

Berlin, 26.03.2020

Rückmeldungen aus dem Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr⁺) zur aktuellen Situation der Substitutionsbehandlung und den Bedarfen hinsichtlich der Flexibilisierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BTMVV), aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie

Angesichts der sich zunehmend verschlechternden Lage für (illegal) Konsumierende muss das Angebot der Substitution dringend aufrecht erhalten bleiben, aktuell eher ausgeweitet, nicht eingefroren oder gar zurückgefahren werden. Hierzu gibt es bereits Empfehlungen z.B. der DG Suchtmedizin und der „Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland“, die darauf hinweisen, welche Flexibilität im Rahmen der aktuellen BTMVV möglich ist. Dort wo die BTMVV starr ist, muss derzeit über pragmatische Lösungen nachgedacht werden. Denn so gibt es derzeit in zahlreichen Regionen Deutschlands: KEINEN Zugang zu Entgiftungen, teilweise einen Aufnahmestopp von Substitutionspatient*innen oder/und einen besonders erschwerten Zugang zu Substitutionspraxen (aufgrund der Regelungen zur Kontaktmeidung/„social distancing“). Zusätzlich verfügen die Praxen kaum über die entsprechende Schutzausrüstung (Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel etc.). Aktuell sollte deshalb eine verstärkte Take-Home-Vergabe und Notfallversorgung (Z-Rezepte) erfolgen können. Sowohl Substitutionspraxen und –ambulanzen als auch die Psychosoziale Begleitung (PSB) müssen als „systemrelevant“ gelten, um die Versorgung der Patient*innen (u.a. auch durch wechselseitige Vertretungsregelungen/ Notfallpläne) aufrecht erhalten zu können.

Die Situation wird in der Praxis so eingeschätzt, dass Substitutionspraxen voraussichtlich schließen werden und nicht alle substituierten Patient*innen auf die verbleibenden Praxen verteilt werden können. Es ist erkennbar, dass schon jetzt mehr Menschen eine Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen wollen, darunter zahlreiche Nicht-Versicherte. Der (Schwarz)markt mit Medikamenten, Heroin etc. ist zum aktuellen Zeitpunkt fast vollständig zusammengebrochen, weshalb die Abhängigen entzückt werden. Dem gegenüber steht der Mangel an Entzugsplätzen in den Krankenhäusern aufgrund der vordringlichen Versorgung coronainfizierter/-erkrankter Menschen.

Deshalb ist es unabdingbar, einen **Notfall-Plan** für Substitutionsbehandlungen (zusätzlich zur Take-Home-Vergabe und Notfallversorgung mittels Z-Rezepten) mit allen Beteiligten (Gesundheitsämter, Kliniken, Praxen, Krankenkassen, Strafvollzug, Suchthilfe) zu entwickeln. Dabei sollte so unbürokratisch wie möglich gehandelt werden, um die dringend benötigten Ärzt*innen zur Durchführung zu gewinnen. Dies kann nur durch entsprechende Handlungssicherheit erzielt werden. Seitens der Leistungserbringer könnte ein Kurzkonzept (unter Wahrung von Standards der Substitution) erstellt werden, das der BTMVV entspricht und mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt werden (inkl. Anforderungen und Regeln). Unter Berücksichtigung des fachlichen Kenntnisstands/fachspezifischer Standards und ethischer Überzeugungen, sollte dieser Notfallplan zwei Aspekte einbeziehen:

1. Ermöglichung einer „Notfall-Substitution“ (z.B. in Praxen, auch in Unterkünften und in Einrichtungen, die Drogenkonsumräume haben)
2. „Sofort-Substitution“ (bei Bedarf/individuell, auch in Beratungsstellen oder Drogenkonsumräumen)

Bei einer niedrighschwelligem Notfall-Substitution muss ein „verantwortungsvolles Eindosieren“ durch eine*n Ärzt*in gewährleistet sein, auch bei der Sofort-Substitution ist die ärztliche Präsenz wichtig.

Die Eigenverantwortung des/der Patient*in muss dabei vorausgesetzt und dokumentiert werden. Außerdem wäre zu klären, wie bzw. ob eine Weiterbehandlung sichergestellt werden kann. Fallbezogen muss dann entschieden werden, ob eine Sofort-Substitution oder eine Notfall-Substitution erfolgen soll.

Beratungsstellen und/oder Drogenkonsumräume sollten dazu einbezogen werden. Insbesondere die Mitarbeitenden (Sozialarbeiter*innen/Pfleger*innen) in den Drogenkonsumräumen haben eine entsprechende langjährige Erfahrung mit der Beaufsichtigung von Klient*innen, die Drogen konsumieren, ohne die Zusammensetzung des „Stoffs“ und die Toleranz der Konsument*innen zu kennen und eigenständig Risiken einzuschätzen und unmittelbar zu handeln. Dieses Erfahrungswissen kann bei einer Aufrechterhaltung bzw. Ausweitung der Substitution in der aktuellen Situation genutzt werden. So könnten auch zusätzlich Kontaktstellen (abends/stundenweise) mit ärztlicher Anwesenheit öffnen und Substitution ermöglichen, bzw. mobile Lösungen gefunden werden. Der Personaleinsatz könnte im Sinne einer regionalen ggs. Vertretung geregelt werden.

Auch gibt es CMA-Einrichtungen, in denen substituiert wird. Aktuell werden die Akut-Krankenhäuser für Corona-Fälle freigemacht. Viele Krankenhäuser bereiten sich bereits darauf vor, komplette Pflgeteams in die „Corona-Bereiche“ zu verschieben.

Nachwachen aus CMA-Einrichtungen sind beispielsweise Krankenpfleger*innen, die bislang im Auftrag des/der Ärzt*in die Substitutionsvergabe durchführen. Sie bekommen (von ihren Hauptarbeitgeber*innen der umliegenden Krankenhäuser) nunmehr die Weisung, 60 Std./Woche zu arbeiten. Dann würden sie in den CMA-Einrichtungen nicht mehr als Nachtdienste zur Verfügung stehen (somit auch nicht zur Substitutvergabe). In der momentanen Lage erscheint es aussichtslos, medizinische Kräfte als Ersatz zu generieren. Daher wäre es sinnvoll, wenn auch nichtmedizinische, in der Suchthilfe erfahrene Fachkräfte, nach Schulung durch die Substitutionsärzt*innen die Vergabe durchführen könnten.

Hinsichtlich der BTMVV bedeutet dies eine Änderung von §5 Abs.7 i.V.m. Abs. 10 Satz 1 Nr. 3e:

§5 Abs. 7 iVm m. Abs. 10 Satz 1 Nr 3e Betäubungsmittelverordnung

(10) Substitutionsmittel nach Absatz 6 Satz 1 dürfen dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch nur überlassen werden von

1. dem substituierenden Arzt in der Einrichtung, in der er ärztlich tätig ist,
2. dem vom substituierenden Arzt in der Einrichtung nach Nummer 1 eingesetzten medizinischen Personal oder
3. [dem medizinischen, pharmazeutischen oder pflegerischen Personal in](#)
 - a) einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation,
 - b) einem Gesundheitsamt,
 - c) einem Alten- oder Pflegeheim,
 - d) einem Hospiz oder
 - e) [einer anderen geeigneten Einrichtung, die zu diesem Zweck von der zuständigen Landesbehörde anerkannt sein muss](#), sofern der substituierende Arzt nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig ist und er mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

Das sollte geändert werden in:

(10) Substitutionsmittel nach Absatz 6 Satz 1 dürfen dem Patienten zum unmittelbaren Verbrauch nur überlassen werden von

1. dem substituierenden Arzt in der Einrichtung, in der er ärztlich tätig ist,
2. dem vom substituierenden Arzt in der Einrichtung nach Nummer 1 eingesetzten medizinischen Personal oder
3. dem medizinischen, pharmazeutischen oder pflegerischen Personal in
 - a) einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation,
 - b) einem Gesundheitsamt,
 - c) einem Alten- oder Pflegeheim,
 - d) einem Hospiz oder
4. dem geschultem Personal in einer geeigneten Einrichtung, die zu diesem Zweck von der zuständigen Landesbehörde anerkannt sein muss, sofern der substituierende Arzt nicht selber in der jeweiligen Einrichtung tätig ist und er mit der jeweiligen Einrichtung eine Vereinbarung getroffen hat.

*Somit würde 3e zu 4 werden und von Ärzt*innen geschultes Fachpersonal dürfte die Vergabe der Substitution durchführen.*

§ 5 Abs. 10 regelt die anerkannten Vergabe-Einrichtungen, dazu gehören ebenfalls staatlich anerkannte „Einrichtung der Suchtkrankenhilfe“. Andere Einrichtungen müssten (lt. „Buchstabe e“) durch die zuständige Landesbehörde anerkannt oder grundsätzlich ergänzt werden bzw. müsste mit dem/der Ärzt*in eine „Vereinbarung“ bestehen, was im Rahmen einer Notfallplanung erfolgen kann.

Folgende Aspekte müssen im Notfallplan ebenfalls berücksichtigt werden:

- Aussetzen der Begrenzung der Substitutionsplätze für Praxen und Ambulanzen
- Zentrale Clearingstelle Stadt/Landkreise für Substitutionsanfragen
- Unkomplizierte Regelungen für Neuaufnahmen über genehmigte Plätze hinaus - mit schneller Take-Home-Regelung
- Keine finanziellen Einbußen für Ärzte bei Take-Home
- Sicherstellung der nahtlosen Substitution nach Haftentlassung (Keine Haftentlassung in Obdachlosigkeit)
- Abgabe in Apotheken
- Ansubstitution und Medikamentenmitgabe für 1-2 Wochen bei Haftentlassung
- Versorgung aller Beteiligten mit Schutz- und Hygienematerial

Gerade in der aktuellen Zeit weisen die Klient*innen einen erhöhten bzw. zusätzlichen Beratungsbedarf auf, dem die Psychosoziale Begleitung (PSB) kompetent begegnen kann. Deshalb ist auch diese Versorgung dringend aufrecht zu erhalten. Sie leistet einen entscheidenden Beitrag für die psychosoziale Stabilisierung der Betroffenen und damit die Grundlage für die Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung.

Insbesondere in Bezug auf die verstärkte „Take-Home-Vergabe“ ist es dem **fdr+** besonders wichtig, für die, im Haushalt der Substituierenden Patient*innen lebenden, Kinder zu sensibilisieren. Deshalb darf es (ressourcen- und kapazitätenbedingt) nicht unterlassen werden, insbesondere auf die sichere Verwahrung des Substituts hinzuweisen!



Friederike Neugebauer, Geschäftsführerin