



**Bayerische Akademie  
für Sucht- und  
Gesundheitsfragen**  
BAS Unternehmungsgesellschaft  
(haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62  
80336 München  
Tel.: 089.530 730-0  
Fax: 089.530 730-19  
E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

**Registergericht München:**  
HRB 181761

**Geschäftsführung:**  
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft AG  
Kto.-Nr. 88 72 600  
BLZ 700 205 00

**Gesellschafter:**  
Bayerische Akademie für Suchtfragen  
in Forschung und Praxis BAS e.V.

## **Dokumentation der 27. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**„Substitution mit Qualität und Struktur –  
Aktuelle Fragestellungen, Verbesserungsmöglichkeiten  
und Zeit für Ihre Fragen“**

**20. März 2013 in München**

## Ablauf der Tagung

Am 20. März 2013 fand im Hansa-Haus in München die 27. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit rund 65 Teilnehmern statt. Verschiedene Selbsthilfegruppen aus dem Alkoholbereich wurden über das Selbsthilfezentrum eingeladen, ihre Arbeit im Rahmen von Ausstellerständen zu präsentieren. Folgende Vorträge wurden angeboten:

09:30	Begrüßung und kurze Vorstellung des Programms	<b>Christiane Fahrmbacher-Lutz</b> , Vorstand BAS e.V., München
09:45	<b>Substitution und Recht</b>	<b>Reinhild Anna Bandel</b> Rechtsanwältin, Deggendorf
10:15	<b>Qualität in der Substitution von Anfang an</b>	<b>Josef Haberl</b> , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Methadonambulanz BKH Augsburg
11:00	<i>Interdisziplinärer Austausch mit Kaffeepause</i>	
11:30	<b>Umgang mit Rückfall und Beigebrauch in der Substitutionsbehandlung</b>	<b>Dipl.-Psych. Edith Kaminsky</b> Psychotherapeutin, Augsburg
12:15	<b>Kooperation zwischen den Berufsgruppen</b> Arzt und Apotheker – u.a. Vereinbarungen zum Sichtbezug in der Apotheke Beratungsstelle und Arzt – Best Practice-Beispiel	<b>Christiane Fahrmbacher-Lutz</b> , Apothekerin, Vorstand BAS e.V., München <b>Uwe Schmidt, Peter Bannert</b> , Drogenhilfe Schwaben
12:45	<i>Mittagspause</i>	
14:00	<b>Workshops</b>	
	<u>Workshop 1</u> <b>Substitution und ambulante Rehabilitation</b> Ganztäglich Ambulante Rehabilitation unter ausschleichender Substitution – ein neuer Ansatz in Bayern	<b>Dipl.-Psych. Jürgen Glatting</b> , Leitung Tagesklinik Condrops e.V., München <b>Dipl.-Soz.Päd. Wolfgang Eichinger</b> , Leitung Ambulantes Zentrum Augsburg, Condrops e.V. <b>Richard Kamm</b> , Facharzt für Allgemeinmedizin
	<u>Workshop 2</u> <b>Umsetzung gesetzlicher Vorschriften in der Praxis und richtiges Verhalten bei Ermittlungen</b>	<b>Reinhild Anna Bandel</b> , Rechtsanwältin, Deggendorf
16:00	Forum mit Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Workshops	
16:30	Ende der Veranstaltung	

## Begrüßung

Frau Christiane Fahrmbacher-Lutz begrüßte die Teilnehmer<sup>1</sup> zur 27. Netzwerktagung und erläuterte kurz, wieso die BAS sich im Rahmen der aktuellen Veranstaltung schwerpunktmäßig dem Thema Substitution aus den verschiedensten Blickwinkeln widmet.

Um die Versorgung Opiatabhängiger in Bayern zu unterstützen, wurden in den vergangenen Monaten mehrere Initiativen gestartet. Die wichtigste davon ist der Runde Tisch „*Rahmenbedingungen der Substitution*“ des StMUG, der unter Beteiligung sämtlicher Expertengruppen die Verbesserung dieser Rahmenbedingungen zum Ziel hat und ministeriumsübergreifend alle Aspekte der Substitution behandelt. Eines der Ziele ist eine einheitliche BtM-Überwachung in Bayern, wobei die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) beratend (statt ausschließlich überwachend) tätig werden sollen. Die Überwachung der ärztlich-therapeutischen Maßnahmen soll in Zukunft durch die Bayerische Landesärztekammer erfolgen. Ebenso ist geplant, eine Checkliste für die Überwachung der Substitution durch den ÖGD zu erarbeiten, nach der dann alle Überwachungsbehörden einheitlich vorgehen sollen. Diese Checkliste soll auch den Ärzten zur Selbstüberprüfung zur Verfügung gestellt werden.

Die BAS ist in sämtlichen Gesprächen und Arbeitskreisen vertreten und hat beispielsweise ein ausführliches Papier zur Strukturanalyse der Versorgung erarbeitet, das bestehende Probleme benennt und Lösungsvorschläge aufzeigt. Weiterhin hat die BAS ein Papier zur Bewertung gefährlichen Beigebrauchs in der Substitution vorgelegt, das als Grundlage bei der Überprüfung durch die Überwachungsbehörden (Öffentlicher Gesundheitsdienst, ÖGD) dienen könnte.

## Substitution und Recht

Frau Reinhild Anna Bandel, Rechtsanwältin aus Deggendorf, erläuterte in ihrem Vortrag, inwieweit Therapiefreiheit und Ermessenspielraum in der Substitutionsbehandlung durch die zu beachtenden Rechtsgrundlagen eingeschränkt sind. So sind neben Gesetzen und Verordnungen auch Durchführungsbestimmungen zu beachten.

### Staatliche Gesetze und Verordnungen

- Betäubungsmittelgesetz BtMG
- Arzneimittelgesetz AMG
- Betäubungsmittelverschreibungsverordnung BtMVV

### Durchführungsbestimmungen

- alle Ärzte
  - Richtlinie der Bundesärztekammer (Rili BÄK Std. 19.2.2010)
  - Richtlinie des Bundesinstituts für Arzneimittel...BfArM (Rili BfArM Std. 1.1.2007)
- GKV-Patienten/Vertragsärzte
  - Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Rili GbA Std. 24.11.2011)

### **Betäubungsmittelgesetz**

Grundsätzlich gilt beim Verkehr mit Betäubungsmitteln:

*Was nicht erlaubt ist, ist verboten!* Verstöße sind strafbar nach §29 Abs. 1 BtMG:

Bestraft wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe, wer

- BtM abgibt
- entgegen § 13 (1) BtMG BtM verschreibt, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlässt

<sup>1</sup> Soweit in dieser Dokumentation bei der Bezeichnung von Personen ausschließlich die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

- einer Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Strafvorschrift verweist.

In § 13 (1) BtMG findet sich die Erlaubnis zum „Verschreiben, Verabreichen, Überlassen“:

So dürfen die in *Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel* nur von *Ärzten ...* und nur dann *verschrieben* oder im Rahmen ... der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit *verabreicht* oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch... *überlassen* werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen ... Körper *begründet* ist. Die Anwendung ist insbesondere dann *nicht begründet*, wenn der *beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann*. Die in Anlagen I und II bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch ... überlassen werden.

Aus diesen Grundlagen leiten sich die ersten Tabus für einen substituierenden Arzt ab

### Tabus für Substitutionsbehandlung (1)

- *andere BtM als in Anlage III im BtMG*  
→ bedeutet aber nicht, dass mit allen BtMG der Anlage III substituiert werden darf  
→ z.B. auch Kokain in Anlage III enthalten, darf aber nicht zur Substitution verordnet werden
- *kein Arzt*
- *Überlassung BtM zur eigenverantwortlichen Einnahme (Mitgabe)*  
→ außer Codein und Dihydrocodein § 5 (6) BtMVV
- *Therapiealternative* wurde nicht geprüft (BtM nur als „ultima ratio“ ordnungsfähig)  
→ Rechtssprechung: keine Eingangsuntersuchung
- *Rechtssprechung „unbegründete Substitution“* bei Verstoß gegen ärztliche Sorgfaltspflichten

### Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

Weitere ärztliche Sorgfaltspflichten sind durch die BtMVV geregelt, wie z.B. Grundsätze zu Zubereitungen (§ 1), Höchstmengen bei Verschreibungen durch einen Arzt (§ 2), Verschreiben zur Substitution (§ 5) oder in den §§ 16 und 17 Straftaten bzw. Ordnungswidrigkeiten.

So ist im § 16 (1) BtMVV nachzulesen:

Nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 des Betäubungsmittelgesetzes wird bestraft, wer

1. entgegen § 1 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2, ein Betäubungsmittel *nicht als Zubereitung* verschreibt,

2. a) entgegen § 2 Abs. 1 oder 2 Satz 1, § 3 Abs. 1 oder § 5 Abs. 1 oder Abs. 4 Satz 2 für einen Patienten,

*andere* als die dort bezeichneten Betäubungsmittel oder innerhalb von 30 Tagen *mehr als ein Betäubungsmittel*, im Falle des § 2 Abs. 1 Buchstabe a *mehr als zwei Betäubungsmittel, über die festgesetzte Höchstmenge hinaus* oder unter *Nichteinhaltung der vorgegebenen Bestimmungszwecke* oder *sonstiger Beschränkungen* verschreibt,

Daraus ergeben sich weitere **Tabus für die Substitutionsbehandlung (2)**

- *nicht als Zubereitung* § 1 Abs. 1 BtMVV
- *andere BtM* als die in § 2 Abs. 1 BtMVV bezeichneten
- innerhalb von 30 Tagen  
*mehr als ein BtM* des § 2 Abs. 1 Buchstabe b BtMVV  
*mehr als zwei BtM* des § 2 Abs. 1 Buchstabe a BtMVV
- *über die in § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 S. 1 BtMVV festgesetzten Höchstmengen hinaus*
- *Nichteinhaltung der in § 5 Abs. 1 BtMVV vorgegebenen Bestimmungszwecke* (Ziel BtM-Abstinenz)
- *Verschreibung nicht zur Substitution zugelassener BtM* § 5 Abs. 4 S. 2 BtMVV

Nach § 17 BtMVV handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder leichtfertig folgende Verstöße begeht:

- Nr. 1 keine/unrichtige Substitutionsbescheinigung/Meldung zum Substitutionsregister/BtM Rezepte
- Nr. 2 Dokumentationsfehler
- Nr. 3 ungültige BtM-Rezepte
- Nr. 4 Übertragung von BtM-Rezepten, keine Rückgabe
- Nr. 5 keine Sicherung von BtM Rezepten/keine Verlustmeldung
- Nr. 6 fehlerhafte Aufbewahrung von BtM-Rezepten
- Nr. 10 fehlende Qualifikation/Vertretung ohne Abstimmung mit dem Konsiliarius

Nach der Rechtssprechung können sonstige Verstöße (z.B. im Zusammenhang mit Beikonsum oder Take home-Verordnungen) gegen Vorgaben im Rahmen der Substitutionsbehandlung nach der BtMVV Ausdruck einer unsorgfältigen Substitution und damit unbegründeten Behandlung nach § 13 (1) BtMG sein ... auch wenn jeder einzelne Verstoß nicht einmal eine Ordnungswidrigkeit darstellt.

In diesem Kontext sind weitere **Tabus für die Substitutionsbehandlung (3)** zusammengefasst

#### **Beikonsum:**

*RSP: Unterlassung von Beikonsumkontrollen*

*RSP: 3-malige Duldung von Beikonsum im Sinne einer konsequenzenlosen Duldung*

→ ist erhebliche Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht und macht Substitution unbegründet => strafbar

#### **Take home:**

*RSP: kein Take home von Anfang an*

*RSP: kein Take home bei Beikonsum*

→ außer max. 2 Tagesrationen wöchentlich bei gefährdeter Kontinuität der Behandlung

#### **Fazit**

Eine gesetzes- und richtliniengetreue Substitution ist machbar. Im Zweifel sollte besonders gründlich dokumentiert werden. Risiken können auf die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) verlagert werden, indem in Zweifelsfällen die Qualitätssicherungs-Kommissionen (schriftlich) befragt werden.

... dann fällt die Verteidigung im Falle der Einleitung eines Strafverfahrens leichter!

#### **Qualität in der Substitution von Anfang an**

Herr Josef Haberl, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Augsburg, berichtete über die Arbeitsweise der dortigen Methadonambulanz (Innenstadt). Er bot an, dass Formulare zur Dokumentation der Substitutionsbehandlung bei Interesse bei ihm angefordert werden könnten ([josef.haberl@bkh-augsburg.de](mailto:josef.haberl@bkh-augsburg.de)).

Die Fachambulanz ist mit verschiedenen Institutionen vernetzt. Beispiele dafür sind Haus- und Fachärzte, Stationen und die Tagklinik des BKH Augsburg, Apotheken, die Drogenhilfe Schwaben mit ihren verschiedenen Angeboten, Therapieanbieter, Sozialdienst zur häuslichen Pflege für komorbide, ältere Patienten oder auch Bewährungshilfe, Jugendamt und Familienhilfe, Tagesstätten der örtlichen Wohlfahrtsträger sowie Qualitätszirkel. Angefangen hat die Ambulanz 1998 mit einem Team aus vier Mitarbeitern und 20 Behandlungsplätzen. Mittlerweile gibt es 260 Behandlungsplätze, für die drei Arzthelferinnen, neun Krankenpflegekräfte sowie fünf Ärzte tätig sind. Die Vergabe erfolgt täglich von 7:00-11:00 Uhr, wobei für Berufstätige individuelle Zeiten vereinbart werden können. Für Nichtberufstätige dienen diese Ausgabezeiten zur Tagesstrukturierung, wobei im Rahmen der Vergabe unter Sicht ein kurzer Informationsaustausch bei gleichzeitiger Kontrolle, ob das Substitut auch ordnungsgemäß eingenommen wurde, möglich ist.

## Dokumentation der Behandlung

Zur Behandlungsdokumentation zählen neben Anamnesebogen, (Ganz-) Körperstatus (Venenkontrolle am besten als Fotodokumentation), Behandlungsplanung, Monatsplan, Take home-Vereinbarung sowie als Kernstück ein *Behandlungsvertrag*. Dieser enthält folgende Punkte, die für die Patienten verbindlich sind:

- Indikation und Abwägen von Alternativen
- Zeitrahmen und Behandlungsziele
- Wahl des Substituts und Aufklärung über unerwünschte Wirkungen, Warnung vor Mischintoxikationen
- Unter-Sicht-Vergabe: Zeitfenster, Fehltage
- Kontrollen: z.B. Atemalkohol, Urin, Venen
- Organisation der Psychosozialen Beratung (PSB)
- Hausordnung

So wird beispielsweise mit dem Patienten vereinbart, dass er oder eine Bezugsperson an Fehltagen über das Handy erreichbar sein muss.

## Take home-Verordnung

Die Aussicht auf eine Take home-Verordnung kann die Patienten motivieren, so dass sie sich diese erst „verdienen“ müssen. Folgende Kriterien regeln eine solche Verordnung:

- Komorbidität → muss behandelt sein
- Behandlungsbereitschaft
- Struktur → Was lebt der Patient für einen Alltag?
- Offenheit → Vorlegen von Gehaltsabrechnungen
- Drogenfreies Umfeld → Wo landet das Substitutionsmittel? Wie wird es aufbewahrt?

Der Patient ist für den sicheren Umgang mit dem Substitut verantwortlich, organisiert selbständig den wöchentlichen Arztkontakt und die Gruppenteilnahme. Zur Qualitätssicherung werden Take home-Patienten gelegentlich von Ambulanzmitarbeitern angerufen und gebeten, mit den noch nicht eingenommenen Einzeldosen in die Ambulanz zu kommen. Bei diesem Vorgehen zeigte sich, dass die Patienten mitunter äußerst schwer erreichbar waren.

## Psychische Komorbidität

60% der Patienten sind mehrfach abhängig, davon 35% mit episodischem Konsum von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Pregablin, trizyklischen Antidepressiva oder wahllosem Gebrauch sowie 19% mit Cannabis- und 17% mit Alkoholabhängigkeit. Über die Hälfte der Patienten (52%) weist eine Persönlichkeitsstörung auf. Lediglich 16% der Patienten sind ohne spezifische Doppeldiagnose.

## Gruppen

Für die Patienten ist die Teilnahme an Gruppen unbedingt empfehlenswert, da dort soziales Lernen stattfindet. Im Rahmen eines Sicherheitstrainings erlernen die Patienten beispielsweise, Hinweise („rote und grüne Signale“) zu deuten, die ihren gegenwärtigen Zustand widerspiegeln. So stellen sozialer Rückzug, Lügen, unzureichender Schlaf oder Ernährung, Beteiligung an Schlägereien sowie destruktives Verhalten oder auch zu viel freie Zeit Warnzeichen für eine Zustandsverschlechterung dar. Wenn der Patient dagegen gut für seinen Körper sorgt, seinen Tagesablauf strukturiert, gut mit anderen auskommt, ehrlich ist und Zeit mit unterstützenden Menschen verbringt sowie auch selber das Gefühl hat voranzukommen, ist er auf einem guten Weg.

