

## 23. Sächsischer Ärztetag zur Opiatsubstitution

Am 21.06.13 nahm der 23. Sächsische Ärztetag den Beschlussantrag 14 „Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und Substitution – Qualitätssicherung und Patientenversorgung“ ohne Gegenstimme an. Er bezog damit eine andere Position zu Substitutionsfragen im Vergleich zu den Beschlüssen des 116. Deutschen Ärztetages.

Der Beschlusstext wird hier bekanntgemacht und erläutert:

„Der 23. Sächsische Ärztetag 2013 fordert die sächsische Landes- sowie Bundesregierung auf, die Qualität und Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu sichern und zu verbessern

- durch die Beibehaltung der bisherigen Regelungsklarheit, insbesondere in § 5 BtMVV,
- durch die weitere Vorrangigkeit des Abstinenzzielles,
- durch klare Regelungen der Beigebrauchskontrollen mit laufenden Anpassungen an die aktuelle Beigebrauchslage, sowohl im Umfang der erfassten Substanzen, als auch deren Untersuchungsfrequenz sowie der Vergütung durchgeführter Kontrollen und
- durch adäquate Berücksichtigung der Gesprächsleistungen bei der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger.“

Mit den seit Jahren bereits vorgenommenen schrittweisen Veränderungen der BtMVV erhöhte sich die niedrige Zahl substituierender Ärzte nicht. Es bleibt eine grobe Differenz zwischen qualifizierten und substituierenden Ärzten bestehen. Aus Gesprächen mit potenziellen Neueinsteigern ist bekannt, dass sie klare Regeln erwarten, durch die zum Beispiel Regeldiskussionen über den Therapieablauf weitgehend entfallen, fordernde Drucksituationen von Abhängigen nicht aufkommen und eine gute Integration in die Praxis der

Niedergelassenen gelingt. Sonst wird eben Substitution erst gar nicht aufgenommen. Auch bleibt die hoheitliche Aufgabe des Staates bestehen, für den Umgang mit illegalen Substanzen und die Substitution den Rahmen zu setzen. Das kann nicht ins Belieben der ärztlichen Therapiefreiheit gestellt werden, weil sich Ärzte so für die Sündenbockrolle prädestinieren können. Bereits aus den praktischen Erfahrungen bestehen erhebliche Zweifel an der Effektivität eines Weges, zur Verbreitung einer sicheren Substitution für Patienten und Ärzte Regeln, also die Leitplanken des Handelns, zu demontieren. Nun zur Vorrangigkeit des Abstinenzzielles. Suchterkrankungen sind von chronisch-progredienten Verläufen gekennzeichnet. Wachsender Satisfaktionsverlust mit Dosissteigerung und Tachyphylaxie, immer stärkere Anstrengungen zur Vermeidung von Entzug und Aufrechterhaltung des Rauscherlebens begleiten diese Entwicklung und führen unter fixer Substitutionsdosis zum Beigebrauch anderer Substanzen, mündend in eine Polytoxikomanie. Umbenennende neue Sprachschöpfungen verändern diese Abläufe nicht. Das illustriert die Entwicklung der Opiatsubstitution hierzulande in den letzten 20 Jahren gut. Gestartet war sie als temporäre Ausnahmebehandlung für drei Indikationen, nämlich die Palliativbehandlung infauster Fälle, die Substitution gravider Opiatabhängiger und zur Überbrückung bis zum Antritt einer Drogenentwöhnungsbehandlung (Rehabilitation). Klare und

sichere Indikationen noch heute. Substituiert wurden 2012 nachgewiesen mindestens 77.000 Fälle in Deutschland. Nachdem nun in mehreren Schritten die Anforderungen für eine substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger immer weiter reduziert wurden, kommt nun von anderer Seite die Forderung, allein die Diagnose der Opiatabhängigkeit genüge für die Inanspruchnahme einer lebenslangen Substitutionsbehandlung.

Gerade diese Entwicklung der Opiatsubstitution von einer sinnvollen temporären Therapie und Hilfsmaßnahme hin zu einem koabhängig gestütztem Lebensstil macht deutlich, dass nunmehr langsam über die Jahre all die Maßstäbe nivelliert werden, die aus Kenntnis des Krankheitsverlaufes von Süchten ursprünglich gesetzt wurden.

