akzept e.V. Südwestkorso 14 12161 Berlin

#### akzept e.V. Geschäftsstelle

Christine Kluge Haberkorn Südwestkorso 14, 12161 Berlin +49 (0)30-827 069 46 akzeptbuero@yahoo.de

#### Informationen im Internet

akzept.eu, akzept.org (Archiv) gesundinhaft.eu naloxoninfo.de alternativer-drogenbericht.de hepatitis-aktion.de

# **Nationale** Substitutionskonferenz (NaSuKo) am 16.12.2020



100.000 Substituierte bis 2022

Dokumentation

#### Bankverbindung

# 6. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) am 16.12.2020 Berlin

#100.000 Substituierte bis 2022

100.000 SUSSIDUE RE BIS 2022

# Dokumentation der online-Fachtagung am 16.12.2020

# Inhalt

Grußwort Gabi Kirschbaum, Bundesministerium für Gesundheit	03
Erfahrungen aus der Corona-Pandemie – was wir für eine zukünftige Gestaltung der Substitutionsbehandlung daraus lernen können Urs Köthner, Freiraum e.V. Hamburg	<b>e</b> 05
Flexibilisierung der Substitution: Niedrigschwellige Substitutionsambulanz Hamburg Christine Tügel, Jugendhilfe e.V. Hamburg Fabian Vorberg, Suchtmediziner Hamburg	10
Substitutionspakt Baden Württemberg – Modell für Deutschland? Christiane Nagel, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg	13
Vorstellung der Kampagne #100.000 Substituierte bis 2022 Dirk Schäffer, DAH Berlin Claudia Schieren, JES Bundesverband	19
PSB – welche Herausforderungen sind zu meistern? Frank Schulte-Derne, DGSAS/ LWL Münster Anneke Groth, vista gGmbH Berlin	24
Substitution und Nalxonvergabe Olaf Ostermann, Kontaktladen limit, Condrobs e.V. München	26
Apothekenvergabe Christiane Fahrmbacher-Lutz, Ludwigs-Apotheke Augsburg	32
Autorinnen und Autoren	35

#### Veranstalter:

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

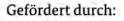
#### www.akzept.eu

https://www.alternativer-drogenbericht.de

https://www.gesundinhaft.eu https://www.naloxoninfo.de https://www.hepatitis-aktion.de



Das Video auf <a href="https://www.akzept.eu/nasuko6/">https://www.akzept.eu/nasuko6/</a>





© bei den Autor\*innen

### Grußwort

Gabi Kirschbaum, Bundesministerium für Gesundheit, Referat Sucht und Drogen

Sehr geehrter Herr Prof. Stöver, sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, heute an der 6. NaSuKo im virtuellen Format teilnehmen zu können.

Viele von Ihnen wissen es, mein Referat Sucht und Drogen ist im Bundesministerium für Gesundheit für Grundsatzfragen der Suchtpolitik zuständig. Ein wesentlicher Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Ressortforschung, mit der wir versuchen, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren. Dazu gehört auch die Förderung von Tagungen und Kongressen.

Für das Betäubungsmittelrecht und den damit verbundenen Regelungen rund um die Substitution sind die Kolleginnen und Kollegen im Referat 122 "Betäubungsmittelrecht, Betäubungsmittelverkehr Internationale Suchtstofffragen" zuständig. Diese haben auch in der Vergangenheit schon an der NaSuKo teilgenommen und sind auch heute virtuell dabei.

Wir waren im Sommer noch alle noch optimistisch, dass eine Tagung im gewohnten Rahmen möglich sein könnte. Aber nun ist die zweite Welle der Pandemie da und wir bleiben so viel wie möglich zu Hause. Inzwischen haben wir uns wohl alle schon ein gutes Stück an die virtuellen Möglichkeiten gewöhnt. Die Technik ermöglicht vieles und führt oft dazu, dass mehr Menschen an Veranstaltungen teilnehmen können, weil aufwändige Anreisen entfallen.

Umgekehrt geht so manches verloren, vor allem der persönliche Austausch sowie die Diskussionen in den einzelnen Arbeitsgruppen, aber ich bin zuversichtlich, dass wir im nächsten Jahr wieder Tagungen und Kongresse im gewohnten Format durchführen können.

Das Thema der 6. NaSuko "Wie können wir das Angebot an Substitution ausweiten" ist nicht neu, wurde aber mit der Zielzahl von 100.000 Substituierte bis 2020 auf eine griffige Formel gebracht.

Seit Jahren bewegen sich die Substituierten Zahlen auf einem stabilen bis leicht ansteigenden Niveau wogegen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte hingegen rückläufig ist.

Auch schon in der Diskussion um die BtMVV Novelle von 2017 hat uns dieses Thema beschäfigt.

Mit der Neuregelung wurden verschiedene, bislang in der BtMVV geregelte Punkte in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt. Die Take-Home-Verschreibungen wurden fortentwickelt. In begründeten Einzelfällen dürfen Substitutionsärztinnen und -ärzte ein Mittel künftig für den Bedarf von bis zu 30 Tagen (statt grundsätzlich bis zu 7 Tagen) auch bei Inlandsaufenthalten verschreiben. Der Katalog der Einrichtungen, die Substitutionsmittel an Betroffene ausgeben dürfen, wurde ausgeweitet, so zählen künftig etwa Rehabilitationseinrichtungen, Gesundheitsämter, Alten- und Pflegeheime sowie Hospize dazu.

Es war das Ziel, mehr Ärztinnen und Ärzte für die Beteiligung an der Substitutionsbehandlung zu gewinnen und damit die Versorgung der Substitutionspatientinnen und patienten, vor allem im ländlichen Raum, zu verbessern.

Das BMG wurde vom Bundesrat aufgefordert, die Novellierung zu evaluieren, dieser Aufforderung sind wir gerne nachgekommen. Die Evaluation der Substitutionsnovelle läuft noch und erste Ergebnisse werden uns im Frühjahr 2022 vorliegen. Bereits jetzt lässt sich aus den Zahlen des BfArM ablesen, dass sich eine große Steigerung der Zahl der Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten bislang nicht abzeichnet.

Zwischenzeitlich haben sich aufgrund der Corona-Pandemie, auf dies das BMG schnell reagiert hat, weitere Änderungen für die Substitutionsbehandlung ergeben. Diese Auswirkungen scheinen häufig positiv bewertet zu werden. Deshalb freut es mich, dass die Erfahrungen aus der Pandemie und mit den neuen Regelungen gleich im ersten Beitrag behandelt werden.

Wir unterstützen verschiedene Projekte, um mehr Erkenntnisse über den Umgang mit der Pandemie in der Suchthilfe zu gewinnen. So haben wir z.B. bei einer Umstellung des Projektes PharMon+ darauf hingewirkt, dass bei der Evaluation der Auswirkungen von Corona ein besonderes Augenmerk auf Substituierte gelegt werden soll. Auch die quantitative Fachkräftebefragung von der Uni Frankfurt, die gerade gestartet ist, möchte Substitutionsärzte spezifisch zu ihren Erfahrungen befragen.

Analysen der Substitutionsbehandlung sind das eine, viel wichtiger sind jedoch die aktiven Veränderungen vor Ort. Diese stehen zu Recht im Mittelpunkt der heutigen Veranstaltung. Vor allem das konkrete Beispiel des Substitutionspakts aus Baden Württemberg kann hier ein guter Wegweiser sein. Ich freue mich, dass es gleich ausführlich vorgestellt wird. Der Pakt belegt, dass eine gemeinsame Aktion verschiedener Akteure möglich ist und dass alle etwas zur Verbesserung der Situation in der Substitutionsbehandlung beitragen können. Ich würde mir wünschen, dass dieses positive Beispiel aufgegriffen wird, damit die Zielzahl von 100.000 Subsituierten bis 2020 erreich werden kann.

Uns allen wünsche ich nun eine interessante Fachtagung mit einem vielfältigen Programm. Ich bin sehr gespannt auf die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen, an denen ich leider selbst nicht teilnehmen kann und freue mich im nächsten Jahr auf ein Wiedersehen – dann gerne wieder live.

# Erfahrungen aus der Corona-Pandemie – was wir für eine zukünftige Gestaltung der Substitutionsbehandlung daraus lernen können...

Urs Köthner, Geschäftsführer freiraum hamburg e.V., Vorstand akzept e.V.

# Vorstellung freiraum hamburg e.V. Einrichtung Abrigado

Das Abrigado besteht seit 1994 im Schwarzenberpark in Hamburg Harburg. Erster legaler Drogenkonsumraum schon vor der Gesetzgebung aus dem Jahr 2000. Täglich 80 – 250 Besucher\*innen.

2019: 55.670 Besuchskontakte, 52.601 Konsumkontakte.







#### 10 Kernprobleme in der Versorgung opioidabhängiger Patient\*innen <sup>1</sup>

- Die Zahl substituierender Ärzt\*innen geht zurück. Bei Praxisaufgabe werden keine Nachfolger\*innen gefunden, bzw. die Substitution wird nicht weitergeführt.
- Das Interesse junger Ärzt\*innen ebenso von Allgemeinmediziner\*innen,
   Psychiater\*innen, Internist\*innen und Infektiolog\*innen wird zu wenig geweckt.
- Substituierende Ärzt\*innen brauchen mehr Netzwerke.
- Die wohnortnahe Versorgung z. B. durch Apotheken wird noch zu wenig genutzt.
- Kliniken und Ambulanzen sowie Sucht-Reha-Einrichtungen nutzen ihre Ressourcen zu wenig, um Substitutionspatient\*innen auch ambulant zu behandeln.
- Kliniken der Regionalversorgung sowie Gesundheitsämter sind in die Versorgung nicht oder nur notfallmäßig eingebunden.
- Es fehlt an zusätzlichen Vergabestellen. Die Delegationsmöglichkeiten durch die neue BtMVV werden zu wenig genutzt.
- Suchtmedizin ist im Studium sowie in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung zu wenig präsent.
- Das Honorierungssystem setzt die falschen Schwerpunkte und bildet nicht die Erfordernisse eines differenzierten Versorgungssystems ab.
- An Schnittstellen zwischen Haft, Maßregelvollzug, stationärer Behandlung oder Entwöhnung kommt es zu lebensbedrohlichen Versorgungsabbrüchen.

\*Quelle: ,10-Eckpunkte Papier zur Lösung der Versorgungskrise' der Initiative Substitutionsversorgung opioidabhängiger Patient\*innen, (unterstützt von 22 Vertreter\*innen von Fachverbänden, Wissenschaft, Praxis, Selbsthilfe, KV und Apotheken, <a href="https://www.akzept.eu/aktuelles/meldungen/">https://www.akzept.eu/aktuelles/meldungen/</a>)

Zeit für eine neue Normalität – Substitutionsversorgung langfristig und nachhaltig verändern.

Positionspapier zur SARS-CoV-2- Arzneimittelversorgungsverordnung für eine adäquate, medizinische Versorgung von Patient\*innen mit Opioidabhängigkeit.

Erarbeitet von:

Deutsche Aidshilfe e.V.; akzept e.V. Bundesverband; JES Bundesverband e.V.; Aidshilfe Frankfurt e.V.; Freiraum Hamburg e.V.; VISION e.V. Köln. Unterstützt durch: Indivior Deutschland GmbH.

Folgende Gründe verschärfen die Substitutionssituation in Zeiten von Corona Besonders komorbide Substitutionspatientinnen und -patienten haben ein erhöhtes Risiko. Hohe Besuchsfrequenzen (wie in Substitutionspraxen) erhöhen das Infektionsrisiko für SARS-CoV-2.

Etwa 50 Prozent der Substitutionspatienten (ca. 40.000 Personen) müssen täglich zur Vergabe des Substituts in der Praxis erscheinen, das bedeutet täglichen physischen Kontakt mit anderen Patientinnen und Patienten und dem Praxisteam.

Während viele Patientinnen und Patienten gerade jetzt Nähe und Begleitung benötigen, sind zugleich Infektionsschutz und soziale Distanz gefordert.

Bereits ein Infektionsfall – im Praxisteam oder unter den Patientinnen und Patienten – kann zu massiven Störungen im Praxisablauf führen.

# Ab sofort gilt während des vom Bundestag festgestellten epidemischen Notstandes bis 31.03.2021:

- Z-Rezepte (Take Home & Sichtbezug) können nun bis zu vier Mal die Woche und für bis zu
   7 Tage ausgestellt werden auch ohne persönliche Konsultation.
- T-Rezepte (Take Home) dürfen auch ohne persönliche Konsultation ausgestellt werden, so dass entsprechende BtM Rezepte auch per Post versandt werden können.
- die Limitierung der Höchstzahl von 10 Patienten i.R. der Konsiliarregelung ist ausgesetzt.\*
- die zeitliche Begrenzung in Vertretungsfällen ist ausgesetzt.\*
- Substituierende Ärzt\*innen können auch anderes Personal als medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches, etwa Mitarbeitende von Drogenberatungsstellen oder von PSB-Einrichtungen, mit der Überbringung des Substituts und ggf. dessen Überlassung zum unmittelbaren (Untersichteinnahme) oder zum eigenverantwortlichen Verbrauch (Take-Home)— im letzteren Fall nach Vereinbarung und in Absprache mit der Apotheke (Botendienst) beauftragen.
- Notfallverordnungen gem. § 8 Abs. 6 BtMVV sind auch für Substitutionsmittel zulässig (Buchstabe "N" auf dem Rezept vermerken).\*
- Außerdem dürfen BtM-Rezepte in der Praxis des vertretenen Arztes vom Arzt, der vertretungsweise die Substitution durchführt, verwendet werden. Etwa, wenn aus dem Ruhestand wieder aktivierte Ärzt\*innen sofort BtM-Verschreibungen ausstellen sollen und diese keine eigenen gültigen BtM-Rp Vordrucke mehr haben.

Wir empfehlen aufgrund der positiven Erfahrungen mit den Flexibilisierungen folgende Maßnahmen der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgung langfristig zu erhalten:

#### Verschreibungen und Notfallrezepte

- Beibehaltung der erweiterten Take-Home-Vergabe und damit die Rezeptausstellung für eine selbstständige Medikamenteneinnahme zu Hause bis zu sieben Tage grundsätzlich zu ermöglichen, um die Kontaktfrequenz und damit die Risiken einer Infektion für Patient\*innen mit COVID 19 zu reduzieren, sowie die Behandlungsvielfalt der Ärzteschaft zu erhöhen.
- Verschreibung von Substitutionsmitteln als Notfallrezept zur Sicherstellung der Substitutionsbehandlung in Notfällen, z.B. um Nichtversicherte (Obdachlose etc.) in dauerhafte Behandlung zu bringen.

#### Erweiterung des Personenkreises für die Vergabe und Konsiliarregelung

 Ausweitung der Sichtvergabe in Apotheken oder durch Apothekenpersonal im Botendienst, besonders in ländlichen Regionen.

<sup>\*</sup>Quelle: Quelle: Andreas von Blanc (KV-Berlin), Hans-Günter Meyer-Thompson und Rainer Ullmann (KV Hamburg, Qualitätssicherungskommission Opioidsubstitutionsbehandlung: "Kurzfassung der BtMVV-Änderungen während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite laut SARS-CoV- 2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 20. April 2020 https://bit.ly/3cCFmj3

- Vergabe der Substitutionspräparate durch geschulte Mitarbeiter\*innen in Einrichtungen, welche mit Suchtkranken arbeiten (insbesondere in Regionen ohne suchtmedizinische Versorgung).
- Vertretung durch nicht suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte für länger als vier Wochen am Stück und länger als insgeamt 12 Wochen.
- Erweiterter Personenkreis mit Berechtigung zur Verwendung der vom BfArM ausgegebene Betäubungsmittelrezepte (BtM-Rezepte) auch außerhalb von Vertretungsfällen.

#### Erhalt der Apothekenverordnungen

- Zuleitung von Verschreibungen an Patient\*nnen oder an eine von ihm / ihr bestimmte
   Apotheke auf dem Postweg oder durch Boten ohne persönliche Konsultation.
- Erleichterte Abgaberegeln für BtM in Apotheken, z.B. beim Austausch von BtM untereinander, insb. BtM für intensivmedizinische Covid-19-Patient\*innen.
- Apothekenberechtigung zur Abgabe eines lieferbaren wirkstoffgleichen Arzneimittels bei Nichtverfügbarkeit des zur Verordnung vorgesehenen Präparats zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln und Verhinderung mehrmaliger Apothekenbesuche.
- Ausschluss von Retaxationen und Ausräumung möglicher (finanzieller) Konsequenzen für die Apotheken bei der Nutzung der Ausnahmeregelung zur Abgaberangfolge von Arzneimitteln.
- Vergütung für Apotheken-Botengänge (5€) vor allem für Risikopatient\*innen eines schweren Krankheitsverlaufes von Covid-19 oder in Quarantäne befindliche Patient\*innen.

