

BtMVV-Novellierung – Weiterentwicklungsvorschläge aus der Substitutionspraxis

Das Recht muss der Wissenschaft folgen

Vorwort

Substitutionsbehandlung ist Goldstandard

Die Substitutionsbehandlung ist international der **Goldstandard** in der Behandlung opia-
tabhängiger Patienten. Es handelt sich um eine evidenzbasierte, effektive und effiziente
Behandlung von meist schwerkranken multimorbiden Patienten. Substitutionsbehand-
lung sichert das Überleben, ermöglicht die Teilhabe am Erwerbsleben und kann bis zur
Suchtmittelfreiheit führen.

Zahl der behandelnden Ärztinnen/Ärzte sinkt

Doch es finden sich **immer weniger Ärztinnen und Ärzte**, die diese Behandlung anbie-
ten. Bedürftige Patienten finden keinen substituierenden Arzt, müssen lange Umwege
auf sich nehmen, manche driften sogar wieder in die Drogenszene ab. Die Aufnahme
einer Erwerbsarbeit, der Einsatz auf Montage, die Gestaltung des täglichen Lebens und
die Wochenendversorgung sind durch die strikten Vergaberegeln der BtMVV belas-
tend, teilweise konträr zu den psychosozialen Zielen. Für die Integration gerade der gut
eingestellten, stabilen Patienten ist nahezu kein Spielraum. Ihr Zugang zur Normalität
wird behindert. Die absolute **Abstinenzorientierung** und die Forderung nach pauschaler
Beikonsumfreiheit erzeugen einen Druck, der **wenig therapieförderlich** ist und zuweilen
ins Gegenteil, bis hin zu Todesfällen führt.

Die rechtlichen Rahmen- bedingungen sind veraltet

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Substitution in Deutsch-
land sind restriktiv wie in kaum einem anderen Land und **veraltet**. Die BtMVV und das
BtMG müssen grundlegend geändert werden.

Das BtMG stammt aus dem Jahre **1971**. Dieses Gesetz ist mit dem generalpräventiven
Ziel geschaffen worden, den Mißbrauch von BtM zu verhindern und BtM-Abhängigkeit
abzuwenden oder zu beenden. Die Anwendung dieses Gesetzes im medizinischen Be-
reich ist verfehlt. Für die Substitutionspraxis schafft das BtMG erhebliche Probleme,
weil der Arzt u.a. mit dem § 29 wie ein potenzieller Dealer behandelt wird.

Die BtMVV stammt aus dem Jahre **1998**. Trotz einiger Anpassungen in den letzten Jah-
ren verhindert sie – insbesondere bezüglich Beigebrauch, Vergabe, Therapieziel – eine
individuelle, am Patientenbedürfnis orientierte Behandlung. Die geltenden Gesetze und
Verordnungen sind teilweise anderslautend als die Richtlinien und Leitlinien der medi-
zinischen Fachgesellschaften. Die BtMVV in ihrer derzeit gültigen Fassung entspricht
nicht dem Stand der Wissenschaft und muss deshalb geändert werden. Das Recht muss
der Wissenschaft folgen.

Die **Sicherheit** des Verkehrs von Betäubungsmitteln hat Vorrang und steht zuweilen
neueren medizinisch-therapeutischen Erfordernissen entgegen.

Die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen erschweren eine an den Richtlinien der
BÄK und den wissenschaftlichen Leitlinien orientierte Substitutionsbehandlung in erheb-
lichem Maße. Sie demotivieren jüngere Ärzte, sich in der Suchttherapie zu engagieren.

Rechtssicherheit schaffen durch eine BtMVV-Novellierung

Weil hier Änderungen zeitnah notwendig sind, um mehr **Rechtssicherheit zu schaffen**, ein wei-
teres Abwandern von Ärzten zu vermeiden und die Versorgung bedürftiger Patienten zu sichern,

fokussieren sich unsere „Weiterentwicklungs-Vorschläge aus der Substitutionspraxis“ zunächst auf eine **Novellierung der BtMVV**. Weitere Änderungen im BtMG sind damit nicht hinfällig.

