5. Nationale Substitutions-konferenz (NaSuKo)

Substitutionsbehandlung – Wege aus der Krise

am 27.9.2019 in Berlin

Dokumentation

5. Nationale Substitutionskonferenz Berlin 2019

Substitutionsbehandlung – Wege aus der Krise

INHALT

Vorwort
Prof. Dr. Heino Stöver 05

Vorträge
Neue Substitutionsprodukte, neue Chancen
(z.B. Medikamente mit Depotwirkung)
Dr. Manfred Nowak 07

Versorgungskrise in der Substitutionsbehandlung - welche Optimierungsvorschläge seitens der KVen gibt es?
Andreas von Blanc 17

Wo steht die Opioidsubstitutionsbehandlung nach der Rechtsreform?
Hans-Günter Meyer-Thompson 25

Substitutionsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation
Chancen, Genzen und Herausforderungen
Dr.med. Thomas Kuhlmann 33

Rauschakzeptierende Substitution[1]
[1]Marc Vogel, Hannes Strasser -
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Prof. Dr. Heino Stöver 39

Drogennotfallprophylaxe: Naloxon und Substitution – neue Chancen?!
Olaf Ostermann 45

Qualitätsmerkmal Behandlungsverträge
Dirk Schäffer ⟶*Anhang* 79

Arbeitsgruppen

BTHG – Chancen und Risiken für suchtkranke Menschen
Gabi Becker 49

Substitutionsbehandlung in Haft - Erfahrungen in NRW
Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum 67

Verbesserung der Haftentlassung von Substitutionspatient_innen - das Modell Hannover
Frank Woike 77

Anhang

Behandlungsvertrag für die Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung von Opioidkonsument_innen
JES Bundesverband und Deutsche Aidshilfe 79

Der Stellenwert der Psycho-sozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung - Ein Positionspapier von
akzept e.V., Deutsche Aidshilfe, JES Bundesverband, mudra - Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V., Palette e.V., vista gGmbH 85

„PRISON HEALTH IS PUBLIC HEALTH“
6 Eckpunkte-Papier Haft
Initiative Gesundheit in Haft 93

Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger
Anhang zur Patientenaufklärung
Bundesärztekammer 105

Referent_innen, Moderator_innen 109

Impressum und Dank 112

Die 5. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) fand statt am 27.09.2019 in Berlin unter dem Motto „Substitutionsbehandlung – Wege aus der Krise“ (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit)

VORWORT

Ein wesentlicher Aktionsbereich von akzept war seit 2004 die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Aus den Expertengesprächen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung in 2004, 2007, 2009, 2010 und 2011
(http://www.akzept.org/drogenpolitik.html) entwickelte sich die Reihe der Nationalen Substitutionskonferenzen (NaSuKo), die im Turnus von 18-24 Monaten stattfinden.
Die nunmehr 5. NaSuKo hatte das Ziel, die Behandler und vor allem die Betreuer über die Neuerungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger praxisnah zu informieren und erste Anleitungen zur Umsetzung in die tägliche Arbeit zu geben.
Neben der Neufassung der Präambel sowie der Neubestimmung der Therapieziele, schaffen die neuen Richtlinien für Ärzt_innen nun eine größtmögliche Rechtssicherheit und Therapiefreiheit sowie mehr Eigenverantwortung für Patient_innen. Das ermöglicht individuellere Therapiekonzepte zugunsten der Patienten.
Die inhaltlichen Änderungen betreffen neben den Punkten Therapieziele, Indikationsstellung und Therapiekonzept auch die Psychosoziale Betreuung von Substitutionspatienten.
Parallel zur Reform der BtMVV stehen seit kurzem neue Substitutionsmedikamente zur Verfügung, die wesentlich differenziertere und individuell angepasstere Behandlungen ermöglichen.

Generell ergeben sich für die Mitarbeiter_innen von Sucht-, Drogen- und Aidshilfen aus diesen Neuerungen neben großem Informationsbedarf auch große Herausforderungen.
Dies sowohl in Hinblick auf die Beratungsinhalte, die Erreichbarkeit von PSB-bedürftigen Klienten als auch ihre generelle Ausrichtung und Finanzierung.
Die Potentiale der sozialen Arbeit als Expert_innen für das Thema Sucht im Rahmen einer Pharmakotherapie sind neu zu definieren und zu verdeutlichen. Die PSB hat nunmehr keinen „Zwangs- sondern einen Freiwilligkeitscharakter“. Durch die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen muss sich auch die PSB-Anbieterseite wandeln und attraktive Angebote schaffen, die lebensweltnah und zielgruppenspezifisch gestaltet sind, so dass PSB als „Wachstumsmotor“ wahrgenommen wird.

Berlin Februar 2020
Heino Stöver

Neue Substitutionsprodukte, neue Chancen?
Der Wurm muss dem Fisch schmecken, nicht dem Angler.
Dr. Manfred Nowak

Der opioidabhängige Patient:
Komorbiditäten bestimmen die emotionalen und die sozialen Fähigkeiten;
Jahrelanger Konsum von psychoaktiven Substanzen verändert die Persönlichkeit durch spezifische Neurotoxizität;
Jahrelange Szenenzugehörigkeit bestimmt soziales Verhalten, oft aus Überlebensstrategien; Belohnungssystem dominiert das Verhalten.

„Grundweisheiten“ der Suchttherapie
Opiatabhängigkeit ist kein Widerspruch zu einem geordneten, sozial integrierten und zufriedenen („normalen“) Leben, dennoch lebt ein (großer) Teil von Opiatabhängigen alles andere als ein „normales“ Leben. Ziel der Suchttherapie sollte daher sein, Hilfestellung für ein „normales“ Leben /Verbesserung der LQ zu geben (und nicht die Abstinenz).
Sucht ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung. Wie bei den meisten chron. Erkrankungen ist eine Heilung (dzt.?) nicht möglich. Die Abstinenz lässt sich nicht erzwingen.
Die Abstinenz von Opiaten ist kein Garant für eine gute (bessere) LQ (Komorbiditäten werden oft erst offenkundig).

Was sind die wichtigsten Ziele bei der Behandlung der Opioidabhängigkeit?
Menschen mit Opioidabhängigkeit nennen viele Gründe, warum sie sich behandeln lassen möchten, darunter:[1]

- Verbesserung ihrer Gesundheit	61,9%
- Beendigung ihrer Abhängigkeit	58,8%
- Versorgung ihrer Familie	28,9%
- Arbeiten können	28,1%

Die Behandlung der Opioidabhängigkeit umfasst pharmakologische und psycho-soziale Maßnahmen. Die Ziele beinhalten:[1,2]
Sicherstellung des Überlebens sowie Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes;
Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität;
Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide; **R**eduktion der Straffälligkeit;
Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

1. Benyamina A Heroin Addict Relat Clin Probl. 2012;14(4):65–80.
2. BÄK-Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, Stand: 02.10.2017

Probleme in der Substitution:

Beigebrauch (Opiate,Benzo, Kokain, Cannabis, Alkohol, Z-Präparate, Pregabalin, NPS);
Unsachgemäßer Gebrauch und Zukauf;
Nebenwirkungen (Schlaflosigkeit, Parästhesien, Magenproblem, Trägheit, Depression, gesteigerter oder verminderter Antrieb, Impotenz, Lustlosigkeit, Missbrauch);
Probleme der Mittel- und Dosisfindung und Sättigung;
Dosisreduzierung; Ausstieg aus der Szene oder Szenenbildung?

Bei vielen Patienten wiederholen sich Rückfälle und erneute Behandlungen[1,2]

Mögliche Faktoren, die zu einem Rückfall führen können, sind:
Auslöser und Versuchungen
Die tägliche Behandlung stellt Patienten jeden Tag aufs Neue vor die Entscheidung, die Behandlung fortzusetzen – dadurch erhöht sich das Risiko für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch mit den damit verbundenen Gefahren.[3,9]
Belastung durch tägliche Einnahme
Die tägliche Einnahme jeder Dosis schränkt Patienten stark ein und limitiert die Akzeptanz der Behandlung.[2,3]
Negative Auswirkungen von sozialer und Selbststigmatisierung

Stigmatisierung und Selbststigmatisierung wegen des Substanzgebrauchs sind signifikante Hürden für die Behandlung.[3-6]

Beikonsum

Der häufige Beikonsum illegaler Drogen zeigt, dass die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten nicht immer den Bedürfnissen der Patienten entsprechen.[7]

1. Dale-Perera A. *Editorial Board. Heroin Addict Relat Clin Probl 2012; 14(4): 23–38.*

2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report; 2018.

3. Volkow et al . *JAMA Psychiatry 2018*.

4. Benyamina A. Heroin Addict Relat Clin Probl. 2012;14(4):65–80.

5. Matthews S. *J Bioeth Inq.* 2017;14(2):275–286.

6. Notley C. *Drug Alcohol Rev.* 2014;33(1):64–70.

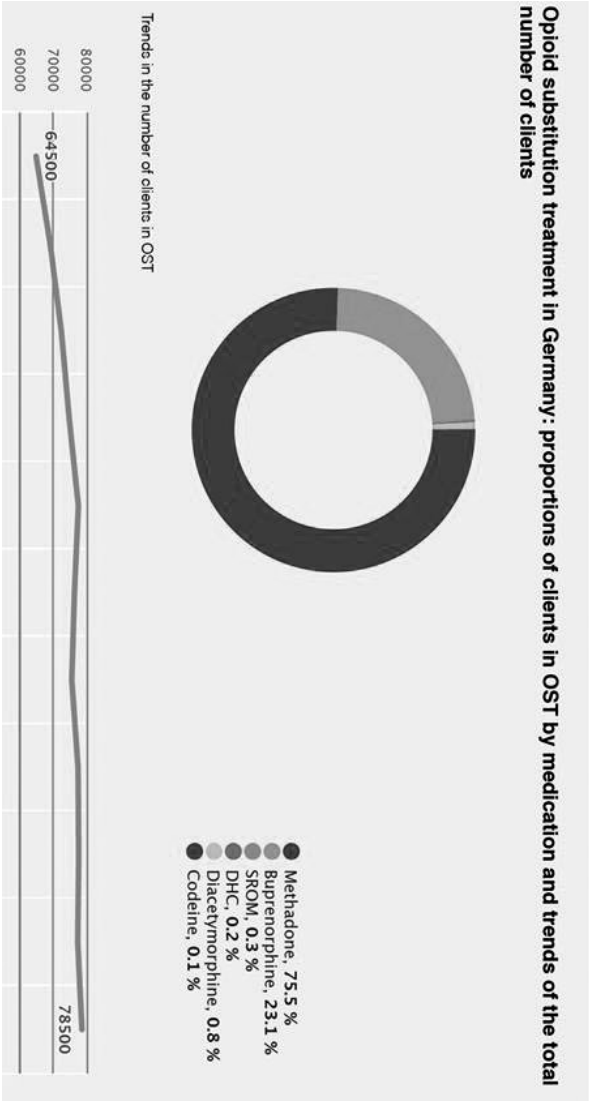
7. Neale J. *Exp Clin Psychopharm*. 2018. 10.1037/pha0000217.

8. Fischer G, Nava F, Stöver H. Outcomes of opioid-dependence treatment across Europe: identifying opportunities for improvement. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 2012;14(4):39–50.

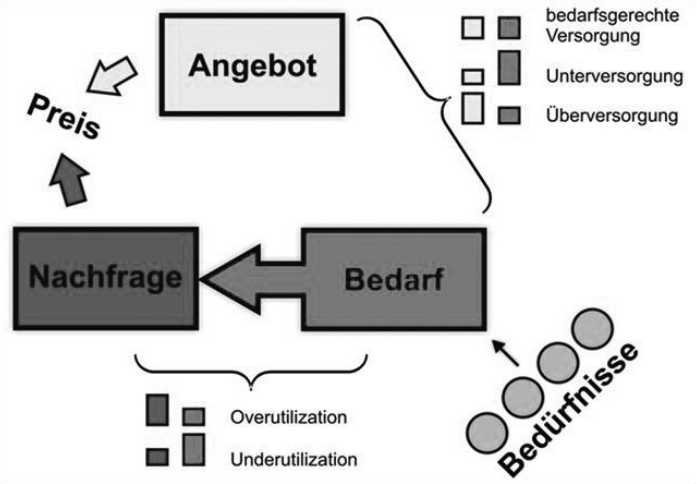
9. EPAR September 2018 EMEA/H/C/004651/0000 https://www.ema.europa.eu/documents/assessment-report/buvidal-epar-public-assessment-report_en.pdf

Welche Substitute stehen uns zur Verfügung?

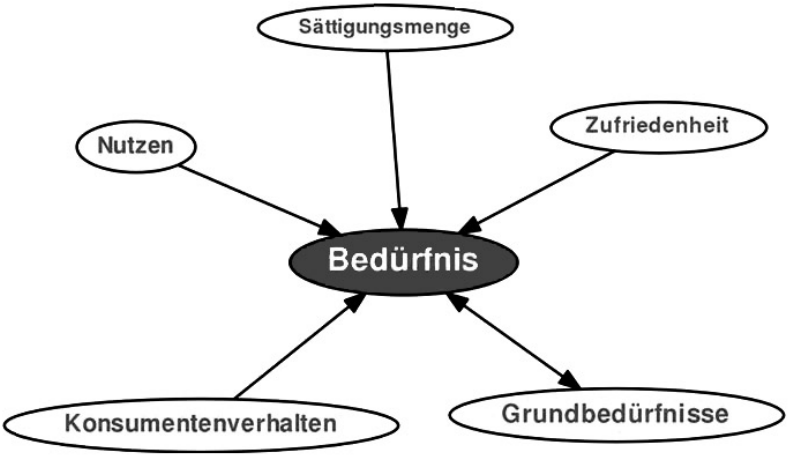
Bisher:



Bedarf und wie regelt sich der Bedarf



Einflüsse der Bedürfnisregulierung



Wer die Wahl hat, hat die Qual

Entscheidungskriterien:
Substitute:
-Methadon
-DL-Methadon
-Buprenorphin
-Hydromorphin
Darreichungsform:
-Flüssig oder Tablette?
-Depot?
Dosis?

⟶ Erfordernis der Wahl
durch Arzt und durch Patient
↓
-Bedürfnis nach Dämpfung
-Abschalten
-Stimulierung
-Graving
-Stabilität
-Weg von Szene
-Geringer Aufwand
- Entzug verhindern
- Angst vor Kriminalisierung
- Gesundheitliche Probleme
- Dekonditionierung
- Arbeit usw.

Die Regelversorgung

-DL-Methadon
-L-Methadon (Polamidon®)
Jeweils in Flüssigkeitsform mit oraler Applikation
-Buprenorphin
Seit Kurzem: Retardiertes Morphinsulfat (Substitol®)

Substitution mit Tablette, nicht flüssig

Weg von der bisherigen flüssigen Applikationsform hin zur Tablette
Vorteile:

Besserer Geschmack
Keine Zuckerlösung etc.
Mehr Medikament.

Substitution mit retardiertem Morphin

Oftmals geringerer Suchtdruck
Vor allem bei Schmerzpatienten sehr wirksam
Sehr konstanter Wirkspiegel.

Depotabgabe- eine neue Behandlung, die sich klinisch abhebt

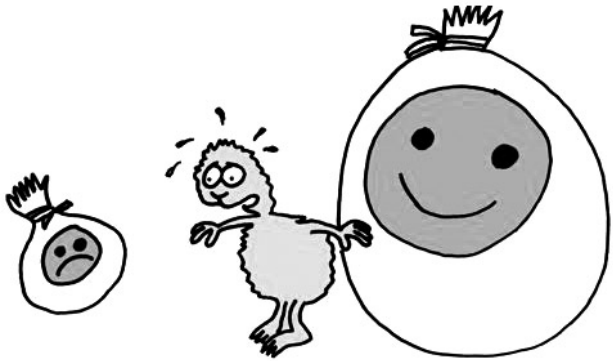
Ein flexibel dosierbares, wöchentliches und monatlich einsetzbares, subkutanes Buprenorphin-Depot zur Behandlung von Opioidabhängigkeit.
Die Behandlung ist für Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren bestimmt.[1]
Vergleichsstudien mit dem Therapiestandard sublingualem Buprenorphin/Naloxon (SL BUP/NX)[2] sind positiv mit hoher Patientenzufriedenheit, aber...??

Wöchentlich und monatlich dauerhaft behandeln?

- ✓ Flexible Dosierung: Für den individuellen Bedarf der Patienten in allen Behandlungsphasen[1]
- ✓ Passende Dosierungen: Einfaches Umstellen von sublingualem Buprenorphin[1]
- ✓ Einfache Einstellung für neue Patienten[1]
- ✓ Minimiert Risiko, Belastung und Stigmatisierung der täglichen Einnahme[2]
- ✓ Die Anwendung durch medizinische Fachkräfte verhindert Fehlgebrauch, Abzweigung und die versehentliche Gefährdung von Kindern.[2]

Wofür brauchen wir verschiedene Substitute

Damit wir auf den einzelnen Patienten besser eingehen können (der Wurm.....);
Damit wir auf spezifische Schwierigkeiten des einzelnen Patienten besser reagieren können;
Damit wir Schwierigkeiten in der Substitution (Beigebrauch, Unzufriedenheiten etc.) besser beseitigen können;
Damit wir zufriedene Patienten haben;
Und weniger Probleme mit ihnen.



Überlegungen zur Differentialindikation

	Methadon/ Levo-Methadon	Buprenorphin	Retard. Morphin	Buprenorphin Depot
Gefahr der Überdosierung	Ja, bei vorh. Toleranz eher gering	Überdosierung mit letalem Ausgang nahezu ausgeschlossen	Ja, bei vorh. Toleranz eher gering	Überdosierung mit letalem Ausgang nahezu ausgeschlossen
Reduktion, Sistierung, Heroinkonsum	Gute Wirkung bei adäquater Dosierung	Ausreichende Wirkung bei adäquater Dosierung	Gute Wirkung bei adäquater Dosierung	Ausreichende Wirkung bei adäquater Dosierung
Galenik	Tbl./ Trinklösung (auch i.v. Ampullen)	Sublingual-tabletten	Ret.-Tabl./ Ret.-Kps. (auch i.v. Ampullen)	Depot wöchentlich oder monatlich subkutan
Eindosierung	Problemlos	Komplex	problemlos	Komplex, meist Aufdosierung bis ausreichende Dosis
Medikamenten-Interaktionen	CYP450-Metabolismus	gering	gering	gering
QTc-Zeit-Verlängerung	M: möglich LM: nicht zu erwarten	Nicht zu erwarten	Nicht zu erwarten	Nicht zu erwarten
Allgemeines UAW-Profil	Im Vergleich zu BuP Nachteilig	Vorteile gegenüber vollen µ-Agonisten	Im Vergleich zu BuP Nachteilig, besser als Methadon	Vorteile gegenüber vollen µ-Agonisten

Versorgungskrise in der Substitutionsbehandlung – welche Optimierungsvorschläge seitens der KVen gibt es?

Andreas von Blanc, KV Berlin

I Gesetzl. Auftrag
II Ist – Situation
III KV Maßnahmen zur Sicherstellung
IV Unterstützungsmöglichkeiten

I Gesetzlicher Auftrag gem. § 73 SGB V

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Teil der Selbstverwaltung der Ärzteschaft setzt die KV Aufgaben um, die ihr per Gesetz übertragen wurden. Sie vertritt aber auch die rechtlichen und wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Krankenkassen und der Politik. Zu den Hauptaufgaben der KV'en zählen:

- Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Versorgung für die Bürger (Versorgung auch außerhalb der sprechstundenfreien Zeiten durch den Notfalldienst);
- Gewährleistungspflicht gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden, die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Tätigkeit ordnungsgemäß durchzuführen (Kontrolle der Qualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen);
- Interessenvertretung der Vertragsärzte und –psychotherapeuten zur Wahrung ihrer Rechte;
- Vertragshoheit (Verhandlung der Verträge mit den Krankenkassen);

Sicherstellungsauftrag

Bedarfsplanung erfolgt arztgruppenspezifisch (z.B. HNO, Derma., Labor, HÄ, etc.).

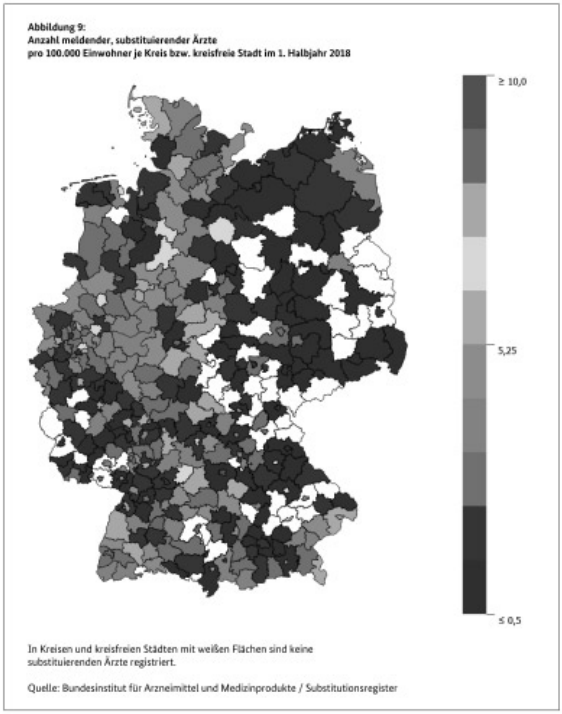
„Suchtmedizinische Grundversorgung" = Zusatz-Weiterbildung gem. WBO ÄK für jede Arztgruppe (= Bestandteil der FA-Ausbildung Psychiatrie & PT).

Bedarf an Substitutionsärzten kann nicht an der Bedarfsplanungs-RiLi quantifiziert werden.

II Aktuelle Situation

2019 befinden sich 79.400 Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung bei 2.585 Ärzten.
Je nach Schätzung (150.000 - 300.000 angenommene Opioidabh.) sind nur 25-50% der Opioidabhängigen in Behandlung.
Ziel ist es, 90% in Behandlung bringen.

BfArM



Soll = Rote Republik...100% Versorgung

Voraussetzung zur Substitutionsbehandlung

• Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“.

• Bedingung: Facharztanerkennung (Besonderheit Psychiater)

50 Std. Zusatz-Weiterbildung durch Ärztekammern, ggf. 80 Std. Hospitation, ggf. Abschlussprüfung/Kolloquium.

• Voraussetzung zur Erteilung der Abrechnungsgenehmigung durch KV .

Kosten: je nach Ärztekammer € 600 – € 1.100.-.

Unterstützungsmöglichkeiten der KV’en

Beratung und Unterstützung; Patientenhöchstzahlerweiterung (> 50 Pat.); Fort- und Weiterbildungen anbieten; Eigeneinrichtung betreiben; Weiterbildungsförderung; Basisförderung; Kooperationsförderung; GOP Zuschläge.

TSVG - Terminservice- und Versorgungsgesetz v. 10.05.2019 regelt u.a. mehr Sprechstunden, bessere Versorgung auf dem Land, 116117 => 24/7, Terminvermittlung, ggf. Gründung von Eigeneinrichtungen,

PrEP, elektr. Patientenakte, usw. zur Finanzierung o.g. -> Strukturfonds.

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 105 SGB V

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.
(1a) Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Jede Krankenkasse zahlt für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine so genannte Gesamtvergütung.
In Berlin: > 300 Mio. € => über 0,5 Mio. € im Strukturfond

Strukturfonds

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung (...),
2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
3. Vergabe von Stipendien,
4. Förderung von Eigeneinrichtungen (...),
5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,

6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt,
7. Förderung des Betriebs der Terminservicestellen.
Über die Verwendung entscheidet die jeweilige Vertreterversammlung (VV).

Beispiele der Förderung durch den Strukturfond

KV Sachsen

„Dringender Handlungsbedarf in Dresden und Umgebung. Insbesondere im Raum Dresden möchten wir alle Ärzte auffordern, sich bei Interesse für die Genehmigung zur Substitutionsbehandlung an Ihre Bezirksgeschäftsstelle, Abteilung Qualitätssicherung, zu wenden. Über die Möglichkeit zur Förderung der Kurskosten der Zusatzbezeichnung beraten wir Sie gern.“

KV Saarland

aus: Richtlinie der KVS „Strukturfonds“ §105 Abs. 1a SGB V

1. Verwendungszweck

Der Zuschuss zur Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung soll für Vertragsärzte einen Anreiz setzen, sich im Bereich der Suchtmedizin weiterzubilden. Er dient dazu, die im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung anfallenden Kursgebühren zu finanzieren. Die Zusatz-Weiterbildung umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht stoffgebundener Suchterkrankungen.

KV Rheinland-Pfalz

„FÖRDERUNG DER ZUSATZ-WEITERBILDUNG SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG“

Der Zuschuss zu der Zusatz-Weiterbildung suchtmedizinische Grundversorgung soll für Vertragsärzte und in der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzte in Rheinland-Pfalz einen Anreiz setzen,

sich in diesem Bereich weiterzubilden und somit die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern.
§ 1 Fördergegenstand
Die KV RLP fördert das Ablegen der Zusatz-Weiterbildung suchtmedizinische Grundversorgung gemäß Abschnitt C Nummer 51 der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz (WBO). Der Antragsteller erhält einen Zuschuss in Höhe von 500 Euro."

KV Schleswig-Holstein

KVSH übernimmt Kursgebühr
Im Bereich Substitution ist zunehmend eine Sicherstellungs-problematik entstanden, so dass der Vorstand der KVSH beschlossen hat, die Kosten für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung" (inkl. Aufwendungen) in Höhe von max. 1.500 € zu übernehmen.
Die Förderung erfolgt über die Gewährung einer finanziellen Zuwendung in Form einer Einmalzahlung in Höhe der Teilnahmegebühr, maximal jedoch in Höhe von 1.000 Euro, sowie in Form einer Pauschale in Höhe von 500 Euro für die im Zusammenhang mit der Kursteilnahme entstehenden Aufwendungen (Kosten für Reise, Verpflegung, Unterkunft etc.). Die Regelung ist bis zum 31.12.2022 befristet.

KV Baden-Württemberg 1

„Ziel und Zweck dieser Förderung ist es, mit Mitteln aus dem Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V) die Niederlassung (...) sowie die Ausbildung in der hausärztlichen Versorgung (...) sicherzustellen, zu verbessern und zu fördern.
§ 9 Förderung von suchtmedizinischen Schwerpunktpraxen
(1) Förderberechtigt sind Vertragsärzte mit einer Genehmigung zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 2 der Anlage 2 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung".

KV Baden-Württemberg 2

(2) Die Förderung von Vertragsärzten erfolgt in Höhe von maximal 20.000 Euro.

(3) Als Voraussetzung einer Förderung muss der Antragsteller darlegen, dass er zur Sicherstellung der substitutionsgestützten Behandlung, etwa aufgrund Praxisschließung o. ä., die Behandlung einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten, die zuvor ggf. anderweitig substitutionsgestützt behandelt wurden, übernimmt.

Die Förderung erfolgt für besondere im Zusammenhang mit der substitutions-gestützten Behandlung stehende praxisorganisatorische Maßnahmen und beträgt einmalig bis maximal 2.500 Euro. Die Förderung wird nur auf Nachweis gewährt.

KV Bayern 1

Die Fördermittel werden dem Strukturfonds entnommen, den die KVB und die bayerischen Krankenkassen zu gleichen Teilen finanzieren.

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 17. November 2018 beschlossen, im Bereich Substitutionstherapie die bereits bestehenden Fördermöglichkeiten um drei weitere Punkte zu ergänzen. Bislang bereits gefördert: Einmalzahlung von bis zu 1.000 Euro für die Teilnahme am Fortbildungskurs „Suchtmedizinische Grundversorgung“ & Einmalzahlung von 500 Euro für die Aufwendungen bei der Kursteilnahme.

KV Bayern 2

- Ärzte, die erstmalig eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung substitutionsgestützter Leistungen beantragen, erhalten eine Basisförderung von einmalig 2.500 Euro für praxisorganisatorische Maßnahmen. Diesen finanziellen Zuschuss erhalten auch „Wiedereinsteiger“.
- Die KVB gewährt einen einmaligen Zuschuss von 1.000 Euro für praxisorganisatorische Maßnahmen, wenn der substituierende

Arzt mindestens vier Patienten im Rahmen des Konsiliarverfahrens behandelt.

- Komplettiert wird das Gesamtpaket durch eine Förderung von kooperativen Strukturen. Hier werden Ärzte bezuschusst, die sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen, um Opiatabhängige in gemeinsam genutzten Räumlichkeiten zu behandeln. Jeder an der Substitutionskooperation teilnehmende Arzt, erhält einmalig 2.000 Euro. Es können pro Kooperation maximal fünf Ärzte gefördert werden. Die maximale Fördersumme beläuft sich demnach auf 10.000 Euro pro Substitutionskooperation.

KV Bayern 3

Die Gebührenordnungspositionen 01949 und 01950 werden pro Ansatz mit einer Zuschlaghöhe von max. 3,00 € gefördert.
Der Zuschlag wird zusätzlich zu jeder abgerechneten und anerkannten GOP 01949 (69 Pkte./€ 7,47) bzw. 01950 (39 Pkte./€4,16) vergütet.
Der Zuschlag wird automatisch durch die KVB zugefügt.

Fazit

Von 17 Kassenärztlichen Vereinigungen fördern/unterstützen lediglich sechs die Behandlung Opioidabhängiger proaktiv (≈ ⅓).
Die finanziellen Mittel sind verfügbar.
Die Attraktivität der Behandlung definiert sich (auch) über die monetäre Lukrativität.

„Support your local doctor!“

Wo steht die Opioidsubstitutionsbehandlung nach der Rechtsreform?

Überarbeitete Version der Vorträge auf der 5. Nationalen Substitutionskonferenz von akzept e.V. 2019 und auf dem 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. 2019

Hans-Günter Meyer-Thompson

Die Krise in der medikamentengestützten Behandlung Opioidabhängiger in Deutschland ist da:

- In mehr als 50 Landkreisen findet Opioidsubstitution nicht statt (in einigen allerdings auch früher nicht).
- Die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte sinkt weiterhin, im ersten Halbjahr 2019 sind nach meiner Kenntnis bundesweit weitere 100 Kolleginnen und Kollegen aus dem Register ausgeschieden.
- Der Altersdurchschnitt der verbleibenden ca. 2.500 Kolleginnen und Kollegen lässt absehen, dass in den kommenden fünf Jahren mehr als ein Drittel der aktuell Substituierenden die Altersgrenze erreicht.
- Die Anzahl der neu substituierenden Kolleginnen und Kollegen ist weiterhin niedriger als die der Ausscheidenden.
- Die Zahl der substituierten Patientinnen und Patienten liegt konstant bei 80 Tausend.

An der BtMVV und am rechtlichen Rahmen der Opioidsubstitutionsbehandlung kann es nicht liegen: Die substituierende Ärzteschaft steht nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis.

Die Reizworte, die bis 2017 noch für teils völlig realitätsferne Urteile sorgten, also: Verpflichtung zur Abstinenzorientierung und Beikonsum, haben in den Richtlinien der BÄK eine neue und nach internationalen Evidenzen abgeleitete Bedeutung erhalten.
Und damit sind der sogenannte Beikonsum und das Therapieziel Abstinenz weiterhin eine therapeutische Herausforderung aber keine juristische Falle mehr.

Und da die BÄK-Richtlinien quasi Teil der BtMVV sind, weil sie den fachlich-wissenschaftlichen Rahmen abstecken, können selbst übereifrige Staatsanwaltschaften darüber nicht mehr einfach hinweggehen.
Die Verlagerung ärztlich-therapeutischer Inhalte aus der BtMVV in die Richtlinien der Bundesärztekammer hat also Rechtssicherheit geschaffen. So war das auch gedacht.

Weitere Änderungen erleichtern den therapeutischen Alltag beträchtlich für Substituierende wie Substituierte:

- Die Möglichkeit, die Gültigkeit von Substitutionsverordnungen auszuweiten auf bis zu 30 Tage, und das mehrmals im Jahr, ermöglicht endlich - bei entsprechenden Voraussetzungen – mit unseren Patientinnen und Patienten einen dem praktischen Leben angepassten Therapieplan aufzustellen.

- Dass die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen wurden, im ärztlichen Auftrag Substitutionsmedikamente durch Pflegedienste und in Heimen durch Fachpersonal abgeben zu können, ist ein Segen. Die Opioidsubstitutionsbehandlung hat unsere Patientinnen und Patienten vor dem frühen Drogentod bewahrt; sie werden älter, auch weil HIV- und HCV-Infektionen behandelbar bzw. heilbar geworden sind. Und diese alternde Gruppe verdient es nicht, weiter durch tägliche oder wöchentliche Arztbesuche gegängelt zu werden, wenn dem medizinische oder andere Gründe entgegenstehen. Neben den medizinischen Gründen gibt es eine Reihe beruflicher, sozialer oder familiärer, die ebenfalls längere Verordnungszeiten erlauben. Die medikamentös gestützte Behandlung der Opioidbehandlung hat ja auch das Ziel, vormals illegal Abhängigen den Weg in ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

- Und das heißt, die Abhängigkeit vom Rezeptblock der Behandelnden in rechtlich und fachlich angemessenen Grenzen zu halten.

- Mit der Reform entfiel die Verpflichtung, alle Jahre in *jedem* Behandlungsfall eine PSB-Bescheinigung beiholen zu müssen. Das war überfällig.
Die Kehrseite: Einzelberichten zufolge wird seitens der Ärzteschaft auf eine enge Kooperation mit den PSB-Einrichtungen weniger Wert gelegt – zum Nachteil aller Beteiligten.

Auch die Folgen der Reform auf der Verwaltungsebene erleichtern die Arbeit:

- Substitutionsbehandlungen bei KVen und Krankenkassen nicht mehr an- und abmelden zu müssen, auch wenn die Behandlung nur übergangs- oder vertretungsweise einen einzigen Tag stattfindet, spart insbesondere in Schwerpunktpraxen und Ambulanzen mit einem hohen Aufkommen an kurzfristigen Behandlungen viel Zeit. Die Kehrseite: Die KVen können nicht mehr überprüfen, ob die Obergrenze der zugelassenen PatientInnenzahl in den Praxen eingehalten wird.

- Die neue Vertretungsregel erleichtert die Opioidsubstitutionsbehandlung insbesondere in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren, weil eben auch Kolleginnen und Kollegen ohne Nachweis der suchtmedizinischen Fachkunde bis zu dreimal einen Monat pro Jahr die Verordnungen fortschreiben können.

- Die Konsiliarregelung erlaubt suchtmedizinisch nicht qualifizierten Kolleginnen und Kollegen in ihren Praxen bis zu zehn PatienInnen zu substituieren in Abstimmung mit suchtmedizinisch Qualifizierten. Das mag sich in einzelnen Regionen des Landes durchaus bewähren. Mit einem Anteil von weniger als einem Prozent aller Substituierten, die so versorgt werden, kann diese Behandlungsform allerdings nicht nennenswert zur Bewältigung der Krise beitragen.

- Mischrezepte und die Möglichkeit, Rezepte auch nicht Take-home-fähigen Patientinnen und Patienten auszuhändigen, spart die vorherige absurde Zeitvergeudung bei der Versorgung per Rezept.

- Auch die Kontrolle der abgebenden Apotheken durch uns, die Verordnenden, ist ein vertretbares Maß reduziert worden zugunsten kollegialer Zusammenarbeit.

Wir befinden uns 2019 zwei Jahre nach der Reform des Substitutionsrechts also in einer Situation, die zu Befürchtungen in der Ärzteschaft, von vornherein strafrechtlich gefährdet zu sein, keine Berechtigung mehr gibt. Im Gegenteil: Es besteht mehr Flexibilität und damit die Möglichkeit, Therapiepläne individuell zu gestalten.
Unsere Kolleginnen und Kollegen können sich nun nicht mehr auf eine unsichere Rechtssituation berufen, wenn sie Opioidabhängige in ihren Praxen nicht behandeln wollen. Nun tritt das hervor, was durch das Engagement von weniger als 4.000 Kolleginnen und Kollegen in den zurückliegenden drei Jahrzehnten nur oberflächlich verdeckt war: Das tiefsitzende Ressentiment in der Ärzteschaft gegenüber Opioidabhängigen. Von verschiedenen Seiten höre ich in den letzten Jahren, dass bei der Übergabe von Praxen, in denen auch substituiert wird, die Nachfolge an die Bedingung geknüpft wird, dass dann „diese Patienten“ bitte bei der Übernahme „nicht mehr im Wartezimmer sitzen“.
So sinkt allmählich die Zahl der noch Substituierenden, und es sind mittlerweile mehr als nur Einzelfälle, in denen Kolleginnen und Kolleginnen über das Ruhestandsalter hinaus weiter substituieren, weil sie die weiterführende Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten nicht sichern können. Dieser Umstand trifft in ländlichen Regionen auf die eh schon bestehende Krise in der hausärztlichen Versorgung.
Was nun ist seit Inkrafttreten der neuen BtMVV 2017 geschehen, die Versorgungslage selbst zu verbessern und die bereits schwelende Krise aktiv anzugehen?
Das Ergebnis ist dünn, ergibt die Übersicht:
Bundesgesundheitsministerium und Drogenbeauftragte haben ihre Hausaufgaben gemacht. BMG und Bundesrat haben die begleitende Untersuchung über die Auswirkungen der Reform auf den Weg

gebracht. Die ehemalige Drogenbeauftragte Frau Mortler hat sich aktiv und durchaus konfliktbereit für die Reform eingesetzt und darüber hinaus das ihr Mögliche getan, auch die Substitution in den Haftanstalten voranzubringen. Auch ihre Nachfolgerin Daniela Ludwig will sich für substituierende Ärzte stark machen und fordert *„eine flächendeckende Substitutionsbehandlung“*.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung versuchen Einfluss zu nehmen auf die Landesärztekammern bzw. auf die KVen; in einigen Regionen tut sich tatsächlich was: Themen sind

- die Bezuschussung der suchtmedizinischen Qualifizierungskurse oder Nachschulungsangebote für bereits Qualifizierte,
- Kurzschulungen für konsiliarisch Substituierende,
- antherapierende Substitutionszentren
- der stärkere Einbezug psychiatrischer Institutsambulanzen oder
- der Einsatz von Substitutionsbussen.

Westfalen-Lippe hat ein System von Satellitenpraxen entwickelt und es wurde eine NRW-weite Arbeitsgruppe der Ärztekammern eingerichtet. In Bayern können Praxen, die die Opioidsubstitution neu in das Behandlungsangebot aufnehmen wollen, finanziell unterstützt werden. Und in Baden-Württemberg, wo im Sozialministerium eine AG Substitution eingerichtet wurde, wird im November ein Substitutionsgipfel stattfinden, der sich u.a. mit den verschiedenen Abgabemodellen im Land beschäftigen wird.

Aber das Thema wird längst nicht bei allen Kammern und KVen ernst genommen.
Aufgeschoben wurde eine Reform der Vergütung, die längst nicht mehr zeitgemäß ist, gleichermaßen für Ärzte- und Apothekerschaft: Als die Substitutionsbehandlung Anfang der 1990er Jahre erlaubt wurde, ging es den KVen darum, möglichst viele Praxen für diese Behandlungsform zu gewinnen. Der finanzielle Anreiz bestand und besteht immer noch darin, die Substituierten möglichst häufig unter

Sicht das Substitut in den Praxen oder Ambulanzen einnehmen zu lassen - vor allem an Wochenenden und Feiertagen, wenn es auf die Abgabe-Grundvergütung einen Zuschlag gibt. Die Entlassung in die Verordnung per Rezept sorgt also unmittelbar für Umsatzverluste, die auch nicht durch eine neue EBM-Ziffer ausgeglichen wird. Der EBM wird so zu einem Instrument, durch das Schwerpunktpraxen und Ambulanzen sich gezwungen sehen, Patientinnen und Patienten quasi zu betriebswirtschaftlichen Geiseln zu nehmen.

Und dass der Apothekerschaft zugemutet wird, die Abgabe von Heroinsubstituten für lau zu machen, verhindert eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung.
Änderungen der Laborbudgets für Hepatitis-C-Untersuchungen und in Berlin die Aberkennung des Sonderstatus für Substitutionspraxen sabotieren eine richtlinienkonforme Behandlung und sorgen für finanzielle Unsicherheit.

Vorschläge zur Reform der Finanzierung liegen seit langen auf dem Tisch:
- Aufstockung der honorierten Anzahl der ärztlichen Gespräche;
- eine Pauschalregelung, die eine tagtägliche Einnahme unter Sicht in den Praxen und Ambulanzen nicht zum Kern des Praxiswirtschaftlichkeit macht.
- eine angemessene Honorierung der Abgabe in Apotheken.

Dass sich KBV, GBA und ABDA dieses Problems nicht ernsthaft annehmen, werte ich als Diskriminierung der Substituierten und der Substituierenden.

Was tut sich sonst noch oder eben nicht?

Grüne und Linke im Bundestag bleiben mit parlamentarischen Anfragen am Ball. Die Antworten der Bundesregierung beschreiben präzise die aufkommende Substitutionskrise.
Akzept, Deutsche AIDS-Hilfe und JES haben Behandlungsverträge vorgelegt, die Nationalen Substitutionskonferenzen ausgerichtet und

setzen sich für die Abgabe von Naloxon ein. Akzept, DAH, JES und die PSB-Träger mudra (Nürnberg) und Palette (Hamburg) haben gemeinsam ein Positionspapier zum Stellenwert der Psycho-sozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung vorgelegt.
JES ist aktiv, allerdings nur in einem begrenzten Rahmen. Es fehlt letztlich eine kampfstarke Interessenvertretung unserer Patientinnen und Patienten: Wer mit der Substitutionsbehandlung den Weg in ein Leben fern der Drogenszene gefunden hat, wird sich vor einem coming-out hüten müssen, um sich nicht mit Diskriminierung am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft und im sonstigen sozialen Umfeld konfrontiert zu sehen.

Funkstille herrscht bei den ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Mit Inkrafttreten des reformierten Substitutionsrechts haben sich DGS, DSÄ und DGPPN praktisch aus der Diskussion zurückgezogen.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat schon in den Anhörungen kräftig gegen die Reformbestrebungen gestänkert und zeigt auch jetzt keine gesteigerten Aktivitäten, die Versorgung in den Pharmazien zu verbessern.

Und ohne Reaktion ist der Appell an die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater verhallt, sich in einem relevanten Umfang an der Behandlung dieser PatientInnengruppe zu beteiligen.
Ebenfalls völlig unzureichend ist die Bereitschaft der psychiatrischen Kliniken, Institutsambulanzen für die Behandlung von Opioidabhängigen einzurichten; seit 2017 sind nicht viel mehr als eine Handvoll im ganzen Land dazu gekommen.
Die Notlösung, die die BtMVV vorhält, den Öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGD zur Sicherung der Versorgung zu verpflichten, zieht schon deshalb keinen Hering vom Teller, weil der ÖGD weitgehend ausgedörrt ist und die Opioidsubstitution allenfalls in Einzelfällen stemmen kann.
Die Lage der Opioidabhängigen weckt auf kommunaler politischer Ebene wenig Interesse. Ausnahme:

Der Landkreis Unna wird im Januar eine Arbeitstagung zur Teilhabe drogenabhängiger Menschen ausrichten.

Wer genau hinschaut, kann die Anzeichen für die anwachsende Krise nicht ignorieren: Selbst in noch relativ gut versorgten städtischen Ballungsräumen wird es immer schwieriger, einen Behandlungsplatz für die Opioidsubstitution zu finden. In Hamburg beispielsweise gibt es das erste Mal seit Beginn der 1990er Jahre praktisch keine garantierte Aufnahme mehr innerhalb von 24 Stunden. Ein langjährig substituierender Kollege sieht vor diesem Hintergrund „das System der ambulanten Substitutionsmedizin in ein bis zwei Jahren implodieren."
Im Großen und Ganzen kann von einer freien Arztwahl nicht die Rede sein, was die Abhängigkeit unserer Patientinnen und Patienten von uns Behandelnden noch verschärft und was für das therapeutische Verhältnis überhaupt nicht förderlich ist.
In manchen Städten entwickelt sich wieder eine sichtbare Drogenszene. Verschiedene Meldungen deuten darauf hin, dass die Zahl der Drogentoten 2019 erneut ansteigen könnte.

Fazit

Die Reform der BtMVV war längt überfällig, aber sie kommt viel zu spät. Die seit mehreren Jahren prognostizierte Versorgungskrise wird sich verschärfen, für Optimismus besteht kein Grund.

Substitutionsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation – Chancen, Grenzen und Herausforderungen

Dr.med. Thomas Kuhlmann

Medizinische Rehabilitation

• **SGB VI** – Leistungsträger DRV, ggf. auch GKV

Aufgaben der med. Reha sind der Erhalt / die Wiederherstellung der **Erwerbsfähig**keit mit der Perspektive **Erwerbstätigkeit** („Reha vor Rente“).

Voraussetzungen sind Reha-Bedarf, Reha-Fähigkeit und eine positive Reha-Prognose - plus Ausschluss juristischer Hürden.

Im Antrag auf med. Reha individuell begründen *(ambulant oder mittels Nahtlosverfahren).*

Prüfung durch Leistungsträger *(DRV, ggf. GKV).*

Positives Ergebnis = *Leistungszusage und Klinikzuweisung.*

PSK (Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach) -Struktur:

Klinik: 127 Betten, 3 Akutstationen

- ❑ Akut (QA Drogen) → **SGB V**:
  47 Betten auf 3 Stationen mit Versorgungspflicht (PsychKG)
- ❑ Med. Reha Drogen → **SGB VI**:
  40 Betten, 2 Standorte, davon 10 Betten adaptive Phase (Hauptklinik)
- ❑ Med. Reha Alk. / Med. → **SGB VI**:
  40 Betten + 6 gaT
  Institutsambulanz (Hauptklinik) mit Substitution (Ermächtigung)

Komplementäre Hilfen

Aufsuchendes Bewo und Soziotherapeutisches Wohnheim in Bergisch Gladbach (24 Plätze, ca. 2/3 in Substitution).

Zielhierarchie

1. Überlebenssicherung
2. Förderung risikoärmeren Konsums

3. Förderung der Lebensqualität
4. Teilhabe: Wenn möglich **abstinenzgestützt**
(v. a. med. Reha), alternativ substitutionsgestützt
s. Anlage 4 (Vereinbarung Ahängigkeitserkrankungen inkl. Erläuterungen).

Ausgangssituation:
Seit 04.05.2001 möglich (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, Anlage 4); *PSK seit 2005*
NRW (2019)
Release/Ascheberg → Je 1 Klinik in Westfalen-Lippe und
PSK Bergisch Gladbach → Nordrhein

Therapeutischer Ansatz (Reha Drogen):
Behandlung Drogenabhängiger mit und ohne psychiatrischer Comorbidität inkl. Substitution (begrenztes Kontingent);
Zahl substituierter Pat.: 4 (- 6) ➔ eine/r pro Therapiegruppe (u. U. mehr).

Ziel (Regel):
- Substitution zu Beginn,
- langsame Abdosierung (komplett) falls therapeutischer Verlauf konstruktiv,
- falls Abdosierung zur Überforderung wird, dann durchgehende Substitution (optional): bei therapeutisch positivem Verlauf (s. o.).

Therapeutischer Rahmen:
Gleiche Regeln für alle plus Besonderheiten des Einzelfalls.

2013:
Substituierte mit regulärer Entlassung: 2 in adaptiver Phase (durchgehende Substitution)mit Arbeitsvertrag nach medizinischer Reha.

Therapeutischer Umgang mit durchgehender Substitution:
Herausforderung
Die Stabilität des Teams ist entscheidend!
Risiken:
- Projektion von Teamproblemen auf Patienten,
- Zu unflexible therapeutische Haltung,
- Fixierung auf Abdosierung statt therapeutischen Prozess,
- Überforderung etlicher Patienten.

2017

Substituiert:	**33 Patienten**
Reg. (u. m.ä.E.):	8
Verlegt in Adaption	4 (davon 4 regulär entlassen)
Verlegt extern	1
A.ä.V.:	5
G.ä.R.:	13
Disziplinarisch	2

Gesamtgruppe	**140 Patienten**
Reg. (u. m.ä.E.):	67
Verlegt in Adaption	8 (davon 7 regulär entlassen)
Verlegt extern	6
A.ä.V.:	10
G.ä.R.:	41
Disziplinarisch.:	8

2018

Substituiert:	**44 Patienten**
Reg. (u. m.ä.E.):	17
Verlegt in Adaption	0
Verlegt extern	0
A.ä.V.:	11
G.ä.R.:	10
Disziplinarisch	6

Gesamtgruppe	**161 Patienten**
Reg. (u. m.ä.E.):	62
Verlegt in Adaption	16 (davon 14 regulär entlassen)
Verlegt extern	3
A.ä.V.:	26
G.ä.R.:	45
Disziplinarisch.:	9

01.01.2019 – 31.03.2019

Substituiert:	**9 Patienten**
Reg. (u. m.ä.E.):	4
Verlegt in Adaption	0
Verlegt extern	0
A.ä.V.:	2
G.ä.R.:	3
Disziplinarisch	0

Gesamtgruppe	**37 Patienten**
Reg. (u. m.ä.E.):	14
Verlegt in Adaption	0
Verlegt extern	2
A.ä.V.:	2
G.ä.R.:	13
Disziplinarisch.:	6

Med. Reha Alkohol:

Seit 2010 in Einzelfällen

→ 12 Patienten (3 mit Arbeitsstelle) (v. a. durchgehende Substitution)

→ 8 reg. Entlassungen, 4 gäR

Mögliche Kriterien pro und contra med. Reha unter Substitution (erfahrungsbasiert)

Pro med. Reha unter Substitution:

Perspektive des Patienten (grundsätzlich); Psychische und somatische Stabilität; Dauer der bisherigen (ambulanten) Substitution (ohne Substitution → Abstinenz?);
- (Nicht-)Antrittserfahrung der med. Reha (z. B. Abbruch des Entzugs bei Komplettabdosierung (nach ambulanter Substitution);
- Erfahrungen aus der med. Reha (Abbruch?);
- Aktuelle Lebenssituation (z. B. Notschlafstelle, JVA …): Überforderung bei sofortiger Abstinenz?

Pro abstinenzgestützte med. Reha

(von Beginn an):
- Perspektive des Patienten (grundsätzlich),
- Psychische und somatische Stabilität,
- Dauer und Erfahrung der bisherigen (ambulanten) Substitution,
- Erfahrungen mit der med. Reha (früher LZT),
- Aktuelle Lebenssituation (Erwerbstätigkeit).

Chancen (Reha auch unter Substitution):

Vernetzung niederschwelliger und ausstiegsorientierter Hilfen (statt Abgrenzung).

Med. Reha:

Perspektive auch für (Langzeit-) Substituierte (inkl. Diamorphin). Bessere Verzahnung von niederschwelligen und ausstiegsorientierten Hilfsangeboten: Chance / Teilhabe-Sicherung.

Grenzen:
- Therapeutische Erfahrung,
- Vorbereitung und Erwartung der Pat.,
- Einbeziehung der Gesamtgruppe: Belastungsgrenzen (PSK: 4 - 6 o.k. 9 - bisher max. - zuviel),

- Starre Indikationsstellung (über DRV bei Antragsstellung statt Einzelfallklärung über DROBS, Klinik u. Ärzte),
- Fixierung auf Abdosierung als Therapieziel statt therapeutischer Option
- Skepsis **bis faktisch Ablehnung** in vielen Reha-Kliniken,
- Fehlende Öffnung vieler Reha-Kliniken blockiert v. a. regionale DRV'n (*NRW:* Aktuell Release / Ascheberg – Westfalen; PSK Bergisch Gladbach – Nordrhein).

Anschlussperspektive und Fallstricke
- Betreutes Wohnheim (höherschwellig ausstiegsorientiert), auch für Substituierte;
- Vernetzung mit Praktikums- und Arbeitgebern (Rahmenbedingungen müssen ambulante Substitution ermöglichen);
- Substitution gemäß Take Home erhöht Flexibilität sehr.

Gespräch mit DRV'n:
Arbeitsgespräch 2009; Akademie für Sozialmedizin/DRV-Bund; Fachgespräch mit Medizinischem Dienst der DRV-Bund (12/2014).

Fazit patientenbezogen:

Med. Reha unter Substitution ist möglich mit vergleichbarem Erfolg wie bei klassischen Rahmenbedingungen, wenn die Erwartungen an Reha realistisch sind, wenn die Einbeziehung in Patientengruppe und Kontakt zum Team gelingen und Bereitschaft und Fähigkeit zur therapeutischen Auseinandersetzung, Reflexion und Zielsetzung ausreichend vorhanden bzw. entwickelbar sind (analog den klass. Pat.) plus positiver Anschlusslösung. Wenn therapeutische Erfahrung mit Substitutionsbehandlung und Vernetzung (intern, extern) mit sowie Interesse an Drogenhilfe-netzwerk vorhanden sind.
Wenn Therapeutischer (= flexibler) Umgang mit Substitutionsdosis und –dauer inkl. durchgehender Substitution möglich sind.

Abstinenz und Substitution:
Mittel zum Zweck (Teilhabe), NICHT Selbstzweck.

Rauschakzeptierende Substitution[1]

1 Marc Vogel, Hannes Strasser - Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel,

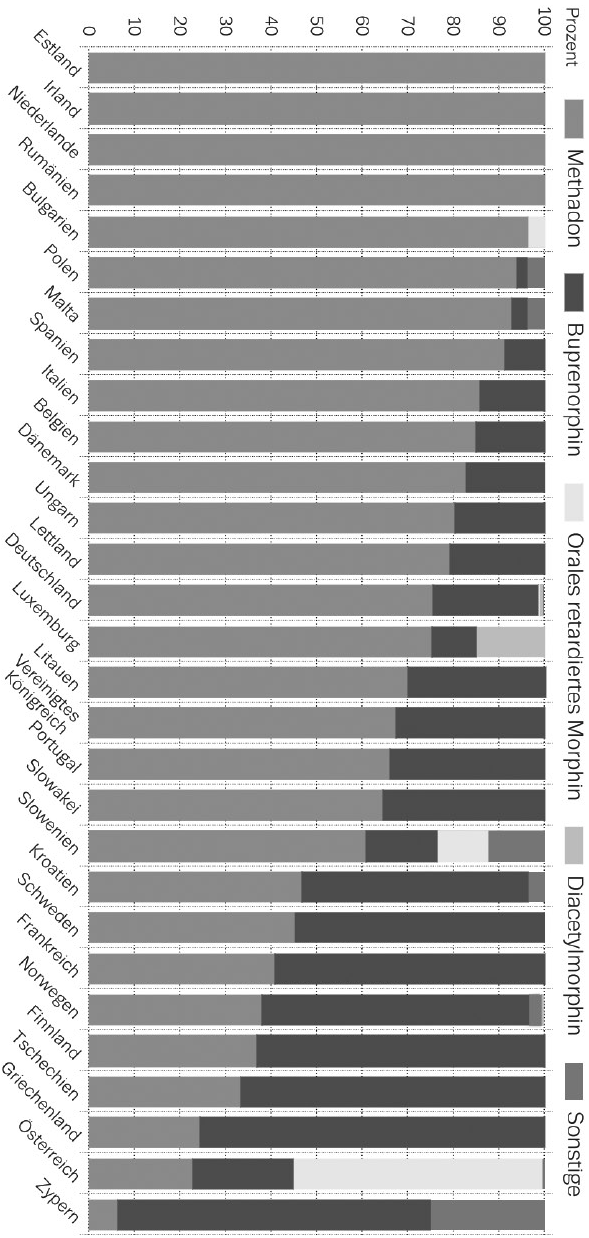
Prof. Dr. Heino Stöver

Behandlungsziele in der OST individualisieren[1]

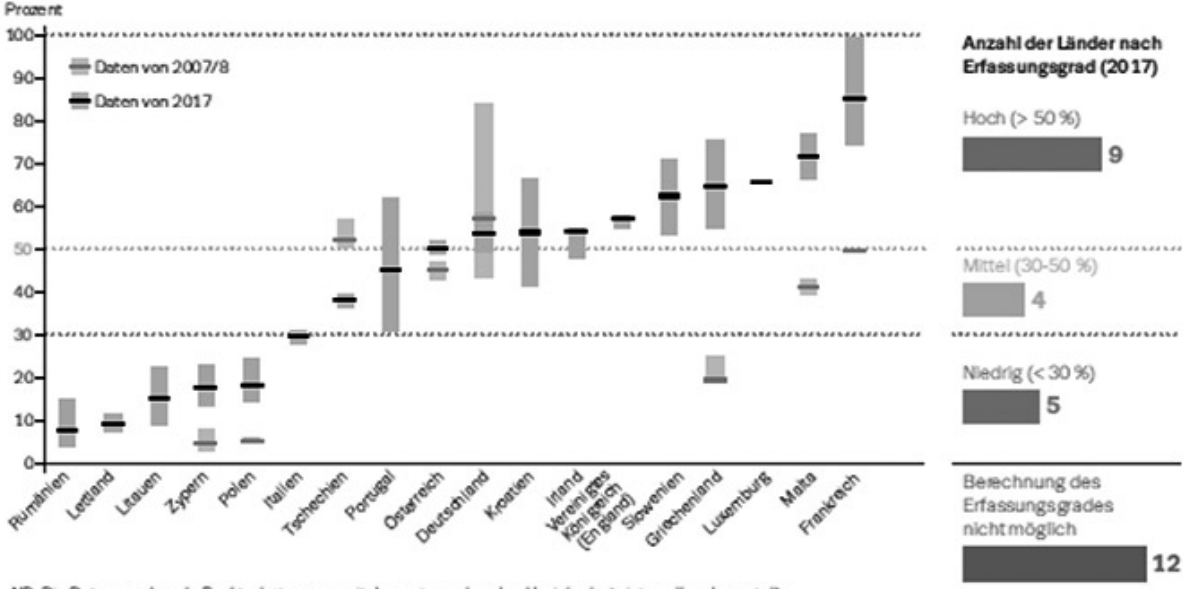
[1]

Marc Vogel

Seite 40 →: Individualisierte Behandlung?
Seite 41→: Erfassungsgrad OST: Luft nach oben!


Prozent
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Methadon
Buprenorphin
Orales retardiertes Morphin
Diacetylmorphin
Sonstige
Estland
Irland
Niederlande
Rumänien
Bulgarien
Polen
Malta
Spanien
Italien
Belgien
Dänemark
Ungarn
Lettland
Deutschland
Luxemburg
Litauen
Vereinigtes Königreich
Portugal
Slowakei
Slowenien
Kroatien
Schweden
Frankreich
Norwegen
Finnland
Tschechien
Griechenland
Österreich
Zypern

Erfassungsgrad der opioidgestützten Substitutionsbehandlung (prozentualer Anteil der geschätzten Hochrisiko-Opioidkonsumierenden, in Behandlung) im Jahr 2017 oder im aktuellsten Jahr sowie 2007/2008



NB: Die Daten werden als Punktschätzungen mit den entsprechenden Unsicherheitsintervallen dargestellt.

Gründe nicht in eine OST zu gehen

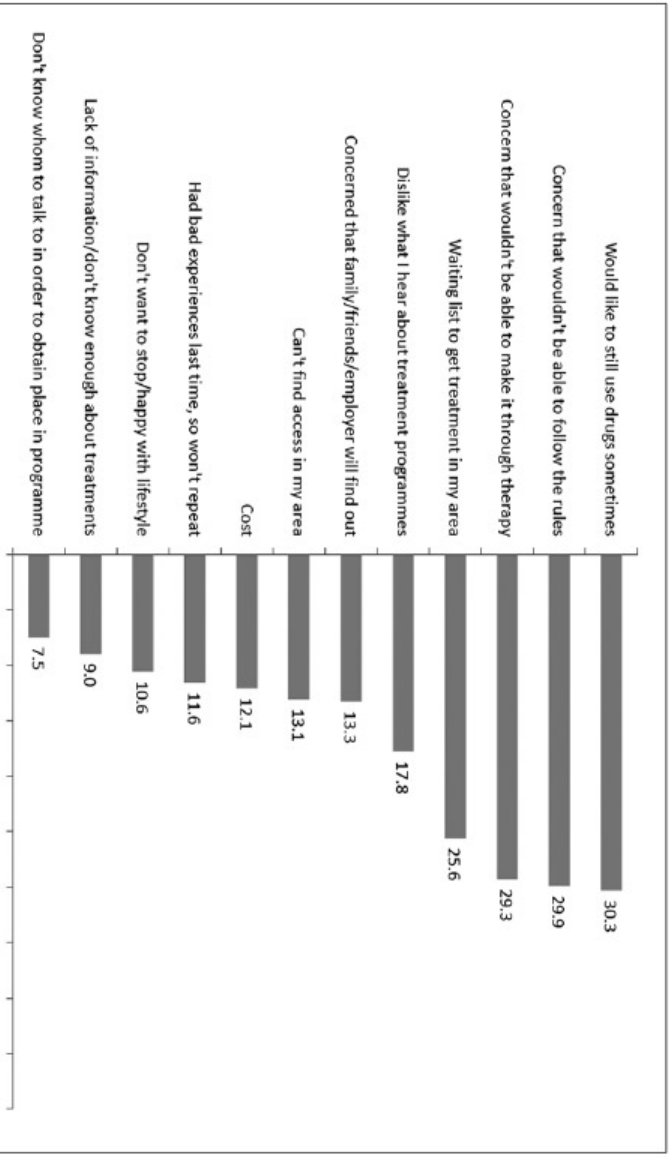


Figure 4: Reasons given by opioid users for staying out of treatment. Patients were asked to tick all that applied

‚Neuer' Begriff: Zieloffene Suchtarbeit

(J. Körkel 2016)

Die meisten Menschen mit schädlichem oder abhängigem Substanzkonsum sind für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben nicht zu gewinnen – weil sie eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter sich haben, mit Abstinenz überfordert sind oder diese nicht ihren Lebensvorstellungen entspricht (Körkel 2012). Wird eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck begonnen, ist mit abstinenzzielbedingtem Widerstand, Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen (Körkel 2015).

Zieloffene Suchtarbeit:
mehr Menschen früher in die Behandlung

• Zielvorstellungen der Betroffenen ernst nehmen:
- Selbstbestimmungsrechte stärken;
- vermehrte, frühere Behandlungsinanspruchnahme;
- Erfolge bei der Überwindung eines problematischen Konsummusters (Körkel/Verthein 2010);

• Veränderungen der Applikationsmöglichkeiten –
z.B. Alter und Venenstatus (Vogel/Strasser 12/2018, Nr. 116);

• Notwendigkeit Akzeptanz alternativer Applikationsformen
(oral, nasal, rektal, egal…);

• Schadensminimierung.

Nehmen wir es ernst…

Medikamente in Darreichungsformen, die schnell anfluten, eine gewisse Rauschwirkung erzeugen mit dem Ziel: mehr Patientenzufriedenheit - weniger Beikonsum!

Viele Patient_innen sind aufgrund ihres Venenstatus', COPD-Erkrankung oder ihres primären Einnahmeweges offen für alternative Applikationswege.

Erweiterung der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) in der Schweiz

Einige Patienten profitieren vom raschen Anfluten des Substituts und dem damit verbundenen Flash, d.h. „rauschakzeptierende Behandlung“→

• Substantielle Differenzierung und Erweiterung der OST,

• Wie können mehr Patient*innen von der HeGeBe profitieren?

Z.B. Diacetylmorphin-Tabletten, z.B. i.m.-Applikation – langsames Anfluten, z.B. ‚gesnifftes, flüssiges DAM‘ – via Nasalzerstäuber.

Gute Pharmakotherapie

(adaptiert nach Vogel 2019)

• ist evidenzbasiert – in vielen Bereichen keine Evidenz;

• ist individualisiert im Hinblick auf Patientencharakteristika (Geschlecht, Vorerkrankungen, komorbide Störungen);

• basiert auf persönlicher Entscheidung des Patienten nach:

- fundierter Aufklärung über Vor- und Nachteile sowie verfügbare Alternativen.
- Ausarbeitung individueller Präferenzen unter Berücksichtigung des Konsumverhaltens; Austausch über gegenwärtiges Therapieziel.

• ist flexibel:

- Gestaltung des Bezugsmodus unter Abwägung einer möglichst geringen Einschränkung;
- Autonomie der Patient_innen und der positiven Effekte eines regelmässigen Kontaktes bei Bezug sowie einer supervidierten Einnahme.
- Dosisanpassungen bei Krisen etc., Anpassung an das aktuelle Therapieziel;
- Kombinationen aus Substanzen oder Darreichungsformen, wenn dies Sinn ergibt;
- zukünftig: Wechsel der Darreichungsform bei Patientenwunsch, z.B. durch Rückgabe von Retardtabletten und Bezug kurz wirksamer, rasch anflutender Präparate?

- Gelassenheit für den «Kick» am Wochenende**!**

Drogennotfallprophylaxe: Naloxon und Substitution Neue Chancen?!

Olaf Ostermann

1. Naloxon in Deutschland

1998 – 2013: Nur fixpunkt e.V. in Berlin
2014 – 2019: Inzwischen mindestens 18 Projekte von 18 Trägern (siehe Plakat + Osnabrück, Bielefeld und Halle)
Nov. 2017: Start des Modellprojektes in Saarbrücken
01.09.2018: Zulassung eines Naloxon Nasensprays
01.10.2018: Start des Bayerischen THN Projektes – Bisher 277 TN* und 17 Einsätze
2019: Naloxonschulungen in 4 bayrischen Haftanstalten zur Haftentlassung

2. Erfahrungen und Probleme

Alle Projekte wurden durch Suchthilfeträger oder durch Selbsthilfeinitiativen initiiert.
Keines der Projekte ist Regelfinanziert.
Gute Finanzierung im Bay THN Projekt aber nur bis 09/2020
Viele Projekte hatten/haben Mühe einen kooperierenden Arzt zu finden. Durch Verschreibungspflicht ist aber ein Arzt notwendig.
Insgesamt ergab sich dadurch bisher nur eine mäßige Verbreitung (siehe Bayern 277 TN* in 12 Monaten an 5 Standorten).

→ Seite 46: Poster von Limit/Condrobs München
(siehe auch zum Download https://naloxoninfo.de/aktuelle-meldungen/)

LEBEN RETTEN MIT NALOXON!
Take-Home-Naloxon-Programme in Deutschland:
WIR SIND DABEI
BERLIN
Fixpunkt e.V.
vista
MÜNSTER
INDRO e.V.
DÜSSELDORF
Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.
KÖLN
VISION e.V.
JES NRW e.V.
FRANKFURT
integrative Drogenhilfe e.V.
MANNHEIM
Drogenverein Mannheim e.V.
NÜRNBERG
mudra Drogenhilfe e.V.
REGENSBURG
Drugstop Drogenhilfe e.V.
SAARBRÜCKEN
Drogenhilfezentrum Saarbrücken
ULM
Drogenhilfe Ulm/Alb Donau e.V.
INGOLSTADT
Condrobs e.V.
FREIBURG
Drogenhilfe Freiburg
TÜBINGEN
Aidshilfe Tübingen-Reutlingen e.V.
AUGSBURG
Drogenhilfe Schwaben
MÜNCHEN
Condrobs e.V.
Unterstützt von akzept e.V. und Condrobs e.V.
Baden-Württemberg
Bayern
Berlin
Hessen
Nordrhein-Westfalen
Saarland

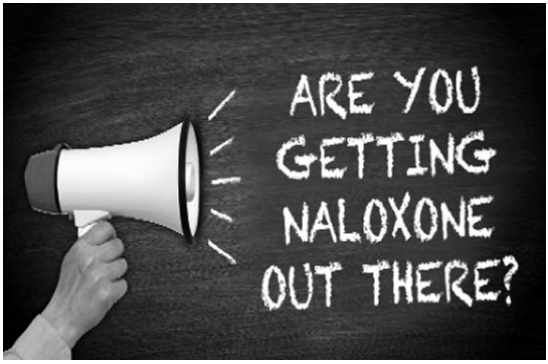
3. Naloxon und Substitution

Ca. 56% der opioidgebrauchenden Menschen in D sind in Substitution.
Ein Ärztin/Arzt ist in der Praxis verfügbar.
PSB oder Arzt/Ärztin könnte in Kurzinterventionen die Patient_innen schulen.
Naloxon auf Kassenrezept verschreiben.
Ausgabe des Naloxon spätestens am nächsten Tag.

Vorteile:

Ohne viel Aufwand könnten viele opioidgebrauchende Menschen mit Naloxon ausgestattet werden.
Kosten wären gering da PSB in manchen Praxen schon existiert und Naloxon über die Kasse verschreibbar ist.
Kooperationen gibt es schon in München mit 2 Praxen, in Regensburg, Ingolstadt und Nürnberg.

Naloxon und Substitution!!!! – Natürlich!!!!



KEEP
CALM
AND
CARR
NALOXON
KEEP
CALM
AND
CARRY
NALOXONE

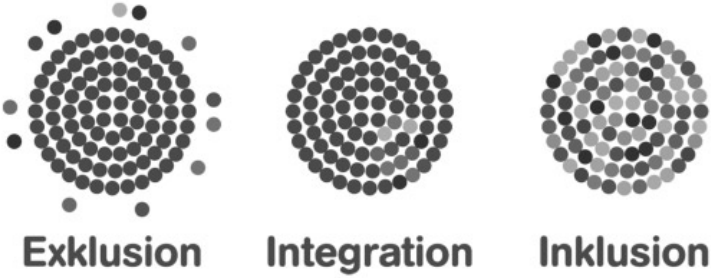
LEBEN RETTEN MIT
NALOXON
ERSTE-HILFE-TRAINING FÜR
OPIATKONSUMENT*INNEN UND SUBSTITUIERTE
Condrobs
Wir helfen
drogenhilfe
schwaben
Drug
STOP
mudra
drogenhilfe

BTHG – Chancen und Risiken für suchtkranke Menschen

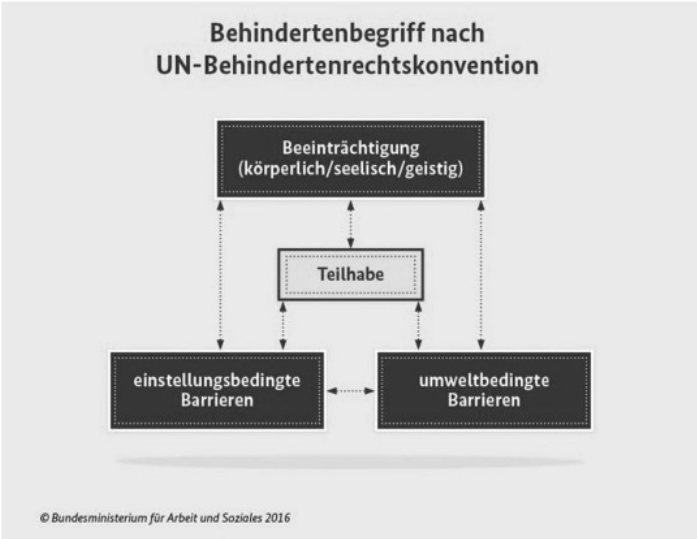
Gabi Becker

Fahrplan

►Kurzer Uberblick: Wesentliche Anderungen fur Leistungsberechtigte und Leistungserbringer
►Bedarfsermittlung und ICF
►Chancen BTHG fur suchtkranke Menschen
►Mögliche Grenzen fur suchterkrankte Menschen
►Diskussion



Grundlegendes Verständnis: Begriff der Behinderung



Leistungsberechtigte nach BTHG
§ 99 SGB IV Leistungsberechtigter Personenkreis
(§ 99 Abs. 1, Satz 2 SGB IX, Teil 2, ggfls. gultig ab 01.01.2023)

(1) Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 und 2 zu leisten, deren Beeinträchtigung die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und –struktur einschliesslich der geistigen und seelischen Funktionen sind und die dadurch in Wechselwirkungen mit den Barrieren in *erheblichem Maße* in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind. Eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Masse liegt vor, wenn die Ausführung von Aktivitäten in einer grösseren Anzahl der Lebensbereiche nach Absatz 4 nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich oder in einer geringeren Anzahl der Lebensbereiche auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist.

Exkurs: Sozialraumorientierung statt Individualisierung von Problemlagen

SONI-Modell der Sozialraumorientierung

Ebene des **Systems:**	**Sozialstruktur** Bezug: Kommunalpolitik	**Organisation** Bezug: Hilfesystem
Intervention als Steuerung des Hilfesystems und seiner Bedingung	**Aktivierung und Einmischung:** Erschließung politischer und ethischer Ressourcen statt Individualisierung sozialer Probleme	**Sozialräumliche Steuerung** Erschließung institutioneller Ressourcen: Flexibilisierung und Demokratisierung statt Standardisierung
Ebene der **Lebenswelt:**	**Netzwerk** Bezug: Gemeinwesen	**Individuum** Bezug: Fallarbeit
Intervention als Interaktion mit Adressaten und ihrer Umwelt	**Fallunspezifische Arbeit:** Erschließung sozialer Ressourcen: Feldbezug statt aussondernde Verengung auf den „Fall"	**Stärkemodell:** Erschließung individueller Ressourcen: Arbeit mit dem Willen statt Entwertung

Beispielfall: Klient, 45 J. m, suchtmittelabhängig, mit Buprenorphin substituiert, lebt im BWG ->
Barrieren: Vermittlungshemmnisse 1. Arbeitsmarkt, wenig Sozialkompetenz vorhanden, vereinsamt, körperliche Einschränkungen u.a. offene Wunden am Bein und kognitive Einschränkungen, Stigmatisierungserfahrungen durch das Gemeinwesen, nächste Stufe der Verselbstständigung eigene Wohnung kann aufgrund von Wohnraummangel nicht realisiert werden.

Gesamtplanverfahren nach §117 SGB IX

Beteiligung des/der LB bei allen Verfahrensschritten.
Ermittlung des individuellen Bedarfs (§118 SGB IX).
Dokumentation ihrer/seiner Wünsche zu Ziel und Art der Leistungen.
(Quelle: Diakonie Bayern, Vortrag FEBS MV 2017)

Wesentliche Änderungen für Leistungserbringer

Alle Leistungen müssen daraufhin überprüft werden, ob sie dem personenzentrierten Ansatz im Sinne von Teilhabe entsprechen.
Hauptfragen:
Wie personenzentriert sind unsere Leistungen?
Setzen unsere Leistungen nur an den Beeinträchtigungen oder an den Wechselwirkungen mit den Barrieren an?
Wie messen wir (zukünftig) die Wirkungen unserer Leistungen?
(Quelle: RA Hohage, Vortrag 2016)

Herausforderungen für Mitarbeiter_innen der EGH

► Schulung der Mitarbeiter_innen auf die neue Sichtweise: Weg von der versäulten Angebotsorientierung hin zur personenzentrierten Ausgestaltung der Angebote,
► Vertrautsein mit der sozialräumlichen Perspektive, konsequente Umsetzung der Perspektive in der strukturellen und KL-Arbeit,
► Schulungsbedarf Mitarbeiter_innen: Sozialraumorientierung, ICF-Orientierung in der Bedarfsermittlung,
► Teilhabeplanung statt Hilfeplanverfahren.

Instrumente der Bedarfsermittlung

§ 118 Gesamtplan – Instrumente der Bedarfsermittlung

„Die Ermittlung des individuellen Bedarfes des Leistungsberechtigten muss durch ein Instrument erfolgen, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert."

ABER: ICF ≠ Assessmentverfahren, Reduzierung der ICF auf eine Auswahl von Items ist nicht zulassig, Bedarfsermittlung erfolgt im Rahmen eines strukturierten Dialogs mit den LBs unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (Leitfaden)

(Quelle: RA Hohage, Vortrag 2016 u. Empfehlung der DVfR 11/2017)

Bedarfsermittlung und ICF

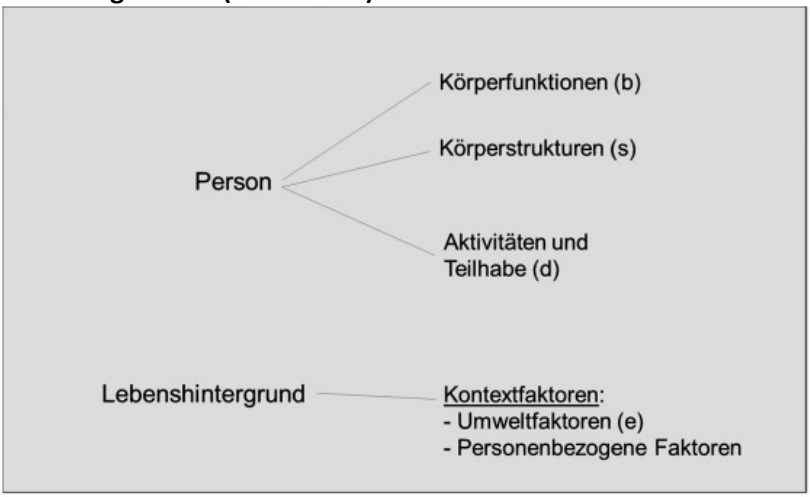
<table>
<tr><td colspan="3">Gesundheitsproblem
↓(Gesundheitsstörung oder Krankheit, ICD)↓
↓</td></tr>
<tr><td>Körperfunktionen ←
und –strukturen</td><td>↑
→ Aktivitaten ←</td><td>→Teilhabe</td></tr>
<tr><td>Umweltfaktoren →
• materiell, • sozial
• verhaltensbezogen</td><td>↑</td><td>← Persönliche Faktoren
• Alter, Geschlecht
• Motivation, • Lebensstil</td></tr>
</table>

Bedarfsermittlung und ICF

Lebensbereiche der ICF, die enthalten sein müssen:

1. Lernen und Wissensanwendung;
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen;
3. Kommunikation;
4. Mobilität;
5. Selbstversorgung;
6. Häusliches Leben;
7. Interpersonelle Interaktion und Beziehungen;
8. bedeutende Lebensbereiche;
9. und gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Bedarfsermittlung und ICF
Einteilung der ICF (Teil I und II)



(Quelle: Prof'in Dr. Ulmer, Vortrag Juni 2018)

Herausforderungen bei der ICF-orientierten Bedarfs-ermittlung

Die ICF ist kein Assessmentverfahren, das 1:1 angewendet werden kann.

►Die ICF ist ein sehr komplexes Klassifikationssystem, das es gestattet, die komplexe Lebenswelt eines erkrankten Menschen abzubilden.

► Die Kodierung nach den Regeln der ICF ist zeit- und personal-aufwendig.

►Die Komponente 5 „Personenbezogene Faktoren" ist nicht klassifi-ziert und wird dann oft nicht berücksichtigt.

► Wenn Ihre Klientinnen und Klienten altern, kommen die typischen Altersveränderungen zur Sucht hinzu, d.h. die Komplexitat nimmt weiter zu.

(Quelle: Prof'in Dr. Ulmer, Vortrag Juni 2018)

Mögliche Chancen durch das BTHG für suchtkranke Menschen

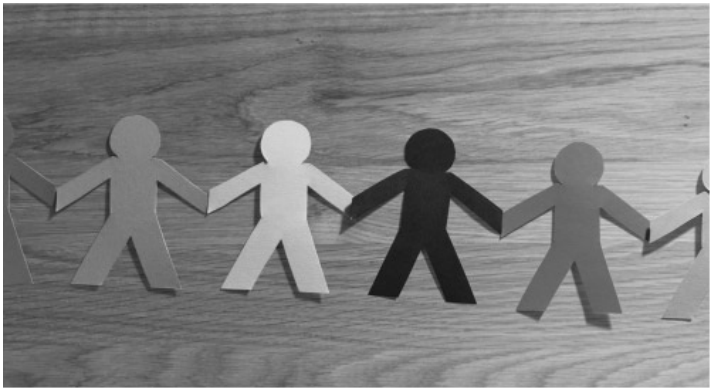
Sozialräumliches Arbeiten rückt in den Vordergrund;
Assistenzleistungen und Regiekompetenz;
Zentrales Eingliederungsmanagement zum Abbau von Barrieren bei Zu- und Übergängen;
Verbindliches Zusammenarbeiten über die Versäulung hinaus;
Versorgung bisher unversorgter Personen;
Gemeinsame Bedarfserhebung;
Wirkungsmessung.

Sozialräumliches Arbeiten - Zugrundeliegendes Paradigma

5 Prinzipien sozialräumlichen Arbeitens:

Prinzip 1 Orientierung an Interessen und am Willen,
Prinzip 2 Unterstutzung von Eigeninitiative und Selbsthilfe,
Prinzip 3 Konzentration auf die Ressourcen der Menschen und des Sozialraums,
Prinzip 4 Zielgruppen und bereichsübergreifende Sichtweise,
Prinzip 5 Kooperation und Koordination (vgl. Hinte 2006).

Wie wird sozialräumliches Arbeiten in Ihren Einrichtungen „gelebt“?



Sozialräumliches Arbeiten in der IDH

Alle Einrichtungen und Bereiche haben Sozialraumkarten erstellt;
Einführung von Methoden wie Netzwerkkarte, Sozialraum entdecken, Ressourcen identifizieren;
Klient_innen dabei unterstützen, dass sie ihre Bürger_innenrechte wahrnehmen, politisch zu sein;
Klient_innen ins Gestalten bringen, Sozialräume z.B. durch Kunst erschliessen – z.B. Fotoprojekt Defensive Architektur, JuBaz;
Netzwerkarbeit – z.B. BWG Kriegkstrasse vor Ort mit dem Gallusgarten;
Mehrere Klausurtage zu sozialräumlichem Arbeiten mit den Leitungskräften.

Aufholbedarf(e):

►„Sozialräumliche Brille“: Verankerung des sozialräumlichen Paradigmas in allen Schritten der KL-Arbeit:

- suchtspezifischen Blick „hinten anstellen“,
- nicht bevormunden, sondern empowern,
- nicht für Klient_innen den Sozialraum erkunden, sondern **mit** Klient_innen,

- gerade in Kurzberatungssettings, in denen Krisenberatung im Vordergrund steht -> Raum schaffen fur sozialraumliches Arbeiten;

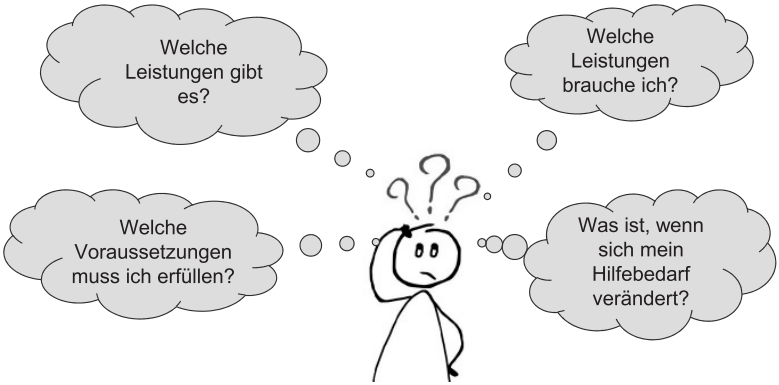
►Autonomie der Klient_innen noch mehr in den Blick nehmen;

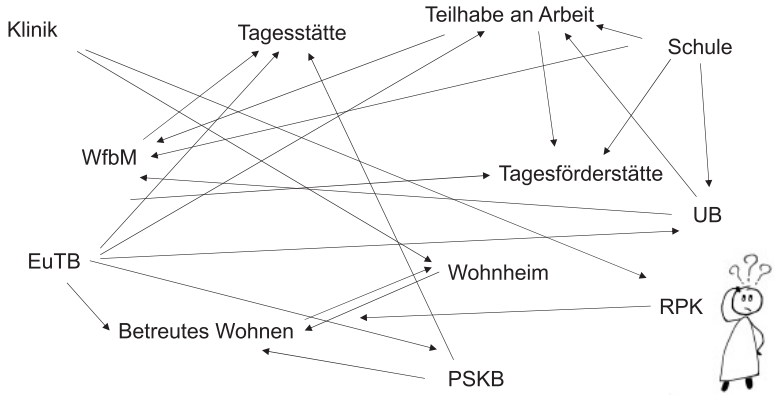
►Kenntnis aller in Frage kommenden Eingliederungsleistungen und informeller sozialräumlicher Angebote verschiedener Systeme im Sozialraum.

Verbindliches Zusammenarbeiten über die Versäulung hinaus

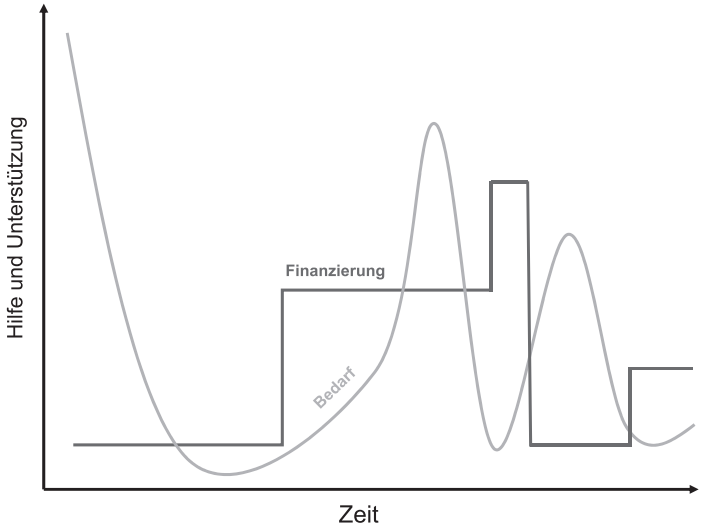
Die Eingliederungshilfe ist derzeit ein Haus mit vielen Türen

Probleme von Leistungsberechtigten

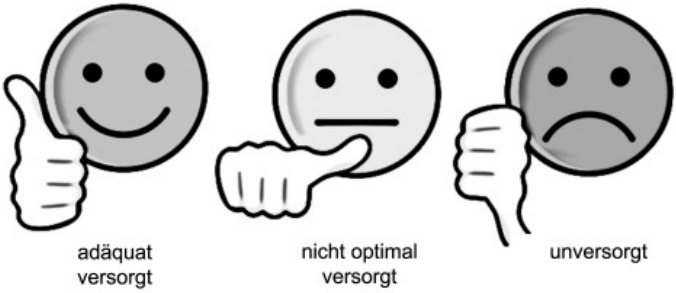




Probleme von Leistungsberechtigten



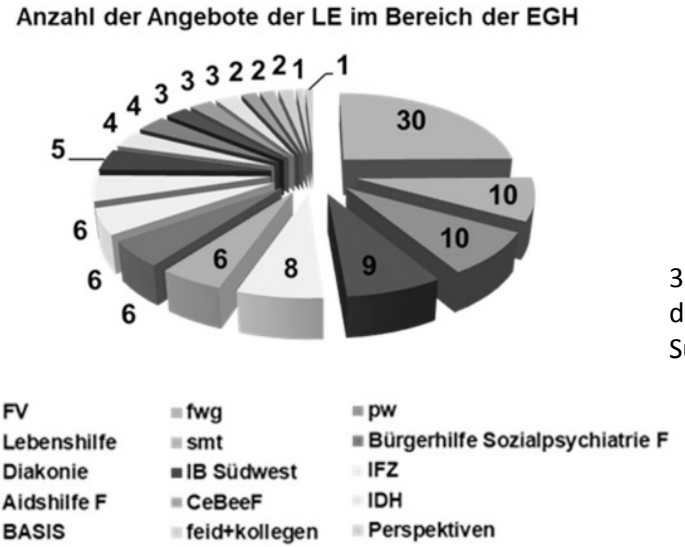
…und wozu sie führen



Erkenntnis

Wir Leistungserbringer in Frankfurt haben verstanden, dass wir **selbst** etwas verändern mussen um den Zielsetzungen der UN-BRK und des Bundesteilhabegesetzes gerecht zu werden.

Verbindliches Zusammenarbeiten über die Versäulung hinaus – Beispiel Frankfurt (20 LE: insgesamt 121 Angebote/ 622 Fachkräfte)



3 LE aus der Suchthilfe

9)Caritas F; 6)VAE;2) SBS; 1) KOMM;1) HdV

Kennzahlen AG EGH Frankfurt i.G.

- durch die Angebote der AG erreichte Personen:

Insg. 8.260 erreichte LB / 20 LE

Psychisch Kranke	4905
Geistig Behinderte und Lernbehinderungen	1354
Suchtkranke	1292
Obdachlose	960
Körperlich Behinderte	208
Sinnesbeeinträchtigte	540

- *bei einigen LBs liegen Mehrfachproblematiken vor - davon werden 2.406 LBs (29,1%) über die sog. Freiwilligen Leistungen der Stadt Frankfurt erreicht.

Was wird durch ein vernetztes Vorgehen in Frankfurt möglich und was ist unser Beitrag?

Überwindung des Fokus auf die eigenen Leistungsangebote.
Erschliessung und Verknüpfung von Angeboten und Ressourcen ausserhalb der Eingliederungshilfe.
Erreichen von sonst unversorgten Personen.
Aufhebung der Versäulung der Personenkreise.
Abbau von Barrieren durch verbindliche Kooperation aller Beteiligten.
Bedarfsgerechtere Versorgung.

Verbindliches Zusammenarbeiten über die Versäulung hinaus

Paradigma der personenzentrierten Hilfe ≠ angebotszentrierte Hilfe;
Zugehörigkeit zu einer „Personengruppe“ ist nicht mehr ausschlaggebendes Element;
Gründung gemeinsamer Arbeits- und Rechtsformen für die verbindliche Zusammenarbeit;
Gemeinsame Einzelfall- und Systemsteuerung in Zusammenarbeit mit Kostenträger.

*Wie organisieren **Sie** die Aufnahme in die Hilfeleistungen?*
Wie arbeiten Sie (zukünftig) mit LT und EUTB zusammen?

Zentrales Eingangsmanagement – AG Entscheider_innen Frankfurt

Leitfragen Regionales Teilhabe-Management:

1. Schritt: Clearing

Warum sind Sie hier? Wo waren Sie bisher?
Von wo bekommen Sie Ihr Geld?

2. Schritt: Erfassung der aktuellen Teilhabe-Ziele

Was ist Ihnen jetzt am wichtigsten?
Was möchten Sie auf keinen Fall?

Worauf muss geachtet werden?
WelcheUnterstützung gibt es (bereits)?
3. Angebote vorstellen
4. Unterstützung/Überleitung zusozialräumlichen Angeboten
Was ist nötig, dass Sie den Termin wahrnehmen können?

Unversorgte Personen - Suchthilfe

►neue Leistungsformen (u.a. Budget für Arbeit) und Leistungserbringer (u.a. andere Anbieter) erschliessen -> benötigt Überblick über Leistungsformen und ist Lernprozess für Suchthilfe: noch mehr Vertrauen in Autonomie der Klient_innen;
►Erkenntnisse aus Wirkungsmessung nutzen, um zukünftig Zugänge und Übergänge niedrigschwelliger zu gestalten;
►durch Einzelfall- und Systemsteuerung im Verbund der Leistungserbringer gemeinsame Lösungen für unversorgte Personen nicht nur aus der Suchthilfe finden.

Welche Chancen bietet das BTHG für die von Ihnen bisher noch unerreichten suchtkranken Personen?

Unversorgte Personen in Frankfurt am Main

Erhebung durch 20 Leistungserbringer/ 3 LE aus der Suchthilfe, Versorgung der Erreichten in 121 Angeboten /Hilfeplanung durch 622 Fachkräfte:
insg. **8.260 erreichte LB** ---------- insg. **2.339 unversorgte LB**

Gemeinsame Bedarfserhebung

► Zusammenarbeit mit Fachdiensten und EuTBs;
► Suchthilfe unterstützt die Fachdienste der Kostenträger bei der Bedarfserhebung;
- Vorteil: Suchthilfe verfügt über Zugang (räuml. und über Beziehung) zu Klient_innen und zeichnet sich durch Niedrigschwelligkeit aus;
- Jahrelange Praxis in der Bedarfsermittlung und Planung von Eingliederungszielen;

► Denkbar ist, dass regionale virtuelle Teams mit Mitarbeiter_innen mehrerer Leistungserbringer gebildet werden -> Professionalisierung des Zugangs zur EGH und fester Ansprechpartner fur die Fachdienste.

Assistenzleistungen und Regiekompetenz

Unterstützung der Klient_innen dabei Regiekompetenz zu entwickeln -> Assistenzleistungen als ein Mittel zum Ziel;
Begleitung der Klient*innen zur unabhängigen Teilhabeberatung, Beratung zu Assistenzleistungen, u.a.

– Kompensatorische Assistenz (Übernahme und Begleitung)
– Qualifizierte Assistenz (Befähigung)
– Erreichbarkeit (unabhängig von konkreter Inanspruchnahme);

Generieren neuer, intelligenter Angebote durch die Suchthilfe ausgehend von den Bedarfen der LB -> zusammen mit anderen Akteur_innen der EGH.

Wirkungsmessung

Standardisierung von Leistungen = Leistungsberechtigter weiss, was sie/er erhält;
Ziel = Erhebung valider Daten zur Einzelfall- und Systemsteuerung;
Wirkungsmessung auf allen Ebenen des Zugangs- und Übergangsmanagements, ermöglicht Aussagen über:

– Barrierefreiheit der Zu- und Übergänge,
– Passgenauigkeit des vorhandenen Angebotes,
– Kombination verschiedener Leistungen,
– Effektivität der Clearing- und Übergangsprozesse.

Wie messen Sie die Wirkungen Ihrer EGH Leistungen?

Mögliche Grenzen für suchterkrankte Menschen

Suchtkranke Menschen fallen durchs Versorgungsnetz -> gehören nicht zum berechtigten Personenkreis (§99 SGB IX);
Leistungsformen sind ungeeignet;
Bedarfsermittlung und unabhängige Teilhabeberatung ist nicht auf die Zielgruppe suchtkranker Menschen eingestellt;
Wirkungsmessung ist bisher nur in Teilbereichen der Suchthilfe (u.a. Arbeitsförderung) Routine.

Mögliche Grenzen für suchterkrankte KlientInnen

§ 99 berechtigter Personenkreis

• möglicherweise kein oder eingeschränkter Zugang zu den Leistungen nach SGB IX fur suchtkranke Menschen;
• bei Anwendung verschiedener Berechnungsverfahren der ICF bleibt eine **Restgruppe**, die wahrscheinlich aus dem leistungsberechtigten Personenkreis herausfallen wird;
• bei der Anwendung der Kriteriums, dass die Ausführung von Aktivitäten in mindestens **fünf Lebensbereichen** ohne personelle oder technische Unterstützung oder in mindestens drei Lebensbereichen auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist;
• Berechnungen zufolge betrifft das **16,1%** der Menschen mit **Suchterkrankung.**

§ 105 „Leistungsformen“

• Beispielsweise wäre es fur diese Zielgruppe nur eingeschränkt sinnvoll, Geldleistungen im Rahmen eines **persönlichen Budgets** zur Verfügung zu stellen.
• Einschränkungen bei der Beteiligung: die Möglichkeiten, selbstbestimmt aus einer Vielfalt unterschiedlicher Angebote die erforderlichen Leistungen auszuwählen und über deren Inanspruchnahme bzw. Nutzung mit dem Leistungsträger wie auch den verschiedenen Leistungsanbietern **zu verhandeln**, sind fur diese spezielle Zielgruppe der chronisch Suchtkranken sicherlich begrenzt.

Allgemein ist zu befürchten, dass die Versäulung der Hilfesysteme auch durch die Umsetzung des BTHGs nicht aufgelöst wird, d.h. Klient_innen aus dem niedrigschwelligen System bleiben nach wie vor unversorgt.
Leistungsträger und unabhängige Beratungsstellen (EUTB) sind nicht auf die Zielgruppe suchtkranker Menschen und ihre Bedarfe eingestellt (analog zum Pflegesystem);
Suchthilfe ist nicht auf die Wirkungsmessung (Reporting) eingestellt.

Substitutionsbehandlung in Haft - Erfahrungen in NRW

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Hintergrund

Die Substitutionsbehandlung ist die Standardtherapie für Opioid-abhängige.
Opioidabhängige sind in Haftanstalten stark repräsentiert.
Es gilt das Äquivalenzprinzip.
Dennoch war die Substitutionsbehandlung in Haftanstalten in NRW bis vor 10 Jahren selten.

Implementierungsstrategie

unter Federführung des Ministeriums der Justiz des Landes NRW:
Elemente

- Behandlungsempfehlung zur Substitutionsbehandlung,
- Qualifikation der Anstaltsärztinnen/-ärzte,
- Monitoring der Substitutionsbehandlung in den Haftanstalten.

Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit

unter Federführung des Ministeriums der Justiz des Landes NRW
Arbeitsgruppe:

Ministeriumsvertreter,
Ärzte von Haftanstalten und Haftkrankenhaus ,
Vertreter der Landesärztekammern.

Zielgruppe:

Anstaltsärztinnen/-ärzte,
(Direktoren der Haftanstalten).

Grundsätze:

Opioidabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung.
Opioidabhängigkeit besteht in Haft fort.

Die Substitutionsbehandlung ist die „wichtigste Behandlungsmaßnahme“ der Opioidabhängigkeit.
Orientierung an der Richtlinie der Bundesärztekammer bei Thematisierung von Besonderheiten des Settings, z.B. Behandlungsziele, Behandlung nach Entlassung

Ziel der Behandlungsempfehlung (Präambel)

„Die Indikation…wird…zurzeit vergleichsweise selten gestellt.“
„Wünschenswert wäre daher, die Anzahl der Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen.“
In Kraft getreten: 15.1.2010, überarbeitete Version in Kraft getreten: 21.12.2018.

Qualifikation der Anstaltsärztinnen/-ärzte

Nur wenige Ärzte erwerben in Studium und Facharztzeit (außer Psychiatrie) basale Kompetenzen in der Suchtmedizin. Daher

-Stigmatisierung der Betroffenen,
-Stigmatisierung des Faches.

Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung: obligatorisch für JVA-Ärzte
Suchtmedizinische Themen bei Fortbildungsveranstaltungen für Anstaltsärztinnen und –ärzte.

Monitoring

Monitoring betrifft Anteil der Substitutionspatienten unter den opiatabhängigen Häftlingen.
Meldung durch die Haftanstalten 2x pro Jahr.
Zahlen sind Gegenstand der Gespräche Anstaltsärztin/-arzt und Ministerium (1x/Jahr).
N.B. Monitoring als Maßnahme des Qualitätsmanagements, die ärztliche Therapiefreiheit gilt unbestritten.

Richtlinie der Bundesärztekammer

Dürfen aktuell nicht Opiate (v.a. Heroin) konsumierende Abhängige überhaupt eine Substitutionsbehandlung beginnen?

BÄK-Richtlinie **2002**: Substitution in Haft nicht thematisiert; Feststellung des aktuellen Opiatgebrauches im Drogenscreening vor Beginn der Behandlung (Kap. 5).

BÄK-Richtlinie **2010**: "In begründeten *Einzelfällen* kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden." (Kap. 2).

BÄK-Richtlinie **2017**: „In begründeten *Fällen* kann eine Substitutionsbehandlung auch bei derzeit nicht konsumierenden opioidabhängigen Patienten – z.B. Inhaftierte mit hohem Rückfall- und Mortalitätsrisiko – eingeleitet werden.“ (Kap 2).

Diskussion der Implementierung (siehe S.70)

Annäherung der Substitutionsquote in Haft in NRW (etwa 40%) an GKV-Bereich (knapp 50%);
Varianz zwischen den Haftanstalten sehr ausgeprägt (z.B. 4/2015 zwischen 12% und 80%).
Gründe von Häftlingen gegen eine Substitution:

- vermehrter Aufwand für die Haftanstalt,
- positive Nebeneffekte für eine Haftanstalt.

Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Haftanstalten in NRW

Datum	Gesamtzahl Häftlinge im Jahr/Stichtag	Zahl Häftlinge mit Opioid-abhängigkeit	Zahl Häftlinge in Substitutions-therapie	Anteil Häftlinge mit Opioidab-hängigkeit In Substitu-tionstherapie
2008	17,301	4,201	139	3
2009	17,124	n/a	n/a	n/a
Okt. 2010	16,828	4,701	751	16
Apr. 2011	17,263	4,968	1,035	21
Okt. 2011	17,021	4,741	1,209	26
Apr. 2012	17,410	4,722	1,297	27
Okt. 2012	17,203	4,385	1,380	31
Apr. 2013	17,003	4,355	1,374	32
Okt. 2013	16,710	4,294	1,413	33
Apr. 2014	16,575	4,159	1,441	35
Okt. 2014	15,954	3,900	1,493	38
Apr. 2015	15,926	3,905	1,500	38
Okt. 2015	15,640	3,693	1,442	39
Apr. 2016	16,432	3,650	1,415	39
Okt. 2017	15,781	n/a	1,603	n/a

Historischer Hintergrund

Epidemischer Heroinkonsum in Deutschland ab 60er Jahre.
Drogenhilfesystem zunächst sozialpädagogisch dominiert.
Abstinenzorientierte rehabilitative Behandlung nur von einem Teil der Betroffenen angenommen und nur bei einem Teil der Behandelten erfolgreich.
Zunehmende gesundheitspolitische Diskussion wg.
- HIV-Epidemie,
- Drogentoten,
- öffentlichen Drogenszenen (z.T. in innerstädtischen Einkaufszonen).

Substitutionsbehandlung anfänglich umstritten trotz Erfahrung z.B. in USA seit 60er Jahren.
Vorwürfe: „Medikalisierung“, „Ruhigstellung“, „Verhinderung von Therapie“.
Bei Einführung der Substitutionsbehandlung
► unsichere/kompromisshafte Zielsetzung:
„maintenance-to-abstinence“ oder „long-term maintenance“ (harm-reduction).
► unsichere/kompromisshafte Behandlungsstruktur:
Ausgabe des Substitutes durch Arzt.
Obligate psychosoziale Betreuung.

