

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/6508 –

Verbesserung der Versorgungsqualität in der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Substitutionsbehandlung hat in den letzten Jahren einen erheblichen Schub bekommen. Gegenwärtig werden etwa 65 000 bis 70 000 opiatabhängige Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Substitutionsbehandlung versorgt. Suchtmedizinerinnen und -mediziner, Fachverbände sowie der Deutsche Ärztetag beklagen jedoch erhebliche Versorgungsprobleme.

So stagniert die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte. In einzelnen vor allem ländlichen Regionen ist die Versorgung mangelhaft. Die Substitutionsrate und die Anzahl der Substitutionseinrichtungen sind nach Ansicht von Experten gering und nicht bedarfsgerecht. Die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionsbehandlung werden als bürokratisch, abschreckend und wirklichkeitsfremd empfunden. Dies hat Versorgungsprobleme zur Folge, da sich Ärztinnen und Ärzte zunehmend aus der Substitutionsbehandlung zurückziehen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Versorgung opiatabhängiger Patientinnen und Patienten mit der Substitutionsbehandlung hat sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert. Aktuelle Zahlen und Informationen bestätigen, dass es in Deutschland inzwischen ein breites Angebot an Substitutionsbehandlungen gibt. Die Zahl der Substituierten ist deutlich angestiegen. Auch die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Jährlich nehmen bundesweit ca. 750 Ärztinnen und Ärzte an den Kursen der Landesärztekammern zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ teil. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich Ärztinnen und Ärzte in größerem Umfang aus der Substitution zurückziehen.

Die Versorgungslage im Bereich der Substitution hat sich spürbar verbessert. Schwierigkeiten, die immer mit der Einführung einer neuen Therapieform ver-

bunden sind, sind weitgehend abgebaut, wenngleich vereinzelt – etwa im ländlichen Bereich – noch gewisse Engpässe bestehen.

Die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur Substitutionsbehandlung sind notwendig, um die Qualität dieser besonders sensiblen Behandlungsform zu sichern und den Erfordernissen der Betäubungsmittelsicherheit Rechnung zu tragen. Die Bundesregierung steht in ständigem Gespräch mit den Beteiligten, um die praktischen Erfahrungen mit der Substitution auszuwerten und die einschlägigen Regulierungen auf ihre Erforderlichkeit hin zu überprüfen.

Die Bundesregierung teilt die negative Beurteilung der Fragesteller hinsichtlich der Substitutionsbehandlung nicht. Vielmehr ist die Situation in Deutschland auch im internationalen Vergleich durchaus positiv zu bewerten.

1. a) Wie viele Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sind derzeit opiatabhängig?

Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten des Jahres 2006 führen zu einer Schätzung der Zahl problematischer Konsumenten von Heroin zwischen 76 000 und 161 000 Personen. Dies entspricht einer Rate von 1,4 bis 2,9 Personen pro 1 000 Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Zahlen fallen damit etwas niedriger aus als in den Vorjahren. Wie viele davon das Kriterium der Abhängigkeit erfüllen, kann aufgrund dieser Schätzung nicht gesagt werden.

- b) Wie viele Patientinnen und Patienten in der Bundesrepublik Deutschland nehmen derzeit nach Erkenntnissen der Bundesregierung an einer Substitutionsbehandlung teil (wenn möglich, bitte nach Geschlecht, Alter und Dauer der Behandlung differenzieren)?

Beim Substitutionsregister sind derzeit 69 300 Patientinnen und Patienten als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet (Stichtag 1. Juli 2007, Recherche-datum 27. September 2007). Die Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen und beim Substitutionsregister gemeldeten Patienten ist seit Beginn der Meldepflicht kontinuierlich angestiegen:

Stichtag	Anzahl (ca.)
1. 7. 2002 (Beginn der Meldepflicht)	46 000
1. 7. 2003	52 700
1. 7. 2004	57 700
1. 7. 2005	61 000
1. 7. 2006	64 500

Wegen der Zusammensetzung der Patientencodes, die den Meldungen zugrunde liegen (§ 5a Abs. 2 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, BtMVV), existieren beim Substitutionsregister keine Erkenntnisse zur Altersstruktur der Patienten. Die Auswertung der Daten des Substitutionsregisters nach Geschlecht der Patienten sowie nach Dauer der Substitutionsbehandlungen ist betäubungsmittelrechtlich nicht vorgesehen und auch technisch nicht möglich.

- c) Wie viele opiatabhängige Menschen erhalten nach Informationen der Bundesregierung eine Substitution auf Privatrezept (wenn möglich, bitte nach Bundesländern differenzieren)?

Der Versicherungsstatus der Substitutionspatienten (GKV – gesetzliche Krankenversicherung/PKV – private Krankenversicherung) ist gegenüber dem Sub-

stitutionsregister nicht meldepflichtig, so dass aufgrund des Registers diesbezüglich keine Aussagen gemacht werden können.

- d) Wie beurteilt die Bundesregierung die Substitutionsrate in der Bundesrepublik Deutschland insbesondere im internationalen Vergleich?

Die Substitutionsrate kann aus mehreren Gründen nicht genau bestimmt werden. Wie bereits ausgeführt, beruht die Anzahl der Personen mit problematischem Opiatkonsum auf sehr groben Schätzungen (siehe Antwort zu Frage 1a). Da nicht alle Personen mit problematischem Opiatkonsum die Bedingungen für eine manifeste Opiatabhängigkeit erfüllen, kann diese Schätzzahl nicht gleichgesetzt werden mit der Zahl der Personen, die für eine Substitution in Frage kommen. Hinzu kommt, dass bei der Beurteilung der Anzahl der substituierten Patientinnen und Patienten auch berücksichtigt werden muss, dass neben der Substitutionstherapie noch andere Therapieformen (z. B. abstinenzgestützte Therapien) zur Verfügung stehen.

- e) Was will die Bundesregierung unternehmen, um die Substitutionsrate zu verbessern?

