

Nutzen und zukünftige Relevanz der Corona-bedingt befristeten Änderungen in der Substitution in Deutschland

Ergebnisse einer qualitativen Befragung substituierender Ärzt:innen

Benefits and Future Relevance of the Corona-Related Temporary Changes in OST in Germany

Results of a Qualitative Survey of Substituting Physicians

Autoren

Babette Müllerschön^{1,2}, Heino Stöver²

Institut

- 1 Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 2 Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences

Schlüsselwörter

COVID-19-Pandemie, BtM-VV, Evaluation, Opioidsubstitutionstherapie

Key words

COVID-19-Pandemic, narcotic drugs prescription ordinance, evaluation, OST, opioid substitution therapy

online publiziert 2022

Bibliografie

Suchttherapie

DOI 10.1055/a-1968-5655

ISSN 1439-9903

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Babette Müllerschön

Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität
Leihgesterner Weg 52

35392 Gießen

Deutschland

muellerschoenb@gmail.com

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Die COVID-19-Pandemie hat die Substitutionsbehandlung vor große Herausforderungen gestellt. An der oft als restriktiv angesehenen Rechtsgrundlage (BtM-VV) wurden befristete Änderungen vorgenommen, um Behandler:innen mehr Spielraum bei der Gestaltung der Therapien zu gewährleisten. Weitreichende Flexibilisierungen wurden in den Bereichen Take-Home-Verschreibungen, konsiliarische Behandlung

und Delegation vorgenommen. Zusätzlich wurden neue Vergütungsmöglichkeiten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geschaffen. Durch leitfadengestützte Interviews mit substituierenden Ärzt:innen wurde eine Evaluation der befristeten BtM-VV- und EBM- Änderungen vorgenommen.

Methodik Im Jahr 2021 wurden 16 qualitative Interviews mit substituierenden Ärzt:innen aus zehn verschiedenen Bundesländern in Deutschland geführt. Die Interviewten wurden zu ihren Erfahrungen mit den Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen befragt. Im Fokus stand dabei, ob die temporären Flexibilitäten dauerhaft in die post-pandemische Praxis übernommen werden sollten. Der Interviewleitfaden enthielt zusätzlich Fragen zu strukturellen Barrieren, Nachwuchsmangel und Stigmatisierung.

Ergebnisse Zur Kontaktreduzierung verlängerte die Mehrheit der Ärzt:innen Take-Home-Rezepte. In Folge machte nur eine befragte Person ausschließlich negative Erfahrungen. Insgesamt berichteten die Ärzt:innen über keine und/oder positive Veränderungen im Therapieverlauf. Behandler:innen nutzten die meisten der befristeten Rechts- und Vergütungsänderungen in der Behandlungsgestaltung. Sie sprachen sich überwiegend für eine Übernahme der befristeten Regelungen in den post-pandemisch Regelbetrieb aus. Kontrovers wurden die Änderungen bezüglich der Aufhebung der Kapazitätsgrenze bei der Konsiliarregelung und der erweiterten Delegation diskutiert.

Schlussfolgerung Die Ergebnisse sprechen für die Übernahme der befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen in den post-pandemischen Regelbetrieb. Die Flexibilisierungen erleichtern die Anpassung der Therapie an individuelle Umstände der Behandler:innen und Patient:innen. Dies könnte dazu beitragen, die derzeitigen Versorgungsengpässe zu entschärfen und mehr Menschen mit Opioid-Abhängigkeit eine qualitativ hochwertige Substitutionstherapie anbieten zu können. Eine Untersuchung und Beseitigung struktureller Barrieren darf bei der Ein- bzw. Fortführung erweiterter Handlungsspielräume nicht vergessen werden. Da gesetzliche Flexibilisierungen zwangsläufig mehr Verantwortung auf die einzelnen Ärzt:innen übertragen, sollte eine verstärkte Unterstützung durch Schulungen und Vernetzung angeboten werden.

ABSTRACT

Purpose The COVID-19 pandemic has posed major challenges to OST (opioid substitution treatment). Therefore the legal basis (BtM-VV), which is often regarded as restrictive, was temporarily amended to give treatment providers more options in adapting therapies to the specific situation. Extensive flexibility was introduced in the areas of take-home prescriptions, consultative treatment and delegation. Additionally, new reimbursement options were created (EBM). An evaluation of the temporary changes of the legal and remuneration regulations was carried out through guided interviews with physicians providing OST.

Methods In 2021, 16 qualitative interviews were conducted with OST providing physicians from ten different federal states of Germany. Interviewees were asked about their experiences regarding Corona-related temporary legal and remuneration changes. Questions focused on whether the temporary flexibilities should be adopted permanently in post-pandemic regular practice. The interview guide also included questions on structural barriers, lack of junior staff, and stigmatization.

Results Most physicians extended take-home prescriptions. Subsequently only one person experienced purely negative consequences. Overall, interviewees reported either no and/or positive changes in the course of the therapy. The physicians used most of the temporary legal and remuneration flexibilities to adapt the treatment design. Predominantly interviewees have been in favour of adopting the temporary regulations in their post-pandemic practice. Controversial opinions were found on legal changes regarding the removal of the capacity limit in consultative regulation and expanded delegation.

Conclusion The results support the adoption of the temporary legal and remuneration changes in post-pandemic practice. Changes facilitate the adaptation of therapy to individual circumstances of practitioners and patients. This might help to address current bottlenecks in the supply and to offer high-quality OST to more people with opioid use disorder. An identification and elimination of structural barriers should not be forgotten in the process of implementation. As legal flexibilization inevitably transfers more responsibility to the individual physician increased support via training and networking should be offered.

Einleitung

Die Substitution von Opioid-abhängigen Patient:innen mit Opioid-(Partial)-Agonisten wird als wichtiger Teil der pharmakologischen Behandlung angesehen. Neben der kurzfristigen Gabe zur Verminderung von Entzugssymptomen erhalten Betroffene weltweit auch Langzeit-Erhaltungs-Therapie (opioid maintenance therapy) [1]. Seit 1992 ist auch in Deutschland die rechtliche Grundlage zur Durchführung der Substitutionstherapie geschaffen [2]. Seitdem etabliert sich diese in Deutschland wie auch in Europa stetig weiter. Im Jahr 2017 wurden europaweit ungefähr 654 000 opioidabhängige Patient:innen substituiert. In Europa ebenso wie auch in Deutschland befindet sich etwa die Hälfte der bekannten Hochrisikokonsument:innen in Substitutionsbehandlung. Während die Abdeckungsrate mancher europäischer Länder (z. B. Österreich, Polen und Frankreich) seit 2007 einen steigenden Trend aufweist, liegt Deutschland zehn Jahre später knapp unter dem vorherigen Niveau (etwas über 50%) [3]. In Deutschland gab es laut Substitutionsregister im Jahr 2021 2.496 Ärzt:innen, die 81.300 opioidabhängigen Patient:innen Substitute zur Behandlung verschrieben [4]. Das Durchschnittsalter dieser Ärzt:innen ist hoch. Angaben in der Literatur variieren zwischen 57 und 62 Jahren ([2,5]). Bereits 2013 gab im Rahmen einer umfassenden Befragung circa ein Drittel der substituierenden Ärzt:innen an kurz vor dem Renteneintritt zu stehen [6]. Es befinden sich weiterhin „weiße Flecken“ auf der nationalen Versorgungslandkarte, die auf Lücken in der Substitutionsbehandlung hinweisen [4]. Als ursächliche Kernprobleme benennt ein Zusammenschluss aus relevanten Verbänden und Akteuren unter anderem die Vernachlässigung der Suchtmedizin in Studium und Fortbildung, die zu geringe Nutzung von wohnortnahen Versorgungs- und Delegationsmöglichkeiten und ein Honorierungssystem, das falsche Anreize schafft (die Sichtvergabe vor Ort wird insgesamt besser vergütet als eine Take-Home-Verschreibung und kann so mit einer bedürfnisorientierten Behandlungsstrukturi-

erung in Konflikt geraten) [7]. Teile der genannten Punkte identifiziert auch die Initiative „#100 000 Substituierte bis 2022“. In einem Positionspapier fordern die zugehörigen Vereine als Konsequenz eine Verlängerung bzw. permanente Übernahme der am 20. April 2020 beschlossenen, bislang Pandemie-bedingten befristeten Änderungen der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtM-VV). Dadurch soll ein flexibleres Arbeiten auf Seiten der substituierenden Ärzt:innen ermöglicht werden, das die Versorgung von mehr Opioid-abhängigen Patient:innen gewährleisten könnte [8]. Lehmann et al. [5] zeigten bereits in ihrer Untersuchung zu den Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV für die Opioidsubstitutionstherapie, dass die Ausdehnung der Take-Home-Vergabe auf 30 Tage, die Ausnahme vom Sichtbezug auf fünf Tage, sowie der veränderte Umgang mit Beikonsum hohe Relevanz besitzen.

Die benannten Änderungen in der BtM-VV wurden zur Sicherstellung der Substitutionsversorgung angesichts Pandemie-bedingter Kontaktbeschränkungen vorgenommen. Es handelt sich dabei um acht Punkte die verschiedene Handlungsspielräume in der Substitution erheblich erweitern oder sogar neu schaffen. Zusätzlich dazu wurden am 1. April 2020 ebenfalls befristete Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bezüglich der Abrechnungsmöglichkeiten bei der Substitutionsbehandlung veröffentlicht (detaillierte Darstellung der befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen in ► **Tab. 1** und ► **2**).

Weltweit gab es weitreichende Änderungen in den jeweiligen Gesetzesgrundlagen der Substitution. Diese wurden von zahlreichen Forschungsarbeiten begleitet, da durch die (meist befristeten) Änderungen neue Handlungsspielräume erprobt und evaluiert werden konnten ([12,13]). Auch in Deutschland wurde die Untersuchung der Effekte der BtM-VV- und EBM-Änderungen in Fachkreisen immer wieder gefordert. Finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit führte das Centre for Drug Research der Goethe Universität Frankfurt im November 2020 dazu eine

► **Tab. 1** In dieser Studie thematisierte befristete Änderungen in der BtM-VV (20.4.2020–31.3.2022 (Stand: 17.1.2022))*

Gegenstand	Substitutionsrichtlinie**	befristete Änderung***
Konsiliararztmodell	§5 Absatz 4 Satz 2: Ein suchtmmedizinisch nicht qualifizierter Arzt darf gleichzeitig höchstens zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandeln.	[...] mehr als zehn Patienten mit Substitutionsmitteln behandeln.
Vertretungszeiträume	§5 Absatz 5 Satz 3: In diesem Fall (Vertretung durch einen suchtmmedizinisch nicht qualifizierten Arzt) darf die Vertretung einen zusammenhängenden Zeitraum von bis zu vier Wochen und höchstens insgesamt zwölf Wochen im Jahr umfassen.	[...] über die dort genannten Zeiträume hinaus vertreten.
Z-Rezepte (Rezepte zur Abgabe von Substitutionsmitteln zur eigenverantwortlichen Einnahme in Ausnahmefällen)	§5 Absatz 8 Satz 2 Nummer 1: ausnahmsweise Verschreibung des Substituts zur eigenverantwortlichen Einnahme in der für bis zu zwei aufeinanderfolgende Tage benötigten Menge	[...] für bis zu sieben aufeinanderfolgende Tage benötigten Menge.
	§5 Absatz 8 Satz 3: Davon (s. §5 Absatz 8 Satz 2 Nummer 1) darf der substituierende Arzt dem Patienten innerhalb einer Kalenderwoche nicht mehr als eine Verschreibung aushändigen.	[...] bis zu vier Verschreibungen, jedoch nicht mehr als eine Verschreibung an einem Tag.
Verschreibung ohne persönliche Konsultation	§5 Absatz 8 Satz 4/§5 Absatz 9 Satz 6: Verschreibungen von Substitutionsmitteln zur eigenverantwortlichen Einnahme („Take-Home“/„Z-Rezepte“) darf der Arzt nur im Rahmen einer persönlichen Konsultation an den Patienten aushändigen.	[...] auch ohne persönliche Konsultation an den Patienten aushändigen.
Abgabe des Substitutionsmittels (zum unmittelbaren Verbrauch)	§5 Absatz 10 Satz 1–3: Das Substitutionsmittel darf durch medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal [...] abgegeben werden.	[...] darf auch durch solche volljährigen Personen, die von einer Apotheke mit Botendiensten beauftragt sind, abgegeben werden.
Notfallverschreibung	§8 Absatz 6 Satz 1: Notfallverschreibungen von Betäubungsmitteln dürfen nicht in Fällen von §5 (Substitution) verschrieben werden.	[...] dürfen zur Sicherstellung der Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Patienten in Notfällen, unter Beschränkung auf die zur Behebung des Notfalls erforderliche Menge, verschrieben werden.
Übertragung von BtM-Rezepten	§8 Absatz 3 Satz 1: Die nummerierten Betäubungsmittelrezepte sind nur zur Verwendung des anfordernden Arztes und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden.	[...] dürfen zur Sicherstellung der Versorgung mit Betäubungsmitteln auch außerhalb von Vertretungsfällen übertragen werden.

* Die Änderungen bzgl. der Notfallverschreibung, Vertretungsregelungen und Übertragung von BtM-Rezepten wurden hier außen vorgelassen, da diese nur für spezielle Pandemie-Notsituationen erlassen wurden.

** gültige Richtlinie seit der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV) im Jahr 2017 [9]

*** Corona-bedingte BtM-VV-Änderung gültig seit 20.4.2020 befristet bis 31.3.2021 [10]

quantitative Online-Befragung substituierender Ärzt:innen durch [14]. Im Rahmen einer medizinischen Promotion wurden diese quantitativen Daten sekundär ausgewertet und auf Basis dessen das hier vorliegende Hauptprojekt der Dissertation konzipiert: eine qualitative Studie zur tieferen Beleuchtung der Effekte der Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen auf die Substitutionsversorgung in Deutschland. Im Fokus standen dabei die Meinungen substituierender Ärzt:innen bezüglich des Nutzens der befristeten Änderungen, einer möglichen permanenten Übernahme dieser und die Identifizierung weiterer struktureller Schwierigkeiten in der Substitution.

Material und Methoden

Die vorliegende qualitative Untersuchung wurde als Teilprojekt im Rahmen einer medizinischen Dissertation durchgeführt. Die Daten wurden durch semi-strukturierte Leitfadeninterviews erhoben. Die Studie schließt sich der Sekundäranalyse einer quantitativen Befragung durch das Centre for Drug Research der Goethe Universität Frankfurt an (Folgestudie bei sequentiellem Mixed-Methods-Ansatz).

