

Dachverband substituierender Ärzte Deutschlands e.V.
Dr. Wilhelm Siepe (Vorsitzender)
Eigelstein 103
50668 Köln

Stellungnahme des JES Bundesverbands zur Position des Dachverbands substituierender Ärzte betreffend der Änderung der BtmVV

Sehr geehrte Damen und Herren

Die substitutionsgestützte Behandlung hat sich in den letzten 25 Jahren zur bedeutendsten Behandlungsform der Opiatabhängigkeit entwickelt. Beispielsweise hat der Ausbau der Substitution in Deutschland zur signifikanten Reduktion von Drogentodesfällen sowie zu einer kontinuierlichen Verringerung von HIV-Infektionen bei Heroinkonsumenten beigetragen. Trotz dieser positiven Entwicklungen drängen uns strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen dazu formale Veränderungen anzustreben, um diese wichtige Behandlungsform den Erfordernissen der Realität möglichst optimal anzupassen.

Erfreulicherweise haben in den letzten Wochen und Monaten Fachverbände wie die Deutsche AIDS Hilfe und akzept, Interessenvertretungen wie JES, Fachgesellschaften wie die DGS und die DSÄ sowie politische Parteien entsprechende Änderungsvorschläge eingebracht. Als Interessenvertretung Drogen gebrauchender und substituierter Menschen möchten wir zu dem uns vorliegenden Dokument, „*Änderungsvorschläge zur BTMVV*“, Ihres Verbandes Stellung beziehen und mit Ihnen in die Diskussion über Beweggründe Ihrer Argumentation treten.

Ihr Positionspapier zur Veränderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung enthält Punkte mit denen wir als JES Bundesverband übereinstimmen. Hier sind in erster Linie Ihre Vorschläge

- zur Neuregelung der Privatsubstitution
- zur Sicherstellung der Substitution in Justizvollzugsanstalten,
- zur Substitution, bei noch nicht chronisch manifester Opiatabhängigkeit zu nennen.

Der Argumentation Ihres Verbandes zu einigen anderen Punkten hingegen muss JES an dieser Stelle entschieden und mit Nachdruck widersprechen!

Wir fragen uns: Wird es künftig eine Klassifizierung von Patienten aufgrund des jeweils zur Substitution verschriebenen Medikaments geben?

In dem uns vorliegenden Dokument „*DSÄ_BtmVV_Änderung_Erläuterung 2012*“ schreibt der Dachverband substituierender Ärzte: (Änderungen der BtmVV wurden durch Ihren Verband **rot** hervorgehoben)

Der §5 Abs. 8 sollte wie folgt geändert werden:

*Sobald und solange sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat und eine Überlassung des Substitutionsmittels **Buprenorphin und Zubereitungen von Buprenorphin** zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist, darf der Arzt dem Patienten eine Verschreibung über die für bis zu sieben Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben*

-2-

Bei Verordnung eines Substitutionsmittels bestehend aus Buprenorphin/Naloxon ist eine Verschreibung über die bis zu dreißig Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme zulässig. Verordnungen von Methadon, Levomethadon und deren Zubereitungen sind nur in begründeten Ausnahmefällen für die eigenverantwortliche Einnahme zulässig.

Mit dieser vorgeschlagenen Neuregelung teilen Sie substituierte Patienten aufgrund der Substanz mit der sie behandelt werden in drei Gruppen.

Gruppe 1: *Patienten, die das **Kombinationspräparat Buprenorphin/Naloxon** erhalten*
Diese Gruppe soll eine Mitgabe für bis zu 30 Tage erhalten können.

Gruppe 2: *Patienten, die **Buprenorphin und Zubereitungen von Buprenorphin** erhalten.*
Diese Gruppe soll weiterhin eine Mitgabe für bis zu 7 Tage erhalten können

Gruppe 3: *Patienten, die **Levomethadon oder DL Methadon** erhalten*
Für jene Patienten soll eine Mitgabe (auch für bis zu 7 Tage) nur noch in begründeten Ausnahmefällen möglich sein.

Sie begründen diese Neuregelungen mit dem reduzierten Gefahren- und Missbrauchspotential des Kombinationspräparats *Buprenorphin/Naloxon*

Für uns als JES Bundesverband ist dieser Vorschlag nicht nachvollziehbar.

Es erscheint uns als Interessenvertretung substituierten Patienten völlig abwegig, Patienten primär aufgrund des ärztlich verschriebenen Medikaments unterschiedlichen Bedingungen auszusetzen. Freiräume (Take Home), die eine individuelle Lebensführung und Eigenständigkeit (etwa Erwerbstätigkeit) ermöglichen, sollten einzig aufgrund individueller erfolgreicher Behandlungsverläufe eingeräumt werden. Ebenso ungeeignet erscheinen uns Restriktionen allein wegen des „falschen“ Substituts.

Wir kennen viele substituierte Patienten, die mit den von ihnen stigmatisierten Substanzen (Methadon, Levomethadon und Buprenorphin) sehr erfolgreich behandelt werden. Diese Patienten sind berufstätig, konsumieren keine illegalisierten Substanzen und sind seit vielen Jahren sozial integriert.

Diese Patienten sollen nun aufgrund der Tatsache, dass sie DL-Methadon oder Levomethadon verschrieben bekommen, nur in - von Ihnen zudem nicht näher definierten - Ausnahmefällen ihr Substitut zur Mitgabe erhalten? Dies ist nicht nur menschlich überaus fragwürdig, sondern auch fachlich nicht zu begründen.

Auch Patienten, die Buprenorphin als Medikament zur Substitution erhalten, sollen, Ihrer Vorlage zufolge, nicht von einer erweiterten Mitgabe-Regelung (bis zu 30 Tage) profitieren, sondern wie bisher maximal für bis zu 7 Tage eine Mitgabe erhalten.

In dieser Gruppe sind nicht zuletzt jene Patienten zu finden, die seit einiger Zeit von Methadon/Levomethadon auf Buprenorphin umgestellt wurden, da sie gute Behandlungsverläufe zeigten, keinen Beikonsum aufwiesen bzw. nur noch eine geringe Dosis Methadon oder Levomethadon erhalten. Viele gerade dieser Patienten streben nach unseren Erfahrungen kurz- oder mittelfristig einen stufenweisen Ausstieg aus der Substitutionsbehandlung an.

Und genau diese Substituierten sollen nun, nur weil sie nicht mit dem Kombinationspräparat Buprenorphin/Naloxon behandelt werden, von der erweiterten Take Home Vergabe für bis 30 Tage ausgeschlossen werden.

-3-

Bitte beachten Sie beim Erwägen derartiger Regelungen die Gefahr, dass sich Patienten zur Erlangung von mehr Eigenständigkeit zu einer nicht erforderlichen Umstellung des Medikaments entschließen könnten, obwohl die Behandlung mit ihrem bisherigen Substitut zur Zufriedenheit verläuft!

Liegt die geringe Zahl der Patienten, die mit dem Kombinationspräparat (Bup/Nal) behandelt werden nicht darin begründet, dass viele Patienten und Ärzte, die bereits mit Buprenorphin substituiert werden, keine Notwendigkeit sehen erneut das Medikament zu wechseln? Der Zusatz von Naloxon soll dazu dienen, den Patienten vor dem Rückfall zu schützen und das Medikament für den Schwarzmarkt weniger attraktiv zu machen. Viele der mit Buprenorphin aber auch der mit Methadon/Levomethadon behandelten Patienten haben keinen Beikonsum und auch keinerlei Kontakte zum Schwarzmarkt und streben daher keine Veränderung des Medikaments an.

Der JES Bundesverband tritt dafür ein, dass Patienten, unabhängig vom Substitut, wenn sie positive Entwicklungen während der Substitutionsbehandlung zeigen, eine Mitgabe für bis zu 30 Tage ermöglicht wird. Hierdurch könnte der Ausbau einer eigenverantwortlichen Lebensführung immens gefördert werden. Die von der DSÄ vorgeschlagene Regelung kommt einer strukturellen Benachteiligung von etwa 96% aller Substitutionspatienten gleich!

Sie begründen die erweiterte Möglichkeit der Mitgabe für bis zu 30 Tage wie folgt:

Die Ausweitung des Überlassungszeitraums wird ebenfalls zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung insbesondere in ländlichen Regionen beitragen, da es möglich sein wird und zumutbar ist, einmal im Monat einen Arzt in einem Ballungszentrum aufzusuchen, insofern kein Arzt vor Ort tätig ist.

Aufgrund der Tatsache, dass in Deutschland nur sehr wenige Opiatkonsumenten (ca.4%) mit dem Kombinationspräparat Buprenorphin/Naloxon behandelt werden, mutet diese Argumentation geradezu abenteuerlich an. Glaubt der Dachverband substituierender Ärzte ernsthaft, dass man mit dieser Maßnahme die Versorgungsprobleme in ländlichen Gegenden mildern oder gar beseitigen kann?

Im weiteren Verlauf Ihrer Vorlage zur Änderung Betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (BtmVV) wollen Sie Patienten, denen im Ausnahmefall eine eigenverantwortliche Einnahme von Methadon bzw. Levomethadon gestattet wird und die *ein Kind bis zum 14. Lebensjahr in ihrer Obhut haben, mit der Pflicht belegen, alle 6 Monate durch eine Haaranalyse oder eine andere geeignete und wissenschaftlich anerkannte Meßmethoden nachzuweisen, dass das Kind in ihrer Obhut keiner Exposition dieser Substitutionsmittel ausgesetzt war.*

Der JES Bundesverband hat vor wenigen Wochen mit seiner Broschüre „Empfehlung zum Umgang mit Substitutionsmitteln in Haushalten mit Kindern und Jugendlichen“ zum Thema Lagerung von Betäubungsmitteln im häuslichen Umfeld sowie zum Thema Haaranalysen bei Kindern substituierter Personen dezidiert Stellung bezogen.

Wie dem DSÄ liegt auch uns der Schutz von Kindern substituierter Männer und Frauen sehr am Herzen. Viele unserer Mitglieder haben ebenfalls Kinder und sind um deren Sicherheit und leibliches Wohl besorgt.

Denn wenn künftig nur noch Patienten, die in besonderer Weise ihre Zuverlässigkeit unter Beweis stellen, eine Take Home Verordnung von Levomethadon/DL Methadon im Ausnahmefall erhalten, leuchtet es nicht ein, dass Sie gerade diese Patienten mit besonderen Kontrollmaßnahmen überziehen, wenn sie mit Kindern unter 14 Jahren zusammenleben.

Wie Vertreter unseres Verbandes, war auch Ihr erster Vorsitzender Herr Dr. Siepe, beim Fachtag „*Brennende Themen der Substitution*“ am 12.12.2012 in Berlin anwesend und hat den Vortrag von Prof. Pragst von der Charité aufmerksam verfolgt. Dieser Vortrag hat sehr eindrücklich aufgezeigt, dass viele der Kinder dieser Patienten in ihren Haaren selbstverständlich Abbauprodukte von Methadon/Levomethadon aufweisen werden – ohne dass dies etwas über einen etwaigen Drogenkonsum eben jener Kinder aussagen muss.

Aus den vorliegenden positiven Haaranalysen den Schluss zu ziehen, dass diese Patienten diesen Kindern vorsätzlich oder unbeabsichtigt die Drogen zuführen, ist demnach falsch! Prof. Pragst, hat in seinem Vortrag eindeutig klargestellt, dass heutige Meßmethoden nur die Aussage erlauben, ob eine systemische Exposition erfolgte. Nach Prof. Pragst ist es nicht überraschend, dass bei den Untersuchungen insbesondere bei Kleinkindern eine Exposition festgestellt worden ist, da sie mit ihren Eltern in intensiverem Körperkontakt stehen und eine Übertragung durch Hautkontakte wahrscheinlich ist.

Mit Verwunderung stellen wir fest, dass Sie in Ihrer Stellungnahme bzgl. angedachter regelmäßiger Haaranalysen eine Exposition mit Kokain, Crack und anderen illegalen Substanzen völlig außer Acht lassen. Wobei gerade ein positiver Nachweis dieser Substanzen Hinweis darauf sein könnte, dass Kinder in einem Umfeld aufwachsen, in dem diese Substanzen konsumiert werden. Während Sie einen – nach Prof. Pragst durchaus wahrscheinlichen - Nachweis von Methadon/Levomethadon, als Indiz für ein nicht kindgerechtes Umfeld werten.

Auch hier bergen Ihre Aussagen für jene Patienten, die mit Methadon/Levomethadon substituiert werden, nach unserer Ansicht immenses Stigmatisierungspotential.

