

Opiatabhängigkeit: Größerer Therapiespielraum für Ärzte

Mit der seit Herbst 2017 geltenden Richtlinie der Bundesärztekammer ist die manifeste Opioid-Abhängigkeit alleinige Voraussetzung für die Indikation zur substituionsgestützten Behandlung.

von Peter Arbter

Seit vergangenem Herbst gelten die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß § 5 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Allgemein werden die neuen Regularien der BtMVV und der darauf fußenden Richtlinie der Bundesärztekammer als Paradigmenwechsel gesehen. In einigen Details mag dies stimmen. Einige wünschenswerte Änderungen wurden jedoch nicht vollzogen. Aber selbst einige der in der Richtlinie formulierten Änderungen haben für die allgemeine Versorgung zunächst keine Bedeutung, weil die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (ehemals BUB-Richtlinie) noch nicht entsprechend angepasst wurde. Damit bleiben die alten vertragsärztlichen Regularien zunächst bestehen. Eine Überarbeitung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist für das laufende Jahr vorgesehen.

Indikation ist weiter gefasst

Die Indikation zur Substitution wird in der neuen Richtlinie weiter gefasst. War bisher, neben der Opiatabhängigkeit, eine zumindest langfristige Abstinenzabsicht, eine schwere begleitende Erkrankung oder eine Schwangerschaft für die Begründung erforderlich, so ist die manifeste Opioid-Abhängigkeit jetzt die alleinige Voraussetzung. Die Liste der Therapieziele der Substitution ist erweitert worden. Beispielsweise stellt die Reduktion von Straffälligkeit jetzt ein akzeptiertes Therapieziel dar. Eine Hierarchie der Ziele gibt es nicht mehr.

Grundsätzlich hat der Verordnungsgeber seinen Rahmen in der Verordnung weiter gesteckt und deutlich mehr Details dem Stand der medizinischen Wissenschaft überlassen. Dieser wird mit der Richtlinie definiert. Die Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn der Arzt sich an die Vorgaben der Richtlinie hält. Ein Abweichen von der Richtlinie muss jedoch besonders dokumentiert und fundiert begründet werden. In diesem Zusammenhang wird in der Richtlinie noch einmal die Bedeutung der Beratungskommission bei der jeweiligen Ärztekammer hervorgehoben.

Innerhalb der Richtlinie wird dem einzelnen substituierenden Arzt mehr Entscheidungsspielraum eingeräumt, gleichzeitig ist damit im Allgemeinen mehr Verantwortung und im Besonderen eine stärkere Verpflichtung zur Dokumentation verbunden. Der Nutzen einer Substitutionsbehandlung soll gegen die Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums abgewogen werden. Es werden das Risiko beim Wechsel von Therapieeinrichtungen (JVA zu Arztpraxis, Krankenhaus zu Reha usw.) und die Gefahr von Therapieabbrüchen hervorgehoben. Das Risiko von Beigebrauch muss vom Arzt gegen das Risiko eines Substitutionsendes abgewogen werden.

Es gibt keine Voraussetzungen für die Dauer der Abhängigkeit oder ein Mindestalter für die Substitution. Bei jungen Abhängigen und bei erst kurzfristig Abhängigen muss der Arzt besonders sorgfältig in der Indikationsstellung und während der Therapie sein. Gerade in diesem Kontext (Patient unter 18 Jahren und manifeste Abhängigkeit weniger als zwei Jahre) bleiben allerdings die bisherigen vertragsärztlichen Regelungen noch bestehen.

Bei der Verschreibung des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take Home-Verschreibung“) bleibt es bei einer grundsätzlichen Maximalfrist von sieben Tagen. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, dass es mittlerweile eine Abrechnungsziffer im EBM für die Take Home-Vergabe gibt.

Unterhalb dieser prinzipiellen Sieben-Tage-Regelung gibt es weiterhin für noch nicht stabile Patienten, falls die Fortführung der Substitution nicht anderweitig gesichert werden kann, im Ausnahmefall eine Take Home-Vergabe über zwei Tage.

Take Home-Vergabe flexibler

Diese wurde kalendarisch dahingehend so ausgelegt, dass bei entsprechender Lage von Feiertagen diese zwei Tage bis auf zu fünf Tage ausgedehnt werden können. Die größte Erweiterung findet für eine 30-Tage-Vergabe statt, die bisher nur mit der Begründung einer Auslandsreise und nur einmal im Jahr möglich war. Sie kann nun auch durch andere Abwesenheiten (z. B. Inlandsreisen, Montagetätigkeit) begründet werden. Diese 30 Tage Take Home-Vergabe soll allerdings weiterhin eine Ausnahme bleiben und der Grund dafür muss seitens des Patienten begründet und belegt werden. Die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Take Home-Vergabe bezüglich der Stabilität des Patienten und der erforderlichen Sicherheit zum Beispiel für im Haushalt lebende Kinder haben sich nicht verändert.

Grundsätzlich sollen substituierende Ärzte weiterhin die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ absolviert haben. Darin nicht qualifizierte Ärzte dürfen mittlerweile aber bis zu zehn Patienten unter Beteiligung eines suchtmedizinisch qualifizierten Konsiliararztes behandeln. Dieser Rahmen wurde mittlerweile mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein konsentiert.

Im letzten Kapitel der Richtlinie werden die Dokumentationsanforderungen für die substituionsgestützte Behandlung aufgelistet. Diese Liste fällt erheblich länger aus als in der alten Richtlinie und geht auf den größer gewordenen Entscheidungsspielraum und die darin enthaltene ärztliche Verantwortung zurück.

Die Ärztekammer Nordrhein hat 2004 eine Beratungskommission für die substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger eingerichtet. Ärzte können dort Rat einholen oder eine Zweitmeinung einholen. Die Hotline der Beratungskommission ist montags bis freitags 9:30 Uhr bis 15:30 Uhr unter der Telefonnummer 0211 4302-2213 erreichbar. **RA**

Dr. med. Peter Arbter ist in Krefeld niedergelassener Allgemeinmediziner mit der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung.