

Antrag

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Britta Haßelmann, Ingrid Hönlinger, Lisa Paus, Brigitte Pothmer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Substitutionsbehandlung hat sich zu einer erfolgreichen Behandlungsform opiatabhängiger Patientinnen und Patienten entwickelt. Mittlerweile sind mehr als 76 200 Menschen in Behandlung (Stand: 2011). Drogentodeszahlen und HIV-Infektionsraten bei Opiatabhängigen konnten durch diese Behandlungsform deutlich reduziert werden.

Der bestehende Rechtsrahmen der Substitutionsbehandlung, insbesondere die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), erweist sich zunehmend als hinderlich, um die gesundheitliche Versorgung von Opiatabhängigen sicherzustellen. Dies führt nicht nur zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität, es werden überdies auch die Ärztinnen und Ärzte abgeschreckt, die Substitutionsbehandlung anzubieten. So gibt es zwar eine hinreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit einer entsprechenden suchtmmedizinischen Zusatzqualifikation. Trotz einer seit Jahren ansteigenden Zahl von Patientinnen und Patienten stagniert jedoch die Zahl tatsächlich substituierender Ärztinnen und Ärzte.

Anders als etwa in vergleichbaren europäischen Ländern (z. B. England, Belgien, Frankreich, Schweiz) werden Ärztinnen und Ärzten in Deutschland unter anderem die Indikation und Kontraindikation der Behandlung, die Art der Medikation, die Dosierung, die Applikation, die Behandlungs- und Verschreibungsfrequenz, die Art der Begleitbehandlung, der Behandlungsabbruch bei Non-Compliance und sogar das Behandlungsziel in der BtMVV vorgegeben. Es ist ihnen überdies untersagt, das Medikament selbst langjährig stabilen Patientinnen und Patienten für einen bestimmten Zeitraum mitzugeben.

Bei keiner anderen Erkrankung greift der deutsche Gesetz- bzw. Verordnungsgeber derartig weitreichend in die ärztliche Therapiefreiheit ein. Diese Bestimmungen entsprechen auch nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft (vgl. Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages). Zudem ist das in der BtMVV enthaltene Abstinenzgebot realitätsfremd – nur ein kleiner Teil der Opiatabhängigen erreicht überhaupt jemals die Betäubungsmittelabstinenz. Weder von den Ärztinnen und Ärzten noch von den Patientinnen und Patienten wird es als sinnvolles Behandlungsziel angesehen (vgl. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Heft 5/2011, S. 256). Vor diesem Hintergrund haben etwa die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V., die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. sowie akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane

Drogenpolitik im September 2012 umfassende Änderungsvorschläge zur Reform der BtMVV vorgelegt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf vorzulegen, nach dem die derzeit in der BtMVV enthaltenen Vorgaben insbesondere zum Behandlungsziel, zur Dosierung und Art der Medikation, zur Mitgabe des Medikaments oder dessen Verschreibung sowie zur psychosozialen Begleitbehandlung – soweit jeweils medizinisch geboten – zukünftig durch eine dem aktuellen Stand der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft entsprechende Behandlungsrichtlinie der Bundesärztekammer geregelt werden;
2. bei den Ländern auf ein bedarfsgerechtes Angebot der Substitutionsbehandlung im Strafvollzug hinzuwirken;
3. in der Substitutionsbehandlung auf bedarfsgerechte, kooperative und sich an anderen schweren chronischen Erkrankungen orientierende Versorgungsstrukturen hinzuwirken.

Berlin, den 23. April 2013

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Begründung

Zu Nummer 1

Die PREMOS-Studie (vgl. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Heft 5/2011, S. 199 ff.) zeigt, dass die derzeitige Vorgabe der BtMVV zur Betäubungsmittelabstinenz für die meisten Patientinnen und Patienten überhaupt nicht erreichbar ist. Durch eine forcierte Abstinenzorientierung steigt überdies das Mortalitätsrisiko für die Patientinnen und Patienten und es kommt in erheblich stärkerem Maße zu Behandlungsabbrüchen bzw. Behandlungsunterbrechungen. In der PREMOS-Studie heißt es dazu: „Die Risiken einer sehr langfristigen bzw. lebenslangen Substitution sind geringer als ständige Rückfälle mit dem Risiko einer weiteren Progression des Krankheitsbildes“ (Wittchen et al.: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Heft 5/2011, S. 292). Vor diesem Hintergrund ist insbesondere § 5 Absatz 1 Nummer 1 BtMVV kritisch zu hinterfragen. Des Weiteren sollte den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eingeräumt werden, stabilisierten und sozial integrierten Patientinnen und Patienten, bei denen keine medizinischen oder gesundheitlichen Ausschlussgründe dem entgegenstehen und bei denen eine Kindeswohlgefährdung ausgeschlossen ist, die eigenverantwortliche Einnahme des Substituts für einen bestimmten Zeitraum zu erlauben.

Vorgaben insbesondere zum Behandlungsziel, zur Dosierung und Art der Medikation, zur Mitgabe des Medikaments oder dessen Verschreibung sowie zur psychosozialen Begleitbehandlung gehören nicht in eine strafrechtliche Regelung.

Zu Nummer 2

Jede und jeder Gefangene hat während der Inhaftierung einen Anspruch auf eine angemessene, den üblichen Standards entsprechende gesundheitliche Versorgung. Dennoch zeigen Untersuchungen, dass die Substitutionsbehandlung in Haft derzeit nur eingeschränkt angeboten wird. So befanden sich im Jahr 2007

nur 500 bis 700 der etwa 16 000 bis 22 000 inhaftierten Opioidkonsumentinnen bzw. -konsumenten in einer Substitutionsbehandlung (Hönekopp, Stöver: Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung, Freiburg 2011). Dabei gibt es überdies erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Zu Nummer 3

Die Opiat- bzw. Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Erkrankung, die häufig lebenslang einen individuell hochspezialisierten Behandlungsbedarf auslöst. Die PREMOS-Studie hat gezeigt, dass diesem Bedarf bei der Mehrzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht entsprochen wird (vgl. Wittchen et al.: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Heft 5/2011, S. 289). Vor diesem Hintergrund empfiehlt die genannte Studie insbesondere die Angleichung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte in der Substitutionsbehandlung an die Prinzipien chronischer Erkrankungen sowie ein Modellprogramm zur Erprobung von Kooperationsmodellen zwischen den Substitutionsstellen, der psychosozialen Behandlung sowie Psychotherapeuten und Psychiatern. Darüber hinaus ist die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für die langfristige Substitutionsbehandlung bzw. von Qualitätsstandards für die psychosoziale Behandlung notwendig.