#### Fazit/Handlungsaufforderungen/ Ausblick zu Corona-Zeiten

- Das schnelle und rechtzeitige Ergreifen der Maßnahmen zur Krisenzeit war positiv.
- Eine Verlängerung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung bis mindestens Ende 2021 ist notwendig, um die Versorgungssicherheit während der Pandemie überhaupt sicherstellen zu können.
- Es gibt große regionale Unterschiede bzgl. des Umgangs mit Flexibilisierungen, insbesondere nach dem Höhepunkt der Pandemie (nach Lockerung des ersten Lockdowns). In manchen Regionen erfolgte verstärkte Rücknahme der Take-Home-Vergabe und Rückkehr zu alten Mustern.
- Verbesserung der Informationslage: Einige Ärzte sind schlecht über die Einzelheiten der Lockerungen informiert.
- Die wohnortnahe Versorgung (z.B. über Apotheken oder Suchthilfeeinrichtungen) wird bisher kaum genutzt. Es fehlt an Best-Practice Beispielen für gelungene Kooperationsvereinbarungen und Musterverträge z.B. zwischen Praxis und psychosozialen Einrichtungen.
- Überzeugungsarbeit mit Ärzten: Versorgung von mehr Patienten durch Aufrechterhaltung der Lockerungen und Aufnahme neuer Patienten. (z.B. durch verstärkte Umstellung stabiler Patienten auf Take-Home...)
- Vergütungsfragen, welche z.B. die erweiterte Take-Home-Vergabe teilweise verhindern, müssen im G-BA behandelt werden.

• Die Aufrechterhaltung der Lockerungen ist auch zur Erhöhung der Behandlungsvielfalt von Bedeutung, da es Patientengruppen mit stabilem Verhalten und dem Bedarf an flexibler Vergabe gibt (Familie, Arbeit, schlechte wohnortnahe Versorgung).

Insgesamt braucht es verstärkte, aufeinander abgestimmte Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen um die Flexibilisierungen wären der pandemischen Lage in der Fläche umzusetzen.

Gelingt uns das, könnte sich Corona-Pandemie als Türöffner für Reformen und als Flexibilisierungsbeschleuniger erweisen um, neben der pandemischen Lage, auch der grundsätzlichen Versorgungskrise entgegen zu wirken und insgesamt der Heterogenität der Substitutionspatienten und ihrer unterschiedlichen Bedarfe gerechter zu werden.

#### UNGELÖST

Die Notfallversorgung für Menschen mit einem missbräuchlichen Konsum von Kokain/Kokainderivaten (z.B. Crack) welche in Quarantäne müssen ist weiterhin ungelöst.

Zunehmende Problematik mit Kokain: Notwendigkeit der Forschung zur Entwicklung des entsprechenden Substitutionsmittels.

# Flexibilisierung der Substitution: Niedrigschwellige Substitutionsambulanz Drob Inn –Hamburg

Christine Tügel, Jugendhilfe e.V. (Vorstand); Fabian Vorberg (Arzt)



# Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg





#### Für die Substitutionsambulanz separierter Eingangsbereich





# Dosiergerät für die sichere Abgabe per Fingerprintsystem





Zur Methadonabgabe umfunktioniertes Beratungszimmer

Direkte Ansprache der Klient\*innen durch Sozialpädagog\*innen →

Kurzinformation zum Substitutionsangebot auf Deutsch und Farsi





Durchführung von Testungen auf COVID-19 bei Patient\*innen der Substitutionsambulanz



Drogenscreening per Speicheltest

Anzahl der Substitutionspatient\*innen 06.04.2020 – 30.11.2020 (N: 296) 248 m; 48 w.





# Status der Krankenversicherung Substitutionspatient\*innen

Stand: 30.11.2020 (N296)

versichert: 32,09%; nicht versichert: 67,91%

Nationalität: Deutsch (N127)

versichert: 46,46%; nicht versichert: 53,54%

Deutsch Männer (N: 89) Stand: 30.10.2020 versichert: 55,06%; nicht versichert: 44,94%.

Deutsch Frauen (N 38) Stand 31.01.2020 versichert: 26,32%; nicht versichert: 73,68%

# Substitutionspakt Baden-Württemberg – ein Modell für Deutschland?

Christiane Nagel, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg Referat Psychiatrie und Sucht

Zunächst freut uns die Fragestellung,

- in BW haben wir diese Resonanz unseres Pakts erst gar nicht wahrgenommen,
- Primär kam es uns auf die Sicherstellung der Substitutionsversorgung vor Ort an "gefühlt" meist mühsame Kleinarbeit mit vielen Beteiligten und vielen Frustrationen. Die Idee war, dafür
- ein gemeinsames Signal zu geben, einen Rückhalt, ein Bekenntnis aller beteiligten Institutionen auf politischer Ebene, und auch einen Rahmen oder eine Ordnung zu schaffen.

Die Frage ist in der Tat, ob der Pakt wirkt und wie man nun genau den Erfolg des Pakts bemessen will.

Ich schildere, wie es in BW dazu kam, was man sich gedacht hat und was Wirkungen und Nebenwirkungen waren, soweit man das jetzt schon sehen kann.

#### Ausgangslage in Baden-Württemberg

In BW gibt es flächendeckend im niedergelassenen Bereich zu wenig substituierende Arztinnen und Ärzte – Zusammenhang mit verändertem ärztlichen Berufsbild – s. auch Parallelen zum Landärztemangel – das ist auch in anderen Bundesländern ähnlich. Bei rund 10 400 Substitutionspatienten gibt es rd. 320 Ärzte mit Genehmigung, davon 210 aktiv substituierende Ärzte; deren Durchschnittsalter liegt inzwischen klar über 60 Jahre. Es gibt 7 Einrichtungen mit Ermächtigung, eine gewisse Entwicklung der Substitutionsversorgung vom niedergelassenen Bereich hin zu Institutsambulanzen ist zu beobachten. Seit 2017 erfolgen weiter zunehmend Problemanzeigen aus den Landkreisen, Schreiben der Landräte an Herrn Minister: Ärztinnen und Ärzte gehen in den Ruhestand, die Patientinnen und Patienten sind nicht versorgt, Probleme gibt es auch im Umfeld z. B. werden Mietverträge von Substitutionspraxen gekündigt, es sind keine Ausweich-Immobilien da; das alles bewirkt teilweise akute Versorgungseinbrüche.

Landtagsanfragen der Opposition zu Zahl/Verteilung substituierender Ärzte und Einrichtungen erfolgen "halbjährlich".

Angesichts der Lage besteht eine allgemeine "Vorwurfshaltung": Die Politik muss doch was machen! Die KV hat doch den Sicherstellungsauftrag! Die Kassen müssen mehr bezahlen! Die Kommune soll Räume zur Verfügung stellen! Gleichzeitig bestehen Unklarheiten über die möglichen Handlungsoptionen der Institutionen und deren Grenzen und auch falsche Erwartungen.

Im Mai 2018 fad ein Fachgespräch der Grünenfraktion im Landtag statt. Ergebnis war die Forderung, das SM solle einen "Substitutionsgipfel" durchführen.

Ein Prüfauftrag von Herrn Minister (August 2018) erging an das Fachreferat:

- Einen Vorschlag für Ob und Wie eines Substitutionsgipfels entwickeln.
- Was ist gewollt, was verbessert die Situation?

- Wird die Politik/das Sozialministerium oder KV mit Blick auf Sicherstellungsauftrag aktiv?
- Treffen zwischen Minister und betroffenen Landkreisen ggf. mit KV regional unterschiedliche Problemlagen?
- eine Veranstaltung für breite Fachöffentlichkeit?
- Welche Inhalte und Ziele bzw. Grenzen? Substitution als teilhabeorientierte Komplexleistung, ein weites Feld!

#### In der Situation hilfreich: gute Strukturen in BW:

Eine AG Substitution tagt 2ximJahr unter dem Vorsitz des SM, alle Institutionen sind vertreten.

- Das Problem Ärztemangel wird schon länger gesehen,
- eine Novelle der BtMVV wurde 2017 von BW angestoßen und es wurden Vorstellungen erarbeitet,
- In einer UnterAG 2017/18 gab es den Versuch die Nachwuchsgewinnung zu stärken gemeinsam mit Wissenschaftsministerium wurden medizinische Fakultäten der Universitäten um Verbesserungsvorschläge gebeten und diese ausgetauscht immerhin eine Sensibilisierung!
- Modellprojekt VVSub mit Förderung SM, Vernetzung ärztliche (PIA ZfP) und PSB Betreuung.

# Entscheidung und Konzept für einen Substitutionsgipfel (1 Jahr)

In der AG Substitution wurde das Konzept im Oktober 2018 und Mai 2019 diskutiert; Es fand immer wieder hausintern Abstimmung mit der Amtsspitze statt; Ergebnis: 3

- Veranstaltung SM mit KV für breite Fachöffentlichkeit, Institutionen und Politik.
- Vorstellung regional unterschiedlicher Versorgungslösungen in BW und
- Vorstellung eines Pakts für Substitution durch Herrn Minister und Partnerinstitutionen. Terminfindung mit Herrn Minister auf 18.11.2019 und Konzept finalisiert Mai 2019.

# Pakt und Gipfel – Erarbeitung ab Mai/Juni 2019 – Deadline rechtzeitig vor 18.11.2019

Der Zeitdruck hat eine konzentrierte ergebnisorientierte Arbeit sehr befördert.

- In drei Treffen fanden Erarbeitung und Abstimmung des Pakts in einer UAG der AG Substitution statt,

Es folgten Brainstorming (Forderungen und Vorwürfe), erster Entwurf, Feinabstimmungen (Juni-August 2019) in sehr konstruktiver Atmosphäre.

- In 2 weiteren Abstimmungsrunden (September 2019) wurden die Kassen eingebunden.
- Parallel fanden für den 18.11.2019 Auswahl und Vorbereitung der Präsentationen der Versorgungsmodelle in BW ein Querschnitt statt.
- Im Plenum der AG Substitution im Oktober 2019 fand dann die Schlussabstimmung zu Pakt und Veranstaltungsprogramm für den Substitutionsgipfel in der AG Substitution statt. Parallel gab es eine interne Vorab-Abstimmung des Pakts mit Leitungsebenen in den Institutionen.

Dann erfolgte Ministerschreiben an alle beteiligten Institutionen des Pakts mit der Bitte um

- Zustimmung zum Pakt auf Vorstandsebene und
- jeweils einem Statement beim Substitutionsgipfel am 18.11.2019 Parallel lief das Veranstaltungsmanagement für 18.11.2019: Einladungsverteiler/safe the date/Anmeldungen/Namensschilder/Räume/Technik/catering/Programmablauf usw. Zuletzt war der Minister vorzubereiten, Informationen und Rede für 18.11.2019

#### Fazit:

Kommunizieren - alle einbinden - Schulterschluss auf Chefebene war wichtig. Über 220 Teilnehmende waren beim Substitutionsgipfel am 18.11.2019, es gab allseitig ein gutes Feedback.

#### Pakt, Partner und Inhalte

#### Präambel:

verändertes Bild der Substitution: ein komplexer, interdisziplinär und langfristiger, nicht mehr allein auf das Ziel der Abstinenz und Abdosierung vom Substitut angelegter Behandlungsansatz, mit dem Kern der ärztlichen und psychosozialen Behandlung, darüber hinaus starke Vernetzung mit Angeboten zur Alltagsstrukturierung, zur Förderung von Teilhabe und Reha. Durch gesundheitliche Stabilisierung und längere Überlebenszeiten der Klientel rückt die Teilhabeorientierung mehr in den Blick.

#### Partner und Aufgaben - Schlagworte:

- **KVBW** (finanzielle Rahmenbedingungen z. B. auch Vernetzungsleistungen abbilden, Förderprogramm ZuZ, Zulassung/Ermächtigung, Niederlassungsberatung).
- **Kassen** (Finanzielle Rahmenbedingungen für Substitution verbessern, auch i. S. von Komplexleistung und auch in Institutsambulanzen).
- Kommunale Ebene, Landkreistag, Städtetag (ärztliche Substitution in enger Kooperation mit den Angeboten der kommunalen Suchthilfe, Rolle und Eigeninteresse als Akteure der sozialen Daseinsvorsorge, Verantwortung für nutzer- und sozialraumorientierte Strukturen, Kommunale Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe, Vernetzung und Koordinierung).
- Landesstelle für Suchtfragen (Qualität der psychosozialen Betreuung von Substitutionspatientinnen und -patienten).
- Landesärztekammer (berufsrechtlicher Rahmen, Fort-/Weiterbildung, auch MFA, Nachwuchsgewinnung).
- Landesapothekerkammer (Versorgung mit Substitutionsmitteln, verlässlicher Partner für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte, Fortbildung, Sichtbezug).
- **DRV BW** (Reha und Substitution, Verbesserung arbeitsorientierter Suchtreha für Substituierte).
- **SM** (moderierend, Plattform für Austausch, politische Unterstützung, Einsatz für Verbesserung Rahmenbedingungen auf Bundesebene, strukturelle Förderung PSBen, Modellprojekte, Beteiligung ZfPen).

Es steht nichts Revolutionäres im Pakt, aber es sind die bestehenden Aufgaben fixiert und realistische Ziele für eine Weiterentwicklung vorgesehen, konkret, aber Spielräume.

#### Grenzen des Pakts u.a.

- DRV BW noch aufgenommen (Verändertes Bild der Substitution, Ausblick zu gelungener Teilhabe),
- Justizvollzug nicht (trotz Schnittstellen, Justiz aktuell eigener Prozess Expertenkommission Medizinkonzept für Haft und Ansatz des SM beim Pakt Ärztemangel),
- MRV nicht,
- Diamorphin nicht,
- Universitäten, Arbeitsverwaltung nicht.

# Erhoffte und gewollte Wirkungen und Nebenwirkungen des Pakts *Wir wollten*:

- Bekenntnis der für die Substitutionsversorgung Verantwortlichen zur gemeinsamen Unterstützung bei der Entwicklung von Lösungen vor Ort, konkret einforderbar -
- und zur Verbesserung der allgemeinen Rahmenbedingungen der Substitution;
- politisches Signal, gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Substitution aufzeigen, auch Schritt zur Entstigmatisierung.

### Was der Pakt nicht sein sollte: ein weiteres geduldiges Papier!

- Institutionen werden konkrete Aufgaben in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen zugeordnet – langfristiges Arbeitsprogramm in der AG Substitution – Umsetzung wird eingefordert.

#### Nebeneffekte

Institutionen haben im Abstimmungsprozess gelernt, Klärung der Rollen fand statt, gegenseitiges Verständnis für Aufgaben/Zuständigkeiten/Grenzen wurde aufgebaut. Es fand ein weg von der uneffektiven Vorwurfshaltung/Forderungshaltung hin zu gemeinsamem Anpacken statt.

Insgesamt erfolgte eine Verstärkung durch den Rahmen des Substitutionsgipfels am 18.11.2019 und die öffentliche Wahrnehmbarkeit.

#### Ausblick

Die AG Substitution plant im Frühjahr 2021 eine Abfrage aller Partner zum Umsetzungsstand. Die Umsetzung ist sicher nicht 1:1 möglich. Und sicher wird es nicht sofort mehr Ärzte oder schnelle Lösungen vor Ort geben.

Vor Ort kann der Pakt aber Lösungen unterstützen, in einem Fall (Ortenau) wurde aktuell schon durch das Förderprogramm der KV die Substitutionsversorgung stabilisiert.

#### Bisher nicht gelungen:

- LÄK Stärkung Sucht/Substitution in WBO insbesondere Allgemeinmedizin, Innovationsfonds Projekt mit KV zur Vernetzung Ärzte und Einbezug MFA, aber aktuelle Verständigung SM und LÄK zur ÄAppO bezüglich Suchtmedizin als eigenständiges Fach.

#### Bisher schon erfüllt:

Qualitätskriterien zur PSB hat die LSS bereits erarbeitet.

KV-Maßnahmen: speziell für Substitution gibt es Niederlassungsberatung, Fördermöglichkeiten, gebündelte Information zum Berufsbild/Verdienstmöglichkeit, Modul in der Verbundweiterbildung Plus für Allgemeinmediziner.

Ein gutes Stück Arbeit, Bewußtseinswandel, nunmehr Mühen der Ebene aber mit Plan, auf einer klareren neuen Basis.



### 100.000 Substituierte bis 2022

Claudia Schieren, JES Bundesverband Dirk Schäffer, DAH



Was bisher geschah: Vernetzung der 3 Partner\*innen JES Bundesverband e.v.

Akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Deutsche Aids Hilfe e.V.

Zur Erreichung des Ziels wird die Unterstützung von Drogenhilfeeinrichtungen

- Ärzt\*innen
- Multiplikator\*innen der Selbsthilfe
- Unterstützung der Politik angestrebt.

#### Aktionen auf unterschiedlichen Ebenen

Mittels Newslettern sowie Onlinemedien sollen Mitarbeiter\*innen in Aids-und Drogenhilfen für die Substitutionsbehandlung sensibilisiert werden. Die Veränderungen in der Behandlungsform müssen den Drogengebraucher\*innen vermittelt werden.

Eine Begleitung von der Beratung bis zum Behandlungsbeginn ist wünschenswert.

Ärzt\*innen sollen sich mit Kurzvideos an andere Mediziner\*innen wenden, sie über die Substitution informieren und zur Mitarbeit motivieren.

Über die Vorstellung der Kampagne auf Kongressen und Konferenzen sollen Mediziner\*innen verwandter Fachrichtungen wie z.B. HIV-Schwerpunktärzte, Hepatologen und Gastroenterologen erreicht werden.

Zum Kampagnenauftakt wurde eine zielgruppenspezifische Kurzinformation für Heroinkonsument\*innen erstellt, um über die "neue Substitution" zu informieren. Videos von Substituierten Frauen und Männern berichten über die Beweggründe zur Substitution.

Änderungen in der Gesundheitspolitik sind unumgänglich. Im Rahmen der Kampagne wird auch weiterhin an der Veränderung der Rahmenbedingungen in der Substitutionsbehandlung mitgewirkt. Konkret wird 2021 eine Initiative zur Veränderung der Richtlinien der BtmVV zur Diamorphinbehandlung initiiert werden.

# Psychosoziale Beratung (PSB) begleitend zur Substitutionsbehandlung Welche Herausforderungen sind zu meistern?

Frank Schulte-Derne, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) Koordinationsstelle Sucht

Anneke Groth, vista gGmbH

### Vorweg zur Psychosozialen Begleitung (PSB)

Die begleitende PSB kann entscheidend zum Gelingen der Substitutionsbehandlung beitragen und den Behandlungserfolg verstärken.

Die PSB unterstützt die soziale (Re-)Integration in die konkreten sozialen Handlungssysteme der Patient\*innen (Familie, soziales Nahfeld, Arbeit, Wohnen, Hilfesysteme etc.)

Die PSB übernimmt im Kontext der Substitutionsbehandlung die psychosoziale Indikationsstellung und regelmäßige Überprüfung dieser Indikation, die psychosoziale Anamnese und Diagnostik und die resultierende Behandlungsplanung in Abstimmung mit den Ärzt\*innen.

Die PSB hat umfassende Kenntnis vom regionalen Hilfenetzwerk und bringt diese Expertise in die Substitutionsbehandlung ein.

#### Herausforderungen

(Un-)einheitliche verlässliche Finanzierung; Sichtbarkeit der PSB bei Ärzt\*innen; Fachkräfteengpass der Sozialen Arbeit; Qualifikation im und nach dem Studium; Beziehungsgestaltung während der Pandemie; Evidenzbasierung und Forschung; PSB –Standards / Manual.

#### Herausforderungen in der konkreten Praxis

#### ► (un-)einheitliche verlässliche Finanzierung

Die Finanzierung der PSB ist nicht einheitlich geregelt und oft nicht verlässlich finanziert. Sie wird oft als Teil der Daseinsvorsorge mitfinanziert.

"Notrufe" Suchtberatung. Corona legt den Finger in die Wunde (DHS); "Jeder investierte Euro spart 28 € an Folgekosten." (SROI LK Görlitz); Wert und Wirkung spezifisch für die PSB nachweisen? (Forschungsbedarfe); Gespräche zwischen Fachverbänden und Kommunen/Ländern. Alternative Finanzierungsformen EGH, BTHG (weiter-)entwickeln.

#### ► Sichtbarkeit der PSB bei Ärzt\*innen / bessere Kooperation

In der Praxis wird oft die mangelnde Kooperation zwischen Ärzt\*innen und der PSB beschrieben. Übergeordnet ist die PSB teilweise "unsichtbar".

Schnittstellen verbessern sich wenn die Soziale Arbeit proaktiv fallabhängige und fallunabhängige Netzwerkarbeit steuert.

Mitwirkung an der S3 Leitlinie Opiatsubstitution, um die PSB und generell die psychosoziale Dimension sichtbar zu machen.

#### ► Fachkräfteenapass der Sozialen Arbeit

Fachkräftegewinnung und Fachkräftebindung geraten in den Fokus. Heute schon kommen 1,5 freie Stellen auf eine(n) Sozialarbeiter\*in. Das wird in der nächsten Dekade noch zunehmen.

Muss die Suchtberatung / PSB neue Wege der Rekrutierung gehen? Gestaltung der PSB als attraktives Arbeitsfeld ist gefordert. Postgraduale Qualifizierung "on the job".

#### ► Qualifikation für die komplexe Tätigkeit in der Suchthilfe

Der berufliche Nachwuchs kann oft nicht ausreichend für die komplexe Arbeit der Suchthilfe qualifiziert sein. Hochschulcurricula der "Sozialen Arbeit" lassen immer mehr berufspraktische Relevanz für die Suchthilfe / PSB vermissen.

 $\verb| "Sucht" muss wieder deutlicher in Hochschulcurricula integriert werden. \\$ 

Braucht es einen eigenen Studiengang "Soziale Arbeit - Suchthilfe"? (nicht Management / nicht Therapie)

"Training on the Job"/ Phase des "On-Boarding" ist sensibel zu begleiten.

#### ► Beziehungsgestaltung während der Pandemie

"Wie zu vermuten war, hat die Corona-Pandemie offenbar starke Auswirkungen auf Menschen aus 'harten' Drogenszenen, ebenso wie auf diejenigen, die im Rahmen sozialer Arbeit professionell mit dieser Klientel befasst sind. [...] Besonders der stark zurückgefahrene persönliche Kontakt stellt aber bis dato ein Problem für die Soziale Arbeit in diesem Bereich dar." (Luise Klaus, Bernd Werse in Sucht 2020, 66/5).

Systemrelevanz der Suchthilfeangebote wurde erreicht.

Pragmatische Lösungen in der Kontakthaltung sind weiter zu entwickeln.

Absprachen zwischen Behörden (Justiz, Ordnungsamt) im Sinne der Klienten scheinen notwendig(er).

Forschungsbedarf zum illegalen Schwarzmarkt identifiziert.

#### ► Evidenzbasierung und Forschung

Der überwiegende Teil der Studien zur Evidenz-Basierung von PSB stammt aus dem USamerikanischen Raum. Auch wenn außer Frage steht, dass begleitende psychosoziale Hilfen i.d.R. zu günstigeren (Behandlungs-)ergebnissen führen fehlt es an einem differenzierten Blick auf die PSB.

Es braucht differenzierte Forschungsarbeit zur Ausgestaltung, dem Zeitpunkt, der Zeitdauer und der Intensität der PSB.

Mögliches Thema für den Innovationsausschuss des GBA 2021? (Versorgungsforschung) Durch Praxisbasierte Evidenz hin zu einem "Image-Wechsel" vom "Zwangskontext" zum "wirksamen und nutzbringenden" Angebot.

#### Praxis-Forschung: Interesse aneinander?











#### ► PSB Standards / Manual

Weiterhin finden sich hinter dem Kürzel PSB unterschiedliche Benennungen und Beschreibungen der fachlichen Standards der PSB. Eine Orientierung für (PSB-)Fachkräfte ist erschwert. Ebenso ist eine inhaltliche Darstellung gegenüber anderen Professionen, Netzwerkpartner\*innen und Kostenträger\*innen erschwert.

Braucht es einen bundesweit inhaltlichen Standard? Auch um Sinne der Qualitätssicherung?

Manualisierung der "Fachkunde PSB" von DAH; Vista, Akzept e.V und LWL?

# Herausforderungen aus dem Praxisalltag I

Klient\*innen

- Zunahme an altersbedingten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit.
- Zunahme an psychischen Begleiterkrankungen.

#### Sozialraum

- Fehlende Eingliederung/ Teilhabe auf dem Arbeitsmarkt/ am Arbeitsleben starke soziale Isolation der Klient\*innen.
- Fehlender Wohnraum in Großstädten.

#### Herausforderungen aus dem Praxisalltag II

BTHG Vision

Die PSB könnte in ein multiprofessionelles Setting mit einem gemeinsamen Behandlungsplan eingebunden sein. Der Behandlungsplan enthält sowohl die ICD 10 Diagnosen wie die Teilhabe Einschränkungen durch den ICF. Es gibt es ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen (Komplexleistungen), die von einem multiprofessionellen Team (inkl. Psychotherapeuten, Ergos etc.) erbracht werden. Abgestimmt werden sie im Gesamtteam im gemeinsamen Behandlungs- und Teilhabeplan.

