

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Dr. Martina Bunge, Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/12614 –**

### **Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die Substitutionsbehandlung bezeichnet die Therapie einer Suchterkrankung mithilfe eines Ersatzstoffs. Sie wird unter anderem bei Abhängigkeit von Opiaten, vor allem Heroin, angewendet. Sie stellt hier die momentan erfolgreichste Behandlung dar, insbesondere wenn sie durch psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen unterstützt wird (vergleiche PREMOS-Studie).

Die Substitutionstherapie ist seit 1993 in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt. In der Regel wird Methadon angewendet, zunehmend auch der Wirkstoff Buprenorphin und andere Mittel sowie seit dem Jahr 2009 auch Diamorphin, ein synthetisches Heroin. Alle Substitutionsmittel sind zugelassene Arzneimittel.

Momentan führt etwa die Hälfte der Opiatabhängigen eine Substitutionstherapie durch (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2012). Das ist international ein guter Wert. Trotzdem heißt das auch, dass etwa die Hälfte der Betroffenen nicht substituierbehandelt werden.

Prekär ist die Lage insbesondere bei der Diamorphin-Substitution. Diese Therapieoption wurde im Jahr 2009 mit den Stimmen aller Fraktionen außer der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag beschlossen. Ein Modellversuch erbrachte ausgesprochen positive Ergebnisse, doch seit der Überführung in die Regelversorgung ist bislang keine einzige Diamorphin-Ambulanz hinzugekommen (Stand: Februar 2013). Noch immer ist der gesamte Osten Deutschlands unversorgt. Mit dafür verantwortlich waren unter anderem hohe Auflagen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert hat (vgl. Umfrage des G-BA zur Diamorphin-Richtlinie 2012). Diese wurden erst im Januar 2013 erheblich gelockert. Mit verantwortlich gemacht wird aber auch die Ausgestaltung der BtMVV (vgl. „Vorschlag zur Veränderung der BtMVV“ von akzept e. V und der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.).

Die Substitutionsbehandlung ermöglicht in erster Linie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (PREMOS-Studie) und erhöht die gesundheitliche Lebensqualität. Sie senkt auch die Infektionsraten mit Hepatitis- und HI-Viren. Wie bei der Behandlung anderer chronischer Krankheiten, steht die Stabilisierung

des Gesundheitszustands und der sozialen Situation der Betroffenen im Mittelpunkt. Nur einem kleineren Teil der Behandelten gelingt es, letztendlich auch auf das Substitut zu verzichten (PREMOS-Studie). Der Nutzen, also die positive Auswirkung auf Sterblichkeit, Morbidität und Lebensqualität, ist dennoch seit langem unbestritten.

Die BtMVV schreibt als vorrangiges Behandlungsziel die Abstinenz vor und steht damit im Widerspruch zur internationalen medizinischen Wissenschaft (vgl. PREMOS-Studie). Sie bindet untergesetzliche Normen, wie etwa die Leitlinie der Bundesärztekammer (BÄK) und die Richtlinie des G-BA, und verhindert zusehends, dass neue medizinische Erkenntnisse in die Behandlung einfließen können. Auch die strikten Regelungen zum Beikonsum anderer Drogen, wie Cannabis oder Alkohol, aber auch von Opioiden, stehen nach Auffassung von Expertinnen und Experten im Widerspruch zur Lebens- und Behandlungsrealität (Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Projekt zur Evaluation der missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland, 2009). Sie verhindern demnach nicht nur Therapieerfolge, sondern zwingen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einen Konflikt zwischen ärztlichen Leitlinien und Betäubungsmittelrecht. Die rechtliche Unsicherheit hat dazu geführt, dass etliche Ärztinnen und Ärzte vor Gericht verurteilt wurden und andere daraufhin ihre Tätigkeit als Substitutionsärztinnen und -ärzte aufgaben. So droht etwa in Niederbayern die Substitutionsbehandlung zusammenzubrechen (Paritätischer Wohlfahrtsverband Bayern, 3. November 2012).

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Wie bereits in der Antwort der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 17/9114) auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur „Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in der Behandlung von Opiatabhängigen“ ausgeführt, verfolgt die Bundesregierung die Entwicklung der Qualität der Behandlung Opiatabhängiger mit hoher Aufmerksamkeit. Deshalb hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Absprache mit den Bundesländern 2008 die PREMOS-Studie (Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome) in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse der Studienleiter am 21. September 2011 im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vorgestellt hat. Die Studie stellt fest, dass die Substitutionstherapie in Deutschland effektiv ist und die allgemeinen primären Ziele überwiegend erreicht. Auch die IMPROVE-Studie belegt, dass Suchtmediziner, Patienten und Opiatkonsumierende die opiatgestützte Substitution als wertvoll und wirksam ansehen.

Für die rechtliche Regelung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger ist ein grundsätzlicher Zielkonflikt bedeutsam: Nach Auffassung der Bundesregierung stellt die Substitutionstherapie Opiatabhängiger hinsichtlich des Missbrauchs und der Abzweigung von Betäubungsmitteln eine „besondere“ Behandlung dar, da dabei durchaus gefahrgeneigte Situationen auftreten können. Insofern ergibt sich hinsichtlich der notwendigen medizinischen Versorgung und der Gewährleistung der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs ein Spannungsfeld: Einerseits soll die substitutionsmedizinische Versorgung der Opiatabhängigen so unbürokratisch wie möglich und auf hohem Qualitätsniveau angeboten und aufrechterhalten werden. Andererseits soll den berechtigten Sicherheitsinteressen, insbesondere hinsichtlich der Verhinderung von Abzweigung und Missbrauch der Betäubungsmittel, Rechnung getragen werden. Vor diesem Hintergrund versucht der Gesetzgeber die Balance zu wahren, so dass auch die rechtlichen Regelungen häufig Kompromisse zwischen diesen gegenläufigen Zielstellungen widerspiegeln.

Darüber hinaus machen die mehr als 75 000 Patientinnen und Patienten in einer Substitutionsbehandlung (zum Stichtag 1. Juli 2012) sowie die rund 88 000 An-

Ab- bzw. Ummeldungen von Patientencodes beim Substitutionsregister im Jahr 2012 deutlich, dass Substitutionsbehandlungen eine große Vielfalt und Dynamik aufweisen. Sie können sich hinsichtlich ihrer Ursachen, Dauer, Medikation und Stabilität nicht nur zwischen den einzelnen Patienten unterscheiden, sondern können auch im Verlauf einer Behandlung von teilweise erheblichen Dynamiken geprägt sein. Regelungen der Substitutionsbehandlung müssen deshalb neben dem o. g. Zielkonflikt zwischen Sicherheitsinteressen und substituitionsmedizinischer Versorgung auch die unterschiedlichen Behandlungen beachten. Die Ergebnisse der PREMOS-Studie beziehen sich beispielsweise nur auf langfristig substituierte Opiatabhängige, die nicht für alle Formen der Substitutionsbehandlung gültig sind. In der Praxis ist eine differenzierte Betrachtungsweise erforderlich, die den Patienten mit seinen je aktuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Behandlung stellt. Diesen Erfordernissen trägt die BtMVV Rechnung, die bereits bei der Zielformulierung mehrere mögliche Ziele vorgegeben hat.

Darüber hinaus ist es aus Sicht der Bundesregierung als ein Erfolg zu werten, dass alle ehemaligen Modellstandorte der diamorphingestützten Behandlung für Schweropiatabhängige Angebote der Regelversorgung wurden und nach wie vor sind.

1. Wie viele Menschen befinden sich derzeit in einer Substitutionsbehandlung, und wie viele Opiat-Abhängige gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland?

Gemäß dem Substitutionsregister, das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Länder geführt wird, ist die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatienten (jeweils zum Stichtag 1. Juli) seit Beginn der Meldepflicht im Jahr 2002 von 46 000 auf 77 400 Patientinnen und Patienten im Jahr 2010 kontinuierlich angestiegen. Seitdem sinkt die Anzahl: 2011 auf 76 200 und 2012 auf 75 400 Patientinnen und Patienten.

Eine verlässliche Zahl zu den Opiatabhängigen in Deutschland liegt nicht vor. Gemäß dem REITOX-Bericht 2012 der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht führen Berechnungen auf der Basis von Zahlen aus Behandlung, Polizeikontakten und Drogentoten zu einer Schätzung der Zahl problematisch Heroinkonsumierender im Alter von 15 bis 64 Jahren, die zwischen 63 000 und 185 000 Personen liegt.

2. Wie hat sich die Zahl der Menschen in einer Substitutionstherapie und wie die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Die Anzahl der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten in Deutschland lag 2002 bei 46 000, 2004 bei 57 700, 2006 bei 64 500, 2008 bei 72 200, 2010 bei 77 400 und 2012 bei 75 400. Die Anzahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte hat sich wie folgt entwickelt: 2 436 (2002), 2 616 (2004), 2 706 (2006), 2 673 (2008), 2 710 (2010) und 2 731 (2012). Die Zahl der seitens der Ärztekammern gemeldeten und im Substitutionsregister registrierten suchttherapeutisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (2012: ca. 8 400) liegt deutlich höher.

3. Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für die Entwicklung der Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte, und sieht sie hier Handlungsbedarf?

Sieht die Bundesregierung insbesondere die Ausgestaltung der BtMVV als mitverantwortlich für die Entwicklung der Zahl der Substitutionsärztinnen und -ärzten an?

Wie aus den Antworten zu den Fragen 1 und 2 hervorgeht, ist die Zahl der aktiv substituierenden Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren mit etwa 2 700 Ärztinnen und Ärzten weitgehend konstant. Die Zahl der substituierten Patientinnen und Patienten ist derzeit dagegen leicht rückläufig. Insofern ist derzeit von einer ungefähr gleichbleibenden Relation der gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten pro substituierendem Arzt bzw. Ärztin auszugehen, die bundesweit durchschnittlich bei etwa 1:28 liegt.

Für die Entwicklung der Zahl der aktiv substituierenden Ärztinnen und Ärzte kommen eine Reihe von Ursachen in Frage. Insoweit lässt sich nicht hinreichend bewerten, inwieweit die Regelungen der BtMVV gegebenenfalls entsprechende Auswirkungen haben.

4. Wie viele Ärztinnen und Ärzte mit Substitutionserlaubnis führen keine Substitutionsbehandlungen durch?

Wie beurteilt die Bundesregierung diese Zahl, und welche Ursachen sieht sie dafür?

Wie in der Antwort zu Frage 2 bereits ausgeführt, liegt die Zahl der im Substitutionsregister verzeichneten suchttherapeutisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte mit etwa 8 400 im Jahr 2012 deutlich höher als die 2 731 aktiv substituierenden Ärztinnen und Ärzte im selben Jahr. Untersuchungen zur Frage, warum viele Ärztinnen und Ärzte mit einer Substitutionserlaubnis zumindest aktuell keine Substitutionsbehandlungen durchführen, liegen nicht vor. Ärztinnen und Ärzte, die die Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erlangen, erwerben damit aber nicht nur die Qualifikation für die Durchführung von Substitutionsbehandlungen, sondern können in allen Bereichen der Suchtmedizin tätig werden. Deshalb ist davon auszugehen, dass sich nicht alle entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzte der Substitutionsbehandlung zuwenden. Darüber hinaus ist eine Vielzahl von Gründen denkbar, darunter ökonomische, patientenorientierte, bürokratiebezogene und betäubungsmittelrechtliche Überlegungen.

5. Wie wird sich nach Einschätzung der Bundesregierung die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte in der Zukunft verändern (bitte begründen)?

Wie bereits ausgeführt, ist die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte derzeit stabil, während die Zahl der Patientinnen und Patienten leicht rückläufig ist. Eine Befragung der Bundesärztekammer weist allerdings darauf hin, dass in den nächsten Jahren eine Reihe von Substitutionsärztinnen und -ärzten in den Ruhestand wechseln. Diese Entwicklung betrifft allerdings nicht nur die Gruppe der substituierenden Ärztinnen und Ärzte.

6. Hält die Bundesregierung eine Erhöhung der Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte für wünschenswert, und falls ja, welche Maßnahmen hat sie dafür eingeleitet?

Der Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung – auch der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auch die Beurteilung, inwieweit bundesweit oder regional eine

Erhöhung der Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte wünschenswert ist. Unabhängig davon wirbt die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen seit Anfang März 2013 mit einer Infokampagne dafür, dass ärztliche Absolventinnen und Absolventen der Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ anschließend eine Substitutionsbehandlung anbieten.

7. Welche suchtmedizinischen Inhalte sind laut Approbationsordnung während des Medizinstudiums zu vermitteln?

Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten zielt auf die Vermittlung umfassender Kompetenzen zur Ausübung des ärztlichen Berufs ab. Sie umfasst daher die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Feststellung der unterschiedlichsten Krankheitsbilder sowie ihrer Behandlung bei Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen. Allerdings regelt der Bund mit der Approbationsordnung für Ärzte nur die Mindestanforderungen an die Ausbildung und lässt den Hochschulen Spielräume zur konkreten Ausgestaltung der Ausbildungen. Inhaltliche Spezifizierungen dieser allgemeinen Vorgaben erfolgen daher üblicherweise durch die Curricula der Hochschulen. Die Approbationsordnung für Ärzte bietet mit den Fächern „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Pharmakologie, Toxikologie“ oder auch dem Querschnittsbereich „Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie“ geeignete Ansatzpunkte, suchtmedizinische Inhalte in der ärztlichen Ausbildung zu thematisieren. Die schriftlichen Prüfungsaufgaben im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung stellen auf die wichtigsten Krankheitsbilder und Gesundheitsstörungen ab und erfassen explizit auch suchtmedizinische Aspekte.

8. Wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, die sich auf Suchttherapie spezialisiert haben?

Wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen darüber vor, wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten sich in Deutschland auf die Versorgung von Suchtkranken spezialisiert haben und wie sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt hat. Auch eine Nachfrage bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab, dass dort keine Mitteilungen zu den Tätigkeitsschwerpunkten der einzelnen Psychotherapeutinnen und -therapeuten vorliegen.

9. Welchen Stellenwert hat eine Psychotherapie in der Suchtbehandlung nach Ansicht der Bundesregierung?

Grundsätzlich sollte jede Suchtbehandlung auch psychosoziale Aspekte des Einzelfalles berücksichtigen. Dabei variiert ein möglicherweise bestehender Unterstützungsbedarf mit den individuellen Gegebenheiten. Das Spektrum des Bedarfs reicht von allgemeiner ärztlicher Beratung über fokussierte supportive Gesprächsinterventionen bis hin zu spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen, u. a. auch bei Vorliegen von komorbiden psychischen Störungen. Die Feststellung des diesbezüglichen Unterstützungs- und Behandlungsbedarfs erfolgt im Einzelfall durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin. Um dem ggf. bestehenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei Suchtbehandelten in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend Rechnung zu tragen, hat der G-BA zuletzt mit Beschluss vom 14. April 2011 in seiner Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) die Indikation „Abhän-

gigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ präzisiert und u. a. ausdrücklich psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide bei gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung als Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen (s. a. Antwort zu Frage 11). Die Bundesregierung teilt den dabei zum Ausdruck kommenden hohen Stellenwert für eine Psychotherapie in der Substitutionsbehandlung, sofern diese seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als erforderlich erachtet wird.

10. Wie schätzt die Bundesregierung den Versorgungsgrad der Psychotherapie für Substitutionsbehandelte ein?

Sieht sie hier Handlungsbedarf?

Hinzuweisen ist zunächst darauf, dass das Leistungsangebot der psychotherapeutischen Versorgung mit über 20 000 Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch Substitutionsbehandelten gleichermaßen wie anderen Patientengruppen zur Verfügung steht. Nähere Hinweise darüber, dass es zu erheblichen Versorgungsengpässen kommt, liegen weder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch der Bundesregierung vor. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass einer möglichen Fehlentwicklung in der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) entgegenwirkt. Vorliegende Modellrechnungen zu der auf der Grundlage des GKV-VStG neugefassten Bedarfsplanungs-Richtlinie weisen für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung über 1 200 Zulassungsmöglichkeiten aus. Die Arztgruppe der Psychotherapeuten hat damit mit der Arztgruppe der Hausärzte den größten Zuwachs zu verzeichnen. Dies wird sich auch auf die Versorgung von Suchterkrankten auswirken.

