

Evaluation der 3. BtMVVändV- Auswirkungen und weitere Bedarfe aus Sicht der Ärzteschaft

Silke Kuhn

DGS-Kongress, 06.11.2020

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse und praktischer Erfordernisse mit den Zielen:

- Die Substitutionstherapie opioidabhängiger Menschen auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können und zu verbessern.
- Mehr Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung, vor allem in ländlichen Gebieten, zu gewinnen.

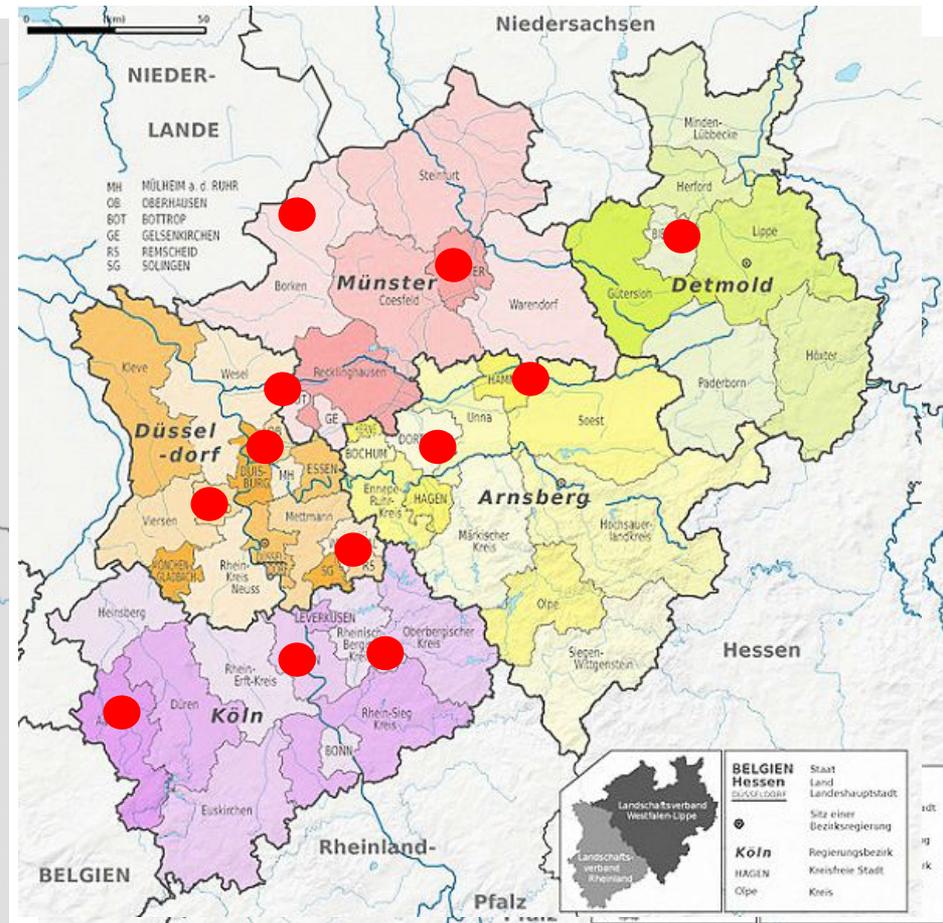
Bericht zum Substitutionsregister 2020	2012	2019
Anzahl gemeldeter Substituierter	75.400	79.700
Anzahl substituierender ÄrztInnen	2.731	2.607

Auswertung von Dokumentationsdaten der Bundesopiumstelle	fortlaufend
Befragung aller Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen	15 Ärztekammern, 16 KVen
Quantitative Befragung substituierender ÄrztInnen	2.503 ÄrztInnen angeschrieben, Rücklauf 855 = 34 % *
Qualitative Befragung substituierender ÄrztInnen	Interviews mit 31 ÄrztInnen in Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hamburg, Sachsen, Bayern
Quantitative Befragung von PatientInnen	Abgeschlossen, N=219
Befragung von ApothekerInnen	Start in Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hamburg, Sachsen, Bayern
Expertenbefragung zur BtM-Sicherheit	In Planung

* Schulte et al. (2013): Rücklauf von 25,5 %



Bayern: N=10



NRW: N=6 in Nordrhein, N=6 in Westfalen Lippe

(N=5 in Hamburg und N=4 in Sachsen)

Charakteristika der substituierenden ÄrztInnen

	Quantitative Befragung	Interviews
Geschlecht , männlich	64,5 %	77,4%
Alter , Mittelwert \pm SD	57,9 \pm 8,7 Jahre	58,5 \pm 8,1 Jahre
Zusatzqualifikation Suchtmedizinische Grundversorgung bzw. Fachkunde Sucht Keine	85,6 % * 14,4 %	100 %
Fachgebiet Allgemeinmedizin/Innere Medizin Psychiatrie/Neurologie Anderes Fachgebiet	75,7 % 17,7 % 6,7 %	80,6 % 29,4 %

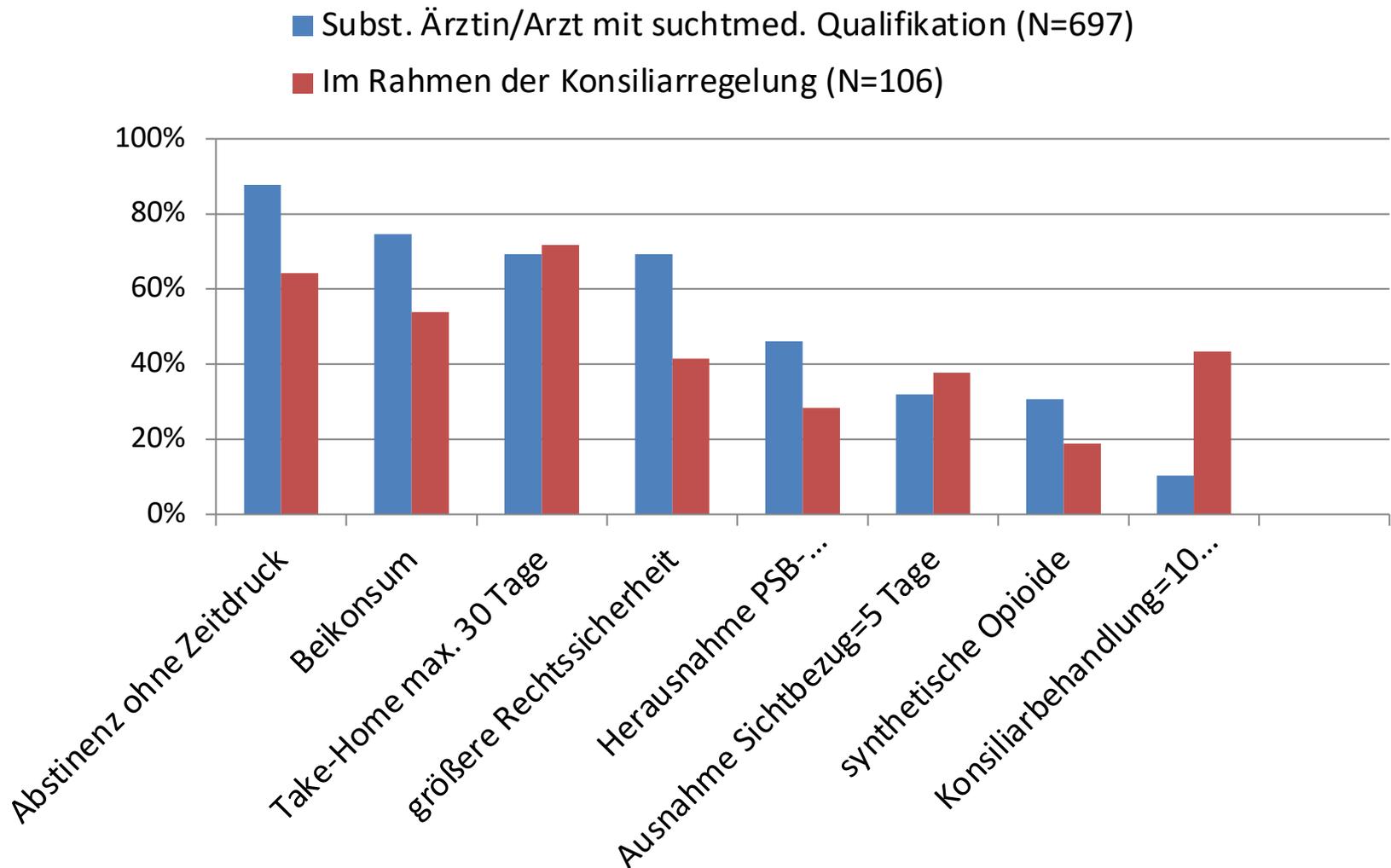
* Substitutionsregister: 79,3 %

- Vergleich Studiendaten mit denen von 12 KVen (Berechnung Mittelwert möglich):
KVen: **58,6 Jahre** (N=1.629), Studie: **58,2 Jahre** (gleiche 12 KVen)

- **39 %** sind **über 60 Jahre** alt, große regionale Unterschiede
z.B. Thüringen: 0 %, Mecklenburg-Vorpommern 8,3 %,
Westfalen-Lippe: 47,5 % , Saarland: 60 %

- Größere Rechtssicherheit durch Bewertung ärztlich-therapeutischer Sachverhalte durch die Bundesärztekammer (BÄK)
- Keine zeitlichen Vorgaben für das Erreichen einer Opioidabstinenz, das Ziel der Betäubungsmittelabstinenz soll ohne Zeitdruck angestrebt werden
- Neue Bewertung des Umgangs mit Beikonsum
- Take-Home-Verordnung auf max. 30 Tage ausgedehnt
- Ausnahme vom Sichtbezug auf 5 Tage ausgedehnt
- Die Herausnahme der Erforderlichkeit psychosozialer Betreuungsmaßnahmen
- Konsiliarbehandlung auf 10 PatientInnen aufgestockt
- Substitution von PatientInnen mit Abhängigkeit von synthetischen Opioiden (z. B. Tramadol oder Tilidin) möglich

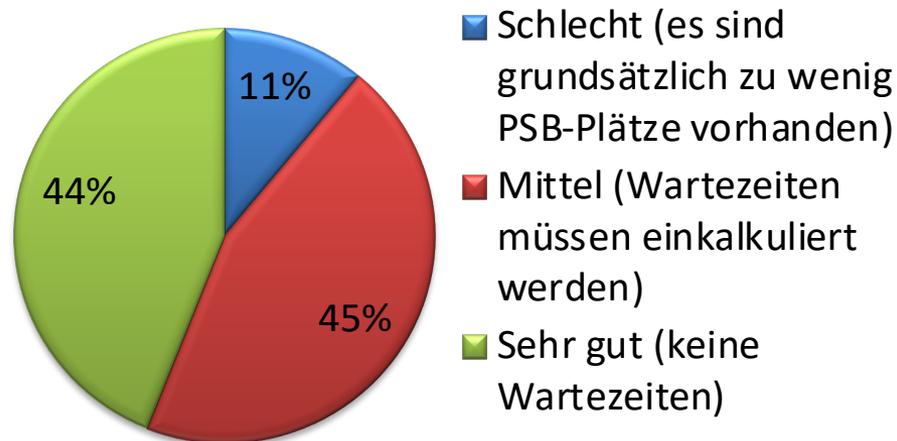
Welche Änderungen sind für substituierende ÄrztInnen relevant?



- Erleichtert den Praxisalltag
- Aspekt Teilhabe der PatientInnen am sozialen Leben wird betont
- 30 Tage wurden sehr zurückhaltend ausgeschöpft
- Häufiger 14 Tage (als Mischrezept)
- Abhängig von der Art des Substitutionsmedikamentes und der Dosierung (Vorratshaltung)
- Vergütung?!