#### Der LWL im Überblick:

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) arbeitet als Kommunalverband mit mehr als 17.000 Beschäftigten für die 8,3 Millionen Menschen in der Region. Der LWL betreibt 35 Förderschulen, 21 Krankenhäuser, 18 Museen, zwei Besucherzentren und ist einer der größten deutschen Hilfezahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behindertenund Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur, die sinnvollerweise westfalenweit wahrgenommen werden. Ebenso engagiert er sich für eine inklusive Gesellschaft in allen Lebensbereichen. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, dessen Aufgaben ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den westfälischen Kommunen gestaltet.

#### vista gGmbH

vista ist ein starker Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit – mit dem **Schwerpunkt Suchtarbeit**. Wir bieten gebündelte Kompetenz im psychosozialen Bereich: Suchtberatung; Ambulante Suchttherapie; Nachsorge; Betreuung bei Substitution; Hilfe für Kinder, Jugendliche und Familien; Betreutes Wohnen; Integration und Arbeit.

An 15 Standorten in ganz Berlin bieten wir optimierte Beratung und Betreuung von Menschen in psychosozialen Notlagen.

#### Die Leitlinien der Arbeit von vista sind

**Wir arbeiten** auf der Basis der Akzeptanz und Würdigung unterschiedlicher Lebensentwürfe und kultureller Hintergründe

Wir begegnen den Menschen, die zu uns kommen, mit Respekt und achten ihre Einzigartigkeit.

Wir laden Menschen ein, gemeinsam mit uns Ideen zu entwickeln und neue Wege zu gehen.

**Wir unterstützen** Menschen, die eigenen Ressourcen zu erkennen, zu nutzen und ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen.

Wir begleiten Menschen bedarfsgerecht auf ihrem Weg der persönlichen Veränderung. Wir fördern gesellschaftliche Integration und Teilhabe.

#### Arbeitsgruppe

# PSB – Welche Herausforderungen sind zu meistern

Zusammenfassung

Zu Beginn der Arbeitsgruppe wurden nochmal die im Vortrag benannten Herausforderungen erwähnt:
(Un-)einheitliche verlässliche Finanzierung
Sichtbarkeit der PSB bei Ärzt\*innen
Fachkräfteengpass der Sozialen Arbeit
Qualifikation im und nach dem Studium
Beziehungsgestaltung während der Pandemie
Evidenzbasierung und Forschung
PSB –Standards / Manual
Herausforderungen in der konkreten Praxis:

#### ► Klient\*innen

Zunahme an altersbedingten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit Zunahme an psychischen Begleiterkrankungen

#### ► Sozialraum

Fehlende Eingliederung/ Teilhabe auf dem Arbeitsmarkt/ am Arbeitsleben starke soziale Isolation der Klient\*innen Fehlender Wohnraum in Großstädten

Aus weiteren Ergänzungen durch die Arbeitsgruppe ergaben sich folgende Diskussionsstränge. Weitere Themen wie z. B. der Umgang mit der Schweigepflicht konnten angesichts der Zeit nicht diskutiert werden.

#### BTHG - Chancen und Risiken für die PSB

Wie wird in der PSB mit dem Begriff der Behinderung (seelisch und/oder psychisch) umgegangen? Zum einen ermöglicht die Verwendung des Begriffs auch die Inanspruchnahme von Leistungen und zum anderen befördert man damit ggf. auch eine (weitere) Stigmatisierung der Klient\*innen. Es mag helfen die Auslegung der UN-Behindertenrechtskonvention dabei zu berücksichtigen, um den Begriff der Behinderung richtig einzuordnen: "Niemand ist behindert, sondern man wird (durch die Gesellschaft) behindert. Auf Fachkräfteebene führt das BTHG im Erleben ggf. auch zu einer "Abwertung": Die Formulierung als "Erbringung von Assistenz-Leistungen" würde der Komplexleistung der Sozialen Arbeit / PSB nicht gerecht. Durch positives Reframing in Richtung Teilhabe sollten die Chancen des BTHG in den Blick genommen werden.

#### BTHG Vision

Die PSB könnte in ein multiprofessionelles Setting mit einem gemeinsamen Behandlungsplan eingebunden sein. Der Behandlungsplan enthält sowohl die ICD 10 Diagnosen wie die Teilhabe Einschränkungen durch den ICF. Es gibt es ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen (Komplexleistungen), die von einem multiprofessionellen Team (inkl. Psychotherapeuten, Ergos etc.) erbracht werden. Abgestimmt werden sie im Gesamtteam im gemeinsamen Behandlungs- und Teilhabeplan.

#### **Partizipation**

Eng mit dem BTHG verknüpft wurde die Partizipation der Klient\*innen (die leider nicht anwesend waren) diskutiert. Es gab praktische Hinweise darauf, dass die von Fachkräften "angebotene" Partizipation oft von der gewünschten Partizipation der Klient\*innen abweicht. Durch Fokusgruppen oder Klient\*innenbeiräte sollte man "echte" Partizipation ermöglichen. Im Ergebnis wünschen sich Klient\*innen auch die Organisation und Durchführung von z.B. Gruppenaktivitäten ohne Beteiligung der Fachkräfte. Das eingesetzte Finanzbudget für sonst üblicherweise angeleitete Aktivitäten sollte den Klient\*innen dafür im Rahmen des Möglichen zur Verfügung gestellt werden.

#### Manualisierung der PSB als bundesweiten Standard

Ein bundesweit einheitlicher Standard der PSB im Sinne eines Manuals wird begrüßt. Der inhaltliche "Kern" der PSB sei zu standardisieren wenngleich die Settings in denen PSB stattfindet sehr unterschiedlich sein können. Als Settings wurden z. B genannt: Betreutes Wohnen, Kontaktladen, Drogenberatungsstelle, JVA-Beratung, SPDi. Dies muss ebenso wie ein "Stadt-Land-Gefälle" im Manual berücksichtigt werden. Auch die Verständigung auf einen Schlüssel scheint notwendig. Die Spanne in der AG reichte von 1:17 bis hin zu 1:120. Letzteres ermöglicht keine qualifizierte inhaltlich fundierte Bearbeitung im Rahmen der PSB. Selbst Standorte mit einem Schlüssel von 1:25 (FDR-Empfehlung) reduzierten auf einen Schlüssel von 1:22 um fachlich gut zu arbeiten. Es ist davon auszugehen, dass ein Schlüssel oberhalb von 1:25 die Herausforderungen "Fachkräfteengpass" und "Attraktivität des Arbeitsfeldes" negativ beeinflussen werden. Die Kooperation zwischen der PSB & Ärzt\*innen soll unbedingt im Manual thematisiert werden. Es besteht die Einschätzung, dass die Profilschärfung der PSB durch ein Manual auch dazu beitragen wird die Sichtbarkeit im multiprofessionellen Team zu erhöhen. Gleichermaßen sollten auch Aussagen zu "Mindeststandards" in der Kooperation beschrieben werden. Letzteres, um bei Personalwechseln im ärztlichen Bereich (z.B. in der JVA) eine Betreuungskontinuität sicherzustellen. Es besteht Einigkeit darüber, dass die besten Behandlungsergebnisse bei der gegenseitigen Nutzung (auf Augenhöhe) der jeweiligen Kompetenzen erzielt werden.

# Workshop Naloxon und Substitution

Olaf Ostermann

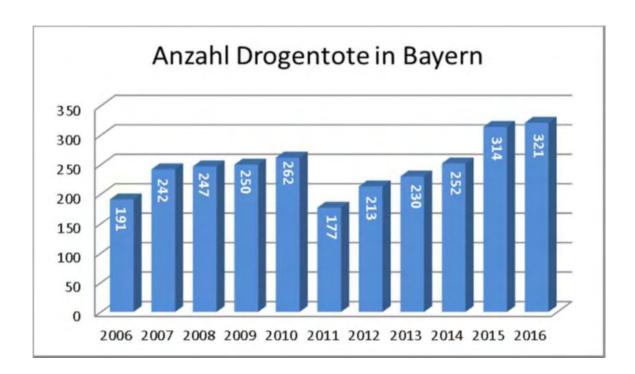
Condrobs e.V. Stellvertretender Bereichs-Geschäftsführer Kontaktladen limit

Das Bayerische Naloxon Modellprojekt gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege; Begleitforschung durch die Universitäten Bamberg, München und Regensburg.