Wichtig ist vor allem, eine **klare Trennung** vorzunehmen zwischen der therapeutischen Arbeit einerseits und generellen Anforderungen an den Bevölkerungs- und Patientenschutz im Umgang mit Betäubungsmitteln andererseits. Daraus folgt:

Ärztliche Tätigkeiten gehören nicht in die BtMVV

Ausschließlich medizinisch-therapeutische Tätigkeiten gehören nicht in die BtMVV. Nur Aspekte, die die **Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs** betreffen, also den Bevölkerungs- und Patientenschutz, sollte die **BtMVV** regeln. **Ärztliche Tätigkeiten** sind in den **Richtlinien der Bundesärztekammer** zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger bzw. in den **Leitlinien der Fachgesellschaft** zu regeln.

Hier muss auch die Bundesärztekammer aktiv werden und nach den Gesprächen mit dem BMG umgehend die berufsrechtlichen Konsequenzen einer Reform des Substitutionsrechts überprüfen sowie ihre Richtlinien von 2010 entsprechend anpassen.

Im Folgenden führen wir sieben gesetzliche Regelungen der BtMVV aus, die einer Novellierung bedürfen. Mit diesen auch **praxisnahen Änderungen** kann die Substitutionspraxis verbessert und flexibler werden. Damit wird zudem eine dringend benötigte Angleichung der gesetzlichen Regelungen an den aktuellen Stand der Wissenschaft, die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin erreicht. Es entsteht Rechtssicherheit.

Forderungen stehen im Einklang mit anderen Beschlüssen

Die Unterzeichner unterstützen ausdrücklich die publizierten Änderungsvorschläge der DGS und beziehen sich im Weiteren auf das veröffentlichte Positionspapier der DGS. Unsere Änderungsforderungen sind **im Einklang mit Beschlüssen** des Deutschen Ärztetages, des Bayerischen Ärztetages sowie der Ergebnisse des Runden Tisches in Bayern (Bayerisches Gesundheitsministerium, Bayerisches Justizministerium, Bayerische LÄK). Dazu wurden bereits in der Vergangenheit mehrere schriftliche Änderungsvorschläge weitgehend gleichen Inhalts im Bundesministerium für Gesundheit eingereicht.

Auch hat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, auf dem 11. Parlamentarischen Abend Substitutionstherapie im Oktober 2014 bereits angekündigt: „Neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie drängende Forderungen der Verbände, Fachgesellschaften und der Länder (u.a. GMK) erfordern eine Überprüfung / Anpassung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionstherapie opiatabhängiger PatientInnen.“

Wir bitten den Verordnungsgeber, sich mit unseren ausführlich dargelegten „Weiterentwicklungs-Vorschlägen aus der Substitutionspraxis“ auseinanderzusetzen. Im Folgenden sind zu allen Änderungspunkten die jeweiligen Bestandsformulierungen aufgeführt (in rot) sowie Änderungsvorschläge formuliert (in grün). Zu jedem Änderungsvorschlag sind wissenschaftliche, therapeutische und formale Begründungen ausgeführt.

Da alle 7 Punkte ausschließlich die BtMVV betreffen, gehen wir davon aus, dass diese per Rechtsverordnung leicht noch in diesem Jahr geändert werden können. Dringend benötigt werden sie allemal! Gerne stehen wir für klärende Gespräche zur Verfügung.

Für eine bessere Patienten-Versorgung

Helfen Sie, eine **bessere und effizientere Versorgung von über 77.000 chronisch Kranken** sicherzustellen!

Prof. Dr. Markus Backmund, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
Prof. Dr. Anil Batra, DG-Sucht
Dr. Thomas M. Helms, Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
Prof. Dr. Heino Stöver, akzept e.V.
Dirk Schäffer, Deutsche Aidshilfe
Dr. Christoph von Ascheraden

Änderungsvorschläge aus der Substitutionspraxis zur Novellierung der BtMVV in 7 maßgeblichen Regelungen

- 1. Änderung der Zielehierarchie** einer Substitutionsbehandlung
– Sicherstellung des Überlebens als Primärziel, statt Abstinenzgebot (§5 Abs 1 Nr 1)

- 2. Begründung einer Take-Home-Vergabe** nach wissenschaftlich therapeutischen Kriterien (§5 Abs 8 Nr 5 und 6)