In dieser qualitativen Untersuchung wurden ambulant substituierende Ärzt:innen in Deutschland zu ihren Erfahrungen mit den Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen befragt. Die Interviews wurden anhand eines Interviewleitfadens semi-strukturiert. Bei der Auswahl der Befragten wurde nach dem Prinzip eines „purposeful samplings“ vorgegangen. Charakteristika potentieller Proband:innen wurden festgelegt und folgend

► **Tab. 2** Befristete Änderungen des EBM (01.04.2020–30.09.2020; Verlängerung bis zum 31.03.2022 (Stand: 17.1.2022)).

Gegenstand	EBM	befristete Änderungen*.**
Zuschlag Therapiegespräch	Die GOP 01952 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.	[...] höchstens achtmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
		[...] auch bei telefonischem Kontakt berechnungsfähig.
		[...] auch bei der Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig.
Abrechnung Depotpräparat		Aufnahme der GOP 01953 zur Abrechnung der substitions-gestützten Behandlung mit einem Depotpräparat.

* Corona-bedingte EBM-Änderungen gültig seit 01.04.2020 befristet bis 30.09.2020, verlängert bis 31.03.2022.

** Die Änderungen zur diamorphingestützten Behandlung werden hier nicht aufgeführt [11]

passende Interviewpartner:innen gesucht. Die Befragten wurden über die Studie aufgeklärt und gaben ihr schriftliches Einverständnis. Ein positives Ethikvotum des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen liegt vor.

Der Interviewleitfaden wurde auf Basis der Ergebnis-Analyse der vorausgegangenen quantitativen Befragung erstellt. Inhaltlich wurden zuerst strukturelle Charakteristika der Interviewpartner:innen (Fachgebiet, Patient:innen-Anzahl, Stabilität der Patient:innen, Ort der Einrichtung und umgebende Versorgungsstrukturen) abgefragt. Im Folgenden bezog sich der Interviewleitfaden auf Erfahrungen mit den Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen. Dabei wurde besonders auf die Differenzierung zwischen individuellen Schwierigkeiten und strukturellen Barrieren eingegangen. Zusätzlich wurden weitere Herausforderungen in der Substitutionsversorgung (Nachwuchsmangel, Finanzierungsmodelle und Haltung der Behandler:innen) thematisiert.

Insgesamt wurden 16 Interviews mit substituierenden Ärzt:innen deutschlandweit geführt. 28 potentielle Probandinnen wurden für ein Interview angefragt, von denen sich 20 zurückmeldeten. Vier lehnten die Teilnahme am Forschungsprojekt aus verschiedenen Gründen (Zeitmangel, zu geringe Berufserfahrung, keine aktive Rolle mehr in der Substitution) ab. Alle Befragten hatten die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ absolviert und sind dadurch zur ambulanten Substitution befugt. Ärzt:innen ohne Zusatzweiterbildung, die im Rahmen der Konsiliarregelung in der Substitution tätig sind wurden nicht in die Befragung eingeschlossen. Die Befragten gehörten drei verschiedenen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Psychiatrie) an und arbeiteten in vier verschiedenen Einrichtungsarten in demographisch stark unterschiedlichen Regionen. Genauere Angaben sind dem Ergebnisteil (und ► **Tab. 3**) zu entnehmen.

► **Tab. 3** Charakteristika der interviewten Ärzt:innen (N = 16)

Charakteristika	Anzahl abs. (%)
Männlich, N (%)	11 (68,75%)
Alter in Jahren (SD)	59,4 (9,8) (41 bis 72 Jahre)
Facharzttrichtung, N (%)	
Allgemein- und Innere Medizin	11 (68,75%)
Psychiatrie	5 (31,25%)
Art der Praxis, N (%)	
Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	11 (68,75%)
Substitutionsambulanz	2 (12,5%)
PIA	2 (12,5%)
MVZ	2 (12,5%)*
Stadtgröße, N (%)	
< 20 000 Einwohner:innen	4 (25%)
20 000–100 000 E	4 (25%)
100 000–500 000 E	3 (18,75%)
> 500 000 E	5 (31,25%)
Bundesländer, N (%)	
Baden-Württemberg	1 (6,25%)
Bayern	2 (12,5%)
Berlin	2 (12,5%)
Bremen	1 (6,25%)
Hessen	3 (18,75%)
Niedersachsen	2 (12,5%)
Nordrhein-Westfalen	2 (12,5%)
Sachsen-Anhalt	1 (6,25%)
Schleswig-Holstein	1 (6,25%)
Thüringen	1 (6,25%)

* Doppelcodierung einer befragten Person, da diese in zwei verschiedenen Praxisarten tätig ist.

Die Interviews dauerten zwischen 45 und 90 Minuten und wurden im Anschluss transkribiert und anonymisiert. Auf Basis der Ergebnisse der quantitativen Erhebung, sowie unter Einbeziehung anderer aktueller Forschungsarbeiten wurden Kategorien zur deduktiven Inhaltsanalyse erstellt. Im Prozess der Auswertung wurden diese induktiv durch weitere Kategorien und Unterkategorien ergänzt und ggf. umstrukturiert. Den Transkripten wurden die relevanten Textbestandteile entnommen und den Kategorien zugeordnet. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wurde zur Bewertung des Nutzens der Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen und deren Bedeutung für die Zukunft der Substitutionsversorgung erstellt. Dabei wird besonders auf direkte und weiterreichende strukturelle Probleme eingegangen.

Ergebnisse

Es wurden 16 Interviews mit Ärzt:innen aus sehr unterschiedlichen Versorgungssettings geführt. Elf der Befragten waren Männer. Das

► **Tab. 4** Übersicht über Wissen, Einsatz und Meinung zur Übernahme bezüglich der analysierten BtM-VV- und EBM-Änderungen

Corona-bedingt befristete BtM-VV-/EBM-Änderung*	Wissen über Änderung	Einsatz	Übernahme in den Regelbetrieb
Aufhebung der Kapazitätsgrenze bei der Konsiliarregelung	+ (13) - (3)	+ (0) ** - (16)	+ (2) ~ (2) - (12)
Häufigere und längere Verschreibungen von Z-Rezepten	+ (11) - (5)	+ (12) - (4)	+ (11) ~ (4) - (1)
Delegation der Sichtvergabe an Dritte	+ (12) - (4)	+ (4) - (12)	+ (7) ~ (6) - (3)
Abrechnung therapeutischer Gespräche bis zu acht Mal	+ (15)***	+ (14) ~ (1)	+ (15)
Behandlung mit Depotpräparat bei besserer Vergütung	+ (10)*** - (5)	+ (11) - (4)	+ (11) ~ (4)

Legende: + Zustimmung (N), - Ablehnung (N), ~ keine klare Aussage/Meinung (N)

* Für eine detaillierte Auflistung der Corona-bedingt befristeten BtM-VV-/EBM-Änderungen siehe ► **Tab. 1** Spalte 3 (BtM-VV) bzw. ► **Tab. 2** Spalte 3 (EBM) unter „Befristete Änderungen“.

** Fünf der 16 Befragten waren als Konsiliar:in tätig. Allerdings überschritt keine:r der unter der Konsiliarregelung substituierenden Ärzt:innen die Kapazitätsgrenze von zehn Patient:innen.

