit / Streetwork – Hilfe ohne Bedingungen an offenen Szenepunkten.
- Drogen- und Suchtprävention – ehrliche Aufklärung in Schulen, Jugendzentren etc. ohne erzieherischen Anspruch.
- Arbeit und Beschäftigung – (Wieder-)Einstieg ins Erwerbsleben für langzeitarbeitslose Drogengebraucher.
- KISS – Einzel- und Gruppenprogramm zur Kontrolle und Reduzierung des Drogenkonsums.
- Beratung von An- und Zugehörigen – Erfahrungsaustausch, Information und Aufklärung für nahe stehende Menschen von Drogengebrauchern.

¹ Fredersdorf F (2002): Verantwortung leben. Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland. Neuland Verlag. Geesthacht 2002.

² akzept e. V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe, JES Bundesverband (Hrsg.)

³ Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016. Lengerich 2016. Pabst-Verlag, unter: http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2016/06/ADSB2016_Bericht.pdf (Abruf: 05.002.2019).

Den Hintergrund für die Vereinsgründung bildeten ebenso eigene Lebenserfahrungen wie die Tatsache, dass Drogengebraucher in hohem Maße von HIV/AIDS betroffen waren. Ein ausschließlich auf Abstinenz ausgerichtetes Drogenhilfesystem, sowie Erfahrungen und Kenntnisse, die im Rahmen ehrenamtlicher Mitarbeit in regionalen AIDS-Hilfen und in Kontakten mit der Deutschen AIDS-Hilfe gewonnen wurden, gaben den letzten Ausschlag. Die Vereinsgründung bildete die Basis für einen kontinuierlichen Auf- und Ausbau des Vereins, welcher nach harter Arbeit im Mai 2002 zur Anerkennung als staatliche Drogenberatungsstelle (nach § 53 Abs. 1,3b der StPo und § 203 Abs. 1,4 StGb) führte.

VISION e. V. hat seine Wurzeln in der akzeptierenden Selbsthilfe und ist dieser Grundidee bis heute in besonderem Maße verbunden. Einen großen Teil der Engagierten und Mitarbeiter eint eine Lebensgeschichte, in der Drogen eine Zeitlang eine zentrale Rolle spielten. Dies macht die Einrichtung einzigartig und lässt im Kontakt zu den Nutzern der Angebote viele Erklärungen überflüssig werden.

Die Kontakt- und Beratungsstelle von VISION e. V. wird fast ausschließlich über kommunale Fördergelder der Stadt Köln finanziert. Die breite Angebotspalette lässt sich jedoch nur durch das Arbeitsprojekt und ehrenamtlich Engagierte aufrechterhalten. Zudem ist man stets auf Sach- und Geldspenden angewiesen, um weitere innovative Projektideen umsetzen.

Es wird versucht, dass möglichst viele Suchterkrankte mitarbeiten und sogar fest angestellt werden. Das gelingt leider nicht immer, sodass auch „Profis“, also bspw. fertig ausgebildete Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, eingestellt werden müssen.

Gedenktag 21. Juli

Der zentrale Gedenktag für JES ist der 21. Juli eines jeden Jahres. Seit 1998 wird an diesem Tag in ca. 70 Städten an die Toten durch Drogengebrauch erinnert. Zum Teil werden Andachten abgehalten, wie z. B. in Wuppertal.

Abb. 1: Gedenktag 21. Juli in Wuppertal. Die Veranstaltung wird u. a. von JES und den Blaukreuzlern durchgeführt und soll der verstorbenen Drogengebraucher gedenken.



Der Tag wird aber auch als zentraler Tag für politische Aktionen genutzt, um auf die Anliegen der Drogenabhängigen hinzuweisen und weitere Schritte zur Verbesserung der Drogenpolitik durchzusetzen. Die jetzige Drogenpolitik ist zu restriktiv und führt nur zur Kriminalisierung der Drogengebraucher. Damit aber steigt die Gefahr, dass sie in kriminelle Milieus abrutschen, in denen sie immer weiter verelenden, riskante und verunreinigte Drogen konsumieren und letztlich viel zu früh versterben.

Zur Vorbereitung des Gedenktages treffen sich Aktive und auch Eltern verstorbener Drogengebraucher in Königswinter, um den Gedenktag vorzubereiten und die politischen Losungen des Jahres festzulegen.

Fortbildungsangebote von JES

JES bietet regelmäßig Fortbildungen an, um das erarbeitete Wissen weiterzugeben. Besonderes Interesse weckt das Einsteiger-Seminar, das den Neueinsteigern ermöglicht, Hilfen zu bekommen. Zudem bietet sich hier der Austausch über die Möglichkeiten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nicht alle Neueinsteiger bleiben dabei und engagieren sich später bei JES, aber es finden sich doch immer wieder Interessierte, die die Arbeit bei JES unterstützen.

Mit KISS gibt es ein Training zum kontrollierten Drogenkonsum. Bereits mehrere Mitglieder von JES haben eine Ausbildung zu Trainern im Zuge von Seminaren durchlaufen.

Weiterhin wird jährlich ein gemeinsames Treffen von JES mit dem Verband der Eltern verstorbener drogenabhängiger Menschen organisiert. Hinzu kommen Veranstaltungen zu Hepatitis C-Erkrankungen. Letztere waren notwendig geworden, da sich die Behandlung in der letzten Zeit stark verändert hatte und die Betroffenen über die neuen Möglichkeiten aufgeklärt werden mussten.

Publikationen

Ein wichtiges Medium für die Arbeit von JES ist die viermal im Jahr erscheinende Zeitschrift „Drogenkurier“. Darin finden sich u. a. viele Informationen der Deutschen Aidshilfe, wo die Zeitschrift von JES Redakteuren auch zentral erstellt wird. In der Publikation finden sich zudem viele Informationen für Drogengebraucher und deren Angehörige sowie die Berichte aus den einzelnen lokalen oder regionalen Gruppierungen.

Die Zeitschrift wird durch Pharmawerbung finanziert, wobei in erster Linie die Hersteller von Substitutionsmitteln die Werbungen schalten. Natürlich bemühen sich die Herausgeber darum, dass die Werbung nicht zu sehr dominiert. Selbstverständlich wurden die Herausgeber dafür schon kritisiert, aber bislang fehlen die Mittel, um die Zeitschrift ohne diese Unterstützung herauszugeben. Die Veröffentlichung in Form einer Loseblattsammlung, wie es früher der Fall war, ist heute keine Option mehr.

Neben der Zeitschrift erstellte JES auch einen Film mit dem Titel „Ein Tag im Leben“. Dazu heißt es auf der Website von JES: „Der Film führt durch einen Tag im Leben von sieben Menschen aus sieben Städten in sieben verschiedenen Ländern der Welt, vom Morgen bis in die Nacht. Sie alle gebrauchen Drogen, aber sie definieren sich nicht darüber. Sie sind einzigartige

Persönlichkeiten, haben ihre eigenen Geschichten und ihre eigenen sozialen Netzwerke. Das Umfeld, in dem sie leben, die Haltungen ihnen gegenüber, die Gesetze rund um den Drogenkonsum und die Gesundheitsdienste, die ihnen zur Verfügung stehen, haben einen enormen Einfluss auf ihr Leben. Dieser Film über Menschen, die Drogen gebrauchen, wurde von Menschen produziert, die selbst auch Drogen gebrauchen.

Abb. 2: „in Tag im Leben“. Von JES produzierter Film über das Leben von sieben Menschen in sieben Ländern



Der Film will Mythen und Vorurteile gegenüber Drogen und Drogengebraucherinnen abbauen. Er gibt jenen eine Stimme, die zu den am stärksten an den Rand gedrängten Gruppen der Welt gehören, damit sie ihre bislang nicht erzählten Geschichten über Liebe, Hass, Leiden und auch Glück erzählen können. Er zeigt, wie sie sich sozial und politisch engagieren, um das Schweigen zu brechen und die Stigmatisierung zu bekämpfen, die tiefe Schatten auf ihr Leben wirft.

Der Film wurde von Drogengebraucherinnen und Menschenrechtsaktivistinnen aus sieben Städten auf der ganzen Welt produziert. Sie sind Mitglieder des Netzwerks „f1.4 Video for Drug Policy Reform Network“ der Rights Reporter Foundation.“³

³ JES Bundesverband (2016): A Day in the Life / Ein Tag im Leben. Ein Film von Drogengebrauchern mit Drogengebrauchern, unter: <http://www.jes-bundesverband.de/> (Abruf: 05.002.2019).

Abb. 3: Der JES-Bundesverband erstellt verschiedene Publikationen, um die Gefahren bei der Nutzung von Drogen zu reduzieren, hier: die Fentanyl-Broschüre.



Weiterhin bringt JES eine Broschüre zur Minimierung des Fentanyl-Gebrauchs heraus. Fentanyl wird in Nordrhein-Westfalen zwar nicht so häufig konsumiert, aber in anderen Bundesländern, insbesondere in den südlichen und östlichen Bundesländern ist dies ein wichtiges Thema.⁴ In dieser Broschüre wird aufgezeigt, auf welche Risiken beim Gebrauch von Fentanyl zu achten ist.

Ein zusätzliches wichtiges Medium ist der Flyer „Empfehlungen zum Umgang mit Substitutionsmitteln im Haushalt mit Kindern und Jugendlichen“. Nachdem vor einiger Zeit ein Kind in einem Bremer Haushalt umgekommen war, weil es nicht ausreichend gesicherte Substitutionsmittel aus Versehen eingenommen hatte und dieser Fall große Öffentlichkeitsresonanz zeigte, beschloss der JES-Bundesverband, diesen Flyer zu produzieren. Darin wird dargestellt, warum die richtige Lagerung von Betäubungsmitteln unter Verschluss so wichtig ist, und was getan werden kann, damit Kinder und Jugendliche nicht Gefahr laufen sich mit diesen Mitteln zu vergiften. Der Flyer hat großen Absatz gefunden und ist inzwischen in der zweiten Auflage erschienen.⁵

⁴ JES Bundesverband (2017): Fentanyl. Minimierung von Risiken. Aktualisierte Fassung 2017/2018, unter: http://www.jes-bundesverband.de/fileadmin/user_upload/PDF/Medien/JES_Fentanyl-Booklet-2017_web.pdf (Abruf: 05.002.2019).

⁵ Vision e. V. (2018): Empfehlungen zum Umgang mit Substitutionsmitteln im Haushalt mit Kindern und Jugendlichen, unter: https://www.vision-ev.de/wp-content/uploads/2012/11/jes_broschuere_kinder.pdf (Abruf: 05.002.2019).

Abb. 4: Mit dieser Broschüre wird versucht, Gefahren im Haushalt mit Kindern zu minimieren und die Lagerung der Betäubungsmittel unter Verschluss durchzusetzen.



JES-Landesverband Nordrhein-Westfalen

Der JES-Landesverband ist im Land Nordrhein-Westfalen und auf Bundesebene sehr aktiv. Bereits vor 2005 und erneut nach 2015 wurde der Landesverband durch das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium finanziell gefördert, was für die Arbeit des Verbandes immens wichtig ist. In der Zwischenzeit von 2005 bis 2015 erfolgte keine Förderung, sodass die Arbeit stark reduziert werden musste und die Zahl der mitmachenden Gruppierungen zurückging. Mit der neuen Förderung ist der Wiederaufbau der Gruppen in Angriff genommen worden.

Eine wichtige Aktion des NRW-Landesverbandes ist das Training der Menschen in der Szene mit dem Umgang mit Naloxon. Bei Notfalleinsätzen, bei denen Drogen in Überdosierung konsumiert worden waren, hatten einige Drogengebraucher beobachtet, dass die Sanitäter Infusionen einsetzten, um die Betroffenen zu stabilisieren. Fälschlicherweise hatten die Beobachtenden geschlussfolgert, die dabei eingesetzte Kochsalzlösung werde als stabilisierendes Gegenmittel verwendet. Auf diese Art und Weise hatte sich in der Szene die Meinung durchgesetzt, Kochsalzlösung könne gegen Überdosierung helfen. Das ist natürlich nicht richtig. Stattdessen soll das JES-Training das Wissen vermitteln, dass bei Überdosierung Naloxon als Opioid-Antagonist anzuwenden ist. Die Drogengebraucher lernen in den Trainings die richtige Anwendung dieses Arzneimittels. Der Missbrauch von Naloxon ist ausgeschlossen, da der Stoff nur die Opiode an den Rezeptoren verdrängt, ohne eine eigene Rauschwirkung zu vermitteln.

Ursprünglich war das Training von „Fixpunkt Berlin“ entwickelt worden und wird jetzt durch den JES Landesverband in vielen Städten in NRW angeboten.

