„Auf der Terrasse gibt‘s nur Kännchen“. Oder: Heute so, morgen so. Ein kritischer Beitrag zur aktuellen Take-Home-Versorgung opioidsubstituierter Menschen in Deutschland

Ralf Gerlach
INDRO e.V.
Münster

**Vortrag beim 2. Lehrter Fachtag „Sucht: Substitution“
am 11. September 2013**

Lehrte

- „Ort der Vielfalt“ (2009)
- Schlacht bei Sievershausen im zweiten Markgrafenkrieg bei Lehrte (9. Juli 1553) - opferreichste Schlacht der Reformationszeit
  [Niedersachsen eines der opferreichsten Bundesländer in Bezug auf die Strafverfolgungsaktivität gegenüber substituierenden Ärzten (u.a. wegen unerlaubter Überlassung von Betäubungsmitteln), so dass Take-Home-Verschreibungen nur noch sehr zurückhaltend ausgestellt werden]
- "Fahrradfreundliche Kommune 2009"

Polizei lässt Radfahrer Luft aus den Reifen

Nicht alltägliche Wege hat die Lehrter Polizei am Freitagabend beschritten, um einen Radler an der Weiterfahrt zu hindern: Sie ließ ihm die Luft aus beiden Reifen ab, sodass er sein Zweirad nach Hause schieben musste.

Hannoversche Allgemeine

Sonntag, 09.06.2013

Take Home

- **Eine „Take-Home-Verordnung“ ist als Teil eines medizinischen Behandlungskonzeptes, das zwischen dem behandelnden Arzt und den Patienten abgestimmt wird, eine Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme außerhalb des Praxissettings. Sie ist mit einer Ausgabe des Rezeptes an den Patienten verbunden, der das Rezept bei einer Apotheke einlöst.**

Rechtslage Take Home Inland:

- **„Sobald und solange sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat und eine Überlassung des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nicht mehr erforderlich ist, darf der Arzt dem Patienten eine Verschreibung über die für bis zu <u>sieben</u> Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben."**

- **Take-Home-Eignung nicht (mehr) abhängig von Behandlungsdauer, sondern vom Therapiestatus**

  BtMVV §5 Abs. 8

„Kurzzeit-Take-Home“

- **In Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, kann eine Verschreibung des Substitutionsmittels für einen Zeitraum von bis zu zwei Tagen pro Woche erfolgen, sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt und Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind.**

Dies ist für viele Ärzte, vor allem in ländlichen Regionen, eine logistische Notwendigkeit an Wochenenden, da häufig eine beträchtliche Distanz zwischen dem Wohnort des Patienten und der Substitutionseinrichtung besteht (z.B. keine alternative Vergabestelle vorhanden, kein Busverkehr an WE).

Rechtslage Take Home Auslandsreisen:

- „Im Falle eines Auslandsaufenthaltes des Patienten … kann der Arzt unter Berücksichtigung aller in diesem Absatz genannten Voraussetzungen zur Sicherstellung der Versorgung diesem Verschreibungen" über die „für bis zu 30 Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels" […] „aushändigen und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme erlauben."

- Diese Verschreibungen dürfen in einem Jahr insgesamt die für bis zu 30 Tage benötigte Menge des Substitutionsmittels nicht überschreiten.

BtMVV §5 Abs. 8

30-Tage-Regelung bei Auslandsreisen

- **Kalenderjahr oder „Zeitraum innerhalb von 12 Monaten“?**
- **Uneinheitliche Praxisumsetzung in den einzelnen Bundesländern (BOSt vs BMG)?**

Beispiel 30-Take-Regelung

Anfrage einer Arztpraxis (23.7.13): Viele Patienten teils seit mehreren Jahren berufstätig. Letztes Jahr im Oktober im (Betriebs-) Urlaub und die 30 Tage sind aufgebraucht. Nun gibt der Arbeitgeber vor, dass die Angestellten im August Urlaub machen sollen = kein Auslands-Take-Home, weil die 12 Monate noch nicht um sind.

i hate people who take drugs
like the customs and police

Unzulässigkeit von Take Home

- „Die Aushändigung einer Verschreibung … ist insbesondere dann nicht zulässig, wenn die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient
- 1. Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden,
- 2. unter Berücksichtigung der Toleranzentwicklung noch nicht auf eine stabile Dosis eingestellt worden ist oder
- 3. Stoffe missbräuchlich konsumiert."