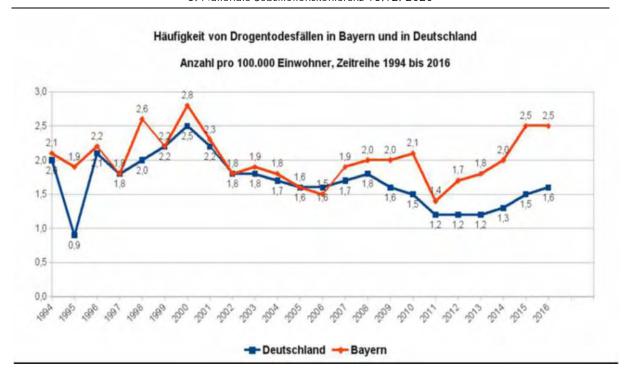
#### Hintergrund

Seit 2012 hat Bayern die höchste Zahl an drogenbedingten Todesfällen bundesweit. (2017: 308, 2018: 235, 2019: 263);

- 25% aller drogenbedingten Todesfälle in Deutschland passieren in Bayern.
- 2015 hatten Nürnberg und München die höchste Anzahl im Städtevergleich (auf Einwohnerzahl gerechnet);
- Hoher Konsum von Fentanyl;
- Staatsregierung lehnt Konsumräume weiterhin ab.







# Rahmenbedingungen

Laufzeit 01.10.18 – 30.09.2020

- Schulungen 10.18. 04.2020
- 5 Standorte (A, ING, N, M, R)\*
- 4 Träger
- 3 Unis
- Ziel 450 TN
- Ziel München 100 TN
- Begleitforschung
- 330000,-€
- Pro TN 218 355€
- Einsatz von Nasenspray



#### Zielgruppe

- Heroinkonsumierende (Szene),
- Substituierte,
- Opioidabhängige in abstinenzorientierten Einrichtungen, wie z.B. Therapie, Haft, Forensik,
- Enge Bezugspersonen von Opioidabhängigen,
- Peers (abstinente ehemalige Drogenabhängige).

<sup>\*</sup>Augsburg, Ingolstadt, Nürnberg, München, Regensburg

#### Erste Erfahrungen

Zahlen Stand 30.06.20:

- Erste Schulung 18.10.18 in Muc mit 7 TN\*
- ca. 120 Schulungen davon 47 Schulungen in München auch Kurzinterventionen
- Mai 19 erste Schulung in einer Haftanstalt
- 4 Haftanstalten beteiligt
- insgesamt 479 TN\* (Muc: 151)
- davon 479 TN\* mit Naloxonvergabe (Muc:151)
- 49 TN\* aus JVA mit Naloxon b. Entlassung (31)
- 70 dokumentierte Einsätze
- aufwendige Begleitforschung
- Gute Finanzierung
- Das Nasenspray ist ein Türöffner
- Ergebnisse dürfen erst nach Freigabe veröffentlicht werden.



#### Naloxon in Deutschland 2019

Es gibt derzeit Naloxonprojekte in 18 Städten (inkl. Bay.) mit 19 Trägern (Stand12/2020). Weitere sind im Entstehen.

Keines ist langfristig finanziert.

Begleitforschung findet in Saarbrücken und Bayern statt.



Fehlen auf der Karte: Bielefeld, Kehl, Konstanz

#### Umfrage zu Naloxonschulungen in Deutschland 2019

#### Rückmeldung von 15 Standorten

- 190 Naloxonschulungen
- 106 Gruppenschulungen (m. D.)
- 66 Einzelschulungen (m.D.)
- 803 TN\*
- 646 mal Naloxonvergabe
- 624 Naloxon-Nasenspray (m. D)
- 1 noch Ampullen ausgegeben (m. D.)

#### 170 Kassenrezepte (m. D.)

- 380 Privatrezepte (m. D.)
- 48 Naloxoneinsätze
- 47 erfolgreich

#### Naloxon Nasenspray – Nyxoid 1,8mg

Verschreibungspflichtig.

Erstattungsfähig.

Anwendungsgebiet:

• Nyxoid ist bestimmt für die sofortige Anwendung als Notfalltherapie bei bekannter oder vermuteter Opioid Überdosierung.....,

sowohl im nicht-medizinischen als auch im medizinischen Umfeld.

- Nyxoid wird angewendet bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 14 Jahren.
- Nyxoid ersetzt nicht die Behandlung durch einen Notarzt.

Verschreibung bei bestehender Opiatabhängigkeit.

#### Probleme bei der Naloxon – Verschreibung

Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der FDP Bundestagsfraktion im März 2020:

- 2018 rund 90 Packungen des Nasensprays auf Kasse
- 2019: rund 260 Packungen auf Kasse

#### Quelle:

https://www.researchgate.net/publication/342777925 Naloxon bleibt in Deutschland weitgehend ungen utzt [accessed Dec 16 2020].

#### Mögliche Ursachen:

- Unbekanntheit des Produktes bei Ärzt\*innen?
- Angst vor Regress?

# Zusammenfassung

Sometimes it's a long way but

# naloxone saves lives

Neue Projekte in 2020:

Kiel

Kempten

Würzburg

Halle

Pforzheim

Berlin

#### Weitere Informationen:

www.naloxoninfo.de

www.condrobs.de/angebote/naloxon



# Der Beitrag der Apotheke zur Ausweitung der substitutionsgestützten Behandlung

Christiane Fahrmbacher-Lutz, Fachapothekerin für Allgemeinpharmazie

#### 100.000 Substituierte bis 2022 ist das Ziel und es ist machbar!

Die Angebote an Substitutionsplätzen in Deutschland werden geringer, da viele Ärzte, die diese Behandlung anbieten ihre Praxen an Nachfolger übergeben, die oftmals die Substitution nicht weiterführen wollen. Dies ist besonders in ländlichen Regionen ein Problem, weil die Patienten dadurch zu weiten Wegen in die nächste Praxis gezwungen werden.

Hier können die Apotheken vor Ort einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie den Sichtbezug von Substitutionsmitteln in Kooperation mit einem Suchtmediziner anbieten. Bei kaum einer anderen Erkrankung kann die Apotheke so direkt in die Behandlung eingebunden werden und einen so elementaren Beitrag zur Gesundung von Patienten leisten.

Viele meiner Kollegen haben jedoch Bedenken, sich so aktiv in die Substitution einzubringen. Während die Belieferung der Take Home Rezepte zu den Pflichten einer öffentlichen Apotheke gehört, obwohl auch dies leider mancherorts von den Apotheken (unzulässiger Weise) abgelehnt wird, ist die Vergabe von Substitutionsmitteln unter Sichtkontrolle eine freiwillige Leistung der Apotheke. Es ist eine Behandlungsangebot das in Kooperation mit einem Suchtmediziner vor allem Patienten, die im Umfeld der Apotheke wohnen oder arbeiten, ermöglicht, aus dem verhängnisvollen Kreislauf der Sucht in ein geordnetes, gesundes Leben zu finden. Aus mehr als 20 Jahren Erfahrung mit der Substitution in der Apotheke kann ich meinen Kollegen aber nur Mut machen, sich hier einzubringen. Selten hat man die Chance, den eigenen Beitrag als Heilberuf so nah erleben zu dürfen.

#### Bedenken unbegründet

Bei ordentlich geplanter Einleitung der Substitution in der Apotheke sind die Ängste vor Komplikationen und Problemen unbegründet.

Da die Sichtvergabe eine freiwillige Leistung der Apotheke darstellt, kann sie nicht per Rezept angeordnet werden. Rühmliche und dringend nachahmenswerte Ausnahme ist hier Baden-Württemberg, wo in einer konzertierten Aktionen unter Einbeziehung aller Beteiligten (Ärzte, Apotheker, Krankenkassen, Politik) ein Pakt für Substitution geschlossen wurde und die Sichtvergabe auf dem Rezept angeordnet und durch die Apotheke über das Rezept auch abgerechnet werden kann. Im Rest der Republik muss vor Beginn der Substitution der Arzt bei der Apotheke anfragen, sodann muss zwischen Arzt und Apotheke eine schriftliche Vereinbarung geschlossen werden (im Downloadbereich der ABDA unter "Leitlinien und Arbeitshilfen zur Opioidsubstitution" zusammen mit sehr vielen hilfreichen Informationen und Arbeitsanweisungen zu finden) die alle wesentlichen Punkte der Substitution regelt. Wichtiger als diese dann schriftlich formalisierte Kooperation zwischen Apotheke und Arzt ist meiner Meinung nach jedoch der persönliche Kontakt zwischen Arzt

und Apotheker. Nur wenn der Suchtmediziner die Apotheke gut einweist, vor allem zu Beginn der Substitution während der Vergabezeiten der Apotheke jederzeit für telefonische Nachfragen zur Verfügung steht (auch wenn er nicht in der Praxis ist!) und den Apotheker auf Augenhöhe als Partner in der Behandlung sieht, kann diese Kooperation gelingen.