*** Die Einrichtung einer befragten Person rechnet nicht über den EBM ab und war folglich nicht von den entsprechenden Änderungen betroffen.

Durchschnittsalter lag bei 59,4 Jahren. Unter den Proband:innen befinden sich elf Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin und fünf für Psychiatrie. Die Befragten arbeiten in vier verschiedenen Einrichtungsarten. Darunter vertreten sind Einzelpraxen/Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZs), Substitutions-ambulanzen und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs). Sie sind in zehn (von insgesamt 17) verschiedenen Gebieten der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) tätig (siehe ► **Tab. 3**).

Es wurde analysiert, inwieweit die 16 befragten Ärzt:innen über die Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen informiert waren. Außerdem wurde untersucht, ob sie diese neuen Handlungsspielräume in der Therapiegestaltung genutzt haben und sich eine Übernahme dieser in den pandemie-unabhängigen Regelbetrieb wünschen würden (Übersicht der Ergebnisse: siehe ► **Tab. 4**).

Obwohl die Ärzt:innen zu allen Änderungen befragt wurden, beschränkt sich die Analyse auf die in ► **Tab. 4** benannten Änderungen plus die Take-Home-Verschreibungen (siehe 3.2.). Die Änderungen bzgl. der Notfallverschreibung, Vertretungsregelungen und Übertragung von BtM-Rezepten wurden in dieser Auswertung außen vorgelassen. Grund dafür ist, dass diese für spezielle Pandemie-Notsituationen erlassen wurden und im Regelbetrieb vermutlich nur in geringem Maße von Relevanz wären. Insgesamt war das Wissen über und der Einsatz dieser Änderungen sehr gering bei allen Befragten.

Aufhebung der Kapazitätsgrenze bei der Konsiliarregelung

Die Konsiliarregelung wurde sehr unterschiedlich beurteilt, selbst ohne die Aufhebung der Kapazitätsgrenze (mehr als zehn Patient:innen) miteinzubeziehen. Als negativ wurde ein Missverhältnis zwischen Arbeitsaufwand und Vergütung für beide Seiten (Konsiliar:in und nicht suchtmedizinisch qualifizierte:r Behandelnde:r) benannt. Weiterhin machten die Ärzt:innen schlechte Erfahrungen mit der Qualität der Substitutionsbehandlung durch die konsiliarisch unterstützten Ärzt:innen. Als Ursache

dafür vermuteten einige die fehlende Fortbildung. Viele sahen das Durchführen einer Substitutionsbehandlung ohne vorherige strukturierte Auseinandersetzung mit der Pharmakologie, dem Krankheitsbild und den Komorbiditäten grundsätzlich als kritisch an. Fehlende effektive Kontrollmechanismen wurden bemängelt.

Positiv betonten manche Befragten die großen Chancen einer wohnortnahen Versorgung. Zudem wünschten sie sich eine bessere Eingliederung der Substitution in die restliche medizinische Versorgung. Dabei sei die Ausweitung der Konsiliarregelung unabdingbar. Außerdem könne sich ein Grundwissen auch ohne die offizielle Weiterbildung angeeignet werden.

Wie in ► **Tab. 4** ersichtlich lehnten die meisten befragten Ärzt:innen die Aufhebung der Kapazitätsgrenze im Regelbetrieb ab. Begründet wurde dies mit der oben beschriebenen grundsätzlichen Kritik. Zusätzlich sei die Fortbildung ab einer Anzahl von über zehn Patient:innen noch dringlicher, da es ab dieser Größe auch zur „Szenebildung“ käme. Für nicht suchtmedizinisch qualifizierte Ärzt:innen sei es außerdem ab einer gewissen Gruppengröße sinnvoller (bzgl. Abrechnung, Dokumentation etc.) als eigenständige Substitutionsbehandler:innen zu arbeiten. Eine befragte Person sah die Aufhebung der Kapazitätsgrenze dagegen als Chance jene Ärzt:innen auf lange Sicht zu einer Weiterbildung zu motivieren (Interview 8, 20.03.2021).

Take-Home-Verschreibungen

Die deutliche Mehrheit der Befragten reagierte im Frühjahr 2020 mit einer Erweiterung der Take-Home-Verordnungen auf die pandemische Lage. Dabei spielte die Verschreibung von Take-Home-Rezepten ohne persönliche Konsultation kaum eine Rolle. Lediglich eine befragte Person berichtete von einer Verschreibung ohne persönliche Konsultation in einem Quarantänefall. Viele Ärzt:innen erweiterten stattdessen bestehende Take-Home-Zeiträume von einer Woche auf zwei. Manche verordneten außerdem neue Take-Home-Rezepte an Patient:innen, die formal zwar nicht als Take-Home-fähig galten, aber durch eine COVID-19-Infektion besonders gefährdet gewesen wären. Beide Vorgehensweisen sind nicht an die Corona-bedingt befristete BtM-VV-Änderungen gebunden (eine

Take-Home-Verschreibung von bis zu vier Wochen wurde bereits durch die 3.BtMVVÄndV 2017 ermöglicht) und sind deshalb nicht in ► **Tab. 4** dargestellt.

Nach dem Abklingen der ersten Infektionswelle wurden die Erweiterungen der Take-Home-Verschreibungen von allen Befragten wieder zurückgenommen. Unterschiede zeigten sich zu Beginn der zweiten Lockdownphase: Hier reagierten zwar manche der Ärzt:innen mit erneuten Take-Home-Erweiterungen, der Großteil jedoch nahm keine Änderung mehr in den Substitutionsbehandlungen vor.

Die Interviewten berichteten von unterschiedlichen Erfahrungen mit den erweiterten und neu eingeführten Take-Home-Verschreibungen. Mit Ausnahmen zeigte sich grundsätzlich, dass zuvor stabile Patient:innen auch mit der veränderten Behandlungsstruktur gut zurechtkamen, während zuvor eher instabile Patient:innen vermehrt Schwierigkeiten hatten. Eine befragte Person zog insgesamt ein negatives Feedback (Interview 2, 02.02.2022). Fast alle ihrer Patient:innen (auch zuvor stabile) seien erheblich dekompenziert und hätten in Konsequenz ihr Take-Home verloren. Insgesamt gab es jedoch mehr positive Abweichungen von dem oben beschriebenen Trend. Teils stabilisierten sich selbst zuvor nicht Take-Home-fähige Patient:innen im Verlauf und erfüllten später sogar die formalen Kriterien zur eigenverantwortlichen Einnahme.

Trotz Mangel an gravierend negativen Erfahrungen zogen die meisten Ärzt:innen die erweiterten Take-Home-Verschreibungen wieder zurück und führten sie nicht wieder ein. Dies begründeten sie mit Sorgen vor zukünftigen Destabilisierungen und dem möglichen Weiterverkauf von Substitut auf dem so genannten Schwarzmarkt. Außerdem hatten viele Patient:innen einen hohen Gesprächsbedarf und wünschten sich regelmäßigeren Kontakt zu ihrem Behandlungsteam. Manche Ärzt:innen erkannten grundsätzlich nur eine Erwerbstätigkeit als legitimen Grund für eine Take-Home-Verschreibung an. Auch die Ökonomie spielte bei der Entscheidung eine erhebliche Rolle. Durch die Erweiterung/Neueinführung von Take-Home-Verschreibungen konnten die Ärzt:innen weniger Patient:innen-Kontakte abrechnen und berichteten deshalb von Umsatzeinbußen. In Hessen spielte dies keine Rolle bei der Abwägung. Dort werden Take-Home-Verschreibungen durch eine Hessen-spezifische Abrechnungsziffer weitaus besser vergütet als in anderen Bundesländern.

In Zusammenhang mit den erweiterten Take-Home-Verschreibungen wurde häufig die Rolle der Qualitätsprüfungen durch die KVen thematisiert. Die interviewten Ärzt:innen erkannten diese generell als sinnvoll und hilfreich an. Positiv bewerteten viele Ärzt:innen eine verstärkte Offenheit und Kommunikationsbereitschaft der KVen bezüglich neuer Behandlungsgestaltungen während der COVID-19-Pandemie. Diese Verbesserung wünschten sie sich auch für den zukünftigen Regelbetrieb. Eine Fallbesprechung könne nur dann lehrreich sein, wenn die kontrollierende Instanz zu einer konstruktiven Beratung der individuellen Situationen bereit wäre.

Merke

Trotz wenigen negativen Erfahrungen mit den Take-Home-Erweiterungen, nahmen die Behandler:innen diese im Verlauf der Pandemie wieder zurück.

Häufigere und längere Verschreibungen von Z-Rezepten

Durch die neuen Verschreibungsmöglichkeiten konnten Ärzt:innen die Behandlung flexibler an verschiedene Situationen anpassen. So konnte beispielsweise für COVID-19-Risikopatient:innen, die nicht sehr stabil waren, eine alternierende Vergabe organisiert werden (ein Tag Substitut-Vergabe vor Ort, ein Tag eigenverantwortliche Einnahme zu Hause).

Die Befragten kritisierten allerdings, dass diese Vorgehensweise viel Aufwand beim Schreiben der Rezepte verursache und begründeten damit sogar eine erneute Reduzierung der Verschreibungen. Denn neben dem erhöhten Arbeitsaufwand käme es durch weniger Patient:innen-Kontakte zusätzlich zu Umsatzeinbußen. Auch Patient:innen müssten bei jedem Einlösen eines Z-Rezeptes erneut Gebühren bei der Apotheke bezahlen (sofern keine Befreiung vorliege). Beides stelle eine große Barriere beim Nutzen der neuen Möglichkeiten dar.

Eine deutliche Mehrheit der Befragten sprach sich trotz der genannten Barrieren für die Übernahme der Z-Rezept-Änderungen in den Regelbetrieb aus. Die erweiterten Verschreibungsmöglichkeiten böten zusätzliche Chancen für die flexible Anpassung der Substitution an die Gegebenheiten der Vergabe-Einrichtung und der Patient:innen. Vier Ärzt:innen waren diesbezüglich ambivalent und eine Person lehnte eine mögliche Übernahme klar ab. Der gemeinsame Nenner ihrer Aussagen ist eine grundsätzliche Kritik an Z-Rezepten. Durch Z-Rezepte bekämen Personen eine Art Take-Home (eigenverantwortliche Einnahme), obwohl sie die Kriterien der Take-Home-Fähigkeit nicht erfüllten. Z-Rezepte stellten dann lediglich ein Zugeständnis an die Unzulänglichkeiten der Versorgungssituation (z. B. keine gewährleistete Wochenendvergabe) dar. Sie argumentierten, dass eine Lösung der grundsätzlichen Versorgungsprobleme eher anzustreben sei als eine Ausweitung der Z-Rezept-Verschreibung.

Merke

Flexiblere Z-Verschreibungen erleichtern die Anpassung der Behandlung an individuelle Gegebenheiten (der Patient:innen und Behandler:innen).

Delegation der Sichtvergabe an Dritte

Die COVID-19-Pandemie belastete auch Delegationspartner:innen (Apotheken und Pflegedienste) verstärkt. Trotzdem hätten viele die Zusammenarbeit aufrechterhalten und teilweise noch ausgebaut. Vereinzelt wurde jedoch auch von Aufkündigungen langjähriger Verträge für die Vergabe von Substitut berichtet.

Die Corona-bedingt befristete BtM-VV-Änderung ermöglichte neu auch die Beauftragung von Dritten (wie Apotheken-Botendiensten oder Mitarbeitenden der psychosozialen Betreuung (PSB)) für die Vergabe von Substitut an die Patient:innen zum unmittelbaren Verbrauch. Vier der Befragten nutzten diese neue Möglichkeit befristet auf jeweils wenige Tage. Als Gründe wurden angegeben, dass sich Patient:innen in Quarantäne befanden und es zu hohen personellen Ausfällen auf Behandlungsseite kam. Alle vier berichteten von komplikationslosen Abläufen dieser Arrangements.

Bezüglich einer möglichen Übernahme der Delegationserweiterung in den Regelbetrieb äußerten sich einige Befragte sorgenvoll. Zu viele Beteiligte könnten zu einem Verlust der Übersicht und Kontrolle führen. Eine klare Linie sei wichtig für die Patient:innen. Abweichungen könnten zu Täuschungsversuchen und missbräuchlichem Umgang mit dem Substitut verleiten. Außerdem könne das Übersehen oder falsch Deuten von z. B. Intoxikationszeichen durch ungeschultes Personal Patient:innen gefährden. Deshalb lehnten einige Befragte eine Übernahme der erweiterten Delegationsmöglichkeiten gänzlich ab. Andere differenzierten zwischen Apotheken-Botendiensten und der PSB und/oder forderten unterstützende Schulungskonzepte. Klare Befürworter:innen betonten, dass sich die aufgeführten Risiken durch gute Absprache mit allen Beteiligten abwehren ließen. Dieser Aufwand würde sich angesichts der Chancen für die freiere Lebensgestaltung der Patient:innen lohnen. Im Falle einer Übernahme müsste die Vergütung der jeweiligen Delegationspartner:innen (z. B. der PSB) geklärt werden.

Abrechnung therapeutischer Gespräche bis zu acht Mal

Alle Befragten gaben an die zusätzliche Vergütungsoption von bis zu acht therapeutischen Gesprächen zu nutzen. Nicht jedoch, weil sie dadurch verleitet wären mehr Gespräche führten, sondern weil zuvor bereits regelmäßig erbrachte Leistungen nun endlich abgerechnet werden könnten. Eine Übernahme wurde einheitlich begrüßt, ebenso wie die Möglichkeit telefonische oder digital geführte Gespräche abrechnen zu können.

Viele der Interviewten hätten entstandene Umsatzeinbußen (siehe Abschnitt zu „Take-Home“ und „Z-Rezepte“) mit der vermehrten Abrechnungsmöglichkeit von therapeutischen Gesprächen kompensiert. Dies habe vielen Einrichtungen geholfen die Pandemie-Situation ohne größere Verluste zu überstehen.

Behandlung mit Depotpräparat bei besserer Vergütung

Zwölf der 16 der Befragten behandelten Patient:innen mit einem Buprenorphin-Depotpräparat. Die Umstellung auf das Depotpräparat erfolgte bei fast allen Interviewten vor oder unabhängig von der Pandemie-Situation. Lediglich zwei Ärzt:innen gaben an zu Pandemie-Beginn verstärkt Patient:innen auf das Depotpräparat eingestellt zu haben (bei beiden ca. 10–15% aller Substituierten; bei allen übrigen nur einzelne Patient:innen).

