

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Erklärung zur Substitutionsbehandlung zum Wohle der PatientInnen*

1) Grundverständnis der Substitutionsbehandlung

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

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

Das Substitutionsrecht muss deshalb aus mehreren Gründen revidiert werden:

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

2) Versorgung, Sicherstellungsauftrag der KV

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

Die Körperschaften (Kammern, KVen) müssen die Bedingungen der Substitution für die behandelnden Ärzte attraktiver machen. Notwendig dafür ist unter anderem auch eine Honorierung des Arztes für die Betreuung von Take-Home Patienten, da vom substituierenden Arzt eine sehr aufwändige Versorgung des Patienten verlangt wird, die jedoch in keiner Weise angemessen honoriert wird. (Zusätzliche Ziffern für Take-Home)

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

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

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

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

Sicherstellung der Versorgung opiatabhängiger Patienten in Justizvollzugsanstalten, Maßregelvollzug und medizinischer Rehabilitation

Opiatabhängigkeit ist eine behandelbare Erkrankung. Diese Behandlung darf betroffenen Menschen in o.g. Einrichtungen nicht versagt werden.

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

Die Rolle der Apotheken

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

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

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

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

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

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

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

Betreuung durch ein Schwerpunktzentrum

Um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, bedarf es einer Struktur von Schwerpunktpraxen mit sehr erfahrenen Suchttherapeuten in jeder Region, die für substituierende Ärzte für Rückfragen, Diagnoseabsicherungen und Probleme erreichbar sind. Denkbar wäre auch, dass in solchen besonders spezialisierten Einrichtungen Ersteinstellungen, Umstellungen und psychiatrische Ko-Medikationen vorgenommen werden um die Patienten dann wieder an ihren betreuenden Hausarzt/Substitutionsarzt rück zu überweisen.

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

3) Qualitätssicherung

Qualitätssicherung/anforderungen

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

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

So genannte „Selbstzahler-Leistungen“ für Patienten, die gesetzlich oder privat krankenversichert sind, unterliegen keiner fachlichen Überwachung analog zur GKV (KV-QS-Kommission). Hier sollte die Ärztekammer darauf hinwirken, dass die Kammer-Richtlinien umgesetzt werden.

Aus- und Weiterbildung

- Kenntnisse über Suchterkrankungen müssen während des Studiums gelehrt werden.
Begründung: Auch andere chronischen Erkrankungen werden in der Ausbildung behandelt.
- Jeder Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, sollte die Zusatzweiterbildung „suchtmedizinische Grundversorgung“ haben.
Begründung: Jeder zehnte Patient in der hausärztlichen Praxis weist einen Suchtmittelmissbrauch bzw. eine Abhängigkeit auf.

- Jede sozialpädagogische Fachkraft, die substitutionsbegleitende Maßnahmen anbietet, sollte analog und korrespondierend zur ärztlichen Zusatzweiterbildung eine fachspezifische Weiterbildung nachweisen.

Begründung: Mit der Weiterbildung wird einerseits den Besonderheiten der Suchtmittelabhängigkeit Rechnung getragen, andererseits werden damit Fachkräfte – auch aus Arbeitsfeldern außerhalb der Suchthilfe - befähigt substitutionsbegleitende Maßnahmen durchzuführen.

Substitutionsbegleitende psychosoziale Maßnahmen („PSB“)

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

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

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

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

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

4) Strafrecht

Der §5 der BtMVV soll ersatzlos gestrichen werden!

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

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

Der §5 ist schädlich.

- Er schränkt die ärztliche Therapiefreiheit wissenschaftlich unbegründet ein.
- Er schließt Heroinabhängige unter bestimmten Bedingungen von der Behandlung aus oder fordert den Abbruch der Behandlung.
- Er schränkt die präventiven Potentiale (HIV und Hepatitis) dieser Behandlungsform ein.
- Er beschränkt die Auswahl der an Heroinabhängige verschreibbaren Medikamente entgegen internationalen und nationalen Erfahrungen.
- Mit den (wie oben ausgeführt unnötigen) Regelungen zur Einnahmekontrolle verhindert er, dass die Behandlung den Fortschritten des Patienten angepasst werden kann, entmündigt so die Patienten und behindert das Therapieziel „soziale Rehabilitation“.
- Er fordert, auf das Therapieziel „Abstinenz“ hinarbeiten, obwohl seit langem bekannt ist, dass dieses Ziel nicht bei allen Heroinabhängigen erreichbar ist und das Drängen auf Abstinenz oft die erreichten Behandlungsfortschritte gefährdet.

Er bedroht Abweichungen von medizinisch und gesundheitspolitisch nicht begründeten formalen Regelungen strafrechtlich. Dies alles sind Gründe warum sich viele Mediziner gegen die Behandlung opiatabhängiger Menschen entscheiden oder gar die Substitutionsbehandlung beenden. Der §5 ist nachteilig weil er maßgeblich dazu beiträgt, dass es mehr als 15 Jahre nach der Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland nicht genügend Behandlungsplätze gibt. Die tägliche Beschaffung von Substituten auf dem Schwarzmarkt durch viele hundert Opiatabhängige ist eine der dramatischen Auswirkungen dieser Regelungen. Die Bestimmungen des BtMG und die übrigen Paragraphen der BtMVV bieten auch ohne §5 ausreichende Spielräume, um fahrlässig handelnde Ärzte zu sanktionieren. Die Qualitätssicherung ist nicht Aufgabe des Strafrechts, sondern Aufgabe der ärztlichen Körperschaften.

5) Diversifikation der Substanzen

Da es sich bei der Opiatabhängigkeit um eine chronische Erkrankung mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen handelt, bedarf es auch eines deutlich differenzierteren medikamentösen Angebotes als bisher.

Die Entwicklung muss sich am Standard anderer Krankheiten wie z.B. Depressionen orientieren, wo mittlerweile eine ungleich größere Zahl von Substanzen zur Verfügung steht, mit denen eine individuell angepasste und damit effektivere Behandlung durchgeführt werden kann. Ergebnisse in unseren Nachbarländern zeigen, dass z.B. retardierte Morphine (Österreich), Dihydrocodein (Schottland, teils auch Deutschland), Diacetylmorphin (Schweiz, Niederlande, Großbritannien und Deutschland) unbedingt zu diesem Spektrum dazugehören müssen. Hierzu gilt es Rahmenbedingungen zu schaffen die die Erforschung weiterer Substanzen und Einsatzmöglichkeiten fördern. Auch die kombinierte Abgabe unterschiedlicher Präparate darf, ähnlich wie bei anderen Krankheiten, kein Tabu sein. Der jahrelange Forschungsstillstand in diesem Gebiet muss überwunden werden.

6) Vergütung

Betreuungs- bzw. Koordinationspauschale

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

Take – Home Ziffer

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

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

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

Vergabe-Ziffer für delegierte Vergabe

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

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

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

Verwaltungsziffer für Apothekenabgabe

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

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

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

Fallzahl berechnete Höchstwerte (Urinkontrollen)

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

Keine Ausschlussziffern , Behandlung der Komorbidität

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

Ziffern für das Konsiliarverfahren

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

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

Finanzielles im Hinblick auf die PatientInnen:

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

Packungsgrößen:

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

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

Sonderregelung bezüglich Rezeptgebühr

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

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

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

Berlin, 27. Januar 2007

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

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