



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik www.akzept.org

STRATEGIEN

zur SICHERUNG
und VERBESSERUNG
der SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

STRATEGIEN

zur SICHERUNG
und VERBESSERUNG
der
SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Vorwort

In den letzten Jahren waren zwar langsame doch grundsätzlich erfreuliche Fortschritte in der Substitutionsbehandlung zu verzeichnen. Trotzdem bestehen nach wie vor erhebliche Probleme in der Qualität, im Zugang und im Umfang der Behandlung:

- ▶ beschränkte Behandlungsangebote und -zugänge in bestimmten Hilfesettings und Regionen
- ▶ erhebliche Schnittstellenprobleme bei Übergängen von Hilfesettings und Regionen
- ▶ grosse Heterogenität in der Gestaltung innerhalb der Länder und selbst dort innerhalb verschiedener Städte und Regionen
- ▶ Abnahme der Zahl substituierender Ärzte, die immer mehr PatientInnen versorgen
- ▶ strafrechtlich dominierte Behandlungsbedingungen und hoher bürokratischer Aufwand in der Durchführung.

akzept e.V. bemüht sich seit Jahren um Analysen und Strategien zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung (siehe dazu www.akzept.org). Vor diesem Hintergrund hat akzept im Februar 2009 eine eintägige Konferenz mit 20 ExpertInnen durchgeführt, die geographisch und inhaltlich die Situation der Substitutionsbehandlung mit all ihren Facetten in der Bundesrepublik wieder spiegeln: Die TeilnehmerInnen aus verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen (Klinikärzte, niedergelassene Ärzte mit unterschiedlicher Anzahl substituierter PatientInnen, SozialarbeiterInnen, VertreterInnen von Justizvollzugsanstalten, Drogenhilfeeinrichtungen, Kassenärztlichen Vereinigungen) repräsentierten verschiedene Bundesländer ebenso wie die unterschiedlichen Settings in denen Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden.

Das Ziel der Konferenz war es, auf der Basis einer von den TeilnehmerInnen vorgenommenen Problemanalyse und eines

intensivem Austausch über Verbesserungsbedarfe, Strategien für settingbezogene Lösungsansätze zu entwickeln.

Die Ergebnisse der Konferenz dienen akzept als Grundlage für eine strategische Ausrichtung zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in den nächsten Jahren.

Frankfurt/Main, Mai 2009

Prof. Dr. Heino Stöver

INHALT

Vorwort	1
Einleitung	5
TEIL 1 - BESTANDSAUFNAHME	
1. Versorgungslage	
1.1. Arzt-Patient-Verhältnis	8
1.2. Substitutionsbehandlung in den ostdeutschen Bundesländern	11
1.3. Aus-/Fort- und Weiterbildung	11
1.4. Honorierung	12
1.5. Der Umgang mit Privatrezepten	13
1.6. Übernahme der Behandlungskosten für Nicht-Versicherte	13
1.7. Qualitätssicherung	14
2. Psycho-soziale Betreuung	
2.1. Psycho-soziale Betreuung als Voraussetzung des medizinischen Teils der Substitution?	14
2.2 Ressourcenmangel in den ostdeutschen Bundesländern	15
3. Modell für die Substitutionsbehandlung: Berlin?	
3.1 PSB-Versorgung in Berlin	17
4. Substitutionsbehandlung unter verschiedenen Hilfe- /Haftbedingungen	
4.1. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen	18
4.2. Haftanstalten	19
4.3. Maßregelvollzug	22
4.4. Polizeigewahrsam	23
5. Problembereiche der Substitution	
5.1. Substitutionsbehandlungsangebote für Mütter mit Kindern	24
5.2. Umgang mit Beigebrauch	25
5.3. Umgang mit Substitutionspatienten in Drogenkonsumräumen	25
5.4. Selbsthilfe: hier Köln	25

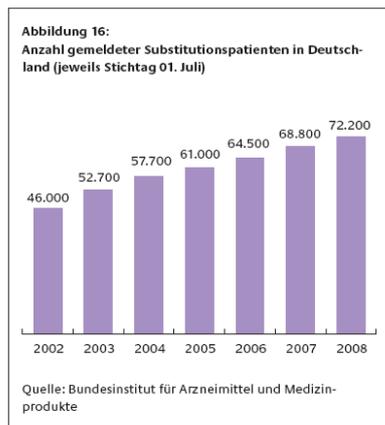
6. Übergeordnete Aspekte der Substitutionsbehandlung	
6.1. Sucht und Psychiatrie	27
6.2. Interdisziplinäre, multiprofessionelle Kooperation in der Suchtkrankenhilfe	27

TEIL 2 - AKTIONSPLAN – IDEEN, KONKRETE STRATEGIEN UND BEISPIELE GUTER PRAXIS

1. Verbesserung der Substitutionsbehandlung durch veränderte rechtliche Rahmenbedingungen	
° Verbesserung der ambulanten Versorgung und der Vergütungssituation	28
° Vernetzung	31
° Förderung und Intensivierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung	32
° Erweiterung der Substitutionssubstanzen	33
° Alltagsentlastungen für substituierte PatientInnen	34
° Einheitliche Regelungen zur Substitution in Haft	34
° Forderungen für den Maßregelvollzug	35
° Forderungen für den Polizeigewahrsam	35
° PSB-Leitlinien	36
° Imagekampagne für die Substitution in den verschiedenen Settings	36
° Forderungen der Drogenhilfe an Kooperation und Koordination	37
° Zielgruppengerechte Betreuungsangebote	38
° Sonstige Vorschläge	38
° Nächste Schritte	39
2. Ausblick	40
Literatur	41
TeilnehmerInnen	42
Dank	44
Impressum	45

Einleitung

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger hat in den letzten 25 Jahren eine enorme Entwicklung durchlaufen: von der argwöhnisch betrachteten Therapie einzelner Opioidabhängiger in wenigen Städten zu einer fast flächendeckenden Behandlungsform mit großer Akzeptanz, Reichweite und Haltekraft. Am 1. Juli 2008 befanden sich 72.200 PatientInnen in Substitutionsbehandlung (plus eine unbekannte Zahl von PatientInnen, die auf der Basis von Privatrezepten behandelt werden), was eine mehr als 50%ige Steigerung gegenüber der Patientenzahl von 2002 darstellt (vgl. Michels, Sander & Stöver 2009). Diese Entwicklung verläuft ähnlich in den meisten Ländern Europas.



Quelle: Drogen- und Suchtbericht 2009 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mai 2009

Diese enorme Steigerung in der Zahl der Substitutionsbehandlungen lässt sich nur erklären durch die wissenschaftlich und praktisch nachgewiesene Wirksamkeit dieser Therapieform, die die Akzeptanz sowohl unter Politikern, Fachleuten, Betroffenen /Patienten und Ärzten erhöht haben, die Erweiterung der

Indikation und der Zielgruppen, die Diversifizierung der Substitutionssubstanzen und eine begonnene Entbürokratisierung der Behandlung. Wissenschaftliche Erkenntnisse und nunmehr über 25-jährige praktische Erfahrungen zeigen, dass die Substitution

- ▶ eine substantielle Reduktion des Heroinkonsums bewirkt, v.a. auch des intravenösen Konsums
- ▶ das Risiko einer HIV-Infektion minimiert
- ▶ zu einer Senkung der Zahl drogenkonsumbedingter Not- und Todesfälle beiträgt
- ▶ die Patient(inn)en in Behandlung zu halten vermag
- ▶ die physische und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität der Patient(inn)en steigert
- ▶ zur Reduktion der Kriminalität und Wiederinhaftierung beiträgt
- ▶ kostengünstig ist
- ▶ eine sichere Behandlungsform darstellt, und
- ▶ zu positiven Ergebnissen innerhalb verschiedener kultureller Zusammenhänge führt.

Für die Betroffenen ist die Substitutionsbehandlung eine Möglichkeit, die chronisch rezidivierende Erkrankung „Opiatabhängigkeit“ besser zu bewältigen und sich körperlich und sozial zu stabilisieren – bis hin zu einer Rückkehr in ein ‚normales‘ Alltagsleben, in dem sie den Anforderungen in Partner-/Elternschaft, Ausbildung und Berufsleben gerecht werden können.