BUB – Richtlinien (G-BA):
„**Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit“**

33-Jahreskatamnese Opiatabhängiger
(Hser et al., 2001)

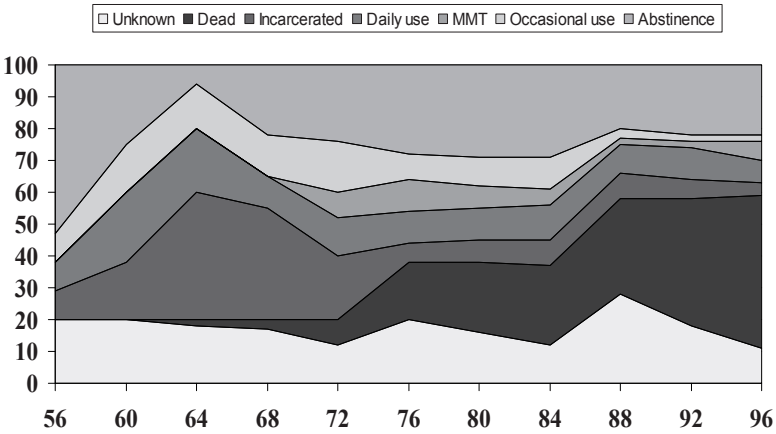


Abb. mit Dank an Prof. Dr. W. van den Brink

Aktuelle Aufgabe

Anpassung der Regularien (BtMVV, BÄK-Richtlinien, G-BA-Richtlinien) an den Stand des Wissen (z.B. Prognose, Häufigkeit und Behandlung komorbider psychischer und substanzbezogener Störungen) zur Substitutionsbehandlung in Hinblick auf Therapieziele, - plan, - dauer etc..

Kontext: u.a. Rechtsunsicherheit der Substituierenden,
Probleme der Aufrechterhaltung der Versorgung,
PREMOS-Studie.

§ 5 BtMVV

alt	neu (ab 30.05.2017)
erstes genanntes Therapieziel: Betäubungsmittelabstinenz Zielgruppe: opioidabhängige Patienten	Abstinenz **ein** Ziel neben z.B. Sicherung des Überlebens; Zielgruppe: opioidabhängige Patienten
Konsiliarregelung: bis zu 3 Patienten	Konsiliarregelung: bis zu 10 Patienten
Einrichtungen, die eine Substitution durchführen dürfen: Arzt-Praxis Krankenhaus Apotheke	Einrichtungen, die eine Substitution durchführen dürfen: Arzt-Praxis Krankenhaus Apotheke stationäre Rehabilitation Alten-/ Pflegeheim Hospiz Ambulanter Pflegedienst
Richtlinienkompetenzen der BÄK nur bedingt konkretisiert.	Richtlinienkompetenzen der BÄK: - Erstellung des Therapiekonzeptes …Voraussetzung für Verabreichung eines Substitutes, …Erforderlichkeit psychosozialer Maßnahmen, …Bewertung des Therapieverlaufs, …Dokumentationsanforderungen.

Zielsetzung der Änderungen der BtMVV

Herauslösen ärztlicher Aufgaben aus Regulierung durch BtMVV.

PLUS:
Übertragen der Verantwortung für die Definition der ärztlichen Aufgaben an Bundesärztekammer

- ⇒ strafrechtliche Bewertung der Substitutionstherapie normalisiert (i. S. des Schutzes des Behandlers);
- ⇒ weiterhin mögliche juristische Sanktionen bei Behandlungsfehlern (wie bei Behandlung anderer Krankheiten);
- ⇒ aber nicht mehr via BtMVV und BtMG wegen therapeutischer Ziele, Umgang mit komorbiden substanzbezogenen Störungen etc..

Neue BÄK-Richtlinien - Rechtsgrundlage (§5 [12] BtMVV)

„Die Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn und soweit Feststellungen … [gemeint der BÄK-Richtlinien] beachtet worden sind.“

Wissenschaftliche Grundlage:

Ausführliche und systematische Literaturrecherche Stand 28.04.2017.

Therapieziele

Ziele der substitutionsgestützten Behandlung sind:

1. Sicherstellung des Überlebens,
2. Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
3. Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
4. Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
5. Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide,
6. Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,

7. Abstinenz von unerlaubt erworbenen oder erlangten Opioiden,
8. Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt,
9. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
10. Reduktion der Straffälligkeit,
11. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

Bewertung des Therapieverlaufs

Die Bewertung des Therapieverlaufs orientiert sich an den mit dem Patienten vereinbarten Therapiezielen (und nicht an einer abstrakten Zielvorgabe).

Monitoring während des Behandlungsverlaufes:

► klinischer Eindruck,

► gegebenenfalls unter Hinzuziehung laborchemischer Parameter,

In Hinblick auf:

a) Einnahme des Substitutes in der verordneten Weise,

b) Einnahme anderer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol.

Akuter Konsum weiterer psychotroper Stoffe:

Klinische Frage: Besteht hierdurch das Risiko einer gesundheitlichen Schädigung?

Procedere:

- Gabe einer reduzierten Dosis des Substituts,
- evtl. aktueller Verzicht auf Gabe eines Substitutes.

Klinische Evaluation der Ursachen (also nicht automatische „disziplinarische Entlassung“)

Destabilisierung der individuellen Lebenssituation?

Inadäquate Dosis des Substituts?

Bestehen komorbide somatische oder psychische Erkrankungen (einschließlich komorbide substanzbedingte Abhängigkeiten)?

=> Therapiekonzept, evtl. Einbezug weiterer Berufsgruppen.

Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung

Eine Substitutionstherapie soll vorzeitig beendet werden
- bei schwerwiegenden Kontraindikationen,
- bei fortgesetzt schwerwiegenden Konsum psychotroper Substanzen.

Zudem: Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Arzt kann dann begründet sein, wenn der Patient sich wiederholt und anhaltend nicht an getroffene Vereinbarungen hält.

↑↓ *Quelle: Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, April 2017, S. 15*

Allerdings besteht erhöhtes Gefährdungspotenzial für die Gesundheit des Patienten bei Behandlungsabbrüchen,
daher: grundsätzlich möglichst langfristige Substitutionsbehandlung;
daher: Prüfung vor einer vorzeitigen Beendigung, ob Non-Adhärenz Resultat der zu behandelnden Suchterkrankung oder komorbider Störungen ist.
Bei unvermeidlichem Behandlungsabbruch
► Suche nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen ;
► Vorheriges Ausschöpfen anderer Interventionsmöglichkeiten bzw. Optimierung des Therapiekonzeptes, z. B. durch Dosisanpassungen oder Einbezug einer psychosozialen Betreuung, sowie Versuche eines Wechsels des Patienten in ein anderes ambulantes oder stationäres Therapieangebot.

Kommentar:
Patienten mit Non-Adhärenz sind oft besonders psychisch belastet und hilfebedürftig.

Analog:
Therapieabbruch sollte nicht allein aus einer akuten Situation heraus erfolgen, vielmehr müssten zuvor wiederholte Verstöße gegen getroffene Vereinbarungen vorliegen.

Abwägung von möglichem Nutzen und Schaden eines Therapieabbruchs sind nötig.
Auch unter Berücksichtigung der Situation gegebenenfalls in häuslicher Gemeinschaft mitlebender Kinder.
Bei Abbruch:
Aufklärung des Patienten über körperliche, psychische und soziale Folgewirkungen;
Angebot der Möglichkeit zu einem geordneten Entzug vom Substitutionsmittel;
Möglichst: Überweisung an einen weiterbehandelnden Arzt oder in eine stationäre Entzugsbehandlung.

Schlussfolgerungen

„Philosophie“:
Substitutionstherapie als langfristige (grundsätzlich nicht zeitlich limitierte) Behandlung von psychisch und somatisch multimorbiden Patienten mit verringerter Lebenserwartung außerhalb der Behandlung.
Auch die Beendigung ist rechtfertigungspflichtig!

Verbesserung der Haftentlassung von Substitutions-patient_innen - das Modell Hannover

Frank Woike

Bisherige Praxis:

nach der Haftentlassung begann die Organisation der anschließenden Substitution (Krankenversicherung, Arztpraxis etc.):

►Hohe Rückfallquote/Ausstieg aus der Substitution;

►erhöhtes Mortalitätsrisiko.

Kooperationsvereinbarung

Partner:

Jobcenter Region Hannover, AOK Niedersachsen, die JVA'en Sehnde und Hannover.

Ziele:

nahtloser Übergang bei der Substitution hinsichtlich Gesundheit, Teilhabe am Arbeitsmarkt und Leben in der Gemeinschaft langfristig fördern und sichern.

Handlungszeitraum:

die letzten vier Wochen vor der Haftentlassung.

Aufgaben:

Jobcenter (ein Jobcenter pro JVA!)

- Antrag auf ALG II wird mind. vier Wochen vor Haftentlassung angenommen;
- Antrag wird bis zum Entlassungstag entscheidungsreif bearbeitet;
- Information an die Krankenkasse über grundsätzlichen Anspruch auf ALG II:

Sozialamt

sollten Ansprüche nach dem SGB XII oder AsylbLG bestehen, übernimmt das Sozialamt die Anmeldung bei der Krankenkasse (§ 264 SGB V).

Krankenkasse
bei Anspruch auf ALG II **vorab** Erteilung der Versicherungszusage,
- Versendung eines Behandlungsscheins an das JobCenter.
JVA
Information über dieses Verfahren;
Unterstützung bei der „Erschließung“ eines Substitutionsplatzes
(Erlass MJ);
Unterstützung bei Antrag auf ALG II;
Mitteilung an das JobCenter zum Stand des Entlassungsgeldes.

Entlassungstag

Persönliche Vorsprache beim JobCenter;
Abschließende Bearbeitung und Aushändigung von ALG-II-Bescheid und Behandlungsschein;
Aufsuchen der Substitutionspraxis.
JobCenter:
interne Weiterleitung an den in Zukunft zuständigen Standort.

Zahlen und Fakten

- seit dem 01. August 2016 in Kraft;
- betraf bislang 49 Personen (2018 und 2019);
- Berücksichtigung des § 18 Nds. Justizvollzugsgesetzes (Entlassungszeitpunkt);
- Übernahme durch andere JVA‘en in Niedersachsen (Vechta, Außenstelle Hildesheim).

ANHANG

Behandlungsvertrag für die Durchführung einer substitutionsgestützten Behandlung von Opioid-konsument_innen

JES Bundesverband und Deutsche Aidshilfe

Folgende Vereinbarungen werden getroffen zwischen:
Name von Patient_in [im Folgenden Patient genannt]
(ggfs. Versichertennummer, Adresse etc.)

Name Arzt/Ärztin [im Folgenden Arzt genannt]
(ggfs. Adresse, Telefonnummer der Praxis etc.)

Der o.g. Patient wird ab dem xx xx xxxx in meiner Praxis substituiert:

1. Diagnose der Opioidabhängigkeit

Der behandelnde Arzt und der Patient stimmen überein, dass für die Einleitung einer substitutionsgestützten Behandlung nachfolgende Schritte mit dem Ziel durchgeführt werden, eine gesicherte Indikation zum Beginn einer Opioidsubstitution zu erlangen.

- Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese), insbesondere z.B. hinsichtlich Drogenkonsums und Begleiterkrankungen und vorliegender Schwangerschaft;
- Gespräch über die aktuelle Lebenssituation;
- Eingehende körperliche Untersuchung;
- Durchführung eines Drogenscreenings;
- Gespräch über Test- und Impfangebote (HIV und Hepatitis A, B und C);

2. Auswahl und Einstellung des Substitutionsmittels

Die zur Substitution zugelassenen Medikamente haben unterschiedliche Wirkungsprofile und Nebenwirkungen. Da das passende Medikament für den Behandlungsverlauf von entscheidender Bedeutung ist, kommen Arzt und Patient hinsichtlich des eingesetzten Medikaments zu einer gemeinsamen Entscheidung.

Hierbei soll die Präferenz des Patienten, wenn möglich, Berücksichtigung finden.

Die Vertragspartner haben Kenntnis, dass die Einstellung auf die erforderliche Dosis einen Arzt-Patientenkontakt erfordert und die Einstellung auf die erforderliche Dosis individuell zum Wohle des Patienten erfolgt und die gesundheitliche Situation sowie berufliche und persönliche Lebensumstände einbezieht.
Dem Patienten wird auf Wunsch kostenfrei eine Kopie vom Beipackzettel des verabreichten Medikaments zur Verfügung gestellt.

3. Festlegung von patientenbezogenen Behandlungszielen

Ist die Dosiseinstellung zur Zufriedenheit des Patienten abgeschlossen und das Medikament gut verträglich werden zwischen Arzt und Patient individuelle Behandlungsziele vereinbart.
Neben den übergeordneten Zielen der Substitutionsbehandlung wie:

- Sicherung des Überlebens,
- körperliche und soziale Stabilisierung,

können Arzt und Patient Übereinkünfte z.B. über folgende Behandlungsziele vereinbaren:
(Behandlung von Begleiterkrankungen, Wiedererlangung eines festen Wohnsitzes, Aufnahme von Arbeit und Beschäftigung, Reduktion und/oder Abstinent von Opioiden, Wiedererlangung einer Fahrerlaubnis, Reduktion des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen sowie z.B. von Medikamenten, Kokain, Alkohol);

Unterstützung durch eine psychosoziale Betreuung (PSB) und/oder psychotherapeutischer Behandlung etc.).

Weitere Vereinbarungen:

Es wird vereinbart, dass die Realisierung dieser patientenbezogenen Ziele regelmäßig im Rahmen eines Gespräches zwischen Arzt und Patient abgeglichen werden.

4. Diagnose und Behandlung von Begleiterkrankungen

In Kenntnis der hohen Zahl von durch Blut oder sexuell übertragbaren Infektionen, hier insbesondere Hepatitis A, B und C sowie HIV, wird vereinbart, dass nach abgeschlossener Dosisfindung ein Arzt-Patientengespräch über die Testung, Impfung und Behandlungsmöglichkeiten stattfindet. Wird nach einem reaktiven Test eine HCV und/oder HIV Behandlung erforderlich und vom Patienten gewünscht, erfolgt eine Vermittlung zum Facharzt, falls die Behandlung nicht beim substituierenden Arzt durchgeführt werden kann.

5. Bewertung des Therapieverlaufs einschließlich der Durchführung von Kontrollen

Die Bewertung des Therapieverlaufs orientiert sich an den zwischen Arzt und Patient vereinbarten Therapiezielen. Ein Kennzeichen von Suchterkrankungen sind Phasen mit Fort- sowie Rückschritten. Sollten Drogenscreenings erfolgen, wird vereinbart, dass auf entwürdigende Maßnahmen wie z.B. Kontrollen unter Sicht verzichtet wird. Stattdessen soll über mögliche Ursachen eines Gebrauchs nicht ärztlich indizierter Medikamente und Substanzen, gesprochen

werden. Sich hieraus ergebende Überlegungen und Maßnahmen werden in das Therapiekonzept aufgenommen. Arzt und Patient vereinbaren, dass Sanktionen, wann immer möglich, vermieden werden, da sie Vertrauen zerstören und nur selten zur Problemlösung beitragen.

6. Kontaktdichte und Take-Home Verordnungen

Arzt und Patient haben Kenntnis über anlassbezogene Take-Home Verordnungen und Take Home Verordnungen z.B. infolge eines stabilen Behandlungsverlaufs.
Dem behandelnden Arzt obliegt bei Take-Home-Verschreibungen eine besondere Verantwortung. So erfolgt bei der erstmaligen Take-Home-Verordnung eine Information zur Lagerung von Substitutionsmedikamenten zur Vermeidung der Gefährdung Dritter, z. B. im Haushalt lebender Kinder. Die Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme des Medikaments (Take Home) wird individuell im Rahmen des Arzt-Patientenkontakts vereinbart.
Der Beginn ist individuell verschieden und die Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme des Medikaments kann von einem (1) Tag bis zu dreißig (30) Tagen betragen.
Unabhängig von Beginn und Dauer, der zwischen Arzt und Patient vereinbarten, eigenverantwortlichen Einnahme des Medikaments, besteht die Möglichkeit einer kurzfristigen, anlassbezogenen Take Home Verordnung z.B. im Fall von

- Urlaub, Krankheit, Beruf, Krankheit von Angehörigen, Pflege

- ----------
- ----------

Bei Vereinbarung für Auslandsreisen stehen Informationen über Vergabestellen, etwa unter www.indro-online.de zur Verfügung.

7. Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung

Eine Beendigung der Substitution kann auf Wunsch des Patienten jederzeit erfolgen. Ein Abbruch der Substitution soll aufgrund des Gefährdungspotentials grundsätzlich vermieden werden. Sollte ein sofortiger Behandlungsabbruch oder ein ärztlicherseits initiiertes vorzeitiges Behandlungsende dennoch unvermeidbar sein, vereinbaren Arzt und Patient, dass nach geeigneten Behandlungsalternativen und Anschlussmaßnahmen gesucht wird.

8. Wahrung des Datenschutzes und der Persönlichkeitsrechte

Gespräche zwischen Arzt und Patient sowie die Mitteilung u.a. von Behandlungsergebnissen finden ausschließlich an Orten statt, die nicht in Hör- und Sichtweite anderer Patienten liegen. Die Einhaltung von Datenschutz, gemäß der aktuellen DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und Persönlichkeitsrechten wird gewährleistet. Die Datenübermittlung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die Kassenärztliche Vereinigung (KV) findet grundsätzlich in kryptisierter Form statt.

9. Schweigepflichtentbindung

Es besteht Übereinstimmung darin, dass die Entbindung von der Schweigepflicht nur nach schriftlicher Einwilligung des Patienten im Einzelfall und begründet erfolgt.

10. Substitutionsausweis

Auf Wunsch des Patienten erhält der Patient kostenlos einen Ausweis, der ihn bei Polizeikontrollen oder Unfällen absichert und Auskunft über Art und Dosis verschriebener Medikamente gibt, sowie die Kontaktdaten des behandelnden Arztes angibt.

11. Kosten und Gebühren

Wenn die Substitution auf Kosten der GKV erfolgt, sollten grundsätzlich nur die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (bis 1% Gesamtjahresbrutto bei chronisch Kranken - Chronikerregelung) erhoben werden. Dokumente und Atteste**,** die die Substitutionsbehandlung betreffen, sollten kostenfrei ausgestellt werden. Sonstige Kosten fallen nicht an.

13. Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag wird dem Patienten auf Wunsch in Kopie ausgehändigt.

14. Individuelle Vereinbarungen:

Datum, Ort_____ Datum, Ort_____

Unterschrift Patient Unterschrift Arzt (Praxisstempel)

Vertrag Stand 06_2019

Der Stellenwert der Psycho-sozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung

Ein Positionspapier von

akzept e.V., Deutsche Aidshilfe, JES Bundesvrband, mudra - Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V., Palette e.V., vista gGmbH

Einleitung

Mit der Reform des Substitutionsrechts und einem nun klar erkennbaren Ansatz der Schadensminderung (Harm Reduction) nehmen die BtMVV, die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Abschied vom bisher prioritären Ziel der Betäubungsmittelabstinenz und tragen aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft Rechnung.
Neben der Neufassung der Präambel sowie der Neubestimmung der Therapieziele, schaffen die neuen Richtlinien für Ärzt_innen nunmehr Rechtssicherheit und Therapiefreiheit sowie größere Handlungsspielräume für Patient_innen.

Durch eine Klarstellung des Richtlinientextes entfällt die bisher in die Praxis gelebte Zwangskopplung von psychosozialer Betreuung (PSB) und Opioidsubstitution. In den BÄK-Richtlinien wird ausdrücklich betont, dass eine Psychosoziale Betreuung sowie psychiatrische oder Psychotherapeutische Behandlung die Behandlungsergebnisse verbessern können.
„Eine Psychosoziale Betreuung soll dem Patienten regelhaft empfohlen werden. Auswahl, Art und Umfang der Maßnahmen richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Dies erfordert die Einbeziehung weiterer Einrichtungen und Professionen. Psychosoziale Betreuung sowie weitere ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen sollen vom substituierenden Arzt koordiniert werden.“

Diese Veränderungen bieten insgesamt die Möglichkeit, die Potentiale der Sozialen Arbeit als Expert_innen für das Thema Sucht im

Rahmen einer Pharmakotherapie neu zu definieren und zu verdeutlichen.

Die PSB hat nunmehr keinen „Zwangs- sondern einen Freiwilligkeitscharakter“. Durch die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen wurde auch ein Rahmen geschaffen, die Kooperation von Medizin und Sozialer Arbeit im Sinne der Patient_innen neu zu gestalten. Die Veränderungen bieten der PSB-Anbieterseite die Möglichkeit die Attraktivität und Wirksamkeit ihrer Angebote kritisch zu überprüfen und ein lebensweltnahes und individuelles PSB Angebot zu gestalten, das die PSB als „Wachstumsmotor“ wahrgenommen wird.

Kooperation von Medizin, Sozialer Arbeit und Patient_innen

Eine Kooperation von Medizin und sozialer Arbeit und Patient_innen muss sich zu einem elementaren Bestandteil einer substitutionsgestützten Behandlung von Opioidkonsument_innen entwickeln. Trotz guter Beispiele von gelungenen Kooperationen, die dazu beitragen die gesundheitlichen und sozialen Potentiale der Substitutionsbehandlung für den einzelnen Patienten besser zur Geltung zu bringen, ist eine Kooperation zwischen Medizin und sozialer Arbeit mit verbindlichen Vereinbarungen bisher nicht flächendeckend umgesetzt.

Im Sinne von ca. 80.000 Patient_innen gilt es daher (schriftliche) Kooperationsvereinbarungen zu treffen, die auf Grundlage gemeinsamer Ziele sowie über eindeutige Zuständigkeiten hinaus auch den fachlichen Austausch definieren. Hierzu gehören auch Vereinbarungen über die Implemen-tierung von Gesprächen zwischen Behandler_in, der PSB Fachkraft sowie Patient_innen, soweit Letztere dies wünschen.

Verständnis von Opioidgebrauchsstörungen und Inhalte der Psycho-Sozialen Begleitung (PSB) im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Opioidabhängigkeit wird als ein chronisch rezidivierendes Phänomen verstanden, das bio-psycho-sozialen Dimensionen in der Entstehung aber auch in der Bewältigung aufweist. Suchtverlauf und -behandlung erfolgen nicht linear, sondern in Phasen, die sich häufig dadurch kennzeichnen, dass Stabilität und Destabilisierung einander schleifenförmig ablösen. Um der Komplexität dieses Suchtverständnisses Rechnung zu tragen und Rückfallrisiken angemessen zu begegnen, bedarf es multiprofessioneller/interdisziplinärer und integrierter Behandlungsangebote, die die verschiedenen Ebenen der Bedarfe der Zielgruppe erkennen, damit verbundene Zuständigkeiten akzeptieren, sich auf Augenhöhe begegnen und auf diese Weise gemeinsam zur Stabilisierung der Zielgruppe beitragen. Je nach phasenspezifischer Problemlage ändert sich die primäre Zuständigkeit. So stehen etwa nach Phasen somatischer Konsolidierung und Stabilisierung temporär vor allem psychosoziale Dimensionen im Zentrum.

Es gilt die individuellen Hilfebedarfe zu identifizieren und bedarfsorientierte Unterstützungen zu leisten. Hier ist das Fachwissen der Professionen gefragt, die psycho-soziale Betreuungen anbieten. Die Fachkunde „Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung (PSB)“[1] dient der weiteren Professionalisierung sozialer Arbeit auf diesem Gebiet[2]. Weitere erforderliche fachliche Kompetenzen sind:

► Psychosoziale Diagnostik,
► professionelle Bindungs- und Beziehungsgestaltung,
► Gesprächsführungskompetenzen,
► Wissen über individuelle, klinische und lebensweltbezogene Veränderungsmodelle

► System-, Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen (Deimel/Stöver, 2015).

1 Die Fachkunde wird organisiert über den Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) und inhaltlich gestaltet von Akzept der Deutschen AIDS Hilfe (DAH), VISTA sowie weiteren Expert*innen
2 https://www.lwl-ks.de/de/fuer-ihre-qualifizierung/weiterbildung/zertifikatskurs-psychosoziale-beratung-substituierter/

Ziele der PSB

Grundlegendes Ziel der PSB ist die Ermächtigung opioidabhängiger Menschen, die darauf zielt, Stabilisierung zu erreichen, Eigenverantwortung zu stärken und Selbstbestimmung sicherzustellen. Indem die Betroffenen als Beteiligte des Hilfeprozesses und Expert_innen ihrer Lebenswelt betrachtet werden, deren Ressourcen und selbstständig formulierten Bedarfe stets den Ausgangspunkt von Auftrag, Planung und Durchführung der Hilfen bilden, liegt der Fokus des dialogisch gestalteten Hilfesettings auf der Erweiterung von Handlungsspielräumen oder der Vermeidung von Einschränkungen derselben (z.B. durch das Einrichten gesetzlicher Betreuungen).
Zur gemeinsamen Ermittlung des individuellen Bedarfs erweist sich die Erstellung von Hilfeplänen als sinnvoll, in denen u.a. folgende Themen Berücksichtigung finden können:

- Wohnraum und Selbstversorgung,
- Tagesgestaltung/-struktur,
- soziale/familiäre Beziehungen,
- Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung,
- Bearbeitung von (als problematisch erlebten) Konsumphasen,
- Bewältigung/Bearbeitung von Ko-Morbidität,
- Sozialrechtliche Hilfestellungen,
- Vermittlung von Hilfen bei strafrechtlichen Problemstellungen,
- Kommunikationsstrategien, Konfliktbewältigung.

Die Kriterien für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung sind:

- Soziale und gesundheitliche Stabilisierung,

- Sicherung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe,
- Sicherung materieller Grundlagen,
- Erweiterung bestehender und Schaffung neuer Handlungsspielräume und –strategien,
- Thematisierung und Reflexion der Substitutionsbehandlung,
- Vermittlung in weiterführende Angebote und Nachbetreuung.

Wie genau geht PSB? Organisatorisch-praktische Aspekte

Form und Organisation der PSB werden in einem dialogischen und detaillierten Hilfeprozess erarbeitet. Dabei besteht eine Bandbreite von individuellen Einzelfallhilfen hin zu offenen Angeboten: Vom niedrigschwelligen Kontakt bis hin zu psycho-edukativen und (psycho-)therapeutischen Angeboten, von harm-reduktion-Angeboten zur Abstinenzorientierung. Dabei verfügen die Mitarbeiter-_innen der PSB über ein umfassendes Wissen um die Anwendung verschiedener professioneller Methoden zur Kontaktaufnahme, Gesprächsgestaltung, Selbstreflexion und Bewältigungsstrategien. Ein Wissen über das Netz von Regelangeboten ist grundsätzlich eine Voraussetzung, denn es geht zu einem großen Teil um die Aneignung der sozialräumlichen Ressourcen und deren Nutzung. Die PSB arbeitet daran, die Regeldienste stärker für die Bedarfe von Menschen mit problematischem Substanzkonsum zu sensibilisieren und Partizipationsmöglichkeiten bereit zu stellen.

Wirksamkeit von PSB

Patienten profitieren überwiegend von einer Kombination einer psychosozialen und pharmako-logischen Therapie und diese Behandlung ist einer reinen medikamentösen Behandlung überlegen (WHO 2012/Deimel/Stöver 2015) Die vorliegenden Studien zur Wirksamkeit von PSB für opioidab-hängige Menschen bieten allerdings nur eine geringe Aussagekraft über Behandlungserfolge der PSB, bzw. einzelner Methoden, Zeitpunkte und Intensität. Damit besteht ein dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Evidenz

der bestehenden Angebote psychosozialer Interventionen in diesem Bereich.

Finanzierung

Bundesweit besteht eine Bandbreite der Finanzierungsformen der PSB: von der Zuwendungsfinanzierung/Projektbezogenen Finanzierung zur Entgeltfinanzierung. Die Potentiale und Effekte der Psycho-Sozialen Begleitung können aber nur umfänglich zur Geltung kommen, wenn die Finanzierung auf dem Rechtsanspruch auf Unterstützung basiert.

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung und PSB

Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Opioidgebrauchsstörungen werden alle drei Dimensionen der Unterstützung opioidabhängiger Menschen in der Substitutionsbehandlung auf kommunaler Ebene zusammengebracht. Patient_innen, Mitarbeiter_innen der PSB und Ärzt_innen arbeiten auf Augenhöhe an der Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung zusammen. Dazu gehört ein regelmäßiger Austausch, fachliche Diskussionen der Weiterentwicklung und Optimierung der Behandlung unter Einbezug sozialräumlicher Netzwerke. Die Berücksichtigung der Ziele und Konzepte der International Classification of Functioning (ICF)-Grundlagen (Partizipation, Empowerment, Sozialraumorientierung und Willenszentrierung/Willensorientierung) bildet das Fundament für eine gelungene Substitutions-behandlung.

Die Überarbeitungen der BtmVV und der Vorgaben im BTHG

werden eine Reihe von Veränderungen der Praxis Sozialer Arbeit mit sich bringen, die es gilt mit allen Beteiligten dialogisch zu gestalten. Dieser Prozeß bietet die Chance eine bedarfsgerechte Versorgung auf kommunaler Ebene zu etablieren.

Für einen bedarfsgerechten Ausbau von Angeboten für Menschen mit Opioidproblemen bedarf es eines Ausbaus von Basis-, Begleit- und Folgeangeboten in folgenden Bereichen:

► Die Finanzierung der Drogenberatungsstellen und niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen ist die unveräußerliche Grundlage für eine Opioid-Substitutionsbehandlung.

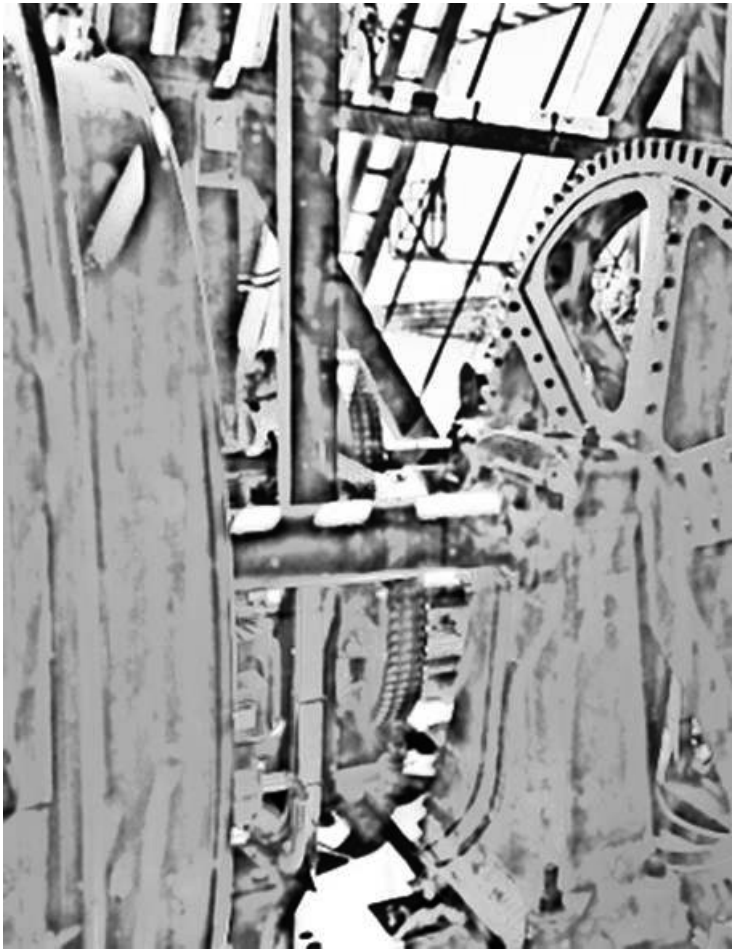
►Zugangsmöglichkeiten für Menschen in Substitutionsbehandlungen in stationäre Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation, um die Potentiale beider Behandlungen miteinander zu verknüpfen. Abstinenz von Substitutionsmedikamenten darf kein Kriterium für die Bewilligung einer solchen Maßnahme sein. Aktuell werden so ca. 80.000 Menschen von diesen Maßnahmen ausgeschlossen.

►Durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinien, April 2011, wurde die psychotherapeutische Behandlung von substituierten Menschen, im Rahmen einer regulären Krankenkassenleistung, in die Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie aufgenommen. Aktuell wenden sich zu wenige Suchttherapeut_innen dieser Zielgruppe zu.
Die Behandlung psychischer Erkrankungen, die häufig bereits vor dem Konsum psychoaktiver Substanzen vorhanden waren, ist insbesondere für substituierte Menschen wichtig, da sie die positiven Effekte der Substitution verstärken können. Die Psychotherapeut_innenkammern sollten/müssen darauf hinwirken, dass sich eine ausreichende Anzahl ihrer Mitglieder dieser Zielgruppe zuwendet.

►In allen Wohnformen muss eine Opioid-Substitutionsbehandlung zugänglich und eine PSB erfolgen können (z.B. in der Wohnungslosenhilfe, Pflege- und Altenheime, Übergangswohnen).

►In allen geschlossenen Einrichtungen (z.B. JVAs, Maßregelvollzug, Psychiatrie) müssen Opioidabhängige einen Zugang zur Substitutionsbehandlung nach Vorgaben der BÄK-RL und PSB erhalten.

Schließlich sollte auch in allen anderen Settings, in denen Opioidabhängige leben, eine Opioid-Substitutionsbehandlung und PSB angeboten werden (z.B. Krankenhäuser).



„PRISON HEALTH IS PUBLIC HEALTH“
6 Eckpunkte-Papier Haft

Initiative Gesundheit in Haft

Woran liegt es, dass wir Ungleichbehandlungen in der gesundheitlichen Versorgung von insbesondere drogenabhängigen Inhaftierten und überproportional hohe Todesfälle nach Haftentlassung zu verbuchen haben?

Laut der umfassenden DRUCK-Studie des Robert Koch-Instituts aus 2016 (2) haben 80 % der injizierenden Drogengebraucher Hafterfahrung. Und nach dem aktuellen REITOX Bericht 2018 (Workbook Prison) sind 22-30 % unter den Inhaftierten in Deutschland intravenös Drogen gebrauchende Menschen.
Nur etwa 10 % von diesen Inhaftierten erhielten Substitution.(6)
Neueste Erhebungen gehen von einem gestiegenen Anteil behandelter Opioidabhängiger aus. (3,4)
Eine gesicherte Aussage zu Verfügbarkeit und Durchführungsbedingungen ist aktuell nicht zu treffen, da systematische Vollerhebungen zur Substitutionsbehandlung in Haft fehlen.
Es liegen nur länderbezogen Daten vor und das nicht vollständig. (3,5)
Belegbar ist aber: Ein großer Teil opioidabhängiger Inhaftierter wird suchtmedizinisch noch nicht ausreichend versorgt. Und das, wo mehr als 80% der Opioidabhängigen im Schnitt mehr als 3 Jahre in Haft verbringen. 10 % der Inhaftierten nur, weil sie eine Geldstrafe nicht bezahlen konnten (= Ersatzfreiheitsstrafe). (6)
Hier ist ein gesellschaftliches Problem im Umgang mit einer geächteten Erkrankung in die Haftanstalten verlagert worden. Es besteht ein Teufelskreis aus Illegalität, Beschaffungskriminalität, Gefängnis, Freiheit, Rückfall … mit erhöhtem Mortalitätsrisiko nach der Haftentlassung. Vielen Betroffenen fehlt der Zugang zur adäquaten Gesundheitsversorgung in Haft, wie es die WHO fordert.

Auch profitieren Inhaftierte zumeist nicht von Fortschritten der modernen Suchtmedizin.

Dabei trägt diese nicht nur zur Überlebenssicherung bei, sondern auch zur Prävention von HIV und HCV. Die Prävalenz von HIV und HCV ist in der Gruppe der intravenös Drogengebrauchenden bis zu 200-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Ohne die Behandlung und Heilung (HCV) dieser Erkrankungen kann zudem das Risiko einer Virustransmission erhöht sein.

Es braucht eine Verbesserung der Gesundheitsbedingungen für drogenabhängige Inhaftierte. Es fehlt uns in Deutschland nicht an klaren medizinischen und rechtlichen Grundsätzen und Gesetzen. Und doch wurde dagegen verstoßen, wie der Europäische Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) höchstrichterlich in seinem Urteil gegen die Bundesrepublik aus 2016 darlegt. (9,10) Da der Strafvollzug den Bundesländern untersteht, gibt es entsprechend unterschiedliche Strafvollzugsgesetze, die jedoch alle das Äquivalenzprinzip normieren. Besonders deutlich sind die Unterschiede in der praktischen Umsetzung und Ausgestaltung dieses Rechts auf Gesundheitsversorgung in Haft.

Wir sind AkteurInnen aus Substitutionspraxen, Forschung, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Suchtfachverbänden, Sozialarbeit und JVAs. Wir alle möchten diese Situation der Inhaftierten verbessern.
Mit unseren 6 Eckpunkten setzen wir einen Impuls – wie wir dies schon bei der Novellierung der BtMVV getan haben – mit Fakten, Problembeschreibungen und Verbesserungsvorschlägen.
Wir sehen im Verbund politischer Entscheider auf Bundes- und Länderebene mit ExpertInnen des Drogenhilfesystems das Potenzial für effektive und effiziente Lösungen.

Helfen Sie, dass suchtkranke Menschen in Haft nach dem Äquivalenzprinzip gleich behandelt werden wie in Freiheit. Mit evidenzbasierten Therapien und Angeboten der Prävention.

Beteiligen Sie sich an der Klarstellung, dass eine Substanzabhängigkeit – auch von illegalen Drogen – eine Krankheit ist, keine Charakterschwäche.
Setzen Sie die 6 Eckpunkte Haft um. Punkt für Punkt.
Nehmen Sie unsere Expertise an, um aus Best Practice Einzelner ein effektives Behandlungskonzept aller zu machen.

Für Gespräche stehen wir gerne zur Verfügung.
Es liegt in Ihrer Macht.

Die Unterzeichner des 6 Eckpunkte-Papier Haft:

akzept e.V., Prof. Dr. Heino Stöver,

Condrobs e.V., Eva Egartner

Dachverband Substituierender Ärzte e.V.,
Dr. Wilhelm Siepe

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dirk Schäffer

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde,
Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.,
Prof. Dr. Markus Backmund

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.
Dr. Gallus Bischof

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.,
Dr. Heribert Fleischmann

Deutsche Stiftung für chronisch Kranke,
Dr. Thomas M. Helms

Deutsche Suchtgesellschaft, Prof. Dr. Anil Batra

DG-Sucht e.V., Prof. Dr. Rainer Thomasius

Elternkreis Drogenabhängiger und –gefährdeter, Beate Stör

Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V., Serdar Saris

JES Bundesverband e.V., Marco Jesse

Leiter Medizin im Berliner Strafvollzug, LMD Dr. Marc Lehmann

LVR Klinikum Essen, Substituierender Arzt,
Prof. Dr. Norbert Scherbaum

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Dr. Christoph von Ascheraden Prof. Dr. Jens Reimer.

Was wir fordern – was Sie möglich machen können:

6 Eckpunkte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation drogenabhängiger Menschen in Haft-

„Prison Health is Public Health“

1

Inhaftierte werden gesundheitlich benachteiligt –
Wir unterstützen die Umsetzung des Äquivalenzprinzips.

2

Nichtbehandlung schadet auf mehreren Ebenen – Wir wollen Behandlungs- und Resozialisierungserfolge in Haft erhöhen.

3

Todesfälle nach Haftentlassung können vermieden werden –
Wir wollen Überleben sichern.

4

Drogenabhängige Menschen stehen am Rand der Gesellschaft – Wir wollen Stigmatisierungen reduzieren.

5

Schwerkranke Menschen brauchen fachkundige Hilfe –
Wir setzen auf Qualifizierung und bessere Vernetzung

6

Ohne offenen Austausch sind Verbesserungen nicht zu erreichen –
Wir wollen Transparenz schaffen.

6 Lösungsvorschläge

1

Inhaftierte werden gesundheitlich benachteiligt –
Wir unterstützen die Umsetzung des Äquivalenzprinzips.
Gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) und der 2017 novellierten Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) „soll die Kontinuität der (Substitutions-) Behandlung durch die übernehmende Institution (Haftanstalt) sichergestellt werden.“
Nach dem Äquivalenzprinzip sollten die medizinischen Leistungen in Haft gleichwertig zu denen der gesetzlichen Krankenversicherung in Freiheit sein.
Aber ein großer Teil der opioidabhängigen Inhaftierten wird nicht adäquat mit einer Opioidsubstitutionstherapie (OST) behandelt (9). Darüber entscheiden nach medizinischen Gesichtspunkten und nach ärztlichem Ermessen alleine die ÄrztInnen in der Justizvollzugsanstalt. Bemängelt werden auch die Qualität der Substitutionsbehandlung, die begrenzte Wahl geeigneter Substitutionsmedikamente, zu schnelle Abdosierung, hohe Abbruchquoten, unzulängliche Weiterbehandlung. Die Defizite im Angebot einer Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigen in Haft sind in einer aktuellen Übersichtsarbeit umfassend dargelegt (7).

FORDERUNG:
Suchtmedizinische Behandlungsangebote sollten im Strafvollzug – wie auch im ambulanten Sektor nach der Entlassung – gestärkt werden. Das Äquivalenzprinzip ist konsequent umzusetzen, auf Basis der Richtlinie der BÄK. Haftspezifische Aspekte sind zu berücksichtigen und externe Fachpersonen einzubinden. Erfahrungen aus

Runden Tischen mit politisch Verantwortlichen und Ärztekammern aus einzelnen Bundesländern liegen bereits vor. Anzustreben ist ein weitgehend einheitliches Versorgungskonzept in Haft – über alle Länder hinweg.

Best Practice

- „Ärztliche Behandlungsempfehlungen“ in NRW: https://bit.ly/2GqWo7Z
- Richtlinie der BÄK, Seite 8: https://bit.ly/2WVuZ2S

2

Nichtbehandlung schadet auf mehreren Ebenen – Wir wollen Behandlungs- und Resozialisierungserfolge in Haft erhöhen.
Auf der Ebene der PatientInnen trägt eine Substitutionsbehandlung (OST) dazu bei, das Überleben zu sichern sowie eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung zu erreichen.
Auf der Ebene der Haftanstalt fördert die OST die Sicherheit und Ordnung und reduziert den Handel und Konsum von Opioiden. Eine Reduktion des Konsums von Opioiden wie z.B. Heroin besitzt zudem direkte Auswirkungen auf eine Reduktion von HIV und Hepatitis C. Das hat in Anbetracht des häufigen Wechsels zwischen Haft und Freiheit vieler betroffener Menschen auch epidemiologische Folgewirkungen für die Gesellschaft. Nicht zuletzt zeigen gesundheitsökonomische Studien, dass die ohnehin niedrigen Kosten der OST-Behandlung die volkswirtschaftlichen Kosten für Haft, Strafverfolgung sowie Schäden durch kriminelle Handlungen deutlich aufwiegen. Jedoch muss hierzu sektorenübergreifend gedacht werden.

Forderung

es braucht einen disziplinübergreifenden Austausch, damit die vielfältigen Potentiale der OST in Haft in Gänze und auf dem Stand des aktuellen Wissens wirksam werden können. So können Behandlungs- und Resozialisierungserfolge erhöht werden.

BEST PRACTICE

- Gefängnismedizin-Tage: https://bit.ly/2E8qTNJ
- Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft: https://bit.ly/2UZMAor

3

Todesfälle nach Haftentlassung können vermieden werden –
Wir wollen Überleben sichern.

Kürzlich entlassene Strafgefangene haben eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit, meist infolge von Drogenintoxikation (3). Die meisten Inhaftierten haben nach der Entlassung keinen eigenen Wohnraum. Sie wohnen in Gemeinschafts-unterkünften oder bei Freunden. Dort werden sie trotz bester Vorsätze häufig wieder rückfällig.

Problematisch ist, dass sie häufig durch Abdosierungen und partielle Abstinenz während der Haftzeit bei der Entlassung eine niedrigere Substanztoleranz aufweisen. So kommt es zu gefährlichen Überdosierungen beim Konsum illegaler Substanzen in Freiheit. Entlassene Drogenabhängige brauchen dringend eine kontinuierliche Weiterbehandlung in Freiheit. Es fehlen klare Absprachen der JVAs mit Krankenkassen, Jobcentern und niedergelassenen ÄrztInnen.

FORDERUNG:

Es braucht ein abgestimmtes Verfahren zur Sicherstellung einer nahtlosen Anschlussbehandlung nach Haftentlassung:
ein Übergangsmanagement, das hilft, Todesfälle nach Haftentlassung zu verhindern.

BEST PRACTICE

- „Ärztliche Behandlungsempfehlungen“ in NRW: https://bit.ly/2GqWo7Z
- „Vereinbarung zur Zusammenarbeit“ JVAs, JobCenter und die AOK Hannover 2016

https://bit.ly/2N7pwl5
https://bit.ly/2Gpzpdq (Seite 8)
- Empfehlung des fdr für ein Übergangsmanagement bei Suchtkranken im Justizvollzug https://bit.ly/2Y7hduB

4

Drogenabhängige Menschen stehen am Rand der Gesellschaft – Wir wollen Stigmatisierungen reduzieren und Sicherheit schaffen.
Im Haftalltag sind Stigmatisierung und Ausgrenzung Drogenabhängiger noch brutaler als in der Gesamtgesellschaft. Bedingt durch ihre Suchterkrankung sind sie den kriminellen Strukturen und Hierarchien in Haft ausgesetzt.
Stigmatisierung und Abwertungen der Menschen prägen aber auch noch immer die Haltungen einiger JVA-Bediensteter. Die pure Existenz von BtMVV oder BÄK-RL ist keineswegs Garant eines menschenwürdigen Umgangs sowie einer lege artis Behandlung nach anerkannten medizinethischen Grundsätzen. Damit werden Chancen vergeben, wichtige Resozialisierungsziele zu erreichen.
Nicht zu vergessen das Mehr an Sicherheit für die opioidabhängigen Inhaftierten und für die Bediensteten durch das Zurückdrängen krimineller Versorgungsstrukturen in Haft. Auch die Gesellschaft profitiert, weil substituierte PatientInnen ohne Beschaffungsdruck, gesundheitlich und sozial stabilisierter entlassen werden.

Forderung

Die Chancen einer geregelten Substitutionsbehandlung sind in Haft vielversprechend und sollten genutzt werden. Dazu braucht es Aufklärung aller: der Drogenabhängigen, der Mithäftlinge, aber auch der Bediensteten der medizinischen und sozialen Dienste sowie der psychosozialen BegleiterInnen – über alle Ebenen hinweg.

Best Practice

- Peer-Support-Konzepte, S. 185; https://bit.ly/2t6lWi5

- Umfängliches Aufklärungsmaterial für Inhaftierte
https://bit.ly/2SNVmst Stichwort Haft
- Modellprojekt Patientenschulung in JVAs:
Modelle guter Praxis, Deutsche AIDS-Hilfe Bestellnummer: 022046
https://bit.ly/2SNVmst

5

Schwerkranke Menschen brauchen umsichtige Hilfe – Wir setzen auf Qualifizierung und bessere Vernetzung.
Viele drogenabhängige Menschen sind multimorbide. Sie haben also neben ihrer Sucht weitere Erkrankungen, die infektiologisch und psychiatrisch behandelt werden müssen. In Haft stellen sie besondere Anforderungen an ihre BehandlerInnen. ÄrztInnen der Justizvollzugsanstalten und das medizinische Fachpersonal haben eine besondere Rechtsstellung mit hoher Verantwortung. Sie brauchen also gerade hier Wissen und Erfahrung, um ein differenziertes, den individuellen Bedarfen angepasstes modernes Behandlungsregime durchzuführen. Erfolgreich sind Behandlungsverläufe dann, wenn medizinische, pharmakologische und psychosoziale Expertise vorhanden sind, gut zusammenwirken und PatientInnen eng in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Unter diesen Bedingungen kann im Hinblick auf die soziale und gesundheitliche Stabilisierung von Inhaftierten viel bewegt werden.

Forderung

Die Fachkunde Suchtmedizin sollte für alle ÄrztInnen einer Justizvollzugsanstalt obligatorisch sein. Die LÄKs könnten den JVAs spezielle Updates für ÄrztInnen und medizinisches Fachpersonal anbieten. Möglichkeiten ergänzender telemedizinischer Unterstützung von außen sind bereits in der Diskussion.
Für medizinische Fachkräfte ist die Fachkunde Suchtmedizin FMA der BÄK essentiell, um den besonderen Herausforderungen gewachsen zu sein und die Suchterkrankung besser verstehen zu

können. Die Fachkunde Psychosoziale Betreuung Substituierter ist ein Angebot, das auch für Mitarbeitende des Sozialen Dienstes verpflichtend sein sollte.

Best Practice

- Fortbildungscurriculum Medizinische Fachangestellte „Suchtmedizinische Versorgung“ (BÄK 2015)

https://bit.ly/2DCHY0L

- Zertifikatslehrgang Fachkunde Psychosoziale Betreuung https://bit.ly/2I9EOH1

6

Ohne offenen Austausch sind Verbesserungen nicht zu erreichen – Wir wollen Transparenz schaffen.
Auch wenn einige Studien und Erhebungen zur Versorgungssituation in Haft vorliegen, so fehlen flächendeckende Zahlen sowie eine systematische Forschung. Die großen Unterschiede von Bundesland zu Bundesland – Nord-Süd, Ost-West, Stadt-Land-Gefälle – erfordern mehr Austausch und Transparenz. Denn darin liegt die Chance für das Lernen aus Erfahrungen und die Übernahme von Best Practice.
Mit der „Bundeseinheitlichen Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug“ ist dafür bereits die Basis gelegt. Sie muss jedoch lückenlos durchgeführt und konsequent ausgewertet werden. Es fehlen ein Substitutionsregister JVA, das hilfreich für die Einstellung des Substitutionsmittels bei Hafteinweisung wäre, sowie eine bundesweit einheitliche Dokumentation der Substitutionsbehandlung.

Forderung

Die „Bundeseinheitliche Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug“ muss von allen Bundesländern unter Einbeziehung von

externen Forschungsinstituten durchgeführt und systematisch ausgewertet werden, um so eine valide Datenbasis für Deutschland zu liefern. Neu zu etablieren sind ein spezifisches Substitutionsregister JVA sowie ein einheitliches Dokumentationsverfahren für JVAs. Somit könnten Qualitätssicherung verbessert und wichtige epidemiologische Daten für die Wissenschaft erhoben werden. Bundeseinheitliche Erhebung zur Suchtproblematik im Justizvollzug.

Best Practice

National REITOX-Report, Workbook Prison, DBDD, S. 14 ff
https://bit.ly/2Sbyfsr

Literatur-Quellen

Keppler et al.: Prison Health is Public Health. Bundesgesundheitsbl 2010; 53: 233–244.https://bit.ly/2HYyG4u

Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin 2016. https://bit.ly/2MSGinR

DBDD. National REITOX-Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point – Germany. Workbook Prison.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD, München 2018. https://bit.ly/2Sbyfsr

Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin. Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland, Berlin 2018. https://bit.ly/2Sbyfsr

Stöver et al. i.E. Inequality of opioid substitution therapy in general community and imprisonment. Harm Reduction Journal.

Pont et al.: Substitutionsbehandlung im Strafvollzug.
Ein praktischer Leitfaden. Deutsche AIDS-Hilfe 2018.
https://bit.ly/2WFUepX

Opitz-Welke et al.: Medizin im Justizvollzug. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 808–14. https://bit.ly/2t6VnJk

Drogen- und Suchtbericht 2018 der Bundesregierung
https://bit.ly/2AsczxI

Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018
https://bit.ly/2t6lWi5

EGMR (Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte), Urteil vom 1. September 2016, Nr. 62303/13, Wenner./.Deutschland
https://bit.ly/2ULNF35

Weitere Quellen:
Havemann-Reinecke et al.: Postakutbehandlung, in: Schmidt et al. (Hrsg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, 2006, 193-239.
Soyka et al.: Criminal Behavior in Opioid-Dependent Patients Before and During Maintenance Therapy: 6-year Follow-Up of a Nationally Representative Cohort Sample. J Forensic Sci 2012; 57 (6): 1524-30.
Soyka et al.: Six-Year Outcome of Opioid Maintenance Treatment in Heroin-Dependent Patients: Results from a Naturalistic Study in a Nationally Representative Sample. Eur Addict Res 2017; 23: 97–105.
Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags: Substitutionsbehandlung im Justizvollzug. Sachstand WD 9-3000-049/16. Berlin 2016.

Wiesbaden, April 2019

Kontakt:
„Initiative Gesundheit in Haft“
Sieglinde Schneider, Koordination, sieglinde.schneider@accente.de
T. 0611/4080610 c/o Accente BizzComm GmbH, Lortzingstraße 1, 65189 Wiesbaden

Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger Anhang zur Patientenaufklärung

Bundesärztekammer

Vorbemerkungen zur Patientenaufklärung

Im Vorfeld der Durchführung einer Substitutionsbehandlung bedarf es einer ausführlichen Information und Aufklärung des Patienten, um den spezifischen Anforderungen dieser Behandlung, insbesondere zur Sicherung des Therapiekonzeptes, gerecht zu werden. Ausgehend von den nachfolgend dargelegten rechtlichen Voraussetzungen (1.) erfolgt hier eine Auflistung zu den medizinischen Inhalten der Aufklärung (2.).

1. Rechtliche Vorgaben für die Aufklärung im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Allgemein ergeben sich die Aufklärungs- und Informationspflichten aus den Vorschriften über den Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB). § 630c Absatz 2 BGB enthält bspw. die Verpflichtung, dem Patienten sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen, zu erläutern. Der Arzt ist ferner gemäß § 630e Absatz 1 BGB verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Patienteneinwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.

Es ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Weitere Anforderungen an die Aufklärung ergeben sich aus § 630e Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 BGB, wonach die Aufklärung mündlich zu erfolgen hat und ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden kann, die der Patient in Textform erhält.

Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die Entscheidung des Patienten über die Einwilligung wohlüberlegt getroffen werden kann. Sie muss in verständlicher Form und durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt.

Die Aufklärung kann unter den in § 630e Absatz 3 BGB genannten Voraussetzungen entbehrlich sein. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Patient ausdrücklich verzichtet. Nach der Rechtsprechung ist die Entbehrlichkeit auch anerkannt, wenn dem Patienten bestimmte Umstände aufgrund der Aufklärung durch den überweisenden Arzt bereits bekannt sind und von ihm ohne erneute Aufklärung in seine Entscheidung einbezogen werden konnten.

Weitere aufklärungsbezogene Informationspflichten ergeben sich im Kontext der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese werden in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) in der jeweils gültigen Fassung konkretisiert. Die wirtschaftliche Informationspflicht gemäß § 630c Absatz 3 BGB ist insbesondere im Hinblick auf eine mögliche anteilige oder vollumfängliche Übernahme von Behandlungskosten zu beachten.

2. Medizinische Inhalte der Aufklärung

Im Rahmen der skizzierten rechtlichen Vorgaben ist aus medizinischer Sicht insbesondere über folgende Inhalte aufzuklären:

■ anzuwendende Substitutionsmittel und mögliche Neben- und Wechselwirkungen,

■ eventuelle Einschränkungen des Reaktionsvermögens und der Fahrtüchtigkeit – einschließlich erforderlicher Nachweise,

■ Organisation der täglichen Vergabe sowie an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten,

■ Einnahme unter Sicht,

■ Kontrollen auf den Konsum weiterer Substanzen einschließlich Alkohol, z. B. mit Hilfe geeigneter Drogenscreenings und Atemalkoholtests,

■ Möglichkeit einer individuell erforderlichen psychosozialen Betreuung und weiterer Begleitbehandlungen,

■ Kriterien für die Beendigung bzw. einen Abbruch der Behandlung,

■ Voraussetzungen für eine Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme (Take-home-Verschreibung),

■ gegebenenfalls einzuholende Schweigepflichtsentbindungen gegenüber weiteren beteiligten Institutionen – bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern wird die Einholung einer Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem behandelnden Kinder- und Jugendarzt bzw. Hausarzt von Kindern sowie gegenüber dem Jugendamt empfohlen.

Insbesondere im Hinblick auf eine Take-home-Verschreibung muss der behandelnde Arzt den Patienten umfassend aufklären über:

■ den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Substitutionsmittels sowie über dessen Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen,

■ die Risiken einer eigenmächtigen Dosisänderung,

■ das Verbot der Überlassung des Substitutionsmittels an Dritte,

■ die Gefahren, die von dem Substitutionsmittel für andere Personen ausgehen können, besonders die Gefahr für Kinder und opioidnaive Personen einschließlich einer (kinder-)sicheren Lagerung des Substitutionsmittels (sicherer, für Kinder nicht erreichbarer Aufbewahrungsort; Sicherheitsverschluss des Behältnisses; Aufbewahrung in Einzeldosen mit eindeutiger Beschriftung).

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
https://www.bundesaerztekammer.de/

Referentinnen und Referenten

Andreas von Blanc
Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin
Tel. 030 310030
Andreas.vonBlanc@kvberlin.de

Gabi Becker
Geschäftsführerin Idh e.V. Schielestr. 22, 60314 Frankfurt
Tel. 069 94197027, 0172 6908266
g.becker@idh-frankfurt.de

Anneke Groth
Vista gGmbH Berlin, Geschäftsführung
Donaustr. 83, 12043 Berlin
Tel. 030/ 400370 - 139
anneke.groth@vistaberlin.de

Dr. med. Thomas Kuhlmann
Chefarzt, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schlodderdicher Weg 23a, 51469 Bergisch Gladbach
Tel. 02202/206-173;
Thomas.Kuhlmann@klinikum-oberberg.de

Anneke Groth
Vista gGmbH Berlin
Fachbereichsleitung Wohnen und Betreuung
Verwaltung: Donaustr. 83, 12043 Berlin
Tel. 030/ 400370 - 139
anneke.groth@vistaberlin.de

Dr. Silke Kuhn
Dipl. Psychologin/appr. Psychotherapeutin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) Gebäude West 37, Martinistraße 52,
D-20246 Hamburg, Tel: +49 (0) 40 7410 – 57905,
skuhn@uke.de, skuhn@uke.uni-hamburg.de

Hans-Günter Meyer-Thompson
Arzt, Ambulanz Hamburg-Altona (ASKLEPIOS Hamburg-Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen). Mitglied des Beirats zum Substitutionsrecht beim Vorstand der DGS – Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
meyerthompson@aol.com

Anke Mohnert
Palette e.V., Geschäftsführung
Eimsbütteler Chaussee 23, 20259 Hamburg
Tel. +49 40 3892691
www.palette-hamburg.de
anke.mohnert@palette-hamburg.de

Dr. med. Manfred Nowak
Max-Planck-Straße 1, 76829 Landau in der Pfalz
Tel. 06341 960296
suchtambulanz@t-online.de,
mnowak.ld@t-online.de

Olaf Ostermann
Dipl. Soz.päd./Soz.arb. FH
Stellvertretender Bereichs-Geschäftsführer, Angebote für Ältere und niedrigschwellige Hilfen
Condrobs e.V., limit Kontaktladen für Drogenkonsument_innen
Emanuelstraße 16, 80796 München
Tel. 089 30760 - 1818
olaf.ostermann@condrobs.de

Patrida
Dr. med. Thomas Peschel
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Kapweg 3, 13405 Berlin
Tel. 030 4985749-0
thomas.peschel@email.de
kontakt@patrida.org

Dirk Schäffer
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Referent für Drogen und Strafvollzug; Abteilungsleitung
Strukturelle Prävention 2
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel. 030 690087-56
www.aidshilfe.de;
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum
LVR-Klinikum Essen
- Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen –
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Virchowstraße 174, 45147 Essen,
Tel. +49 (0) 201 7227-202
Melanie.Kownatka@lvr.de,
norbert.scherbaum@uni-due.de

Prof. Dr. Heino Stöver
Frankfurt University of Applied Sciences
FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit/Health and Social Work
Nibelungenplatz 1; 60318 Frankfurt/Main
Tel. 069-1533-2823; Mobil: 0162-133 45 33
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Michael Wiese
Geschäftsführung Drogenberatung e.V. Bielefeld
August-Schroeder-Straße 3A, 33602 Bielefeld
Tel. 0521 967800
wiese@drobs-bielefeld.de

Frank Woike
Beauftragter Sucht und Suchtprävention
Landeshauptstadt Hannover, Jugend- und Sozialdezernat
Hamburger Allee 25, 30161 Hannover,
Tel. +49 511 168-46441
Frank.Woike@Hannover-Stadt.de

IMPRESSUM

Herausgeber
akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Redaktion
Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

Umschlag
Katja Fuchs

Gestaltung und Satz
Christine Kluge Haberkorn

Druck
Kleinoffsetdruck Rene Dressler, Berlin

Bestellungen:
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.eu

Alle Rechte bei den Autoren bzw. akzept
Berlin, Februar 2020

DANK

Die Veranstalter danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung der Fachtagung.

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Dokumentation