## Zusammenfassung

Die Rahmenbedingungen für die substitutionsgestützte Behandlung bieten ausreichende Voraussetzungen, um den Betroffenen auf dem Boden eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses zu begleiten.

Die individuelle Verlaufsdynamik und die lokalen Gegebenheiten erfordern eine sehr flexible Behandlungsplanung. Die hohen organisatorischen Herausforderungen sind im multiprofessionellen Team zu bewältigen. Besonderes Augenmerk sollte der Beurteilung der Take home-Fähigkeit gelten.

## Umgang mit Rückfall und Beigebrauch in der Substitutionsbehandlung

Frau Kaminsky, niedergelassene Psychotherapeutin aus Augsburg, wies zu Beginn ihres Vortrags darauf hin, dass auf der Grundlage eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses im Jahr 2011 eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend erfolgte, dass eine Indikation zur Psychotherapie (PT) bei einer „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ gegeben sei. Das bedeutet, dass nun auch substituierte Patienten eine PT erhalten können, sofern sie beigebrauchsfrei sind und eine regelmäßige Zusammenarbeit hinsichtlich der Behandlungsziele und insbesondere der Beigebrauchsfreiheit mit dem substituierenden Arzt sowie mit den ggf. involvierten psychosozialen Beratungsstellen erfolgt.

Im Folgenden erläuterte sie ihr Krankheitsverständnis, welches von folgenden Kernaussagen geprägt ist:

- Bei chronischen Abhängigkeitserkrankungen kommt es zu neurobiologischen Veränderungen der Hirnfunktionen und Strukturen als entscheidender pathogener Faktor.
- In dem Stadium ist die Abhängigkeitserkrankung eine chronische, von Rückfällen begleitete Erkrankung, die erst über lange Jahre der Therapie zum Stadium der Suchtmittelfreiheit führt/führen kann.
- Sucht ist eine neurophysiologische Erkrankung des Stressverarbeitungssystems.
- Rückfall ist die Regel, nicht die Ausnahme!

In der nachfolgenden Abbildung ist zusammenfassend dargestellt, wie die erwünschte Entwicklung im Rahmen einer stabilen Substitution verlaufen sollte.



Abb. 1: Erwünschte Entwicklung bei stabiler Substitutionsbehandlung



## Take home-Verordnung

Auf einen Automatismus, dass nach einer bestimmten Zeit bei Beigebrauchsfreiheit wie selbstverständlich Take home-Rezepte ausgestellt werden, sollte verzichtet werden. Vielmehr sollte der Belohnungscharakter einer solchen Verordnung, die man sich erst „verdienen“ muss, in den Vordergrund gestellt werden. Dann kann der Patient für einzelne Tage Take home-Rezepte erhalten oder auch zeitlich auswählen, an welchen Tagen er das Take home in Anspruch nehmen möchte.

Belohnt werden kann alles, was therapeutisch erwünscht ist, einen immanenten Belohnungscharakter und damit die Tendenz hat, sich nach längerer Übung zu verselbständigen.

Die Möglichkeit von Take home bei der Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses sollte von Anfang an festgelegt werden. Die Hartz IV-Gesetzgebung in Verbindung mit der Arbeitsweise von Leiharbeitsfirmen führt dazu, dass viele Patienten sich vor Arbeitsangeboten, die für sie kontraindiziert sind, nicht wehren können. Bei der Ablehnung von ungünstigen Arbeitsstellen sollte der Patient ggf. Unterstützung durch den behandelnden Arzt oder Therapeuten erfahren.

## Rückfallanalyse und -bearbeitung

Die Analyse eines Rückfalls sollte durch den Patienten selbst in schriftlicher Form nach einem vom Arzt vorgegebenen Schema erfolgen. Bei der Auswertung ist auf Stressfaktoren und auf fehlende Bewältigungsmechanismen zu achten.

Ziel der Rückfallbearbeitung ist, möglichst schnell zu einem physiologisch stabilen Zustand zurückzukehren. Dazu gehört auch die Überprüfung der Dosis des Substituts, ggf. eine Teilentgiftung bei Beikonsum oder auch der Entzug von Take home-Verordnungen. Hat der Patient z.B. die falsche Person am falschen Ort getroffen, sollte er lernen und üben, „Nein“ zu sagen und bestimmte Situationen oder Menschen zu meiden. Weiterhin sollte der Patient erkennen können, in welchem inneren Zustand er besonders gefährdet ist.

Das Erkennen und die Behandlung weiterer (psychischer) Erkrankungen ist sehr wichtig, da sonst erneut Rückfälle eintreten und quälende Behandlungsverläufe entstehen könnten.

## Literaturempfehlungen

- Najavits L M (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“; mit CD-Rom
- Lüdecke C, Sachsse U, Faure H (2010): Sucht-Bindung-Trauma; mit Arbeitsblättern
- Hoch E, Zimmermann P, Henker J, Rohrbacher H, Noack R, Bühringer G, Wittchen H.-U. (2011): Modulare Therapie von Cannabisstörungen, Das CANDIS-Programm; mit CD-Rom

## Diskussion

Von Seiten des Publikums kamen zwei Anregungen an die BAS: So soll die Vermittlung von Substitutionspatienten in Arbeit durch die BAS gefördert werden. Zum anderen soll unter Einbeziehung der Heilberufekammern mehr Initiative bei der Weitervermittlung der Patienten in psychotherapeutische Behandlung gezeigt werden. Eine Liste mit Psychotherapeuten, die Substitutionspatienten behandeln, wäre hierfür hilfreich.

## Kooperation zwischen den Berufsgruppen – Apotheke und Arzt

Frau Fahrmbacher-Lutz, Apothekerin und Vorstandsmitglied des BAS e.V., stellte eingangs Probleme und Schwierigkeiten vor, die im Rahmen der Substitutionsbehandlung immer wieder auftauchen. Dazu zählen beispielsweise die Verordnung von „Beigebrauchsmedikamenten“ durch andere Ärzte, der Schwarzmarkt mit Substitutionsmitteln, die Versorgung am Wochenende, der Missbrauch von Fentanylplastern oder die Ignoranz oder der Unwille, geltende Gesetze auch umzusetzen.

In der Apotheke gibt es Probleme mit fehlerhaften Verordnungen, die spätestens bei der Kontrolle durch die Überwachungsbehörden auffallen. Schwierigkeiten gibt es auch mit unzulässigen, nicht belieferten „Mischrezepten“, auf denen sowohl die tägliche Verabreichung als auch das Take



home für das Wochenende auf dem gleichen Formular verordnet sind. Wichtig ist auch der Hinweis, dass eine *Sichtvergabe in der Apotheke als freiwillige Leistung* nur nach Absprache und dann auch erst nach Einstellung des Patienten in der Praxis möglich ist und nicht von Anfang an angeordnet werden kann. Das pharmazeutische Personal muss durch den Arzt eingewiesen werden. Eine schriftliche Vereinbarung über den Sichtbezug ist empfehlenswert und von den Apotheken über die Homepage der Kammer abzurufen. Eine Verordnung für den Sichtbezug kann für maximal 30 Tage ausgestellt werden.

Eine Sichtvergabe kann durch die Apotheke auch abgelehnt werden – dabei sollten die Gründe nachvollziehbar sein.

Voraussetzung für die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheke ist eine Schweigepflichts-entbindung durch den Patienten im *Behandlungsvertrag* (Muster: siehe Leitfaden der BAS). So kann der Arzt ggf. bei Auffälligkeiten informiert werden. Wird die Abgabe des verordneten Substitutionsmittels verweigert, z.B. weil der Patient weitere Verordnungen für psychoaktive Medikamente einlösen will, werden sowohl der Kunde als auch der verordnende Arzt über die Gründe informiert. Die Apotheke muss die *Abgabe verweigern* (§17 Apothekenbetriebsordnung), wenn sie den begründeten Verdacht auf Missbrauch der verordneten Arzneimittel/Substitutionsmittel hat. Mögliche Hinweise auf Missbrauch sind u.a.: Der Patient gibt die Substitutionsmittel an andere weiter, erscheint nicht nüchtern in der Apotheke oder kommt häufig wegen Nachverordnungen von Take home-Dosen wegen angeblichen Verlusts.

Durch jede Apotheke beliefert werden müssen (Kontrahierungszwang) korrekt ausgestellte Take home-Rezepte, Sprechstundenbedarf-Rezepte und Rezepte zum Sichtbezug in der Arztpraxis. Das Ausstellungsdatum ist maßgeblich für die Belieferung: Hier gilt eine Frist von sieben Tagen. Für Take home-Rezepte gilt, dass diese dem Patienten vom Arzt persönlich ausgehändigt werden müssen.

Eine regionale Vernetzung aller Behandler auch mit Justiz und Polizei ist sinnvoll. Jedoch sollten sich die Heilberufe in einer eigenen Gruppe treffen, um Auffälligkeiten gemeinsam zu besprechen und ein einheitliches Handeln in einer Region sicherzustellen, wobei Probleme innerhalb der jeweiligen Berufsstände gelöst werden sollten. Empfehlenswert ist, dass die Arbeitsgruppen mit Entscheidungsträgern der Berufsstände (Kammervereine) besetzt sind, um so auch Maßnahmen umzusetzen. Die BAS ist gerne bei der Gründung regionaler Arbeitskreise behilflich.

### Literaturempfehlungen

- Gerlach R, Stöver H: Vom Tabu zur Normalität, 20 Jahre Substitution in Deutschland, Lambertus Verlag ISBN 3-7841-1605-1
- Fahrmbacher-Lutz C: Suchtberatung in der Apotheke, DAV Verlag, ISBN 3-7692-2870-7
- Hönekopp I, Stöver H: Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung, Lambertus Verlag, ISBN 978-3-7841-2048-5
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (Hrsg.): Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (2010, 2. vollständig überarbeitete Auflage)

### Kooperation zwischen den Berufsgruppen – Psychosoziale Beratungsstelle und Arzt

Herr Dipl.-Sozialpädagoge Uwe Schmidt von der Drogenhilfe Schwaben berichtete, dass eine Kommunikation zwischen Arzt und Beratungsstelle in der Regel nur dann stattfindet, wenn etwas nicht gut läuft. Ansonsten findet nur ein schriftlicher Austausch statt.

Folgende Faktoren bestimmen die Zusammenarbeit zwischen den beiden Akteuren – im Positiven wie im Negativen:

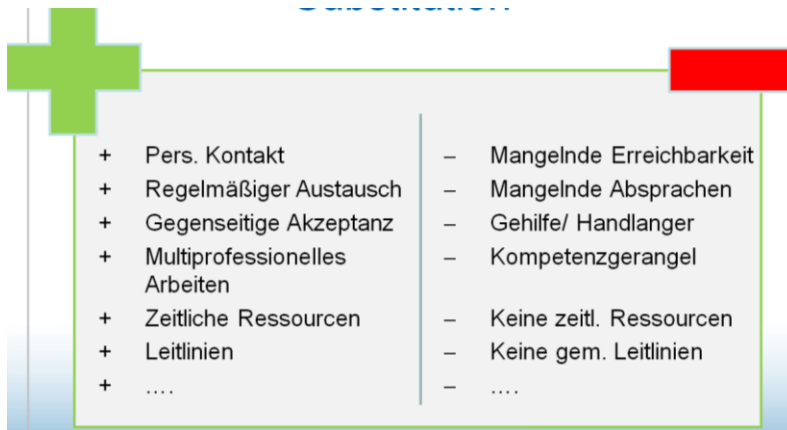


Abb.2: Einflussfaktoren auf Zusammenarbeit zwischen PSB und Arzt

Herr Peter Bannert, ebenfalls Mitarbeiter der Drogenhilfe Schwaben, ergänzte die Ausführungen mit dem Zitat eines Patientenbeispiels aus der BAS-Broschüre „*Prävention von Drogentodesfällen. Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis*“<sup>2</sup>. Dargestellt wurde der Fall eines Patienten, der nach Kontaktabbruch zum substituierenden Arzt und Drogenhilfesystem gezielt über die aufsuchende Hilfe kontaktiert und unterstützt werden konnte.

## Workshop 1: Substitution und ambulante Rehabilitation

### Einführung in die Thematik

In ihrer Einführung stellten die Workshopleiter, Herr Dipl.-Sozialpädagoge Wolfgang Eichinger (Condrobs e.V.), Herr Dipl.-Psychologe Jürgen Glatting (Condrobs e.V.) und Herr Richard Kamm, Facharzt für Allgemeinmedizin, zunächst die Versorgungssituation Opiatabhängiger mit substitutionsgestützten Rehabilitationsangeboten dar: Die Durchführung ist seit 1999 möglich, ihre Verbreitung aber insgesamt noch gering und regional sehr unterschiedlich. In Bayern ist das Angebot substitutionsgestützter Rehabilitation noch nicht sehr gut ausgebaut und eher im stationären Bereich zu finden.

Die Zahl Substituierter hat sich insgesamt auf einem hohen Niveau (2011: 76.200) etabliert und ist erstmals leicht rückläufig. Laut PREMOS-Studie (Wittchen, Bühringer, Rehm et al., 2011) verbleiben 96% der Patienten dauerhaft in einer substitutionsgestützten Behandlung, nur 4% schaffen den Ausstieg. Es wird deutlich, dass bei Substituierten das hohe Ausmaß an psychischen Störungen nicht effektiv behandelt wird. Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist ein in der Studie geforderter Beitrag, Abstinenzversuche sorgfältig zu begleiten und die Hilfen in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt optimal zu koordinieren.

Für vorerst zwei Jahre hat die Deutsche Rentenversicherung Schwaben erstmals in Bayern Suchtkranken, die derzeit nicht oder noch nicht in der Lage sind, drogenfrei eine Rehabilitation durchzuführen, eine Chance auf Wiedereingliederung im Rahmen der ganztägig ambulanten Rehabilitation eröffnet. Das Angebot des Ambulanten Zentrums Augsburg, das psychotherapeutische, psychiatrische Elemente und arbeitsrehabilitative Maßnahmen kombiniert, soll eine Lücke in der Versorgung Opiatabhängiger schließen.

### Zielsetzung und Voraussetzung

Zielsetzung der substitutionsgestützten ambulanten Rehabilitation ist es, nach anfänglicher Einnahme des Substitutionsmittels zur Stabilisierung, dieses sukzessive auszuschleichen. Voraussetzung für die Aufnahmen von substituierten Männer und Frauen ist eine stabile beikonsumfreie Substitution und der Wunsch, Abstinenz zu erreichen. Im Vordergrund steht der

<sup>2</sup> [http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Broschuere\\_DTP\\_A5\\_091123\\_2seitig.pdf](http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Broschuere_DTP_A5_091123_2seitig.pdf)

Wunsch des Patienten nach einer „Befreiung vom Substitutionssystem“ und der damit verbundenen Inanspruchnahme von Arztterminen etc.

### **Behandlungskonzept**

Der Behandlungsplan des 22-26 Wochen umfassenden substitutionsgestützten Reha-Angebotes mit der anvisierten Abdosierung des Substitutionsmittels gliedert sich in drei Abschnitte:

(1) Eingewöhnungsphase, (2) Abdosierungsphase und (3) Ausschleichungsphase bis Nullpunktsetzung innerhalb der letzten sechs Wochen.

Das Angebot mit einer Vielzahl an psychotherapeutischen und arbeitsrehabilitativen Maßnahmen (PC-Schulung, Bewerbungstraining, Sozialberatung, Arbeitserprobung etc.) soll einen wesentlichen Beitrag zur Integration von Substituierten leisten. Als begleitende Maßnahmen können z.B. Akupunktur-Behandlungen zur Linderung der Entzugserscheinungen oder auch sog. „Indikativgruppen Substitution“ zur Förderung des intensiven Austauschs der Patienten untereinander oder ergotherapeutische Angebote zur Tagesstrukturierung zum Einsatz kommen. Das differenzierte Angebot umfasst ferner beispielsweise sport- und kunsttherapeutische Maßnahmen sowie Ernährungsberatung.

### **Erste Erfahrungen**

#### *Ausstattung*

Die Workshopleiter stellten das ganztägige ambulante Angebot der im Mai 2011 errichteten Therapieeinrichtung „Ambulantes Zentrum Augsburg“ vor. Es richtet sich an Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und Mehrfachabhängige, umfasst 12 Plätze und ist personell mit zwei Therapeutinnen, einem Psychologen, einer Diätassistentin, einem Ergotherapeuten, einem Sporttherapeuten, zwei Ärzten und einer Verwaltungskraft (alle in Teilzeit) ausgestattet.

#### *Versorgungssystem/-situation im Augsburger Raum*

Das Hilfesystem für Opiatabhängige in der Stadt Augsburg und dem Einzugsgebiet (rund 500.000 Einwohner) ist durch folgendes Kooperationsgefüge gekennzeichnet: einer Suchtambulanz im Bezirkskrankenhaus mit einer Schwerpunktpraxis als Außenstelle (Josef Haberl) im Stadtzentrum (mit ca. 220 Substituierten), ca. 25 substituierenden Ärzten und einer Apotheke, die schwerpunktmäßig substituierte Frauen und Männer behandelt (mit ca. 500 Substituierten). Die Patienten befinden sich demzufolge z.T. in täglicher Behandlung oder werden über eine Take-home-Regelung ärztlich versorgt.

#### *Erste Ergebnisse:*

Unter den von Mai 2011 bis März 2012 versorgten 51 Rehabilitanten<sup>3</sup> waren sechs, die substitutionsgestützt am Angebot der ganztägig ambulanten Reha in Augsburg teilgenommen haben. Sie waren ausschließlich Take-home-Patienten, die bei unterschiedlichen Ärzten in Behandlung waren. Davon wurden vier regulär, einer vorzeitig mit ärztlicher Zustimmung und einer disziplinarisch entlassen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Ambulanten Zentrum Augsburg, den Ärzten und betroffenen Patienten war von einer sehr hohen kooperativen Haltung geprägt.

Alle Substitutionspatienten blieben während der gesamten Behandlung beikonsumfrei – zuvor war dies jedoch nicht der Fall. Wenngleich es zu vereinzelt Rückfällen kam, erwiesen sich die Erfahrungen im Kontext eines offenen und konstruktiven Umgangs mit den Rehabilitanten als durchweg positiv.

Erste Erfahrungen zeigten, dass insbesondere die intensive Auseinandersetzung mit den jeweiligen Auslösefaktoren, die zu den Rückfällen führten, von den Rehabilitanten als stabilisierend und bezüglich des Abstinenzziels als sehr unterstützend erachtet wurden. Genau diese intensive Begleitung ist in der psychosozialen Begleitbetreuung durch die Beratungsstellen bei einer Ausschleichung des Medikaments oft nicht in einem vergleichbaren Umfang leistbar.

<sup>3</sup> darunter 34 alkoholabhängige Patienten, zehn nicht-substituierte Drogenabhängige, sechs substitutionsgestützte Rehabilitanten sowie eine Auffangbehandlung

Ferner hat sich gezeigt, dass die Rehabilitanten durch die vergebene Substitutionsdosis in ihrer Teilnahme an der Therapie in keiner Weise eingeschränkt waren. Das Vorurteil, dass es ihnen nicht möglich ist, fokussiert an der Therapie teilzunehmen, konnte auf Basis der vorhandenen ersten Erfahrungen entkräftet werden.

Auch fühlte sich keiner der anderen Patienten durch die Mischung der Patientengruppen beeinträchtigt. Wenngleich die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Patienten hinsichtlich der Vergabe eines Drogensatzstoffes bearbeitet wurden, führte dies dennoch nicht zu Beziehungsstörungen, sondern zum besseren gegenseitigen Verständnis der Rehabilitanten. Trotz der variierenden biographischen Hintergründe und der Unterschiede in der Substanzmittelabhängigkeit teilten die Patienten ihre Sorgen und Nöte und tauschten ihre Erfahrungen konstruktiv miteinander aus. Durch den konstruktiven Umgang mit den verschiedenen Phasen des Abstinenzprozesses wurden die Teilnehmer zudem darin geschult, sich mit Vorurteilen, eigenen Zwängen und Befürchtungen auseinanderzusetzen und profitierten somit wiederum für ihren eigenen Abstinenzprozess.

Obwohl fünf der im Ambulanten Zentrum Augsburg substitutionsgestützt behandelten sechs Rehabilitanten ihre Therapie regulär abschlossen, konnte keiner mit vollkommen ausgeschlichener Substitution entlassen werden. Dies lag aus Sicht der Behandler in den sozialen, medizinischen und psychischen Umständen der Patienten im Laufe des Behandlungsprozesses begründet. Bei allen behandelten Rehabilitanten wäre es sowohl aus ärztlicher als auch therapeutischer Sicht nicht verantwortbar gewesen, eine vollkommene Ausschleichung innerhalb der vorgegebenen Therapiedauer zu forcieren. Aus den Rückmeldungen der Rehabilitanten und den behandelnden Ärzten haben die Patienten jedoch einen deutlichen Zugewinn an Stabilität erfahren.

Als für die Etablierung des Angebotes problematisch beurteilt wird das bundesweit verbreitete Phänomen, dass sowohl Zuweiser als auch Kooperationspartner das Konzept einer ganztägig ambulanten substitutionsgestützten Reha derzeit noch nicht ausreichend als zusätzliche Option zu den herkömmlichen stationären Behandlungsformen anerkennen. Die mangelnde Nachfrage steht eventuell im Zusammenhang mit Bedenken seitens der Substituierten und der Ärzte gegen eine Beendigung der Substitution.

## **Diskussion**

Als Herausforderung wurden seitens der Teilnehmer die lange Behandlungsdauer von bis zu 26 Wochen und damit einhergehend die Frage von Dr. Rabe diskutiert, ob Arbeitgeber bereit seien, einen Mitarbeiter für einen Zeitraum von 26 Wochen für eine Rehabilitationsbehandlung freizustellen. Zudem sei im Bereich der Betriebsmedizin Alkoholabhängigkeit heutzutage zwar ein häufig diskutiertes Problem, Drogenabhängigkeit hingegen noch immer ein Tabuthema.

