

## **Empfehlungen**

zur

### **Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger in NRW**

#### **Präambel**

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem unverzichtbaren Angebot innerhalb der differenzierten Hilfen für Drogenabhängige entwickelt und maßgeblich zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der betroffenen Menschen beigetragen. Auch wenn die Substitutionsbehandlung zwischenzeitlich zu einem Regelangebot in der Versorgung von Drogenabhängigen geworden ist, so ist die Integration des Behandlungsangebots in das allgemeine medizinische Versorgungssystem immer noch unzureichend.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zu erwähnen sind insbesondere die betäubungsmittelrechtlichen Regelungen zur Durchführung der Substitutionsbehandlung, die - anders als bei anderen chronischen Krankheiten - den ärztlichen Behandlungsspielraum einengen. Darüber hinaus bedarf es einer noch besseren Vernetzung aller an der Substitutionsbehandlung Beteiligten, was schon mit Blick auf im Einzelfall erforderliche weiterführende medizinische, gesundheitliche, psychotherapeutische und soziale Hilfen geboten ist. Das Zusammenwirken der Akteurinnen und Akteure vor Ort ist auch bei Abstimmung von Art und Umfang der die Substitutionsbehandlung begleitenden Maßnahmen zur psychosozialen Betreuung von Substituierten von großer Bedeutung. Die "Versäulung" der Finanzierungssysteme darf nicht dazu führen, dass es bei Einleitung und Kontinuität der Hilfen zu Verzögerungen bzw. Brüchen kommt, weil z.B. Zuständigkeitsfragen ungeklärt sind.

In den kommenden Jahren ist mit einer Zunahme von älteren Opioidabhängigen in Langzeitsubstitution sowie von Opioidabhängigen mit psychiatrischer Komorbidität und komplexen Konsummustern (z.B. Mischkonsum) zu rechnen. Nicht zuletzt gestaltet sich die Sicherstellung einer wohnortnahen qualifizierten ärztlichen Substitutionsbehandlung insbesondere im ländlichen Raum perspektivisch schwierig, da die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die diese Behandlung anbieten, abnimmt.

Diesen Entwicklungen muss bei den Überlegungen zur künftigen Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung Rechnung getragen werden. Es zeichnen sich folgende Handlungsbedarfe ab:

## **1. Verbesserung der allgemeinen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Substitutionsbehandlung**

- Die Behandlungsbedingungen sind an die Regelungen anderer chronischer Erkrankungen anzugleichen, einschließlich einer stärkeren Öffnung der Reha-Behandlung für Substituierte.
- Anzustreben ist die Entwicklung von S3-Behandlungsleitlinien. Über die Festlegung von einheitlichen und dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechenden Behandlungsstandards, die auch objektivierbare Kriterien für ärztliche Entscheidungen und Vorgehensweisen umfassen, wird ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung und Sicherung der Qualität der Substitutionsbehandlung geleistet. Dem bei der Leitlinienentwicklung notwendigen hohen Ressourcenbedarf muss angemessen Rechnung getragen werden. Gleichzeitig ist auf eine weitere Verbesserung der Datenqualität zur Substitutionsbehandlung hinzuwirken.
- Der Zugang zu dem Behandlungsangebot sollte erleichtert und insbesondere um neue Angebote (z.B. in Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulant betreutem Wohnen, Hospizen) und Zugangsformen (z. B. aufsuchend) erweitert werden. Hierbei sind die geschlechts-, kultur- und altersspezifischen Anforderungen durchgängig zu berücksichtigen.
- Zur Sicherstellung der Substitutionsbehandlung im ländlichen Raum sollten alternative bzw. ergänzende Behandlungsmöglichkeiten geprüft werden. Hierzu gehören insbesondere aufsuchende Behandlungsangebote, die verstärkte Einbindung von Klinikambulanzen einschließlich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Institutsambulanzen sowie eine häufigere Nutzung der Möglichkeit zur Delegation der Vergabe des Substitutionsmittels an Apotheken und Pflegedienste Ebenfalls geprüft werden sollte, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen die Einrichtung von Zweigpraxen im ländlichen Raum zulässig ist. Unabhängig von dem Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, die ambulante ärztliche Substitutionsbehandlung sicherzustellen, sollten auch andere Akteurinnen und Akteure, insbesondere die Ärztekammern sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst, in die Problemanalyse sowie die Entwicklung tragfähiger Lösungen einbezogen werden.
- Die derzeitigen Voraussetzungen für eine diamorphingestützte Behandlung sollten mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Ausbaus des Behandlungsangebotes überprüft werden. Neben den personellen und strukturellen Anforderungen (z.B. Sicherungskonzept) müssen auch die Finanzierungsfragen in den Blick genommen werden. In die Überlegungen zur Verbesserung des Angebots ist auch die Möglichkeit einer Erweiterung der Applikationsform des Substitutionsmittels einzubeziehen.
- Eine kostendeckende Vergütung der Substitutionsbehandlung durch die GKV ist insbesondere im Hinblick auf die Take-Home-Vergabe anzustreben. Insgesamt

ist auf eine stärkere Einbeziehung der privaten Krankenversicherung hinzuwirken.

- Um die Bereitschaft der Ärzteschaft zur Beteiligung an der Substitutionsbehandlung zu erhöhen, sind gezielt Anreize durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu schaffen.
- Zur Verbesserung der konsiliarärztlichen Versorgung von Substituierten sollte die gesetzlich zulässige Höchstzahl der durch eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt substituierten Patientinnen und Patienten auf bis zu 10 Patientinnen bzw. Patienten erhöht werden.

## **2. Sicherstellung eines stärker an der Lebenswelt und Lebensweise der betroffenen Menschen ausgerichteten Behandlungsangebots**

- Die Ziele der Substitutionsbehandlung sollten sich - wie bei der Behandlung anderer chronischer Krankheiten auch - an der individuellen gesundheitlichen und sozialen Situation und den jeweiligen Bedürfnissen der Kranken orientieren. Die Wiederherstellung der Suchtmittelabstinenz bleibt hierbei ein vorrangiges Behandlungsziel. Da eine dauerhafte Abstinenz bei einem größeren Teil der Opioidabhängigen jedoch nicht oder nur in vielen kleinen Schritten und mit Rückschritten erreicht werden kann, sollte das gesetzlich festgeschriebene Abstinenzgebot im Sinne der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsbehandlung modifiziert werden. Danach gehören im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzepts und differenzierten Behandlungsplans als weitere eigenständige Behandlungsziele neben der Suchtmittelabstinenz insbesondere auch die Sicherung des Überlebens, die Stabilisierung des Gesundheitszustandes, die Behandlung von Begleiterkrankungen sowie die berufliche und soziale Teilhabe.  
Die Festlegung des jeweiligen Behandlungsziels ist Bestandteil des ärztlich verantworteten und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erstellten Behandlungsplans.

## **3. Festlegung von Standards für ein bedarfsgerechtes und qualitätsgesichertes psychosoziales Betreuungsangebot sowie enge Vernetzung mit den psychiatrischen / psychotherapeutischen Versorgungsangeboten**

- Die psychosoziale Betreuung (PSB) ist eine wichtige Ergänzung der ärztlichen Behandlung, die der Erzielung eines nachhaltigen Behandlungserfolgs dient. Sie trägt wesentlich zur Verbesserung der Lebenssituation der betroffenen Menschen bei und unterstützt ihre soziale und berufliche Teilhabe. Sie sollte daher als Teil des therapeutischen Gesamtkonzepts in enger Kooperation von

behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt mit den Leistungserbringern der PSB und der Patientin oder dem Patienten erfolgen.

- Die Durchführung der PSB hat sich an den allgemeinen fachlichen Anforderungen zu orientieren, wie sie u.a. in Grundlagenpapieren von DHS und Fachgesellschaften (z.B. fdr) dargestellt sind. Auf die Festlegung verbindlicher Standards für die PSB sollte im Rahmen der Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Substitutionsbehandlung hingewirkt werden.
- Art und Umfang der PSB haben den jeweiligen konkreten Unterstützungsbedarfen der Betroffenen Rechnung zu tragen. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, auf die PSB im Einzelfall zu verzichten. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Letztverantwortung bei der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt liegt.
- Im Hinblick auf die im Einzelfall notwendige psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung z.B. bei komorbiden psychischen Störungen ist eine enge Vernetzung der psychosozialen Hilfen mit den psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgungsangeboten notwendig.
- Die derzeitigen Regelungen zur Finanzierung der PSB als wesentlicher Bestandteil der Substitutionsbehandlung sind unbefriedigend. Sie sollten überprüft werden. Hierbei ist auch dem ärztlichen Kooperationsaufwand Rechnung zu tragen.

#### **4. Berücksichtigung eines die Substitution gefährdenden Konsums weiterer Suchtmittel bei der Ausgestaltung des Behandlungsangebots**

Es sollte klargestellt werden, dass der Begriff des „Beikonsums“ entsprechend den BÄK-Richtlinien als ein „die Substitution gefährdender Konsum weiterer psychotroper Substanzen“ zu definieren ist. Die Bundesärztekammer hat im Rahmen ihrer Richtlinien differenzierte Regelungen zu den Voraussetzungen eines Behandlungsabbruchs im Rahmen des therapeutischen Konzepts getroffen und damit den für die ärztliche Entscheidung maßgeblichen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft nach § 5 Abs. 11 i.V.m. § 5 Abs. 2 Nr.4 Buchstabe c BtMVV festgelegt. Vor einem Abbruch der Behandlung ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob alle Interventionsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sind (z.B. Optimierung des Therapiekonzeptes, Wechsel in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot), um die mit einer Beendigung der Substitutionsbehandlung verbundenen Risiken zu minimieren. Eine solche differenzierte Regelung sehen die derzeitigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nicht vor; nach ihnen ist die Substitution u. a. bei einer Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstof-

fen neben der Substitution zwingend zu beenden. Diese Richtlinien sollten durch den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend angepasst werden, um dem Stand der medizinischen Wissenschaft Rechnung zu tragen.

