

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Lisa Paus, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in der Behandlung von Opiatabhängigen

Im Jahr 2009 hat der Deutsche Bundestag die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland gesetzlich ermöglicht. Bislang sind jedoch neben den schon im Jahr 2009 bestehenden Einrichtungen keine weiteren hinzugekommen. Ursache für diese Entwicklung ist nach Auffassung etwa der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (vgl. Pressemitteilung vom 22. März 2010) die im März 2010 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Richtlinie zur Diamorphinbehandlung. Die Bundesregierung hat die Richtlinie seinerzeit nicht beanstandet, jedoch einen Bericht des G-BA zu den Auswirkungen der Richtlinie in Aussicht gestellt (vgl. Bundestagsdrucksache 17/6625).

Kritik gibt es auch an den rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in Deutschland. Während die Zahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten auch dem aktuellen „Bericht zum Substitutionsregister“ der Bundesopiumstelle vom Januar 2012 zufolge in den letzten Jahren auf mittlerweile 76 200 gestiegen ist, stagniert die Zahl der aktiv tätigen Substitutionsärztinnen und -ärzte weiter. Die mangelnde Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten mit einer entsprechenden Qualifikation an der Substitutionsbehandlung teilzunehmen, wird auch auf die unzulänglichen Vorschriften der geltenden Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zurückgeführt. Wie die aktuelle PREMOS-Studie – PREMOS = Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment – (Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 5/2011) zeigt, gibt es in dieser Behandlungsart nach wie vor Probleme wie eine ungenügende Behandlungsintensität, unzureichende Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen, eine unzureichende Verzahnung mit psychosozialen Angeboten sowie kontraproduktive Vorgaben wie die Abstinenzorientierung. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die IMPROVE-Studie im Auftrag von akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. a) Wie beurteilt die Bundesregierung die vorhandenen Versorgungsstrukturen in der diamorphingestützten Behandlung im Hinblick auf die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, eine „zusätzliche, dauerhafte und auch langfristig tragfähige Option für die Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger zu schaffen“ (vgl. Bundestagsdrucksache 16/11515)?
- b) Wie viele Patientinnen und Patienten befinden sich derzeit in einer diamorphingestützten Behandlung?

2. Liegt der auf Bundestagsdrucksache 17/6625 angekündigte Bericht des G-BA zu den Auswirkungen des Richtlinienbeschlusses zur diamorphingestützten Behandlung inzwischen vor?

Wenn ja, welches Ergebnis hat dieser?

Wenn nein, wann wird der Bericht vorgelegt?

3. Stützt sich der Bericht des G-BA – wie von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Mechthild Dyckmanns angeregt – auch auf Befragungen von Trägern, die an der Schaffung neuer Einrichtungen zur diamorphingestützten Behandlung interessiert sind?

Wenn ja, welche Träger wurden befragt?

Wenn nein, warum nicht?

4. Welche weiteren Informationen hat die Bundesregierung zur Methodik und zur Datengrundlage des durch den G-BA erstellten Berichts, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

5. a) Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den ihr vorliegenden Informationen aus einzelnen Kommunen, nach denen die Richtlinien zur diamorphingestützten Behandlung in ihrer derzeitigen Fassung die Einrichtung von Diamorphinambulanzen nicht begünstigt haben (vgl. Bundestagsdrucksache 17/6625)?

- b) Welche Regelungen des Richtlinienbeschlusses des G-BA zur diamorphingestützten Behandlung sind hierfür nach Kenntnis der Bundesregierung ausschlaggebend?

6. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der PREMOS-Studie, dass dem erforderlichen Behandlungsbedarf in der Substitutionstherapie „bei der Mehrzahl der betroffenen PatientInnen nicht entsprochen“ werde?

- b) Teilt die Bundesregierung diesen Befund?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Wenn nein, warum nicht?

7. Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der PREMOS-Studie, dass sich die Behandlungskonzepte für die Substitutionstherapie insbesondere im Hinblick auf die Dauer der Behandlung an den Behandlungsprinzipien anderer chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus orientieren müsse?

