



Dr. Max Wudy

Substitutionsbehandlung

Neue Weiterbildungsverordnung für orale Substitution

Bereits zum wiederholten Mal wurden die Übergangsfristen in der Weiterbildungsverordnung orale Substitution durch das Bundesministerium für Gesundheit verlängert.

Eine einzige wirkliche Neuerung wurde eingeführt, ab sofort existieren zwei Qualifikationsstufen für substituierende Ärzte:

1. Die umfassende Qualifikation zur Substitutionsbehandlung
2. Die Qualifikation lediglich zur Weiterbehandlung von bereits auf ein Substitutionsmittel eingestellten Patienten.

Im ersten Fall ist wie bisher ein 40 Stunden umfassendes Basismodul zu absolvieren. Für Ärztinnen, die bereits seit längerem substituieren, gibt es umfangreiche Übergangsbestimmungen. Diese wurden bereits mehrfach nun bis Ende 2010 verlängert.

Im zweiten Fall ist lediglich eine sechs Stunden umfassende Schulung nötig. Neu ist auch, dass Amtsärzte verpflichtend das Basismodul und die jährliche Fortbildung absolvieren müssen.

Der „weiterbehandelnde Arzt“, nennen wir ihn ruhig „Substitutionsarzt light“, darf, so der Gesetzgeber, ausschließlich eine bereits begonnene Substitutionstherapie fortsetzen. Er darf weder die Dosierung noch die Abgabemodalitäten, schon gar nicht das Substitutionsmedikament ändern. Vereinfacht gesagt, er darf nur das Dauerrezept abschreiben und das Datum anpassen. Wozu dafür eine 6-stündige jährliche Weiterbildung nötig ist, entzieht sich meinen Kenntnissen, hat man das dafür nötige Rüstzeug ja bereits in der Volksschule erworben.

Interessant sind die Intentionen des Gesetzgebers für diesen Schritt:

„Die Ergebnisse einer Evaluierung der Auswirkungen der 2006 erfolgten Regelung der Rahmenbedingungen für die Substitution zeigen insbesondere eine Entwicklung, wonach Ärzte und Ärztinnen, die mit der routinemäßigen Weiterbehandlung nur weniger, bereits auf ein Substitutionsmittel eingestellter Patienten und Patientinnen befasst sind, die Weiterbildungsaufgaben nicht auf sich nehmen, sondern sich aus dieser Behandlungsform zurückziehen. Vor allem im außerstädtischen Bereich führt dies zu teils gravierenden Problemen bei der ärztlichen Versorgung der betreffenden Patientinnen und Patienten. (Novelle zur Weiterbildungsverordnung, Erläuterungen)“

Die bestehenden Probleme wurden zwar erkannt, die Lösung geht am Problem vorbei. Der Rückzug aus der Substitutionsthe-

rapie geschieht vor allem deshalb, weil die Kassen sich in einigen Bundesländern wehren, für die spezielle Behandlung dieser schweren, seit 1956 von der WHO anerkannten psychiatrischen Krankheit, etwas zu zahlen. Einige wenige Zahlen können dies leicht untermauern. In Wien und NÖ leben annähernd die gleiche Anzahl von Opiatabhängigen, nämlich geschätzte je 15.000. In Wien bezahlt die GKK ein angemessenes Honorar für die Einstellung und Begleitung der Substitutionspatienten, über 9.000 sind in Wien im Programm. In Niederösterreich, wo sich die Kasse seit Jahren sträubt, die Behandlung zu finanzieren, befinden sich gerade 1.200 Patienten in Betreuung. Dies hat auch eine riesige gesundheitspolitische Bedeutung. Bei den Substitutionspatienten finden wir eine jährliche Sterblichkeit von ca. 1 %, während man bei den unbehandelten Abhängigen mit einer Mortalität von 5 % rechnen muss.

Der Rückzug geschieht vor allem deshalb, weil die Kassen sich wehren, für die spezielle Behandlung etwas zu zahlen.