Die Bundesregierung steht in ständigem fachlichen Austausch mit den Leistungsanbietern, den Bundesländern und den Krankenkassen zu allen Fragen der Substitution. Die Bundesregierung hat mehrere Projekte finanziert, die die Qualität der Substitutionsbehandlung wesentlich gefördert und dazu beigetragen haben, dass die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte zugenommen hat und die Inanspruchnahme von Substitution damit erhöht wurde. Während im Jahr 2002 rund 46 000 Personen in Behandlung waren, weisen die Zahlen für 2007 ca. 69 000 Personen in Substitutionsbehandlung nach. Dies entspricht einem Anstieg in wenigen Jahren um 50,6 Prozent.

2. a) Wie viele Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine suchtmmedizinische Qualifikation, d. h. den Fachkundenachweis Suchtmmedizinische Grundversorgung oder die Zusatzweiterbildung Suchtmmedizinische Grundversorgung (bitte aufschlüsseln nach den Jahren 2000 bis 2006)?

Die Entwicklung der Anzahl der von den Ärztekammern gemeldeten und beim Substitutionsregister registrierten Ärztinnen und Ärzte, die die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV erfüllen, stellt sich für die Jahre 2003 bis 2007 wie folgt dar:

Anzahl der registrierten Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikation

31. 12. 2003	31. 12. 2004	31. 12. 2005	31. 12. 2006	27. 9. 2007
5 146	5 516	5 984	6 329	6 449

Nach Festlegung mancher Ärztekammern erfüllten Fachärztinnen und Fachärzte mit Gebietsbezeichnungen wie beispielsweise Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin die Mindestanforderungen an die suchtttherapeutische Qualifikation auch ohne zusätzlichen Qualifikationsnachweis. Diese gemeldeten Ärztinnen und Ärzte wurden aus Kapazitätsgründen nicht immer, sondern zumeist dann im Substitutionsregister erfasst, wenn sie auch Substitutionsbehandlungen gemeldet haben.

Nach Angaben der Bundesärztekammer nehmen jährlich bundesweit etwa 750 Ärztinnen und Ärzte an den Kursen der Landesärztekammern zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Suchtmmedizinische Grundversorgung teil.

- b) Wie groß ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die tatsächlich substituieren (bitte aufschlüsseln nach den Jahren 2000 bis 2006, sowie nach Fachgebieten)?
- c) Wie viele davon sind ambulant und wie viele stationär tätig?

Die Anzahl der an das Substitutionsregister meldenden substituierenden Ärztinnen und Ärzte ist seit 2003 bundesweit leicht angestiegen.

Bundesland	Anzahl der meldenden substituierenden Ärztinnen und Ärzte			
	2003	2004	2005	2006
Baden-Württemberg	426	418	420	425
Bayern	295	304	317	329
Berlin	164	158	161	158
Brandenburg	13	9	11	8
Bremen	66	70	67	68
Hamburg	115	115	110	113
Hessen	223	213	218	226
Mecklenburg-Vorpommern	13	13	16	16
Niedersachsen	257	262	271	280
Nordrhein-Westfalen	743	757	770	770
Rheinland-Pfalz	79	77	78	85
Saarland	26	24	24	25
Sachsen	13	17	18	18
Sachsen-Anhalt	26	26	28	29
Schleswig-Holstein	134	136	133	134
Thüringen	12	17	22	22
Summe	2 605	2 616	2 664	2 706

Angaben zum Fachgebiet und zur Art der Tätigkeit der substituierenden Ärztinnen und Ärzte (ambulant/stationär) sind beim Substitutionsregister nicht meldepflichtig, so dass diesbezüglich keine Aussagen gemacht werden können.

- d) Wie stellt sich die Alterspyramide der substituierenden Ärzte dar (regional differenziert)?

Die Auswertung der Daten des Substitutionsregisters nach Alter der Ärztinnen und Ärzte ist betäubungsmittelrechtlich nicht vorgesehen und daher nicht möglich.

- e) Wie häufig wird die Konsiliarregelung genutzt (bitte nach Bundesländern differenzieren)?

Die Häufigkeit der Nutzung der Konsiliarregelung stellt sich deutschlandweit wie folgt dar:

Anteil der substituierenden Ärztinnen und Ärzte, die Substitutionsbehandlungen aufgrund der Konsiliarregelung an das Substitutionsregister gemeldet haben

2003	2004	2005	2006
12,2 %	11,9 %	13,7 %	16,1 %

Da diese Ärztinnen und Ärzte jeweils nur bis zu drei Patientinnen oder Patienten behandeln dürfen, ist ihr Anteil an der gesamten Substitutionsversorgung gering.

- f) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die regionale Verteilung von substituierenden Ärztinnen und Ärzten (wenn möglich, bitte nach Raumordnungsklassen darstellen)?

Die Verteilung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte auf die Länder ergibt sich aus der Tabelle in der Antwort zu Frage 2b. Eine weitere regionale Untergliederung nach Raumordnungsklassen liegt nicht vor. Die aufgrund der Konsiliarregelung (§ 5 Abs. 3 BtMVV) substituierenden Ärztinnen und Ärzte verteilen sich wie folgt auf die Bundesländer:

Bundesland	Zahl Ärzte
Baden-Württemberg	96
Bayern	89
Berlin	17
Brandenburg	1
Bremen	2
Hamburg	5
Hessen	41
Mecklenburg-Vorpommern	3
Niedersachsen	33
Nordrhein-Westfalen	108
Rheinland-Pfalz	9
Saarland	2
Sachsen	4
Sachsen-Anhalt	6
Schleswig-Holstein	16
Thüringen	5
Summe	437

3. a) Wie bewertet die Bundesregierung die hohe Rate derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die trotz suchtmedizinischer Qualifizierung nicht oder nicht mehr substituieren bzw. generell nicht oder nicht mehr an der suchtmedizinischen Grundversorgung teilnehmen?

Nach Erkenntnissen der Bundesärztekammer, die auf punktuellen regionalen Daten beruhen, nehmen zwischen 30 und 50 Prozent der Fachkundeeinhaber nicht an der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger teil. Die Gründe hierfür können vielfältig und individuell verschieden sein. Die Bundesregierung kann hierzu nur Vermutungen anstellen. Die Substitutionsmedizin ist inzwischen – nicht zuletzt auch wegen der gesetzlichen Regelungen – eine anerkannte Methode, dennoch ist es nach wie vor schwierig, sie mit sonstigen Behandlungen und Praxisabläufen kompatibel zu machen. Dies mag zahlreiche Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Fachkunde davon abhalten, die Substitution durchzuführen. Hinzu kommt, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte die Fachkunde in der Absicht erwerben, mit ihr in die Substitution Opiatabhängiger einzusteigen. Schließlich mögen auch die besonderen Anforderungen, die die Substitution in vielfacher Hinsicht an die Behandler stellt, Ärztinnen und Ärzte dazu bewegen, nicht zu substituieren. Ob daneben bei der Entscheidung gegen die Ausübung dieser Behandlungsmethode auch Wirtschaftlichkeitserwägung und Vergütungsaspekte eine Rolle spielen – wie von einzelnen Ärztegruppen behauptet wird –, ist nicht verlässlich zu ermitteln.

- b) Welche Gründe sieht die Bundesregierung für den Rückgang der Zahl der insgesamt (auch im stationären Bereich tätigen) substituierenden Ärztinnen und Ärzte von 2003 zu 2005 (vgl. Daten des BMBF-Suchtforschungsverbundes)?

Wie aus den oben dargestellten Daten des Substitutionsregisters ersichtlich, hat es von 2003 bis 2006 keinen Rückgang der Zahl der insgesamt substituierenden Ärztinnen und Ärzte, sondern einen leichten Anstieg gegeben.

- c) Was will die Bundesregierung unternehmen, um die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen?

Die Bundesregierung kann nicht unmittelbar auf die Zahl der tatsächlich substituierenden Ärztinnen und Ärzte einwirken. Sie steht aber in ständigem Meinungsaustausch mit Fachverbänden und Aufsichtsbehörden darüber, ob und inwieweit die Rahmenbedingungen für die Substitution so verändert werden können, dass sich mehr Ärztinnen und Ärzte entschließen, Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Zuletzt hat die Bundesregierung im Februar 2007 ein Expertengespräch „Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung“ gefördert, bei dem konkrete Handlungsempfehlungen mit Fachleuten diskutiert wurden. Eine Publikation des Expertengesprächs ist erschienen. Die Bundesregierung prüft im Gespräch mit allen Beteiligten, ob und inwieweit die zur Gewährleistung der Betäubungsmittelsicherheit und zur Vermeidung des Betäubungsmittelmissbrauchs notwendige Regulierung auf ein Mindestmaß reduziert werden kann. Wenn die Einsicht in die Notwendigkeit der besonderen Regelungen für die sensible Behandlungsmethode der Substitution bei den Ärztinnen und Ärzten wächst, kann auch die Bereitschaft zunehmen, tatsächlich zu substituieren.

- d) Unterstützt die Bundesregierung Bemühungen, den Ausbildungsstandard der Fachkunde Suchtmedizin zu verbessern, um Ärztinnen und Ärzte besser auf den Umgang mit Suchtkranken vorzubereiten?

Wenn ja, gibt es solche Bemühungen bereits?

Die Festlegung von Fortbildungsstandards obliegt den Ärztekammern. Der 107. Deutsche Ärztetag hat im Jahr 2004 die ehemalige Fachkunde in eine führungsfähige Zusatzbezeichnung umgewandelt. Das hierfür erforderliche Fortbildungscurriculum umfasst 50 Stunden und ist modular aufgebaut. In ihm werden die sozialrechtlichen Grundlagen der Suchtbehandlung, Stoffkunde legaler und illegaler Suchstoffe und die Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung vermittelt. Für substituierende Ärztinnen und Ärzte finden begleitende Qualitätszirkel statt.

Eine Unterstützung der Fachkunde für substituierende Ärzte durch die Bundesregierung erfolgte durch die Förderung des von der Ärztekammer Westfalen-Lippe initiierten und getragenen Entwicklungsprojekts zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger (Ambulante Substitutions-Therapie Opiatabhängiger – ASTO). Mit dem aus diesem Projekt hervorgegangenen „Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger“ steht den substituierenden Ärztinnen und Ärzten ein wichtiges Arbeitsinstrument zur Verfügung. Das Handbuch unterstützt substituierende Einrichtungen beim Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements für die ambulante Substitutionstherapie.

- e) Inwiefern teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten unzureichende Vergütung der Substitutionsbehandlung zu Versorgungsproblemen führt?

Die Bundesregierung sieht keine Anhaltspunkte dafür, dass eine unzureichende Vergütung der Substitutionsbehandlung zu Versorgungsproblemen in der GKV führt. Durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz werden die vertragsärztlichen Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen seit dem Jahr 1999 außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen extrabudgetär vergütet. Demzufolge unterliegen die Vergütungen dieser Leistungen nicht dem so genannten Punktwertverfall. Im Rahmen der Vergütungsreform nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist entsprechend vorgegeben, dass ab dem 1. Januar 2009 die vertragsärztlichen Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigkeit von den Krankenkassen weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Demzufolge wird auch künftig die Vergütung dieser Leistungen von Vereinbarungen zur Mengengrenzung ausgenommen sein.

- f) Welche Haltung hat die Bundesregierung zur in diesem Zusammenhang erhobenen Kritik an der geplanten Pauschalierung im Rahmen der EBM-Neufassung (EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab)?

Die im Zusammenhang mit Vergütungsfragen in der GKV erhobene Kritik an der geplanten Pauschalierung im Rahmen der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist für die Bundesregierung nicht nachvollziehbar. Der zum 1. Januar 2008 wirksame neue EBM sieht neben Versichertenpauschalen für die hausärztlichen Leistungen, mit denen die gesamten üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Vergütung eines Versicherten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen vergütet werden, arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen für die fachärztlichen Leistungen vor. Mit den Grundpauschalen werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Die Zusatzpauschalen vergüten den besonderen Leistungsaufwand, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen der Leistungserbringer ergibt. Für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist, können im neuen EBM weiterhin Einzelleistungen vorgesehen werden. Der neue EBM ist eigenverantwortlich vom Bewertungsausschuss, der paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zusammengesetzt ist, bis zum 31. Oktober 2007 zu beschließen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei Rechtsverstößen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses beanstanden. Es bleibt abzuwarten, wie der Bewertungsausschuss die Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigkeit im neuen EBM abbildet und bewertet.