8. Hält die Bundesregierung, Anreizregelungen im Rahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für geboten, um den von der PREMOS-Studie empfohlenen Ausbau der integrierten Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer im Hinblick auf die Substitutionstherapie zu fördern?

Wenn ja, welche wären dies?

Wenn nein, warum nicht?

9. Inwieweit plant die Bundesregierung – wie von der PREMOS-Studie empfohlen – ein Modellprogramm zur Erprobung von Kooperationsformen zwischen Substitutionsstelle, Psychosozialer Betreuung (PSB) und Psychotherapeuten/Psychiatern (Empfehlung 10)?

Wenn sie keines plant, warum nicht?

10. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der PREMOS-Studie, wonach das für die Behandlung der Opiatabhängigkeit notwendige Behandlungsnetz in ländlichen Regionen nicht immer sichergestellt sei?

- b) Welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung aus der Empfehlung der PREMOS-Studie (Empfehlung 9), dass in Modellvorhaben geeignete Kooperations- und Finanzierungsmodelle für ländliche Räume zu erproben seien?
11. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der PREMOS-Studie, wonach die Abstinenz bei Substitutionspatientinnen und -patienten „überwiegend als temporär erfolgreiche Abstinenz einzuordnen sei“, und die meisten (85 Prozent) der als abstinent klassifizierten Patientinnen und Patienten nach sechs Jahren wieder in einer Substitutionstherapie waren?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der PREMOS-Studie, wonach bei einer hohen Abstinenzorientierung auch mehr Patientinnen und Patienten versterben, weniger in Substitution sind und die Abbruchrate höher ist?
- c) Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Empfehlung der PREMOS-Studie (Empfehlung 6), den „gefühlten Druck der Ärzteschaft zur Beendigung der Substitution“ abzubauen?
- d) Beabsichtigt die Bundesregierung vor diesem Hintergrund, das Abstinenzziel der Substitutionsbehandlung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 BtMVV zu streichen oder zu modifizieren?
- Wenn nein, warum nicht?
12. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der PREMOS-Studie, wonach die Unterbrechung/der Abbruch der Substitution ein Risikofaktor für den Tod der Patientin oder des Patienten ist?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund den Befund der Studie, dass einmalige oder auch mehrmalige disziplinarische Unterbrechungen oder Abbrüche der Substitution typisch für den Behandlungsverlauf der meisten Patientinnen und Patienten seien?
- c) Zieht die Bundesregierung Schlussfolgerungen aus der Empfehlung der PREMOS-Studie, den Abbruch der Substitution aus disziplinarischen Gründen sorgfältig zu prüfen und auf absolut kritische Einzelfälle zu begrenzen?
- Wenn ja, welche Schlussfolgerungen sind dies?
- Wenn nein, warum nicht?
13. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund der IMPROVE-Befragung, wonach fast die Hälfte (47 Prozent) der substituierenden Ärztinnen und Ärzte die rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitution als veränderungsbedürftig bezeichnen?
- b) Strebt die Bundesregierung vor diesem Hintergrund Änderungen der betäubungsmittelrechtlichen Regelungen an?
- Wenn ja, welche sind dies?
- Wenn nein, warum nicht?
14. Sieht die Bundesregierung Anlass dazu, die Mitgabe der Verschreibung des Substitutionsmedikamentes für hierfür geeignete Patientinnen und Patienten über die bestehende Zweitagesregelung hinaus zu ermöglichen?
- Wenn ja, wann wird sie eine solche Änderung der BtMVV herbeiführen?
- Wenn nein, warum nicht?
15. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Aussage der PREMOS-Studie, wonach Take-Home-Medikation jenseits der rechtlichen Bestimmungen

eine „weitverbreitete Praxis“ und wegen der häufig beträchtlichen Distanzen zwischen Wohnort des Patienten und Substitutionsstelle eine „logistische Notwendigkeit“ für viele Ärzte sei?

- b) Sieht die Bundesregierung Anlass dazu, die Mitgabe des Substitutionsmedikamentes für hierfür geeignete Patientinnen und Patienten rechtlich zu ermöglichen?

Wenn ja, wann wird sie eine solche Änderung der BtMVV herbeiführen?

Wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 8. März 2012

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion