

Suchtmedizin ambulant

Suchtkrankheit ist definiert als schwere chronische Erkrankung. Somit hat jeder Suchtkranke Anspruch auf die nach dem derzeitigen Wissensstand beste Behandlung. In Bayern werden derzeit 8.555 Patienten substituiert, hinzu kommt eine Dunkelziffer von Selbstzahlern. 303 Ärzte substituieren, zirka 410 haben die Genehmigung in Bayern.

Die Säulen der Substitutionsbehandlung sind:

- » Sicherung des Überlebens.
- » Stabilisierung der Gesundheit.
- » Reduzierung des Beigebrauchs.
- » Teilhaben am Arbeitsleben (Resozialisierung).
- » Fernziel Abstinenz.

Ballungszentren – Region

Die Versorgung des schwierigen Klientels ist in Ballungszentren gut strukturiert, wir haben Schwerpunktpraxen mit bis zu 200 Patienten und viele hausärztliche Praxen, in denen zirka 20 bis 50 Patienten betreut werden. Auch das Netz der Psychosozialen Betreuung (PSB) ist zufrieden stellend aufgebaut.

Anders schaut es in der Region aus. Hier besteht eine gravierende Unterversorgung, auf deren Ursache ich eingehen möchte.

1. Die tägliche Vergabe in den Landpraxen ist kaum durchführbar.
2. Betäubungsmittelgesetz (BtMG), Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) und stringente Überwachung einzelner Gesundheitsämter bewirken Angst der Landärzte vor dieser schwierigen Aufgabe. Es standen schon mehrere Kollegen vor Gericht, zum Teil wurden sie wegen des Verstoßes gegen das BtMG zu Geldstrafen verurteilt, es wurde aber auch schon die Ap- probation entzogen.
3. Die Bezahlung für die Betreuung dieses schwierigen Klientels ist indiskutabel.
4. Daraus reduziert ein Nachwuchsmangel, die älteren Kollegen gehen in den Ruhestand, andere beenden aus Angst vor der Justiz die Substitutionsbehandlung.

Lösungsvorschläge

1. Das BtMG sowie die Richtlinien der BÄK müssen geändert werden, die Substitutionsbehandlung muss erleichtert werden. Es lohnt sich ein Blick in die Richtlinien der Schweiz und Österreich, dort sind die Take-home-Vergabe sowie die Wochenendvergabe vom Gesetzgeber erleichtert.
2. Die Wochenendvergabe, die hier nur über ein Betäubungsmittel-Rezept am Freitag und Ausgabe des Substitutionsmittels am Samstag in der Apotheke durchgeführt werden kann, muss geändert werden. Es macht keinen Unterschied, ob der behandelnde Arzt zwei gekennzeichnete Flaschen mit Substitutionsmittel für das Wochenende abgibt oder dies vom Apotheker abgegeben wird, hier steht das Dispensierrecht im Wege.
3. Take-home-Vergabe sollte auch bei niedrigem Beikonsum erlaubt sein, dies muss in der Kompetenz des Arztes liegen.
4. Die Justizbehörden, die Apotheken und die Gesundheitsämter müssen mit ins Boot geholt werden, so wie das am runden Tisch in der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) bereits geschieht. Hier wird Verständnis entwickelt.
5. Institutsambulanzen müssen mit einbezogen werden, derzeit substituieren nur acht von 22 Ambulanzen.
6. Ermächtigungen für Kliniken (Bezirkskrankenhäuser) müssen erleichtert werden, es müsste mindestens ein Arzt die Zusatzbezeichnung erwerben, am Wochenende wäre es über eine Delegation möglich.
7. Es sollte eine Ermächtigung für den Bereitschaftsdienst am Wochenende möglich sein, verantwortlich bleibt jedoch der behandelnde Substitutionsarzt.
8. Es sollte ein Kolloquium für Amtsärzte, Justiz, Justizvollzugsanstalts-Ärzte, Bereitschaftsdienstärzte und Apotheker angeboten werden, dieses könnte von Bayerischer Landesärztekammer und BAS gemeinsam strukturiert werden.
9. Im EBM müssen neue Ziffern für die Gesprächsleistungen und für die „Take-home-Regelung“ eingebaut werden, so wie das in anderen Bundesländern bereits der Fall ist. Die Honorierung von 3,68 Euro für die Abgabe des Substitutes plus Gesprächsleistung plus Ausstellen eines Betäubungsmittel-Rezeptes, gegebenenfalls Urinkontrolle ist unakzeptabel. Seit 2007 führen

wir mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns Verhandlungen ohne jeden Erfolg.

10. Die PSB muss inhaltlich neu überdacht werden, im Vordergrund steht die Resozialisierung, es ist aber in vielen Fällen eine psychiatrische Mitbehandlung notwendig, die von den Sozialpädagogen der PSB nicht angeboten werden kann.
11. Kinderpsychologen müssen sich um die Kinder suchtkranker Eltern kümmern.

Paradigmenwechsel

Es hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Noch vor 20 Jahren glaubte man, innerhalb einem oder maximal zwei Jahren könne eine Abstinenz erreicht werden. Dies hat sich durch viele Studien (zuletzt Premus-Studie, veröffentlicht in Ausgabe 13 der Fachzeitschrift *Sucht/Medizin*) als Irrglaube erwiesen. Weniger als zehn Prozent werden abstinent, auch der Versuch einer stationären Entgiftung mit anschließender Langzeittherapie hat sich nicht als Königsweg heraus kristallisiert, die meisten Patienten werden wenige Tage bis Wochen nach der Therapie rückfällig. Es hat sich somit eine vollständig neue Betrachtungsweise ergeben, handelt sich doch um eine schwere chronische Erkrankung, der die Ärzteschaft gerecht werden muss. Betrachtet man die Todesfälle der Suchtpatienten, so dokumentieren die gerichtsmedizinischen Untersuchungen eindeutig, dass es sich in den meisten Fällen um polytoxikomane nicht substituierte Patienten gehandelt hat. Eine substitutionsgestützte Behandlung mit hochmotivierten Ärzten kann zu einer Stabilisierung der Gesundheit, einer Resozialisierung führen. Wobei nur eine gesellschaftliche Akzeptanz sowie eine Auflockerung der Richtlinien bei dieser chronischen Erkrankung erfolgversprechend sind.

Autor



*Dr. Hannes Rabe,
Internist/Hausarzt,
Schellingstraße
33, 80799 München,
Telefon 089
280690, Fax 089
28879107, E-Mail:
h-rabe@t-online.de
Internet:
www.doktorrabe.de*