11. Ist es richtig, dass bis zum Jahr 2010 eine Psychotherapie für Substitutionspatientinnen und -patienten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung regelhaft erstattet wurde, und falls ja, womit wurde das begründet?

Die nähere Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die leistungsrechtliche Konkretisierung im Hinblick auf bestimmte Behandlungsinhalte ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Nach der Richtlinie des G-BA, die die substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger näher regelt (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), besteht insoweit eine Leistungspflicht der Krankenkassen für eine begleitende psychiatrische oder psychotherapeutische Betreuung, als diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Diese Ausführungen finden sich bereits in der entsprechenden Richtlinie des vor dem Jahre 2004 zuständigen Vorgängergremiums des G-BA, dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Mit Beschluss vom 14. April 2011 hat der G-BA zudem in seiner Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) ausdrücklich psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide bei gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung als Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen.

Im Übrigen kann die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Substitutionspatientinnen und -patienten gemäß den einschlägigen gemeinsamen Rahmenkonzepten der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung vom 3. Dezember 2008 sowie vom 18. August 2011 insbeson-

dere auch als Bestandteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

12. Wie viele Personalstellen für die psychosoziale Betreuung (PSB) von Abhängigen gibt es in Deutschland?

Wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Zahlen vor.

13. Welchen Stellenwert kommt der PSB in der Suchtbehandlung nach Ansicht der Bundesregierung zu?

Sofern die psychosoziale Betreuung von Substituierten gemäß § 5 Absatz 2 Nummer 2 BtMVV als erforderlich erachtet wird, hat sie nach Ansicht der Bundesregierung einen hohen Stellenwert für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung. Sie dient einer erfolgreichen Reintegration der Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft, die häufig Maßnahmen erforderlich macht, die über die medizinischen Bestandteile der Substitutionsbehandlung hinausgehen. Gemäß der PREMOS-Studie sehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine sehr hohe Notwendigkeit für Maßnahmen zur sozialen Stabilisierung für die in einer langfristigen Substitutionsbehandlung befindlichen Patientinnen und Patienten. Allerdings fehlen der PREMOS-Studie zufolge bislang empirische Grundlagen zu Stellenwert und Wirksamkeit der PSB vor allem im Langzeitverlauf.

14. Wie schätzt die Bundesregierung den Versorgungsgrad der PSB für Substitutionsbehandelte ein?

Sieht sie hier Handlungsbedarf?

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung erläutert, sind die Substitutionsbehandlungen in Deutschland von einer großen Vielfalt geprägt. Das gilt auch für das Kriterium einer eventuell erforderlichen psychosozialen Betreuung. Da zudem keine verlässliche Zahlen zu den vorhandenen Personalstellen für eine psychosoziale Betreuung von Substitutionspatientinnen und -patienten vorliegen (s. Antwort zu Frage 12), ist eine valide Einschätzung des Versorgungsgrads der PSB für Substitutionsbehandelte nicht möglich.

15. Ist nach Ansicht der Bundesregierung der Versorgungsgrad ausreichend, um die Einbeziehung der Behandlung mit den erforderlichen psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (§ 5 Absatz 2 BtMVV) flächendeckend zu gewährleisten und damit gegebenenfalls die Substitutionsbehandlung erst zu ermöglichen?

Auf die Antwort zu Frage 14 wird verwiesen.

16. In wie vielen Fällen erfolgt nach Kenntnis der Bundesregierung eine Substitutionsbehandlung ohne Einbeziehung psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosozialer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (bitte relative und absolute Zahlen angeben)?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

17. Wie viele Substituierte weisen nach Kenntnis der Bundesregierung eine psychische Komorbidität auf?

Die PREMOS-Studie weist für Substituierte in einer Langzeitbehandlung eine psychische Morbidität von knapp 65 Prozent auf. 30 Prozent sind psychisch multimorbid erkrankt (zwei oder mehr Störungen nach ICD-10 F). Im Vordergrund stehen Depressionen (38,4 Prozent), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (20,2 Prozent) und Angststörungen (16,9 Prozent).

18. In welchen Fällen ist nach Ansicht der Bundesregierung eine begleitende psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahme nicht erforderlich (vgl. § 5 Absatz 2 Nummer 2 BtMVV)?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Daten vor. Erforderliche begleitende Maßnahmen werden je nach Fall durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte festgelegt.

19. Wie viele Apotheken nehmen an der Versorgung mit Substitutionsmitteln teil?

Inwiefern hält die Bundesregierung die Versorgung mit Substitutionsmitteln durch Apotheken für gesichert?

Dazu liegen der Bundesregierung keine Zahlen vor. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Versorgung mit Substitutionsmitteln durch Apotheken grundsätzlich gesichert ist.

20. Was ist nach Ansicht der Bundesregierung das primäre Ziel einer Substitutionsbehandlung?

Was schreibt die BtMVV diesbezüglich vor?

Nach gegenwärtiger Rechtslage werden mit der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mehrere Ziele verfolgt. § 5 Absatz 1 BtMVV beschreibt folgende Trias:

„Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten (Substitutionsmittel) zur

1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.“

Da es sich um eine Oder-Vorschrift handelt, gelten diese Anwendungsbereiche und Zielsetzungen jeweils selbständig voneinander.



21. Wie viele Patientinnen und Patienten erreichen nach Kenntnis der Bundesregierung mittels der Substitutionsbehandlung langfristig eine Opiat-Abstinenz?