Ärzt:innen, die das Depotpräparat nicht nutzen gaben eine Vielzahl von Gründen (z. B. Patient:innen-Ressentiments und fehlendes Wissen/Erfahrung) dafür an. Eine zu geringe Vergütung wurde nicht als Grund genannt.

Alle Befragten, die ein Depotpräparat verschrieben, hielten die EBM-Änderung zugunsten einer besseren Vergütung für gerecht und sinnvoll. Allerdings kritisierten sie, dass die Behandlung nicht zusammen mit der „Wochenend-Ziffer“ abgerechnet werden könne. Gerade weil viele Patient:innen, die von einer Depot-Behandlung profitierten aus Zeitgründen oft am Wochenende in die Praxis kämen, wäre es unerlässlich die Möglichkeit einer kombinierten Abrechnung zu schaffen.

Weitere Herausforderungen in der Substitutionsversorgung

Unabhängig von den Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen wurden die Ärzt:innen nach den bestehenden

und zukünftigen Herausforderungen in der Substitutionsversorgung befragt. Bei der Auswertung konnten die zwei Überthemen „Nachwuchsmangel von Behandelnden“ und „Stigmatisierung von Patient:innen“ identifiziert werden.

Nachwuchsmangel von Behandelnden

Die Befragten vermuteten, dass der generelle Landärzt:innen-Mangel unter anderem ursächlich für den fehlenden Nachwuchs sei. Darüber hinaus hätten Medizinstudierende im Studium kaum Berührungspunkte mit Abhängigkeits-Erkrankten. Für viele sei der Bereich Suchtmedizin dadurch nicht als mögliches Berufsfeld präsent. Selbst für Auszubildende des psychiatrischen Facharztes seien Erfahrungen mit Suchtpatient:innen bei der Rotation zwar vorgesehen, nicht aber garantiert. So böten sich wenige Chancen allgemein vorherrschende Stigmatisierungen durch eigene Erfahrungen auszugleichen. Die Weiterbildung „suchtmedizinische Grundversorgung“ sei während der Corona-Pandemie vielerorts mehrfach abgesagt worden. Als Initiative zur Nachwuchsförderung wäre eine vergünstigte oder kostenlose Teilnahme an der Fortbildung wünschenswert. Es gäbe außerdem eine nicht unerhebliche Anzahl an Ärzt:innen, die die Fortbildung absolvierten, sich danach aber nicht an der Substitution von Patient:innen beteiligten. Als Gründe gäben diese Kolleg:innen persönliche Ressentiments und strukturelle Barrieren an. Die Weiterbildung bereite nicht genügend auf die praktische Durchführung einer Substitutionsbehandlung vor. Absolvent:innen fühlten sich verunsichert und bräuchten langfristige Unterstützung. Auch nach der 3. BtM-VV-Änderung 2017 spielten Rechtsunsicherheiten weiterhin eine hemmende Rolle. Außerdem seien die Formalia der Substitution (darunter Rezeptierung, Dokumentation und Abrechnung) immer noch zu aufwändig und würden dadurch potentielle Nachfolger:innen abschrecken.

Merke

Potentielle Nachwuchsärzt:innen wünschen sich längerfristige Unterstützung auch nach der Weiterbildung beim Einstieg in die Substitution.

Stigmatisierung von Patient:innen

Stigmatisierung Opioid-abhängiger Menschen im Gesundheitswesen zeige sich weiterhin im täglichen diskriminierenden Umgang, sowie an strukturellen Zugangsbarrieren zu Rehabilitations- und Entgiftungseinrichtungen. Auch die Haltung mancher substituierender Kolleg:innen wurde kritisiert: Es gäbe stark paternalistische Behandlungsstile, die auf veralteten Modellen von Abhängigkeitserkrankungen basierten. Diese würden Kontrolle mit Androhung von Konsequenzen zu stark in den Mittelpunkt stellen. Eine befragte Person sprach in diesem Zusammenhang von einer „Haltungskrise“, die weitaus schwerwiegender sei als die Versorgungskrise an sich (Interview 8, 20.03.2021). Als Wunsch wurde geäußert, dass in Fortbildungen übermitteltes Wissen überall auf den aktuellen Stand der Forschung gebracht werden solle. Eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und möglichen Behandlungsstilen solle in den Kursen angestrebt werden. Doch auch die rechtliche Grundlage der Substitution müsse für eine komplette Entstigmatisierung der Substitutionsbehandlung weiter überar-

beitet und damit der Trend der 3. BtM-VV-Änderung weitergeführt werden. Denn aktuell stünden immer noch strafrechtliche Gesichtspunkte über der Behandlung dienlichen medizinischen Aspekten, was stigmatisierende Behandlungsmodelle aufrechterhielte.

Diskussion

In 16 semi-strukturierten Leitfaden-Interviews wurden ambulant substituierende Ärzt:innen zu ihren Erfahrungen mit den Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen befragt. Ziel war eine Evaluation der befristeten Änderungen in Hinblick auf deren möglichen Nutzen für die zukünftige Substitutionsversorgung in Deutschland.

Die Ergebnisse der Befragungen sprechen (mit Ausnahme der Aufhebung der Kapazitätsgrenze) für die Fortführung der rechtlichen Flexibilisierungen im post-pandemischen Regelbetrieb. Die Erfahrungen bei erweiterten Take-Home-/Z-Rezept-Verschreibungen waren zwar unterschiedlich, jedoch bewertete nur eine befragte Person den Verlauf dieser Erweiterung als rein negativ. Gleichzeitig machten die meisten unauffällige oder sogar positive Erfahrungen. Diese Ergebnisse werden durch zahlreiche internationale quantitative und qualitative Studien der letzten zwei Jahre bestärkt. Diese zeigen, dass signifikant erhöhte Zahlen an Instabilisierungen, Überdosen und Krankenhauseinweisungen bei erweitertem Take-Home ausblieben ([15, 16, 17, 18]). Uneinheitlich ist die Studienlage bei der Frage, ob die Mitgabe größerer Mengen an Substitut zu einer verstärkten Distribution führt ([19, 17]). Die genauere Erforschung der Problematik ist für die Zukunft von großer Bedeutung. Doch selbst wenn die zukünftige Studienlage vermehrte Distribution bei erweitertem Take-Home bestätigen würde, sollte dies nicht automatisch als absolute Kontraindikation verstanden werden. Während die Sorgen vor Weitergabe von Substitut berechtigt sind, gibt ein Review aus den USA den Hinweis, dass illegal weitergegebenes Buprenorphin in der Mehrzahl zur Minderung von Entzugssymptomen („Misuse“) und nicht zum „High“ werden („Abuse“) verwendet werde [20]. Durch die illegale Distribution von Buprenorphin gebe es laut einer Studie einen gewissen Harm Reduction-Effekt [21]. Dass ein durch die Krankenkassen finanziertes Medikament möglicherweise den Schwarzmarkt bedienen könnte, stößt vielen auf. Es ist jedoch zu vermuten, dass strenge Maßnahmen, die eine illegale Distribution unter allen Umständen verhindern sollen, insgesamt negativere Folgen hätten. Restriktive Reglementierung scheint die Substitutionsmotivation und Behandlungssadhärenz negativ zu beeinflussen [22]. Beides wirkt sich jedoch auf viele gesundheitliche und gesellschaftliche Bereiche sehr positiv aus und sollte deshalb unbedingt gefördert werden. So senkt die Substitution nicht nur den Substanzgebrauch [23] und die Gesamt- und Überdosis-Sterblichkeit von opioidabhängigen Menschen ([24, 25]), sondern sorgt auch für einen Rückgang von Straftaten [26].

