

2. Steirischer Suchthilfekongress



Workshopprotokoll (WS5) SCHOPPER | SPITZER

Substitution - Umsetzung gesetzlicher Grundlagen,
Zusammenarbeit und Perspektiven

INHALTSÜBERSICHT

1. VORSTELLUNGSRUNDE / BEGRÜßUNG	3
2. ÜBERBLICK RECHTSGRUNDLAGEN	3
3. DISKUSSIONSRUNDE	3
4. FAZIT	9
5. IMPRESSIONEN AUS DEM WORKSHOP	10
A. THEORETISCHER INPUT	12



Workshop 6

Substitution - Umsetzung gesetzlicher Grundlagen, Zusammenarbeit und Perspektiven

ReferentInnen:

Dr.ⁱⁿ Johanna SCHOPPER, Nationale Drogenkoordinatorin
Prim. Dr. Bernhard SPITZER, Drogenbeauftragter des Landes Niederösterreich

Protokoll:

Caroline STÖCKIGT, blue|monday gesundheitsmanagement

Kontakte:

Dr.ⁱⁿ Johanna Schopper, Nationale Drogenkoordinatorin | Vorsitzende der Bundesdrogenkoordination und Vorsitzende des Bundesdrogenforums, Radetzkystraße 2, A-1030 Wien, Tel.: (01) 71 100 – 4375, Fax: (01) 71 100 – 4385
E-Mail: johanna.schopper@bmg.gv.at

Prim. Dr. Bernhard SPITZER, Suchtbeauftragter des Landes Niederösterreich, Brunngasse 8, A-3100 St. Pölten Tel.: 0664/28 29 696, E: bernhard.spitzer@mauer.lknoe.at

1. Vorstellungsrunde / Begrüßung

Die TeilnehmerInnen und ReferentInnen stellen sich vor.

2. Überblick Rechtsgrundlagen

Siehe Anhang.

3. Diskussionsrunde

TN/Ref	Diskussionsbeitrag
1	Warum wird nicht gleichzeitig der Beikonsum der Patient festgehalten, damit man sich ein besseres Bild machen kann? Warum soll man Medikamente dem Amtsarzt melden?
2	Frage ist Amtsärztin z.B. bekommt das zusätzlich verschreiben können Pen-sum an Substitutionsmittel dazu -> gut wäre wenn nicht nur Substitutionsmittel sondern auch andere Medikamente wie Neuroleptika dazuschreiben zu können (um Abgleich Wirkung und Wechselwirkung usw).
3	Hat insgesamt 4 Punkte. Im Arztbrief steht es genau und ist vermerkt wie man dies regelt. Dies ist oft schwierig bei verschiedenen Ärzten. Dies ist ein sinnvolles Instrument was zusätzliche Medikamente betrifft. Ein Patient hat von Psychiater Neuroleptika verschrieben bekommen, wovon der Arzt keine Ahnung hatte.

TN/Ref	Diskussionsbeitrag
2	Diese Infos gehören ins Dokument und nicht nur in den Arztbrief, damit auch bei einer Erstmeldung alles auf dem Erstformular vermerkt und gesammelt wird, von Beginn bis Ende einer Substitution.
3	Dies ist schwierig, da aus medizinisch-therapeutischer Sicht der Arzt mit Substitutionsmittel anfängt und nicht gleichzeitig mit anderen Mitteln behandelt, sondern erst schaut was mit der Einnahme von Substitutionsmittel passiert. Eventuell ist erst später eine andere Therapie nötig. Deshalb geht dies meistens nicht. Dies ist ein interessanter Aspekt, der aber nicht sehr relevant ist. Wenn man die Therapie übernimmt, weiß man nicht was er alles braucht und ob er einen Psychiater im LSF hat. Es ist ganz toll, wie die Ziele in der Behandlung formuliert sind, diese sind aber ganz anders als im Behandlungsvertrag. Es handelt sich um Patienten die desorientierte Verbindungsstrukturen erlebt haben und dann gibt es so einen Behandlungsvertrag.
Schopper	Wenn Ärzte nicht mehr behandeln, kann das Kommunikation??
3	Beikonsum kann Behandlung und Gesundheit des Patienten gefährden.
4	Problem von Beikonsum: im Harn sehe ich nicht, was er dazu genommen hat, deswegen Deformulierung. LSF hat quantitativ Möglichkeit dies zu sehen, ich sehe nur, dass er ein Morphin bekommen hat. Beikonsum ist fraglich.
5	Bei bestimmter Art von Beikonsum, wenn man da nichts im Harn sieht, wird nichts gemacht.
3	Worauf kann ich mich verlassen? Der Patient muss immer austesten wo die Grenze ist. Darf ich das noch oder nicht, schmeißt er mich raus oder nicht. Irgendwo, wo man sich dran halten kann.
Schopper	Die Frage ist, ist das ein verpflichtender Vertrag oder nur ein Muster. Es steht nicht in der Verordnung, es ist nur Muster. Wenn ich damit nicht leben kann als Arzt dann streich ich es raus.
2	Ich kann es nicht ausnehmen als Arzt ob ich das darf. Es macht keinen Sinn.
3	Grundsätzlich schmeiße ich niemanden raus, nur Behandlungsoptionen. D.h. ich passe die Optionen an den Patienten an.
Schopper	Das Papier ist kein Vertrag. Nur das, was vom Patient und vom Arzt unterschrieben wird. Es wird nicht alles eins zu eins genommen, weil kein Vertrag vorhanden ist.
3	Es macht keinen Sinn, wenn man Zettel unterschreibt, den keiner ernst nimmt.
2	Der Behandlungsvertrag ist für die Aufnahme des Patienten wichtig. Wenns da klemmt wird's schwierig.

TN/Ref	Diskussionsbeitrag
Schopper	Wir einigen uns im Behandlungsvertrag eigentlich nicht wirklich über Aussicht und Abbruch der Behandlung, da sonst Behandlungszeit verloren geht.
3	Schlimm, dass er als Behandler Angst haben muss, dass er rausgeschmissen wird, wenn er das sagt.
6	Bitte sag mir das nicht, damit ich das und das machen kann.... Es ist schwer mit dem Patienten das Vertrauen und ein sinnvolles Gespräch zu haben. Als Arzt will ich ja gesetzeskonform handeln. Was darf ich, wo darf ich, damit möglichst wenig angriffspflichtig.
2	Der Patient kommt zuerst, und dann erst das Dokument. Der Patient kommt mit dem Rezept und will es, bevor das Dokument da ist.
Schopper	Der Arzt muss das Dokument dem Amtsarzt geben. Wichtigkeit des Dokumentes.
2	Bei 95 % funktioniert es, aber 5 % sind ein Problem.
Schopper	Der Vertrag ist was zwischen Arzt und Patient. Und wenn ich als Arzt diesen nicht haben will, streiche ich es raus.
3	2006 wollten wir was Neues, Abänderungen und eigene Vorstellungen reinnehmen, eine andere Richtung formulieren, und dann kam die Verordnung, dass der Vertrag bindend ist.
Spitzer	In Österreich war es immer klar, dass dieser Vertrag zwischen Arzt und Patienten gilt. Auch dort wo das Gesetz exekutiert wird. Ob ich jemanden raus nehme oder nicht. Habe den Vertrag nie als Vertrag gesehen. Was wichtig ist, ich habe als Arzt nicht, wenn ich aussteigen will, dass ein anderer Arzt zur Verfügung steht. Lapidare antwort von Ärztekammer: wo kein Vertrag da kein Richter. Hauptgeschichte bei den Benzodiazepinen und Morphine: Kommunikation wichtig, um rauszubekommen was will der Patient und was nicht, bevor ich ihn rausschmeiße. Harnkontrollen sind Anhaltspunkte, und nicht mehr.
3	Das war nie klar.
Spitzer	Viele sagen ich pfeife drauf. Ich wird in medizinischen Entscheidungen beschnitten, deswegen gibt es so wenige Ärzte, die sich der Substitution annehmen.
7	Substitutionstherapie ist mehr als nur Medizin zu verschreiben. Wie schafft man es diese Ärzte, die ausgeschieden sind wieder zu ersetzen?
Spitzer	Man muss andere Strukturen finden. Das Ministerium hat viel dazu gelernt. Ganz am Anfang, als es emotionaler wurde, hat Ministerin dagegen gestimmt.
Schopper	Das Vertragsmuster und nicht Vertrag ist geklärt.
7	Ich will Anreize schaffen für Ärzte, die Substitution machen.

TN/Ref	Diskussionsbeitrag
3	Viele Amtsärzte schicken in Psychiatrie, um dort zu Entscheidung ob Erhöhung oder Substitution mit anderem Präparat. Aber wir kennen die Leute zum Teil nicht. Das ist kontraproduktiv.
Schopper	Eigentlich soll Amtsarzt mit dem behandelnden Arzt reden.
3	Wenn der Patient sagt, er will was anderes, dann muss man ihn wieder weiterleiten, außer bei der Dosisreduktion. Deswegen werden Ärzte entmündigt. Er stellt es aus, aber redet nicht. Ob er das braucht oder mehr kommt nicht raus. Er kommt einmal und soll entscheiden was und wie viel.
Schopper	Es gab schon Erneuerung in der Novelle: eigentlich Rücksprache mit dem Arzt wo er eingestellt war.
3	Normalerweise sind es Ärzte gewohnt mit Patienten zu arbeiten, die sie kennen mit deren Anamnese. Wenn ich beschnitten werde, wenn ich nur eine bestimmte Dosis verschreiben darf, und wenn er mehr braucht dann muss ich ihn weiterschicken. Ist problematisch in der Praxis. Für einen Arzt ist es nicht interessant so einen Patienten zu behandeln.
Schopper	Wieso macht der Arzt das?
3	Weil Tradition vom Landesrat.
Spitzer	Manchmal hat man den Eindruck, dass man keinen Einfluss hat. Was tut der andere? Hat er kein Vertrauen in meine Fähigkeiten?
Schopper	Was ist, wenn man nicht mehr weiß, wer der erste Arzt war, dann schicke ich ihn als Amtsärztin zu einem qualifizierten Arzt.
Spitzer	Schwierig, weil wenn Weiterbildung verpflichtend, viele sagen, sie haben keine Zeit und es interessiert mich nicht, brauche ich nicht.
3	Ärzte sind es gewohnt zu handeln, aber wenn sie beschnitten werden, ist es schwierig.
Spitzer	Es wurden Leute substituiert, die schlechter waren, dann meinten Juristen: man darf nichts vorschreiben. Dadurch entstand ein schlechtes Niveau.
Schopper	Ärzte sagen: was will das Reglement? Wir sind Experten und wissen wie. Auf der anderen Seite gab es auch Probleme die doch Einschränkungen benötigten. Deswegen ist es schwer.
Spitzer	Es gibt Schwierigkeiten beim Schwarzmarkt... Zum Teil Spielball zwischen Krankenkasse und Justiz.
8	Missbrauch ist immer wieder groß, obwohl genaue Regelung angestrebt werden, verstehe ich nicht.
Schopper	Man kann telefonieren und das Rezept bei Rezeptstornierung bestellen.

TN/Ref	Diskussionsbeitrag
9	Wenn Arzt nicht weiter weiß, an Drogenambulanz weiterleiten. Problem: wenn Amtsarzt sehr nach Vorschrift reagiert, dann hat die Drogenambulanz noch mehr Arbeit.
3	Finde toll, wie der Kommunikationsaspekt hervorgehoben wird.
Schopper	Infos an Peter Ederer weitergeben: welche Lösungen können wir finden? Gibt's Ideen?
9	Schwierig, ob der Mensch im Vordergrund steht oder das Gesetz.
3	Möchte gerne Amtsärzte ins LSF einladen. Vielleicht interessant, wenn therapieführende Ärzte und Amtsärzte zusammengeführt werden.
10	Als Teil der psychosoziale Betreuung. Wo komm ich zu einer Liste von Ärzten die einstellen. Es gibt keine aktuelle Liste.
Schopper	Problem, dass es keine gemeinsame Liste gibt. Ärzteschaft hat sich geweigert, sie wollten nicht in einer öffentlichen Liste stehen, aus Angst, dass alle dorthin gehen, großer Druck. Finde es persönlich schlecht, dass es diese Liste nicht mehr gibt. Die Liste müsste über die Einrichtungen im Paragraph 15 erhältlich sein. Diese Liste liegt im Gesundheitsministerium auf, nicht öffentlich. Trotzdem sollte diese zentrale Liste dort alle Behörden zugänglich sein. Im Moment noch nicht. Müssten anfragen, wie weit diese ist.
3	Peter Ederer ist sehr allein was das therapeutische Belangen angeht.
11	Das Substitutionsrezept läuft über den Amtsarzt, aber dieser erfährt nicht, ob noch andere Medikamente im Spiel sind. Wieso gibt es keine Mehrverschreibungsgesetze wie bei anderen Medikamenten?
Spitzer	Es ist leicht, deswegen nötige generelle Richtlinie zu finden. Dies sind die Schlimmsten. Entzug von Benzos sind die Schlimmsten, da Hemmschwelle sinkt. Ganz viele hinter Gitter. Verstehe Ärzte nicht, welche Patienten Benzos verschreiben, wenn sie nicht schlafen können...
11	Wenn so ein Stogg so abhängig macht, ist es unheimlich wieso nicht weiter diskutiert wird.
Schopper	Wieso reden wir nicht über Alkohol, der auch beruhigt. Griff zur Erleichterung ist vorprogrammiert, er ist legal und billig. Oder z. B. die Benzos, die nichts kosten. Eigentlich muss man gegen Benzos vorgehen. Außer bei Panikstörungen braucht man sie nicht immer. Alkohol bringt viel Geld. Jetzt weiß man dass jeder Alkoholiker ein finanzielles Desaster für den Staat darstellt. Problem ist, die Stoffe zu illegalisieren. Benzos kosten zu wenig.
3	Das ist ein Unterschied: es gibt immer weniger die Alkohol auf der Station verschreiben. Es wäre besser Weiterbildungen zu organisieren und Bewusstsein zu schaffen, wenn man ein bisschen Medikamente verschreibt, dass man Effekte verringert. Vorbildwirkung leichter zu schaffen.
Schopper	Obwohl eine Regelung notwendig ist. Ärzte wollen Reglement als Richtlinie. Aber auch Weiterbildungen ist wichtig.

TN/Ref	Diskussionsbeitrag
12	Wir sind immer gern bereit für Weiterbildungen, da Mediziner sonst in Zeitung stehen. Regelungen sind gut. Wie kann man Richtlinien finden. Dann hat man viel gewonnen.
Schopper	Schwierig ist auch, dass der Patient noch Privatsphäre hat. Die muss gewahrt bleiben. Die Regelung die auf Datenschutz fußt....
3	Es gibt so viel verschiedene Ecken, obwohl es eigentlich klar geregelt ist.
13	Ich als Behörde muss auch schauen wo der Hauptwohnsitz etc. ist, muss auch zwischendrin sagen, jetzt ist Schluss.
Schopper	Mit Patient regeln, entweder sie sagen es, oder wir können das bisherige nicht mehr aufrecht erhalten.
13	Eine Datenbank wo man hineinschauen kann.
Schopper	Alles wird mitprotokolliert. Schwierige Geschichte, Datenschutz und behördliche Sachen unter einen Hut zu bringen.
3	Welche Rolle hat die Behörde jetzt wirklich? Das geht sehr weitreichend. Wo ist dann Ende? Schauen, wie kann man Behandler motivieren schwer Kranke zu behandeln. Brauchen sichere Instrumente damit kein Rückzug. Würde mir wünschen Weiterbildung wie in Wien, Steiermark war nicht in der Lage. Sehr gut gefallen bei Weiterbildung in Wien: Substitutionsbehandlungen an jedem Bezirksstand zu machen.
Spitzer	Das gehört aufgeklärt. Es ist komplett verschieden, manche Ärzte sind total gegen Substitutionsmittel, manche können dies super umsetzen. Schwierig wo Augenmerk.
Schopper	Es ist wichtiger, Gespräche zu verbessern. Ein Mindestmaß an Qualität ist notwendig.
13	Bezahlung ist ein Teil der Wertschätzung der Arbeit des Arztes.
Schopper	Unsere Aufgabe ist es nun: was tragen wir an das Amt der steiermärkischen Landesregierung heran?
14	Schwieriger ist nicht die Kommunikation zwischen Amtsarzt und Arzt sondern eher in der Mitgabe. Manchmal wird der Amtsarzt vorgeschoben.
3	Interessant, da es nicht immer einfach ist und Schwierigkeiten bestehen. Amtsärzte und therapiefolgende Seite auch. Viel sprechen und Verständnis zeigen.
Spitzer	Fände es gut, dass man kommunikative Vertreter einlädt und aktuelle Sachen durchgeht. Ein offenes Ohr da ist.
Schopper	Das Ländervertreter kommen, wie regeln es andere Länder, und wo kann man was verändern. Und das regelmäßig.

4. Fazit

Thema war vor allem die **Substitutionsverordnung**, und das Problem der **Bürokratie**. Ärzte kennen sich nicht wirklich aus, welches Formular wirklich wichtig ist für sie. Junge Ärzte versuchen alles genau zu protokollieren und nehmen die Formulare sehr ernst, ältere Ärzte wissen, dass es nur ein Zettel ist und nicht bindend. Diskutiert wurde darüber, inwiefern die Kommunikation zwischen Ärzten (vor allem Amtsarzt und behandelnder Arzt) verbessert werden kann. Ob z.B. noch andere Medikamente aufgeschrieben werden oder nicht, um auch die Wechselwirkungen zu erfassen. Die Verordnung, welche die jungen Ärzte so ernst nehmen, ist für viele sowieso nur eine Art Richtlinie, und aus diesem Grund nie so wichtig.

Das Thema der **Benzodiazepine** wurde ebenfalls behandelt (ist ein Anxiolytika mit hypnotischen Eigenschaften), welche nicht unter das Suchtmittelgesetz fallen, aber sehr gefährlich sind bei falscher Einnahme, da sie Wechselwirkungen mit Alkohol haben, muskelrelaxierend sind (Sturzgefahr...) etc. Diese Medikamente sind zu billig und leicht zugänglich. Die Frage war, ob man sie in das Gesetz aufnimmt oder nicht.

TeilnehmerInnen wollen **mehr Transparenz** auch für die Krankenkassen, wobei dies schwierig ist in Bezug auf das Persönlichkeitsrecht und das Recht auf Privatsphäre.

Fazit: die **Kommunikation muss besser werden**. Dafür sollten zumindest jährlich solche Workshops stattfinden, da die Juristen in ihren Büros sitzen und zwar versuchen etwas zu verbessern, zu erleichtern und Richtlinien zu schaffen für den Arzt. Es wissen jedoch nur die Ärzte inwieweit diese Protokolle umsetzbar sind. Zum anderen aber auch die Kommunikation zwischen den Ärzten, dass bei einem Arztwechsel, klar ist was, wie und wie lange der Patient in der Therapie genommen hat, etc.

5. Impressionen aus dem Workshop



<p>Mit Unterstützung von</p> 	<p>Kongressorganisation</p> 	<p>Veranstalter</p>  
<p>Sollten Sie noch Fragen haben, wir helfen Ihnen gerne weiter! Mag.^a Barbara Supp, blue monday gesundheitsmanagement, Pestalozzistrasse 60, 8010 Graz Tel: 0676/43 80 784, Fax: 0316/89 00 32-15, suchthilfekongress@bluemonday.at</p>		



ANHANG

A. Theoretischer Input

Übersicht

Wesentliche Rechtsgrundlagen Substitution

Suchtmittelgesetz

Durchführungsverordnungen

- Suchtgiftverordnung
- Weiterbildungsverordnung orale Substitution

Abgesehen von den suchtmittelrechtlichen Spezialvorschriften gelten die für jede ärztliche Behandlung geltenden Vorschriften (insb. Ärztegesetz), sie sind nicht Gegenstand der Präsentation.

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Suchtgiftgesetz (SGG) 1951** (außer Kraft getreten 1998)
Suchtgift darf nur als **ultima ratio** verschrieben werden!
- **SGG-Novelle 1971**
Repression versus **Diversion - Therapie statt Strafe** für Suchtgiftkonsumenten die sich einer notwendigen ärztlichen Behandlung oder Überwachung unterziehen

idF Kritik: ärztliche Behandlung und Überwachung nicht ausreichend gewährleistet, Kommunikationsprobleme zwischen den zuständigen staatlichen Stellen

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **SGG-Novelle 1980**

Zentrale **Suchtgiftüberwachungsstelle** im BMG, Aufgabenzuweisung an **BVB als Gesundheitsbehörde** bei der Erkennung und Behandlung von Suchtgiftmissbrauch, Einbindung der **Schulen und Militärbehörden, Einrichtungen und Vereinigungen** zur Beratung und Betreuung von Personen iHa Suchtgiftmissbrauch