Der PREMOS-Studie zufolge werden für die in einer langfristigen Substitutionsbehandlung befindlichen Patientinnen und Patienten folgende Werte erreicht: 7,1 Prozent waren zur Nachuntersuchung mindestens drei Monate lang abstinent und 1,5 Prozent befanden sich in einer abstinenten Therapie ohne Substitution. Von einer stabilen langfristigen Abstinenz kann bei 4 Prozent ausgegangen werden. Daten zu einer langfristig erreichten Abstinenz bei Patientinnen und Patienten, die nur mittel- oder kurzfristig an einer Substitutionsbehandlung teilgenommen haben, liegen nicht vor.

22. Verhält sich eine Ärztin oder ein Arzt rechtswidrig, wenn sie oder er die Substitutionsbehandlung nicht mit dem primären Ziel der Abstinenz durchführt?

Eine substituierende Ärztin bzw. ein substituierender Arzt sollte im Rahmen der Planung der Substitutionstherapie eines Opiatabhängigen ein Behandlungskonzept erstellen, in dem ein oder mehrere, auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene Therapieziele aufgeführt sind. Auch das Ziel eines langfristigen, schrittweisen Erreichens einer Betäubungsmittelabstinenz oder Opiatfreiheit sollte in diese Überlegungen eingeflossen sein.

23. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass das Abstinenzziel in der BtMVV einer Substitutionsbehandlung zur Steigerung der Lebensqualität und zur Wiederherstellung gesellschaftlicher Teilhabe im Wege steht?

Nein. Der in § 5 Absatz 1 Nummer 1 BtMVV normierte Anwendungsbereich eines Substitutionsmittels: „Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes“ stellt ein möglichst zu erreichendes Ziel einer Substitutionsbehandlung dar. Wie die anderen wichtigen therapeutischen Zielsetzungen der Substitutionstherapie ist auch dieses Ziel geeignet, eine schrittweise Steigerung der Lebensqualität sowie eine Wiederherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe für die Patientinnen und Patienten herbeizuführen.

24. Welche Behandlungsziele werden nach Kenntnis der Bundesregierung in der (internationalen) medizinischen Wissenschaft genannt?

Die „Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence“ der World Health Organisation (WHO) aus dem Jahr 2009 basieren auf einer systematischen Literaturrecherche ([www.who.int/substance\\_abuse/activities/treatment\\_opioid\\_dependence/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)).

Die international vorgegebenen Ziele der Substitutionsbehandlung werden dort wie folgt beschrieben: „The main objectives of treating and rehabilitating persons with opioid dependence are to reduce dependence on illicit drugs; to reduce the morbidity and mortality caused by the use of illicit opioids, or associated with their use, such as infectious diseases; to improve physical and psychological health; to reduce criminal behaviour; to facilitate reintegration into the workforce and education system and to improve social functioning. The ultimate achievement of a drug free state is the ideal and ultimate objective but this is unfortunately not feasible for all individuals with opioid dependence, especially in the short term.“

25. Sieht die Bundesregierung in den rechtlichen Vorgaben einerseits und den fachlichen Vorgaben andererseits einen Widerspruch?

Nein. Die Vorschriften der BtMVV bilden die rechtliche Grundlage für die Substitutionsbehandlung, auf deren Basis die therapeutisch fachlichen Vorschriften (z. B. Leitlinien und Richtlinien, die jeweils ihrerseits den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft widerspiegeln) aufsetzen. So trifft die BtMVV in § 5 Absatz 8 beispielsweise Festlegungen zur sog. Take-home-Verordnung, die in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger weiter konkretisiert und präzisiert werden.

26. Mit welchem Ziel wurde im Januar 2013 ein Verbandsgespräch zur Substitutionsbehandlung im Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt (vgl. Newsletter Nr. 71 der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V., Februar 2013)?

Welcher rechtliche Änderungsbedarf wurde vorgetragen?

Am 22. und 23. Januar 2013 hat im BMG, auf Einladung des BMG, ein orientierendes Fachgespräch zu der Fragestellung „Inwieweit empfiehlt es sich, die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur oralen Substitution Opiatabhängiger anzupassen?“ stattgefunden. Das Gespräch hat insbesondere dem fachlich-informellen Austausch über aktuelle Aspekte im Rahmen der vorgenannten Fragestellung gedient. Unter anderem wurden Aspekte der praktischen und zeitgemäßen Durchführung und der Zielsetzungen der Substitution angesprochen.

27. Welchen Regelungszweck soll die BtMVV erfüllen?

Sind nach Ansicht der Bundesregierung alle Regelungen in der BtMVV für diesen Zweck notwendig und geeignet?

Nach Maßgabe ihrer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 13 Absatz 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt die BtMVV vor allem das Verschreiben von den in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln, ihre Abgabe aufgrund einer Verschreibung und das Aufzeichnen ihres Verbleibs und des Bestandes bei Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Tierärztinnen und Tierärzten, in Apotheken, tierärztlichen Hausapotheken, Krankenhäusern und Tierkliniken, soweit es zur Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs erforderlich ist. Insbesondere wird

- das Verschreiben von Substitutionsmitteln für Drogenabhängige von der Erfüllung von Mindestanforderungen an die Qualifikation der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte abhängig gemacht und die Festlegung der Mindestanforderungen den Ärztekammern übertragen, und
- das Verschreiben von Diamorphin nur in Einrichtungen, denen eine Erlaubnis von der zuständigen Landesbehörde erteilt wurde, zugelassen.

Insgesamt sind die Regelungen der BtMVV notwendig und geeignet, die in der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage genannten Regelungszwecke angemessen sowie rechtlich klar und verbindlich zu konkretisieren. In diesem Zusammenhang hat der Bundesgerichtshof (BGH) zuletzt mit Urteil vom 2. Februar 2012 (Az.: 3 StR 321/11, S. 11 des Urteilsabdrucks), welches sich insbesondere auf die unerlaubte Abgabe von Substitutionsmitteln durch einen Arzt bezieht, wie folgt ausgeführt: „(...) Maßgaben einer zulässigen Substitutionsbehandlung sind aus den §§ 29, 13 BtMG, § 5 BtMVV ohne weiteres ersichtlich, so dass für den Arzt als Adressaten der Strafnorm – den verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechend (vgl. BGH, Beschluss vom 17. Mai 1991 – 3 StR 8/91, BGHSt 37,

383, 384 f.; Nestler, MedR 2009, 211, 215) – klar erkennbar ist, unter welchen Voraussetzungen er sich durch das Verschreiben eines zur ärztlichen Medikation zugelassenen Substitutionsmittels strafbar macht.“

Im Nachgang zu dem am 22. und 23. Januar 2013 im BMG geführten, orientierenden Fachgespräch zur oralen Substitution beabsichtigt das BMG gleichwohl zu prüfen, inwieweit einzelne betäubungsmittelrechtliche Regelungen angepasst werden sollten.

28. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass insbesondere die gesetzliche Festlegung des Therapieziels diesem Regelungszweck dient (bitte begründen)?

Wie bereits in den Antworten zu den Fragen 20 und 22 ausgeführt, hat der Verordnungsgeber in § 5 Absatz 1 BtMVV nicht ein einzelnes, ausschließliches Therapieziel der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger festgelegt. Vielmehr können unterschiedliche Zielstellungen verfolgt werden.

29. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass insbesondere die gesetzliche Festlegung der Voraussetzungen für eine Substitutionstherapie nach § 5 Absatz 2 BtMVV diesem Regelungszweck dient (bitte begründen)?

Inwiefern berücksichtigt die Regelung den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft?

In § 5 Absatz 2 BtMVV werden die Voraussetzungen für die Durchführung einer Substitutionstherapie bestimmt und damit einige Rahmenbedingungen für die Substitution dem Regelungszweck entsprechend festgelegt. So dürfen beispielsweise gemäß § 5 Absatz 2 Nummer 6 Halbsatz 1 BtMVV Ärztinnen und Ärzte ein Substitutionsmittel unter den Voraussetzungen des § 13 Absatz 1 BtMVV verschreiben, wenn und solange sie die Mindestanforderungen an die suchtttherapeutische Qualifikation erfüllen. Diese Regelung berücksichtigt den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zur Sicherung der ärztlichen Strukturqualität explizit: Die Mindestanforderungen an die suchtttherapeutische Qualifikation werden nach § 5 Absatz 2 Nummer 6 Halbsatz 2 BtMVV durch die Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt. § 5 Absatz 2 Nummer 6 BtMVV greift den Regelungszweck des § 13 Absatz 3 Nummer 2 BtMG wörtlich auf. Danach können das Verschreiben von Substitutionsmitteln für Drogenabhängige von der Erfüllung von Mindestanforderungen an die Qualifikation der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte abhängig gemacht und die Festlegung der Mindestanforderungen den Ärztekammern übertragen werden.

30. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass insbesondere die gesetzliche Festlegung der Voraussetzungen für eine Substitutionstherapie mit Diamorphin nach § 5 Absatz 9a BtMVV diesem Regelungszweck dient (bitte begründen)?

Inwiefern berücksichtigt die Regelung den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft?

§ 5 Absatz 9a bis 9d BtMVV regelt die rechtlichen Voraussetzungen der diamorphingestützten Substitution Opiatabhängiger. Die Regelungen des § 5 Absatz 9a setzen auf den Erfahrungen aus dem Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Schwerstopiatabhängiger auf. Nach § 5 Absatz 9a Nummer 1 BtMVV dürfen Ärztinnen und Ärzte das Substitutionsmittel Diamorphin verschreiben, sofern sie über eine spezifische suchtttherapeutische Qualifikation

verfügen. Nach Auffassung des BMG ist diese Regelung im Hinblick auf den Regelungszweck der BtMVV angemessen (s. Antwort zu Frage 29).

31. Sieht die Bundesregierung die Ausgestaltung der BtMVV als mitverantwortlich für die stagnierende Entwicklung bei der Diamorphin-Behandlung an (bitte begründen)?

Nein. Die Erfahrungen des Bundesdeutschen Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung haben bereits darauf hingewiesen, dass es sich um eine hochspezifische Therapieform handelt, für die nur begrenzte Patientenzahlen zu erwarten sind.

Nach Kenntnis der Bundesregierung hatten bislang hohe Strukturanforderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Leistungserbringung für die diamorphingestützte Substitution sowie hohe Kosten für eine angemessene Sicherheitsinfrastruktur die Errichtung neuer Einrichtungen unter besondere Zugangsvoraussetzungen gestellt. Insbesondere auch nach Gesprächen mit der Beauftragten der Bundesregierung für Drogenfragen hat der G-BA am 17. Januar 2013 einen Beschluss zur Flexibilisierung der Strukturanforderungen in der einschlägigen Richtlinie gefasst. Im Hinblick auf die erheblichen Investitionskosten für die Errichtung neuer diamorphinsubstituierender Einrichtungen gibt es Hinweise aus einzelnen Bundesländern, z. B. aus Baden-Württemberg und Berlin, dass die Errichtung neuer Einrichtungen geplant sei und ggf. mit finanzieller Unterstützung durch diese Länder flankiert werden könnte.

32. Was ist Beikonsum im Sinne des § 5 Absatz 8 BtMVV?

Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Substituierten mit Beikonsum?

Ein Beikonsum im Sinne von § 5 Absatz 8 BtMVV liegt vor, „... wenn die Untersuchungen und Erhebungen des Arztes Erkenntnisse ergeben haben, dass der Patient Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden [...] oder Stoffe missbräuchlich konsumiert.“ Hiermit dürften insbesondere der medizinisch nicht indizierte Konsum weiterer Stoffe, die aufgrund ihrer Wechselwirkungen mit dem Substitutionsmittel die Patientinnen und Patienten gefährden könnten, sowie missbräuchliche Konsummuster, z. B. intravenöse Applikation oraler Substitutionsmittel, angesprochen sein.

Es ist eine Frage der ärztlichen Einschätzung und Beurteilung, ob ein die Substitutionspatientin bzw. den Substitutionspatienten gefährdender Beikonsum vorliegt oder nicht. Die berufsrechtlich verbindlichen Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Substitution Opiatabhängiger geben weitere Hinweise und Hilfestellungen; so spricht der Abschnitt 11 „Therapiekontrolle“ vom Konsum anderer psychotroper Stoffe, die in Kombination mit dem Substitutionsmittel zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können und benennt einzelne Substanzen, z. B. Kokain, oder Substanzgruppen, z. B. Benzodiazepine und Amphetamine, deren Beikonsum je nach Lage des Einzelfalles durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt zu prüfen ist.

In der PREMOS-Studie werden auch nach Behandlungseinrichtungen differenzierte Ergebnisse zum kritischen Beigebrauch in einer langfristigen Substitutionsbehandlung gemacht. Je nach Substitutionsmittel (Methadon oder Buprenorphin) und Behandlungstyp werden die Häufigkeiten von kritischen Beikonsumkombinationen seitens der Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich bewertet (s. PREMOS-Abschlussbericht, S. 273 ff.).

33. Welchen Vergehens macht sich eine Ärztin oder ein Arzt schuldig, wenn er oder sie ein Substitutionsmittel verschreibt, obwohl ein Beikonsum gemäß § 5 Absatz 8 BtMVV stattfindet?

Je nach Lage des Einzelfalles, insbesondere der Art und des Umfangs des Beikonsums, könnten die Ärztinnen bzw. Ärzte ggf. gegen die betäubungsmittelrechtlichen Regelungen des § 5 Absatz 8 BtMVV – sofern sie die Take-home-Verschreibung für diese Patientin bzw. diesen Patienten fortsetzen – verstoßen. Die Beikonsum-Regelungen des § 5 Absatz 8 sind in der BtMVV nicht mit einer Ordnungswidrigkeit oder einer Strafandrohung bewehrt.

34. Welche Tests müssen nach Kenntnis der Bundesregierung durchgeführt werden, um Beikonsum zu untersuchen, und wie zuverlässig sind diese bei den unterschiedlichen Stoffgruppen?

Die Art und Weise der Durchführung dieser Beikonsumkontrollen obliegt den die Substitutionstherapie durchführenden Ärztinnen und Ärzten. Für die Überprüfung des Beikonsums stehen z. B. zertifizierte Urin-Teststreifen zur Verfügung, die zuverlässig den Nachweis von Opiaten, Opioiden, Benzodiazepinen oder anderen Substanzen erbringen können. Die BtMVV sieht hierzu keine detaillierten Regelungen vor.

Nähere Vorschriften zur Durchführung enthalten die o. g. Richtlinien der BÄK: Im Abschnitt 6 der Richtlinien werden zahlreiche Aspekte aufgeführt, die vor Therapiebeginn mit der Patientin bzw. dem Patienten vereinbart werden müssen. U. a. muss die Patientin bzw. der Patient in „Kontrollen auf den Konsum weiterer Substanzen einschließlich Alkohol, z. B. mit Urinscreening oder einem Atemalkoholtest ...“ einwilligen. Im Abschnitt 9 derselben Richtlinien wird zudem ausgeführt: „Im Rahmen der „Take-home-Verordnung“ soll der Arzt mindestens einmal pro Woche persönlichen Kontakt mit dem Patienten haben und bei Bedarf eine klinische Untersuchung sowie eine Urinkontrolle durchführen, um den Behandlungsverlauf angemessen beurteilen und ggf. darauf reagieren zu können.“ Abschnitt 11 der Richtlinien weist unter der Überschrift „Therapiekontrolle“ u. a. auf die Art der Stoffe hin, die kontrolliert werden sollen.

35. Inwiefern sind der Bundesregierung unterschiedliche Vorgaben aus ärztlichen Leitlinien und der BtMVV zum Umgang mit Beikonsum bekannt?

Während die BtMVV in § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4c) und Absatz 8 Satz 5 Nummer 1 und 3 allgemeine Regelungen zum Beikonsum enthält, beinhalten die Richtlinien der BÄK zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger in verschiedenen Abschnitten konkretisierende Aussagen zum weiteren ärztlichen Vorgehen bei Beikonsum, den Beikonsumkontrollen, der Beendigung der substitutionsgestützten Behandlung, der Dokumentation und der Qualitätssicherung dieser Therapieform. Auch die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV), Anlage I § 3 Absatz 4 Nummer 8 fordert von der substituierenden Vertragsärztin bzw. vom substituierenden Vertragsarzt, dass dieser im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes Verlaufs- und Ergebniskontrollen einschließlich unangekündigter Beigebrauchskontrollen durchführt. Nach Auffassung der Bundesregierung stehen diese Regelungen in einem angemessenen Verhältnis zur BtMVV.

36. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Unterschieden, und sieht sie hier einen Änderungsbedarf in der BtMVV?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 35 ausgeführt, stehen die Regelungen der BÄK und der MVV-Richtlinie nach Auffassung der Bundesregierung in einem angemessenen Verhältnis zur BtMVV. Gleichwohl beabsichtigt die Bundesregierung, auch im Nachgang zum orientierenden Fachgespräch vom 22. und 23. Januar 2013, diesen Aspekt unter Einbeziehung der diesbezüglichen Regelungen in der BtMVV und im Verhältnis zu den oben genannten Regelungen weiter zu prüfen.

37. Welche Mengen von (Levo-)Methadon, Buprenorphin oder anderen Substitutionsmitteln wurden in den letzten zehn Jahren für die Substitutionsbehandlung verordnet?

Nach Informationen des BfArM können Daten zum Verbrauch von Buprenorphin, Methadon und Levomethadon in den Jahren 2002 bis 2011 zur Verfügung gestellt werden, allerdings ist Folgendes zu beachten: Die Daten beziehen sich jeweils auf den Erwerb der Stoffe durch Apotheken, nicht unmittelbar auf ärztlich verordnete Mengen dieser Stoffe. Bezüglich Buprenorphin beziehen sich die Daten ausdrücklich auf die Verwendung zur Substitution. Methadon ist ausschließlich zur Substitution zugelassen, so dass auch bei diesen Daten davon auszugehen ist, dass die gesamte von Apotheken erworbene Menge zu Substitutionszwecken abgegeben wurde. Bei Levomethadon ergibt sich eine gewisse Unschärfe, da Levomethadon in Einzelfällen auch in der Schmerztherapie verwendet wird. Dieser Anteil dürfte aber deutlich unter 10 Prozent liegen.

Stoff	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Buprenorphin	11,1	18,6	24,7	28,2	32,0	36,8	39,8	41,8	43,9	44,7
Methadon	1020	1045	1016	1037	1055	1019	1048	1055	1061	1069
Levomethadon	161	170	182	206	238	268	299	330	370	399

Erwerb von Betäubungsmitteln zu Substitutionszwecken durch Apotheken. Angaben in kg.

Die Tabelle zeigt einen kontinuierlichen Anstieg des Verbrauchs von Buprenorphin und Levomethadon sowie einen etwa gleich bleibenden Verbrauch von Methadon. Da insgesamt die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten zwischen 2002 und 2011 deutlich angestiegen ist, ergibt sich im Verhältnis eine Zunahme der mit Levomethadon und Buprenorphin und eine Abnahme der mit Methadon behandelten Patientinnen und Patienten, wie es auch der Darstellung im Jahresbericht des Substitutionsregisters zu entnehmen ist, der auf der Homepage des BfArM verfügbar ist.

38. Wie viel von diesen Substanzen wurden in den letzten zehn Jahren auf dem Schwarzmarkt beschlagnahmt (bitte nach Substanz und Jahren aufschlüsseln)?

Wie viel davon stammt nach Einschätzung der Bundesregierung mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit aus der Substitutionsbehandlung (insbesondere bei dem auch als Schmerzmittel verwandten Buprenorphin)?

Belastbare Aussagen zum tatsächlichen Ausmaß und vor allem zur Qualität des illegalen Handels mit Substitutionsmitteln lassen sich anhand der vorliegenden polizeilichen Daten kaum treffen, da nur vergleichsweise wenige Erkenntnisse

bezüglich des illegalen Handels mit opioidhaltigen Substitutionsmitteln in Deutschland in der Falldatei Rauschgift (FDR) des Bundeskriminalamts (BKA) erfasst sind. Die Frage, wie viele der sichergestellten Substanzen mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit aus der Substitutionsbehandlung stammen, kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Aktuell liegen der Bundesregierung die Daten zur Beschlagnahmung der Substitutionsmittel Methadon und Subutex nur für die Jahre 2011 und 2012 vor. Im Jahr 2011 wurden in Deutschland 2 488 Tabletten, dazu 117 Ampullen, 736 g Pulver und 5 433 ml Methadon sichergestellt. Ferner wurden 12 690 Tabletten und 87 g Subutex beschlagnahmt. Im Jahr 2012 wurden in Deutschland 2 038 Tabletten, 25 Ampullen, 3 797 g sowie 9 572 ml Methadon sichergestellt. Ferner wurden 22 962 Tabletten, 66 g und 1 ml Subutex beschlagnahmt.

39. Wie bewertet die Bundesregierung insgesamt die negativen Effekte aufgrund der illegalen Weitergabe von Substitutionsmitteln qualitativ und quantitativ, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Mit dem BtMG verfolgt der Gesetzgeber im Wesentlichen folgende Zielsetzungen: die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Missbrauch von Betäubungsmitteln soweit wie möglich auszuschließen. Unabhängig davon, ob ein Nachweis möglich ist, inwieweit die auf dem Schwarzmarkt beschlagnahmten Substitutionsmittel aus der Substitutionsbehandlung stammen, stellt die Bundesregierung mit Blick auf die notwendige Versorgung opiatabhängiger Patientinnen und Patienten mit Substitutionsmitteln die auch im internationalen Vergleich durchaus erfolgreiche Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Deutschland nicht in Frage. Gleichwohl beobachtet die Bundesregierung die illegale Abgabe von Substitutionsmitteln aufmerksam.

Insgesamt gilt es auch weiterhin, die Balance zwischen den Zielen der Sicherstellung der medizinisch begründeten und notwendigen Versorgung mit Betäubungsmitteln und der Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu wahren.