Abb. 5: Mit den Spritzenautomaten sollen die Drogengebraucher die Möglichkeit erhalten, die Anwendung der Drogen zur Injektion hygienisch so sicher wie möglich zu machen.



Der JES-Landesverband NRW bietet zudem sogenannte CarePacks an. Das sind Sets für den sicheren Gebrauch von Drogen zur Injektion. Das Set enthält alles, was der User zum risiko-reduzierten Gebrauch der Drogen benötigt. Bei den Spritzenautomaten müssen zwei unterschiedliche Pakete zu je 50 Cent erworben werden, um das komplette Set zu erhalten. In den Automaten war aus Kostengründen keine vereinheitlichte Packung zu realisieren, was in der Szene aus gutem Grund kritisiert wird.

Substitution

In den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde Heroin als Rauschmittel verstärkt genutzt. Der nach dem Rausch folgende Entzug konnte mit Substitution, die es damals noch nicht gab, nicht bekämpft werden. Deshalb blieb den Drogengebern nur die Möglichkeit, mit allen Mitteln an neuen Stoff zu kommen. Apothekeneinbrüche und Überfälle kamen vor, aber auch Fahrten in die Niederlande wurden durchgeführt, wo es leichter war „beim Chinesen“ an die notwendigen Mittel heranzukommen.

Erleichterung brachte auch das Arzneimittel Valoron® mit dem Wirkstoff Tilidin, das damals noch nicht den Antagonisten Naloxon enthielt. Es war allerdings nicht einfach, die Ärzte von der Verordnung von Valoron® zu überzeugen. Deswegen wurden oft andere Personen vorgeschickt, die starke Schmerzen vortäuschten, um Valoron® verordnet zu bekommen.

In den 80er und 90er Jahren kam die sogenannte „graue“ Substitution mit Dihydrocodein in Mode. Zunächst wurde versucht Remedacen® Kapseln zu erhalten, später war es der DHC-Saft. Es war allerdings nicht einfach, Apotheken zu finden, die willens und/oder in der Lage waren, diesen Saft anzurühren. Die Substitutionsmittel mussten von den Drogengebern voll- kommen selbst bezahlt werden, da es eine Kostenübernahme seitens der Krankenkassen nicht gab. Im Jahr 1998 wurde Dihydrocodein (DHS) unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt und war insofern nicht mehr verfügbar.

Die Substitutionstherapie mit Methadon wurde zunächst in den USA in den siebziger Jahren vereinzelt durchgeführt. In Deutschland dauerte es noch bis in die neunziger Jahre, bis Methadon als Substitutionsmittel langsam akzeptiert wurde. Denn es tobte gleichzeitig ein Kampf zwischen den Befürwortern der Abstinenzstrategie und den Befürwortern einer Substitutionstherapie. Bis heute hört man in Diskussionen über die Weiterentwicklung der Substitutionstherapie den alten Streit immer wieder durch.

Im Jahr 2016 veröffentlichte JES im Drogenkurier Ergebnisse einer selbst durchgeführten Befragung bei ca. 800 Drogengebern.⁶ Darin zeigte sich als Ergebnis, dass folgende Substanzen in der Substitutionstherapie eingesetzt werden:

- Methadon / Levomethadon 79 %
- Buprenorphin 17,4 %
- Substitol® 2,5 %
- Diamorphin 1,1 %

⁶ Priebe M, Schäffer D (2016): Datenschutz und patient involvement in der Substitutionsbehandlung. Eine Patient_innenbefragung von JES und der Deutschen AIDS-Hilfe. Drogenkurier 2016, Heft 4: 8-10 unter: http://www.jes-bundesverband.de/uploads/media/JES_Drogenkurier_4_2016.pdf (Abruf: 05.002.2019).

Insbesondere bei Substitol® (retardiertes Morphin) muss heute (Mai 2018) von weit größeren Anteilen als 2016 ausgegangen werden.

Besonders positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass sich inzwischen die Akzeptanzstrategie weitgehend durchgesetzt hat. Es lässt sich nicht wegdiskutieren, dass maximal 10% der Opioidabhängigen langfristig abstinent werden können, aber 90% bleiben ihr ganzes Leben lang von Opioiden abhängig und müssen versorgt werden. Hier gibt es keine Alternative zur Substitutionstherapie.

Kritische Anmerkungen

Derzeit stehen 2600 Ärztinnen und Ärzte als Substitutionsärzte zur Verfügung. Auf der anderen Seite müssen ca. 80.000 Suchterkrankte mit Substitutionsmitteln versorgt werden. Damit stehen zu wenige Substitutionsärzte zur Verfügung, was auch im internationalen Vergleich bestätigt wird. Durch den Wechsel in die Rente werden in den nächsten Jahren zusätzlich weniger Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

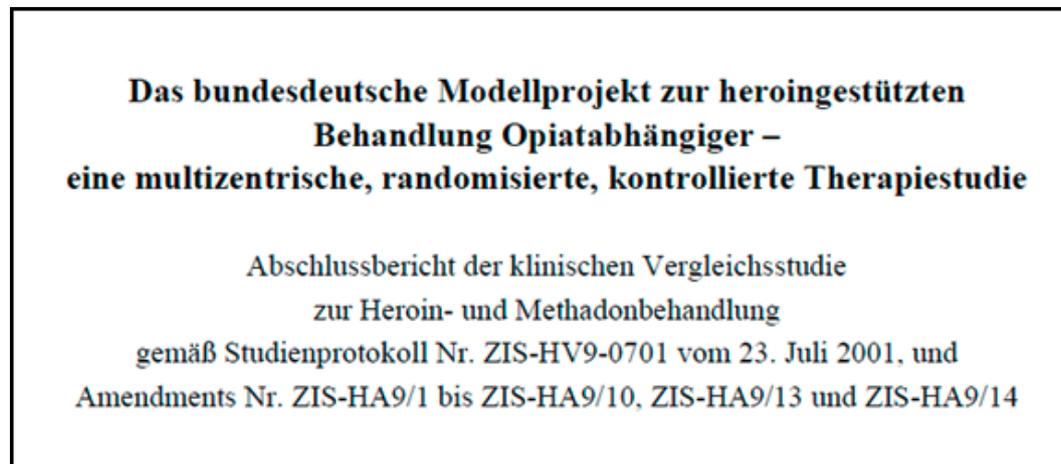
Der Trend geht dahin, dass immer mehr Schwerpunktpraxen entstehen und die Zahl der kleineren Substitutionspraxen abnimmt. Der JES Bundesverband sieht das mit großer Sorge, denn es wäre besser, die Suchterkrankten könnten vor Ort von Hausärzten versorgt werden als nach längeren Anfahrtszeiten in anonymen Großpraxen. Außerdem besteht immer die Gefahr, dass sich vor den Schwerpunktpraxen die Szene versammelt und zum Teil Handel mit anderen Substanzen betrieben wird.

Das Substitutionsmittel Substitol® wird von Ärztinnen und Ärzten nicht gern verordnet, obwohl es für viele Patienten von Vorteil wäre. Denn die Nebenwirkung Schwitzen kommt bei Substitol® seltener vor. Zudem wird es von den meisten Suchterkrankten besser vertragen. Allerdings ist die Therapie mit Substitol® teurer als mit Methadon, weshalb die Krankenkassen den Ärztinnen und Ärzten raten, lieber das alte Methadon zu verordnen. Dies ist eigentlich von Seiten der Patienten nicht zu akzeptieren, denn bei gleichwertigen Arzneimitteln sollte doch normalerweise die Entscheidung des Patienten den Ausschlag geben.

Auch Methadon Tabletten oder Polamidon Tabletten verordnen Ärztinnen und Ärzte nicht gern. Denn es wird immer wieder diskutiert, dass mit diesen Tabletten der Schwarzmarkt profitieren würde. Aus Sicht der Betroffenen sind dies aber nicht gerechtfertigte Befürchtungen, da die Substitutionsmittel von den Suchterkrankten selbst dringend gebraucht werden.

Die Substitution mit Diamorphin sollte aus Sicht der Suchterkrankten weiter endstigmatisiert werden. Denn es handelt sich hier um eine sehr wirksame und nebenwirkungsarme Therapie. Deswegen sollte die Sonderstellung des Diamorphins gegenüber den anderen Substitutionsmitteln nochmals überdacht werden.

Abb. 6: Der Abschlussbericht zur großen Heroinstudie, die die Diamorphin-Substitutionstherapie ermöglichte, ist im Internet frei verfügbar (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)



Zudem konnte man in der großen Heroinstudie nachweisen, dass die Betroffenen unter Diamorphin gut versorgt sind und sogar weniger Alkohol konsumierten.⁷ Gerade der Konsum von Alkohol stellt für viele Methadon-Substituierte ein großes Problem dar; dies könnte man wahrscheinlich eher in den Griff bekommen, wenn verstärkt auf Diamorphin zurückgegriffen werden könnte. Aber derzeit gibt es zu wenige Diamorphin-Ambulanzen, und dann befinden sich diese auch noch in sehr wenigen Städten in Deutschland. Außerdem lässt sich derzeit das Diamorphin in Ermangelung von Zubereitungen für alternative Applikationsformen nur injizieren, was aber bei vielen Suchterkrankten mit schlechten Venen ein großes Problem sein kann.

Ein Ergebnis der bereits angesprochenen Untersuchung von JES aus dem Jahr 2016 rückt den Schutz der persönlichen Privatsphäre in den Fokus. In Arztpraxen werden Datenschutzbelange häufig sehr wenig berücksichtigt. Nicht selten kommt es vor, dass Gespräche zwischen dem Praxispersonal und den Patienten von anderen mitgehört werden können. Außerdem befinden sich bisweilen Kameras auf dem WC, die direkt auf die problematischen Zonen gerichtet sind, um ggf. zu erkennen, ob versucht wird, den Urin auszutauschen, wie dies bei Spitzensportlern gelegentlich beobachtet wird. Solche Situationen stören die Privatsphäre und sollten in Zukunft vermieden werden, zumal es bessere Methoden gibt, um eventuell vorkommenden Betrug zu erkennen. Sicherlich muss man die Ärztinnen und Ärzte verstehen, die sich absichern wollen, dass in ihrer Praxis auch alles mit rechten Dingen zugeht. Aber solche eben genannten Dinge sind nicht notwendig.

Weiterhin wurde in der Befragung moniert, dass die Vergabezeiten in den Arztpraxen zu unflexibel sind und damit die Berufstätigen benachteiligt werden. Die häufigere Take

⁷ Naber D, Haasen C (2006): Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der klinischen Begleitstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll Nr. ZIS-HV9-0701 vom 23. Juli 2001, und Amendments Nr. ZIS-HA9/1 bis ZIS-H9/10, ZIS-H9/13 und ZIS-H9/14, unter: http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf (Abruf: 05.002.2019).

Home-Verordnung würde hier sicherlich weiterhelfen, wird aber von den Ärztinnen und Ärzten abgelehnt – vielleicht auch aus dem Grunde, dass das Honorar mit der Häufigkeit von Kontakten mit dem Patienten verknüpft ist.

In manchen Haftanstalten ist die Therapie der Suchterkrankten ein Problem. Denn die Anstaltsleitungen nutzen zum Teil ihre Macht, die Substitutionstherapie zu verhindern. Das kommt heute zwar nicht mehr so oft vor, aber in den Fällen, in denen die Substitutionstherapie nicht oder nicht ausreichend möglich ist, besteht die Gefahr – so die Erfahrung aus vielen Fällen –, dass der aus der Haft Entlassene durch Überdosierung geschädigt wird, wenn er erstmals wieder in Berührung mit Opioiden kommt.

Ein weiteres Thema, das von Seiten JES kritisch gesehen wird, ist das Thema Behandlungsverträge. Diese Verträge werden zwischen den Suchterkrankten und den substituierenden Ärztinnen und Ärzten geschlossen. JES hat eine Zeitlang diese Verträge gesammelt und ausgewertet. Dabei wurden teilweise nicht zu akzeptierende Bestimmungen gefunden. So wurde bspw. gefordert, in welche Apotheke der Substituierte zu gehen habe, welche Kleidung er zu tragen habe oder an welcher Bushaltestelle er aussteigen müsste. Solche Klauseln in den Verträgen haben JES veranlasst, einen Mustervertrag zu entwickeln. Dabei wurde auch ein Jurist zu Rate gezogen, um den Mustervertrag in eine ordentliche Form zu bringen. Der Mustervertrag wird bald zur Verfügung stehen und soll dann eingesetzt werden. JES erhofft sich dadurch bessere Verträge im Sinne einer höheren Akzeptanz und Wertschätzung der Suchterkrankten.

Ausblick

Mit der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und der Herausgabe der neuen Richtlinien der Bundesärztekammer erwuchs der Bedarf nach Informationen über die neuen Regelungen. JES hat die wesentlichen Informationen in der vierten Ausgabe des Jahres 2017 in der Zeitschrift Drogenkurier zusammengefasst.⁸

⁸ Schäffer D (2017): Substitutionsbehandlung – alles anders, aber auch alles besser? Was bringen die Reformen den Patient*innen? Drogenkurier 2017, Heft 4: 3-6, unter: http://www.jes-bundesverband.de/uploads/media/JES_Drogenkurier_112.pdf (Abruf: 05.002.2019).

Abb. 7: In der Zeitschrift des JES-Bundesverbandes „Drogenkurier“, Ausgabe November 2017, wurden die Neuregelungen, die mit der Änderung der BtMVV in Kraft traten, den Suchterkrankten ausführlich dargestellt.



Sicherlich haben die Neuregelungen für die Drogengebraucher einige Verbesserungen gebracht, das gilt es anzuerkennen. Aber die Änderungen haben auch für die Ärztinnen und Ärzten zu mehr Rechtssicherheit beigetragen. Ganz wesentlich ist, dass der Weg hin zu mehr Akzeptanz der Situation der Drogenabhängigen mit diesen Änderungen weiter gegangen wurde. Wichtig ist auch, dass zum Zeitpunkt des Therapiebeginns zunächst die Stabilisierung des Suchterkrankten anzustreben ist und der Beigebrauch, bspw. mit Straßenheroin, reduziert wird. Wenn überhaupt, sollte erst nach ausreichenden Stabilisierungserfolgen darüber nachgedacht werden, ob eine zukünftige Abstinenz eine realistische Option für den Patienten ist.

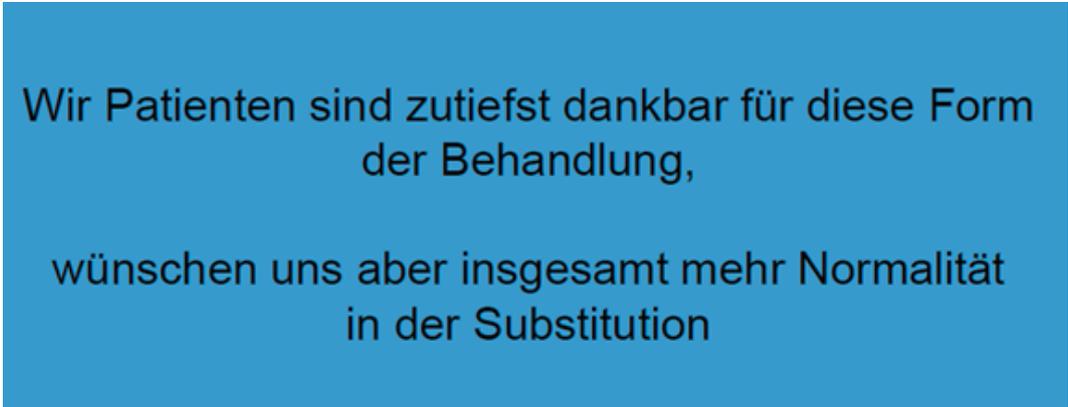
Wichtig ist auch, dass die neuen Regelungen dazu führen können, das Vertrauen zwischen den Ärzten und den Patienten zu stärken. Sicherlich wird es in Zukunft nicht zum Regelfall werden, dass die Suchterkrankten die 30 Tage Take Home-Regelung in Anspruch nehmen können, denn dies soll – zumindest vorerst – die Ausnahme bleiben. Diese Botschaft wird auch von Seiten der Organisation JES den Suchterkrankten vermittelt.

In Zukunft müssen weitere Schritte gegangen werden. Beispielsweise müssen Wege gefunden werden, wie den Menschen, die neben einem Opioidkonsum zusätzlich Kokain nutzen und davon abhängig geworden sind, geholfen werden kann. Im Verband JES ist man sich einig, dass staatlich kontrollierte Abgabestellen hier eine Lösung sein können, um die Betroffenen aus der kriminellen Szene herauszuholen und zu versorgen, damit sie im Laufe der Therapie in ein normales Leben zurückkehren können.

Mit zunehmender Lebenserwartung von Suchterkrankten müssen auch Lösungen gefunden werden, wie die Betroffenen im Falle der Pflegebedürftigkeit versorgt werden können. Hier haben die Änderungen in der BtMVV große Erleichterungen gebracht, denn nun können Suchterkrankte auch in Alten- und Pflegeheimen sowie ambulant zuhause besser und einfacher mit Substitutionsmitteln versorgt werden. Wichtig dabei ist auch, dass das Personal besser als bisher über die Bedingungen der Substitutionstherapie aufgeklärt werden muss und insofern mit einer Verbesserung der Qualität in der Versorgung gerechnet werden kann.

Es gibt zwar auch Suchterkrankte, die auf diese Stütze verzichten können, aber die Psychosoziale Betreuung (PSB) ist für die meisten Substituierten wichtig. Deswegen wird es auch in Zukunft von Bedeutung sein, dass ausreichend gute Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Psychologen für die Suchterkrankten als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Abb. 8: Den Suchterkrankten wird inzwischen eine gute Versorgung ermöglicht, worüber sie fast immer auch sehr dankbar sind. Allerdings sollte in ihren Augen die Versorgung noch mehr als bisher eine Versorgung in entspannter Normalität werden.



Wir Patienten sind zutiefst dankbar für diese Form
der Behandlung,
wünschen uns aber insgesamt mehr Normalität
in der Substitution

Die in der Änderung der BtMVV ermöglichte Betreuung von 10 Substituierten in einer Konsiliararztpraxis statt bisher bei nur drei möglichen Patienten ist sehr zu begrüßen. Diese Regelung kann dazu beitragen, die flächendeckende Versorgung zukünftig zu verbessern. Aber die Ärztinnen und Ärzte müssen in der Fläche auch bereit sein, die Substitution als Konsiliararzt durchzuführen. JES hofft, dass sich schon bald in den Ärztekreisen herumgesprachen haben wird, wie gering der Aufwand ist und wie wenig sich die meisten Substituierten von den übrigen Patienten in ihrem Erscheinungsbild unterscheiden. Zu hoffen ist, dass im Laufe der Zeit die gemachten guten Erfahrungen dazu beitragen, dass sich weitere Ärztinnen und Ärzte dazu entschließen werden, sich zum Substitutionsarzt schulen zu lassen. Denn nur so kann die Versorgung in Zukunft weiter verbessert werden.

Aus der Diskussion

Ab und zu wird diskutiert, ob Menschen, die harte Drogen konsumieren bzw. substituiert werden, auch die Möglichkeit haben, Cannabis verordnet zu bekommen. Wie ist die Situation?

Haede: Nach meiner Kenntnis ist es für Suchterkrankte sehr, sehr schwer, Cannabis verordnet zu bekommen. Ich kenne keinen Fall, bei dem ein Arzt Cannabis verordnet hätte.

Zu Beginn haben Sie den „Alternativen Drogenbericht“ genannt, der u. a. von JES herausgegeben wird. Was ist an dieser Publikation „alternativ“?

Haede: Kernüberzeugung der Herausgeber des Alternativen Drogenberichtes ist die Vorstellung, dass nur eine von Akzeptanz getragene Drogenpolitik in der Lage sein wird, die Kriminalität und das Elend, das heute mit Drogenkonsum verknüpft ist, zu beseitigen. Danach vertreten die Herausgeber den Standpunkt, dass das Konsumieren von Rauschmitteln in allen Gesellschaften vorkommt und die Konsumenten nicht in das kriminelle Milieu abgeschoben werden dürfen. Erst wenn der Konsum als Realität akzeptiert wird, lässt sich auf dieser Grundlage eine vernünftige Präventionsstrategie und wenn notwendig eine erfolgreiche Suchttherapie etablieren. Wesentlicher Baustein einer solchen Strategie ist das sog. „harm reduction“, also das Engagement für eine risikominimierende Strategie beim Konsum von Rauschmitteln.

Auf der anderen Seite richtet der Alternative Drogen- und Suchtbericht den Blick auf die Frage, wie soll mit den suchterkrankten Menschen umgegangen werden, die pflegebedürftig werden und nicht mehr zuhause leben können. Dabei wird die Meinung vertreten, dass Suchterkrankte neben nicht Suchterkrankten gemeinsam in Einrichtungen der Altenpflege untergebracht werden sollten, um eine Ghettoisierung zu verhindern.

Versorgung im Alter: „DAWO“ – „da wo man bleiben kann“

Said Ahmadi

Mit der erhöhten Lebenserwartung Opioidabhängiger und von anderen Substanzen Abhängiger zeigen sich neue Anforderungen an das Gesundheitssystem. Die Versorgung von suchterkrankten Menschen mit Pflegebedarf wird als Aufgabe zunehmend wichtiger. Darauf ist die Gesellschaft aber derzeit nicht hinreichend vorbereitet. Wie sollte die Pflege von älteren Suchterkrankten erfolgen? Welche besonderen Anforderungen gilt es zu erfüllen? Derzeit gibt es keine Vorgaben und nur sehr wenige spezialisierte Einrichtungen.

Im Folgenden soll der Pflegealltag mit Suchterkrankten in einer Pflegeeinrichtung aus Sicht der Pflegedienstleitung dargestellt werden. Dabei muss auf die besonderen Anforderungen hingewiesen werden, die an eine pflegerische Betreuung von suchterkrankten, älteren Patienten gestellt werden. Wichtig ist auch, darüber zu diskutieren, ob für diese Anforderungen spezialisierte Einrichtungen für suchterkrankte Ältere notwendig sind, oder ob auch nicht spezialisierte Einrichtungen zur angemessenen Pflege in der Lage sind.

Oranienhof und der Bereich „Meilenstein“

Der Oranienhof, seit 1984 Senioren- und Pflegeeinrichtung in Köln, beherbergt Menschen mit „verschiedensten Biografien¹“. Es leben „Jüngere und Ältere, Singles und Paare, Mann und Frau“ zusammen und „gestalten gemeinsam ihren Lebensalltag“. Spezialisiert auf suchtkranke Menschen ist die Einrichtung nicht.

Neben dem Oranienhof entstand 1998 „Meilenstein“ nach Einführung der Wiedereingliederungshilfe auf der Grundlage von § 53, SGB XII. Mit 20 Wohnplätzen ist es eine Einrichtung zur

¹ Website der Einrichtung „Oranienhof“: <http://www.oranienhof-koeln.de/deroranienhof.php> (Abruf: 07.01.2019).

Wiedereingliederungshilfe chronisch suchtkranker Menschen. Es ist ein selbstständig geführter Bereich im Oranienhof.

Die pflegerische Arbeit mit Suchterkrankten wurde in der Öffentlichkeit anfangs skeptisch beurteilt. Das hat sich inzwischen verbessert.

Das gesellschaftliche Meinungsbild zum Oranienhof ist kontrovers. Manche unterstützen den pflegerischen Ansatz, andere lehnen ihn ab. Jedoch ist durch die transparente Darstellung dessen, was im Oranienhof geschieht, die Wahrnehmung der Einrichtung mittlerweile positiver geworden.

Oranienhof hat in Zusammenarbeit mit der katholischen Hochschule an vielen Forschungsprojekten, wie beispielweise „SANOPSA“ teilgenommen, ebenso wie an vielen Case Management-Projekten. Aus dem Projekt SANOPSA entstanden Pflegehandlungsempfehlungen unter Berücksichtigung von legalen Substanzen und ein Pflegekonzept für den Bereich illegale Substanzen.² Dies wurde anschließend in der Praxis erprobt.

Die Pflegeeinrichtung profitiert im Besonderen von der Teilnahme an Projekten. Sowohl die stetige Einbeziehung von aktuellen theoretischen Erkenntnissen, als auch die externe Validierung der Pflegearbeit tragen zu einer Verbesserung der Versorgung bei. Die gute Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen leistet ebenfalls einen Beitrag.

Das Oranienhof kann in medizinischer Hinsicht als eine Nebenstelle der Klinik des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR-Klinik), eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Köln, betrachtet werden. Die psychosoziale Betreuung wird sehr häufig über die Rheinischen Landeskliniken koordiniert. Wöchentliche Besuche durch die rheinischen Landeskliniken finden statt. Der LVR ist der Kostenträger für den Meilenstein.

Das Personal in den Pflegeeinrichtungen zeichnet sich durch seine langjährige Erfahrung aus. Viele der Beschäftigten arbeiten seit mehr als 20 Jahren auf der Station. Personalfluktuaton gibt es kaum.