- 3. Erweiterung der Mitgabemöglichkeiten** (§5 Abs 8)
 - 3.1. Take-Home von „bis zu 7“ auf „bis zu **14/30 Tage**“ ausweiten (§5 Abs 8 Satz 4)
 - 3.2. Mitgabe bei **Inlandsurlaub** angleichen an Regelung für einen Auslandsaufenthalt bis zu 30 Tage (§5 Abs 8 Satz 7)
 - 3.3. Neue Regelung für Mitgabe am **Wochenende** neue Regelung einfügen als Satz 4 -> (§5 Abs 8 Satz 4)

- 4. Erhöhung der Verschreibungs-Höchstmengen** von Levomethadon und Methadon (§ 2 Abs 1)

- 5. PSB** Erfordernisse differenzieren, ärztliche Beurteilung einbeziehen (§5 BtMVV Abs 2 Nr 2)

- 6. Regelungen zum Beikonsum** differenzieren
– soweit nicht generell über die RL der BÄK zu regeln –
ausrichten an Gefährdung der Ziele der Substitution (§ 5 Abs 2 Satz 1 Nr.4, Buchstabe c und § 5 Abs 8 Satz 5 Nr. 1 und 3)

- 7. Konsiliarregelung** (§5 Abs 3)
 - 7.1. Ausweiten von „höchsten drei“ auf „höchstens **fünf**“ Patienten
 - 7.2. Präzisierung - **Dosis-Einstellung** des Patienten durch den Konsiliarius

1. Betäubungsmittelabstinenz

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution

Abs (1) Zielstellung

Nr. 1 Betäubungsmittelabstinenz

(1) Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem **opiatabhängigen** Patienten (Substitutionsmittel) zur

1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem **Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,**
2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während der Schwangerschaft und nach der Geburt.

1. Ziele Hierarchie ändern: Sicherung des Überlebens

(1) Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem **opiat-/opioidabhängigen Patienten (Substitutionsmittel) nach dem allgemein anerkannten jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft.**

Ziele dieser Behandlung sind

1. Sicherstellung des Überlebens
2. Reduktion des Gebrauchs anderer psychoaktiver Substanzen
3. Gesundheitliche Stabilisierung und die Mitbehandlung psychischer Begleiterkrankungen
4. Verringerung der Risiken einer Opiat/Opioidabhängigkeit während der Schwangerschaft und Geburt
5. Schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz

(Diese 5 Punkte ersetzen die bisherigen Nummern 1 bis 3)

Begründung

Klinik und Studien zeigen, die Zielstellung einer Betäubungsmittelabstinenz (einschließlich der Abstinenz vom verschriebenen Substitut) ist für viele Patienten ein schwer erreichbares Ziel, das in der Regel erst nach jahrelanger erfolgreicher Behandlung angestrebt werden kann.

Mit der vorgeschlagenen Änderung kann dazu beigetragen werden, dass wenig erfolgversprechende Maßnahmen wie Abdosierungen und Entgiftungen mit Behandlungsunterbrechungen unterbleiben und eine realistische sowie eine am individuellen Gesundheitszustand des Patienten angepasste Zielstellung verfolgt wird.

Diese Änderung schafft eine Übereinstimmung mit den wissenschaftlich begründeten Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK RL) von 2012 sowie der LL der DGS von 2014.

2. Therapeutische Begründung - Take-Home

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution

Abs (8) Abweichende Regelungen zur Mitgabe Satz 5 und 6

Die Aushändigung einer Verschreibung nach Satz 4 (Mitgabe) ist **insbesondere dann nicht zulässig, wenn die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient**

1. **Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden**
2. **unter Berücksichtigung der Toleranzentwicklung noch nicht auf eine stabile Dosis eingestellt worden ist oder**
3. **Stoffe missbräuchlich konsumiert..**
Für die Bewertung des Verlaufes der Behandlung durch den substituierenden Arzt ist im Übrigen der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebend.

2. Take-Home Therapeutische Begründung

Vor Mitgabe eines Rezepts nach Satz 4 (Ausnahmen zur Aushändigung einer Verschreibung) sind die Voraussetzungen dafür durch den substituierenden Arzt nach dem allgemein anerkannten jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Verlauf der Behandlung zu überprüfen.

Begründung

Aktuell wird die Entscheidung über eine Take-Home-Vergabe durch rechtliche Vorgaben überlagert. Wissenschaftlich therapeutische Aspekte müssen sich dem unterordnen.

Diese Änderung stellt die Entscheidung für Take-Home in den therapeutischen Verantwortungsbereich des Arztes – gemäß den geltenden Richtlinien und Leitlinien. Sie trägt zu einer Harmonisierung unterschiedlicher, geltender Regelungen bei und berücksichtigt stärker die fachliche Bewertung komorbider Störungen durch den Arzt.

3. Mitgabemöglichkeiten erweitern - Take-Home

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (8)

3. Take-Home Mitgabemöglichkeiten erweitern

1. Take-Home-Frist verlängern von 7 auf 14/30 Tage
2. Inlandsurlaub angleichen an die Urlaubsregelung für Auslandsaufenthalte, bis zu 30 Tagen
3. Wochenende: Neu - die Mitgabe aus der Praxis am Wochenende bis zu 2 Tagen

Begründung

Mit diesen geänderten Ausnahmeregelungen für eine Mitgabe unter besonderen – stabilen - Bedingungen kann die Versorgung flexibler auf die Erfordernisse von Patient und Praxis gesichert werden.

3.1 Fristverlängerung - Take-Home

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (8) Abweichende Regelungen zur Mitgabe Satz 4 Take Home

Sobald und solange sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat und eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist, darf der Arzt dem Patienten eine Verschreibung über die **für bis zu sieben Tage** benötigte Menge des Substitutionsmittels aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben.

3.1 Take-Home

...darf der Arzt dem Patienten eine Verschreibung über die **für bis zu 14 Tagen, in begründeten Ausnahmefällen bis zu 30 Tagen**, benötigte Menge des Substitutionsmittels aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben.

Begründung

Damit wird insbesondere jenen Patienten, die sozial integriert, berufstätig sind, keinerlei Beikonsum betreiben und bei denen es keine medizinischen oder gesundheitlichen Ausschlussgründe gibt, eine eigenverantwortliche Lebensführung ermöglicht werden. Auch könnte damit besonders in strukturschwachen Gebieten die Versorgung signifikant verbessert werden.

3.2 Inlandsurlaub

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (8), Satz 7 Auslandsaufenthalt

Im Falle eines **Auslandsaufenthaltes** des Patienten, dem bereits Substitutionsmittel nach Satz 4 verschrieben werden, kann der Arzt unter Berücksichtigung aller in diesem Absatz genannten Voraussetzungen zur Sicherstellung der Versorgung diesem Verschreibungen über eine Menge des Substitutionsmittels für einen längeren als in Satz 4 genannten Zeitraum aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben. Diese Verschreibungen dürfen in einem Jahr insgesamt die für bis zu 30 Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels nicht überschreiten.

3.2. Inlandsurlaub angleichen

Im Falle eines **längeren Auslands- oder Urlaubsaufenthaltes** des Patienten, dem bereits Substitutionsmittel nach Satz 4 verschrieben werden, kann der Arzt unter Berücksichtigung aller in diesem Absatz genannten Voraussetzungen zur Sicherstellung der Versorgung **diesem Patienten** Verschreibungen über eine Menge des Substitutionsmittels für einen längeren als in Satz 4 genannten Zeitraum aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben. Diese Verschreibungen dürfen in einem Jahr insgesamt die für bis zu 30 Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels nicht überschreiten.

Begründung

Es ist sachlich nicht zu begründen, weshalb nur bei einem Auslandsaufenthalt – insbesondere in der EU/ Schengener Raum – ein Rezept überlassen werden darf, nicht aber für die Dauer eines Urlaubs in Deutschland.

Hier ist eine Angleichung nötig. Es darf keine Rolle spielen, ob die Abwesenheit begründet ist durch Arbeitseinsätze an anderem Ort oder Urlaub, noch ob es ein Aufenthalt im Ausland oder im Inland ist.

Auch hat der substituierende Arzt keinerlei Überprüfungsmöglichkeiten, Ort und Grund der Abwesenheit zu überprüfen.

3.3 Wochenende

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (8) Neu. Einfügen als Satz 4

Neu : keine Formulierung vorhanden
Ergänzender Satz 4 zu Wochenend-Mitgabe (bis zu 2 Tage)

3.3. Wochenend Mitgabe

Der Arzt darf dem Patienten die benötigte Menge des Substitutionsmittels für bis zu 2 Tage mitgeben und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben.

Begründung

In vielen Regionen sind An- und Abfahrtszeiten von über 2 Stunden täglich die Regel. An Wochenenden sind teilweise gar keine Verbindungen vorhanden. Hier liegen im Übrigen die Haupthindernisse der Ärzte, überhaupt zu substituieren:

- ständige Präsenzpflcht in der Praxis - auch am Wochenende,
- Angst vor Fehlverhalten von instabile Patienten bei Take-Home,
- Großer bürokratischer Aufwand der wöchentlichen Verschreibung für alle Patienten.

Eine Evidenz für eine größere Patientensicherheit durch Verschreibung statt Mitgabe gibt es nicht.

4. Höchstmengen

§2 BtMVV - Verschreiben durch einen Arzt Abs (1) a

(1) Für einen Patienten darf der Arzt innerhalb von 30 Tagen verschreiben:

a) bis zu zwei der folgenden Betäubungsmittel unter Einhaltung der nachstehend festgesetzten Höchstmengen:

- 11. Levomethadon 1 500 mg.
- 12. Methadon 3 000 mg.

4. Erhöhung der Höchstmengen

(1) Für einen Patienten darf der Arzt innerhalb von 30 Tagen verschreiben:

a) bis zu zwei der folgenden Betäubungsmittel unter Einhaltung der nachstehend festgesetzten Höchstmengen:

- 11. Levomethadon 2 400 mg.
- 12. Methadon 4 800 mg.

Begründung

Die Ergebnisse der PREMOS Studie zeigen, dass mehr als ein Drittel aller Patienten weniger als die minimal empfohlene Erhaltungsdosierung erhalten. Ob dies u.a. auf die in Deutschland (im europäischen Vergleich) geringen Verschreibungshöchstmengen zurückzuführen ist, ist unklar.

Die aktuell therapeutisch eingesetzten Tagesdosen für Levomethadon und D-L-Methadon liegen zwischen 30-80mg (Levomethadon) bzw. 60 - 160mg (Methadon).

Mit einer Erhöhung der Verschreibungshöchstmengen könnten

1. Mediziner, die die aktuellen Verschreibungshöchstmengen unterschreiten, obwohl sie therapeutisch angezeigt sind, mehr Spielräume erhalten
2. auch jene Ärzte, die aktuell eine höhere Dosierung wählen und die Verschreibungshöchstmengen überschreiten, könnten dies tun - ohne erhöhten Aufwand der Dokumentation, Rezeptierung und Argumentation.

Insgesamt könnte die Anhebung der Höchstmengen Ärzten ein breiteres therapeutisches Verschreibungsspektrum geben.

5. PSB

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (2) – Voraussetzungen für Behandlung Satz 2

(2) Für einen Patienten darf der Arzt ein Substitutionsmittel unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben,

wenn und solange

2. **die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht,**

5. PSB Erfordernisse differenzieren

wenn und solange **der Arzt darauf hinwirkt, dass bei Bedarf weitere psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der psychosozialen Wissenschaft einbezogen werden.**

Begründung

Hier wird eine Klarstellung dringend benötigt!

