



Inge Hönekopp, Heino Stöver

# Beispiele Guter Praxis in der Substitutions- behandlung

LAMBERTUS

Inge Hönekopp, Heino Stöver (Hg.)

Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung

LAMBERTUS



Inge Hönekopp,  
Heino Stöver (Hg.)

Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung

LAMBERTUS

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme  
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei der  
Deutschen Bibliothek erhältlich.

**Alle Rechte vorbehalten**

© 2011 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau  
[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

**Umschlaggestaltung:** Natalie Kupfermann, Bollschweil

**Herstellung:** Franz X. Stückle, Druck und Verlag  
Ettenheim

ISBN 978-3-7841-2048-5

eISBN 978-3-7841-2375-2

# Inhalt

VORWORT	
<i>Inge Hönekopp, Heino Stöver</i> .....	9
Was macht Spaß an der Substitutionsbehandlung ?.....	11
<i>Inge Hönekopp</i>	

## 1 GRUNDLAGEN

1.1 Die Bedeutung der neuen BÄK-Richtlinien	
<i>Inge Hönekopp</i> .....	17
1.2 Formen der Sicherstellung der Versorgung Opioidabhängiger – Schwerpunktpraxen in Baden-Württemberg	
<i>Inge Hönekopp</i> .....	27
1.3 Aufgaben und Potentiale der Qualitätskommissionen	
<i>Michael Viapiano, Detlef Lorenzen</i> .....	31
1.4 Was kann ein/e Suchtbeauftragte/r der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Verbesserung der Substitutionsbehandlung tun?	
<i>Inge Hönekopp</i> .....	39
1.5 Pauschalfinanzierung der „Take-home-Vergabe“. Das Beispiel Hessen	
<i>Carmen Quattrocchi</i> .....	45
1.6 Der mögliche Beitrag der Apotheken zur Sicherstellung der Dezentralen Versorgung	
<i>Christiane Fahrmbacher-Lutz</i> .....	47
1.7 Wochenendversorgung in der Substitutionsbehandlung – das „Mannheimer Modell“	
<i>Inge Hönekopp</i> .....	54
1.8 Modelle guter Praxis – Einblicke aus Patientensicht	
<i>Dirk Schäffer</i> .....	58
1.9 Interdisziplinarität und Kooperation: Psychiatrie, Suchtmedizin und Gastroenterologie bei HCV	
<i>Rüdiger Gellert</i> .....	65

## Inhalt

---

1.10	Behandlung von HIV und HCV <i>Markus Backmund</i> .....	69
1.11	Substitutionsbehandlung in Haft <i>Karlheinz Keppler, Bärbel Knorr, Heino Stöver</i> .....	79
1.12	Kinder von Drogenabhängigen – Rollenkonflikte der Eltern <i>Hella-Talina Tatomir</i> .....	98
2 PSYCHIATRIE, PSYCHIOTHERAPIE UND PSYCHOSOZIALE BETREUUNG		
2.1	Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern bei substituierten Patienten <i>Sabine Zemke, Tilman Paschke</i> .....	109
2.2	Psychotherapie und Drogenabhängigkeit <i>Sabine Zemke</i> .....	112
2.3	Psychosoziale Betreuung in der Opiatbehandlung <i>Ralf Gerlach, Heino Stöver</i> .....	114
2.4	Substitutionsbehandlung und psychosoziale Unterstützung – wie kann das (gut) gehen? <i>Gundula Rukiek, Aline Blanchot, Inge Brake-Zinecker</i> .....	119
2.5	Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger <i>Joachim Köhler, Barbara Schickentanz</i> .....	131
3 BEISPIELE GUTER PRAXIS IN DEN NACHBARLÄNDERN		
3.1	Substitutionsbehandlung in der Schweiz. Was wir unter Guter Praxis verstehen <i>Ambros Uchtenhagen, Robert Hämmig</i> .....	149
3.2	Gute Praxis der Substitutionsbehandlung am Beispiel Österreich <i>Hans Haltmayer</i> .....	158
4 VORSCHLÄGE FÜR VERBESSERUNGEN IN DER OST		
4.1	Drogenkranke im Akutkrankenhaus. Kurze Behandlungsempfehlungen <i>Inge Hönekopp / KV BAWÜ</i> .....	175

4.2	Private Substitution und Qualitätssicherung: Stellungnahme der Qualitätssicherungs-Vorsitzenden Substitution Hamburg 2010...	181
4.3	Schnittstellenproblematik in der Substitution <i>Inge Hönekopp, Heino Stöver</i> .....	183
4.4	Vereinbarung zum unmittelbaren Überlassen von Drogen-Substitu- tionsmittel in der Apotheke gemäß § 5 Abs. 6 und 7 BtMVV.....	194
5	DIE AUTOREN UND AUTORINNEN	198





# VORWORT

*Inge Hönekopp, Heino Stöver*

Mit diesem Band wollen wir aufzeigen, was unter den gegebenen, keineswegs unveränderbaren Rahmenbedingungen der Praxis der Substitutionsbehandlung möglich ist. Mit Beispielen „Guter Praxis“, geschrieben von PraktikerInnen für PraktikerInnen, wollen wir auf innovative, patienten- und arztgerechte Behandlungsmodalitäten aufmerksam machen. Diese Beispiele können allen in der Substitutionsbehandlung involvierten Ärzten, Patienten, Sozialarbeitern, Gesundheitspolitikern, Eltern usw. in anderen Regionen Deutschlands zeigen, wie die oftmals als einengend empfundenen, oftmals auch einer sozialen Rehabilitation entgegenstehenden Behandlungsrahmenbedingungen verstanden und zum Wohle der Patienten interpretiert werden können.

Die Substitutionspraxis in Deutschland ist trotz bundesweit einheitlicher Gesetzgebung und Rahmenrichtlinien (BtmG, BtMVV, BÄK-Richtlinien, Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) regional und kommunal sehr unterschiedlich ausgestaltet – abhängig vom politischen Willen von (einzelnen) Entscheidungsträgern in zentralen Gremien, dem politischen Willen und der organisierten (Überzeugungs-)Kraft und Vernetzung von ÄrztInnen und anderer beteiligter Akteure. Die beschriebenen Beispiele guter Praxis beabsichtigen daher, die Handlungsspielräume in der Substitutionspraxis mit Hinweis auf innovative Praxis zu erweitern – von der Abrechnung der Take-home Vergabe hier (s. Quadrocchi S.45) bis zur Wochenendvergabepaxis dort (s. Hönekopp S.54). Illustriert wird so das Spektrum der fachlichen Möglichkeiten innerhalb eines gemeinsamen rechtlichen Rahmens.

Bestimmte Strukturen sind dabei in einzelnen Regionen und Kommunen über viele Jahre gewachsen. Wir zeigen auch Beispiele mutiger Umstrukturierung, wo die Praxis mit Verweis auf effektivere und effizientere Methoden erfolgreich in recht kurzer Zeit verändert werden konnte.

Beispiele Guter Praxis können sehr verschiedene Gesichter haben: Es können kammerrechtliche Richtlinien sein (z.B. die überarbeiteten Bundesärztekammer-Richtlinien, BÄK-RL), denn in ihnen spiegelt sich das Wissen über evidenz-basierte Formen der Substitutionsbehandlung zumindest soweit wieder, als es die gegenwärtige Rechtslage zulässt. Es können auch praxisbezogene Modalitäten der Vergabe sein, die Entwicklung von Kontroll- und Qualitätskriterien, ebenso bestimmte Formen der übergeordneten

Organisation der Substitutionsbehandlung (Einsetzung eines Suchtbeauftragten bei der KV). Dieses Buch soll diesen Austausch von Möglichkeiten in der Substitutionspraxis anregen; es soll motivieren, sich mit dieser lohnenden, niemals langweiligen Behandlungsform zu befassen und es soll ermutigen, einengende Strukturen aufzulösen.

Es geht uns letztlich um einen besseren Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Behandlungsform für Opioidabhängige.

Ein besserer Zugang setzt eine ausreichende Anzahl von ÄrztInnen voraus, die aber erst gewonnen werden müssen. Dies geschieht nicht „von selbst“, deshalb müssen gezielte und ineinandergreifende Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung entwickelt werden. Zum Beispiel durch die finanzielle Unterstützung durch Kommunen und Kassenärztliche Vereinigungen (wie in Baden-Württemberg; s. Hönekopp), eine Qualitätsentwicklung (s. Viapiano/Lorenzen), einen verbesserten Zugang zu Lebensbereichen, die bisher unterversorgt sind (Haft; s. Keppler/Knorr/Stöver) oder medizinische Rehabilitation unter fortlaufender Substitution (Köhler/Schickentanz). Angesichts einer Multimorbidität vieler Patientinnen geht es schließlich auch um eine bessere Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und Professionen, zum Beispiel eine Kooperation zwischen Psychiatrie, Gastroenterologie und Suchtmedizin (s. Gellert, Zemke/Paschke, Backmund), und schließlich um die Versorgung von Kindern von Drogenabhängigen (s. Tatomir).

Eine qualitativ hochwertige Behandlung kann optimal mit einer freiwillig in Anspruch zu nehmenden, bedarfsgerechten psychosozialen Unterstützung erfolgen (s. Rukiek/Blanchot/Brake-Zinecker, sowie Gerlach/Stöver), sowie verbesserten Möglichkeiten der Psychotherapie (s. Zemke). Schließlich bestehen auch gute Beispiele des Einbezugs der Apotheken in die Substitutionsbehandlung, als weit verbreitetes Netz der Regelversorgung (s. Fahrnbacher-Lutz). Darüber hinaus eröffnet der Blick über den Tellerrand oftmals neue Einsichten, wie eine Substitutionsbehandlung auch organisiert werden kann, z.B. in der Schweiz (s. Uchtenhagen/Hämmig) oder in Österreich (s. Haltmayer).

Dass auch weiterhin Forschungsbedarf mit dem Ziel der Optimierung des Zugangs und der Qualitätssteigerung besteht, ist trotz der beschriebenen Beispiele klar. Auch dass die Rahmenbedingungen weiterhin verbessert werden müssen ist uns bewusst. Ein Rückblick auf das, was bereits alles erreicht werden konnte, vermittelt jedoch Zuversicht für die kommenden Auseinandersetzungen.

Mannheim/Frankfurt am Main, Frühjahr 2011

# WAS MACHT SPAß AN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG?

*Inge Hönekopp*

Der ewigen schlechten Presse müde, auch der ewigen Klagen leid, hatten wir die Idee: mal was Anderes! Schreiben was gut läuft und, was sogar Spaß machen kann bei der Substitutionsbehandlung. Während der Planung und Themensuche zahlreicher Kongresse oder ähnlicher Veranstaltungen hatte ich öfter das Thema: „Warum substituieren wir?“ gefordert.

Ein Seminar mit ähnlichem Thema gab es tatsächlich einmal, ich fand es grässlich, und sagte nichts mehr dazu und änderte innerlich die Fragestellung zu: „Was macht Spaß bei der Substitutionsbehandlung?“ Immer wenn Kollegen darüber klagten, was alles so schrecklich ist, Rahmenbedingungen, Bezahlung, last not least die Patienten: „Ja, und warum machst Du das dann? Zwingt Dich doch keiner?“ Ja, so ein Seminar, „Was macht daran Spaß?“, das wollte ich schon immer machen und es kam nie dazu. Nun kam unsere Idee, ein Buch „Best Practice“ zu machen und dann dachte ich: Da kann ich das ja unterbringen. Dieser folgende Beitrag hat keinerlei wissenschaftlichen Anspruch. Ist vermutlich auch nicht evidenzbasiert. Empirie ist auch Wissenschaft, wurde in meiner Jugend gesagt. Egal.

Es gab und gibt durchaus Momente, an denen ich mich selber gefragt habe und frage: „Warum machst Du das eigentlich?“ Das habe ich mich aber früher an anderen Arbeitsplätzen auch gefragt, war manchmal sogar wesentlich frustrierter; sonst wäre ich ja auch nicht da, wo ich jetzt bin. Mich hat ja auch niemand gezwungen, zu substituieren; ich wollte den Job! Sehen Sie mir also nach, dass dies ein subjektiver, manchmal etwas salopp formulierter, Beitrag ist.

Seit 1993 bin ich hauptamtlich als Ärztin in der Substitution tätig und muss sagen: So lange habe ich es noch an keinem Arbeitsplatz „ausgehalten“. Das muss doch einen Grund haben. Frühere Kollegen (aus der Chirurgie) sagten: „Wieso machst Du das denn, da siehst Du doch nie einen Erfolg!“. Antwort: oh doch, und wie:

- Erstens: Jemand kommt am nächsten Tag wieder (d.h. er lebt noch! =Überlebenshilfe),
- Zweitens: das ganze Jahr auch (Haltequote),
- Drittens: Lässt sich die Zähne machen (sonstige Krankheiten behandeln, diese Liste kann beliebig verlängert werden),

- Viertens: Jemand schafft es, Take-home-fähig zu werden und kann in Urlaub fahren wie jeder Mensch und schickt eine Postkarte aus dem Urlaub.

Das macht doch Spaß!

Hat erfolgreich ambulant abdosiert und verspricht sich zu melden, wenn er in der Nähe ist: Meldet sich, kommt vorbei und sagt: mir geht es gut, ich nehme nichts...

## Kleine Fallvignetten, nur grob skizziert, um die Anonymität zu wahren

Frau X., psychisch wie physisch katastrophaler Zustand, politoxikoman, Hepatitis C, Beschaffungsprostitution. Über Jahre hinweg „Beikonsum“, vorwiegend Kokain. Wir waren der Ansicht, diese Frau in Substitution zu halten, wenn es nur irgendwie noch medizinisch (oder eher juristisch) vertretbar ist. Medizinisch ist ja ein Abbruch der Substitution eher kontraindiziert, aber manche Stellen sehen das nun mal anders, vorsichtig formuliert.

Frau X. hat immer wieder unsere Grenzen ausgetestet (Kokain ist ja nun nicht gerade für sedierende Eigenschaften bekannt). Es hat Jahre gedauert, doch dann, sieh an, so nach und nach: Kontakt zur Kernfamilie wieder aufgebaut. Beendigung der Prostitution, andere Jobs gesucht und gefunden. Ein gesundes Wunsch(!)Kind bekommen. Einige medizinische Krisen bewältigt. Wunsch nach Abdosieren, von recht hoher Ausgangsdosierung. Tröpfchenweise abdosiert, dauerte ein Jahr.

Einige Zeit danach ambulante Psychotherapie, (vorher keinen Platz gefunden, inzwischen werden auch Substituierte therapiert, damals noch nicht). Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt gefunden. Schöne neue Wohnung. Ein bis zweimal Kontakt im Jahr: mündlich und schriftlich, z.B. mit Fotos der jetzigen Lebenssituation. Darüber freuen wir uns sehr, das macht Spaß.

Herr Y.: Älterer Jahrgang; lange Anamnese, kommt in körperlich schlechtem Zustand; schweres Untergewicht. Eine chronische Bronchitis entpuppt sich als offene Tuberkulose mit schwierigem und langwierigem Behandlungsverlauf; letztendlich erfolgreich. Patient „kommt auf die Beine“, nimmt an Gewicht zu, pflegt sich zusehends. Erreicht „Take-home“. Findet immer wieder Arbeit, spart für Reisen. Nach vier Jahren Substitution und Behandlung der Begleitkrankheiten mehrere Fernreisen in das außereuropäische Ausland; jeweils bis zum maximalen Ausschöpfen der von der

BtMVV leider vorgegebenen Zeiträume. Wir bekommen Ansichtskarten geschickt und freuen uns riesig. Patient kommt jedes Mal „wie neu“ zurück. Diese Reisen kosten Geld. Zitat des Patienten: „Das geht, wenn man kein Geld für Drogen ausgibt“. Ja, nicht nur der Verlauf, sondern gerade dieser Satz haben uns Spaß gemacht. Dieser Satz zeigt uns, was der Patient nicht nur erreicht, sondern auch reflektiert hat.

Solche Geschichten gibt es einige; ich habe hier diese beiden gewählt, weil die „Prognose“ eigentlich gar nicht gut aussah. Wir machen auch keine Prognosen mehr, diese stimmten zu oft nicht, aber andere Verläufe gehören nicht in das Kapitel „was uns Spaß macht“. Wir lassen uns überraschen. Wir versuchen, im Alltagsgeschäft und -stress die kleinen Hinweise, dass die Arbeit sehr sinnvoll ist, nicht zu übersehen. Das kann so ein dahin geworfener Satz sein wie: „Ihr seid zwar streng, aber dafür laufen wir hier nicht unter dem Teppich.“ „Nicht unter dem Teppich laufen“ bedeutet: Ihr schaut hin, Ihr nehmt uns wahr. So ein Kompliment motiviert uns, v.a. aus dem Munde dieses Patienten, welcher gelegentlich „böse“ auf uns war, wegen der „Regeln“.

## Was ist das Besondere an dieser Behandlungsform?

Der zunächst tägliche Kontakt, über häufig sehr lange Zeiträume. Die Beziehungskonstanz (wenn kein häufiger Personalwechsel). Eine solche Beziehungskonstanz ist für viele, wenn nicht die meisten PatientInnen, eine ganz neue biografische Erfahrung. Das ist natürlich auch nicht immer konfliktfrei. Die PatientInnen lernen, dass ein Konflikt nicht zwangsläufig zum Beziehungsabbruch führen muss. Das schafft ein ganz neues Vertrauensverhältnis, welches die Chance für Verhaltensänderungen bietet. Die PatientInnen lernen auch, uns als Menschen und nicht nur als substitutausteilende und grenzensetzende „Instanz“ wahrzunehmen. Es kommt sogar vor, dass einige Regeln nicht nur nolens volens akzeptiert, sondern eine Sinnhaftigkeit auch für den/die PatientInnen selbst gesehen werden kann.

Schließen möchte ich mit dem Satz eines Patienten: „Ihr habt ja ne ganz anstrengende Arbeit hier, das ist ja manchmal schlimmer als ein Kindergarten“.

Wir haben herzlich gelacht.



# 1 GRUNDLAGEN





## 1.1 DIE BEDEUTUNG DER NEUEN „BÄK- RICHTLINEN“<sup>1</sup>

*Inge Hönekopp*

Die neuen „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet. Die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger ist inzwischen die Standardbehandlung. Sie unterliegt zahlreichen Regelungen und Regelwerken.

Eine Behandlungsform entwickelt sich in der Regel weiter; dementsprechend müssen Behandlungsrichtlinien angepasst werden. Das ist in jedem Fach der Medizin der Fall. Es gibt keine Behandlungsform, welche so explizit zusätzlich durch das Strafgesetzbuch geregelt ist wie die Substitutionsbehandlung. Daneben ist nur noch der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch ausdrücklich erwähnt. Die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger wird geregelt durch:

BtMG (Betäubungsmittelgesetz)

[http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmg\\_1981/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmg_1981/gesamt.pdf)

BtMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung)

[http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmvv\\_1998/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmvv_1998/gesamt.pdf)

Richtlinien der Bundesärztekammer

[http://www.baek.de/downloads/RL-Substitution\\_19-Februar-2010.pdf](http://www.baek.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf) .

RMvV (Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung)

[http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1110/2010-03-18\\_RMvV-Diamorphin.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1110/2010-03-18_RMvV-Diamorphin.pdf)

EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)

<http://www.kbv.de/8156.html>

AMG (Arzneimittelgesetz)

[http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg\\_1976/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf)

---

<sup>1</sup> Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet –

Diese Regelwerke sind nicht unbedingt kongruent. Unabhängig von juristischen Konsequenzen führt das zu Irritationen.

Die Regelwerke beeinflussen sich aber gegenseitig: Wird die BtMVV geändert, sollten sich – um den Ärzten Behandlungssicherheit zu geben – die Kammerrichtlinien anpassen, bzw. da diese ja den wissenschaftlichen Kenntnisstand spiegeln (sollen). Die Gebührenordnung sollte (unabhängig von wirtschaftlichen Aspekten) mit den wissenschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen kompatibel sein.

### 1.1.1 Wieso gibt es die Kammerrichtlinien?

Es wurde häufig bemängelt, dass der Gesetzgeber durch die BtMVV eine medizinische Behandlung ausführlich regelt. Dies stellt einen Eingriff in die Therapiefreiheit dar. Unabhängig von inhaltlichen Aspekten kann ein Gesetz aus verschiedenen Gründen nicht schnell geändert werden. Zudem läuft der Meinungsbildungsprozess für Gesetzesänderungen nicht unbedingt unter „Fachleuten“ ab und wird eher von parteipolitischen „Erkenntnissen“ bzw. Ideologien als sachlich-fachlich begründet (die im Fernsehen übertragene „Heroindebatte“ war dafür ein guter Beleg). Aus all diesen Gründen hat der Ordnungsgeber der Ärzteschaft die Möglichkeit eingeräumt, den „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft“ innerhalb der BtMVV zu definieren (§ 5 Abs. 11 BtMVV). Diese Integration der Richtlinien der Bundesärztekammer in die BtMVV begründet zusätzlich deren hohe Verbindlichkeit.

Verbindliche Richtlinien im Zusammenhang mit der Substitution wurden erstmalig im Jahre 2002 verabschiedet. Diese bedeuteten damals einen Quantensprung: Indem die Opiatabhängigkeit an sich als chronische, behandlungsbedürftige Krankheit definiert wurde, musste daraus die Leistungspflicht der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) hergeleitet werden; d.h. es wurde die substitutionsgestützte Behandlung der Opiatabhängigkeit zu Lasten der Krankenkassen auch ohne weitere Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) möglich.

Zwischenzeitlich haben sich jedoch die Rahmenbedingungen weiter geändert; es gibt neue Erkenntnisse aus der Forschung (z.B. die Heroinstudie). Vor allem Veränderungen der BtMVV machten eine Novellierung der Richtlinien erforderlich.

### 1.1.2 „Take-home“ Verordnung

Der Gesetzgeber hatte die zeitlichen Vorgaben für eine Take-home Verordnung flexibilisiert. Laut Kammerrichtlinien waren jedoch immer noch mindestens sechs Monate an vorausgegangener Behandlung vorgeschrieben. So konnte es geschehen, dass trotz exakter Einhaltung der BtMVV ein Kollege strafrechtlich verfolgt wurde, weil er vor Ablauf der sechs Monate Take-home verordnet hat.

### 1.1.3 Konsiliarregelung

Sowohl der Gesetzgeber als auch die Krankenkassen hatten eine Konsiliarregelung vorgesehen:

BtMVV, § 5 (3): Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 nicht erfüllt, darf für höchstens drei Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 5 für die Dauer der Behandlung erfüllt sind;
2. dieser zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Mindestanforderungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt (Konsiliarius), abstimmt und;
3. sichergestellt hat, dass sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird. Dies war nach den Kammerrichtlinien nicht vorgesehen.

### 1.1.4 Vertreterregelung

Der Gesetzgeber hatte bis 2002, dann ab 2009 erneut eine Vertreterregelung vorgesehen:

BtMVV § 5 (3): „Wird der Arzt nach Satz 1 durch einen Arzt vertreten, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 ebenfalls nicht erfüllt, so gelten Satz 1 Nummer 1 und 2 für den Vertreter entsprechend. Ein substituierender Arzt gemäß Absatz 2 soll grundsätzlich von einem anderen Arzt, der die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 erfüllt, vertreten werden. Gelingt es dem substituierenden Arzt nicht, einen Vertreter nach Satz 3 zu bestellen, so kann er von einem Arzt, der die Voraus-

setzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 nicht erfüllt, für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen und längstens insgesamt 12 Wochen im Jahr vertreten werden.“ Dies war nach Kammerrichtlinien ebenfalls nicht vorgesehen. Das führte zwangsläufig zu Verwirrung. Woran kann ein Arzt sich halten? Auf welche Rechtsgrundlage beziehen sich Strafverfolgungsbehörden?

### 1.1.5 Sicherstellung der Versorgung

Der Ordnungsgeber hat, um die Sicherstellung der Versorgung zu erleichtern, ein „Z“ Rezept vorgesehen.

BtMVV § 5 (8): „Der Arzt oder sein ärztlicher Vertreter in der Praxis darf abweichend von den Absätzen 5 bis 7 dem Patienten, dem ein Substitutionsmittel nach Absatz 6 zum unmittelbaren Verbrauch überlassen wird, in Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, ein Substitutionsmittel in der bis zu zwei Tagen benötigten Menge verschreiben und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme gestatten, sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt, Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind sowie die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt werden. Innerhalb einer Woche darf der Arzt dem Patienten nicht mehr als eine Verschreibung nach Satz 1 aushändigen. Diese Verschreibung ist, unbeschadet des Absatzes 4 Satz 1, von dem Arzt zusätzlich mit dem Buchstaben „Z“ zu kennzeichnen.“ Auch hier gab es in den Kammerrichtlinien keine entsprechende Regelung.

Das alles sind sehr begrüßenswerte Veränderungen in der BtMVV, welche nicht nur außerordentlich versorgungsrelevant sind, sondern mehr Rechtssicherheit für Substituierende schaffen. Diese „kleinen“ Veränderungen der BtMVV werden nach m.E. sehr unterschätzt. Das liegt daran, dass sie nicht wahrgenommen werden, bzw. sich Einige an die strengeren Regeln vorher sowieso nicht gehalten haben und sich spätestens jetzt verwundert die Augen reiben – sofern sie noch keine Strafverfahren hatten.

Da ist es doch nur folgerichtig, dass die Ärztekammern, also die Selbstverwaltung, sich über solche Veränderungen, welche ja der Ärzteschaft und den Patienten dienen, freut und ihre Vorgaben anpassen.