Wer in Oranienhof und Meilenstein als Mitarbeiter eingestellt werden will, muss gegenüber der Betreuung von Suchterkrankten eine positive Grundhaltung haben. Mit negativer Grundhaltung kann kein Mitarbeiter in die Betreuung einsteigen. Neben den Pflegekräften, Pflegefachkräften und Altenpflegern sind auch Betreuungsassistenten und Sozialarbeiter tätig.

Charakterisierung der Bewohner

Die Bewohner beider Einrichtungen sind zum größten Teil männlich. Die häufigsten konsumierten Suchtmittel sind Alkohol und Nikotin. Wenige Patienten bekommen eine Substitutionstherapie mit Methadon. Es werden Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen, die von anderen Einrichtungen oftmals abgelehnt werden, da sie bspw. ohne festen Wohnsitz waren, also kein Zuhause hatten.

² Oranienhof, Qualitätsmanagement: Soziale Betreuung – Konzept und Leistungsangebot, unter: http://www.sanopsa.de/index.php?eID=tx_nawsecured&u=0&g=0&t=1546936360&hash=ba36c971983bc0b7a7f515bf6ec11c753005e732&file=leadadmin/secure/Konzepte/Konzept_Oranienhof.pdf (Abruf: 07.01.2019).

Ca. 80% der Bewohnerinnen und Bewohner sind suchterkrank. Acht Patienten im Oranienhof erhalten eine Methadon-Substitutionstherapie. In den Bereich Meilenstein können Patienten aufgenommen werden, die eine Kostenzusage vom Landschaftsverband Rheinland haben. Ein Pflegegrad ist nicht Voraussetzung. Derzeit wohnen zwei Methadon-Substituierte in Meilenstein. Ca. 90% der Bewohner sind männlich und unter 65 Jahre alt; auch in dieser Hinsicht unterscheidet sich die Einrichtung stark von anderen Einrichtungen der Pflege.

Meilenstein stellt vor allem für Menschen, die noch nicht 65 Jahre erreicht haben, eine Wiedereingliederungshilfe dar. Da keine pflegerische Betreuung im herkömmlichen Sinne stattfindet – bspw. Körperpflege nur dann wenn es gewünscht wird –, ist die Atmosphäre „ruhiger“ und mit weniger Konflikten besetzt. Der Spielraum ist größer, therapeutische Zwänge bestehen selten. Der Patient soll ein Zuhause finden und sich zu Hause fühlen. Die Schwerpunkte der Betreuung liegen vor allem in der Tagesstrukturierung, in der Unterstützung im Haushalt und dem Umgang mit der Sucht. Für den Patienten wird ein individueller Hilfeplan erstellt. Das Taschengeld und die Ausgaben für Bier und Zigaretten werden geregelt.

Pflegekonzept: Mehr Offenheit und Akzeptanz

Die Pflegekonzeption des Oranienhofs zeichnet sich durch eine hohe Offenheit und Akzeptanz aus. Ziel ist es nicht, die Menschen zu ändern. Der Patient soll primär in Menschenwürde leben, auch mit einer Sucht. Der Aufbau und das Wiederfinden von sozialen Kontakten stellt eine der wesentlichen Bemühungen dar. Der pflegebedürftige Suchterkrankte soll ein Zuhause finden. Meist haben die Bewohner eine jahrzehntelange „Wanderschaft“ hinter sich und haben Erfahrungen in unterschiedlichen Einrichtungen gesammelt, waren zwischendurch aber immer auch lange obdachlos. Für die Einrichtungen Oranienhof und Meilenstein ist es die größte Bestätigung der guten Arbeit, wenn die Bewohner auf Dauer in den Einrichtungen bleiben, wenn sie also das Zuhause auch als solches für sich annehmen und den Mitarbeitern der Einrichtungen gegenüber Vertrauen gewonnen haben.

Die Pflegekonzeption des Oranienhofs zeichnet sich durch eine hohe Offenheit und Akzeptanz aus. Wesentlich ist das Vertrauen zwischen den Bewohnern und den Pflegekräften.

Bei einer Abhängigkeit wird den Patienten der reglementierte Konsum von Nikotin und Alkohol im Rahmen der Pflege ermöglicht. Die Einteilung von Zigaretten und Alkohol wird in die individuelle Pflegedokumentation mit aufgenommen. Die Gabe der Suchtmittel hat zu einer deutlich friedlicheren Stimmung geführt. Weniger Konflikte prägen den Alltag. Es zeigt sich, dass die Pflege in diesem Rahmen vor allem „ein Kompromiss“ ist.

Herausforderungen

Das Einräumen des Alkoholkonsums zeigt auch Schwierigkeiten. Als problematisch gelten vor allem Sturzereignisse, wenn sie nach einem dokumentierten Alkoholkonsum auftreten. Der Sturz wird immer mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang gebracht. In solch einem Fall hat das Pflegepersonal dies zu verantworten. Somit liegt die Kontrolle des Suchtverhaltens im Verantwortungsbereich der Pflege.

Die Pflege von Suchterkrankten verlangt eine stärkere Beobachtung und Überwachung durch das pflegerische Personal. So muss bspw. häufiger nachgeschaut werden, ob kein Feuer im Zimmer entfacht wird, wenn der Bewohner Zigaretten raucht.

Im Oranienhof und im Meilenstein müssen die psychosozialen Umstände intensive Beachtung finden. Es ist z. B. zu berücksichtigen, dass suchterkrankte Patienten häufig sozial isoliert sind. Der Kontakt zu Familien und Freunden ist fast immer aufgrund der Suchterkrankung verloren gegangen. Die Kontakte beschränken sich häufig auf den Handel mit Drogen. Wenn nun „Besucher“ in die Einrichtung kommen, muss leider davon ausgegangen werden, dass in erster Linie „Geschäfte“ getätigt werden. Für Pflegefachkräfte stellt dies eine besondere Schwierigkeit dar. Zudem müssen die Pflegefachkräfte dafür sorgen, dass der Kontakt zum familiären Umfeld wieder aufgebaut wird.

Herausforderungen:

Vermeidung von Stürzen, Aufbau neuer sozialer Kontakte, Aufbau von Vertrauen und gleichzeitiger Schutz vor Gefahren

Es ergibt sich somit oftmals der Spagat, dass die Pflegefachkraft einerseits das aufgebaute Vertrauen erhalten möchte, denn nur so kann man mit den Patienten Stück für Stück voran kommen; andererseits muss auch berücksichtigt werden, dass der Patient sich durch zusätzliche Drogen selbst gefährdet oder möglicherweise durch das Dealen andere gefährden kann. Nichtstun kann zur Gefährdung führen, aber auch der Versuch, die zusätzlichen Drogen zu „beschlagnahmen“, kann zur Gefährdung führen. Oftmals erleben die Pflegefachkräfte solche Dilemma-Situationen. Es gibt nicht den einen Weg aus solchen Situationen, und es ist immer eine große Herausforderung, über vertrauensvolle Gespräche Schlimmeres zu verhindern.

Besonderheit der Pflege in den Einrichtungen

Im Oranienhof ist die Realisierung dieser besonderen Art der Pflege trotz begrenzter personeller Ressourcen durch eine veränderte Schwerpunktsetzung möglich. Die Elemente der Grundpflege, Lagerung und Ernährung müssen weniger intensiv angeboten werden. Der Arbeitsanspruch an die Pflegefachkraft ist insofern ausgeglichen.

Auch der Medikationsprozess Suchterkrankter zeigt Herausforderungen. So ist es einerseits Ziel, die Gabe von Schmerzmitteln nach dem WHO-Stufenschema an der subjektiven Schmerzwahrnehmung des Patienten zu orientieren. In der Pflege von suchterkrankten Patienten gestaltet sich die Abgrenzung zum Missbrauch von Schmerzmitteln allerdings schwieriger. Hat der Patient wirklich Schmerzen oder möchte er die Sucht bedienen? So treten Pflegefachkräfte dem Patienten zwischen Vertrauen und Verdächtigung häufig zwiespalten gegenüber. In diesen Fällen muss mit den Patienten intensiv gesprochen werden. Häufig stellt sich dann heraus, dass Schmerzmittel doch nicht notwendig sind. Aufgrund des intensiven Gesprächs und des vorausgegangenen Vertrauensaufbaus gelingt so in vielen Fällen die Vermeidung von Schmerzmitteln. Manchmal ist aber auch ein monatliches ärztliches Konsil notwendig, um einen Abusus auszuschließen.

Teilweise müssen die Mitarbeiter von Meilenstein oder Oranienhof auch sehr kreativ sein. So war es in einem Fall notwendig, einem Methadon-Substituierten täglich nach Absprache mit

dem Arzt eine Flasche Bier zur Verfügung zu stellen, um ihn stabil zu halten. Bei einem Krankenhausaufenthalt des Patienten war dies von dem dortigen Personal zunächst nicht akzeptiert worden. Der Patient bekam dort zwar seine übliche Methadondosis, war aber sehr unruhig und daher schwer in den Krankenhausalltag integrierbar. Nach einer Fallbesprechung mit dem Oranienhof setzte man das Bier anschließend im Krankenhaus ein und hatte damit Erfolg.

Auch der mögliche Beikonsum von anderen Medikamenten oder Drogen stellt die Pflegefachkräfte vor Kontroversen. Es besteht eine Unsicherheit im Umgang mit Beikonsum und ihrer Kontrolle. Das Vertrauen zwischen Pflegefachkraft und Patient muss auch hier die Grundlage der pflegerischen Betreuung sein. Die Anzeige eines Beikonsums bei der Polizei würde dieses Vertrauen zerrütten.

Sind spezialisierte Pflegeeinrichtungen für Suchterkrankte erforderlich?

Der Alltag kann schwierig sein, wenn der Suchterkrankte nicht zu einer „normalen“ Pflegeeinrichtung „passt“. In einer spezialisierten Einrichtung nur für Suchterkrankte könnte dieser Personenkreis einfacher zusammenleben und betreut werden. Die Arbeit des Pflegepersonals wäre unter Umständen leichter und routinierter.

Aber: Wären pflegebedürftige Suchterkrankte dann nicht von der Gesellschaft ausgegrenzt, in Gruppen isoliert, gar gettoisiert? Die Verantwortung für die Pflege von Älteren ist eine gesellschaftliche Verantwortung. Und dazu gehören auch Suchterkrankte. Es ist auch folgendes Argument zu beachten: so wie der ein oder andere Alkoholiker oder Medikamentenabhängige in jeder Nachbarschaft lebt, so muss es doch auch möglich sein, dass Suchterkrankte in „normalen“ Einrichtungen der Altenpflege leben können.

Solche Fragen stellen sich derzeit. Aber es gibt noch keine überzeugenden Antworten. Deswegen muss die Pflege von suchterkrankten, älteren Patienten Gegenstand weiterer Forschungen werden. Es gibt Potential zur Verbesserung und zur Ausweitung der Betreuung. Betreuung müsste individualisierter und/oder mehr an der Biografie der Patienten orientierter sein. Gruppenangebote könnten von Vorteil sein. Wichtig ist vor allem, dass die Angebote dort sind, wo die Menschen leben, denn es kann von den betroffenen Erkrankten nicht mehr erwartet werden, dass sie selbst aktiv werden.

Pflegebesonderheiten	Betreuungsalltag
Pflegeverständnis der Pflegefachkraft	Alltagsbegleitung, individuelle Beschäftigung
Pflegeeinsicht des Bewohners	Arzttermin
Prophylaxe	Einkäufe
Beschäftigung	Anleitung zum Aufbau einer Tagesstruktur
Sturz, Hauterkrankungen etc.	Körper- und Zimmerhygiene

Der Bedarf an spezialisierten Einrichtungen lässt sich diskutieren. Doch es ist heute schon klar, dass eine spezialisierte Ausbildung der Pflegefachkräfte, die für diesen Personenkreis eingesetzt werden sollen, unerlässlich ist. Die besondere Situation der Pflege Suchterkrankter verlangt eine tiefergehende Schulung der Pflegefachkräfte. Die Pflegefachkräfte sollten ein umfassendes Verständnis für das Krankheitsbild einer Abhängigkeit haben. Sie sollten Umgangsformen und Methoden zum Umgang mit häufig auftretenden Problemen gelernt haben. Der diesbezüglich im Rahmen der Alten- und Krankenpflegeausbildung gelehrt Inhalt reicht heute dafür noch nicht aus.

Zukunftsperspektiven: mehr Forschung und größere Flexibilität

Die Versorgung sollte sich näher am Patienten orientieren. Eine zunehmend bessere Kooperation und Vernetzung der Pflegeeinrichtungen mit Kliniken und Forschungseinrichtungen sollte angestrebt werden. Denn derzeit stehen wir erst am Anfang der Bemühungen zur Integration älterer, suchterkrankter Patienten. Es fehlen noch die notwendigen wissenschaftlichen Erkenntnisse für den richtigen Weg.

Die Flexibilität im Rahmen der Versorgung sollte weiter ausgebaut werden. Auch wenn sich hier bereits einiges getan hat, gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten. Notwendig ist ein besserer Austausch zu dieser Problematik mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere mit Ärzten, Krankenhäusern und Palliativeinrichtungen. Insgesamt müssen alle Einrichtungen flexibler auf die Problematik reagieren und offen sein für die Herausforderungen. Dies ist wichtig, um den Anspruch an das Gesundheitssystem zu erfüllen, Menschenwürde und Akzeptanz unterschiedlicher Lebensformen in den Mittelpunkt zu stellen.

Aus der Diskussion

Im normalen Leben sucht man sich in der Regel die Freunde aus, mit denen man Kontakt haben oder ggf. zusammenleben möchte und von wem man lieber Abstand halten möchte. Es ist schwer vorstellbar, dass im Alter dieser Grundsatz aufgehoben werden kann.

Ahmadi: Ja, bis zu einem gewissen Grade sucht man sich seine Kontakte aus. Aber in der Nachbarschaft ist das schon anders, hier hat man nur sehr geringen Einfluss auf sein Umfeld. Oder auch im Urlaub in der Ferieneinrichtung oder in Reisebussen kann man sich seinen Nachbarn nicht aussuchen. Vielleicht müssen wir in Zukunft weiter denken und Möglichkeiten des Zusammenlebens schaffen, die derzeit noch schwer vorstellbar sind. Die Forderung nach Einzelzimmern in allen Einrichtungen der Altenpflege ist ja auch schon ein Schritt in diese Richtung.

Wenn es sich im Oranienhof und in Meilenstein um Einrichtungen handelt, in denen hauptsächlich jüngere Menschen leben, die nicht den üblichen Pflegebedarf haben, wie können die Einrichtungen finanziert werden, wenn die erforderlichen Pflegegrade durch den Medizinischen Dienst nicht erkannt werden?

Ahmadi: Es ist ein Problem, die Gutachter des Medizinischen Dienstes davon zu überzeugen, dass die betroffenen Menschen pflegebedürftig sind. Denn sie sind anders pflegebedürftig als Menschen, die nicht suchterkrankt sind. Derzeit ist es für die Gutachter noch sehr schwer, in ihren vorgegebenen Rastern Möglichkeiten zu finden, wie sie den notwendigen Pflegegrad begründen können. Aber die Mitarbeiter von Oranienhof geben sich im Gespräch mit den

Gutachtern sehr große Mühe, damit das Verständnis der Gutachter wächst. Derzeit gibt es sehr viele Bewerber für die Einrichtungen, sodass man die Zahl dieser Einrichtungen vervielfachen müsste, um den Bedarf zu decken.

Wie läuft die Methadonvergabe in den Einrichtungen Oranienhof und Meilenstein ab?

Ahmadi: Die Einrichtungen haben in Absprache mit dem Gesundheitsamt Köln mit der LVR-Klinik vereinbart, dass von dort jede Woche eine Ärztin in die Einrichtungen kommt und das jeweilige Rezept für die Patienten mitbringt. Die Apotheke liefert das Methadon portionsweise in die Einrichtungen. Dort wird es durch die Mitarbeiter an die Suchterkrankten vergeben und im BTM-Buch dokumentiert.

Quellen zur weiteren Vertiefung der Problematik:

Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Sucht im Alter- Abschlussbericht

http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf

Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe

u.a. Handlungsempfehlungen für Altenpfleger

<http://www.alter-sucht-pflege.de/>

Deutsche Suchthilfestatistik

<https://www.suchthilfestatistik.de/ergebnisse/aktuelle-ergebnisse/>

Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch älterer Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1285856>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG). Abschnitt V: Mehr Teilhabe. Mehr Möglichkeiten. Die neue Eingliederungshilfe. 1. Januar 2018

http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/faq-bthg.pdf?__blob=publicationFile&v=12

Entwicklung der Versorgung – Perspektive der Apotheke

Heinrich Queckenberg

Im folgenden Beitrag geht es um die Versorgung Suchterkrankter mit Methadon aus der Perspektive der Apothekerinnen und Apotheker. Dabei stützt sich der Autor als Apotheker auf seine langjährigen Erfahrungen in der Substitutionstherapie. Bereits seit 1994 arbeitet er mit Arztpraxen in der Substitutionstherapie zusammen und war Mitbegründer des Modellprojekts „Dosierautomat für Methadon“, das 2004 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (MAGS) genehmigt wurde. Es folgte die Beteiligung in einigen vom Land NRW organisierten Arbeitsgruppen, z. B. zur Erstellung des „Landeskonzpts gegen Sucht NRW (2009 – 2010)“¹ oder zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Substitution in NRW. Darüber hinaus ist der Autor als Referent der Apothekerkammer Westfalen-Lippe tätig und ist in einer leitenden Funktion Teil der Fachgruppe Substitution im Bundesverband der krankenhaushaus- und heimversorgenden Apotheken BVKA.

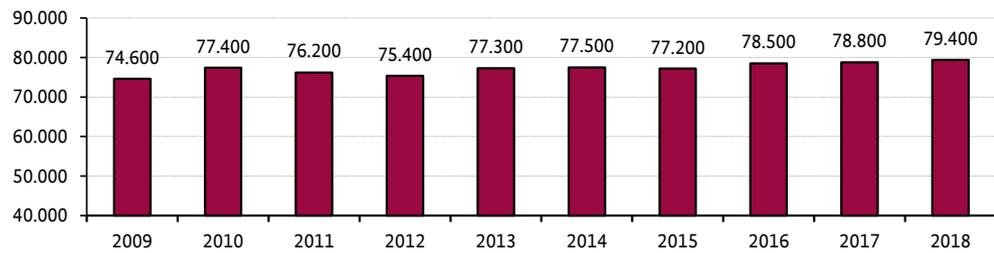
Hintergrund

Für die Beurteilung der aktuellen Substitutionsversorgung ist die Betrachtung der demografischen Veränderungen notwendig. Die Lebenserwartung der Bevölkerung ist weiter angestiegen, und auch Suchterkrankte leben heute länger. Das Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zählt für das Jahr 2017 78.800 gemeldete Substitutionspatienten². Die Anzahl hat seit 2012 weiter zugenommen.

¹ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Landeskonzzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze, Strategie, unter: https://www.landesstellen-sucht-nrw.de/tl_files/images/pages/Aktionsplan%20gegen%20Sucht/Landeskonzzept%20gegen%20Sucht_PDFUA.pdf (Abruf: 17.01.2019).

² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2018): Jahresbericht zum Substitutionsregister Januar 2018, unter: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3, (Abruf: 17.01.2019).

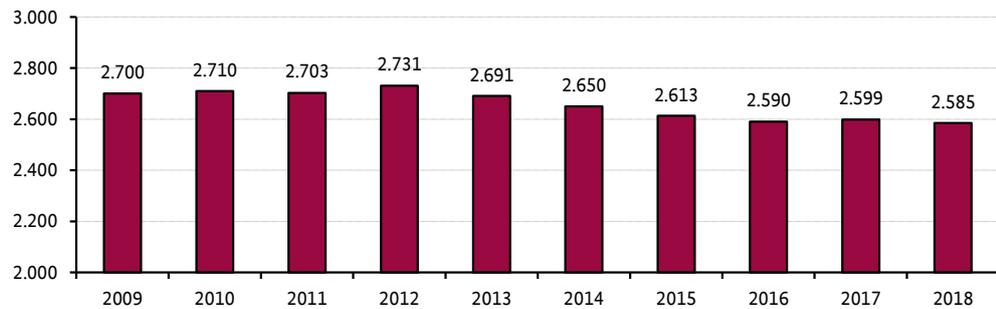
Abbildung 1:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2009 bis 2018
(jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Demgegenüber hat die Anzahl gemeldeter substituierender Ärzte in den letzten Jahren seit 2012 abgenommen, während gleichzeitig das Durchschnittsalter angestiegen ist. Für das Jahr 2017 verzeichnet das Register eine Zahl von 2.599 substituierenden Ärzten.

Abbildung 2:
Anzahl meldender, substituierender Ärzte von 2009 bis 2018



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Das bedeutet, dass ein einzelner Arzt immer mehr Substitutionspatienten betreuen muss. Damit stellt sich die Frage, ob sich dies nicht auch auf die Qualität der Versorgung auswirkt? Denn es muss berücksichtigt werden, dass die Substitutionstherapie eine Therapieform ist, die eine besonders intensive und engmaschige Betreuung des Patienten durch den Substitutionsarzt verlangt.

Die Anzahl beteiligter Apotheken ist in den statistischen Darstellungen nicht aufgeführt. Es ist von daher nicht bekannt, wie sich die Zahl der Apotheken, die Substitutionspatienten betreuen, in den letzten Jahren geändert hat.

Zur erfolgreichen Umsetzung einer Substitutionstherapie ist die enge Kooperation der drei Parteien, Patient, Arzt und Apotheker, notwendig. Dies ist das Grundgerüst der Therapie, das allerdings weitere zahlreiche Institutionen und Maßgaben einbeziehen muss.

Den übergeordneten, rechtlichen Rahmen setzen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die dazugehörigen Verordnungen. Für die Apothekenpraxis wesentlich sind die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und die Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung. Die BtMVV legt die formalen Kriterien der BtM-Verschreibung durch den Arzt fest. Sie regelt das Abgabeverfahren in der Apotheke und die Anforderungen an die Dokumentation des BtM-Verkehrs.

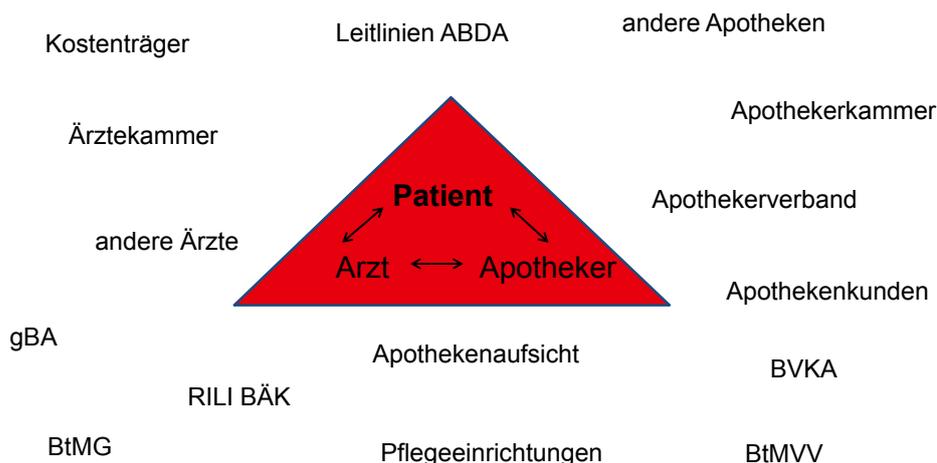
Die Betäubungsmittel-Binnenhandelsverordnung regelt die Abgabe und den Erwerb der in Anlage II und III des BtMG aufgeführten Betäubungsmittel unter den berechtigten Teilnehmern des Betäubungsmittelverkehrs (z. B. Arzneimittelhersteller, Arzneimittelgroßhandel, Apotheken).

Therapeutische Vorgaben für den Arzt geben die Richtlinien der Bundesärztekammer vor.³ Weiterhin nehmen die Krankenkassen als Kostenträger, die Ärzte- und Apothekerkammern und die Apothekerverbände Einfluss auf die Substitutionstherapie.

Abb. 3: Beteiligte Institutionen und Vorgaben bei der Substitutionstherapie



Substitutionstherapie



³ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet, mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 2. Oktober 2017 in Kraft getreten, unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf. (Abruf: 17.01.2019).

Durch die aktuellen Änderungen in der BtMVV haben die Apotheken einen ganz anderen Zugang und ganz andere Möglichkeiten in der Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen, ob stationär oder ambulant. Es findet ebenfalls eine Zusammenarbeit mit Ärzten und Apotheken statt, die nicht „Substitutionsärzte“ bzw. „Substitutionsapotheken“ sind.

Aufgaben der Apotheke in der Substitutionstherapie

Mit der Übergabe des Substitutionsrezeptes in der Apotheke beginnt der Aufgabenbereich der Apotheke. Das Rezept wird auf Richtigkeit und die Einhaltung der formalen Vorgaben geprüft. Unter Umständen aufkommende Unklarheiten werden mit dem verantwortlichen Arzt abgeklärt.

