

*Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen
der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland*

Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19
Hinweise für substituierende Ärzte

Das Coronavirus Sars-CoV-2 hat die ersten Substitutionspraxen und -ambulanzen in Deutschland erreicht. Es geht jetzt um ein pragmatisches Abwägen zwischen Sicherstellung der Versorgung und Sicherstellung des Infektionsschutzes.

Im Vergleich mit anderen Behandlungszentren und Praxen stehen bei Schließungen von Substitutionspraxen kaum alternative Vergabestellen und Behandlungszentren zur Verfügung. Deshalb sind Änderungen in der Vergabe- und Verordnungspraxis zu empfehlen.

Kernbotschaften der Strategien zur Eindämmung von Covid-19-Fällen sind:

- Soziale Kontakte einschränken, um die Verbreitung des Virus zu verlangsamen und gefährdete Bevölkerungsgruppen vor Ansteckungen zu schützen.
- Die Substitutionspraxen sind potentielle Zentren für die Verbreitung des neuen Coronavirus unter dem Personal und den Patient*innen, besonders unter dem Aspekt der täglichen Vergabe des Substituts unter Sicht.
- Bereits ein infiziertes Teammitglied oder eine Patienten-Infektion könnte zur Schließung der Praxis führen.

Also sind Maßnahmen zu ergreifen, zwischen Professionellen und Patient*innen bzw. zwischen den Patient*innen untereinander die **Kontakte auf das unumgängliche Maß zu beschränken**.

Konsequent ist es, möglichst viele Substituierte mittels Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take-Home“) in den kommenden Wochen von den Praxen und Ambulanzen fernzuhalten.

Die novellierten gesetzlichen Bestimmungen (BtMVV und BÄK-RL) lassen dies weitgehend zu.

Wie also kann die „Take-Home-Fähigkeit“ von Substituierten im Zusammenhang mit einer Pandemie bewertet werden?

1. Bei „**stabil substituierten**“ Patient*innen dürfte die Ausweitung von Verordnungen mit Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme kein Problem darstellen. Rezepte, die bislang eine Abgabe für sieben Tage vorsahen, können auf zwei bis vier Wochen ausgeweitet werden, ggf. in Teilmengen mit Abgabe von jeweils einer Wochendosis, „...in begründeten Einzelfällen in der für bis zu 30 Tage benötigten Menge.“ (BtMVV, §5 (8))
Die Verantwortung für die Einstufung als „take-home-fähig“ liegt in der Hand der verordnenden Ärztinnen und Ärzte.
2. Bei **nicht-stabilen-Patient*innen** im Sinne der BtMVV und BÄK-RL muss entschieden werden zwischen *suchtmedizinischen/betäubungsmittelrechtlichen Kriterien* einerseits und den *infektionspräventiven Empfehlungen* andererseits.
Es liegt letztlich **in der Entscheidung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte**, ob eine **Verordnung von Substitutionsmitteln zur eigenverantwortlichen Einnahme**

damit begründet wird, dass anders „die Kontinuität der Substitutionsbehandlung des Patienten nicht anderweitig gewährleistet werden kann.“ Diese Ausnahmeregelung gilt nur für die Ausstellung von Z-Rezepten (1xwöchentlich für 2 Tage).

Welche **Alternativen** stehen zur Verfügung und haben sich in der Praxis bereits bewährt?

- **Vermehrt ausgestellte „Take-home-Verordnungen“** zur eigenverantwortlichen Einnahme senken die die Besuchsfrequenz in der Praxis und damit die potentiell infektiösen Kontakte.
- Einzelne Praxen mit hohen Anteilen von Patient*innen mit Sichtbezug sind dazu übergegangen, jeweils nur eine **kleine Gruppe zur Einnahme unter Sicht** einzulassen.
- Die **Verlängerung der Abgabe- und Öffnungszeiten** trägt ebenfalls dazu bei, kurzfristige Ansammlungen zu vermeiden.
- In den Abgabestellen sollte der persönliche Kontakt möglichst reduziert werden. Ggf. sollten Sichtscheiben mit sehr kleiner Durchreiche installiert werden.
- Die Ausstellung von Rezepten mit **Sichtbezug in Apotheken** und ggf. Take-Home-Regelung für das Wochenende per Misch-Rezept trägt zur Infektionsvermeidung bei.
- Sars-CoV-2-(Verdachts-)**Fälle mit häuslicher Quarantäne** können entweder eine Verordnung zur eigenverantwortlichen Einnahme für die Dauer der Isolierung erhalten oder sollten durch einen ambulanten **Pflegedienst** versorgt werden. Vor der Erstverordnung muss ein ärztlicher Hausbesuch erfolgen, die Medikamente werden dann von einer Apotheke direkt an die Wohnung der Patient*innen ausgeliefert. Bei instabilen Patient*innen in Quarantäne können Rezepte für weniger Tage ausgestellt werden und zwischenzeitlich Kontakte per Video auf Mobiltelefon stattfinden.
- In den Diamorphin-Ambulanzen kann durch (teilweise) Umstellung auf orale Substitute Infektionsprophylaxe betrieben werden. In den Injektionsräumen muss der Abstand zwischen den Patient*innen infektionssicher sein.
- Patient*innen, die **in (Wohn-) Einrichtungen** von staatlich anerkannten Drogenhilfeträgern leben, können von dem dort eingesetzten und dafür **ausgebildeten Personal** ihr Substitut erhalten (Vereinbarung des substituierenden Arztes mit der Einrichtung).
- Eine wohnortnahe Versorgung sowie die Vermeidung von Sozialkontakten kann auch dadurch erreicht werden, dass die Vergabe des Substituts in staatlich **anerkannte ambulante Drogenhilfeeinrichtungen** verlagert wird und dort von fachlich eingewiesenen Mitarbeiter*innen vorgenommen wird.