Natürlich bedeuten mehr Freiheiten in der Behandlungsgestaltung zwangsweise auch mehr Verantwortung für die Ärzt:innen bei der individuellen Abwägung. Die Sorge vor Überforderung, Unsicherheit oder Nachlässigkeit, sowie deren Folgen ist nachvollziehbar und darf nicht übergangen werden. Verstärkter Vernetzung unter Behandler:innen könnte dadurch zukünftig noch mehr Be-

deutung zukommen. Denn diese wirke sich positiv auf die Weiterführung von Substitutionsbehandlungen aus [27]. Auch die vorhandenen Qualitätsprüfungen durch die KVen haben das Potential Ärzt:innen mehr Sicherheit bei der Substitutionsbehandlung zu geben. Konstruktive Fallbesprechungen mit Beachtung der individuellen Behandlungsstrukturen erscheinen sinnvoll. Außerdem sei eine Evaluation der Effekte von verminderter Kontrolle (während der COVID-19-Situation) auf die Qualität der Behandlung für die Zukunft von hoher Relevanz [28].

Flexiblere Take-Home-Verschreibungen erlauben eine bessere Anpassung der Substitutionsbehandlung an die individuellen Lebenssituationen der Patient:innen. Zusätzlich wurde in einer Studie ein unerwarteter Vorteil gefunden: Flexiblere Verschreibungsweisen scheinen sich positiv auf die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehungen auszuwirken [17]. Dies ist ein wichtiger Prädiktor für den Verbleib in einer Substitutionsbehandlung [29]. Außerdem schien der „Vertrauensvorschuss“ von erweitertem Take-Home bei Patient:innen, die formell eigentlich nicht dafür qualifiziert waren, einen positiven Einfluss auf den Behandlungsverlauf zu haben. In einer qualitativen Studie beschrieben mehrere Befragte, dass zuvor instabile Patient:innen nach einiger Zeit mit erweitertem Take-Home auch die normalen Kriterien dafür erfüllten [30]. Ähnliche Erfahrungen machten auch Befragte aus dieser Studie. Eine vertrauensvolle und Stigma-freie Kommunikationsbasis sei in diesem Zusammenhang entscheidend. Eine flächendeckende Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und dem Behandlungsstil sollte verstärkt in den Fokus von Aus- und Weiterbildung gestellt werden.

Sollte eine Beibehaltung der Take-Home-Flexibilisierungen wirklich angestrebt werden, darf die Untersuchung und Ausräumung struktureller Barrieren dabei nicht vergessen werden. Bei den Corona-bedingt befristeten BtM-VV-Änderungen ist dies nicht gänzlich gelungen. Ökonomische und formelle Aspekte (Rezeptierungs- und Dokumentationsaufwand) wurden von vielen Ärzt:innen (unter anderem) als Gründe für eine Rücknahme der angepassten Behandlungsänderungen genannt. Eine ausreichende Vergütung sollte nicht nur an die einzelnen Ärzt:innen-Patient:innen-Kontakte gekoppelt werden. Das kann Ärzt:innen bei der Behandlungsplanung in einen Konflikt mit der Wirtschaftlichkeit bringen. Mit gutem Beispiel geht hier Hessen mit seiner KV-spezifischen „Take-Home“-Ziffer voran. Dieses und andere Modelle (z. B. eine Pauschalisierung) sollten vermehrt erprobt und untersucht werden. Außerdem ist es notwendig eine Verschlankung der Dokumentation und Rezeptierung anzustreben. Ohne diese ergänzenden Maßnahmen können rechtliche Flexibilisierungen nur beschränkt von Nutzen sein.

Die Übernahme dieser Änderungen (erweiterte Möglichkeiten bei der Verschreibung von Take-Home- und Z-Rezepten, bei der Delegation an Dritte, sowie der sinnvollerer Vergütung von therapeutischen Gesprächen und der Behandlung mit Depotpräparaten) und stärkere Nutzung der 3. BtMVVÄndV scheinen ein Schritt in die richtige Richtung zu sein. Ob diese ausreichen, um der Versorgungskrise der Substitution zu entgegnen bleibt jedoch fraglich. Lehmann et al. [5] weisen zu Recht auf die Notwendigkeit hin weitere Versorgungsmodelle stärker zu etablieren. Unerlässlich seien dabei die Unterstützung niedergelassener Ärzt:innen durch Substitutionsambulanzen und psychiatrische Institutsambulanzen, ebenso wie Kooperationen mit Apotheken, Pflegeeinrichtungen und anderen Institutionen.

Limitationen

Aufgrund des qualitativen Charakters der Studie sind die Ergebnisse nur begrenzt verallgemeinerbar. Zusätzlich ist erneut darauf hinzuweisen, dass die Studienteilnehmenden durch ein „Purposeful Sampling“ ausgewählt wurden. Es fand keine Zufallsauswahl statt. Substituierende Ärzt:innen ohne suchtmmedizinische Weiterbildung (Konsiliar-Modell) wurden nicht in die Erhebung eingeschlossen – allerdings versorgen sie in Deutschland nur einen sehr geringen Anteil der Substitutionspatient:innen (1,8%) und unterscheiden sich durch die Behandlung unter Konsilorganisatorisch von „autonom“ substituierenden Ärzt:innen [4]. Durch die begrenzte Anzahl an Interviews konnte die Vielfalt an Versorgungssituationen nicht gänzlich abgebildet werden, so sind einige KV-Gebiete (Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen) nicht in der Erhebung vertreten. Des Weiteren zeigt sich bei den Befragten eine Überrepräsentation an Praxen als Einrichtungsform. Eine gute Verteilung konnte bei den geographischen Settings (Stadtgröße) erreicht werden. Vier Personen lehnten die Teilnahme an einem Interview aus verschiedenen Gründen (Zeitmangel, zu geringe Berufserfahrung, keine aktive Rolle mehr in der Substitution) ab.

Kernbotschaften

Die befristeten Flexibilisierungen in der BtM-VV haben eine Erprobung erweiterter Handlungsspielräume erlaubt. Die Erfahrungen der befragten Ärzt:innen zeigen, dass mehr Möglichkeiten nicht unweigerlich zu negativen Folgen führen. Gleichzeitig erleichtern die Flexibilisierungen die Anpassung der Therapie an individuelle Umstände von Behandler:innen und Patient:innen. Dies könnte dazu beitragen, die derzeitigen Versorgungsengpässe zu entschärfen und mehr Menschen mit Opioid-Abhängigkeit eine qualitativ hochwertige Substitutionstherapie anbieten zu können. Eine Untersuchung und Beseitigung struktureller Barrieren dürfte bei der Umsetzung nicht vergessen werden. Denn die Mehrheit der Interviewten würde solche Möglichkeiten (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß) in ihrer Behandlungsgestaltung nutzen.