Erst danach folgt die Herstellung des Substitutionsmittels. Zuvor werden die Ausgangsstoffe der Rezeptur geprüft. Nach ordnungsgemäßer Herstellung, Dokumentation und Freigabe kann die Abgabe erfolgen. Das Substitut wird je nach ärztlicher Vorgabe und Anweisung auf dem Rezept an Arztpraxen ausgeliefert oder an den Patienten persönlich abgegeben. Auch die Übergabe an Pflegeeinrichtungen ist möglich.

Allerdings führt der Apotheker nie nur eine reine „Abgabe“ des Substitutes durch. Vielmehr begleitet er den Patienten in seiner Substitutionstherapie durch die verschiedenen Phasen hinweg und kann sehr viel Einfluss nehmen auf das Gelingen der Therapie. Denn der Patient durchläuft im Rahmen der medikamentösen Substitutionstherapie häufig mehrere, auch durchwachsene (psychische) Phasen. Nach heutigem Verständnis der Substitutionstherapie wird dem Opioidpatienten immer mehr Autonomie innerhalb der Therapie gewährt. Zunehmend mehr muss er den Alltag im Rahmen der Opioid-Substitutionstherapie (OST) eigenverantwortlich gestalten. Dies kann nur unter Mitwirkung von Arzt und Apotheker funktionieren, die für die Durchführung der OST verantwortlich sind.

Die medikamentöse Substitutionstherapie beginnt in der Regel mit der Einnahme unter Sichtbezug. Der OST-Patient bekommt ein Substitutionsmittel vom Arzt verschrieben. Das Rezept wird in der Apotheke eingelöst. Die Apotheke versorgt die Arztpraxis mit dem Substitutionsmittel, kann allerdings den „Sichtbezug“ auch in den Apothekenräumen durchführen. Der Patient nimmt in Gegenwart des Arztes in der Praxis oder im Beisein des Apothekers in der Apotheke das Substitut ein. In diesem Fall findet ein „Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch“ statt.

Je nach ärztlichem Ermessen kann der Patient in späteren Phasen der Therapie das Substitutionsmittel auf einem „Take Home“-Rezept verschrieben bekommen. Die Apotheke gibt dann dem Patienten das Substitutionsmittel zur Einnahme in der eigenen Häuslichkeit mit. Die Anzahl der Tage sind durch die Angaben im Rezept klar festgelegt. In der Regel wird der Bedarf für bis zu sieben Tage, in Ausnahmefällen auch für bis zu 30 Tagen verordnet.

Als letzter Schritt wird die umgesetzte Verschreibung mit den Krankenkassen abgerechnet.

Es darf nicht vergessen werden, dass sich aufgrund der engen Regelungsdichte bei der Substitutionstherapie durchaus Konflikte mit Ärzten oder Patienten ergeben können, wenn Regularien nicht eingehalten werden. Hier wäre es hilfreich, wenn die BtM-Überwachung die Apotheken noch mehr als bisher unterstützen würde. Hierfür sind detaillierte Kenntnisse der Substitutionstherapie sowie praktische Erfahrungen bei der Durchführung hilfreich und wünschenswert.

Es darf nicht vergessen werden, dass die Apotheke den Substituierten nicht nur im Rahmen der Substitutionstherapie betreut, denn die Patienten suchen die Apotheke oftmals nicht nur im Rahmen der Substitutionstherapie auf. Sie sind genauso, wie andere auch, Kunden oder Patienten, die gesundheitliche Beratung benötigen und die unter Umständen an Erkrankungen leiden und Aufklärung in der Therapie mit Arzneimitteln benötigen. Vor allem die Apotheke kann hier durch die regelmäßige Betreuung die Probleme des Patienten wahrnehmen und ihn gesundheitlich unterstützen.

Prüfung des Substitutionsrezeptes

Der formalen Prüfung des Substitutionsrezeptes kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Der Apotheker trägt die Verantwortung. Ein Substitutionsrezept muss die gleichen formalen Kriterien wie ein Betäubungsmittelrezept erfüllen. § 9 BtMVV legt die Anforderungen fest. Danach sind auf dem Betäubungsmittelrezept folgende Angaben verpflichtend:

Abb. 4: Betäubungsmittelrezept

1. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten.
2. Ausstellungsdatum: Das Rezept muss bis zum 8. Tag des Ausstellungsdatums in der Apotheke vorgelegt werden.
3. Eindeutige Arzneimittelbezeichnung, Darreichungsform.
4. (Gesamt-)Menge des verschriebenen Arzneimittels in Milligramm, Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form (die Nennung „N1“ oder „OP“ reicht nicht). Die Dosierung sollte auf jeden Fall in Milligramm erfolgen, da die Einteilung in Milliliter beim Auffüllen mit anderen Flüssigkeiten zu Problemen und Falschdosierungen führen kann.
Der Buchstabe „A“ ist bei Überschreitung der monatlichen Höchstmenge auf das Rezept zu schreiben.

5. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe. Wenn dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung gegeben wurde, muss das Rezept den Hinweis auf die schriftliche Gebrauchsanweisung enthalten. Zusätzlich zu den Angaben eines BtM-Rezeptes muss auf einem Substitutionsrezept die Art der Einnahme kenntlich sein.
6. Kennzeichen: „S“ für das Schreiben von allen Substitutionsmitteln, „SZ“ für die eigenverantwortliche Einnahme, „ST“ bei Take Home. Die eigenverantwortliche Einnahme (Buchstabe Z auf dem Rezept) ist eine Ausnahmeregelung, da der Patient sein Substitut eigentlich in der Arztpraxis oder in der Apotheke einnehmen sollte.

Zuletzt müssen folgende Angaben sowohl bei einem BtM-Rezept als auch bei einem Substitutionsrezept zwingend stehen:

7. Name, Vorname des verschreibenden Arztes, Berufsbezeichnung und Anschrift sowie Telefonnummer und Unterschrift.

Bei mehreren aufgeführten Ärzten muss in jedem Falle genau kenntlich sein, von welchem Arzt die Verschreibung stammt.

Herstellung des Substitutionsmittels

Nach der Prüfung des Rezeptes folgt die Herstellung des Substitutionsmittels. Zur Herstellung werden die untenstehenden Ausgangsstoffe genutzt. Zur Herstellung von Substitutionsmitteln stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Nicht immer ist eine Rezepturherstellung erforderlich.

1. Methadon-Racemat:

Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten zur Herstellung von abgabefertigem Methadon als Racemat. Sie kann aus der Reinsubstanz erfolgen. Diese wird zu einer Methadonhydrochlorid-Lösung (als Defektur) hergestellt und ihm Rahmen einer Rezeptur in patientenindividuelle, abgabefertige Einzeldosen unterteilt. Bei der Defektur sollte die Einwaage nach dem Vier-Augen-Prinzip durchgeführt werden. Die gelegentlich geforderte Titration zur Gehaltsbestimmung ist dann entbehrlich.

Zum anderen können Fertigarzneimittel zur Abgabe herangezogen werden. Es stehen Lösungen und Tabletten zur Verfügung. Im Rahmen einer Rezeptur können diese zu patientenindividuellen Einzeldosen verarbeitet werden. Die Fertigarzneimittel können jedoch auch unverändert in Mehrdosenbehältnissen abgegeben werden. Sie gelten dann nicht als Rezeptur.

Die Herstellung von Methadon-Lösungen aus Reinsubstanzen als Defektur ist zugegebenermaßen umständlicher als die Verwendung eines Fertigarzneimittels. Für die Kostenträger ergibt sich hieraus kein Unterschied.

Insgesamt ist die Herstellung der Substitute kein Problem, sodass von jeder Apotheke erwartet werden kann, dass sie dazu in der Lage ist und die Patienten nicht an andere Apotheken verweist. Der Sinn von spezialisierten Apotheken zur Substitutionsversorgung steht außer Frage. Dennoch ist eine Ablehnung von Substitutionsrezepten seitens einzelner Apotheken nicht hinzunehmen. Gemäß § 8 und § 17 Absatz 4 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) besteht ein Kontrahierungszwang für die Apotheken.

2. Levomethadon:

Zur Herstellung oder Abgabe von Substituten aus Levomethadon können nur Fertigarzneimittel herangezogen werden. Auch hier stehen Tabletten und Lösungen zur Verfügung. Wie bei Methadon gilt die Herstellung von patientenindividuellen Einzeldosen als Rezeptur; die unveränderte Abgabe von Fertigarzneimitteln in Mehrdosenbehältnissen dagegen nicht.

3. Buprenorphin und Morphinsulfat:

Es gelten die gleichen Bedingungen wie bei Methadon und Levomethadon. Für Buprenorphin und Morphin existieren nur Tabletten als Fertigarzneimittel.

Abgabe des Substitutionsmittels – Vergabe zum unmittelbaren Verbrauch außerhalb und innerhalb der Arztpraxis

Mit der Änderung der BtMVV darf die Vergabe von Substitutionsmitteln in weiteren Einrichtungen als in der Apotheke, z. B. im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, erfolgen. Neu hinzugekommen sind die stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, das Gesundheitsamt sowie die Alten- und Pflegeheime. Hier darf mit der neuen BtMVV die Vergabe von Substitutionsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch ebenfalls stattfinden. Die Durchführung setzt eine Vereinbarung mit dem substituierenden Arzt voraus. Die Abgabe des Substitutionsmittels kann durch das pharmazeutische, medizinische oder pflegerische Personal erfolgen.

Über die Einrichtungen hinausgehend kann die Substitutionstherapie auch im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt werden. Die Abgabe des Substitutionsmittels kann zum einen vom substituierenden Arzt oder von einem von ihm eingesetzten medizinischen Personal erfolgen. Zum anderen darf im Rahmen eines Hausbesuches auch das medizinische oder pflegerische Personal eines ambulanten Pflegedienstes das Substitutionsmittel abgeben.

Das Substitutionsmittel kann dem Patienten in der Arztpraxis zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Dies setzt jedoch in jedem Fall voraus, dass die Apotheke im Voraus das Substitutionsmittel direkt in die Arztpraxis bzw. in die Vergabe-Einrichtungen liefert.

In der Arztpraxis erfolgt die Vergabe des Substitutionsmittels durch den Arzt oder durch das in seiner Einrichtung eingesetzte medizinische Personal.

Ausdrücklich nicht erlaubt ist die Mitgabe des Substitutionsmittels an den Patienten aus der Praxis. Eine Ausnahme stellt die Substitution mit Codein oder Dihydrocodein dar. Da der Patient das Codein oder Dihydrocodein in der Regel zweimal, teilweise auch mehrmals am Tag einnehmen muss, darf dem Patienten das Substitutionsmittel ärztlicherseits mitgegeben werden.

Früher war die Aushändigung des Rezeptes an den Patienten nicht erlaubt. Nur Ärztin oder Arzt persönlich oder das von ihr/ihm angewiesene, beauftragte und kontrollierte Personal durfte das Rezept in der Apotheke vorlegen. Mit der 3. BtMVVÄndV 2017⁴ darf dem Patienten das Rezept ausgehändigt werden. Er darf es in der Apotheke einlösen. Diese Regelung wurde aufgrund der Hamburger Situation aufgenommen, da dort viele Apotheken die Sichtvergabe durchführen

⁴ Nebst umfassender Begründung: Bundesrat, Drucksache 222/17 vom 15.03.2017: Verordnung der Bundesregierung: Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, unter: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-0300/222-17.pdf?__blob=publicationFile&v=9 (Abruf: 03.01.2019).

und sich für die Ärzte bürokratische Erleichterungen ergeben, wenn sie das Rezept nicht selbst oder durch ihr Personal in die Apotheke bringen müssen, sondern dies dem Patienten anvertrauen. Die neue Situation darf aber nicht dazu führen, dass jetzt alle Rezepte den Patienten mitgegeben werden. Es liegt im Ermessen und in der Verantwortung des Arztes, ob er dem Patienten das Rezept zum Einlösen überlässt. Die Möglichkeit, mit der Änderung der BtMVV nun allen Substitutionspatienten das Rezept zur Abgabe auszuhändigen, ist riskant; die freie Apothekenwahl des Patienten gilt daher hier nicht! Die Sicherheit und Kontrolle des BtM-Verkehrs sollte nicht gefährdet werden, denn dadurch steigt das Risiko, dass solche Rezepte gefälscht werden, ohne dass die Apotheken das erkennen können.

Von vielen Regelungen ausgenommen sind Diamorphin-Verschreibungen nach § 5a BtMVV.

Abb. 5: Beispiel für ein automatisiertes Dosiersystem



Wie bereits zuvor erwähnt müssen bei einem Substitutionsrezept, genauso wie bei einem üblichen Betäubungsmittelrezept auch, die Verschreibungshöchstmengen beachtet werden.