Hier ist nicht nur die Rede von Tod durch Überdosierung, die einzige Todesart, die von der Statistik in Österreich erfasst wird und leider als Grundlage für gesundheitspolitisches Handeln herangezogen wird. Hier ist von allen drogenassoziierten Krankheiten die Rede, wie Hepatitis B/C, HIV, auch von den vielfach unterschätzten Todesarten durch Endocarditis, Sepsis durch verschmutzte Spritzen, Nadeln und Heroin. Auf Niederösterreich umgerechnet, bedeutet dies, dass jährlich drei bis vierhundert Menschen sterben, deren Tod verhinderbar wäre.

„Opioid-Substitution ermöglicht in vielen Fällen die Betreuung und Behandlung einer ansonsten nur schwer erreichbaren Gruppe multimorbider Patienten. Dadurch eröffnen sich über die reine Verschreibung von Opioiden hinaus weitere Möglichkeiten in den Bereichen Diagnostik, medizinische (somatische, psychiatrische) bzw. psychotherapeutische Behandlungen sowie psychosoziale Betreuungen. Beispielhaft erwähnt sei, dass substituierte Patienten in der Lage sind, komplexe längerfristige medizinische HIV- und/oder Hepatitis-Behandlungen oder auch (sucht-begleitende) Psychotherapien zu absolvieren, mit ähnlichen Erfolgen wie Nicht-Abhängige. (Konsensusstatement ÖGABS 2009, siehe auch Homepage der NÖ ÄK)“

Da der „weiterbehandelnde Arzt“ keinerlei Möglichkeit hat, die Therapie im Notfall anzupassen, zu ändern oder ganz umzustellen, da er auch keinerlei Anpassungen im Urlaubsfall des Patienten, bei Veränderungen in der Arbeit, bei Montagetätigkeiten oder auch nur bei banalen Krankheiten durchführen darf, kann

man meiner Meinung nach nicht von einer suffizienten Therapie sprechen. Das Ärztegesetz sieht vor, dass, wenn ein Arzt den Patienten nicht selbst weiterbehandeln kann, er die Fortführung der laufenden Behandlung „organisieren“ muss.

Aufgrund der neuen Verordnung darf ein Arzt mit der 6-stündigen Ausbildung keine Änderungen z. B. der Dosierung durchführen. Sollte diese jedoch akut notwendig sein, so muss er sich darum kümmern, dass er einen anderen Arzt findet, der es darf. Weiß allerdings der Arzt bereits im Vorhinein, dass er nur schwer jemanden finden wird, dann könnte man sogar eine Einlassungsfahrlässigkeit ableiten.

Vor diesem Hintergrund werde ich also kaum jemanden raten können, einzig mit der 6-stündigen Ausbildung eine Substitutionsbehandlung anzubieten.

Als weiteres Novum wurde die öffentliche Liste aller zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärzte gestrichen. Begründet wird dies damit, dass diese Qualifikation andere Patienten verunsichere und den Rückzug der Ärzteschaft aus dieser Behandlungsform zusätzlich Vorschub leiste.

Substitution erfordert einen niederschweligen Zugang. Der Wegfall der öffentlichen Liste erschwert den potentiellen Patienten ebendieses.

Substitutionstherapie ist nichts Ehrenrühriges, man braucht sich dafür nicht zu schämen und schon gar nicht zu verstecken. Ich jedenfalls bin stolz darauf, einer schwer kranken, sozial und oft bildungsmäßig benachteiligten Patientengruppe helfen zu dürfen!

Die wirklichen Hintergründe der Suchtkrankheit liegen vielfach Jahre vor den – leider noch viel zu wenig erforschten – Kompensationsfehlern der Erkrankten, verschärft durch das suchtanbahnende Wechselspiel zwischen Verletzlichkeit, fehlendem Selbstvertrauen, Selbstschutz und der speziellen Wirkung der suchtauslösenden Mittel.

Jeder Abhängige allerdings hält der Gesellschaft einen Spiegel vor.

Offenkundig hat am unbehandelten Kranken das Gesundheitsmanagement ganz, und im engeren Sinne die Prävention und die Therapie, versagt.

Eine drogenfreie Gesellschaft ist Illusion, gerade deshalb ist eine suffiziente Therapie der Abhängigkeitskranken eine gesundheitspolitische und gesellschaftliche Notwendigkeit.