Obwohl die Substitutionsbehandlung den bedeutendsten Baustein im Rahmen der Behandlung Opioidabhängiger darstellt, wird nach Expertenauffassung das gesamte Potential dieser Behandlungsform noch nicht genügend ausgeschöpft.

akzept e.V. (Bundesverband akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik) hat daher 20 ExpertInnen aus verschiedenen Berufsgruppen und Regionen (Klinik- und niedergelassene Ärzte verschiedener Settings, Sozialarbeiter, Vertreter von Justizvollzugsanstalten, Drogenhilfeeinrichtungen, der Kassen-

ärztlichen Vereinigungen sowie Peers) eingeladen, um einerseits Problembereiche zu benennen und andererseits konkrete Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Substitutionsbehandlung zu entwickeln. Die Ziele waren im einzelnen:

- ▶ Expertise aus einem breiten Spektrum von Disziplinen zusammenzubringen, um möglichst viele Facetten der Substitutionsbehandlung und deren Verbesserungsbedarfe zu beleuchten
- ▶ Informationen zwischen verschiedenen Settings und Bundesländern auszutauschen
- ▶ Spezifische settingbezogene/regionalbezogene Problemfelder zu identifizieren
- ▶ Realisierbare Ideen, Strategien und Instrumente zur Verbesserung der Situation zu sammeln und einen Aktionsplan zu erstellen (umzusetzen in einem Zeitrahmen von 12-24 Monaten)
- ▶ Relevante Zielgruppen und Ansprechpartner für die Umsetzung von Veränderungsstrategien zu benennen
- ▶ Partnerschaften und Netzwerke untereinander zu ermöglichen.

Die ExpertInnen haben beispielhaft die jeweils in ihrem Arbeitsbereich der Substitutionsbehandlung auftretenden Probleme skizziert und Änderungsvorschläge entwickelt, die als Grundlage für die vorliegende Bestandsaufnahme und das darauf aufbauende Aktionsprogramm genutzt wurden.

TEIL I - BESTANDSAUFNAHME

Die Diskussion der Problemlagen der Substitutionsbehandlung in den einzelnen Bundesländern zeigt trotz bundesrechtlicher Regelung und länderspezifischer Durchführungsbestimmungen z.T. einen sehr heterogenen Umgang mit dieser Behandlungsform sowohl innerhalb Deutschlands, als auch innerhalb der einzelnen Bundesländer selbst, auch zwischen verschiedenen Hilfesettings (Haft, Maßregelvollzug, Klinik, Praxis des niedergelassenen Arztes etc.).

Der Sicherstellungsauftrag der KVen ist in mehreren Regionen und Hilfesettings nicht erfüllt. Bedingt durch die Altersstruktur vieler substituierender ÄrztInnen und die mangelnde Bereitschaft zur Substitution (aufgrund der rechtlichen Situation und/oder aufgrund persönlicher Einwände) besteht hier Handlungsbedarf.

Es müssen (nicht nur finanzielle) Anregungen und Anreize für die Ärzteschaft geschaffen werden, um die Substitution attraktiv zu machen.

1. Versorgungslage

1.1. Arzt-Patient-Verhältnis

2008 hat die Zahl der substituierenden Ärzte erneut abgenommen und liegt derzeit bei 2700, damit öffnet sich die Schere im Arzt-Patient-Verhältnis immer weiter und liegt gegenwärtig bei 1: 27. Da in den letzten Jahren eine stetige Zunahme der Zahl der PatientInnen in Substitutionsbehandlung zu verzeichnen war, was einen Bedarf an dieser Therapieform ausdrückt, ist davon auszugehen, dass auch in den nächsten Jahren mit einem erneuten Anstieg zu rechnen sein wird: die Zahl von 80-85.000 PatientInnen in 2-3 Jahren erscheint nicht unrealistisch.

Die Versorgung von Opioidabhängigen an einer Substitutionsbehandlung ist zwar Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – gleichwohl können die ÄrztInnen nicht zur Substitution gezwungen werden.

Allerdings bestehen bereits Beispiele guter Praxis für Versorgungsnotlagen: um die Versorgung in unterversorgten Gebieten sicher zu stellen, wurden seit 1995 in Baden-Württemberg 7 Schwerpunktpraxen für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Kooperation mit den Kommunen, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem Sozialministerium gegründet.

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) stehen der Substitution eher ablehnend gegenüber. Obwohl die Substitution weder durch die Ärzteschaft, die Politik, noch budgetär limitiert wird, hinkt Deutschland die Substitution betreffend im Vergleich zu anderen OECD-Staaten hinterher.

Ein Hauptgrund für den Mangel an neueinsteigenden substituierenden ÄrztInnen liegt in den restriktiven rechtlichen Rahmenbedingungen, dem daraus resultierenden hohen administrativen und praxisorganisatorischen Aufwand (siehe Wittchen, 2003/2005, Kunstmann 2008). Eine Verschlankung der Behandlungsbedingungen um alltags- und praxistaugliche Abgabeformen zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Patienten stärker entsprechen, wäre dringend nötig, um die Substitution für ÄrztInnen attraktiver zu machen. Vor allem werden die ÄrztInnen durch die rechtlichen Bestimmungen, insbesondere die Take Home- und die Vertreterregelung, zu sehr eingeschränkt.

Außerdem mangelt es an Nachfolgern für viele ÄrztInnen, die in den nächsten Jahren berentet werden (20-30% der substituierenden ÄrztInnen bundesweit). Besonders betroffen ist die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gegenden. Je weniger Ärzte substituieren, desto höher ist das Arzt-Patient-Verhältnis, desto weniger Wahlmöglichkeiten haben die Patienten und desto länger werden die Anfahrtswege.

Diese Problematik ist gerade auf dem Lande sehr ausgeprägt: Die weiten Anfahrtswege zum behandelnden Arzt, das Fehlen einer Fahrerlaubnis und das geringe finanzielle Budget führen in vielen Fällen dazu, dass Patienten Verkehrsmittel des ÖPNV ohne entsprechenden Fahrschein nutzen. Die Praxis zeigt, dass vor dem Hintergrund noch aktueller Bewährungszeiten/und -auflagen dies zu erneuten Geldstrafen oder Inhaftierungen führt.

In Niedersachsen resultierte eine flächendeckende Überprüfung aller substituierenden ÄrztInnen durch die AOK und die KVN in einer Anlagewelle (durch die Staatsanwaltschaften) und darin, dass rund 20% der ÄrztInnen die Substitution einstellten (häufigster Vorwurf: „Mitgabe aus der Praxis“).

Aufgrund des massiven Rückgangs von Substitutionsangeboten außerhalb Münchens (sehr wenige/gar keine PatientInnen werden z.B. in Passau, Neuburg, Landshut, Ingolstadt behandelt) werden in München flexiblere Hilfsangebote für diese zusätzlichen PatientInnen benötigt.

Allerdings führt die Konzentration in Großpraxen oft zu einer oberflächlichen Betreuung zu vieler PatientInnen durch zu wenige ÄrztInnen – die Anzahl der PatientInnen pro Ärztin/Arzt ist dann Gegenstand von Auseinandersetzungen mit den KVen.

Modell Baden-Württemberg:

Um die Versorgung in unterversorgten Gebieten sicher zu stellen, wurden seit 1995 in Baden-Württemberg 7 Schwerpunktpraxen für die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Kooperation mit den Kommunen, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem Sozialministerium gegründet.

1.2. Substitutionsbehandlung in den ost-deutschen Bundesländern

In den neuen Bundesländern gab es seit der Wende regional unterschiedliche Entwicklungen in der Konsum- und Versorgungssituation. Die Landesstellen Brandenburg und Thüringen nennen keine Anzahl von Opiatabhängigen in ambulanter Beratung; Mecklenburg-Vorpommern landesweit 129. Lediglich in Sachsen und Sachsen-Anhalt scheint es in bemerkenswertem Umfang Opiatkonsum und Substitution zu geben.

Die Substitution wurde in den letzten 10 Jahren in Sachsen-Anhalt immer wichtiger; die regionale Verfügbarkeit einer Substitution ist aber sehr unterschiedlich.

Die Zahl der Substituierten hat sich in sechs Jahren mehr als verfünffacht: Im Jahre 2000 gab es 140 Substituierte, 2006 waren es bereits 750 (Altersdurchschnitt der KlientInnen bei Mitte 20).

1.3. Aus-/Fort- und Weiterbildung

Das mangelnde Interesse bzw. die ablehnende Haltung vieler ÄrztInnen gegenüber der Substitution äußert sich auch in einem geringen Interesse an entsprechenden Weiter- und Fortbildungen. Hier wäre eine Übernahme der Kosten für den nötigen Fachkundenachweis hilfreich, um für die Substitution zu werben. Viele ÄrztInnen haben aber gar kein Interesse, sich zum Thema Substitution fortzubilden. Daher ist eine Verbindlichkeit für Aus- und Weiterbildungen zu fordern und das möglichst früh in der ärztlichen Ausbildung. Suchtmedizin sollte überhaupt bzw. stärker in die ärztliche Ausbildung integriert werden.

■ Da ein sehr großer Teil der Suchtkranken auch unter psychiatrischen Erkrankungen leiden (z.B. Depression, Borderline-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörungen), wäre die Integration psychiatrischer Themen in die allgemeinmedizinische Fortbildung und Information der HausärztInnen sinnvoll.

Das medizinische Fachpersonal in den Substitutionspraxen zeigt weiterhin ein starkes Interesse an den Fortbildungen der KV Hessen im Umgang mit Substitutionspatienten.

Modell Niedersachsen:

Hier wird der Erwerb des Fachkundenachweises aus Mitteln des Sicherungsstellungsfonds der KVN bezahlt.

1.4. Honorierung

Die Honorierung der Substitution erfolgt mittlerweile bundesweit nach einem einheitlichem Punktwert. Während manche Bundesländer davon profitieren (z.B. Niedersachsen), bedeutet die Angleichung für andere Bundesländer (z.B. Bayern) mit zuvor höherer Honorierung eine finanzielle Abstufung angesichts gleich gebliebener hoher Praxiskosten.

Eine umfassende Betreuung und medizinische Versorgung inklusive PSB ist bei dieser Vergütung problematisch; entsprechend brach die Substitution im Vergleich zu 2007 in Bayern um 30% ein, vor allem durch Wegfall der Sonderbudgets für Betreuungsziffern. Andererseits entstehen zurzeit Substitutionspraxen, in denen mit minimaler personaler Ausstattung (z.B. ein/e Halbtagsärztin/-arzt und zwei HalbtagsshelferInnen) neben 50 KassenpatientInnen zusätzlich 50-100 PatientInnen „privat“ behandelt werden.

Die Mitgaberegulation verlangt eine intensive ärztliche Überwachung des Substituierten; dieser Aufwand wird jedoch durch die Honorierung der wöchentlichen Rezeptvergabe nicht gedeckt.

Modell Hessen/Niedersachsen:

Eine Pauschalfinanzierung dieser Take-Home-Vergabe erfolgt bisher nur in Hessen und Niedersachsen.

1.5. Der Umgang mit Privatrezepten

Der Umgang mit der Substitutionsbehandlung auf der Basis von Privatrezepten gestaltet sich unterschiedlich in Deutschland. KVen und GKV halten sie für unzulässig. Patienten sollen an die Kassen verwiesen werden (aber die Substitutionsplätze sind durch Kontingentierung begrenzt). Zum Teil möchten Substituierte selbst diese Option erhalten, um beruflich und privat flexibler zu sein. Ärztlicher Missbrauch wird nur bei Anzeige geahndet. Momentan werden in einigen Praxen Hartz IV-EmpfängerInnen sofort aufgenommen, wenn sie selbst zahlen: Sie werden auf Privatrezept substituiert und ermöglichen sich so eine Substitution auf Schuldenbasis. Diese Fälle werden nicht immer ordnungsgemäß an das Substitutionsregister gemeldet. Zahlen zur Privatsubstitution sind nur in einzelnen Regionen und dann auch sehr unpräzise vorhanden.

1.6. Übernahme der Behandlungskosten für Nicht-Versicherte

Wer zahlt die Behandlungskosten für aus der Krankenversicherung gefallene PatientInnen? Diese Frage muss geklärt werden, damit begonnene Substitutionsbehandlungen – etwa nach einem Klinikaufenthalt - weitergeführt werden können und Substitutionswillige schnell in die Behandlung aufgenommen werden können.

1.7. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherungskommission stellt für Hessen fest, dass bei den Qualitätsprüfungen der Substitutionsbehandlungen zwischen ‚sehr guten‘ und ‚sehr schlechten‘ Behandlungen zu unterscheiden ist. Es ist festzuhalten, dass sich 1/3 der Patienten im Mittelfeld befindet. Bei diesen Patienten liegen Ressourcen vor, die zum jetzigen Zeitpunkt nicht wirklich genutzt werden. Somit kann von einer Stagnation gesprochen werden. Ein Grund hierfür sind die langjährigen Arzt-Patienten-Beziehungen, die einen gewissen „Gewöhnungsfaktor“ aufzeigen.

Erhebliche strukturelle Defizite kamen bei einer Befragung von 310 SubstitutionspatientInnen zur Testung auf HIV und Hepatitis C sowie zur Hepatitis-Impfung zum Vorschein: Die Häufigkeit von HIV- und Hepatitis C-Testung sowie von Hepatitis A/B-Impfungen bei SubstitutionspatientInnen ist erschreckend gering.

2. Psycho-soziale Betreuung

2.1. Psycho-soziale Betreuung als Voraussetzung des medizinischen Teils der Substitution?

Die Einrichtung einer Substitutionspraxis und eines Behandlungsangebotes für ca. 100 Augsburger PatientInnen durch eine Münchner Praxis scheiterte an fehlenden PSB-Angeboten: Deren Finanzierung durch den Bezirk Schwaben und die Stadt Augsburg wurde trotz langer Debatte nicht sichergestellt.

■ Bei der Form der Beurteilung der Notwendigkeit von PSB-Maßnahmen gibt es viele unterschiedliche Vorgehensweisen in den einzelnen Bundesländern und KV-Bezirken.

Regional ganz unterschiedlich und nicht überall gleich verbindlich ist geregelt, wer im Bedarfsfall PSB-Maßnahmen zu finanzieren hat (vgl. Gerlach/Stöver 2009).

Über den tatsächlichen Unterstützungsbedarf einzelner Patienten gibt es je nach Profession unterschiedliche Wahrnehmungen: Sozial-/Gesundheitsprofessionen beklagen, dass der Unterstützungsbedarf von der Ärzteschaft nicht immer richtig wahrgenommen, und eine „Objektivierung“ von Hilfebedarfen seitens der Behörden bisher eher vermieden wird. Deshalb fand/findet die (drogen-) politische Auseinandersetzung über die Bereitstellung notwendiger Mittel für die PSB durch die zuständigen Behörden immer weniger statt. In Zeiten finanzpolitischer Krisen ist dies ohnehin schwierig.

Aus Sicht der Selbsthilfe wird die Rolle von PSB für eine erfolgreiche Substitutionsbehandlung vielfach zu hoch bewertet; eine Zwangskopplung ist in vielen Fällen nicht einleuchtend - trotzdem werden nur selten Bescheinigungen ausgestellt, dass eine PSB nicht notwendig für eine Substitution ist.

2.2 Ressourcenmangel in den ostdeutschen Bundesländern

Die ambulante Suchtkrankenhilfe in Sachsen-Anhalt ist mit einer Suchtberatungsstelle und zwei MitarbeiterInnen pro Landkreis ungenügend ausgestattet. Es gibt landesweit keine PSB-Finanzierung, weshalb Beratungsstellen aufgrund mangelnder Ressourcen z.T. keine PSB anbieten können, was sich wiederum blockierend auf die Erweiterung der Substitutionsbehandlung auswirkt. Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Situation, sind folgende Aspekte wichtig zu benennen:

- ▶ Zu dem völlig unbefriedigenden PSB-Angebot kommt in einigen Fällen ein kommunaler Widerstand gegen entsprechende Einrichtungen hinzu
- ▶ Nur in Halle findet Substitution in Haft statt

- ▶ In der Drogenberatungsstelle Halle betreuen sieben MitarbeiterInnen 500 Drogenabhängige; zwei Drittel davon sind Opiatabhängige. Die Betreuung umfasst sowohl abstinenzorientierte als auch akzeptierende Ansätze, niedrighschwellige Angebote und eine enge Kooperation mit ÄrztInnen
- ▶ Eine passgenaue Betreuung müsste sich näher an der Lebenswelt der Betroffenen orientieren (Mütter und Kinder, Schwarzfahrerproblematik, adäquate Betreuung bestimmter ethnischer Gruppen durch fremdsprachige MitarbeiterInnen).

Für viele der substituierten PatientInnen mit einem Migrationshintergrund und oft schlechten Deutschkenntnissen (viele Spät-aussiedler, Vietnamesen) mangelt es an Anlaufstellen.

3. Modell für die Substitutionsbehandlung: Berlin?

In Berlin finden sich im bundesweiten Vergleich relativ gute Rahmenbedingungen für die Substitution. Deshalb ist die rückläufige Bereitschaft der ÄrztInnen zur Substitution dort nicht so ausgeprägt wie in anderen Bundesländern. Mehrere Gründe sprechen für eine adäquate Organisation und Finanzierung der Substitution:

- ▶ Die Honorierung der Substitution ist hier angemessen und sichert einigen Praxen sogar das Überleben
- ▶ Die Qualitätssicherungskommission prüft 8% der substituierenden ÄrztInnen pro Jahr, und eine Aberkennung der Zulassung ist nur sehr selten erforderlich
- ▶ Neben der medizinischen und PSB-Versorgung steht auch eine breite Palette an niedrighschwelligen Hilfeangeboten zur Verfügung

- Es gab wenig Konflikte zwischen den substituierenden ÄrztInnen und der Staatsanwaltschaft.

3.1 PSB-Versorgung in Berlin

Aufgrund der Regelung der PSB-Finanzierung gemäß §§ 53, 54 SGB XII sieht sich Berlin in einer sehr komfortablen Situation. Die Finanzierung auf dieser Grundlage ermöglicht eine ausreichende Anzahl und ein breites Spektrum an PSB-Angeboten. Diese umfassen auch tagesstrukturierende Maßnahmen, Beschäftigungsprojekte und spezielle Angebote für Schwangere oder Familien (z.B. Wigwam).

Die Beendigung der PSB führt nicht zwangsläufig zum Abbruch des medizinischen Teils der Substitutionsbehandlung: Die ärztliche Substitutionsbehandlung nach SGB V und die psychosoziale Betreuung durch dafür qualifiziertes Fachpersonal nach dem SGB XII sind eigenständige und voneinander unabhängige Kreisläufe.

Die Situation könnte durch einheitliche PSB-Leitlinien noch verbessert werden: Hilfepläne und Standards bedürfen einer Überarbeitung, um den unterschiedlichen Bedarf verschiedener Zielgruppen gerecht werden zu können, darunter Schwangere und Familien, PatientInnen mit Beikonsum, ältere Substituierte, sehr junge KonsumentInnen und komplex traumatisierte PatientInnen (sehr viele Frauen).

Es besteht ein großer Bedarf an Schulungen und auch eine mangelnde Anerkennung der Rolle von ArzthelferInnen als primäre KommunikationspartnerInnen für SubstitutionspatientInnen, auch was PSB angeht.

Modell Berlin:

Eine adäquate Organisation und Finanzierung der Substitutionsbehandlung bewirkt eine relativ große Bereitschaft unter ÄrztInnen zu substituieren - mit einer relativ hohen Qualität. Eine Einzelfallfinanzierung der PSB fördert ein breites Spektrum an zusätzlichen psycho-sozialen Hilfeangeboten für Opiatabhängige.

4. Substitutionsbehandlung unter verschiedenen Hilfe-/Haftbedingungen

4.1. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen

Gemäß Anlage 4 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger kann nur im Einzelfall die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation fortgesetzt werden. Eine erfolgreiche Rehabilitation sollte aber unabhängig von einer bestehenden Substitution gemessen und anerkannt werden.

Die Doppelanforderung der Abdosierung und der Rehabilitation bürdet den substituierten PatientInnen eine zusätzliche, unnötige Belastung auf.

Es ist notwendig, auch Kinder von Suchtkranken in Rehabilitationskliniken aufzunehmen, um suchtkranken Eltern eine stationäre, substituionsgestützte Rehabilitation zu ermöglichen.

Medizinische Rehabilitation und Substitutionsbehandlung schließen sich nicht länger aus. Die "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" ermöglicht eine Verschränkung beider Hilfeansätze.

4.2. Haftanstalten

Bundesweit befinden sich ca 20-30.000 Opiatabhängige in Haft (Keppler/Fritsch/Stöver 2009). Trotz dieser Zahlen wird aber das Suchtproblem im Anstaltsleben nur marginal wahrgenommen und behandelt.

Das Image der Substitution im Anstalts-Setting ist in vielen Bundesländern, z.B. Baden-Württemberg, stark verbesserungsbedürftig. So dominiert häufig die Abstinenzorientierung, und oft wird fälschlicherweise unterstellt, dass eine Substitution in Freiheit meist wenig erfolgreich verläuft. Ein Hauptproblem der Substitution in Haft sind die starken regionalen Unterschiede in der gefängnismedizinischen Praxis und die unterschiedlichen Haltungen der Anstaltsleitungen, wie anhand einiger Bundesländer deutlich gemacht werden kann:

In der JVA für Frauen Vechta in *Niedersachsen* erhalten 40 Gefangene eine Substitutionsbehandlung mit begleitender PSB. Die meisten anderen JVAs in *Niedersachsen* substituieren ebenfalls opioid-abhängige Patienten.

In *Bayern* hingegen wird nur in einer JVA durchsubstituiert (Nürnberg und dies nur bei kurzer Haftdauer).

Die gesundheitliche und gerade suchtmmedizinische Versorgung von inhaftierten Drogenabhängigen in *Baden-Württemberg* ist mangelhaft:

- ▶ Trotz einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums aus dem Jahr 2002, gemäß der in Haft eine Substitutionsversorgung ebenbürtig zur Substitution in Freiheit durchgeführt werden soll, ist das Angebot an Substitutionsplätzen in Haft völlig unzureichend.
- ▶ Die JVA's Ravensburg und Freiburg sind mit derzeit 14 bzw 30 langfristig substituierten Gefangenen Beispiele für Bemühungen, eine Substitution, die jener in Freiheit ebenbürtig ist, anzubieten. In den meisten übrigen JVA's werden dagegen höchstens 1-3 Gefangenen längerfristig substituiert, die Substitutionsangebote beschränken sich in der Regel auf das „Ausschleichen“.
- ▶ Die Gefangenen sind also von den jeweiligen Anstaltsärzten abhängig. Diese bestimmen aufgrund ihrer „Königsrolle“ über die Behandlungsform, was in der Praxis leider dazu führt, dass den meisten drogenabhängigen Gefangenen keine angemessene Behandlung angeboten wird.

Der Ruf der Substitution ist leider auch außerhalb der Anstaltsmauern und gerade auch unter den KollegInnen aus dem Drogenhilfebereich sehr schlecht. Dies wird jedenfalls für die Region Tübingen/Reutlingen berichtet, in der es etliche stationäre und ambulante Einrichtungen der Drogenhilfe gibt. Akzeptanzorientierte Ansätze sind nachrangig und werden wohl auch als Konkurrenz gesehen (z.B. die Befürchtung: viele Gefangene könnten keine stationäre Langzeittherapie mehr aufnehmen, wenn sie sich im Gefängnis substituieren lassen können).

Eine Minderheit problematischer Fälle unter den Substituierten (Beigebruch, Schwarzhandel) dient als Argument gegen die Substitution überhaupt.

Die Substitutionsbehandlung einschließlich der PSB in den Gefängnissen im bevölkerungsreichsten Bundesland Deutschlands, *Nordrhein-Westfalen* befindet sich im Umbruch:

- ▶ Die „Konzeptionelle Neuakzentuierung der Drogenberatung“ stellt einen Wendepunkt für die Substitution in Haft dar. Ein Fokus wird fortan auf präventive und palliative Maßnahmen gesetzt. Es wurden im Jahre 2008 Mittel in Höhe von 500.000 € für externe Drogenberatung und Projekte zugewiesen, ein Teil dieser Mittel wird für PSB-Projekte in den Justizvollzugsanstalten zur Verfügung gestellt.
- ▶ Interne Vernetzungsprobleme und sehr unverbindliche, uneinheitliche Regelungen erschweren die Rolle der Suchtberatung in Haft. Oft führen ÄrztInnen eine Substitution durch, ohne dass die Suchtberatung involviert ist.
- ▶ Bei der Aufnahme der Drogenabhängigen ist der Beikonsum oft schlecht einzuschätzen; dennoch ist eine schnelle Indikationsstellung gefragt.
- ▶ Für Nordrhein-Westfalen (z.B. JVA Werl) gilt, dass die PSB durch die Unterstützungs-Infrastruktur in der Haft gewährleistet ist. Derzeit gibt es Bemühungen im Rahmen des Übergangsmangements in der Suchtberatung (AG des Justizministeriums, MAGS und den freien Wohlfahrtsverbänden) den nahtlosen Zuständigkeitswechsel von der internen Betreuung zur externen Betreuung frühzeitig zu veranlassen und zu optimieren.
- ▶ Substituierte ohne Beikonsum, die im geschlossenen Vollzug untergebracht sind, werden z.B. durch externe Arbeitseinsätze oder Lockerungen belohnt.
- ▶ Konkrete Kontakte und eine enge Zusammenarbeit mit PSB-Stellen außerhalb der Haft sowie eine vorherige Klärung der Kostenfrage können die Chance auf einen Substitutionsplatz nach der Entlassung erhöhen.
- ▶ In den JVAen wird die Unterstützung bei der Stellung von Arbeitslosengeld-Anträgen sehr unterschiedlich gehandhabt, hier wäre eine stärkere Verzahnung mit den Leistungsträgern angezeigt.

Das Krankenpflegepersonal ist sehr ausgelastet. Die Erhöhung der Anzahl der Substituierten findet bei dieser Berufsgruppe

deshalb sehr wenig Akzeptanz. Trotzdem oder gerade deshalb wäre es sinnvoll, die MitarbeiterInnen mehr in die Substitutionsbehandlung und -betreuung einzubeziehen und vor allem auch weiterzubilden.

Beispiel Niedersachsen:

In der JVA für Frauen Vechta in Niedersachsen erfahren 40 Gefangene eine Substitutionsbehandlung mit begleitender PSB. Die meisten anderen JVAs in Niedersachsen substituieren ebenfalls opioidabhängige Patienten.

4.3. Maßregelvollzug

Im Vordergrund stehen der Auftrag der Besserung und Sicherung, d.h. eine Therapie über längere Zeit und der Schutz der Bevölkerung.

Viele Einrichtungen sind stark überbelegt. In Hamburg bspw. gibt es 42 stationäre Plätze für die Suchttherapie und 240 Plätze für PatientInnen nach § 63 StGB, darunter viele Suchtkranke.

Viele PatientInnen sind gegen ihren Willen eingewiesen worden. Oft mangelt es an Krankheitseinsicht und Compliance; viel Motivationsarbeit ist nötig um am Suchtproblem zu arbeiten.

Die PatientInnen haben meist zehn oder mehr Vorstrafen und oft keine Therapieerfahrung. Häufig handelt es sich um Double- oder Triplediasgnosen: Spätestens nach dem Entzug kommen begleitende psychiatrische Störungen zum Vorschein.

Ob nach einem Entzug die Substitution wieder eingeleitet wird, sollte von der Einzelfallbeurteilung abhängen.

■ Manchmal ist eine Psychotherapie der psychiatrischen Störung Voraussetzung für den Beginn einer Substitutionsbehandlung.

Kriterien für die Auswahl der Substitutionsmittel sind die Verhinderung von Weitergabe und Einsatz zur Rauscherzeugung.

Manche PatientInnen befürchten (ungerechtfertigterweise), dass sich ihre Kriminalprognose durch eine Substitution verschlechtert.

Das größte Problem stellt die Weiterbehandlung nach dem Maßregelvollzug dar. Es mangelt sowohl an stationären als auch an ambulanten Substitutionsplätzen in Folgeeinrichtungen, da manche Einrichtungen aufgrund der hohen Qualitätsansprüche und des erforderlichen Kooperationsaufwands eine Übernahme ablehnen.

Viele substituierte PatientInnen müssen schließlich ausgesetzte Haftstrafen wieder antreten.

4.4. Polizeigewahrsam

Der Polizeigewahrsam dient der vorübergehenden Unterbringung von festgenommenen Personen auf Polizeiwachen. Die Dauer des Gewahrsams ist abhängig von der rechtlichen Situation (Schutzgewahrsam, strafprozeßualer Gewahrsam...). Der Gewahrsam im Rahmen einer Straftat wird bis zur Vorstellung beim Richter durchgeführt, der über eine Anordnung einer Untersuchungshaft entscheidet. In der Praxis dauert dieser Gewahrsam 6 bis 24 Stunden.

Trotz des hohen Anteils an Betrunkenen und Drogenabhängigen mit Intoxikationen oder Entzugssyndromen ist praktisch keine medizinische Infrastruktur vorgesehen. Die Gewahrsamsfähigkeit wird erst ärztlich beurteilt, wenn die Beamten im Polizeigewahrsam, medizinische Laien, Zweifel an der Gewahrsamsfähigkeit hegen. Eine standardisierte Vorstellung der Gefangenen ist nicht vorgesehen und findet nicht statt.

Hinzugezogene Ärzte besitzen meist nicht die zu fordernde Qualifikation für die Diagnostik und Therapie von Suchterkrankungen.

Eine Medikation mit Substitutionsmitteln zur Linderung der Entzugssymptomatiken von Drogengebrauchern wird nicht durchgeführt. Bereits substituierte Patienten werden am Tage durch Polizeibeamte in die Praxis des Substitutionsarztes gefahren und erhalten dort ihre Tagesdosis.

5. Problembereiche der Substitution

5.1. Substitutionsbehandlungsangebote für Mütter mit Kindern

München bietet viele Einrichtungen und Aktivitäten zum Thema Substitution. Spezielle Programme richten sich an Mütter mit Kindern: aktuell ist jedoch ein Trend zu deutlicher Erhöhung des Drucks auf junge Familien festzustellen. „Probemuttern“ unter stark kontrollierten Bedingungen in Kinderstationen ist belastend für Mütter, Kinder und Personal. Diese Bedingungen sind wenig angetan, Elternkompetenz zu prüfen und führen oft zu Streß, Ängsten und Kurzschlußreaktionen. Für alle ist die Betreuung dieser Zielgruppe sehr aufwändig; bestehende Kooperationsvereinbarungen sind bisher oft nicht umgesetzt – auch wegen fehlender Finanzierungen.

Angesichts des besonderen Schutzbedarfs von Kindern und Jugendlichen müssen qualifizierte Hilfs- und Betreuungsangebote für Mütter mit Kindern, Schwangere und Familien erhalten und weiter ausgebaut werden. Dabei sollten wenn möglich auch verbindliche Nachsorgeregelungen nach Projektbeendigung vereinbart werden.

5.2. Umgang mit Beigebrauch

Das Ausmaß des bereits beschriebenen Problems der auf Privat-rezept substituierten PatientInnen ist nicht erfasst.

Der Umgang mit Beikonsum unter Substitution ist sehr unterschiedlich. Viele HausärztInnen und auch z.T. nicht substituierende FachärztInnen sind nicht unbeteiligt an der weit verbreiteten Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Die Verschreibung erfolgt oft aufgrund von Unkenntnis, manchmal aber auch um die PatientInnen zu beruhigen und/oder an die Praxis zu „binden“. Hier wäre eine engere Zusammenarbeit mit Psychiatern zwecks Indikation nötig. In Bremen gelangen Abhängige in einigen Apotheken an Benzodiazepine auf Basis von mehrfach verwendeten Dauerrezepten oder als Gegenwert für die Abgabe von Rezepten für HIV-Medikamente.

5.3. Umgang mit Substitutionspatienten in Drogenkonsumräumen

Der Konflikt mit den rechtlichen Bestimmungen erschwert die Kommunikation mit den PatientInnen und anderen Beteiligten erheblich. Die rechtlichen Einschränkungen führen zu einer eklatanten Zunahme an Drogennotfällen. Beigebrauchsfreiheit ist bei substituierten PatientInnen nicht die Regel. Die Frage, ob substituierte PatientInnen Drogenkonsumräume nutzen dürfen, muss in deren Sinne geklärt werden.

5.4. Selbsthilfe: hier Köln

In Köln verteilt sich die Substitution im Wesentlichen auf die Ambulanzen der Drogenhilfeeinrichtungen und des Gesundheitsamtes, da es nur wenige niedergelassene substituierende ÄrztInnen gibt. Dadurch ist die PSB zwar für die Ambulanz-PatientInnen gesichert, bei Konflikten mit diesen Einrichtungen

gibt es für die Betroffenen aber nur wenige Ausweichmöglichkeiten.

Vielversprechende Maßnahmen, die eine Anerkennung als PSB finden, z.B. das ambulant betreut Wohnen, sind i.d.R. auf 2-3 Jahre begrenzt – wie die gesetzliche Vorgabe der PSB darüber hinaus erfüllt werden kann ist noch nicht ausreichend diskutiert.

Wünschenswert wäre eine größere Flexibilität bei der Wahl der Substitutionssubstanzen. Ein einfacheres Wechseln, ohne die jahrelange Festlegung auf eine Substanz, würde viele PatientInnen dazu ermutigen, ihrem Bedarf besser entsprechende Optionen auszuprobieren.

Die erhebliche Zahl an Selbstzahlern in der Substitution wird als großes Problem erachtet. Obwohl einige wenige Betroffene bewusst die Möglichkeit der Selbstzahlung auf Privatrezept wählen, um eine schnelle Substitution zu ermöglichen oder ihre soziale Integration nicht zu gefährden, ist dies für viele Abhängige nur eine Notlösung da nicht in ausreichender Menge „legale“ Plätze zur Verfügung stehen. Die KV'en sind hier aufgerufen auf ihre angeschlossenen Mediziner einzuwirken die Praxis des Selbstzahlens einzustellen und ausreichend Plätze zur Verfügung zu stellen.

Weitere z.T. unüberwindbare Probleme resultieren oft aus der Nichtversicherung von PatientInnen bzw. Beitragsschulden. Dies betrifft besonders Betroffene mit Migrationshintergrund, die Versicherungsbeiträge bzw. -vorauszahlungen nicht geleistet haben.

So weigern sich die Krankenkassen teilweise, rückwirkend erhobene Beitragsschulden aus nicht versicherten Phasen zu erlassen und verzögern/verhindern damit die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung.

6. Übergeordnete Aspekte der Substitutionsbehandlung

6.1. Sucht und Psychiatrie

Die Sucht als einer der größten Bereiche der Psychiatrie wird von ihr stiefmütterlich behandelt. Die Versorgung Suchtkranker im ambulanten psychiatrischen/psychotherapeutischen Bereich ist mangelhaft. Die psychiatrische Versorgung sollte zumindest in allen größeren Städten in die allgemeine Suchtbetreuung integriert sein. Es existiert immer noch die Trennung von legaler Suchtberatung/psychiatrischen Behandlungsangeboten (durch die Behandlungszentren) und Suchtberatung für KonsumentInnen illegaler Drogen (ohne psychiatrisches Behandlungsangebot).