Die Verschreibungshöchstmengen für einen Bedarf von 30 Tagen betragen für die häufig vorkommenden Substitutionsmittel:

1. 3600 mg Methadon
2. 1800 mg Levomethadon
3. 800 mg Buprenorphin.

Hiervon ausgehend ergeben sich folgende Tageshöchst Dosen:

1. Methadon 120 mg/Tag
2. Levomethadon 60 mg/Tag
3. Buprenorphin 26 mg/Tag.

Wird die Verschreibungshöchstmenge innerhalb von 30 Tagen gemäß BtMVV überschritten, ist die zusätzliche Kennzeichnung des BtM-Rezeptes mit „A“ erforderlich. Es wäre für die abgebenden Apotheken hilfreich, wenn die BtM-Aufsicht die Ärzte darauf hinweisen würden, dass das „A“ in diesen Fällen Pflicht ist.

Bei der direkten Vergabe des Substitutionsmittels in der Arztpraxis an den Suchtpatienten stehen drei verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung.

Die Vordosierung der Tageseinzeldosen in der Apotheke. Dies findet am häufigsten statt. Von der Apotheke werden die Tageseinzeldosierungen der Arztpraxis ausgeliefert. Es können sowohl Tabletten, als auch Lösungen so vergeben werden. Diese Methode hat den Vorteil, dass die Praxis das Abmessen und Dispensieren der Tageseinzeldosen nicht durchführen muss. Auch die Dokumentation ist damit vereinfacht. Nachteilig sind die höheren Kosten, die für den Patienten anfallen und die Umstände, die für kurzfristige Dosisanpassungen erforderlich sind. Es muss bei Änderungen der Dosierung immer ein neues Rezept ausgestellt werden.

Bei der Vergabe von Tabletten braucht die Apotheke lediglich die Packung in der Praxis abzugeben. Die Auseinzelung der Tabletten in Tageseinzeldosen führt dann die Praxis durch.

Die Abgabe (Mitgabe) des Substitutionsmittels an den Patienten aus der Praxis ist nicht erlaubt.

Als weitere Möglichkeit stehen EDV-gestützte, qualitätsgesicherte Dosier- und Dokumentationssysteme, auch „Dosierautomaten“, zur Verfügung. Diese Automaten werden von der Apotheke bestückt. Der Arzt dosiert daraus die für den jeweiligen Patienten notwendige Menge, die dann sofort patientenbezogen und in der Regel manipulationssicher dokumentiert wird. Es handelt sich bei den Automaten quasi um den verlängerten Arm der Apotheke in der Arztpraxis.

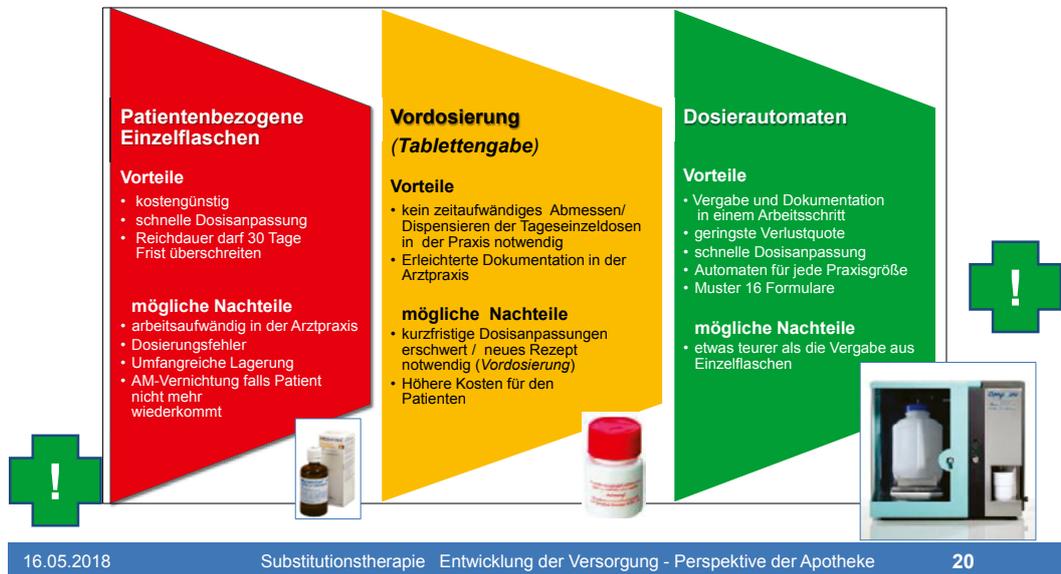
Zuletzt gibt es die patientenbezogene Verordnung von Einzelflaschen. In diesem Fall gibt die Apotheke die patientenbezogenen Einzelflaschen mit dem Inhalt von vielen Einzeldosierungen (bspw. 500,0 ml) in der Praxis ab. Die Praxis füllt dem Patienten die Tageseinzeldosen aus seiner Flasche ab. Diese Methode ist kostengünstiger und für die Apotheke weniger arbeitsintensiv, und Dosisanpassungen können schneller umgesetzt werden. Die Methode birgt aber auch gravierende Nachteile: auf die Arztpraxis kommt ein deutlich höherer Arbeitsaufwand durch die in der Praxis zu erfolgende Einzeldosierung zu. Eine Dosierung aus Einzelflaschen ist deutlich anfälliger für Dosierungs- und anschließende Dokumentationsfehler. Diese Form der Versorgung aus der Apotheke an die Arztpraxis sollte daher nicht mehr durchgeführt werden.

Abb. 6: Vergleich der verschiedenen Abgabemethoden in der Arztpraxis



Direkte Vergabe in der Arztpraxis

„zum unmittelbaren Verbrauch“



16.05.2018

Substitutionstherapie Entwicklung der Versorgung - Perspektive der Apotheke

20

Ausnahmeregelung: eigenverantwortliche Einnahme (SZ-Rezept)

Bei dieser Form der eigenverantwortlichen Einnahme erhält der Patient sein Substitut zum Mitnehmen. Es handelt sich aber noch nicht um eine Take Home-Abgabe (s. u.). Die eigenverantwortliche Einnahme soll nur im Ausnahmefall gelten, wenn die Kontinuität der Substitutionsbehandlung anderweitig nicht gewährleistet werden kann. Sie ist nur möglich, wenn der Behandlungsverlauf es zulässt. Selbst- und Fremdgefährdung müssen weitestgehend ausgeschlossen sein. Die Sicherheit und Kontrolle des BtM-Verkehrs darf nicht beeinträchtigt werden.

Eigentlich besteht in Ballungsräumen kein Bedarf für diese Ausnahmeregelung, denn sie sollte nur angewendet werden, wenn der Patient in Gebiete fährt, in denen die Substitutionsversorgung insbesondere am Wochenende nicht gewährleistet werden kann. Bei einer Reise innerhalb des Ruhrgebiets wäre dies eigentlich nicht erforderlich. Die Infrastruktur ist soweit ausgebaut, dass die Substitutionstherapie überall regelkonform stattfinden könnte. Dass wir jetzt die Zunahme an Verschreibungen im Rahmen dieser Ausnahmeregelung beobachten, ist nicht nachvollziehbar.

Ein Rezept zur eigenverantwortlichen Einnahme kann nur für bis zu zwei aufeinanderfolgende Tage ausgestellt werden. Für Tage, die nicht aufeinanderfolgend sind, ist diese Verordnung nicht möglich. Die Änderung der BtMVV erlaubt neu, dass die eigenverantwortliche Einnahme

an Wochenenden, vorangehenden und folgenden Feiertagen, somit an bis zu 5 Tagen ausgeführt werden kann. Das Rezept darf nur einmal innerhalb einer Kalenderwoche ausgestellt werden. Die Ausgabe kann nur im Rahmen einer persönlichen Vorstellung des Patienten beim Arzt erfolgen.

Das Rezept ist mit „S Z“ zu kennzeichnen. Es gelten die sonstigen formalen Kriterien nach § 9 BtMVV. Die Tagesdosen werden in Abgabefläßen mit kindergesichertem Verschluss abgegeben.

Take Home-Vergabe

Die Take Home-Vergabe kann dann erfolgen, wenn eine Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist. Grundsätzlich ist eine Take Home-Vergabe für einen Zeitraum von einer Woche vorgesehen. Der Patient kann die Menge für 7 Tage auf BtM-Rezept-Verordnung aus der Apotheke mitbekommen.

Neu ist mit der Änderung der BtMVV, dass in begründeten Einzelfällen die Menge für bis zu 30 Tage mitgegeben werden kann. Mit dieser Änderung soll die Teilhabe der Patienten am gesellschaftlichen Leben verbessert, über eine Woche hinausgehende Urlaubsreisen auch innerhalb Deutschlands für diese Patienten möglich und die Erwerbstätigkeit vereinfacht werden. Das Rezept darf nur im Rahmen einer persönlichen Konsultation ausgestellt werden. Es ist mit „S T“ zu kennzeichnen. Wenn das „T“ zum „S“ fehlt, dann gilt es nicht als Take Home. Das allein stehende „T“ wird auch nicht mit der zusätzlichen Angabe von „Take Home“ auf dem Rezept entbehrlich.

In der Apotheke kann das Substitut an den Patienten oder an seinen Vertreter abgegeben werden. In der Praxis ist bei Abgabe an einen Vertreter manchmal auch eine Vollmacht sinnvoll. Häufig kennen Apotheker die Substitutionspatienten einschließlich ihrer Angehörigen, die im näheren Umkreis wohnen. Das soziale Umfeld ist bekannt. Bei Substitutionspatienten aus deutlich weiter entfernten Regionen besteht diese Transparenz weniger. In solchen Fällen ist die Kontrolle des Rezeptes und das Nachvollziehen des therapeutischen Sachverhaltes schwieriger.

Die Abgabe der Tagesdosis muss in einem Abgabefläß mit kindergesichertem Verschluss erfolgen. Wenn vom Arzt gewünscht, kann das Substitut mit einem viskositätserhöhenden Zusatz versehen werden, um die parenterale Anwendung zu erschweren.

Vorgeschrieben sind ebenfalls Hinweise, wie „Nicht zur Injektion“, „für Kinder unzugänglich aufbewahren“ oder „Diese Einzeldosis kann für nicht gewohnte Patienten tödlich sein.“

Im ergänzenden Kommentar zu § 5 ist beim Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch die Empfehlung enthalten, dass der Patient die Apotheke, die die OST durchführen soll, selbst aussuchen darf. Für die Regelungen des Take Home ist dies nicht explizit vorgegeben. Es ist aber hilfreich, wenn der Patient mit der Apotheke vorher Kontakt aufnimmt.

Die Versorgung von Take Home-Patienten erfordert eine vorherige Planung. Könnte die Apotheke ohne vorherige Rücksprache mit dem Arzt 20 unangemeldete Substitutionspatienten samstags spontan versorgen? In der erforderlichen Ordnungsmäßigkeit? In der Regel wäre dies

nicht so einfach möglich. Daher ist es sinnvoll, dass sich der Apotheker im Vorfeld mit dem Arzt und dem Patienten abstimmt und die Substitution vorbereitet.

Als Mischrezepte werden Rezepte bezeichnet, die mehr als eine Abgabe-Verordnung beinhalten. Die Belieferung von Mischrezepten für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen bereitet keine größeren Schwierigkeiten. Der Patient sollte nach der Richtlinie der BÄK beim Arzt einmal in der Woche substituiert werden. Bei den dazu benötigten Take Home-Mischrezepten von 7 Tagen erhält der Patient 6 Einheiten in der Apotheke, die 7. Substitutionseinheit geht zur Vergabe in die Arztpraxis.

Mit der neuen Regelung treten aber auch neue Schwierigkeiten auf. Die jetzt gültige BtMVV räumt dem Patienten die Möglichkeit ein, das Rezept persönlich in der Apotheke seiner Wahl einzulösen. Dem Patienten steht die freie Apothekenwahl zu. Die Autonomie des Substitutionspatienten, die Entscheidungsfreiheit, soll gewahrt bleiben. Sie kann jedoch logistisch nicht immer erfüllt werden. Es stellt sich z. B. die Frage, ob die Substitutionstherapie mit einem Mischrezept in jeder Apotheke gleichermaßen umsetzbar ist. Eine 20 km von der Arztpraxis entfernte Apotheke hat es deutlich schwieriger, die eine Dosis zur Direktvergabe in die Arztpraxis zu bringen. Bei einem 7-tägigen Take Home-Rezept müsste die 7. Substitutionseinheit in die 20 km entfernte Arztpraxis geliefert werden. Deswegen ist bei einer Substitutionstherapie die Koordination von Apotheke und Arzt von großem Vorteil und eine räumlich-geografische Nähe sehr sinnvoll.

Es gibt allerdings auch dafür Lösungen. Wenn der Patient auf eine weiter entfernte Apotheke zur Substitution besteht, können zwei Rezepte ausgestellt werden: ein Rezept, das die 6 Dosen für den Patienten zum Take Home beinhaltet; das andere Rezept für die einzelne, siebte Dosis zur Belieferung der Arztpraxis, in der das Substitut eingenommen wird.

Nach der Richtlinie der Bundesärztekammer kann der Arzt patientenindividuelle Zeitpunkte auch bei Verordnungen für einen Zeitraum von bis zu 30 Tagen festlegen. Dies betrifft die Sichtvergabe in einer Arztpraxis, in einer Apotheke oder in einer anderen Einrichtung. Auch für die Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch kann der Arzt individuelle Zeitpunkte festlegen. Die notwendigen Vorgaben werden auf dem Rezept direkt vermerkt oder dem Patienten schriftlich mitgeteilt. Auf dem Rezept wird auf die schriftlichen Vorgaben hingewiesen. Die praktische Belieferung und Abrechnung dieser Mischrezepte in der Apotheke ist dagegen sehr problematisch.

Abrechnung mit den Krankenkassen

In der Hilfstaxe für Apotheken sind die Methadon-Lösung und die Levomethadon-Lösung aufgeführt. Genauso abgerechnet wie die Levomethadon-Lösung werden die Levomethadon-Tabletten. Für Buprenorphin-Tabletten gibt es je nach Original und Generikum getrennte Preise. Die Preisübersicht zeigt nur die Preise für 7 Tage an, nicht jedoch für 30 Tage. Bundeseinheitliche Preise für Dosierautomaten gibt es nicht, nur pauschal dosisabhängige wie dosisunabhängige Preise. Der Dosierautomat stellt eine besondere Erleichterung für die Substitutionspraxis dar. Daher sollten sich die Apothekerverbände vermehrt für Preisverhandlungen einsetzen, auch wenn die medikamentöse Substitutionstherapie nur einen Teil aller Apotheken betrifft.

In Anbetracht der stetig wachsenden Zahl der Substitutionspatienten bekommt die Aufgabe der Substitution in der Apotheke allerdings zunehmende Bedeutung. Es werden in Zukunft deutlich mehr substituierende Apotheken gebraucht. Damit könnten die Apotheken auch die Ärzte entlasten. Um weitere Apotheken zur Substitutionstherapie zu bewegen, sind daher Maßnahmen zur Erleichterung der Praxis der Substitutionstherapie sehr zu begrüßen.

Auch für Methadon-Tabletten oder retardierte Morphinsulfat-Tabletten existieren keine auf Preisvereinbarungen basierende Preise. Das Problem wird bei der Abrechnung der Apotheke mit den Krankenkassen deutlich. Hier müssen individuelle Preise vereinbart und dem Rechenzentrum ergänzende Angaben geliefert werden. Diesen bürokratischen Umstand könnte man mit Preisvereinbarungen vermeiden.

Vergabe in der Apotheke

Die Vergabe in der Apotheke könnte noch mehr als derzeit praktiziert ein Betätigungsfeld für die Apotheken darstellen. Hierfür erforderlich ist eine Vereinbarung mit dem substituierenden Arzt. Die Vergabe setzt die Zustimmung des Apothekenleiters voraus und darf anschließend von einem hierzu eingewiesenen Personal erfolgen. Dabei müssen die vorher mit dem Arzt vereinbarten Regeln eingehalten werden. Die Einweisung kann auch der Apothekenleiter durchführen, dies muss nicht der Arzt machen.

Das Problem stellt die Abrechnung dieser Leistung der Vergabe in der Apotheke dar. Nur in Baden-Württemberg existiert eine Vereinbarung des Apothekerverbandes mit den Krankenkassen. Die Leitlinie der ABDA gibt fälschlicherweise vor, welchen Preis der Arzt dem Apotheker dafür eigentlich zahlen muss. Der Arzt jedoch kann die Leistung mit seiner Krankenkasse nicht abrechnen, wenn diese nicht von ihm, sondern von der Apotheke erbracht wird. Da die Vergabe in der Apotheke nicht kostenlos erbracht werden darf, sollten die Apothekerverbände hier zeitnah eine bundesweite Vergütung vereinbaren, die sich an dem Apothekenzuschlag in Höhe von 8,35 € orientieren muss. Die Substitutionstherapie in der Apotheke verlangt eine organisatorische Vorbereitung. Sie erfordert die angemessene Betreuung der Patienten. Bei ordnungsgemäßer Durchführung beansprucht dies wenigstens den gleichen Aufwand, wie die Beratung bei Abgabe eines Fertigarzneimittels.

Wenn es gelänge, dass die Vergabe in den Apotheken von den Krankenkassen bezahlt würde, könnten die Substitutionsärzte entlastet werden. Würde der Apotheker diese Dienstleistung angemessen bezahlt bekommen, könnte er beispielsweise jede zweite oder dritte Woche die Substitution anstelle des Arztes übernehmen. Unter Umständen wäre danach der ein oder andere Arzt motivierter, eine Substitution durchzuführen.

Man sollte nicht vergessen, dass die Substitution der beste Standard ist, um chronisch suchtkranke Patienten zu versorgen, sie brauchen eine Substitution. Deswegen sollte sie als Dienstleistung anerkannt und angemessen entlohnt werden. Die mangelnde Entlohnung ist mitunter ein Grund, weswegen nur vergleichsweise wenige Apotheken die Substitution durchführen und die Versorgung auf Apothekenebene nicht einheitlich oder flächendeckend ist. Oft verweigern Apotheker die medikamentöse Substitutionstherapie trotz Kontrahierungszwang.

Dokumentation und Lagerung

Patientenbezogene Dokumentation

In den Paragraphen 13 und 14 der BtMVV sind die Regularien zur patientenbezogenen Dokumentation festgelegt. Alle Einrichtungen, in denen Substitutionsmittel den Patienten zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, sind zur patientenbezogenen Dokumentation verpflichtet. Sie sollte unverzüglich nach jeder Bestandsänderung durchgeführt werden. Eine Dokumentation mittels EDV ist möglich. Der verantwortliche Arzt hat die Nachweisführung und den Bestand zu prüfen.

Es gibt eine neue Regelung zur Dokumentation, wenn die Vergabe ärztlicherseits delegiert wurde. In diesem Fall muss der Arzt monatlich eine schriftliche oder elektronische Information über die erfolgte Nachweisführung und Prüfung erhalten und diese nicht unbedingt vor Ort selber vornehmen. Hier reicht eine formlose Mitteilung aus, dass die Bestände stimmen und die Dokumentation in Ordnung ist. Das Zufaxen kompletter Dokumentationsblätter, wie in einigen Pflegeeinrichtungen der Fall, ist nicht nötig.

Sicherungsmaßnahmen

Die Lagerung in Arztpraxen, Apotheken sowie Einrichtungen, die mit der Abgabe von Substituten betret sind, muss einige Sicherheitsmaßnahmen erfüllen. Darunter fällt auch, dass die Substitutionsmittel in einem Tresor gelagert werden. Das gilt auch für Alten- und Pflegeheime, in denen die Vergabe erfolgt. Der Tresor sollte einen Widerstandsgrad von 0 oder höher besitzen und bei unter 200 kg Gewicht im Boden verankert sein. Der gelagerte Vorrat sollte den Monatsbedarf nicht überschreiten.

Der Suchterkrankte im gesellschaftlichen Kontext

Es kommt auch schon mal vor, dass Apotheken die orale Substitutionstherapie bzw. die Betreuung von Substitutionspatienten verweigern, obwohl die Substitutionstherapie oft die einzige Perspektive für den Opioidabhängigen darstellt. Denn wie könnte der opioidabhängige Patient mit seiner Suchterkrankung im legalen, kontrollierten Rahmen am normalen Leben teilhaben, wenn es keine Substitutionstherapie gäbe? Es würde nicht gehen. Der Betroffene wäre auf die Beschaffung im kriminellen Milieu angewiesen. Somit trägt die medikamentöse Substitutionstherapie entscheidend zur Verringerung der Kriminalität bei. Auch die Apotheken, die die Substitution durchführen, leisten ihren Beitrag dazu. Dem suchterkrankten Patienten wird die Möglichkeit geboten, sich im Umgang mit seiner Abhängigkeit wieder am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen.

Deshalb wäre es besonders wichtig, die Apothekerschaft dafür zu sensibilisieren, Opioidabhängige nicht zu diskriminieren und ihnen die Substitutionstherapie nicht zu verweigern. Die Diskriminierung findet aber leider immer noch sehr häufig statt. Man muss sich aber bewusst sein: Bei der Substitutionstherapie handelt es sich um eine anerkannte gesundheitliche Versorgungsmaßnahme chronisch kranker Personen.

Oftmals wird davon ausgegangen, der Umgang mit den betroffenen Suchterkrankten sei höchst problematisch. Würde man sich mehr mit Suchtpatienten unterhalten, könnte man aber

schnell feststellen, dass diese Klientel sehr zugänglich und bereit zur Mitarbeit bei der Therapie ist, wenn man den Betroffenen mit Respekt begegnet. Deswegen sollte die Apothekerschaft für die Mitarbeit in der Substitutionstherapie mehr Engagement zeigen.

Aus der Diskussion

Warum gelingt es nicht, dass die Vergabe der Substitutionsmittel durch die Apotheke mehr als bisher durch die Apothekerschaft aktiv vorangetrieben wird?

Queckenberg: Wie bereits gesagt ist, wird von vielen Apothekern vermutet, ein suchterkrankter Patient sei ein schwieriger Patient, mit dem man nur schwer zusammenarbeiten könnte. Dies ist aber nicht der Fall. Wer mit suchterkrankten Menschen, die in der Substitutionstherapie sind, redet, merkt schnell, dass die allermeisten gewillt sind, die Therapie in vernünftigen Bahnen durchzuführen. Dennoch ist das Image der Substitutionstherapie in der Apothekerschaft weiterhin schlecht, und es finden sich nur wenige Apotheker, die neu in dieses Arbeitsfeld einsteigen. Weil es so wenige Apotheker sind, ist offensichtlich auch der Apothekerverband nicht bereit, sich ausreichend zu engagieren und die notwendigen Preisverhandlungen mit den Krankenkassen zu führen. Wenn aber keine Preise ausgehandelt sind, zeigen sich natürlich auch wiederum die einzelnen Apotheker darin bestätigt, dass die Substitutionstherapie offensichtlich „schwierig“ ist.

Zu den Referentinnen und Referenten

Ahmadi, Said: Pflegedienstleiter in der Alten- und Pflegeeinrichtung „Oranienhof“ in Köln mit der Station „Meilenstein“, in der 20 Wohnplätze für chronisch suchtkranke, nicht abstinente Menschen wohnen

Balgar, Oliver: Dipl. Sozialpädagoge, Sozialmanagement M.A. Abteilungsleiter der „Suchthilfe direkt“, Essen

Erne, Laura: Juristin, Master of Laws, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Ghosh, Robin: Apotheker, Inhaber einer Apotheke in Krefeld, Mitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der HIV- und Hepatitis-kompetenten Apotheken

Haede, Mathias: Webdesigner, Mitglied des Bundesvorstands von JES (Junkies, Ehemalige und Substituierte)

Lauck, Rita: Ministerialrätin im Referat AIDS, Sucht und Drogen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen, Stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW

Dr. med. Maric-Horstmeyer, Kenan: Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie, Suchtmedizinische Grundversorgung; Referat Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr, Internationale Suchtstofffragen im Bundesministerium für Gesundheit

Queckenberg, Heinrich: Apotheker für Offizinpharmazie, Apotheker für theoretische und praktische Ausbildung, Pflegeberatung, Geriatrische Pharmazie, AMTS-Manager; Inhaber von 2 Apotheken und eines Pflegedienstes in Gelsenkirchen, Mitglied in der Fachgruppe Substitutionsversorgung des Bundesverbands klinik- und heimversorgende Apotheken

Dr. med. Plattner, Christian: Facharzt für Allgemeinmedizin, Suchtmedizin, Düsseldorf, Mitinhaber der Düsseldorfer Diamorphin Ambulanz

Dr. med. Poehlke, Thomas: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster, Vorsitzender der Beratungskommission „Sucht und Drogen“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Rensmann, Willehad: Geschäftsführer der Aidshilfe Dortmund, Drogenhilfeeinrichtung kick

Terhaar, Werner: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Don Bosco Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Alexianer Münster, stellvertretender Vorsitzender der Beratungskommission Sucht und Drogen der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1694
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