Wir fragen uns an dieser Stelle, welche Kontrollmaßnahmen Sie für Patienten in Erwägung ziehen, die das Kombipräparat Buprenorphin/Naloxon mit bis zu 30 tägigen Zeiträumen der Mitgabe erhalten. Oder halten Sie einen Beikonsum von Alkohol, Cannabis, Kokain bei dieser Patientengruppe für so unwahrscheinlich, dass Sie von Kontrollmaßnahmen absehen?

In diesem Zusammenhang machen wir auch auf einen Beitrag von „forbes.com“ aufmerksam, in dem mitgeteilt wird, dass der Hersteller des Kombinationspräparates Bup/Nal dieses Medikament als Tablette in den USA vom Markt nimmt, da es flächendeckend zu deutlich gehäuften Notfällen bei Kindern infolge der Einnahme von Buprenorphin/Naloxon gekommen ist. Stattdessen sollen die Tabletten nun durch einen Buprenorphin/Naloxon Filmstreifen abgelöst werden. [1]

Zudem fehlte bisher eine Patienteninformation zur sicheren Lagerung von Substitutionsmitteln im Haushalt - bis zum einschlägigen Tätigwerden des JES-Bundesverbands Ende 2012 - gänzlich.

Dies wäre auch seitens der substituierenden Ärzte ein wünschenswerter Schritt gewesen, um Patienten mit wichtigen Informationen auszustatten und die Sicherheit von Kindern in diesen Haushalten zusätzlich zu schützen.

Abschließend möchten wir zu Ihrem Vorschlag Stellung beziehen, dass künftig Ärzte, die konsiliarisch max. 3 Patienten behandeln dürfen, die Genehmigung erhalten sollen bis zu 10 Patienten zu behandeln.

Aktuell weist jeder 5. substituierende Arzt nicht die erforderliche suchtmmedizinische Qualifikation auf. In enger Kooperation mit einem suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt dürfen diese Ärzte max. 3 Patienten behandeln, die sogenannte Konsiliarus-Regelung.

Grundsätzlich können wir Ihren Vorschlag nachvollziehen, würden aber eine zeitlich befristete Konsiliarregelung (12Monate) in Betracht ziehen. Zwölf Monate sind für Ärzte die jene KollegInnen ohne suchtmmedizinische Qualifikation betreuen, ein überschaubarer Zeitraum mit entsprechendem Mehraufwand. Andererseits reicht dieser Zeitraum aus damit Ärzte die konsiliarisch tätig sind, entscheiden können ob sie die Substitutionsbehandlung nach Erlangung einer Qualifikation fortsetzen wollen.

Unserer Meinung nach sollte das übergeordnete Ziel sein, jene KollegInnen die als Konsiliarus opiatabhängige Patienten behandeln, zum Erwerb einer suchtmmedizinischen Qualifikation zu motivieren.

In allen anderen Fachrichtungen erwerben Ärzte (Hepatologen, Kardiologen, Radiologen etc.) umfangreiche Fachkenntnisse um ihre Patienten entsprechend dem aktuell Stand der Wissenschaft behandeln zu können. Wir fragen uns, warum dies gerade in der Suchtmmedizin, einem anspruchsvollen und verantwortungsvollen Indikationsgebiet anders sein sollte.

Wir würden uns sehr freuen, wenn der Dachverband substituierender Ärzte die Stellungnahme des JES Bundesverbands zum Anlass nehmen würde, einige seiner Positionen sowohl intern als auch mit uns und anderen Akteuren im Bereich der Substitutionsbehandlung zu diskutieren.

Zusammenfassend möchten wir Sie noch einmal eindringlich darauf hinweisen, dass eine Klassifizierung von Patienten primär aufgrund des jeweils verschriebenen Substitutionsmedikaments nicht zielführend und zudem ethisch und fachlich fragwürdig ist.

Ärztliches Handeln sollte stattdessen allein vom individuellen Verlauf der Behandlung bestimmt sein!

Berlin 09.01.2013

Mit freundlichen Grüßen

JES Bundesverband e.V.

Quelle:

[1]

<http://www.forbes.com/sites/edsilverman/2012/10/12/reckitts-suboxone-strategy-is-really-about-patients-or-profits/>