BtMVV §5 Abs. 8

Rechtsanspruch auf Take Home/ Bewertung des Behandlungsverlaufes

- **Grundsätzlich besteht kein Rechtsanspruch auf eine Take-Home Verordnung, es liegt in der Entscheidung und Verantwortung des Arztes ein Rezept für das Substitutionsmittel auszustellen.**

- **„Für die Bewertung des Verlaufes der Behandlung durch den substituierenden Arzt ist … der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebend.“**

BÄK-Richtlinien Take Home I

Eine „Take-Home-Verordnung" setzt voraus, dass

- **die Einstellung auf das Substitutionsmittel abgeschlossen ist,**
- **der bisherige Verlauf der Behandlung zu einer klinischen Stabilisierung des Patienten geführt hat,**
- **Risiken der Selbstgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind,**
- **der Patient stabil keine weiteren Substanzen konsumiert, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können,**
- **der Patient die erforderlichen Kontakte zum Arzt und zur PSB wahrgenommen hat,**
- **die psychosoziale Reintegration fortgeschritten ist und**
- **für eine Fremdgefährdung durch Weitergabe des Substitutionsmittels keine Hinweise bestehen.**

BÄK-Richtlinien Take Home II

- „In der Regel sollte eine „Take-home-Verordnung“ zunächst für kurze Zeiträume erfolgen. Der durch die BtMVV gesetzte Rahmen für eine „Takehome-Verordnung“ liegt bei bis zu sieben Tagen. Die Verordnung unterliegt der Entscheidung und Verantwortung des behandelnden Arztes.“

- „Die gemäß § 5 Abs. 8 BtMVV in begründeten Ausnahmefällen (zur Sicherstellung der Versorgung bei Auslandsaufenthalten) mögliche Verschreibung des Substitutionsmittels beträgt maximal 30 Tage im Jahr.“

BÄK-Richtlinien Take Home III

Insbesondere im Hinblick auf eine „Take-Home-Verordnung" muss der behandelnde Arzt den Patienten umfassend aufklären über:

- **den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Substitutionsmittels,**
- **die Risiken einer eigenmächtigen Dosisänderung,**
- **das Verbot der Überlassung des Substitutionsmittels an Dritte,**
- **die Gefahren, die von dem Substitutionsmittel für andere Personen ausgehen können, besonders die Gefahr für Kinder und opiatnaive Personen,**
- **die (kinder-)sichere Lagerung des Substitutionsmittels.**

Die Entscheidungsgründe und Voraussetzungen für eine „Take-home-Verordnung" sowie die Aufklärung des Patienten darüber sind zu <u>dokumentieren</u>.

BÄK-Richtlinien Take Home IV

Werden die zuvor skizzierten rechtlichen Voraussetzungen für Take-Home erfüllt und sind die Behandlungsverläufe der Patienten umfassend und lückenlos dokumentiert, besteht für substituierende Ärzte kein hinreichender (rechtlicher) Grund, Patienten Take-Home-Verschreibungen zu verwehren.

Gründliche Untersuchung, Diagnostik, Dokumentation, Aufklärung und Aufsicht

(Dealer in Weiß, fahrlässige Tötung)

Take-Home-Umfang

Es besteht keine Meldepflicht für Take-Home-Verordnungen.

- Premos-Studie 2009: 61%
- Gutwinski et al. 2013 für Berlin: 38,2% (Mehrheit davon entsprechend der BÄK-Richtlinien – selbst ausgefüllte Fragebögen)

Take-Home-Medikation ist eine weit verbreitete Praxis.