Rechtliche Flexibilisierungen übertragen zwangsläufig mehr Verantwortung auf die einzelnen Ärzt:innen. Dadurch gewinnt auch die Qualität der Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung an Wichtigkeit. Die Reflektion des eigenen Behandlungsstils mit der Abwägung des Ausmaßes von Kontrolle und Sanktionierung gerät dadurch verstärkt in den Fokus. Um diesen Umständen zu entgegnen, sollten umfassendere Unterstützungsangebote durch Schulungen und Vernetzung angeboten werden.

Autorinnen/Autoren



Babette Müllerschön

studiert Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen und promoviert dort am Institut für Geschichte der Medizin und am Institut für Suchtforschung der UAS Frankfurt zu den Auswirkungen der Corona-bedingt befristeten BtM-VV- und EBM-Änderungen auf die ambulante Opioid-Substitutionsbehandlung in Deutsch-

land. Sie ist aktives Mitglied der Initiative „Junge Suchtmedizin“ (www.jungesuchtmedizin.de).



Heino Stöver

Prof. Dr. ist Dipl. Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor für „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“ an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Er ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.frankfurt-university.de/isff).

Interessenkonflikt

Bei beiden Autor:innen liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- [1] Bell J. Pharmacological maintenance treatments of opiate addiction. *Br J Clin Pharmacol* 2012; 77: 253–263. doi:10.1111/bcp.12051
- [2] Stöver H, Michels I, Gerlach R. Agonist Opioid Treatment for opioid dependents in Germany 2019. 2020; Im Internet: https://www.researchgate.net/publication/342169898_Agonist_Opioid_Treatment_for_opioid_dependents_in_Germany_2019; Stand: 23.08.2022
- [3] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications. LU: Publications Office; 2021
- [4] Bundesopiumstelle. Bericht zum Substitutionsregister. 2022; Im Internet: https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/_node.html; Stand: 31.03.2022
- [5] Lehmann K, Kuhn S, Schulte B et al. Die Substitutionstherapie Opioidabhängiger in Deutschland: Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV aus der Sicht substituierender Ärztinnen und Ärzte. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2021; 83: 651–661. doi:10.1055/a-1378-9249
- [6] Schulte B, Schmidt C, Kuhnigk O et al. Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany – a survey among physicians in primary care. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013; 8: 26–26. doi:10.1186/1747-597x-8-26
- [7] Initiative Substitutionsversorgung Opioidabhängiger Patient:innen. 10-Eckpunkte-Papier für Verbesserung der opioidgestützten Behandlung. Kommunikationsagentur Wiesbaden 2020; Im Internet: https://www.accente.de/versorgungssicherung_substitution/; Stand: 17.01.2022
- [8] Akzept e.V. Bundesverband. 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021. Pabst Science Publishers; 2021
- [9] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. BtMVV – Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln. 2018; Im Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BjNR008000998.html; Stand: 18.02.2022
- [10] Bundesministerium für Gesundheit. Suchergebnis – Bundesanzeiger. 2020; Im Internet: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/brjBVo9nYwlqxpfnf3p?15>; Stand: 18.02.2022
- [11] KBV Bewertungsausschuss. Beschlüsse zum EBM. 2020; Im Internet: <https://www.kbv.de/html/41925.php>; Stand: 07.10.2020
- [12] Ornell F, Moura HF, Scherer JN et al. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. *Psychiatry Res* 2020; 289: 113096. doi:10.1016/j.psychres.2020.113096

- [13] Stolbach A, Mazer-Amirshahi M, Schwarz ES et al. ACMT Position Statement: Caring for Patients with Opioid Use Disorder during Coronavirus Disease Pandemic. *J Med Toxicol* 2020; 1–3. doi:10.1007/s13181-020-00800-9
- [14] Kamphausen G, Werse B. Corona und Drogenhilfe | Sachbericht. Centre for Drug Research Frankfurt 2021
- [15] Amram O, Amiri S, Panwala V et al. The impact of relaxation of methadone take-home protocols on treatment outcomes in the COVID-19 era. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2021; 47: 722–729. doi:10.1080/00952990.2021.1979991
- [16] Brothers S, Viera A, Heimer R. Changes in methadone program practices and fatal methadone overdose rates in Connecticut during COVID-19. *J Subst Abuse Treat* 2021; 131: 108449. doi:10.1016/j.jsat.2021.108449
- [17] Corace K, Suschinsky K, Wyman J et al. Evaluating how has care been affected by the Ontario COVID-19 Opioid Agonist Treatment Guidance: Patients' and prescribers' experiences with changes in unsupervised dosing. *Int J Drug Policy* 2022; 102: 103573. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103573
- [18] Meteliuk A, Galvez de Leon SJ, Madden LM et al. Rapid transitional response to the COVID-19 pandemic by opioid agonist treatment programs in Ukraine. *J Subst Abuse Treat* 2021; 121: 108164. doi:10.1016/j.jsat.2020.108164
- [19] Figgatt MC, Salazar Z, Day E et al. Take-home dosing experiences among persons receiving methadone maintenance treatment during COVID-19. *J Subst Abuse Treat* 2021; 123: 108276. doi:10.1016/j.jsat.2021.108276
- [20] Chilcoat HD, Amick HR, Sherwood MR et al. Buprenorphine in the United States: Motives for abuse, misuse, and diversion. *J Subst Abuse Treat* 2019; 104: 148–157. doi:10.1016/j.jsat.2019.07.005
- [21] Carlson RG, Daniulaityte R, Silverstein SM et al. Unintentional drug overdose: Is more frequent use of non-prescribed buprenorphine associated with lower risk of overdose. *Int J Drug Policy* 2020; 79: 102722. doi:10.1016/j.drugpo.2020.102722
- [22] Richert T, Johnson B. Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden. *Harm Reduct J* 2015; 12: 1. doi:10.1186/s12954-015-0037-2
- [23] Goldstein A, Herrera J. Heroin addicts and methadone treatment in Albuquerque: a 22-year follow-up. *Drug Alcohol Depend* 1995; 40: 139–150. doi:10.1016/0376-8716(95)01205-2
- [24] Degenhardt L, Grebely J, Stone J et al. Global patterns of opioid use and dependence: Population harms, interventions, and future action. *Lancet* 2019; 394: 1560–1579. doi:10.1016/S0140-6736(19)32229-9
- [25] Sordo L, Barrio G, Bravo MJ et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017; 357: j1550. doi:10.1136/bmj.j1550
- [26] Eastwood B, Strang J, Marsden J. Effectiveness of treatment for opioid use disorder: A national, five-year, prospective, observational study in England. *Drug Alcohol Depend* 2017; 176: 139–147. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.03.013
- [27] McNeely J, Drucker E, Hartel D et al. Office-based methadone prescribing: Acceptance by inner-city practitioners in New York. *J Urban Health* 2000; 77: 96–102. doi:10.1007/BF02350965
- [28] Goldman ML, Druss BG, Horvitz-Lennon M et al. Mental Health Policy in the Era of COVID-19. *PS* 2020; 71: 1158–1162. doi:10.1176/appi.ps.202000219
- [29] Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2005; 100: 304–316. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
- [30] Treitler PC, Bowden CF, Lloyd J et al. Perspectives of opioid use disorder treatment providers during COVID-19: Adapting to flexibilities and sustaining reforms. *J Subst Abuse Treat* 2022; 132: 108514. doi:10.1016/j.jsat.2021.108514