- **Aufgaben der Gesundheitsbehörde**

- Untersuchung
- Bei Suchtgiftabhängigkeit Anordnung von Entwöhnungsbehandlungen, Sicherstellung der Durchführung, Überwachung (Bescheid!)
- Ist in anderen Fällen des Suchtgiftmissbrauchs Behandlung oder Überwachung zweckmäßig – Anordnung mit Zustimmung des Betroffenen
- Erscheint zusätzlich oder allein die Beratung oder Betreuung durch eine Einrichtung zweckmäßig (psychosoziale Begleitbetreuung) – darauf hinwirken

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Erlass "Orale Substitutionsbehandlung von i.v. Drogenabhängigen" 1987** (BKA, Sektion Volksgesundheit)

Empfohlene Vorgangsweise sowie Melde- und Kontrollsystem (Dauerverschreibung mit Vidierung; Substitutionsregister)

- **1. Änderung des Erlasses 1990**

„Es wird beim BMGSK nicht übersehen, dass sich die ärztliche Tätigkeit, insbesondere im Rahmen einer Krankenbehandlung, nicht in Extenso regeln lässt. Es darf aber auch nicht außer acht gelassen werden, dass gemäß § 5 SGG suchtgifthalte Arzneien nur verschrieben werden dürfen, wenn ihre Anwendung nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft begründet ist. Überdies gebietet § 22 ÄrzteG 1984, dass der Arzt u.a. nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft, Ihrer Einhaltung kommt daher auch für niedergelassene oder in Krankenanstalten tätige Ärzte insofern größte Bedeutung zu, als jedes Abweichen vor dem Hintergrund der Berufspflicht, den ärztlichen Beruf entsprechend den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft auszuüben, einer besonders strengen Prüfung unterzogen werden kann.“

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Suchtmittelgesetz 1998**
 - > **Wegfall der ultima-Ratio-Regel**, Verschreibung suchtgifhaltiger Arzneimittel immer zulässig, wenn nach Maßgabe der med.wiss. Erkenntnisse und Erfahrung geboten
 - > Explizite Verankerung der Schmerz-, Entzugs- und **Substitutionsbehandlung** (Erl: „Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass eine Abstinenz von Opiaten nicht in jedem Fall erreicht werden kann und in diesen Fällen die Behandlung mit suchtmittelhaltigen Arzneimitteln einer weiteren illegalen Opiatabhängigkeit vorzuziehen ist“)
 - > Aufgreifen der Entwicklungen in der Behandlungs- und Betreuungspraxis (**Breiteres Spektrum von Hilfestellungen** - 5 gesundheitsbezogene Maßnahmen)
 - > Keine „Anordnung“ der Behandlung mehr, sondern „**Hinwirken**“ der Gesundheitsbehörde - bei Befolgung Entfall der Anzeigepflicht, Nichtbefolgung hat Auswirkungen auf die Diversion

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Zweite Überarbeitung des Substitutionserlasses 1998**
 Expliziter Hinweis auf die Bindungswirkung: „Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass der vorliegende Erlass eine unmittelbare Bindungswirkung für alle öffentlichen Organe, Organwalter bzw. nachgeordneten Behörden entfaltet, die weisungsgebunden sind. Alle anderen mit der Substitutionsbehandlung Befassten sind an den Erlass ebenfalls mittelbar gebunden, da dieser entsprechend umfassender fachlicher Vorarbeit auf Expertenebene unter sorgfältiger Einbeziehung der jeweiligen Rechtsgrundlagen den heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft darstellt. Der Erlass gibt Rahmenbedingungen vor, die dem Arzt ausreichend Spielraum für die Sicherstellung der für den jeweiligen Patienten bestmöglichen Behandlung einräumen.“

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Novelle Suchtgiftverordnung 2006** und
- **Weiterbildungsverordnung orale Substitution**
- **Hintergrund:** Infragestellung der Bindungswirkung des Erlasses für die behandelnden ÄrztInnen; zunehmende Entwicklung nicht hinreichend kontrollierter Arzneimittelverschreibungen und -mitgaben, Schwarzmarktproblematik bei retard. Morphin
- **Erläuterungen:** „Sämtliche Problemlagen wurden im Rahmen eines 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eingesetzten Expertenarbeitskreis bzw. weiteren Unterarbeitskreisen ausführlich diskutiert. Wenngleich dabei auch auf Expertenebene teilweise durchaus unterschiedliche Positionen vertreten wurden – dies gilt insbesondere für die Frage der Bedeutung des Einsatzes von Arzneispezialitäten, die retardiertes Morphin enthalten bzw. für das Ausmaß der Restriktion bei deren Verschreibung - so bestand aber grundsätzliche Einigkeit, dass die Problematik Anlass sowohl zu Qualitätsverbesserungen in der Behandlung als auch zu strengeren Kontrollmechanismen gibt“.

