

Empfehlungen zur verbesserten Indikationsstellung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Vorbemerkungen

77.200 Menschen in Deutschland wurden 2015 substituiert. Von verschiedenen Seiten betrieben, laufen seit Jahren kontinuierliche Bemühungen für eine grundlegende Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Ziel ist, den Zugang wie die Voraussetzungen einer Versorgung mit Substitutionsmitteln zu erleichtern und unter Preisgabe bisheriger Standards auszuweiten. Denn der Substitution gehen die Ärzte aus. Dabei muss es doch Gründe geben, wenn sich Ärzte gegen die Substitution entscheiden. Auch wird die Frage nach den Auswirkungen dieser BtMVV-Änderungen auf die Substitutionsqualität in der Versorgung Opiatabhängiger nicht gestellt. So soll zum Beispiel eine Ausweitung der Fallzahl auch bei nicht qualifizierten Ärzten kommen und eine weitmaschigere Verordnung und Aushändigung noch größerer Mengen der Substitutionsmittel bis zu 30 Tagen an die Patienten möglich werden, in denen dann auch kein Arztkontakt zustande kommen muss.

Die Spezialbehandlung Opiatabhängiger unter Zuhilfenahme zugelassener Substitutionsmittel stellt höchste Anforderungen an die durchführenden Ärzte, wenn eine Substitution nicht zur alleinigen Substitutvergabe verkommen will. Sie stellt erhebliche psychotherapeutische und somatische Behandlungsanforderungen an die Ärzte wegen der Suchterkrankung und ihrer vielgestaltigen Komorbidität. Die Aufgaben in der sozialen Mitbetreuung dürfen keinesfalls vernachlässigt werden. Gerade bei diesen regelhaft komplexen Fällen bleibt sonst das Erarbeiten des Weges zur Abstinenz von Drogen unbeschritten, die Chronifizierung schreitet fort. Eine so zielgerichtete

qualifizierte und hochwertige Substitution kann nicht überall verfügbar sein. Eine endokrinologische, kardiologische oder fachpsychiatrische Spezialsprechstunde ist ebenso wenig an jeder Hausecke zu haben. Um diese Anforderungen zu verdeutlichen, genügen einige Blicke auf die fundierte und renommierte PREMOS-Studie von 2011 mit weit über 1.000 Patienten. Die Abstinenzquote von 4 % über sieben Jahre ist enttäuschend, der Beigebrauch anderer illegaler Drogen (20 – 30 %) und von Opioiden (12 %), man berücksichtigt das Untersuchungssetting, ist erschreckend. Die erhebliche und vielfältige psychiatrische Komorbidität bleibt bestenfalls gleich schlecht, regelhaft aber nimmt sie zu. Depressionen steigen auf 42 %, Persönlichkeitsstörungen auf 22 %, Angststörungen auf 19 %, psychotische Störungen auf 4,9 %.

Auch nach Veröffentlichung dieser Studie nimmt offensichtlich in der Praxis der Substitution die Duldsamkeit gegenüber dem Beigebrauch zu. Das Resultat dieses Toleranzmodelles sehen wir vielleicht auch in der Entwicklung der Todesfallrate bei Drogenkonsum für 2015. Sie betrug 1.226 Todesfälle, 2014 waren es 1.032. 65 % der Todesfälle stehen im Zusammenhang mit Heroin. Welche Einflüsse aus den Freigabebestimmungen für THC und der vernachlässigten Repression gegenüber illegalen Drogen in den zurückliegenden Jahren resultieren, kann noch nicht sicher fixiert werden. Fest steht aber, dass es über den häufigen Beigebrauch bei abhängigen Heroinkonsumenten mit und ohne Substitution sehr häufig zu Polytoxikomanie kommt. Das war bislang eine Kontraindikation der Substitution. Verbessert „Toleranz“ hier die Verläufe? Wir erkennen das nicht!

2.613 Ärzte beteiligten sich 2015 in Deutschland an der Substitution. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellte fest, dass 15 % dieser Ärzte 50 % der substituierten Patienten versorgen. Das bedeutet für diese Arztgruppe eine Quote von 98 Patienten pro



© Archiv

Arzt. Die Bundesärztekammer hat als Qualitätsgrenze ein Limit von 50 Patienten pro Arzt in der Substitution gesetzt!

Interessant wären hier noch detaillierte Angaben, wie viele der Drogentoten unter Substitution standen, wie viele Beigebrauch welcher Substanzen aufwiesen und welche Substitutionsmittel eingesetzt wurden.

Vor diesem Hintergrund erschienen uns in der Kommission „Sucht und Drogen“ der Sächsischen Landesärztekammer die beschriebenen Bemühungen, die Substitutionsstandards zu senken, eher ideologisch als fachlich motiviert. Das läuft der üblichen Entwicklung medizinischer Qualitätsstandards entgegen, die eher eine Begrenzung und prägnantere Indikationsstellung und therapeutische Vorgehensweise in ihrer Entwicklung implizieren. Diese Entwicklung hat die Kommission „Sucht und Drogen“ ständig verfolgt und 2015 beschlossen, über eine Arbeitsgruppe eigene Empfehlungen zur Verbesserung der Indikationsstellung bei Opiatabhängigkeit zu entwickeln und der sächsischen Ärzteschaft zur Verfügung zu stellen.

Wir hatten die Erfahrung gemacht, dass die überwiegende Anzahl der sich für die „Suchtmedizinische Grundversorgung“ qualifizierenden Kollegen ein hohes Interesse an den Inhalten dieser Spezialisierung mit ihren medizinischen und suchtpsychiatrischen Facetten hat, trotzdem

aber eine Substitution nicht aufnimmt, weil in den letzten Jahren die gerade für einen Substitutionsanfänger in eigener Praxis wichtigen Regeln – also gewissermaßen die Leitplanken des eigenen Handelns – immer mehr abgebaut wurden und verschwammen. Damit werden auch die verbleibenden strafrechtlichen Risiken nach einer BtMVV-Novelle nicht geringer. Opiatabhängige brauchen eben eine hochwertige Behandlung, von der die unmittelbare Mittelsubstitution nur ein kleiner Teil ist. Wir wollen mit diesem Beitrag für eine verbesserte Indikationsstellung in der Behandlung Opiatabhängiger Hilfe geben.

Empfehlungen der Kommission Sucht und Drogen

Zweck der Empfehlungen soll es sein, die regionalen Unterschiede aus sächsischer Sicht im Vergleich zum Bundesgebiet darzustellen, das Hauptziel einer Reifung der Persönlichkeit Drogenabhängiger in einem komplexen Behandlungsgefüge zu begünstigen – ohne ein Fortschreiten der süchtigen Fehlentwicklung durch biologische, psychische und soziale Faktoren zu fördern.

Einerseits sollen sie für Lesbarkeit und Verwendbarkeit kurz gehalten bleiben, andererseits ist dies eine (vorläufige) Argumentations- und Ideensammlung:

Traditionelle Indikationen

Gravidität, Substitution bis zum Antritt einer abstinenzorientierten Therapie (EWB), Palliativfälle.

Lebensaltersbezogene Indikationen

Je jünger die Patienten zur Substitution kommen, desto eher soll die Behandlungsdauer befristet und auf das Abstinenzziel hinlaufend konzipiert werden, um eine „normale“ Lebensperspektive zu begünstigen. Hier wird primär empfohlen, die Bemühungen besonders zu verstärken, sowohl gegen Beikonsum vorzugehen als auch persönliche Reifung und Entwicklung durch Psychotherapie sowie Ausbildungsmöglichkeiten zu begünstigen. Mit dem Blick auf das Lebensalter sind also in Summe durchaus differenzierte biopsychosoziale Faktoren zu beachten. Einer Reduzierung der Substitutionsbehandlung zu alleiniger Substanzvergabe und einem ausnutzenden

Lebensstil zulasten der Gesellschaft darf nicht Vorschub geleistet werden. Eine längerfristige Reduktion der komplexen Substitutionsbehandlung auf Substanzvergabe ohne andere qualifizierte Behandlungselemente und ausreichende Teilhabe am sozialen Leben ist äußerst kritisch zu sehen.

Beikonsum

Jedes Auftreten von Beikonsum ist primär und intensiv auf Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Polytoxikomanie und damit einer möglichen Substitutionskontraindikation zu prüfen. Wiederholter Beikonsum bei einer Substitution jenseits der Einstellungsphase, ist für die Substitutionsfortsetzung nicht akzeptabel. Das gilt neben dem auf der Straße erhältlichen Heroin insbesondere für Crystal Meth, Alkohol, Tetrahydrocannabinole (THC), Benzodiazepine.

Substitution bei Ärzten nach

§ 5 Abs. 3 BtMVV (siehe Kasten):

Diesen ärztlichen Kollegen sind, soweit möglich und auch im Vorfeld selektierbar, Patienten mit erwartbar komplikationsarmen Verläufen ohne relevante Beikonsum- und Komorbiditätsrisiken zuzumuten, bei denen pathologische Interaktionsmuster mit den Bezugspersonen des engen sozialen Umfeldes fehlen. Substitution stellt diagnostisch und therapeutisch hohe Anforderungen und bedarf des qualifizierten Arztes.

Soziale und komplikationsprophylaktische Indikationen

Leben in der Familie des Substituierenden minderjährige Kinder, kommt wegen der immanenten Intoxikationsrisiken für die Substitution nur die Verordnung von Buprenorphin infrage. Take-home-Verordnung für zwei Tage am Wochenende ist nur bei dafür genügend stabilen Patienten ohne aktuellen Beikonsum zu empfehlen.

Strafrecht

Auch bei geänderten Richtlinien und Empfehlungen von Seiten der Ärzteschaft wird es einen strafrechtlichen Überhang geben, der für substituierende Kollegen relevante juristische

§ 5 Abs. 3 BtMVV (Ärzte ohne Qualifikation in Suchtmedizinischer Grundversorgung):

Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 nicht erfüllt, darf für höchstens drei Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 5 für die Dauer der Behandlung erfüllt sind,
2. dieser zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Mindestanforderungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt (Konsiliarius), abstimmt und
3. sichergestellt hat, dass sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird.

Wird der Arzt nach Satz 1 durch einen Arzt vertreten, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 ebenfalls nicht erfüllt, so gelten Satz 1 Nummer 1 und 2 für den Vertreter entsprechend. Ein substituierender Arzt gemäß Absatz 2 soll grundsätzlich von einem anderen Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt, vertreten werden. Gelingt es dem substituierenden Arzt nicht, einen Vertreter nach Satz 3 zu bestellen, so kann er von einem Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 nicht erfüllt, für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen und längstens insgesamt 12 Wochen im Jahr vertreten werden. Der vertretende Arzt gemäß Satz 4 stimmt die Substitutionsbehandlung vor Vertretungsbeginn mit dem vertretenen Arzt ab. Wird während der Vertretung eine unvorhergesehene Änderung der Substitutionstherapie erforderlich, stimmt sich der Vertreter gemäß Satz 4 erneut mit dem vertretenen Arzt ab. Ist eine rechtzeitige Abstimmung nicht möglich, bezieht der vertretende Arzt gemäß Satz 4 einen anderen Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt, konsiliarisch ein. Notfallentscheidungen bleiben in allen Vertretungsfällen unberührt. Über die vorstehend genannte Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliarius sowie dem vertretenen und dem vertretenden Arzt gemäß den Sätzen 2 und 4 ist der Dokumentation nach Absatz 10 der diesbezügliche Schriftwechsel beizufügen. Die Sätze 1 bis 9 gelten nicht für die Behandlung nach den Absätzen 9a bis 9d.

Konsequenzen nach sich ziehen kann.

In der Weiterentwicklung dieses Papiers wird zu überlegen sein, ob es zum Beispiel aus Komorbiditätsgründen und bei Graviden zusätzliche Indikationsempfehlungen für eine

Substitution befristeter Art geben kann, da es auch additive Effekte bei der Indikationsempfehlung gibt.

Bei Schwangeren und Wöchnerinnen ist eine Substitution möglich. Auch hier sollte vordergründig das Absti-

nennziel im Sinne der Mutter und des Kindes verfolgt werden.

Dr. med. Frank Härtel
Vorsitzender der Kommission
„Sucht und Drogen“