4. a) Wie viele Substitutionseinrichtungen gibt es nach Erkenntnissen der Bundesregierung (bitte für die Jahre 2000 bis 2006 aufschlüsseln)?
- b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die regionale Verteilung der Substitutionseinrichtungen (wenn möglich, bitte nach Raumordnungsklassen darstellen)?

Die Registrierung beim Substitutionsregister erfolgt arztbezogen, nicht einrichtungsbezogen (§ 5a BtMVV). Deshalb ist die Auswertung der Daten des Substitutionsregisters nach Substitutionseinrichtungen nicht möglich. Eine Abfrage

bei den Bundesländern zu der regionalen Verteilung der Substitutionseinrichtungen war innerhalb der für die Beantwortung der Kleinen Anfrage „Verbesserung der Versorgungsqualität in der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige“ zur Verfügung stehenden Zeit nicht durchführbar.

5. Welchen Reformbedarf im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen sieht die Bundesregierung vor dem Hintergrund der sich verändernden Altersstruktur der Substitutionspatientinnen und -patienten?

Beim Substitutionsregister existieren wegen der Art der Zusammensetzung der zu meldenden Patientencodes keine Erkenntnisse zur Altersstruktur der Patienten. Über eine Veränderung der Alterstruktur der Substitutionspatientinnen und -patienten und daraus abzuleitende mögliche Folgen für die Versorgungsstruktur liegen der Bundesregierung keine verlässlichen Daten vor.

6. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Versorgungsprobleme bei der Substitutionsbehandlung, und worauf führt die Bundesregierung diese zurück?

Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse machen deutlich, dass die Substitution auch in Deutschland erfolgreich ist. Die COBRA-Studie (Cost-Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatments, 2003 bis 2006) konnte beispielsweise einen Anteil von mehr als 75 Prozent aller Patientinnen und Patienten feststellen, die in der Substitution gehalten werden konnten (Haltequote), was eine erfolgreiche und adäquate Behandlung in Deutschland widerspiegelt.

- b) Wie bewertet die Bundesregierung die Versorgungssituation in städtischen Räumen und Ballungsräumen?

Die Erfahrungen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger zeigen, dass in den meisten großen Städten eine gute Substitutionsversorgung besteht. Darüber hinaus hat die Bundesregierung keine gesicherten Kenntnisse zur Versorgungssituation in Ballungsräumen und ländlichen Gebieten. Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass der Sicherstellungsauftrag der Substitutionsbehandlung den kassenärztlichen Vereinigungen obliegt.

- c) Sieht die Bundesregierung Anlass, die Versorgungssituation in ländlichen Räumen zu verbessern?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, auf welche Weise?

Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse (COBRA) zeigen, dass die Behandlung in Praxen mit einer nur geringen Zahl an Substitutionspatientinnen und -patienten mindestens genauso erfolgreich sein kann wie in großen Ambulanzen. Die Möglichkeit, Substitution für eine kleine Zahl von Patientinnen und Patienten auf der Grundlage der Konsiliarregelung durchzuführen, ist mit der BtMVV – vor allem auch für die ländlichen Gebiete – geschaffen worden.

- d) Sieht die Bundesregierung Anlass, die Versorgungssituation in Haft-, Massregel- und Therapieeinrichtungen zu verbessern?
- e) Wie bewertet die Bundesregierung Kritik an der Versorgungssituation der Substitutionsbehandlung in Haftanstalten und in der medizinischen Rehabilitation?

Nach der verfassungsmäßigen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland ist der Justiz- und der Maßregelvollzug Angelegenheit der Bundesländer. Die Bundesregierung kann insoweit keinen Einfluss auf die Behandlung von Gefangenen und Patienten nehmen. Gleiches gilt für Therapieeinrichtungen.

7. Ist die bestehende Datenlage aus Sicht der Bundesregierung geeignet, um die bestehende Versorgungslage hinreichend beurteilen zu können?

Wenn nein, was will die Bundesregierung unternehmen, damit die Datenlage verbessert wird?

Ein wichtiger Zugang zu quantitativen Daten besteht über das Substitutionsregister. Qualitative Daten wurden im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte und Modellmaßnahmen, z. B. zur Diamorphinvergabe, im Auftrag der Bundesregierung erhoben. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat in diesem Jahr eine differenzierte Ausarbeitung zu dem Thema vorgelegt (HTA-Bericht 53).

Um die Datenlage weiter zu verbessern und Erkenntnisse hinzuzugewinnen, hat die Bundesregierung vor kurzem eine Studie zu den Langzeiteffekten der Substitutionsbehandlung in Auftrag gegeben. Ziel des Forschungsprojekts ist die Gewinnung von Erkenntnissen, die zu einer zielgruppenspezifischen und folglich bedarfsgerechteren Substitutionstherapie beitragen, die sich vor allem in Dauer, Art und Intensität an empirisch belegten Patientenvariablen orientiert. Mit Hilfe des Forschungsvorhabens sollen auf der Basis empirischer Daten aussagekräftige Indikatoren über den Behandlungsverlauf abgeleitet werden, die nachweislich eine stabile positive Behandlungswirkung fördern. Im Mittelpunkt des Interesses stehen (1) zielgruppenspezifische Effekte einer langfristigen Substitutionstherapie, (2) neue Einsichten in Erfolgsvariablen der Beendigung langfristiger Substitutionstherapien, und (3) der Einfluss der psychosozialen Betreuung. Die Studie soll die heterogene Versorgungsrealität in Deutschland berücksichtigen und verschiedene Versorgungssettings einschließen.

8. a) Wie bewertet die Bundesregierung unter anderem Kritik von Substitutionsärztinnen und -ärzten, wonach die geltenden Regelungen des § 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) in der Praxis hinderlich für die Qualität der Versorgung sind?