Entwicklung des Rechtsrahmens

- „Eckpunkte der Behandlung, die bislang auf Erlassebene getroffen waren, in den Verordnungsrang erhoben. Damit unmittelbare Verbindlichkeit nicht nur für die Gesundheitsbehörden (Amtsärzte/Amtsärztinnen), sondern auch für die behandelnde bzw. verschreibende Ärzteschaft. Andererseits werden einige Aspekte unter Einbeziehung auch der Expertenergebnisse künftig besser als bisher bzw. genauer geregelt. Die Festschreibung von Qualitätsstandards in Diagnostik und Behandlung liegt im öffentlichen Interesse und ist Voraussetzung für Erfolg und Sicherheit dieser im Hinblick auf die Spezifika der Suchtproblematik und deren Berührungsfäche zum illegalen Drogenmarkt besonders sensiblen Behandlungsform“ (Erläuterungen zur Novelle)
- „Besondere Bedeutung wurde hinsichtlich der Beschränkung der negativen Auswirkungen einer verbesserten, standardisierten Weiterbildung der verschreibenden und behandelnden Ärzte und Ärztinnen zuerkannt. Entsprechende Maßnahmen werden im Rahmen der parallel zur gegenständlichen Verordnung erarbeiteten „Verordnung der über die Weiterbildung zum/zur zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/Ärztin für den Bereich der Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken (Weiterbildungsverordnung orale Substitution)“ getroffen“ (Erläuterung zur Novelle).

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Evaluierungsprozess 2007/2008**

Hintergrund: die zu Grunde liegende Problematik und von den Experten vertretenen Lösungsansätze waren Gegenstand sehr kontroversieller Diskussionen, in einigen Aspekten standen sich bis zuletzt gegensätzlich Expertenmeinungen gegenüber. Daher wurde zugleich mit den Verordnungen eine Evaluierung nach 2 jährigem Inkraftstehen in Aussicht genommen.

- **SMG-Novelle 2008**

- > Bundesweites Substitutionsregister – Meldepflicht jedes Behandlungsbeginns und –endes durch BVB an BMG (Hintanhaltung von Mehrfachbehandlungen und – verschreibungen mit Substitutions-Arzneien)
- > Regelung des Informationsaustausches innerhalb einer koordinierten Gesamtbetreuung des Substitutionspatienten im Rahmen eines berufsgruppenübergreifenden Betreuungsnetzwerks

Entwicklung des Rechtsrahmens

- **Novelle Suchtgiftverordnung 2009** (BGBl II 485) und

- **Novelle Weiterbildungsverordnung 2009**

Einige der zentralen Fragen (die grundsätzliche Frage der Anwendung morphinhaltiger Spezialitäten in der Substitutionsbehandlung, der Differenzierung zwischen Mittel der ersten und zweiten Wahl, die Ausgestaltung der Mitgaberegulierung) blieben in der seinerzeitigen Expertendiskussion kontrovers. Das Meinungsspektrum reichte in den ausgeprägtesten Positionen vom gänzlichen Ausschluss der Morphinpräparate bzw. möglichst strengen Kontroll- und Mitgabeauflagen auf der einen Seite, bis hin zur rechtlichen Gleichbehandlung aller zur Anwendung gelangenden Arzneimittel und möglichst gelinden Eingriffen in die therapeutische ärztliche Verantwortung. Daher wurde im Rahmen der seinerzeitigen Reform vorgesehen, die Auswirkungen der letztlich festgelegten Rahmenbedingungen unter dem Blickwinkel der Patientenversorgung, der Qualitätssicherung der Behandlung sowie der Sicherheit der Gebarung mit den Substitutionsmitteln bis zum Ablauf des 30. Juni 2008 zu erheben. Die Ergebnisse sollten als Grundlage für allenfalls gebotene Justierungen bei den Rahmenbedingungen mit dem Ziel der Optimierung dieser Behandlungsform dienen (§ 35 Abs. 6 der Suchtgiftverordnung).

- Insgesamt zeigte der Evaluierungsprozess, dass die o.a. zentralen Fragen sowohl auf Vollzugsebene als auch in der Wissenschaft weiterhin kontrovers diskutiert werden. Dennoch konnte in einer mit den Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer besetzten Arbeitsgruppe und in den von dieser vorgelegten Empfehlungen weitgehende Einigung über den anstehenden Reformbedarf erzielt werden:
- - Während Ärzteschaft und Wissenschaft in der Frage des Einsatzes retardierter Morphinpräparate nach wie vor uneinig sind, wurde von der Arbeitsgruppe der Einsatz auch dieser Arzneimittel in der Substitutionsbehandlung nicht in Frage gestellt. Keine Übereinstimmung konnte allerdings in der Frage des Mittels der ersten Wahl erzielt werden. Zwar wurde u.a. darauf hingewiesen, dass die Wahl des im jeweiligen Einzelfall zum Einsatz zu bringenden Arzneimittels Aufgabe des sachkundigen Arztes und daher der regulierende Eingriff in die ärztliche Therapie nicht unproblematisch ist; ein Abgehen von der bisherigen Regelung, welche zwischen Substitutionsmitteln erster und zweiter Wahl differenziert, wurde andererseits angesichts des den Morphinpräparaten in Retardform zugeschriebenen höheren Missbrauchspotentials aber nicht einhellig befürwortet.

- Einhellig wurden hingegen in den Empfehlungen u.a. folgende, in der Praxis auftretende, Probleme und daher entsprechender Novellierungsbedarf gesehen:
 - praxismgerechte Gestaltung der Mitgaberegulung (ärztlich-therapeutischen Erfordernisse)
 - Einbeziehung von Buprenorphin in die Mitgaberegulung
 - Nicht ausreichend praxismgerechte Regelung der einzuholenden zweiten Fachmeinung bei jungen Patienten. Notwendigkeit der Einbindung des Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei Behandlung von Jugendlichen unter 20 Jahren und graviden Frauen mit morphinhaltigen Arzneimitteln ist nicht praxisrelevant, soll entfallen
 - Prüfung und allfällige Konkretisierung der Zusatzdokumentation mit Rezeptierungsmöglichkeit im Rahmen einer kontrollierten Verschreibung von Benzodiazepinen in der Substitutionsbehandlung
 - Differenzierung bei den Weiterbildungsaufgaben zw. indikationstellenden und einstellenden Ärzte/Ärztinnen einerseits und weiterbehandelnden Ärzten andererseits
- Korrekturen aufgrund der Ergebnisse des Evaluationsprozesses vorgenommen

Geltendes Recht Suchtmittelgesetz

§ 8 Ärztliche Behandlung, Verschreibung und Abgabe

- Suchtmittelhaltige Arzneimittel dürfen **nur nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der medizinischen**, zahnmedizinischen oder veterinärmedizinischen Wissenschaft, **insbesondere auch für Schmerz- sowie für Entzugs- und Substitutionsbehandlungen**, verschrieben, abgegeben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung am oder im menschlichen oder tierischen Körper unmittelbar zur Anwendung gebracht werden

§ 8a Abs. 1 Meldungen und Mitteilungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung

- Ärzte haben den Beginn und, sofern es ihnen bekannt ist, das Ende einer Substitutionsbehandlung unverzüglich der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu melden
- Patientendaten: Vornahme, Familienname, Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsbürgerschaft, Meldeadresse; Datum von Behandlungsbeginn und Behandlungsende
- Soweit zulässigerweise kein Dauerrezept verwendet wird das Substitutionsmittel bekannt zu geben.

Geltendes Recht im Überblick Suchtmittelgesetz

§ 8a Abs. 2 und 3

Informationsaustausch

Die an der Beratung, Behandlung oder Betreuung eines Patienten, der sich einer Substitutionsbehandlung unterzieht, beteiligten Ärzte, Amtsärzte, Apotheker, Bewährungshelfer, klinischen Psychologen, Psychotherapeuten oder Personen, die in einer Einrichtung gemäß § 15 gesundheitsbezogene Maßnahmen (§ 11 Abs. 2) bei diesem Patienten durchführen, **dürfen Wahrnehmungen aus dieser Tätigkeit gegenseitig nur insoweit mitteilen**, als

- der Patient der Mitteilung ausdrücklich zugestimmt hat, oder
- die Mitteilung zum Schutz der Gesundheit des Patienten dringend erforderlich ist und seine ausdrückliche Zustimmung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

Dokumentationspflicht

- > ausdrückliche Zustimmung des Patienten, oder
- > Gründe, weshalb die ausdrückliche Zustimmung nicht rechtzeitig eingeholt werden konnte

Geltendes Recht im Überblick Suchtgiftverordnung

§ 23a

Definition

- Behandlung mit oral zu verabreichenden opioidhaltigen Arzneimitteln als Ersatz für missbräuchlich zugeführte Opiode

Behandlungsziele

1. das Risikoverhalten des Abhängigen zu reduzieren und sein Leben in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht zu stabilisieren und zu bessern,
2. die Abstinenz von Suchtmitteln schrittweise wiederherzustellen,
3. die Behandlung einer neben der Opioidabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung zu unterstützen **oder**
4. die Risiken einer Opioidabhängigkeit während einer Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt zu verringern.

Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung

Geltendes Recht im Überblick Suchtgiftverordnung

§ 23b

Voraussetzungen der Substitutionsbehandlung

- Patient/in erhält von keinem anderen Arzt ein Substitutionsmittel
- Aufklärung über mögliche Risiken, Rahmenbedingungen der Behandlung und Nebenwirkungen
- Nachweisliches Einverständnis des Patienten
- Schriftlicher Behandlungsvertrag (Muster im Anhang der VO)
darauf kann nur ausnahmsweise aus besonderen Gründen verzichtet werden, die zu dokumentieren sind

Rahmenbedingungen

- Einhaltung der Einnahmemodalitäten (Abgabemodus)
- Regelmäßige ärztliche Kontrollen einschl. Harnproben
- Behandlung des Beikonsums von Substanzen, die die Substitutionsbehandlung oder den Gesundheitszustand des Patienten gefährden
- Unterlassung der Weitergabe des Substitutionsmittels
- Ärztl. Aufklärung über Abbruchkriterien

Geltendes Recht im Überblick Suchtgiftverordnung

§ 23c

Mittel der 1. Wahl

- Methadon und Buprenorphin in einer für die perorale Einnahme geeigneten und die perorale Einnahme erschwerenden Zubereitung
- Nur bei Unverträglichkeit andere Arzneimittel

§ 23d

Weiterbehandlung nach Einstellung

- Einstellender Arzt hat Weiterbehandlung sicherzustellen wenn er sie nicht selbst durchführt
- Befund (Empfehlung für Dosis und Abgabemodus)
- Substitutionsausweis (oder Kopie der Dauerverschreibung)