Die Praxis zeigt, dass die Substitutionsbehandlung durch einen Arzt zwingend an eine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahme geknüpft wird. Aufgrund der Tatsache, dass diese Maßnahmen nicht immer sichergestellt werden können, führt dies dazu, dass auch die medizinisch indizierte Substitutionsbehandlung durch den Arzt nicht begonnen wird. Andererseits werden Patienten über Jahre und Jahrzehnte in solchen Maßnahmen gehalten, nur um die Substitution durch den Arzt fortführen zu können. Dafür gibt es auch keine wissenschaftliche Evidenz. Auch gibt es keine Erkenntnisse darüber, wann genau in der Substitutionsbehandlung vermehrt oder überhaupt diese Maßnahmen indiziert sind, oder vermehrt in Anspruch genommen werden. Mit der Änderung wird verdeutlicht, dass medizinische und psychosoziale Maßnahmen nicht zwingend dauerhaft miteinander zu verknüpfen sind (siehe auch BÄK-RL). Auch das Cochrane-Review zur Opiatsubstitution (2011) konnte nur einen sehr begrenzten Nutzen der zusätzlichen PSB (Menge des Opiatbeigebrauchs sinkt ggf.) belegen – und das nur bei Freiwilligkeit. Nur wenige nationale Studien konnten Zusatznutzen feststellen, keine davon geht über Verlaufsbeobachtungen hinaus.

6. Beikonsum

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (2) – Voraussetzungen für Behandlung Satz 1 Nr.4, Buchstabe c - Beigebrauch

(2) Für einen Patienten darf der Arzt ein Substitutionsmittel unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben, wenn und solange

4. die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient

c) Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge **den Zweck** der Substitution gefährdet oder ...“

6. Regelungen zum Beikonsum differenzieren

c) Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge in Kombination mit dem Substitutionsmittel das Überleben akut gefährden

Begründung

Dazu ist auf den allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis abzustellen. Opiatabhängigkeit geht in der Regel – nicht in Ausnahmefällen – mit weiteren Substanzstörungen und in über 70 % (u.a. PREMOS-Studie) mit erheblicher psychiatrischer Komorbidität einher. Konsum psychoaktiver Substanzen/Medikamente stellt somit den Regelfall und nicht pauschal eine Gefährdung des Patienten dar. In jedem Einzelfall muss daher der substituierende Arzt (wie auch bei jeder anderen Erkrankung bzw. Medikation) am Anfang und im Verlauf abwägen, ob mit der Substitutionsbehandlung für den Patienten ein Zusatznutzen erreichbar ist.

6.1 Beikonsum bei Take-Home

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (8) Mitgabe Satz 5 Nr. 1 und 3 Beigebrauch

Die Aushändigung einer Verschreibung nach Satz 4 ist insbesondere dann nicht zulässig, wenn Untersuchungen und Erhebungen des Arztes Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient

1. Stoffe konsumiert, **die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden**

„3. Stoffe missbräuchlich konsumiert.“

6.1

1. Stoffe konsumiert, **die die Ziele der Substitution nach §5 Abs 1 gefährden.**

3. Stoffe missbräuchlich konsumiert **und damit die Ziele der Substitution nach §5 Abs 1 gefährdet**

Begründung

Entsprechend differenzierende Ergänzung gilt auch hier

7. Konsiliarregelung

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (3) Konsiliarius Satz 1

Wenn..
(3) Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 nicht erfüllt, darf für höchstens **drei** Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn ..

7. Konsiliarregelung

(3) Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 nicht erfüllt, darf für höchstens **fünf** Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn ...

Begründung

Hier sind präzisierende Formulierungen nötig, sowie zur Sicherung der Versorgung insbesondere auf dem Land eine Ausweitung der Patientenzahl von konsiliarisch tätigen Ärzten.

Zugleich ist die regelmäßige persönliche Vorstellung der Patienten beim Konsiliarius mit entsprechender Dokumentation notwendig (mind. 1 mal je Quartal)

7.1 Konsiliarregelung

§5 BtMVV - Verschreiben zur Substitution Abs (3) Konsiliarius Satz 1, Nr. 2 und 3

Wenn...
2. dieser zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Mindestanforderungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt (Konsiliarius) abstimmt und
3. sichergestellt hat, dass sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird.

7.1

wenn ...
2. dieser zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Mindestanforderungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt (Konsiliarius) abstimmt und
3. sichergestellt hat, dass sein Patient vom Konsiliarius auf eine stabile Dosis des Substituts eingestellt wird sowie
4. sichergestellt hat, dass sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird.

Begründung

Die Einstellung auf eine stabile Dosis kann auch der nicht suchtmittelmedizinisch qualifizierte Arzt in Abstimmung mit dem Konsiliarius vornehmen. Dazu muss der Patient nicht vom Konsiliarius direkt betreut werden. Das wäre sonst als System zu starr und würde der Versorgungsverbesserung in der Fläche entgegenstehen.