Die Bundesregierung teilt eine solche Kritik von Substitutionsärztinnen und -ärzten nicht. Ziel der Regelungen des § 5 BtMVV ist es, einerseits die Qualität der medizinischen Behandlung zu sichern und andererseits die Betäubungsmittelsicherheit zu gewährleisten. Hinsichtlich der Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung entspricht die BtMVV im Wesentlichen den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, die ihrerseits immer vor allem die medizinische Qualität der Versorgung im Auge haben. Andererseits enthält die BtMVV im Hinblick auf die Betäubungsmittelsicherheit gewisse Pflichten und Verhaltensregeln für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte, deren Ziel es ist, die vielfältig möglichen Formen des Betäubungsmittelmissbrauchs sowohl durch die Patienten als auch durch die Behandler zu verhindern. Auch wenn diese Vorschriften in der Praxis von einigen Ärztinnen oder Ärzten als hinderlich empfunden werden sollten, so sind sie doch im Interesse der Betäubungsmittelsicherheit erforderlich.

- b) Wie bewertet die Bundesregierung die Kritik, wonach die geltenden betäubungsmittelrechtlichen Sanktionsregelungen dazu führten, dass sich substituierende Ärztinnen und Ärzte aus der Substitutionsbehandlung zurückzögen?

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung schon ausgeführt, trifft es nicht zu, dass sich substituierende Ärztinnen und Ärzte in größerem Umfang aus der Substitutionsbehandlung zurückziehen. Soweit sich einzelne Ärztinnen oder Ärzte zurückgezogen haben, kann dies nach Auffassung der Bundesregierung jedenfalls nicht an den betäubungsmittelrechtlichen Sanktionsregelungen liegen. Die BtMVV hat Verstöße gegen die Substitutionsvorschriften nur sehr begrenzt mit Sanktionen belegt (Straftaten: § 29 Abs. 1 Nr. 14 i. V. m. § 13 Abs. 3 Satz 2 BtMG und § 16 Nr. 1 und 2 BtMVV; Ordnungswidrigkeiten: § 32 Abs. 1 Nr. 6 i. V. m. § 13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, 3 oder 4 BtMG und § 17 Nr. 1, 2 und 10 BtMVV). Dagegen sind große Teile der Substitutionsvorschriften sanktionslos, wie etwa die Vorschriften über die Take-Home-Vergabe in § 5 Abs. 8 BtMVV. Allerdings müssen substituierende Ärztinnen und Ärzte auch die allgemeinen, nicht nur für die Substitution geltenden Verschreibungsgrundsätze (§ 29 Abs. 1 Nr. 6 i. V. m. § 13 Abs. 1 BtMG) beachten. Dies kann aber nicht als ein Grund angesehen werden, der es rechtfertigt, dass sich Ärztinnen oder Ärzte aus der Substitutionsbehandlung zurückziehen.

- c) Hält die Bundesregierung § 30 Abs. 1 Satz 3 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) für geeignet, um Behandlungsfehler von substituierenden Ärztinnen und Ärzten zu verfolgen?

Nach § 30 Abs. 1 Satz 3 BtMG können Behandlungsfehler von substituierenden Ärztinnen und Ärzten nur dann verfolgt werden, wenn die Ärztin oder der Arzt dem Patienten ein Betäubungsmittel „verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlässt und dadurch leichtfertig dessen Tod verursacht“. Diese Vorschrift ist aus Sicht der Bundesregierung angemessen und unverzichtbar.

- d) Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung des 110. Deutschen Ärztetages nach einer Novellierung der BtMVV, „bei der die medizinische Behandlung Opiatabhängiger nicht mit strafrechtlichen Mitteln reguliert wird“?

Nach Auffassung der Bundesregierung kann auf die Strafbewehrung einiger Substitutionsregelungen in der BtMVV grundsätzlich nicht verzichtet werden. Soweit die BtMVV das Ziel verfolgt, den Betäubungsmittelmissbrauch sowohl durch die Patienten als auch durch die Behandler zu verhindern bzw. zu ahnden, müssen Verstöße gegen diese Vorschriften als Strafbarkeit oder Ordnungswidrigkeit verfolgt werden können. Dagegen kann die Einhaltung der nicht sanktionsbewehrten Substitutionsvorschriften, die überwiegend der Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung dienen, standesrechtlich oder durch die Selbstverwaltung überwacht werden.

9. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Kritik an den Take-Home-Regelungen des § 5 BtMVV vor dem Hintergrund der Versorgungsprobleme in den ländlichen Räumen?

Die Take-Home-Regelungen gemäß § 5 Abs. 8 BtMVV stellen eine Ausnahme zu der grundsätzlich anzuwendenden Substitutionsbehandlung – nämlich der Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch des Substitutionsmittels (§ 5 Abs. 6 S. 1 BtMVV) – dar, die nur unter der Voraussetzung zulässig ist, dass die Patientin oder der Patient zuvor auf eine stabile Dosis eingestellt worden ist, dass der Verlauf der Behandlung dies im Einzelfall zulässt, dass dadurch die

Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt wird und dass die aus der Mitgabe des Substitutionsmittels resultierenden Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung so weit wie möglich ausgeschlossen werden. Etwaige Versorgungsprobleme in den ländlichen Räumen können nach Auffassung der Bundesregierung nicht durch eine Änderung oder Lockerung der Voraussetzungen für die Take-Home-Vergabe gelöst werden.

- b) Wie bewertet die Bundesregierung Äußerungen, wonach die Take-Home-Regelungen den Wiedereinstieg der Substitutionspatientinnen und -patienten in ein normales Berufs- und Arbeitsleben eher behindern?

Die Bundesregierung hält die Äußerung, wonach die Take-Home-Regelungen den Wiedereinstieg in das Berufsleben eher behinderten, für völlig unzutreffend. Die Take-Home-Regelungen, die stabilisierten Patientinnen und Patienten einen schrittweisen Übergang in mehr Eigenverantwortlichkeit ermöglichen, verfolgen gerade den Zweck, den Wiedereinstieg in das Berufsleben zu erleichtern. Allerdings muss die Mitgabe von Substitutionsmitteln zum eigenverantwortlichen Verbrauch zeitlich begrenzt bleiben, um das Risiko des Missbrauchs in Grenzen zu halten.