Umfang Reiseaktivität

- **Konkrete Daten zum Umfang der Inlands- und Auslandsreise-Aktivitäten von OST-Patienten liegen nicht vor.**
- **Die jährliche Zahl an auslandsreisenden Patienten liegt weit im vierstelligen Bereich (=keine „Ausnahmefälle“ mehr).**

FUCK
THE
COPS

Nutzen / Vorteile Take-Home

- **Anerkennung von „compliant behaviour"**
- **Eigenverantwortung / Verantwortungsübernahme /Selbstwertgefühl**
- **Weniger Fahrten = geringere Fahrtkosten**
- **Weniger Kontakt zu Mitpatienten**
- **Stück „Normalisierung"**
- **Mehr Unabhängigkeit von der Abhängigkeit vom Arzt (Ablösung)**
- **Erhöhte Integrationschancen**
- **Erhöhte Mobilität (Arbeit/Beruf, Urlaub)**

Unerwünschte Nebenwirkungen Take-Home

- Druck auf Arzt- (rechtlich) und Patientenseite (Sanktionen)
- Take-Home findet häufig keine Einbettung in psychosoziale Begleitmaßnahmen (mangelnde Kooperation)
- Sanktionsdrohungen [Ergebnisse UK oder „auf Verdacht" (klinischer Eindruck, Hörensagen)
- Betroffen von Kollektivstrafen
- Verkauf auf dem Schwarzmarkt
- Intravenöser Gebrauch von Substitutionsmitteln
- Drogennot- oder –todesfälle (Überdosierung, Mischintoxikation)
- Zeitrahmen nicht praxisnah / realitätsfern
- Kindeswohlgefährdung (Folge: Verschärfte Take-Home-Regeln HH, Handlungsanleitungen etc.)

Beispiel „Methadontod“ Kinder

- **SZ 26. Januar 2012 14:05**
  Tod durch Drogenersatzstoff Elfjährige stirbt an Methadon-Vergiftung

  Tragischer Tod eines Kindes in Hamburg-Wilhelmsburg: Ein elfjähriges Mädchen ist an einer Vergiftung mit dem Drogenersatzstoff Methadon gestorben. Die Staatsanwaltschaft ermittelt gegen den leiblichen Vater und die Pflegeeltern.

Vergiftungsunfälle bei Kindern durch Haushaltschemikalien, Medikamente, Pflanzen, Kosmetika 2007

- ca. 94.000 (89% der Kinder unter 6 Jahre)
- ca. 8.600 stationär behandelte Fälle
- 17 Todesfälle

Käufermotivation Schwarzmarkt:

- Unterdosierung des Substitutionsmittels
- Abdosierung ohne Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung
- Vermeidung von Heroinentzugserscheinungen
- Heroinengpass
- Vermeidung der Registrierung als Substituierter bei Krankenkassen und Behörden
- Nichtgefährdung sozialer Integrität durch Kontaktvermeidung zum Drogenhilfesystem
- Wahrung der Anonymität vor allem bei Berufstätigen
- Substitutionsmittel sind billiger
- Substitutionsmittel als Effektverstärker für andere Substanzen
- Ermöglichung intravenöser Applikation
- Bei In- und Auslandsreisen, wenn kein Take-Home oder Take-Home für die Dauer der Reise nicht ausreicht
- Wartezeiten zur Behandlungsaufnahme (Wartelisten)
- Zu strenge Zugangskriterien zur Behandlungsaufnahme (Schlößer & Schulte 2009)

Verkäufermotivation Schwarzmarkt

- Finanzielle Einnahmequelle
- Kauf von Heroin und Kokain
- Aufstockung der Mittel zum Lebensunterhalt für sich selbst oder die Familie
- Vermeidung von Beschaffungskriminalität wie Diebstahl, Einbruch oder Raub)
- Abzahlung von Schulden

Bei ca. 85% stammen die Substitutionsmittel aus persönlicher Take-Home-Verordnung.

(Schlößer & Schulte 2009)

Zweck + Behandlungsziele I

- Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit. Die Substitution dient
- 1. ihrer Behandlung mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
- 2. der Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
- 3. der Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

Zweck + Behandlungsziele II

Ihre Umsetzung bedarf eines <u>umfassenden Therapiekonzeptes</u>. Ziele und Ebenen der Behandlung sind:

- **Sicherung des Überlebens,**
- **Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel,**
- **Gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen,**
- **Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben,**
- **Opiatfreiheit.**

Teilhabe am Arbeitsleben

- **PREMOS-Studie (Wittchen et al. 2010):**
  34% berufstätig (Steigerung von 24,1% im 6-Jahresverlauf)
  19,4% in berufsqualifizierenden Maßnahmen (Steigerung von 7,5% im 6-Jahresverlauf)
- **Charité Berlin (Gutwinski et al. 2013):**
  18,5% berufstätig

Problemfall „berufstätige Patienten“ I

- **Berufstätige Patienten müssen (beruflich bedingt) gelegentlich länger als 7 Tage im Inland und mehr als 30 Tage pro Jahr ins Ausland verreisen (etwa: Monteure, Computer-/IT-Spezialisten, Reiseleiter, Musiker, Binnenschiffer, LKW-Fahrer).**

  (Jemand arbeitet auf einem Rheinschiff und fährt den Rhein immer auf und ab, inklusive Niederlande. Wie könnte Take-Home geregelt werden?)

Problemfall „berufstätige Patienten“ II

- **Die Begrenzung auf jeweils 7 (Inland) bzw. 30 Tage Take-Home pro Jahr (Ausland) ohne die Möglichkeit der Erteilung von Sondergenehmigungen gestaltet sich für berufstätige Patienten oft als arbeitsplatz- und existenzgefährdend, da am Aufenthalts-/Einsatzort oder zumutbarer Entfernung davon entweder keine Weiterbehandlungsmöglichkeit besteht oder die Substitutvergabe innerhalb der Arbeitszeiten stattfinden muss.**
- **Deutlich: Es gibt keine flächendeckende Versorgungsstruktur mit OST in Deutschland (ländliche Regionen, Großstädte: Beispiel Stuttgart). Auch im Ausland ist die Fortführung der OST wegen fehlender Angebote am Aufenthalts-/Arbeitsort oftmals nicht möglich. Darüber hinaus: Länder mit Pilotprogrammen, Länder ohne Zulassung von OST).**

Problemfall „berufstätige Patienten“ III

- **Die aktuellen Take-Home-Regularien werden dem Bedarf berufstätiger Patienten und den Zielen von OST (hier: Teilhabe am Arbeitsleben) oft nicht gerecht. Trotz Erreichung der im Gesetz gesteckten Ziele werden die Patienten „bestraft“.**

- **Dies führt in der Praxis dazu, dass Ärzte gelegentlich nicht erlaubte „Kunstgriffe“ anwenden oder sich Patienten mit den zusätzlich benötigten Mengen ihres jeweiligen Substitutionsmittels versorgen müssen.**

Schwierigkeiten bei der Einleitung von Weiterdosierungen am Reisezielort

- Im Reiseziellland sind Substitutionstherapien nicht zugelassen
- Keine flächendeckende Versorgungsstruktur im Reiseziellland
- Sprachliche Barrieren
- Faxgeräte sind während der „Siesta" abgestellt und/oder Emails werden nicht gelesen
- Keine Vergabestelle/substituierende Arztpraxis am Aufenthaltsort (weite Anfahrtswege zur nächstgelegenen Vergabemöglichkeit, evtl. auch Apotheke)
- Öffnungszeiten der Vergabestellen liegen im Falle von beruflich bedingtem Auslandsaufenthalt evtl. während der Arbeitszeit
- Falsche Äquivalenzdosis Levomethadon ./. Methadon-Racemat
- Kein Take-Home trotz Take-Home-Berechtigung im Heimatland
- Unerwartete Arztgebühren
- Vor Reiseantritt getroffene Absprachen mit ausländischer Vergabestelle/Arztpraxis werden dort nicht eingehalten

„Problem Arzt“ (gesetzlich und individuell bedingt) I

- Häufig keine umfassende Eingangsuntersuchung bei Substitutionsbeginn und im weiteren Verlauf der Behandlung
- Take-Home findet häufig keine Einbettung in psychosoziale oder psychiatrische Begleitmaßnahmen
- Angekündigte Urintests (Aufruf zu Selbsttests).
- Uneinheitliche Handhabung bei sog. „Beigebrauch“ (Alk.)
- Fehlende Überprüfung, ob die Patienten tatsächlich täglich die verordnete Dosis einnehmen. Beispiel: Patient erhält Take-Home in einer bestimmten Dosis, verkauft aber regelmäßig einen Teil davon oder spart sich das Substitut „für schlechte Zeiten“ auf. Er muss 1 x pro Woche das Mittel in der Praxis unter Kontrolle einnehmen, kommt in unsere Einrichtung und berichtet: Man bin ich breit, musste gerade die volle Dosis einnehmen!“ (UKs geben keine Auskunft darüber. Überprüfung der Blutplasmaspiegel (Wolff 2003) – nicht über GKV abrechenbar?)

„Problem Arzt“ (gesetzlich und individuell bedingt) II

- Inkonsequentes Auftreten (heute so, morgen so)
- Klar können Sie in Urlaub fahren. Urlaub wird gebucht. Dann mit einem Mal: Geht nicht!
- Sanktionsandrohungen „auf Verdacht“ (keine UK, sondern auf Grund des klinischen Eindrucks oder auf Grund vom Hörensagen/von Gerüchten)
- Kollektivstrafen und „mechanisches Reagieren“ auf Regelverstöße ohne differenzierte Bewertung der aktuellen Situation (Vorurteile: Gerlach/Caplehorn; COBRA)
- Einerseits Verlust der Mitte zwischen Nähe und Distanz (Verbrüderungstendenz) , andererseits misstrauische Distanz und harte Sanktionen bei Regelverstößen [„sado-masochistische Beziehung“ (Gölz 2005)]
- „Finanzen“: Mehreinnahmen durch tägliches Erscheinen der Patienten zur Substitutvergabe in der Praxis
- Zu hohe Patientenzahl, zu wenig Zeit für Gespräche

„Problem Arzt“ (gesetzlich und individuell bedingt) III

- Mangelnde Kenntnis rechtlicher Rahmenbedingungen (BtMVV)
- Fehlende/mangelhafte Kooperation mit eingeschalteten PSB-Stellen
- Mitgabe unetikettierter Fläschchen!
- Falsche Infos: „Ich darf Ihnen nur für 7 Tage ins Ausland mitgeben.“
- „Ich muss 5 Wochen lang nach Alicante Spanien zum arbeiten. Mein Arzt sagt, dass es nur für 21 Tage Rezept per Gesetz gibt. Ich weiß von 30 Tagen pro Jahr. Nun lässt der Arzt solche Sachen raus wie: Bin ich der Arzt oder Sie? Ich muss es ja wissen, als Arzt!“
- Das mit dem Schengen-Formular lassen wir mal. Da kontrolliert erfahrungsgemäß eh keiner. (Der Substi-Ausweis reicht oder ein Zweisatz-Arztbrief in Deutsch.)
- Ich darf Sie wegen der Krankenkasse nicht auf Methaddict oder Buprenorphin umstellen.
- Füllen Sie alles (Methadon) in eine große Flasche, die Apotheke wird dann ein Etikett darauf machen.
- Verlangt wird eine Vorlage des Arbeitgebers, dass jemand tatsächlich auf Montage fährt!