Weitere Hinweise und Vorschläge:

1. Keine Strafbewehrung bei kleinen Formfehlern

Kleine Formfehler (wie Rechtschreibfehler oder fehlende Kreuzchen), die keine Auswirkungen auf den Patienten haben, sollten nicht wie Verstöße strafbewehrt sein. Bei der Bewertung sollte der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft und der Verlauf der Behandlung berücksichtigt werden.

2. Fortsetzung der Behandlung in Justizvollzugsanstalten

Das Delinquenzverhalten von aktuell substituierten Patienten liegt bei unter 5%. Dennoch zeigt die Praxis, dass aufgrund von Delikten wie „Schwarzfahren“ und „Diebstahl“ Bewahrungen widerrufen werden und stabil substituierte Patienten inhaftiert werden. Da es sich hierbei um Haftaufenthalte handelt, die unter 24 Monaten liegen und oftmals nur zwischen 6 - 12 Monaten betragen, kommt der Fortsetzung der Substitutionsbehandlung ein hoher Stellenwert zu. Das Gefährdungspotenzial durch Behandlungsabbrüche und Behandlungsunterbrechungen ist immens. Zur Vermeidung von Entzugserscheinungen wird der Drogen- und Medikamentenkonsum in Haft vielfach fortgesetzt. Da in den meisten JVA keine Präventionsmaßnahmen wie Spritzen-/Nadeltausch angeboten werden, steigen die Gesundheits- und Infektionsrisiken in Haft um ein Vielfaches.

3. Fortführung der Substitution im Polizeigewahrsam, in Haft und im Maßregelvollzug

Die BtMVV sollte außerdem einen Passus enthalten, der analog zu den BÄK-Richtlinien die Fortführung der Substitution in Polizeigewahrsam, in Haft und im Maßregelvollzug einfordert.

4. Entkriminalisierung durch Fahrtkostenübernahme

Grundsätzlich sollte eine nationale Fahrtkosten-Regelung gefunden werden: Krankenkassen bzw. staatliche Stellen sollten die teils erheblichen Kosten der vorgeschriebenen (teils täglichen) Anfahrten zum Arzt übernehmen, wie es einzelne Kassen/Kommunen bereits tun.

Die Repressions- bzw. Strafkosten (Ersatzstrafe) kosten den Steuerzahler 100-120 € je Tag x 30 - 100 Tagessätze für Vergehen mit Schadenssummen von unter 100 €.

Hier werden die fehlende Sicherstellung der Substitution in der Fläche und die medikationsgebundenen Fahrtkosten (tägliche Vergabe in der Praxis) auf Patienten abgewälzt.

Klarstellende Formulierung und Änderung

5. Prüfantrag zu Substitution im ambulanten/stationären Setting (§5 Abs 6 und 7 BtMVV)

Das BMG sollte den §5 Abs 6 und 7 BtMVV prüfen mit dem Ziel einer Klärung insbesondere für die Versorgung in der stationären Altenhilfe.

6. Prüfantrag zur aufsuchenden Substitution, insbesondere im ländlichen Raum (§5 Abs 6 und 7 BtMVV)

Das BMG sollte den §5 Abs 6 und 7 BtMVV prüfen mit dem Ziel einer Klärung der Versorgungssicherung im ländlichen Bereich, insbesondere erweiterter Möglichkeiten der aufsuchenden Substitution.

7. Prüfantrag zu Nachweisführung und Dokumentation (§13 Abs. 2 BtMVV)

Das BMG sollte den §13 Abs 2 Satz 1 Nr 6 BtMVV prüfen mit dem Ziel der Streichung bzw. Präzisierung.

8. Betäubungsmittelrechtliche Sanktionsbewehrungen bei nicht rechtmäßig durchgeführtem ärztlich-therapeutischem Handeln

Auftrag an das BMG mit dem Ziel einer ergebnisoffenen Prüfung der „Abschichtung“ der Bestimmungen des §16 BtMVV (Straftaten) in das Berufsrecht.