- c) Ist es aus Sicht der Bundesregierung denkbar, die Regelungen zur Begrenzung von Mitgabedosen bei Inlandsreisen an die bei Auslandsreisen geltenden Bestimmungen anzugleichen?

Wenn nein, warum nicht?

Nach § 5 Abs. 8 Satz 1 BtMVV könne den Patienten der Take-Home-Regelungen grundsätzlich nur eine Verschreibung über die für bis zu sieben Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels ausgehändigt werden. In begründeten Ausnahmefällen kann bei einem Auslandsaufenthalt eine Verschreibung über einen Zeitraum bis zu 30 Tagen pro Jahr ausgestellt werden. Diese Ausnahmeregelung des § 5 Abs. 8 Satz 5 und 6 BtMVV soll eine Fortführung der Substitution im Ausland ermöglichen, die ohne diese Regelung meist ausgeschlossen wäre. Zwar gibt es inzwischen in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union Substitutionsbehandlung, jedoch sind die rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen – etwa im Hinblick auf die Zulassungsvoraussetzungen, die Substitutionsstoffe, die Registrierung, die psychosoziale Begleitung u. v. m. – so unterschiedlich, dass eine in Deutschland begonnene Substitutionsbehandlung nirgends ohne schwierige Umstellung fortgesetzt werden kann. Deshalb nimmt die Ausnahmeregelung es in Kauf, dass der Patientin oder dem Patienten eine große Menge des Substitutionsmittels für einen langen, unkontrollierten Zeitraum überlassen wird. Die Situation der Substitution im Ausland ist nicht mit der in Deutschland zu vergleichen. Deshalb kann die Ausnahmeregelung für das Ausland nicht auf das Inland übertragen werden.

- d) Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag, die Take-Home-Regelungen in § 5 Abs. 8 BtMVV für stabile Patientinnen und Patienten auf vier Wochen und im Falle von Auslandsreisen in begründeten Ausnahmefällen auf über 30 Tage pro Jahr zu erweitern (z. B. beruflich bedingte Auslandsaufenthalte, die innerhalb von 12 Monaten insgesamt 30 Tage überschreiten)?

Die Bundesregierung lehnt eine Ausweitung des Take-Home-Zeitraums von sieben Tagen auf vier Wochen und des Zeitraums bei Auslandsaufenthalten über 30 Tage hinaus ab. Die geltenden Fristen tragen den verschiedenen Interessen und Gesichtspunkten angemessen Rechnung: Sie berücksichtigen sowohl den Gesichtspunkt der schrittweisen Übernahme von Eigenverantwortung durch die Patientinnen und Patienten, als auch die Notwendigkeit der medizinischen Über-

wachung der Behandlung durch den Arzt sowie das Risiko des Missbrauchs des mitgegebenen Substitutionsmittels. Werden die Fristen verlängert, so wächst eben dieses Missbrauchsrisiko erheblich an und die Intensität der ärztlichen Betreuung des Patienten nimmt ab. Deshalb hält die Bundesregierung an den geltenden Fristen fest.

- e) Wie bewertet die Bundesregierung die von Suchtmedizinerinnen und -medizinern erhobene Forderung, dass substituierende Ärztinnen und Ärzte das von der Apotheke bezogene und für Patientinnen und Patienten verwaltete Substitutionsmedikament diesen nicht nur zum unmittelbaren Verbrauch überlassen, sondern auch zur eigenverantwortlichen Einnahme mitgeben dürfen?
- f) In welchen Fällen sind aus Sicht der Bundesregierung Ausnahmen vom unmittelbaren Verbrauch nach § 5 Abs. 6 BtMVV denkbar?

Die Bundesregierung prüft derzeit, ob ausnahmsweise auch solchen Patientinnen und Patienten, die nicht die Take-Home-Voraussetzungen erfüllen, in einem sehr begrenzten Umfang – etwa für den nächsten Tag oder das bevorstehende Wochenende – das Substitutionsmittel mitgegeben werden kann. Dabei muss allerdings festgehalten werden, dass grundsätzlich eine Mitgabe nur an stabilisierte Patientinnen und Patienten unter den Bedingungen des § 5 Abs. 8 BtMVV erfolgen darf.

- g) Welche rechtlichen Änderungen hält die Bundesregierung für kurzfristig umsetzbar, um Versorgung und Qualität der Substitutionsbehandlung zu sichern?

Neben der vorstehend genannten begrenzten Mitgabemöglichkeit prüft die Bundesregierung derzeit noch weitere Anpassungen der Substitutionsregelungen, die die Behandlung erleichtern, ohne die Betäubungsmittelsicherheit zu gefährden – etwa hinsichtlich einer Vertreterregelung und einer Flexibilisierung der Versorgung des Patienten mit der Take-Home-Dosis. Zu diesen Punkten wird die Bundesregierung in Kürze Vorschläge zur Änderung der BtMVV vorlegen.

- h) Was spricht aus Sicht der Bundesregierung gegen eine Ausweitung der Verordnungsgültigkeit der Btm-Rezepte von 7 auf 28 Tage bei weiterhin wöchentlichem Bezug aus einer Apotheke?

Die Verordnungsgültigkeit der Betäubungsmittelverschreibung ergibt sich aus § 12 Abs. 1 Nr. 1c BtMVV, wonach Betäubungsmittel nicht auf eine Verschreibung abgegeben werden dürfen, die vor mehr als sieben Tagen ausgefertigt wurde. Im Falle der Substitution korreliert die Geltungsdauer des Betäubungsmittelrezeptes von sieben Tagen mit der dann zu erfolgenden persönlichen Konsultation beim substituierenden Arzt. Bei einer Ausweitung der Verordnungsgültigkeit auf 28 Tage bei wöchentlichem Bezug durch den Patienten aus einer Apotheke wäre nicht mehr sichergestellt, dass die Patientin oder der Patient im erforderlichen Umfang die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt konsultieren und etwa notwendige Dosisanpassungen erfolgen können.

10. a) Wie bewertet die Bundesregierung Kritik an dem Abstinenzziel in § 5 Abs. 1 Nr. 1 BtMVV?
- b) Sollte aus Sicht der Bundesregierung die Erhaltungstherapie künftig gleichwertig neben dem Abstinenzziel verankert werden?
- Wenn nein, warum nicht?