Wenn dann noch Beigebrauch beschönigend umgetauft wird zu „komorbidem Substanzgebrauch“, als hoffe man nebenbei Polytoxikomanie aus den Kontraindikationen loswerden zu können, geht es weiter in die falsche Richtung. Nichts wird besser bei einer Mehrfachabhängigkeit. Trotzdem wurden 2012 sogar in einem nördlichen Bundesland Vorbereitungen getroffen, an Patienten in Substitution Benzodiazepine verordnen zu können. Noch eine klassische Illustration für Suchtprogredienz und latrogenie. Der sicherste und beste Weg, eine Substanzabhängigkeit zu überwinden, bleibt Abstinenz. Auch

wenn der Weg mühevoll ist und nicht alle das Ziel erreichen. Vergleichsweise käme kein Fachkollege wegen der schwierigen und nicht so erfolgreichen Behandlung nosokomialer Infektionen im Krankenhaus auf die Idee, die Hygiene zu suspendieren. Sehr zu denken geben auch die Vorwürfe Langzeitsubstituierter in Großbritannien gegenüber ihren Substitutionsärzten wegen der lebenslangen Ausweitung der Substitution. Letztere bekommen vorgehalten, die Patienten in der Abhängigkeit auf Dauer fixiert und am realen Lebensvollzug gehindert zu haben. Müssen wir Ärzte solche Wege gehen und so Vorwürfen Ansatzpunkte geben? Welche Interessen fördern solches Handeln? Wichtig ist, in Großbritannien läuft Opiatsubstitution seit den sechziger Jahren, wobei auch Heroin eingesetzt wird.

Es geht kein Weg an der Erkenntnis vorbei, Suchterkrankungen verlaufen ohne Abstinenz regelhaft progredient. Aufweichungen der Behandlungsmaßstäbe sind auf Dauer und ohne kritische Beobachtung wie Nachjustierung eher koabhängigem Nachgeben als einer avisierten Verbesserung zuzuordnen. Es fällt sehr auf, dass Richt- und Leitlinien in allen Fachgebieten der Medizin im Zeitverlauf eher eine Ausgestaltung,

Differenzierung und Verschärfung entwickeln. Seltene Ausnahme bilden die substitutionsbezogenen Richtlinien, die regelhaft hochschwellig die Zulassungshürden nehmen, um dann immer mehr Entgrenzung zu erfahren.

Der Beschluss fordert auch klare Regelungen und Verbesserungen der Beigebruchskontrollen. Über die Funktionalität des Beigebraches von Substanzen als elementares Kennzeichen der Suchtprogredienz mit dem Risiko der Mehrfachabhängigkeit wurde schon im voranstehenden Abschnitt Ausführungen vorgenommen. In der Praxis nötig sind Kontrollen, die unangekündigt, nicht in fixen Rhythmen stattfinden, aber dicht genug platziert sind, um möglichen Beigebruch sicher zu erfassen.

Dazu ist ein regional differenziertes Substanzspektrum zu berücksichtigen, das verpflichtend untersucht wird und nach Entwicklung der regionalen Beigebruchslage von der zuständigen Behörde aktualisiert vorgegeben wird. Die Vergütung der Beigebruchskontrollen ist zu sichern. Substitution auf Privatrezept darf kein abweichendes Procedere haben. Die Umsetzung dieser Forderung verbessert die Behandlungsqualität und die Sicherheit der Substitution für Patienten und Ärzte.

Einer Drogenabhängigkeit liegen überaus häufig psychotherapiebedürftige Störungen zugrunde oder sind komorbid vorhanden. Die Substitution darf sich nicht mit der Stoffvergabe erschöpfen. Jeder der wöchentlichen Behandlungstermine ist für das ärztliche psychotherapeutische Gespräch zu nutzen und abgestimmt mit der verpflichtend wahrgenommenen psychosozialen Begleitung zu gestalten. Ohne psychotherapeutische Einflussnahme kann es keine Substitution mit Qualitätsanspruch geben. Hier liegt auch ein Grund der Limitierung der Fallzahl Substituierter auf 50 Patienten pro Arzt. Diese Gesprächsleistungen erfordern angemessene Vergütung.

Eine Prognose für die weitere Entwicklung der Substitution in Sachsen ist aktuell schwierig. Crystalabhängigkeit nimmt exzessiv zu und rangiert vor der Zahl der Opiatabhängigen, auch waren die Zahlen der Substituierten seit 2008 (1.496 Fälle) bis 2012 (1.152 Fälle) klar rückläufig. Die verbliebenen Patienten benötigen eine gute Behandlungsqualität, die mit den dargestellten Forderungen erreichbar ist.

Dr. med. Frank Härtel  
Suchtbeauftragter der  
Sächsischen Landesärztekammer