#### Einstieg

Sowohl der Arzt, der neu mit der Substitution beginnt, wie auch die Apotheke, die mit Sichtbezug beginnt, sollte über das bestehende Regelwerk Bescheid wissen. Allerdings ist die Berücksichtigung der Regeln der BtMVV bei weitem kein Hexenwerk. Hilfreich kann für beide ein Leitfaden zur Durchführung der Substitution sein, wie er beispielsweise kostenlos im Download von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS, München (https://www.bas-muenchen.de/publikationen/broschueren.html, Leitfaden für Ärzte zur Substitution) angeboten wird. Hier wird in verständlicher Weise die praktische und korrekte Umsetzung aller Regeln erläutert.

Hilfreich ist es auch, wenn in einer Region bereits in der Substitution erfahrene Kollegen den Neulingen für alle Fragen, die sich in der Praxis ergeben, zur Seite stehen. Die Autorin und ihr Team sind auch geübt und gewohnt, Fragen zur Substitution zu beantworten und steht dafür zur Verfügung.

### Durchführung

Wenn eine Apotheke zum ersten Mal einen Patienten zur Substitution annimmt, ist die Checkliste der ABDA (<a href="https://www.abda.de/fuer-">https://www.abda.de/fuer-</a>

apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen/ Opioidsubstitution) sehr hilfreich. Besonderes Augenmerk legen wir in der Apotheke, neben dem Gespräch mit dem Arzt, auf das Erstgespräch mit dem Patienten. Hier erklären wir dem Patienten auch, dass wir nicht verpflichtet sind zum Sichtbezug, aber einen Beitrag dazu leisten wollen, dass er aus seinem durch den (illegalen) Drogenkonsum geprägten Lebensstil und die damit verbundenen Erkrankungen, herauswachsen und ein stabiles Leben führen kann. Besonders wichtig ist uns dabei, dass wir den Patienten unsere (eigene) Hausordnung erläutern und klarstellen, dass wir deren genaue Einhaltung erwarten. Wir zeigen aber auch, dass wir als Heilberuf für alle Gesundheitsfragen zur Verfügung stehen, dass wir uns als Partner in seiner Behandlung verstehen und uns mit dem behandelnden Arzt und der Drogenberatungsstelle bei Bedarf absprechen werden (Entbindung von der Schweigepflicht ist Voraussetzung). Diese klare Struktur ist ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Behandlung. Es kann nicht oft genug betont werden, dass die Einhaltung der vereinbarten Regeln für beide Seiten (!!) extrem wichtig ist. Suchtpatienten kommen aus einem Umfeld in dem Verlässlichkeit nicht unbedingt vorhanden ist und wenn sie erleben, dass auch Regeln in der Substitution wegdiskutiert werden können, ist das wenig hilfreich. Es versteht sich, dass der verordnende Arzt und die Apotheke einen engen Austausch pflegen, der über die regelmäßige Zusendung der Einnahmeprotokolle hinausgeht. Wenn die Apotheke ihre Beobachtungen oder auch Fragen mit dem Arzt offen abklärt, kann die dezentrale Sichtvergabe zum wirklich großen Vorteil für den Patienten nahe an seinem

Wohnort in "seiner" Apotheke erfolgreich verlaufen. Erfolgreiche Beispiele, wie ein Arzt so mit vielen Apotheken kooperiert, gibt es genug.

# Ängste unbegründet

Viele meiner Kollegen haben Bedenken, dass sie sich mit der Substitution sehr viel Ärger in die Apotheke holen. Ich kann nur sagen, dass aus vielen Jahren Sichtbezug mit keinem einzigen Patienten nennenswerter Ärger entstanden ist, dank unserer klaren Regeln. Auf der anderen Seite sind mit vielen Patienten über die Jahre sehr vertrauensvolle Bindungen entstanden und die Freude, wenn unsere Patienten stabiler wurden, war immer eine Freude für beide Seiten. Für mich und meine Kollegen ist die Sichtvergabe ein selbstverständlicher Teil unserer Arbeit. Opioidabhängigkeit ist nur eine von vielen chronischen Erkrankungen, bei der die Apotheke sinnvoll helfen kann, damit die Behandlung erfolgreich verläuft.

#### Regionale Netzwerkarbeit hilft sehr

Ein sehr wichtiger Faktor für gute Substitution ist der regelmäßige Austausch der beteiligten Heilberufe. In gemeinsamen Arbeitskreisen sollte über alles, was in dieser Region auffällig ist oder geregelt werden kann, gesprochen werden. Es ist sehr hilfreich, wenn in einer Region einheitliche Spielregeln herrschen, z.B. was die Rezeptierung der Substitutionsmittel angeht oder auch die Verpackung der Take Home Dosen. Die Arbeitskreise helfen auch, die Sorgen und Nöte der Kollegen in der Substitution zu verstehen. Arbeitskreise brauchen Struktur, Tagesordnung kleine Protokolle der Vereinbarungen, kurz: sie sind keine Stammtische und sollten für alle Berufsangehörigen offen stehen. Es macht auch Sinn, in einer Region mit den anderen beteiligten Berufsgruppen in getrennten Zirkeln den Austausch zu pflegen, nur so kann Verständnis für die beruflichen Einschränkungen entstehen und ausgelotet werden, wo und wie man kooperieren kann. Die Augsburger Arbeitskreise, die seit 1998 erfolgreich zusammen arbeiten, haben hier bewiesen, was alles gemeinsam geschafft werden kann.

#### Fazit

Die Belieferung ordnungsgemäß ausgestellter Substitutionsrezepte ist Pflicht jeder öffentlichen Apotheke und darf und sollte nicht abgelehnt werden. Der Sichtbezug von Substitutionsmitteln ist, wenn man so will, die Kür. Eine Kür, die den Apotheker als aktiven Partner des Arztes in die Behandlung einbindet und sicher nicht nur bei der Substitution in Zukunft immer mehr gefordert wird, dort, wo Versorgungsengpässe bestehen. Das Ziel, die Substitutionsangebote deutlich auszuweiten und vor allem in Flächenstaaten überall anzubieten, wird nur gelingen, wenn auch Apotheker hier ihre Aufgabe als Heilberuf erfüllen und sich mit einbringen in die Versorgung. Ich kann Sie nur alle ermuntern, sich auf diese Arbeit einzulassen!

#### Autorinnen und Autoren

#### Christiane Fahrmbacher-Lutz

Fachapothekerin für Allgemeinpharmazie Die Ludwigs Apotheke Augsburg ludwigs.apotheke.augsburg@t-online.de

#### Anneke Groth

vista gGmbH Berlin, Geschäftsführerin anneke.groth@vistaberlin.de

#### Urs Köthner

Freiraum Hamburg e.V., Geschäftsführer koethner@freiraum-hamburgev.de

#### Christiane Nagel

Juristin, seit 1991 im Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, seit 2017 im Referat 55 Psychiatrie, Sucht Christiane.Nagel@sm.bwl.de

#### Olaf Ostermann

Condrobs e.V., limit Kontaktladen für Drogenkonsument\*innen, Stellv.Geschäftsführer, München <u>olaf.ostermann@condrobs.de</u>

#### Dirk Schäffer,

Deutsche AIDS-Hilfe, Referent für Drogen und Strafvollzug Abteilung 2 Strukturelle Prävention <a href="mailto:dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de">dah.aidshilfe.de</a>

#### Claudia Schieren

JES Bundesverband, Vorsitzende claudia.schieren@vision-ev.de

#### Frank Schulte-Derne

DGSAS, 1. Vors., LWL-Koordinationsstelle Sucht Münster, frank.schulte-derne@lwl.org

#### Christine Tügel

Vorstand Jugendhilfe e. V. Hamburg tuegel@jugendhilfe.de mit Fabian Vorberg, Substitutionsarzt













und VERBESSERUNG

der

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

zur SICHERUNG

Expertengespräch ↑
,Weiterentwicklung der
Substitutionsbehandlung'

am 14. Februar 2007 in Berlin in Zusammenarbeit mit: Universität Bremen, Prof. Dr. Heino Stöver



3. Nationale Substitutionskonferenz

# (NaSuKoD)

Brennende Themen der Substitution am 12.12.2012 in Berlin

**akzept** e.V. in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und der Deutschen Aids Hilfe (DAH).



Einige Beispiele der Aktivitäten von akzept zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung seit dem ersten Expertengespräch 2004