



Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung  
und Suchttherapie e.V.

DG-Sucht e.V. | Postfach 1453 | 59004 Hamm

Postfach 1453  
59004 Hamm

Telefon 0238 1/417998

Fax 0238 1/901530

E-Mail [dg-sucht@t-online.de](mailto:dg-sucht@t-online.de)

12.06.2013

## Stellungnahme der DG-Sucht und DGPPN

zu den Anträgen

1. der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Dr. Edgar Franke, Dr. Carola Reimann, Elke Ferner, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, Iris Gleicke, Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Ewald Schurer, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD: **„Überlebenshilfe in der Drogenpolitik – Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug“** Drucksache 17/12181
2. der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Britta Habelmann, Ingrid Hönlinger, Lisa Paus, Brigitte Pothmer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **„Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken“** Drucksache 17/13230
3. der Abgeordneten Frank Tempel, Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Herbert Behrens, Nicole Gohlke, Diana Golze, Dr. Rosemarie Hein, Ulla Jelpke, Petra Pau, Jens Petermann, Kathrin Senger-Schäfer, Raju Sharma, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE. **„Abhängigen helfen – Substitutionstherapie erleichtern“** Drucksache 17/12825

Die Substitutionsbehandlung opiat(heroin)abhängiger Patienten hat sich zu einer erfolgreichen Behandlungsform opiatabhängiger Patientinnen und Patienten entwickelt. Essentiell wichtig für den Erfolg und Grundbedingung für diese Therapie ist, dass es sich um ein multimodales Therapieregime handelt, das gleichzeitig pharmakologische, psychiatrische und psychosoziale Behandlungen umfasst.

Dies begründet sich auch dadurch, dass ein Großteil dieser Patienten zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung an einer oder mehreren psychiatrischen Erkrankungen leiden, wie z.B. an einer Persönlichkeitsstörung und /oder an Angst- und depressiven Erkrankungen, einer affektiven oder an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Auch können zusätzlich psychotische Störungen vorliegen.

Aber auch schon die Opiatabhängigkeit alleine erfordert ein multimodales Therapievorgehen, denn auch alleine rezidivierend wechselnde Opiatintoxikationen und Opiatentzüge können erhebliche psychische Instabilität, körperliche Erkrankungen, wie z.B. Hepatitiden oder HIV-Infektionen bewirken und psychosoziale Folgen haben, wie den Verlust von gesellschaftlicher Integration, Arbeit, Wohnung, Familie und Partnerschaft.

Mittlerweile sind mehr als 76.200 Menschen in Behandlung (Stand 2011). Drogentodeszahlen und HIV-Infektionsraten bei Opiatabhängigen sowie die Kriminalisierungsrate konnten durch diese Behandlungsform deutlich reduziert werden.

Bei dieser Behandlungsmethode werden betäubungsmittelpflichtige Opioide zur Therapie eingesetzt, deren Erwerb, Umgang und Einsatz in der Therapie durch das BtMG und die BtMVV, §5, geregelt ist. Im Antrag der SPD wird festgestellt, dass "die grundsätzliche Strafbarkeit von illegal benutzten Betäubungsmitteln", zu denen auch BtMG pflichtige Opiat- und Opioidschmerzmittel und die Opioidsubstitutionsmitteln gehören, „ein wichtiges Instrument der Suchtprävention ist und für den Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen und sozialen Schädigungen unerlässlich ist“. Darüber hinaus wird festgestellt, dass „bereits seit den 90er Jahren daneben der Ansatz der Schadensreduzierung und Überlebenshilfe verfolgt wird“. Hierdurch ist ein Spannungsfeld mit breiter Diskussion entstanden.

Der bestehende Rechtsrahmen der Substitutionsbehandlung, insbesondere die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV §5), erweisen sich aus heutiger Sicht in bestimmten Punkten als erschwerend für die Substitutionstherapie. Auch ist zu prüfen, welche der speziellen therapeutischen Aspekte der Substitutionstherapie in das BtMG bzw. in die BtMVV gehören und welche eher aus dem BtMG bzw. der BtMVV §5 herausgenommen werden sollten und eher als Bestandteile von ärztlichen Therapie-Leitlinien sowie Richtlinien der Bundesärztekammer und des GB-A anzusehen sind.

Im Folgenden sollen einzelne ausgewählte Punkte dargelegt werden, für die aus unserer Sicht Optimierungsbedarf des §5 der BtMVV besteht:

### **1 Optimierungsbedarf der BtMG bzw. BtMVV §5 -Regelungen hinsichtlich von Therapiezielen (§5 (1) 1.) und Therapiedurchführung §5 in der oralen Substitution**

Vorschlag bezüglich der Formulierung von Therapiezielen (§5 (1) 1.):

Benennung der folgenden Therapieziele der oralen Substitutionsbehandlung wie

1. Schadensminimierung
2. Sichere medizinische Behandlung

### 3. Beigebrauchsfreiheit

#### Begründung:

In den überwiegenden Fällen muss aus klinischer Sicht auch bei Beigebrauch die orale Substitution mit dem Ziel der Beigebrauchsfreiheit mit z.B. vorübergehender Dosisreduktion oder in schweren Fällen mit kurzzeitigem Auslassen der Substitutionsdosis weitergeführt werden. Dies kann besonders bei Beigebrauch z.B. in der ersten Phase der Substitutionsbehandlung der Fall sein, aber auch im Falle von Beigebrauch bei Langzeit-Substitutionsbehandlung. In diesen Therapiephasen stehen Schadensbegrenzung, die Sicherheit der medizinischen Behandlung und das erneute Ziel der Beigebrauchsfreiheit im Vordergrund der Behandlung. Der Beigebrauch sollte in dieser Phase engmaschig kontrolliert, dokumentiert und mit dem Patienten thematisiert werden.

## **2. Optimierungsbedarf des BtMG und der BtMVV §5 hinsichtlich der allgemeinen Versorgungssituation, der Versorgung auf dem Land und allgemein der Bereitschaft von Ärzten eine Substitutionsbehandlung durchzuführen.**

#### Vorschläge:

1. Verpflichtende Beteiligung der Apotheken hinsichtlich Herstellung, Ausgabe und Verabreichung des Substitutionsmittels (z.B. „Take Home“-Ausgabe oder auch Einnahme des Substitutmittels in der Apotheke)
2. Verbundapotheken
3. Aufstockung der ärztlichen Konsiliarregelung auf z.B. 5 bis max 10 Patienten ist zu empfehlen. Alleine wird diese Maßnahme allerdings nicht effektiv sein, um die Versorgungssituation auf dem Land zu verbessern.
4. Gründung von Zweit-Arztpraxen
5. Möglichkeit der Vergabe des Substitutionsmittels auch durch suchtmmedizinisch geschultes Fachpersonal unter Supervision eines Substitutionsarztes (Vertretungsregelung). Die Schulung sollte durch ein durch die Ärztekammer organisiertes 50stündiges suchtmmedizinisches Curriculum erfolgen.
6. Aufsuchende Substitution „Schwester-Agnes-Modell“: aus unserer Sicht nicht geeignet (z.B. Transport-und Sicherheitsproblem)
7. Vermehrt Durchführung von Substitutionstherapie durch Psychiater und generell stärkere Einbindung der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der Substitutionstherapie, die im Wesentlichen in Deutschland durch Allgemeinmediziner durchgeführt wird, obwohl die opiatabhängigen Substitutionspatienten sehr häufig schwer psychiatrisch erkrankt sind. Hier müssen deutliche Anreize geschaffen werden. Auch wäre eine engere Vernetzung von Psychiatern und Allgemeinmedizinern in der Versorgung im Bereich von Klinik und niedergelassenen Ärzten anzustreben.

8. Intensivierung der Lerninhalte zu Suchtmedizin und Substitutionsbehandlung bereits im Medizinstudium sowie in der Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie
9. Honoraranhebung, Suchttherapieabrechnungsziffern für suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte, Abrechnung psychiatrischer Leistungen in der Suchtmedizin und Substitutionstherapie für FA für Psychiatrie

### **3. Optimierungsbedarf des BtMG hinsichtlich Höchstverschreibungsmengen von Methadon und Levomethadon:**

Vorschlag:

Entsprechend den üblichen therapeutischen Tagesdosen von D/L-Methadon (60-120mg) und Levomethadon (30-60mg) sollte die Höchstverschreibungsmenge angepasst werden auf:

D/L-Methadon: 3600mg; Levomethadon: 1800mg

### **4. Begrifflichkeit Opiat/Opioidabhängigkeit (§5 (1) 1.):**

Die jetzige Fassung des BtMG enthält bezüglich der Indikation nur den Begriff Opiatabhängigkeit, nicht den der Opioidabhängigkeit.

Bei Opiatabhängigkeit ist ein Patient von einer Substanz mit chemisch morphinartiger Struktur, die über eine Wirkung an den  $\mu$ -Opioidrezeptoren wirken, also von z.B. Morphin, Heroin oder Codein abhängig. Im Falle der Abhängigkeit von z.B. Heroin handelt es sich klinisch um eine „illegale“ Opiatabhängigkeit; im Falle einer Abhängigkeit Morphin handelt es sich i.d. Regel um eine „legale“ Opiatabhängigkeit, die z.B. im Rahmen einer längeren komplizierten verordneten Schmerztherapie erworben wurde. Ergebnisse von klinischen Untersuchungen an chronischen Schmerzpatienten weisen daraufhin, dass ca. 6 -12% von chronischen Schmerzpatienten mit bestimmten Risikofaktoren, die mit Opiaten oder Opioiden (s. dort) behandelt worden sind, eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln können.

Bei Opioidabhängigkeit ist ein Patient von einer Substanz oder Substanzen abhängig, die chemisch keine morphinartige Struktur besitzen, die aber ebenfalls wie Opiate an den  $\mu$ -Opioidrezeptoren wirken, also wie z.B. Tramadol, Tilidin, Fentanyl, Methadon, Buprenorphin etc.. Die beiden letztgenannten Substanzen Methadon und Buprenorphin, werden in deutlich höheren Dosen als denen in der Schmerztherapie als Substitutionsmittel verwandt. Diese Substanzen haben z.T. zusätzlich zu ihrer  $\mu$ -Opioidrezeptor-Wirkung noch andere pharmakologische Effekte. Substitutionspatienten mit einer Heroinabhängigkeit sind definitionsgemäss demnach opiat-und opioidabhängig. Im amerikanischen Sprachgebrauch wird häufig nur von „opioid dependence“ oder „opioid addiction“ gesprochen.

In der Schwangerschaft opioidabhängiger/opiatabhängiger Frauen kann eine Weiterführung der Therapie mit dem zuvor eingenommenen Opioid über einen längeren Zeitraum klinisch notwendig sein.

## **5. Begriffs-und Inhaltsanpassungen des BtMG beim Erfordernis der psychosozialen Betreuung (§5 (2) 2:**

Vorschläge:

1. PSB sowie psychiatrische Diagnostik und Therapie sollen essentielle Bestandteile einer Substitutionstherapie sein. Die Ziele der PSB und die Behandlungsschritte sollten zusammen mit dem behandelnden Substitutionsarzt festgelegt werden. Es solle jedem Patienten eine PSB angeboten werden. Es ist aber zu überdenken, ob die Durchführung einer PSB in der BtMVV enthalten sein muss. Die Benennung der Durchführung einer PSB in der BtMVV könnte für den behandelnden Arzt eine strafrechtliche Sanktionierung bedeuten, wenn der Patient keine PSB wahrnimmt. Das Nichtwahrnehmen einer PSB könnte aber Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung sein, durch die der Patient möglicherweise wegen einer schweren Antriebsstörung oder starken Ängsten z.B. nicht in der Lage ist, die PSB wahrzunehmen.
2. Qualitätssicherung der PSB
3. Bezahlung der PSB muß gesichert sein

## **6. Optimierungsbedarf der BtMVV hinsichtlich WV-Frequenz des Substitutionspatienten (§5 (2)**

**5.:**

Vorschlag:

Frequenz und Dauer der ärztlichen Kontakte sollten vom Arzt entsprechend den individuellen Notwendigkeiten der medizinischen Sicherheit der Substitution festgelegt werden

## **7. Optimierungsbedarf des BtMG bzw. der BtMVV §5 hinsichtlich Substitution im stationären „Setting“**

Kommentar und Vorschlag:

Die Versorgung von Substitutionspatienten während der stationären Behandlung im Krankenhaus (z.B. psychiatrische, medizinische oder chirurgische Kliniken etc) muss in den einzelnen Arbeitsschritten dringend rechtlich sicher und praktisch machbar sein. Wichtig hierbei ist suchtmmedizinisch qualifiziertes, geschultes Fachpersonal, dass unter ärztlicher Supervision arbeitet (siehe z.B. Vorschläge TOP 2.5.), sowie generell das Vorhandensein von suchtmmedizinischer Logistik im „stationären“ setting.

## **8. Optimierungsbedarf des BtMG bzw. der BtMVV§5 hinsichtlich Take home-und Urlaubsregelung**

Vorschläge:

1. Mehr Flexibilität in der Take Home-Verordnung, wie z.B. bei langjährig stabilen Patienten die Möglichkeit der Take-Home-Verschreibung für bis zu 4 Wochen, wobei der Patient das Rezept z.B. nur alle 7 Tage, im besonderen Fall auch durch die Apotheke erhält, etc.
2. Europäischen Vergleich vornehmen
3. Vorschläge zur Erhöhung der Sicherheit:
  - Engmaschige qualitative /semiquantitative Urinkontrollen des Substitutes und von potentielltem Beigebrauch bei Take Home
  - Quantitative Überprüfung der Einnahme des Substitutionsmittels durch unregelmäßige einzelne Messungen des verabreichten Substitutionsmittels im Blut der Patienten
  - Anwendung der im Dezember 2012 im Dt. Ärzteblatt Heft 12 publizierten „Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern“ der Ärztekammer

#### **9. Optimierungsbedarf des BtMG hinsichtlich Substitutionsbescheinigungen:**

Vorschlag:

Substitutionsbescheinigungen sind verzichtbar; sie sollten nur im aktuellen Fall individuell ausgestellt werden

Begründung: Derartige Bescheinigungen sind häufig, wenn im Notfall interessant, veraltet und können zu Fehlentscheidungen führen

#### **10. Optimierungsbedarf des BtMG bzw. der BtMVV§5 hinsichtlich Betäubungsmittelrechtlichen Sanktionen:**

Vorschlag:

Generell Abklärung der Notwendigkeit der einzelnen inhaltlichen Punkte des §5 zur Zugehörigkeit zu Strafrecht oder Therapieleitlinien dringend notwendig

Für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) und das Referat Suchtpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

**Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke**

**Prof. Dr. Anil Batra**