6.2. Interdisziplinäre, multiprofessionelle Kooperation in der Suchtkrankenhilfe

Die medizinische Substitutionsbehandlung sollte durch eine PSB begleitet werden. Dabei mangelt es an Transparenz, verbindlichen Regelungen und einem Management struktureller Schnittstellen zwischen medizinischer Versorgung und substitutionsbegleitender, psychosozialer Hilfe, also zwischen ÄrztInnen und MitarbeiterInnen von Drogenhilfeträgern. PSB-Bedarfe sollten bei einer medizinischen Substitutionsbehandlung grundsätzlich abgeklärt werden. Die derzeit verabredeten Regelungen werden sowohl von medizinischer Seite, als auch seitens des Drogenhilfebereichs nicht konsequent genutzt; die Befolgung bestehender Regelungen findet nur selektiv statt.

Trotz vieler Bemühungen und Gremien fehlt es an professioneller Vernetzung im Bereich Drogenabhängigkeit und -behandlung, besonders zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Parteien. Verbindliche Kooperationen über individuell-

persönliche Kontakte hinaus sind notwendig für eine funktionierende Vernetzung.

ArzthelferInnen kennen die Abläufe in der Substitution und die PatientInnen oft besser als die behandelnden ÄrztInnen. Für die bisher eher vernachlässigte Gruppe der ArzthelferInnen bestehen große Verbesserungspotenziale, z.B. im Hinblick auf Fortbildungen.

Um eine praktikable, operationalisierte Netzwerkkultur und Transparenz unter MedizinerInnen und verschiedenen Betreuungseinrichtungen zu erlangen, bedarf es mehr schriftlicher Vereinbarungen und verbindlicher Kooperationen.

TEIL II – AKTIONSPLAN – IDEEN; KONKRETE STRATEGIEN UND BEISPIELE GUTER PRAXIS

1. Verbesserung der Substitutionsbehandlung durch veränderte rechtliche Rahmenbedingungen

Mittelfristig müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen verändert werden, um die Qualität und Quantität der Substitutionsversorgung zu steigern.

Es müssen vor allem von der Ärzteschaft Perspektiven entwickelt werden, die der ärztlichen Selbstkontrolle mehr Gewicht verschaffen, die Strafbewehrungen im Betäubungsmittelgesetz bzw. in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zugunsten ärztlichen Berufs-/Standesrechts ersetzen und auf diese Weise vorhandene Hinderungsgründe für eine Übernahme von Substitutionsbehandlungen durch Ärztinnen und Ärzte beseitigen (siehe die akzept-Gutachten 2008 und 2009).

Die Ärzteschaft müsste aktiv ihre Bereitschaft signalisieren, die Kontrolle der Substitution unter ihre Selbstverwaltung zu stellen (Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens, Gewährleistung der Betäubungsmittelsicherheit).

Eine weitere Änderung des **§ 5 der BtMVV** und speziell der Regelung der **Take Home-Vergabe** muß erfolgen, um Bedingungen für die Substitutionsbehandlung zu schaffen, die sowohl tauglich sind für die ärztliche Praxis als auch den Lebensumständen der Patienten und ihren Bedürfnissen nach Steigerung ihrer Lebensqualität gerecht werden.

Insgesamt sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen so geändert werden, dass die Rechtsunsicherheit wegfällt und die Substitution für die ÄrztInnen einfacher und attraktiver wird.

Es muss ein mindestens **eintägiges Take Home** aus der Praxis möglich sein – zweitägig wäre besser. Die gegenwärtige Möglichkeit der Mitgabe über Rezept bedeutet hohe Kosten durch Rezeptgebühren für die Patienten. Die nicht zu vermeidende Wochenendarbeit ist für viele ÄrztInnen ein Haupthinderungsgrund für eine Übernahme von SubstitutionspatientInnen. Die Vergütung für das wöchentliche Take Home sollte bundesweit analog zum Modell Hessen erfolgen.

Die **Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB)** sollten von den Qualitätssicherungskommissionen, KVen, Ärztekammern und der GKV gemeinsam überarbeitet werden.

Die **Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen** vom 26. September 2000 des Landes Nordrhein-Westfalen sollte entsprechend den langjährigen Erfahrungen in der Drogenkonsumraumarbeit modifiziert werden.

Um den Kontakt mit besonders riskant konsumierenden Menschen zu verbessern und die Einflussmöglichkeiten auf Konsummuster zu erhöhen, wäre es vorrangig nötig, auch

Substituierten mit Beigebrauch und Benzodiazepinkonsumenten den Zugang zum Drogenkonsumraum zu gewähren. Ein entsprechender Änderungsantrag an die Landesregierung NRW wird gerade im Namen aller DKR-Betreiber in NRW vorbereitet. Vorschlag: §8 Absatz 2 und 3 dieser Verordnung komplett zu streichen und die diesbezüglichen Entscheidungen in kommunale und Trägerverantwortung zu übergeben.

In Anlage 4 zur Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern sollte die **Substitutionsbehandlung in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen** nicht durch die Formulierung "übergangsweise" beschränkt werden.

Eine Übersicht über die Rechtslage der Abgabemodi in den europäischen Nachbarländern sollte erstellt werden, um damit belegen zu können, wie überreglementiert Deutschland hinsichtlich der rechtlichen Bestimmungen zur Substitution ist.

■ Grundsätzlich sollten Voraussetzungen geschaffen werden, die Opiatabhängigen einen sofortigen Zugang zur Substitution erlauben.

Verbesserung der ambulanten Versorgung und der Vergütungssituation

- ▶ Sowohl auf die Städte, Kommunen, Länder als auch die KVen sollte eingewirkt werden, um die Versorgung mit substituierenden ÄrztInnen aufrecht zu erhalten bzw. zu verbessern.
- ▶ Die Honorierung der Substitution sollte eine adäquate medizinische, psychotherapeutische und ggf. psychosoziale Betreuung ermöglichen.
- ▶ In besonders schlecht versorgten Gebieten (z.B. Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen) besteht akuter Handlungsbedarf.

Vernetzung

- ▶ Fachübergreifende **Kompetenzzentren** mit integrierten Substitutionspraxen sollten eingerichtet bzw. deren Einrichtung gefordert werden.
- ▶ Die deutsche Krankenhausgesellschaft sollte aufgerufen werden, deutsche **Krankenzentren** zu schaffen.
- ▶ Auch eine bessere Vernetzung zwischen **KVen und ÄrztInnen** wäre sinnvoll. Die KVen können auch Auskunft zu bestimmten Settings geben und Substitutionsplätze vermitteln.
- ▶ Das Übergangs- und **Schnittstellenmanagement** zwischen verschiedenen Hilfesettings (Haftantritt, Verlegung, Entlassung, Polizeigewahrsam, Maßregelvollzug etc.) sollte verbessert werden.
Dann könnte die Substitution einer größeren Anzahl von PatientInnen in Haft angeboten werden. Hilfreich wäre z.B., wenn schon vor einer Entlassung ein Kontakt zu der weiterbehandelnden Ärztin/dem weiterbehandelnden Arzt und dem PSB-Anbieter hergestellt werden könnte sowie die Finanzierung bereits vor der Entlassung abschliessend geklärt sein könnte.

- ▶ Zur Verbesserung der Kommunikation unter **Anstalts-ärztInnen** sollten in den einzelnen Bundesländern Strukturen geschaffen werden, die die verschiedenen Ebenen verbinden, wie. z.B. durch Qualitätszirkel, ÄrztesprecherInnen.
- ▶ Es sollte alle zwei bis drei Jahre ein **bundesweites Treffen** möglichst vieler AnstaltsärztInnen stattfinden.
- ▶ Mehr Professionalität bei der Vernetzung von Suchtmedizin und Drogenhilfe könnte durch einen **Modell-Kooperationsvertrag** erreicht werden.
- ▶ Die Substitutionsbehandlung mit alle ihren Facetten und Problematiken in Haft könnte Thema einer eigenen Konferenz sein, die sich besonders an Krankenpflegepersonal und Ärzte in Haftanstalten, bzw. Ärzte, die von außen kommend in Haftanstalten arbeiten, wendet.

Förderung und Intensivierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung

- ▶ Es besteht ein Bedarf an Fort- und Weiterbildungen, um der Zurückhaltung/Ablehnung vieler **ÄrztInnen** gegenüber der Substitution entgegenzuwirken und über den evidenzbasierten Erfolg der Substitutionsbehandlung aufzuklären, sowie zur Qualitätssicherung beizutragen.
- ▶ Ärztekammern und die KVen sollten eingebunden sein.
- ▶ Die Weiterbildungskosten sollten durch den Sicherstellungsfonds der KVen übernommen werden.
- ▶ Verschiedene Kooperationspartner sind für regionale Fortbildungsveranstaltungen denkbar.
- ▶ Eine Zusatzausbildung „**Facharzt Suchtmedizin**“, die nicht nur die Substitutionsbehandlung, sondern Hilfen für Suchtkranke generell einschließt, wäre sehr sinnvoll. In Nordrhein existiert bereits eine Musterweiterbildung Suchtmedizin; diese müsste bundesweit adaptiert und eingeführt werden (Bundes-ÄK).

- ▶ Es besteht ein großer Bedarf an Fortbildungen für **ArztshelferInnen**. Als ein gelungenes Praxisbeispiel ist ZEUSS zu nennen.
- ▶ In den **JVAs** sollte der **Krankenpflegedienst** zum Thema Substitution fortgebildet werden.
- ▶ Auch bei anderen Berufsgruppen sollte Aufklärungsarbeit zum Thema Substitution geleistet werden: v.a. **PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen**.
- ▶ Generell sind alle Fachdisziplinen aufgefordert, für mehr Kompetenz bei der Einhaltung von Zielvereinbarungen zu sorgen.

Erweiterung der Substitutionssubstanzen

- ▶ Das Spektrum der **zugelassenen Substanzen** sollte erweitert werden um retardiertes Morphin und Diamorphin. Ein Prüfverfahren bei der Zulassungsbehörde sollte in Gang gebracht werden
- ▶ Auch den Opiatabhängigen, die zusätzlich von anderen Substanzen abhängig sind (z.B. Kokain) sollte eine Substitution angeboten werden. Ein fachlich nachvollziehbarer Umgang mit **Beikonsum, der realistisch und differenziert** diskutiert werden muß, ist dringend nötig. Differenziert heißt, dass unterschieden werden muß in:
 - therapeutisch notwendig (im Sinne einer routinierten Selbstmedikation)
 - therapeutisch noch tolerierbar
 - therapeutisch nicht verantwortbar.

(Selbst-)Kontrollprogramme wie KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) in Frankfurt und Hamburg gehen mit gutem Beispiel voran.

Alltagsentlastungen für substituierte PatientInnen

- ▶ Die **Gebühren für Substitutionsrezepte** sollten den PatientInnen vom Sozialamt erstattet werden.
- ▶ Die **Fahrtkosten** zur Substitutionspraxis sollten von den Kassen/der Eingliederungshilfe übernommen werden, da es oft keine flächendeckende Versorgung gibt und weite Anfahrtswege nötig sind. Allerdings wurde angemerkt, dass diese Forderung bereits im Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt wurde somit geringe Änderungsaussichten bestehen.
- ▶ Die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen sollten aufgefordert werden, für eine Regelung für **PatientInnen ohne Versicherungsschutz** und/oder mit Versicherungsschulden zu sorgen, damit diese behandelt werden können.

Einheitliche Regelungen zur Substitution in Haft

- ▶ Ideal wären bundesweit einheitliche, verbindliche Regelungen zur Substitution in Haft. Es könnte ein **Leitfaden Substitution für deutsche JVAen** erstellt werden; dieser könnte für mehr Akzeptanz und Sicherheit bei den ÄrztInnen sorgen.
- ▶ Die Leiter der JVAen sollten auf Landesjustizministerbene angesprochen werden.
- ▶ Die „Königsrolle“ der Anstaltsärztin/des Anstaltsarztes sollte aufgehoben werden. Eine stärkere Zusammenarbeit von internen und externen ÄrztInnen könnte hierzu beitragen, ebenso wie konzertierte Aktionen der medizinischen Fachaufsichten bei den Justizministerien der Länder.
- ▶ Die Entscheidung über eine Substitutionsbehandlung sollte gemeinsam von ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen und der Drogenberatung getroffen werden.

► Es besteht ein Bedarf an Informationen/Aufklärung aller Beteiligten, auch des uniformierten Dienstes, und Vernetzung zwischen einzelnen JVAen und Landes- und Bundesebene (siehe die jeweiligen Abschnitte zu Vernetzung und Imagekampagne).

Forderungen für den Maßregelvollzug

► Es sollte eine größere Vielfalt bei **Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen** für Haftentlassene geben. Kleinere Betreuungseinheiten wären oft sinnvoller als die Konzentration auf wenige große Substitutionszentren.

► Die Substitutionssituation im Maßregelvollzug sollte **bundesweit erhoben** werden. Dabei sollte analysiert werden, warum so wenig substituiert wird.

► Die **psychiatrische Betreuung** von SubstitutionspatientInnen und die **Aufklärung des Personals** könnten verbessert werden.

► Die Bundesdirektorenkonferenz für Maßregelvollzug sollte als möglicher Ansatzpunkt kontaktiert werden.

Forderungen für den Polizeigewahrsam

► Während des Polizeigewahrsams muss eine **kompetente ärztliche Versorgung** gewährleistet werden. Mindestens eine Beamtin/ein Beamter sollte eine entsprechende medizinische Qualifikation besitzen (Rettungsanitäter) und bei Bedarf einen Arzt hinzuziehen; Ausnüchterungsabteilungen sollten wieder eingerichtet werden.

► Der Polizeigewahrsam darf nicht zum **Abbruch der Substitution** führen. Polizei, Justiz und Rechtsanwälte könnten mit dem Hinweis für dieses Thema sensibilisiert werden, dass unter Entzug die Vernehmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Entzugssymptome sind fachgerecht mit Substitutionsmedikamenten zu behandeln.

- ▶ Ein häufiges Problem sind Entlassungen aus dem Gewahrsam an Freitagen/Wochenenden, ohne dass den Betroffenen ermöglicht wird, für das Wochenende Substitutionsmittel abzuholen.

PSB-Leitlinien

- ▶ PSB sollten ein **begleitendes und unterstützendes Angebot** zur Substitution, nicht aber eine Voraussetzung dafür sein.
- ▶ Die begriffliche Klärung und eine **Definition** der minimalen Indikation (Psycho-soziale Betreuung notwendig/nicht notwendig) sollten erfolgen.
- ▶ Um eine **finanzielle Absicherung** der PSB zu erreichen, sollten verschiedene Möglichkeiten geprüft werden, z.B. von akzept. Die Städte und Land-/Kreistage sollten aufgefordert werden, eine minimale Finanzierung festzulegen.
- ▶ Grundsätzlich sollten einheitliche **PSB-Standards** (weiter)entwickelt werden. Es sollte eine bundesweit einheitliche Regelung gefunden werden, die sich an den verschiedenen Zielgruppen spezifisch ausrichtet und die Finanzierung sichert.

Imagekampagne für die Substitution in den verschiedenen Settings

- ▶ Es muss eine **rationale Bewertung** der Substitutionsbehandlung mit sachlichen Argumenten für eine optimale Krankenbehandlung erreicht werden.
- ▶ Um den Ruf der Substitution in den beteiligten Settings zu verbessern, sollte eine Imagekampagne für die Substitutionsbehandlung auf verschiedenen Ebenen und über **verschiedene Medien** initiiert werden. Auch die medizinische Fachpresse und die Publikationsorgane der Ärztekammern sollten für die Substitution sensibilisieren.

Die Finanzierung könnte über verschiedene Kooperationspartner/Sponsoren erfolgen.

- ▶ Informations- und Aufklärungsmaßnahmen sollten besonders auf die „weißen Flecken“ der regionalen Versorgung (wie z.B. Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen) abzielen. **Konferenzen, Tagungen** etc. könnten helfen, von der dort oft vorherrschenden Abstinenzorientierung in Richtung Substitutionsbereitschaft hinzuwirken.
- ▶ Die bereits angesprochenen **Fort- und Weiterbildungen** verschiedener Berufsgruppen würden ebenfalls dazu beitragen, die Akzeptanz und Attraktivität der Substitution zu erhöhen.
- ▶ Insgesamt wäre ein einfacher **Flyer** oder ein **Fact Sheet** zur Substitution hilfreich, um das Verständnis für die Behandlung und die Akzeptanz zu erhöhen (dies betrifft alle angesprochenen Hilfe-/Haftsettings: Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Haft, Maßregelvollzug, Polizeigewahrsam).
- ▶ Die Abteilungen „Ethik in der Medizin“ der Universitäten sollten angefragt werden, ob ein Interesse an einem **Technology Assessment** zum Thema Substitution besteht.

Forderungen der Drogenhilfe an Kooperation und Koordination

- ▶ Es sollten **verbindliche Arbeitsaufträge** von der Politik/Verwaltung eingefordert werden; die bisherigen Formulierungen sind zu unverbindlich.
- ▶ Es sollten auf kommunaler/regionaler Ebene **Substitutionsbörsen** eingerichtet werden, die eine zügige, wohnortnahe Vermittlung in die Substitutionsbehandlung erleichtern, und mehr Transparenz, eine verbindliche Mitarbeit und eine qualitative Substitutionsvermittlung ermöglichen. In Berlin, Niedersachsen und

Hessen existieren bereits (über die KVen) entsprechende Datensammlungen.

Zielgruppengerechte Betreuungsangebote

- ▶ Frühe Hilfen und schnelle Interventionen für substituierte **Schwangere, Mütter und Eltern** sind wichtig; angesichts des besonderen Schutzbedarfs dieser Gruppen ist der gesetzliche Handlungsrahmen zu prüfen. Eine Angebotsoptimierung sollte durch die Auswertung von Best- Practice-Modellen erfolgen. Dabei gilt auch zu beachten, dass die Regiefähigkeit der Betroffenen manchmal eingeschränkt ist.
- ▶ Auch die Vielfalt hinsichtlich einer begleitenden **PSB** sollte erweitert werden (Betreuungs-/Behandlervielfalt).

