

„BEI SUCHTKRANKEN KANN MAN VIEL BEWEGEN“

Der Münchner Internist Dr. med. Hannes Rabe kann auf über zwanzig Jahre Erfahrung in der Substitution zurückblicken. In seiner Schwabinger Praxis hat er im Laufe der Zeit hunderte von Patienten behandelt und als Vorsitzender der KVB-Methadonkommission kann er seine Expertise auch auf der Verwaltungsebene einbringen. KVB FORUM hat sich mit ihm über die Situation von substituierenden Ärzten unterhalten.

Hannes Rabe findet, dass Ärzte für die schwere Arbeit in der Substitutionstherapie Hochachtung statt Missachtung verdienen.

Herr Dr. Rabe, unser letztes Interview mit Ihnen in KVB FORUM fand vor genau sechs Jahren statt. Damals forderten Sie eine dringende Nachbesserung vonseiten der Politik und der Justiz. Wie schätzen Sie die Chancen ein, unter den neuen – nunmehr besseren – Rahmenbedingungen Ärzte für die Substitutionstherapie zu motivieren? Kommen Kollegen von sich aus auf Sie zu, um sich zu informieren?



Jeder durfte seine Problemfälle schildern, wir diskutierten darüber und er erklärte uns, was wir richtig und was wir – meist – falsch gemacht hatten. Heute werden die Qualitätszirkel von geschulten Mentoren geleitet und jeder kann dort seine Sorgen thematisieren. Die meisten Teilnehmer haben schon einige Jahre Erfahrung und jeder hilft bei der Lösung eines Problems mit. Wir beziehen auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Städtische Drogenberatung mit ein, manchmal laden wir auch einen Juristen oder Psychiater zu einem Referat ein. Es wird also kein Kollege allein gelassen!

Für eine fundierte Einschätzung ist es noch zu früh. Die neue Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung nimmt den Substitutionsarzt jedenfalls aus der Schusslinie der Justiz. Wir hatten in Bayern zwei Fehlurteile mit gravierenden Folgen, die nach Zweitgutachten revidiert wurden. Jetzt hat die Bundesärztekammer die Überwachungsfunktion. Ich hoffe, es werden sich in der nächsten Zeit mehr Ärztinnen und Ärzte für die Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ melden.

Falls sich Ärzte für die Suchtmedizin entscheiden, können sie dann mit Unterstützung von erfahrenen Kollegen in diesem Bereich rechnen? In welcher Form können Sie Hilfestellung leisten?

Weder im Studium noch in der Weiterbildung wurden wir in der Suchtmedizin ausgebildet. Wer sich für die Behandlung dieser chronisch Kranken entschließt, betritt also Neuland – das macht Angst. Im Curriculum werden die Richtlinien besprochen, sowohl unter juristischen als auch medizinischen sowie psychotherapeutischen Aspekten. Aber wie macht man das? Als wir vor gut 20 Jahren begannen, hatten wir keine Ahnung. Ich fuhr nach Berlin und ließ mir das Prozedere von einer kompetenten Kollegin erklären. Dann gingen wir – damals zehn Praxen – einfach an. Wir gründeten sofort einen Qualitätszirkel. Unter der Leitung des sehr erfahrenen und einfühlsamen Mentors, der gleichzeitig Leiter der Städtischen Drogenberatungsstelle war, lernten wir sehr schnell dazu.

Darüber hinaus gibt es in der KVB eine Qualitätskommission, deren Aufgabe es nicht nur ist, die Qualität der Behandlung zu prüfen, sondern auch in kritischen Situationen zu beraten. Ich bekomme immer wieder Anfragen von Kollegen, manchmal laden wir auch zu einem Beratungsgespräch ein. In der Bayerischen Landesärztekammer gibt es ebenfalls eine Kommission, die in Problemfällen weiterhilft. Außerdem haben wir mit der Justiz, dem Münchner Referat für Gesundheit und Umwelt sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gemeinsame Gesprächsrunden.



Für eine erfolgreiche Suchtbehandlung ist auch ein dicht geknüpftes Netz von unterschiedlichen Beratungsstellen nötig.

Gab es in den letzten Jahren auch in der medizinischen Behandlung Fortschritte? Welche Substitutionsmittel werden eingesetzt?

Wir haben außer Methadon, Polamidon und Buprenorphin auch das Substitol (retardiertes Morphin), das bei der Verträglichkeit, dem Beikonsum und der Haltequote gute Erfahrungswerte bringt. Für die Schwerstkranken gibt es Diamorphin in speziellen Ambulanzen. Für die häufigen Begleiterkrankungen Hepatitis C oder HIV gibt es hochspezialisierte Praxen. Bei den Psychiatern und Psychotherapeuten bestehen allerdings Engpässe: Suchtkranke werden nicht gerne genommen.

Wichtig ist ja auch ein gut funktionierendes Netzwerk über die rein medizinische Therapie hinaus. Was tut sich da aktuell im Freistaat?

Das Netzwerk steht! Vor 20 Jahren haben wir mit dem Aufbau begonnen, damals zum Teil gegen heftigen Widerstand. Heute gehören zu den Partnern die Städtische Beratung, mehrere PSB-Einrichtungen – also zur psychosozialen Begleitung bei Substitution –, die Schuldenberatung, die Rechtsberatung,

die Entgiftung, die Langzeittherapie, die Mutter-Kind-Betreuung und der Öffentliche Gesundheitsdienst. Last but not least: der Runde Tisch, an dem die genannten Institutionen mit dem Justiz- und Gesundheitsministerium beraten.

Welche Qualifikationen müssen Ärzte, die substituieren wollen, gegenwärtig erwerben. Welche weiteren Empfehlungen können Sie Ihren Kollegen geben?

Nach dem Curriculum und der Abschlussprüfung sollten sie ein paar Tage in einer Substitutionspraxis hospitieren. Da sieht man sehr schnell, wie das abläuft. Obwohl die Genehmigung die Behandlung von bis zu 50 Patienten umfasst, empfiehlt es sich, mit einer kleinen Zahl zu beginnen, beispielsweise mit zehn Patienten. Diese lassen sich leicht in den Praxisablauf integrieren. Ich rate auch unbedingt, einem Qualitätszirkel beizutreten.

Wo brauchen die substituierenden Ärzte für ihre anspruchsvolle Arbeit von der KVB – aber auch von anderen Organisationen – institutionelle Unterstützung?

Die KVB und Bayerische Landesärztekammer haben Kommissionen, die bei Problemfällen helfen.

Es gibt jetzt endlich bundesweit eine Take-home-Ziffer für das Gespräch mit dem stabilen Patienten, der nur einmal wöchentlich in die Praxis kommen muss. Wichtig wäre, bei der gesprächsintensiven Klientel die Gesprächsziffern aus dem Budget zu nehmen.

Wesentlich sind meiner Meinung nach die Medien, um bei der Bevölkerung und der Ärzteschaft die Grundeinstellung gegenüber der Substitution zu verbessern. Bislang sind Suchtkranke die Bösewichte. Drogenmissbrauch, Beschaffungskriminalität, Prostitution – all das dominiert in den Nachrichten. Wir brauchen eine Berichterstattung, in der deutlich wird, dass etwas bewegt werden kann, dass aus einem Suchtkranken unter qualifizierter Behandlung ein resozialisierter Mensch wird und dass die Ärzte für diese schwere Arbeit Hochachtung statt Missachtung verdienen. Im Unterschied zu vielen anderen chronischen Erkrankungen kann man bei Suchtkranken nämlich viel bewegen.

Herr Dr. Rabe, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)