Geltendes Recht Suchtgiftverordnung

§ 23e

Abgabemodus

- **Regelmäßiger Abgabemodus** = tägliche kontrollierte Einnahme
- Ausgenommen Sonn- und Feiertage (Mitgabe je 1 Tagesdosis)
- **Buprenorphin** – bis zu 7 Tagesdosen auf einmal

Weitere Ausnahmen nur unter folgenden allgemeinen Voraussetzungen:

- im Einzelfall keine Hinweise auf eine nicht bestimmungsmäßige Verwendung des Substitutionsmittels oder einen Beigebrauch anderer Substanzen nachweislich ist, die die Substitutionsbehandlung oder den Gesundheitszustand des Patienten gefährden, **und**
- tägliche Einnahme an der Abgabestelle nicht möglich (Arbeit, Aus- oder Weiterbildung, andere zeitliche begrenzte, besonders berücksichtigungswürdige Gründe (z.B. Erkrankung, vorübergehender Aufenthaltswechsel), **und**
- Bei ret. Morphin nur, wenn keine andere, die kontrollierte Einnahme sicherstellende Möglichkeit besteht

Geltendes Recht Suchtgiftverordnung

Besondere Voraussetzungen für die Ausnahmen

- Mindestbehandlungsdauer
 - > bei ret. Morphin mindestens 6 Monate
 - > bei anderen Substitutionsmitteln mind 12 Wochen

Grenzen der Mitgabe

- > Nicht mehr als 7 Tagesdosen (Berufstätigkeit, Aus- oder Weiterbildung)
- > Nicht mehr als 35 Tagesdosen pro Kalenderjahr (zeitl. Begrenzter Aufenthaltswechsel)

Generalklausel

Andere Ausnahmen von der täglich kontrollierten Einnahme sind nur zulässig, wenn dies im Einzelfall aus besonders berücksichtigungswürdigen, insbesondere auch aus therapeutischen Gründen, geboten ist und hierüber das Einvernehmen zwischen dem behandelnden Arzt und dem Amtsarzt hergestellt worden ist. Der besonders berücksichtigungswürdige Grund und das hergestellte Einvernehmen sind zu dokumentieren. Der besonders berücksichtigungswürdige Grund ist durch einen Vermerk auf der Verschreibung kenntlich zu machen.

Geltendes Recht Suchtgiftverordnung

Rezeptvermerke bei jeder Ausnahme von der täglich kontrollierten Einnahme

- Abgabemodus
- Rechtfertigende Gründe

Änderungen während angeordnetem Abgabemodus

- Nachweisliches Storno der Dauerverschreibung
- Neue Dauerverschreibung mit geändertem Abgabemodus (Amtsarzt!)
- Bei unbedingter Notwendigkeit kurzfristiger Änderung aus unvorhersehbaren Gründen: schriftliche Begründung, Fertigung durch behandelnden Arzt, Vidierung durch Amtsarzt

Geltendes Recht Suchtgiftverordnung

§ 23f **Pflichten des weiterbehandelnden Arztes**

- Substitutionsausweis aktualisieren (oder Kopie der Dauerverschreibung aushändigen)
- Regelmäßige, anfangs häufigere Behandlungskontrollen
- Verlässliche Harnkontrollen
- Bei Umstellung von Methadon/Buprenorphin oder Dosis- bzw. Signaturänderung ist, soweit möglich und tunlich, Rücksprache mit dem einstellenden bzw. bisher behandelnden Arzt zu halten

§ 23g **Kontrolle durch Amtsarzt**

§ 23h **Vorschriften für Apotheke**

§ 23i **Sachverständigenkommission des LH**

Konflikte, auftretende Probleme

Konfliktparteien haben die Kommission zu unterstützen und mitzuwirken

§ 23j **Meldeblatt für Ärzte an BVB**

Geltendes Recht Weiterbildungsverordnung orale Substitution

- **Inhalt:** Erlangung der Kenntnisse und Fertigkeiten eines mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arztes mit Qualifikation zur Substitutionsbehandlung
- **Umfassende Qualifikation** (Indikationstellung und Einstellung, Weiterbehandlung) oder
 - > Basismodul „Indikationstellung und Einstellung“ (mind. 40 Einheiten), und
 - > regelmäßige vertiefende Weiterbildungsmodule nach Eintragung in die Liste (mind. 6 Einheiten pro Jahr)
- **Eingeschränkte Qualifikation zur Weiterbehandlung**
 - > Basismodul Weiterbehandlung (mind. 6 Einheiten)
 - > regelmäßige vertiefende Weiterbildungsmodule nach Eintragung in die Liste (mind. 6 Einheiten pro Jahr)

Geltendes Recht

Weiterbildungsverordnung orale Substitution

Umfang der Qualifikation zur Weiterbehandlung

- Weiterverschreibung des Substitutionsmittels auf das der Patient eingestellt wurde
- Dosisänderungen und Abgabemodusänderungen innerhalb des vom indikationstellenden und einstellenden Arztes vorgegebenen Rahmens
- Nicht: Weitergehende Änderungen von Dosis und Abgabemodus
- Nicht: Anwendung der Generalklausel
- Nicht: Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel

Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten ÄrztInnen

- Berechtigung zur selbständigen ärztlichen Berufsausübung
- Nachweis der jeweiligen Basisweiterbildung
- Eintragung gilt für die Dauer von 3 Jahren (Nachweis der regelmäßigen vertiefenden Weiterbildung)

