

Wo steht die Opioidsubstitutionsbehandlung nach der Rechtsreform?

Überarbeitete Version der Vorträge auf der 5.Nationalen Substitutionskonferenz von akzept e.V. 2019 und auf dem 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. 2019
Hans-Günter Meyer-Thompson, Hamburg, Redakteur www.forum-substitutionspraxis.de

Die Krise in der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger in Deutschland ist da:

- In mehr als 50 Landkreisen findet Opioidsubstitution nicht statt (in einigen allerdings auch früher nicht).
- Die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte sinkt weiterhin, im ersten Halbjahr 2019 sind nach meiner Kenntnis bundesweit weitere 100 Kolleginnen und Kollegen aus dem Register ausgeschieden.
- Der Altersdurchschnitt der verbleibenden ca. 2.500 Kolleginnen und Kollegen lässt absehen, dass in den kommenden fünf Jahren mehr als ein Drittel der aktuell Substituierenden die Altersgrenze erreicht.
- Die Anzahl der neu substituierenden Kolleginnen und Kollegen ist weiterhin niedriger als die der Ausscheidenden.
- Die Zahl der substituierten Patientinnen und Patienten liegt konstant bei 80 Tausend.

An der BtMVV und am rechtlichen Rahmen der Opioidsubstitutionsbehandlung kann es nicht liegen: Die substituierende Ärzteschaft steht nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis.

Die Reizworte, die bis 2017 noch für teils völlig realitätsferne Urteile sorgten, also: Verpflichtung zur Abstinenzorientierung und Beikonsum, haben in den Richtlinien der BÄK eine neue und nach internationalen Evidenzen abgeleitete Bedeutung erhalten. Und damit sind der sogenannte Beikonsum und das Therapieziel Abstinenz weiterhin eine therapeutische Herausforderung aber keine juristische Falle mehr.

Und da die BÄK-Richtlinien quasi Teil der BtMVV sind, weil sie den fachlich-wissenschaftlichen Rahmen abstecken, können selbst übereifrige Staatsanwaltschaften darüber nicht mehr einfach hinweggehen.

Die Verlagerung ärztlich-therapeutischer Inhalte aus der BtMVV in die Richtlinien der Bundesärztekammer hat also Rechtssicherheit geschaffen. So war das auch gedacht.

Weitere Änderungen erleichtern den therapeutischen Alltag beträchtlich für Substituierende wie Substituierte:

- Die Möglichkeit, die Gültigkeit von Substitutionsverordnungen auszuweiten auf bis zu 30 Tage, und das mehrmals im Jahr, ermöglicht endlich - bei entsprechenden Voraussetzungen – mit unseren Patientinnen und Patienten einen dem praktischen Leben angepassten Therapieplan aufzustellen.
- Dass die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen wurden, im ärztlichen Auftrag Substitutionsmedikamente durch Pflegedienste und in Heimen durch Fachpersonal abgeben zu können, ist ein Segen. Die Opioidsubstitutionsbehandlung hat unsere Patientinnen und Patienten vor dem frühen Drogentod bewahrt; sie werden älter, auch weil HIV- und HCV-Infektionen behandelbar bzw. heilbar geworden sind. Und diese alternde Gruppe verdient es nicht, weiter durch tägliche oder wöchentliche Arztbesuche gegängelt zu werden, wenn dem medizinische oder andere Gründe entgegenstehen. Neben den medizinischen Gründen gibt es eine Reihe beruflicher, sozialer oder familiärer, die ebenfalls längere Verordnungszeiten erlauben. Die medikamentös gestützte Behandlung der Opioidabhängigen hat ja auch das Ziel, vormals illegal Abhängigen den Weg in ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Und das heißt, die Abhängigkeit vom Rezeptblock der Behandelnden in rechtlich und fachlich angemessenen Grenzen zu halten.

- Mit der Reform entfiel die Verpflichtung, alle Jahre in *jedem* Behandlungsfall eine PSB-Bescheinigung beiholen zu müssen. Das war überfällig.
Die Kehrseite: Einzelberichten zufolge wird seitens der Ärzteschaft auf eine enge Kooperation mit den PSB-Einrichtungen weniger Wert gelegt – zum Nachteil aller Beteiligten.

Auch die Folgen der Reform auf der Verwaltungsebene erleichtern die Arbeit:

- Substitutionsbehandlungen bei KVen und Krankenkassen nicht mehr an- und abmelden zu müssen, auch wenn die Behandlung nur übergangs- oder vertretungsweise einen einzigen Tag stattfindet, spart insbesondere in Schwerpunktpraxen und Ambulanzen mit einem hohen Aufkommen an kurzfristigen Behandlungen viel Zeit. Die Kehrseite: Die KVen können nicht mehr überprüfen, ob die Obergrenze der zugelassenen PatientInnenzahl in den Praxen eingehalten wird.
- Die neue Vertretungsregel erleichtert die Opioidsubstitutionsbehandlung insbesondere in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren, weil eben auch Kolleginnen und Kollegen ohne Nachweis der suchtmedizinischen Fachkunde bis zu dreimal einen Monat pro Jahr die Verordnungen fortschreiben können.
- Die Konsiliarregelung erlaubt suchtmedizinisch nicht qualifizierten Kolleginnen und Kollegen in ihren Praxen bis zu zehn PatientInnen zu substituieren in Abstimmung mit suchtmedizinisch Qualifizierten. Das mag sich in einzelnen Regionen des Landes durchaus bewähren. Mit einem Anteil von weniger als einem Prozent aller Substituierten, die so versorgt werden, kann diese Behandlungsform allerdings nicht nennenswert zur Bewältigung der Krise beitragen.
- Mischrezepte und die Möglichkeit, Rezepte auch nicht Take-home-fähigen Patientinnen und Patienten auszuhändigen, spart die vorherige absurde Zeitvergeudung bei der Versorgung per Rezept.
- Auch die Kontrolle der abgebenden Apotheken durch uns, die Verordnenden, ist auf ein vertretbares Maß reduziert worden zugunsten kollegialer Zusammenarbeit.

Wir befinden uns 2019 zwei Jahre nach der Reform des Substitutionsrechts also in einer Situation, die zu Befürchtungen in der Ärzteschaft, von vornherein strafrechtlich gefährdet zu sein, keine Berechtigung mehr gibt. Im Gegenteil: Es besteht mehr Flexibilität und damit die Möglichkeit, Therapiepläne individuell zu gestalten.

Unsere Kolleginnen und Kollegen können sich nun nicht mehr auf eine unsichere Rechtssituation berufen, wenn sie Opioidabhängige in ihren Praxen nicht behandeln wollen. Nun tritt das hervor, was durch das Engagement von weniger als 4.000 Kolleginnen und Kollegen in den zurückliegenden drei Jahrzehnten nur oberflächlich verdeckt war: Das tiefsitzende Ressentiment in der Ärzteschaft gegenüber Opioidabhängigen. Von verschiedenen Seiten höre ich in den letzten Jahren, dass bei der Übergabe von Praxen, in denen auch substituiert wird, die Nachfolge an die Bedingung geknüpft wird, dass dann „diese Patienten“ bitte bei der Übernahme „nicht mehr im Wartezimmer sitzen“.

So sinkt allmählich die Zahl der noch Substituierenden, und es sind mittlerweile mehr als nur Einzelfälle, in denen Kolleginnen und Kollegen über das Ruhestandsalter hinaus weiter substituieren, weil sie die weiterführende Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten nicht sichern können. Dieser Umstand trifft in ländlichen Regionen auf die eh schon bestehende Krise in der hausärztlichen Versorgung.

Was nun ist seit Inkrafttreten der neuen BtMVV 2017 geschehen, die Versorgungslage selbst zu verbessern und die bereits schwelende Krise aktiv anzugehen?

Das Ergebnis ist dünn, ergibt die Übersicht:

Bundesgesundheitsministerium und Drogenbeauftragte haben ihre Hausaufgaben gemacht. BMG und Bundesrat haben die begleitende Untersuchung über die Auswirkungen der Reform auf den Weg gebracht. Die ehemalige Drogenbeauftragte Frau Mortler hat sich aktiv und durchaus konfliktbereit für die Reform eingesetzt und darüberhinaus das ihr Mögliche getan, auch die Substitution in den Haftanstalten voranzubringen. Auch ihre Nachfolgerin Daniela Ludwig will sich für substituierende Ärzte stark machen und fordert „eine flächendeckende Substitutionsbehandlung“.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung versuchen Einfluss zu nehmen auf die Landesärztekammern bzw. auf die KVen; in einigen Regionen tut sich tatsächlich was: Themen sind

- die Bezuschussung der suchtmedizinischen Qualifizierungskurse oder Nachschulungsangebote für bereits Qualifizierte,
- Kurzschulungen für konsiliarisch Substituierende
- antherapierende Substitutionszentren
- der stärkere Einbezug psychiatrischer Institutsambulanzen oder
- der Einsatz von Substitutionsbussen.

Westfalen-Lippe hat ein System von Satellitenpraxen entwickelt und es wurde eine NRW-weite Arbeitsgruppe der Ärztekammern eingerichtet. In Bayern können Praxen, die die Opioidsubstitution neu in das Behandlungsangebot aufnehmen wollen, finanziell unterstützt werden. Und in Baden-Württemberg, wo im Sozialministerium eine AG Substitution eingerichtet wurde, wird im November ein Substitutionsgipfel stattfinden, der sich u.a. mit den verschiedenen Abgabemodellen im Land beschäftigen wird.

Aber das Thema wird längst nicht bei allen Kammern und KVen ernst genommen.

Aufgeschoben wurde eine Reform der Vergütung, die längst nicht mehr zeitgemäß ist, gleichermaßen für Ärzte- und Apothekerschaft: Als die Substitutionsbehandlung Anfang der 1990er Jahre erlaubt wurde, ging es den KVen darum, möglichst viele Praxen für diese Behandlungsform zu gewinnen. Der finanzielle Anreiz bestand und besteht immer noch darin, die Substituierten möglichst häufig unter Sicht das Substitut in den Praxen oder Ambulanzen einnehmen zu lassen - vor allem an Wochenenden und Feiertagen, wenn es auf die Abgabe-Grundvergütung einen Zuschlag gibt. Die Entlassung in die Verordnung per Rezept sorgt also unmittelbar für Umsatzverluste, die auch nicht durch eine neue EBM-Ziffer ausgeglichen wird. Der EBM wird so zu einem Instrument, durch das Schwerpunktpraxen und Ambulanzen sich gezwungen sehen, Patientinnen und Patienten quasi zu betriebswirtschaftlichen Geiseln zu nehmen.

Und dass der Apothekerschaft zugemutet wird, die Abgabe von Heroinsubstituten für lau zu machen, verhindert eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung.

Änderungen der Laborbudgets für Hepatitis-C-Untersuchungen und in Berlin die Aberkennung des Sonderstatus für Substitutionspraxen sabotieren eine richtlinienkonforme Behandlung und sorgen für finanzielle Unsicherheit.

Vorschläge zur Reform der Finanzierung liegen seit langen auf dem Tisch:

- Aufstockung der honorierten Anzahl der ärztlichen Gespräche;
- eine Pauschalregelung, die eine tagtägliche Einnahme unter Sicht in den Praxen und Ambulanzen nicht zum Kern der Praxiswirtschaftlichkeit macht.
- eine angemessene Honorierung der Abgabe in Apotheken.

Dass sich KBV, GBA und ABDA dieses Problems nicht ernsthaft annehmen, werte ich als Diskriminierung der Substituierten und der Substituierenden.