Das Ziel der Substitution ist in § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 BtMVV festgelegt. Danach ist Substitution die Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Daneben kann auch Ziel die Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt sein. Die Richtlinien der Bundesärztekammer beschreiben dies so: „Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit. Die möglichen Stufen eines umfassenden Therapiekonzeptes sind: Sicherung des Überlebens, gesundheitliche und soziale Stabilisierung, berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration, Opiatfreiheit.“ Die schrittweise Herstellung der Abstinenz ist somit das Endziel, auf das der Behandlungsplan ausgerichtet sein muss. Daneben gibt es aber noch zahlreiche Zwischen- und Nebenziele, die ebenfalls mit der Substitution anzustreben sind. Die Bundesregierung hält an diesen abgestuften Zielen fest. Dabei ist sie sich durchaus bewusst, dass in der Praxis dauerhafte Abstinenz nur bei einer geringen Zahl von Patienten erreicht werden kann. Dennoch muss die Substitution als Behandlung der Suchtkrankheit die Heilung oder Linderung dieser Krankheit anstreben. Wenn sie dies nicht tut, besteht die Gefahr, dass nur ein Suchtmittel durch ein anderes Suchtmittel ersetzt und die Sucht lediglich aufrecht erhalten wird. Aus Sicht der Bundesregierung kann die Erhaltungstherapie nicht gleichwertig neben dem Abstinenzziel verankert werden.

- c) Wie bewertet die Bundesregierung Kritik an den Regelungen der BtMVV zum Beigebrauch vor dem Hintergrund, dass der Beigebrauch legaler und illegaler Drogen nach Auffassung von Experten Merkmal jeder Suchterkrankung ist?

Nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4c BtMVV darf der Arzt kein Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange der Patient Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet. Die Richtlinien der Bundesärztekammer bestimmen, dass die Vergabe zu unterbleiben hat, wenn ein aktueller Beigebrauch festgestellt wird, der den Patienten bei zusätzlicher Verabreichung des Substituts gesundheitlich gefährden würde. Bei Beigebrauch liegt es in der Entscheidung des Arztes, ob er die Behandlung weiterführt. Der Bundesregierung ist bekannt, dass der Beigebrauch Merkmal einer Suchtkrankheit sein kann. Allerdings steht außer Frage, dass der Beigebrauch den Erfolg der Behandlung gefährden kann. Deshalb muss es das Ziel der Substitutionsbehandlung sein und bleiben, den Beigebrauch zu reduzieren.

11. a) Auf welche Weise können aus Sicht der Bundesregierung die von Experten diagnostizierten Versorgungsprobleme bei der psychosozialen Betreuung Suchtkrankter behoben werden?

Im Rahmen des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wurden standardisierte Manuale zur psychosozialen Betreuung erarbeitet, getestet und evaluiert. Sie dienen der Qualitätssicherung der Betreuung und sind frei verfügbar im Internet unter www.heroinstudie.de abrufbar. Damit hat die Bundesregierung einen erheblichen Beitrag geleistet, Versorgungsprobleme, die vor allem aufgrund mangelnder Standardisierung und bisher geringer Evaluation hervorgerufen werden, zu beheben.

- b) Sieht die Bundesregierung weitere Finanzierungsmöglichkeiten für die psychosoziale Betreuung als die über die Länder und Kommunen?

Die Bundesregierung sieht derzeit keine weiteren Finanzierungsmöglichkeiten. Bisher werden die Kosten der psychosozialen Begleitung überwiegend von den Kommunen getragen. Die Sozialhilfeträger erbringen, soweit die Zuständigkeit keines anderen Trägers gegeben ist, bei Substituierten Leistungen zur psychosozialen Begleitung. Diese Leistungen sind in der Regel bedürftigkeitsabhängig. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Finanzierung nicht, weil es sich bei der psychosozialen Begleitung nicht um eine Krankenbehandlung und damit auch nicht um eine Leistung der GKV handelt.

- c) Sieht die Bundesregierung Anlass, die Forschungslage zur Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung zu verbessern?

Wenn ja, auf welche Weise will die Bundesregierung dieses Ziel unterstützen?

Im Rahmen des vieljährigen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger ist nach einem differenzierten Forschungsplan die Wirksamkeit von alternativen psychosozialen Behandlungsformen eingehend erforscht worden. Die Ergebnisse sind veröffentlicht und die Manuale vorgelegt worden. Die Forschungslage zu psychosozialen Behandlungsformen kann demnach derzeit als gut beurteilt werden. Sollten sich neue Forschungsfragen ergeben, wird die Bundesregierung diese aufgreifen.

- d) In welchen Fällen kann aus Sicht der Bundesregierung vom Erfordernis der psychosozialen Betreuung in § 5 Abs. 2 Nr. 2 BtMVV abgewichen werden?

Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, die einschlägigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger heben übereinstimmend darauf ab, dass die Substitution nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes zulässig ist, welches die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie psychosoziale Betreuungsmaßnahmen begleitend einbezieht. Die begleitenden Maßnahmen werden also grundsätzlich für erforderlich gehalten; nur in begründeten Einzelfällen kann auf sie verzichtet werden. Die Prüfung und Entscheidung, ob und in welchem Umfang derartige begleitende Maßnahmen zur Erreichung des Behandlungszieles erforderlich sind und wie sie gegebenenfalls in das Behandlungskonzept integriert werden, obliegt dem behandelnden Arzt unter Würdigung der individuellen Umstände und des Krankheitsverlaufs im jeweiligen Einzelfall.

- e) Wie bewertet die Bundesregierung die Kritik, die Regelung in § 5 Abs. 2 Nr. 4b BtMVV (Behandlungsabbruch bei nicht in Anspruch genommener psychosozialer Betreuung) sei ärztlich nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht begründet, wie es z. B. auch in den „Materialien zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Grundlage der Richtlinien der Bundesärztekammer vom 22. März 2002“ formuliert ist?

Nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a BtMVV darf „der Arzt ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes keine Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient erforderliche Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen dauerhaft nicht in Anspruch nimmt“. Nach § 5 Abs. 2 Satz 2 BtMVV ist für die Beurteilung der Erfüllung dieser Voraussetzung der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebend.

Die oben genannten, von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegebenen „Materialien zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“, die eine Sichtung und Zusammenfassung der bis zum Jahr 2002 für die Substitutionstherapie relevanten wissenschaftlichen Literatur enthalten, kommen nach Analyse dieser Literatur zu dem Ergebnis, „dass psychosoziale Betreuung das Behandlungsergebnis bei einigen Abhängigen verbessert, eine zwangsweise psychosoziale Betreuung jedoch nicht generell mit besseren Outcomes verbunden ist ... Wichtig erscheint eine stabile und auf Empathie, nicht auf Konfrontation beruhende therapeutische Beziehung“. Demzufolge wird in den Richtlinien der Bundesärztekammer als Kriterium für einen Therapieabbruch eine „unzureichende Kooperationsbereitschaft der Patientin oder des Patienten“ aufgeführt. Hieraus kann nicht abgeleitet werden, dass ein Behandlungsabbruch bei einer nicht in Anspruch genommenen psychosozialen Betreuung im Widerspruch zu den Richtlinien der Bundesärztekammer oder zum gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens steht.

12. a) Welche wissenschaftliche Begründung existiert aus Sicht der Bundesregierung für die Regelung in § 5 Abs. 2 Nr. 5 BtMVV zum wöchentlichen Kontakt des Suchtkranken zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt?
- b) Ist aus Sicht der Bundesregierung eine Flexibilisierung dieser Regelung denkbar?
Wenn nein, warum nicht?

Nach § 5 Abs. 2 Nr. 5 BtMVV hat „der Patient im erforderlichen Umfang, in der Regel wöchentlich, den behandelnden Arzt“ zu konsultieren. Suchterkrankungen haben sowohl körperliche als auch psychische und soziale Ausprägungen. Deshalb kann sich eine Behandlung nicht allein auf die Vergabe eines Substitutionsmittels beschränken. Vielmehr ist der Arzt-Patienten-Kontakt Teil einer sinnvollen und notwendigen medizinischen Betreuung. Bei hoher Komorbidität der Patientinnen und Patienten mit psychisch-psychiatrischen Erkrankungen (70 bis 80 Prozent) ist eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Begegnung dringend erforderlich. Hinzu kommt, dass etwa erforderliche Dosisanpassungen, die Kontrolle des Beikonsums und der missbräuchlichen Verwendung des Substitutionsmittels in regelmäßigen Abständen vom Arzt oder der Ärztin vorgenommen werden müssen. Ob dieser Kontakt wöchentlich stattfinden muss, ist vorrangig eine medizinische Fachfrage. Die Bundesregierung wird mit den betroffenen Fachkreisen erörtern, ob hier eine Flexibilisierung vorgenommen werden kann.

13. a) Welche medizinische Begründung existiert aus Sicht der Bundesregierung für die Beschränkung der Substitution auf orale Applikationsformen?
- b) Ist aus Sicht der Bundesregierung eine Flexibilisierung dieser Regelung denkbar?
Wenn nein, warum nicht?

Die Begrenzung auf die orale Applikation dient hauptsächlich dem Zweck, Patientinnen und Patienten vor den gesundheitlichen Gefahren einer parenteralen Anwendung zu schützen. Alle derzeit in Deutschland zugelassenen Substitutionsmittel sind zur oralen Applikation bestimmt. Nur bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die erwartete Wirkung und Wirkdauer erzielt werden. Über eine Flexibilisierung der Applikationsformen kann erst dann entschieden werden, wenn entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse – etwa im Rahmen

eines arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahrens – andere Applikationsformen empfehlen.

14. a) Welche medizinische Begründung existiert aus Sicht der Bundesregierung für die Beschränkung der Substitution auf die in § 2 Abs. 1a und b BtMVV genannten Betäubungsmittel, zu denen im Gegensatz zum europäischen Ausland zum Beispiel keine retardierten Morphine gehören?

Die Beschränkung der zulässigen Substitutionsmittel erfolgt nicht in § 2 Abs. 1a und b BtMVV, sondern in § 5 Abs. 4 BtMVV, der bestimmt, dass der Arzt nur Zubereitungen von Levomethadon, Methadon, Levacetylmethadol, Buprenorphin oder ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel oder in begründeten Ausnahmefällen Codein oder Dihydrocodein verschreiben darf. Morphin ist in Deutschland nicht zur Substitution zugelassen. Erfahrungen aus dem europäischen Ausland belegen, dass die missbräuchliche parenterale Verwendung von Morphin-Tabletten aufgrund des Hilfsstoffes Talkum zu schwer wiegenden Lungenerkrankungen (Talkose) geführt hat. Deshalb ist nicht beabsichtigt, Morphin in den Katalog der Substitutionsmittel aufzunehmen.

- b) Beabsichtigt die Bundesregierung in naher Zukunft weitere Betäubungsmittel für die Substitution zuzulassen?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, welche wären dies?

§ 5 Abs. 4 BtMVV ermöglicht den Einsatz weiterer Substitutionsmittel, sofern diese eine arzneimittelrechtliche Zulassung zur Substitution besitzen. Gegenwärtig gibt es keine Zulassungsanträge für neue orale Substitutionsmittel.

Derzeit wird erwogen, Diamorphin zur parenteralen Substitution von Schwerst-Opiatabhängigen als Substitutionsmittel aufzunehmen. Die Überlegungen zur diamorphin-gestützten Substitution insgesamt sind aber noch nicht abgeschlossen.

15. Welchen Stand haben die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erweiterung der Indikationsliste nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V zur Übernahme der Fahrtkosten zum Sichtbezug des Substituts?

Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 können Krankenkassen Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen nur noch in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festzulegen hat, übernehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mit der Neufassung der Krankentransportrichtlinien vom 22. Januar 2004 diesem Auftrag gefolgt. Nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt die Substitutionstherapie Opiatabhängiger keinen besonderen Ausnahmefall dar. Nach Kenntnis der Bundesregierung hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch keine neuen Beratungen über Ausnahmefälle aufgenommen.