„Klare Ansprache“

- **Wenn behandelnde/r Arzt/Ambulanz – aus welchem Grund auch immer – dem Patienten keine Mitgabe gewähren möchte oder ihn nicht für reisefähig hält, dann bitte <u>klare Worte</u> hierzu gegenüber dem Patienten und keine Floskeln wie**
- **„Es gibt da jetzt neue gesetzliche Regelungen, nach denen ich Ihnen das Substitutionsmittel nicht mehr mitgeben darf“**
  und evtl. in Ergänzung
- **„und eine Weiterbehandlungsmöglichkeit gibt es an Ihrem Reisezielort auch keine“.**

„Problem Patient“

- Patienten sind teils gezwungen „kriminell“ zu werden, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren!
- „Trickserei“ bei Uks, „herzerweichende“ Stories/Ausreden bei Regelverstößen, Dosis, Terminen, Benzos)
- Druckausübung („Gewissensappelle“) auf Arzt
- Der Arzt hat mir vor einem halben Jahr gesagt, ich könne meinen Auslandsurlaub buchen. Es gäbe keine Probleme mit der Mitgabe. Jetzt sagt er, es geht nicht, ich müsste mir einen Arzt vor Ort suchen, der mich weiterdosiert. Warum, liegt z.B. sog. Beigebrauch vor? Ja. Na also, dann darf er auch nicht.
- Beikonsum oder i.v.-Konsum d. S. direkt vor der Arztpraxis
- Anruf vom privaten Festnetzanschluss – Nr. im Display sichtbar (Stau, Zug/Bus hat Verspätung, bin bei meiner Mutter etc.)
- Erzählen anderen Patienten von ihrem Take-Home
- Krassestes Beispiel: Wir fliegen morgen mit Methadon nach Kanada. Dürfen wir das Substitutionsmittel überhaupt einführen!

Forderungen I

- **Bessere Qualifikation der Ärzte (COBRA-Studie 2004) i.V.m. angemessener Vergütung**

- **Realitätsangemessene, einzelfallflexibel handhabbare gesetzliche Regelungen: Erweiterung der Höchstmenge von Take-Home im Inland auf 30 Tagesdosen und Ausdehnung der Obergrenze der Verschreibung von Take-Home bei Auslandsreisen (nicht über 30 Tage pro jeweiliger Reise). Einräumung eines Ermessensspielraumes für die zuständigen Betäubungsmittel-Überwachungsbehörden für individuelle Sonderfälle nach eingehender Besprechung mit dem behandelnden Arzt („Sondergehmigungen").**

- **Klare Formulierung in der BtMVV (Kalenderjahr)**

Forderungen II: Ärztetag 2013

04.06.13 Ärzte-Zeitung

Ärztetag: Keine Kriminalisierung bei Substitution!

HANNOVER. Der Ärztetag fordert bessere Bedingungen für Ärzte bei der Behandlung Opiatabhängiger. Die Substitutionsbehandlung, bei der Suchtpatienten Methadon verschrieben wird, dürfe künftig nicht mehr zu einer Kriminalisierung der behandelnden Ärzte führen.

Die Delegierten forderten die Bundesregierung auf, entsprechende Änderungen in die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung aufzunehmen.

Insbesondere die Vergabe von Take-home-Medikamenten und die Bestimmungen zum Beikonsum von Opiaten während der Behandlung bedürften einer Überarbeitung.

Die derzeitigen Regelungen spiegelten nicht den aktuellen Stand der Wissenschaft wider. (eb)

Forderungen III

- **Allerdings:**
  Sollte es letztlich nicht so sein, dass die substituierenden Ärzte als Fachleute mit entsprechender suchtmedizinischer Qualifikation einzelfallbezogen über die Take-Home-Fähigkeit ihrer Patienten (idealiter unter Einbeziehung der PSB) ihrer Patienten entscheiden können und nicht fachfremde oder praxisentfernte Politiker und Mitarbeiter(stäbe) in bürokratisch dominierten Administrationen?
- **Substitution aus der BtMVV ausgliedern - Ärztekammern**