Herausnahme der Erforderlichkeit von PSB

- Wird auch von Interviewten begrüßt, auch wenn PSB für sinnvoll gehalten wird.
- Aber: Die Gefahr besteht, dass subst. ÄrztInnen nicht mehr zur PSB „drängen“
- Bisher noch keine großen Änderungen im Verhalten der ÄrztInnen.
- PSB muss sich stärker darum bemühen, die PatientInnen zu binden.



Kein Unterschied zwischen ländlichen oder städtischen Gebieten

Möglichkeit, Konsiliarbehandlung auf 10 PatientInnen aufzustocken

ÄrztInnen ohne suchtmedizinische Weiterbildung (22 %) behandeln
1 % aller SubstitutionspatientInnen

- Lediglich 5,4 % hatten auf 10 PatientInnen aufgestockt
- 65 % substituierten weiterhin bis 3 PatientInnen
- Mögliche Aufstockung auf 10 PatientInnen ist eine Überforderung aller beteiligten ÄrztInnen
- Qualität der Behandlung?

PatientInnen mit langen Anfahrtswegen (Mehrfachnennungen)

Abbruch oder Unterbrechung der Substitution	35 %
Neue Kooperationen mit wohnortnahen Apotheken (Sichtbezug)	32 % (51% ländlicher Kreis, 26% Kreisfreie Großstadt)
Gewinnung von ÄrztInnen ohne suchtmmedizinische Weiterbildung	10 % (18% ländlicher Kreis, 5% Kreisfreie Großstadt)
Keine Probleme	30 %
Keine PatientInnen mit langen Anfahrtswegen	27 %

Beteiligung an der Substitution

- Bezirkskrankenhäuser, Universitätskrankenhäuser, Substitutionsambulanzen, Gesundheitsämter, Suchtberatungsstellen...:
Entlastung niedergelassener HausärztInnen, „Reisebewegungen“ von PatientInnen in größere Städte (auch in andere Bundesländer) verhindern

Neue Institutionelle Ermächtigungen in 2017/2018: (N=16 KVen)

3 , kein Gesundheitsamt

Abgabe von Substitutionsmedikamenten in Reha-Einrichtungen, Pflegediensten, Hospizen, Heimen...

- Positive Erfahrungen mit ambulanten Pflegediensten
- Weiterhin schlechte Erfahrungen mit Reha-Einrichtungen
- Problem: Verträge / Klärung der Verantwortung

- Ja → z. B. unterschiedliche Beurteilung der tatsächlichen Rechtssicherheit

Gute Beispiele für Vernetzung in allen Modellregionen

- Qualitätszirkel, auch über Bundeslandgrenzen hinweg
- Häufig gemeinsame Wochenendvergabe (regionaler Zusammenschluss mehrerer Substituierender ÄrztInnen) – in ländlichen Gebieten schwieriger

- Durch die 3. BtMVVÄndV ist die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger für die substituierenden ÄrztInnen rechtlich sicherer und besser an den Behandlungsalltag angepasst worden.
- Die veränderten Vorschriften sind eine gute Grundlage, um neue ÄrztInnen für eine solche Behandlungsform zu motivieren, reichen alleine jedoch nicht aus.
- Das Honorierungssystem unterstützt die erweiterte Take-Home-Vergabemöglichkeit nicht ausreichend.
- Ob die erweiterte Konsiliararztregelung (Aufstockung auf 10 Patienten) erfolgreich ist, muss sich erst noch zeigen.
- Kontakt zu Apotheken ist gut, Finanzierung der Sichtvergabe durch Apotheken!
- Kooperationen werden zukünftig zunehmend wichtiger. Auch abseits der Metropolen gibt es gute Modelle gelungener Vernetzungen der substituierenden ÄrztInnen untereinander, aber auch mit weiteren Akteuren wie Apotheken, Pflegeeinrichtungen, PSB und staatlichen Institutionen.
- Wesentlich für die niedergelassenen substituierenden ÄrztInnen ist die Unterstützung durch Substitutionsambulanzen oder Kliniken bei PatientInnen, die in den Praxen nicht gut versorgt werden können.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg

Dr. Silke Kuhn
skuhn@uke.de
www.zis-hamburg.de