Was tut sich sonst noch oder eben nicht?

- Grüne und Linke im Bundestag bleiben mit parlamentarischen Anfragen am Ball. Die Antworten der Bundesregierung beschreiben präzise die aufkommende Substitutionskrise.
- Akzept, Deutsche AIDS-Hilfe und JES haben Behandlungsverträge vorgelegt, die Nationale Substitutionskonferenz ausgerichtet und setzen sich für die Abgabe von Naloxon ein. Akzept, DAH, JES und die PSB-Träger mudra (Nürnberg) und Palette (Hamburg) haben gemeinsam ein Positionspapier zum Stellenwert der Psycho-sozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung vorgelegt.
- JES ist aktiv, allerdings nur in einem begrenzten Rahmen. Es fehlt letztlich eine kampfstärke Interessenvertretung unserer Patientinnen und Patienten: Wer mit der Substitutionsbehandlung den Weg in ein Leben fern der Drogenszene gefunden hat, wird sich vor einem coming-out hüten müssen, um sich nicht mit Diskriminierung am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft und im sonstigen sozialen Umfeld konfrontiert zu sehen.
- Funkstille herrscht bei den ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Mit Inkrafttreten des reformierten Substitutionsrechts haben sich DGS, DSÄ und DGPPN praktisch aus der Diskussion zurückgezogen.
- Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat schon in den Anhörungen kräftig gegen die Reformbestrebungen gestänkert und zeigt auch jetzt keine gesteigerten Aktivitäten, die Versorgung in den Pharmazien zu verbessern.
- Und ohne Reaktion ist der Appell an die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater verhallt, sich in einem relevanten Umfang an der Behandlung dieser PatientInnengruppe zu beteiligen.
- Ebenfalls völlig unzureichend ist die Bereitschaft der psychiatrischen Kliniken, Institutsambulanzen für die Behandlung von Opioidabhängigen einzurichten; seit 2017 sind nicht viel mehr als eine Handvoll im ganzen Land dazu gekommen.
- Die Notlösung, die die BtMVV vorhält, den Öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGD zur Sicherung der Versorgung zu verpflichten, zieht schon deshalb keinen Hering vom Teller, weil der ÖGD weitgehend ausgedörrt ist und die Opioidsubstitution allenfalls in Einzelfällen stemmen kann.
- Die Lage der Opioidabhängigen weckt auf kommunaler politischer Ebene wenig Interesse. Ausnahme: Der Landkreis Unna wird im Januar eine Arbeitstagung zur Teilhabe drogenabhängiger Menschen ausrichten.

Wer genau hinschaut, kann die Anzeichen für die anwachsende Krise nicht ignorieren: Selbst in noch relativ gut versorgten städtischen Ballungsräumen wird es immer schwieriger, einen Behandlungsplatz für die Opioidsubstitution zu finden. In Hamburg beispielsweise gibt es das erste Mal seit Beginn der 1990er Jahre praktisch keine garantierte Aufnahme mehr innerhalb von 24 Stunden. Ein langjährig substituierender Kollege sieht vor diesem Hintergrund „das System der ambulanten Substitutionsmedizin in ein bis zwei Jahren implodieren.“

Im Großen und Ganzen kann von einer freien Arztwahl nicht die Rede sein, was die Abhängigkeit unserer Patientinnen und Patienten von uns Behandelnden noch verschärft und was für das therapeutische Verhältnis überhaupt nicht förderlich ist.

In manchen Städten entwickelt sich wieder eine sichtbare Drogenszene. Verschiedene Meldungen deuten darauf hin, dass die Zahl der Drogentoten 2019 erneut ansteigen könnte.

Fazit: Die Reform der BtMVV war längst überfällig, aber sie kommt viel zu spät. Die seit mehreren Jahren prognostizierte Versorgungskrise wird sich verschärfen, für Optimismus besteht kein Grund.