

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Frank Tempel, Dr. Martina Bunge, Jan Korte, Ulla Jelpke, Cornelia Möhring, Jens Petermann, Yvonne Ploetz, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung

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).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Menschen befinden sich derzeit in einer Substitutionsbehandlung, und wie viele Opiat-Abhängige gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland?
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?
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?
4. Wie viele Ärztinnen und Ärzte mit Substitutionserlaubnis führen keine Substitutionsbehandlungen durch?
Wie beurteilt die Bundesregierung diese Zahl, und welche Ursachen sieht sie dafür?
5. Wie wird sich nach Einschätzung der Bundesregierung die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte in der Zukunft verändern (bitte begründen)?
6. Hält die Bundesregierung eine Erhöhung der Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte für wünschenswert, und falls ja, welche Maßnahmen hat sie dafür eingeleitet?
7. Welche suchtmedizinischen Inhalte sind laut Approbationsordnung während des Medizinstudiums zu vermitteln?
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?
9. Welchen Stellenwert hat eine Psychotherapie in der Suchtbehandlung nach Ansicht der Bundesregierung?

10. Wie schätzt die Bundesregierung den Versorgungsgrad der Psychotherapie für Substitutionsbehandelte ein?
Sieht sie hier Handlungsbedarf?
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?
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?
13. Welchen Stellenwert kommt der PSB in der Suchtbehandlung nach Ansicht der Bundesregierung zu?
14. Wie schätzt die Bundesregierung den Versorgungsgrad der PSB für Substitutionsbehandelte ein?
Sieht sie hier Handlungsbedarf?
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?
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)?
17. Wie viele Substituierte weisen nach Kenntnis der Bundesregierung eine psychische Komorbidität auf?
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)?
19. Wie viele Apotheken nehmen an der Versorgung mit Substitutionsmitteln teil?
Inwiefern hält die Bundesregierung die Versorgung mit Substitutionsmitteln durch Apotheken für gesichert?
20. Was ist nach Ansicht der Bundesregierung das primäre Ziel einer Substitutionsbehandlung?
Was schreibt die BtMVV diesbezüglich vor?
21. Wie viele Patientinnen und Patienten erreichen nach Kenntnis der Bundesregierung mittels der Substitutionsbehandlung langfristig eine Opiat-Abstinenz?
22. Verhält sich eine Ärztin oder ein Arzt rechtswidrig, wenn sie oder er die Substitutionsbehandlung nicht mit dem primären Ziel der Abstinenz durchführt?
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?
24. Welche Behandlungsziele werden nach Kenntnis der Bundesregierung in der (internationalen) medizinischen Wissenschaft genannt?

25. Sieht die Bundesregierung in den rechtlichen Vorgaben einerseits und den fachlichen Vorgaben andererseits einen Widerspruch?
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?
27. Welchen Regelungszweck soll die BtMVV erfüllen?
Sind nach Ansicht der Bundesregierung alle Regelungen in der BtMVV für diesen Zweck notwendig und geeignet?
28. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass insbesondere die gesetzliche Festlegung des Therapieziels diesem Regelungszweck dient (bitte begründen)?
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?
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?
31. Sieht die Bundesregierung die Ausgestaltung der BtMVV als mitverantwortlich für die stagnierende Entwicklung bei der Diamorphin-Behandlung an (bitte begründen)?
32. Was ist Beikonsum im Sinne des § 5 Absatz 8 BtMVV?
Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Substituierten mit Beikonsum?
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?
34. Welche Tests müssen nach Kenntnis der Bundesregierung durchgeführt werden, um Beikonsum zu untersuchen, und wie zuverlässig sind diese bei den unterschiedlichen Stoffgruppen?
35. Inwiefern sind der Bundesregierung unterschiedliche Vorgaben aus ärztlichen Leitlinien und der BtMVV zum Umgang mit Beikonsum bekannt?
36. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Unterschieden, und sieht sie hier einen Änderungsbedarf in der BtMVV?
37. Welche Mengen von (Levo-)Methadon, Buprenorphin oder anderen Substitutionsmitteln wurden in den letzten zehn Jahren für die Substitutionsbehandlung verordnet?
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)?

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

Berlin, den 27. Februar 2013

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