Fazit für pragmatische Lösungen:

Stabilen Patient*innen

- werden „**Take-Home-Rezepte**“ für eine Dauer von 2-4 Wochen ausgestellt.

Instabile Patient*innen

- erhalten in den Praxen und Ambulanzen weiterhin ihr Medikament **unter Sicht**, um ggf. frühzeitig Krankheitszeichen wahrnehmen zu können und um den Vorschriften der BtMVV Genüge zu leisten. **Z-Rezepte** mit Abgaben zur eigenverantwortlichen Einnahme sind zulässig.

- Instabile Patient*innen **mit langen Anfahrwegen** oder in Regionen mit schlecht entwickeltem öffentlichen Nahverkehr können über **wohntnahe Apotheken** versorgt werden.
- Sollten diese nicht zur Verfügung stehen, so kann mit **Hausbesuchen** die Versorgung sichergestellt werden.
- Instabile Patient*innen unter **Buprenorphin** könnten in Einzelfällen mit der Verordnung des **Kombinationspräparats Buprenorphin/Naloxon** ebenfalls mit einer **Take-Home-Verordnung** ausgestattet werden, weil dieses Substitutionsmittel ein sehr geringes Missbrauchspotential aufweist.
- Für diese Patientengruppe könnte auch die **Umstellung** von sublingual einzunehmenden Buprenorphin auf das **Depotpräparat** infragekommen.
- Oder (wenn all dies nicht möglich ist): Abzuwägen ist, das Risiko auf sich zu nehmen, diese Patient*innen als stabil und vernünftig genug in dieser Ausnahmesituation einzuschätzen und sie ebenfalls mit **Take-Home-Rezepten** zu bedienen.

Zu möglichen Versorgungsproblemen:

Wenn innerhalb einer kurzen Zeit bundesweit die Substitutionsmittel-Verordnungen zur eigenverantwortlichen Einnahme sprunghaft ansteigen, kann es zu Lieferproblemen kommen. Von Seiten der Verordner kann dem bei Rezepten über sieben Tage und länger mittels Einschränkung der Aushändigung von jeweils nur einer Wochendosis entgegengesteuert werden.

Örtliche Apotheken und darüber hinaus Großhändler und Hersteller sind auf einen evtl. kurzfristig vermehrten Lieferbedarf hinzuweisen.

Abgaben von Substitutionsmedikamenten aus der Praxis/Ambulanz

bleiben auch in der jetzigen Situation laut Substitutionsrecht Straftaten.

Wirtschaftliche Ertragsverluste für Substitutionspraxen:

Der Rückgang der Unter-Sicht-Vergabe aus infektionspräventiven Gründen oder die Schließung einer Praxis/Ambulanz führen zwangsläufig zu einem Ertragsverlust.

Die zuständige KV sollte deshalb über veränderte Abgabeumstände informiert werden, um später ggf. Ausgleichzahlungen beantragen zu können. Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz gibt es nur, wenn die Praxis behördlich geschlossen wird (§§31, 56 IfSG - Infektionsschutzgesetz).

Substitution im Konsiliar-Verfahren:

Sollten Substitutionsärzten ärztliche Kolleg*innen bekannt sein, die sie in diesen Zeiten im Rahmen der Substitutionsbehandlung temporär unterstützen würden, sollte eine Vertretungssubstitution im Konsiliar-Verhältnis nach Möglichkeit eingeleitet werden, um einerseits eine wohnortnahe Behandlung und andererseits eine Verminderung der Patientenkontakte in der Substitutionspraxis zu erreichen.

Patienteninformation und Kommunikation:

Die Patient*innen sollten über die veränderten Bedingungen in der Praxis informiert werden und möglichst Informationen/Merkblätter in gedruckter Form ausgehändigt bekommen.

Zum Abbau von Unsicherheiten und Ängsten könnte beitragen, wenn über eine temporär gültige Mobilnummer die Praxis auch außerhalb der Öffnungszeiten erreichbar wäre.

Mitteilung an Gesundheitsämter:

Es empfiehlt sich, die zuständigen Gesundheitsämter über eine Änderung der Verordnungspraxis zu informieren.

Kooperation zur Durchführung von virologischen Tests:

Praxen und Ambulanzen, in denen nicht getestet wird, sollten Kontakte herstellen zu einer Einrichtung, wo umgehend Tests vorgenommen werden können.

Alkoholtests:

Atemalkoholgeräte können nach jetzigem Kenntnisstand Coronaviren übertragen.

Weitere Probleme:

Z.B. Bezug von Informationsmaterial, vermehrter Bedarf an-BtM Rezepten, hygienisch sichere Durchführung von Drogenscreening-Tests, Neuaufnahme von Substitutionspatienten sind lösungsorientiert vor Ort zu klären – dazu aktuell festgelegte Regelungen sollten der zuständigen KV mitgeteilt werden.

Stand 16.03.2020

Entwurf: Hans-Günter Meyer-Thompson, Hamburg, Vorsitzender der KV Qualitätskommission
Substitutionsbehandlung

Überarbeitete Kurzfassung: Peter Jeschke, Halle, Vorsitzender der KV-Qualitätssicherungskommission
Sachsen-Anhalt