Die Workshopleiter wiesen darauf hin, dass das Programm auch innerhalb eines kürzeren Zeitrahmens durchführbar sei. Ihre Erfahrungen hätten zudem gezeigt, dass es sich bei einem Teil der Rehapatienten um eine Initiative und ggf. Auflage des Arbeitgebers handeln würde und dieser Kenntnis über die Erkrankung habe.

## **Workshop 2: Umsetzung gesetzlicher Vorschriften in der Praxis und richtiges Verhalten bei Ermittlungen**

Frau Bandel ging in ihrem Workshop auf die konkrete Situation einer Praxisdurchsuchung ein und stellte anschließend die Urteile und Urteilsbegründungen gegen zwei substituierende Ärzte vor.

### **Verhalten bei Praxisdurchsuchungen**

Hier ist zu unterscheiden, ob eine Durchsuchung als Zeuge oder als Beschuldigter vorliegt. Generell gilt ein Aussageverweigerungsrecht – sowohl für den Arzt als auch für das Praxispersonal.

Bei einer Durchsuchung als *Zeuge* sind folgende Gesetze relevant:

- Beschlagnahmeverbot für Patientenunterlagen § 97 StPO
- Zeugnisverweigerungsrecht § 53, 53a StPO unabhängig davon, ob die Information im Rahmen des Behandlungsverhältnisses anvertraut wurde oder allgemein bekannt ist

⇒ für den Arzt und für den Berufshelfer

- bei Herausgabe und Aussagen: Strafbarkeit nach § 203 StGB wegen Geheimnisverrat neben berufsrechtlichen Konsequenzen

Bei einer Durchsuchung als *Beschuldigter* gilt:

- Beschlagnahme ausnahmsweise § 97 (2) StPO zulässig
  - alle Unterlagen mit Bezug zum Beruf (Patientenunterlagen, Abrechnungsunterlagen etc.)
  - BtM (als Gegenstände, die zur Begehung einer Straftat gebraucht werden)
- Aussageverweigerungsrecht
  - für Arzt und für Berufshelfer, die nicht sicher sein können, dass sich die Ermittlungen nicht auch auf sie wegen Beihilfe ausbreiten können.

Bei der Durchsuchung empfiehlt es sich:

- Ruhe zu bewahren und keinen Widerstand zu leisten
- Vorgesetzten oder Rechtsanwalt zu informieren (so viele Telefonate wie gewünscht möglich)
- i.d.R. Patienten nach Hause zu schicken, um Gerede zu vermeiden
- keine Gespräche mit den Beamten zu führen (höflich ja, aber keine Weitergabe von Informationen)
- Prüfung der Legitimation
  - Namen, Dienstbezeichnung, Dienststelle notieren
  - Durchsuchungs- oder Beschlagnahmebeschluss
    - vorlegen lassen (wenn nicht vorhanden wg. Gefahr im Verzug: Voraussetzungen für Gefahr im Verzug mitteilen lassen und dokumentieren!)
    - kopieren
  - Anlass für die Durchsuchung prüfen: Zeuge oder Beschuldigter (siehe oben)
- bei zulässiger Beschlagnahme (sämtliche Unterlagen werden ungesehen verpackt und mit dem Arztstempel versiegelt)
  - nicht freiwillig herausgeben
    - Protokoll anfertigen lassen und prüfen
    - ausdrücklich Widerspruch erheben und dokumentieren
  - bei der Zusammenstellung der Daten helfen/Durchsicht erlauben (hilft, die Datenmenge zu verringern)
  - Kopien anfertigen (ggf. Originale gegen Kopien austauschen, um Praxisbetrieb nicht unmöglich zu machen)
- NIE Unterlagen zu vernichten
- Anfertigung von Gedächtnisprotokollen
- Stillschweigen in der Öffentlichkeit (gilt für alle Praxismitarbeiter!)

### **Strafverfahren**

Frau Bandel stellte anschließend das Urteil gegen einen substituierenden Arzt vor (BGH 2 StR 577/07)<sup>4</sup>, in dem die einzelnen Aussagen im Hinblick auf entsprechenden Gesetzesstellen und Richtlinien bewertet wurden.

Wichtig ist es, in einem Strafverfahren immer die Einstellung des Verfahrens anzustreben und niemals einen Strafbefehl zu akzeptieren.

Da häufig der Beikonsum der Substitutionspatienten Gegenstand eines Verfahrens ist, sollte dieser kontrolliert und entsprechend dokumentiert werden. Ganz wichtig ist dabei auch die Dokumentation der geplanten oder bereits eingeleiteten Konsequenzen bei fortgesetztem Beikonsum.

<sup>4</sup> Die Vortragsfolien zu den beiden hier zitierten Urteilen finden sich im Anhang zur Dokumentation (WS 2)

## **Approbationsentzugsverfahren**

Nach abgeschlossenem Strafverfahren kann es je nach Höhe der Verurteilung zum Approbationsentzug kommen. Daher müssen alle entlastenden Argumente bereits im Strafverfahren gehört werden.

Frau Bandel erläuterte das Verfahren gegen einen substituierenden Arzt (VG München 31.3.2009 M 16 K 08.4603)<sup>4</sup>, das mit einem Approbationsentzug endete. Das Gericht wies in seinem Urteil auf die „unbedingte Verpflichtung zur Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, die seine Berufsausübung regeln und beschränken“ hin. Im Urteil spielten die Tatsachen, dass kein Patient zu Schaden gekommen ist, keine eigenen Vorteile erzielt wurden und der Großteil der Patienten (86 von 90) lege artis behandelt wurde, keine Rolle.

### Ausblick

**Die 28. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS findet am **16.10.2013** in Nürnberg statt.

Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch Schwierigkeiten informieren!

### Anlagen:

Verhaltensregeln bei Durchsichtung von Arztpraxen

Workshop 2: Umsetzung gesetzlicher Vorschriften in der Praxis