## **5. Schaffung der Möglichkeiten zur Nutzung des Drogenkonsumraumangebots im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts**

Substituierten sollte die Nutzung von Drogenkonsumräumen (DKR) im Einzelfall als Angebot zur Gesundheits- und Überlebenshilfe ermöglicht werden, da sie durch zusätzlichen Drogenkonsum gesundheitlich besonders gefährdet sind.

Die Nutzung des DKR-Angebots durch Substituierte ist in das therapeutische Gesamtkonzept zur Substitutionsbehandlung einzubeziehen, damit die notwendige Beratung zum Konsumverzicht sowie die im Einzelfall erforderliche Vermittlung in begleitende Hilfe- und Unterstützungsangebote sichergestellt sind.

## **6. Weiterentwicklung der Möglichkeiten zur Take-Home-Vergabe zur besseren Integration der Substitutionsbehandlung in die allgemeine Lebenssituation und Lebensplanung der Betroffenen**

- Es ist zu prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Verlängerung des Zeitraums der Take-Home-Vergabe möglich ist. In diesem Zusammenhang ist auch die mit der Vergabe verbundene besondere Sorgfaltspflicht gegenüber anderen im Haushalt lebenden Personen (insbesondere Kinder) zu berücksichtigen. Die Risiken können - unabhängig von der Vergabeart - durch eine enge Kooperation der beteiligten Akteurinnen und Akteure (u. a. Ärzteschaft, Sucht- und Jugendhilfe, JES-Selbsthilfe NRW) minimiert werden.
- Die derzeit bei ärztlich festgestelltem stabilem Behandlungsverlauf zur Sicherstellung der Kontinuität der Substitutionsbehandlung auf Auslandsaufenthalte beschränkte Regelung zur Verschreibung des Substitutionsmittels für bis zu 30 Tage im Jahr sollte auf Inlandsreisen erweitert werden.

## **7. Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen**

### **§ 5 BtMVV**

- Die Zielsetzung der Substitutionsbehandlung ist dahingehend zu erweitern, dass sie nicht allein auf die Betäubungsmittelabstinenz fokussiert, sondern insbesondere die gesundheitliche und soziale Stabilisierung von Drogenabhängigen als weitere eigenständige Behandlungsziele herausstellt (§ 5 Abs. 1 BtMVV).
- Regelungsbereiche, die vorrangig die ärztliche Behandlung betreffen, sollten aus der Verordnung herausgenommen und in die Richtlinien der Bundesärz-

tekammer überführt werden (§ 5 Abs. 2 Satz 1, Nrn.2 und 4 Buchstaben b und c sowie Nr. 5).

- Der Begriff der Opiatabhängigkeit sollte durch Opioidabhängigkeit ersetzt bzw. ergänzt werden, da damit auch Substanzgruppen erfasst werden, die bei der Entwicklung einer Drogenabhängigkeit eine große Rolle spielen (§ 5 Abs. 2 BtMVV).
- Der in der Verordnung enthaltene Ausschluss vom gleichzeitigen Konsum von psychotropen Substanzen, die den Zweck der Substitution gefährden, sollte so gefasst werden, dass er auch abweichende ärztliche Entscheidungen im Rahmen des Behandlungsplans zulässt. Näheres hierzu sollte in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsbehandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geregelt werden. (§ 5 Abs. 2 BtMVV).
- Die Regelungen zur Abgabe des Substitutionsmittels sollten dahingehend flexibilisiert werden, dass eine Substitutionsbehandlung im ambulanten und stationären Setting auch in Alten- und Pflegeeinrichtungen, im ambulanten betreuten Wohnen sowie in Hospizen und im Rahmen eines aufsuchenden Behandlungsangebots im häuslichen Umfeld ermöglicht wird (§ 5 Abs. 6 und 7 BtMVV).
- Die Kriterien zur Take-Home-Vergabe bei Auslandsreisen sollten wie unter 6. ausgeführt auch für Inlandsreisen Anwendung finden (§ 5 Abs. 8 BtMVV).
- In der Konsiliarregelung sollte die Zahl der Patientinnen und Patienten, die eine Ärztin oder ein Arzt ohne suchtfachliche Qualifikation substituieren darf, auf bis zu 10 Patientinnen und Patienten erhöht werden (§ 5 Abs. 3 BtMVV).

### **§§ 13 und 29 BtMG sowie § 16 BtMVV**

Im Zuge der Umsetzung der vorstehenden Empfehlungen ist auch zu prüfen, ob und ggf. inwieweit ein Bedarf für eine Anpassung der BtM-Strafvorschriften (§§ 13 und 29 BtMG sowie § 16 BtMVV) besteht, um das Risiko einer Strafverfolgung für die handelnden Ärztinnen und Ärzte zu minimieren. In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob und gegebenenfalls inwieweit eine Überführung von Sanktionsmaßnahmen in das ärztliche Berufsrecht zielführend ist.