Sonstige Vorschläge

- ▶ Langfristig sollte ein **Disease Management Programm Sucht** etabliert werden, in das PSB-Maßnahmen mit leistungsgerechter Bezahlung integriert sind.
- ▶ Das weit verbreitete Problem der **Benzodiazepin-abhängigkeit** /-Verschreibung/-Indikation sollte angegangen werden (Qualitätssicherungskommission).
- ▶ Die momentane Dokumentation zur Substitution ist ungeeignet Tendenzen, Stärken, Fehler und Unzulänglichkeiten zu erfassen und darüber hinaus nicht einmal auf Länderebene einheitlich organisiert. Zur Erhöhung der Transparenz zur Kostenverteilung und Qualitätssicherung sollte eine **jährliche bundesweite Datenerhebung (z.B. durch das Zentralinstitut, das ZIS Hamburg oder die Uni Dresden)** erfolgen, die auch wissenschaftliche Auswertung ermöglicht. Das ganze müsste durch die Landes-KVen initiiert werden und von der Bundes-KV zusammengeführt werden. Der Umfang der Substitution auf Privatrezept sollte durch den Abgleich von Patientendaten ermittelt und damit transparenter werden. Es sollte

klar geregelt sein, unter welchen Bedingungen eine Substitution auf Privatrezept legal ist, und welche Sanktionen sonst anfallen.

► Dokumentation: "Der Fall Niedersachsen"

Nächste Schritte

Die diskutierten Vorschläge zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung können von akzeptiert nicht gleichzeitig angegangen werden. Das anvisierte Ziel des Treffens war es in einem Zeitrahmen von 12-24 Monaten umsetzbare Ideen, Strategien und Instrumente zur Verbesserung der Situation zu sammeln und auf der Basis einer Prioritätenliste abzuarbeiten.

1. Imagekampagne:

- fact sheet – Erstellung und - Verteilung
- Medienkampagne

2. Leitfaden Substitution für deutsche Justizvollzugsanstalten

3. Mitarbeit an der Erstellung von bundesweit einheitlicher Leitlinien für die psycho-soziale Betreuung Substituierter

4. Informations- und Aufklärungsmaßnahmen vor allem in ostdeutschen Bundesländern um die Akzeptanz gegenüber der Substitutionsbereitschaft zu fördern.

5. Nationale Konferenz aller medizinischen Dienste und angeschlossenen Dienststellen und Berufsgruppen in Hafteinrichtungen: Gefängnisse, Maßregelvollzugsanstalten, Polizeigewahrsam etc.

Ausblick

Nur ein interdisziplinärer, multiprofessioneller Behandlungsansatz unter Einbeziehung von Selbsthilferessourcen wird in der Lage sein, die chronisch rezidivierende Erkrankung Opioidabhängigkeit erfolgreich zu behandeln. In der Substitutionsbehandlung wird dies besonders deutlich: Nur wenn MedizinerInnen und psycho-soziale Professionen, sowie Selbsthilfe ohne ideologische Barrieren pragmatisch zusammen arbeiten, kann eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung und Wiedereingliederung der Patientinnen stattfinden. Gegenwärtig muß diese Kooperation allerdings nicht nur in einem professionellen, sondern auch in einem rechtlichen Spannungsfeld stattfinden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die hohen Zugangshürden und die unklaren Regelungen bezüglich der lt. BtMVV erforderlichen' psycho-sozialen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Hilfen erschweren oder verunmöglichen oftmals die Aufnahme des medizinischen Teils der Substitutionsbehandlung. Eine ‚PSB‘ wird oft zur Voraussetzung gemacht, kommunale, regionale Regelungen sehen oftmals vor, dass Substitutionsinteressierte erst durch das Nadelöhr von Drogenberatungsstellen und einem PSB-Angebot müssen, bevor sie behandelt werden können. Hier besteht ein grundsätzliches Mißverständnis: Opioidabhängige Patienten sollten sofort behandelt werden können, eine PSB kann angeboten und auch nach Beginn des medizinischen Teils noch begonnen werden.

Hier besteht ein Systemfehler, der zukünftig stärker bearbeitet werden muß. Voraussetzung sind eine Entkopplung und ein Angebotscharakter der PSB.

Die Substitutionsbehandlung muß zudem stärker noch als bisher in andere Hilfesettings getragen werden (Haft, Maßregelvollzug etc.).

Literatur

Rzepka, Dorothea: Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung – Abgleich §5 BtMVV mit -§ 43 Arzneimittelgesetz (AMG); - Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger; - Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß §135 Abs.1 Sozialgesetzbuch V vom 28.Oktober 2002, Nr.2 der Anlage A ‚Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden‘ der BUB-Richtlinien. akzept e.V. Berlin 2008; Folgegutachten 2009

Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.; 2009): Psycho-soziale Betreuung: Zur Praxis und Bedeutung psycho-sozialer Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus

Keppler, K., Fritsch, K.J., Stöver, H. (2009): Behandlungsmöglichkeiten von Opiatabhängigkeit. In: Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.): Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen. Stuttgart: Thieme, S. 193

Michels, I.I., Sander, G., Stöver, H. (2009): Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2009, 52:111–121

TeilnehmerInnen

Rolf Buschkamp

Netzwerk Suchthilfe gGmbH, Leiter Fachklinik Release, Hamm
rbuschkamp@netzwerk-suchthilfe.org

Dr. Konrad F. Cimander

Leiter Praxis für Drogenkranke im Zentrum für Suchtmedizin Hannover,
Vors. Qualitätssicherungskommission für Substitutionsbehandlungen der
Kv Hannover
konrad.f.cimander@arcor.de

Annette Claßen

Asklepios Klinik Nord, Oberärztin forensische Psychiatrie
VI. Psychiatrische Abteilung, Betreuung suchtkranker Straftäter im
Maßregelvollzug
a.classen@asklepios.com

Jockel Guba

Comeback GmbH, Gesellschaft im ambulanten Drogenhilfesystem,
Bremen
Jockel.guba@comebackgmbh.de

Michael Janßen

Schwerpunktpraxis Berlin Neukölln, Mitglied der
Qualitätssicherungskomm. und des Weiterbildungskreises AK Methadon
substituierende Ärzte Berlin, Vors. ‚Neuköllner Suchtperspektiven‘ Berlin
mi.janssen@arcor.de

Marco Jesse

Vision e.V., Verein für innovative Drogenselbsthilfe, Köln
info@vision-ev.de
marco.jesse@vision-ev.de

Dr. Karlheinz Keppler

Med. Leiter Frauenvollzugsanstalt Vechta
karlheinz.keppler@jva-vec.niedersachsen.de

Dr. John Koc

FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Drogenambulanz Bremen
jkoc.su@bremen.ameos.de

Eberhard Kraft

Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt Bremen
Kraft-eberhard@t-online.de

Urs Köthner

Fachbereichsleiter für niedrigschwellige Angebote der Krisenhilfe e.V.
Bochum
u.koethner@krisenhilfe-bochum.de

Bernd Kukielka

Pädagoge und Suchttherapeut in der Jugend- und Drogenberatungsstelle
Halle/Saale; Sprecher des Facharbeitskreises ambulante Beratung
u. Therapie bei der Landesstelle für Suchtfragen.
bernd.kukielka@drops-halle.de

Claudia Pastoor

Dipl.-Sozialarbeiterin, Sozialdienst - Justiz Vollzugsanstalt Werl
claudia.pastoor@jva-werl.de

Thomas Pfister

Dipl. Psychologe, AIDS-Hilfe Tübingen-Reutlingen e. V.
thomas.pfister@aidshilfe-tuebingen-reutlingen.de

Carmen Quattrocchi

Stellvertr. Leitung der Abtlg. Qualitätssicherung-Substitution bei der KV
Hessen,
carmen.quattrocchi@kvhessen.de

Elke Rasche

Leiterin Frauenladen La Vida gGmbH., Berlin
elkras@web.de

Dirk Schäffer

Referent für Drogen und Menschen in Haft (Schwerpunkt HIV und HCV
Prävention), Deutsche AIDS-Hilfe Berlin,
Dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Helmut Schwehm

Geschäftsführer Therapiezentrum Ludwigsmühle gGmbH
Zentralverwaltung, Rheinland-Pfalz
[info-therapieverbund\(at\)ludwigsmuehle.de](mailto:info-therapieverbund(at)ludwigsmuehle.de)

Dr. Willi Unglaub

Oberarzt Bezirkskrankenhaus Regensburg, Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie, Forschungsgruppe Abhängigkeitskrankungen
willi.unglaub@medbo.de

Stephan Walcher

Schwerpunktpraxis CONCEPT, München
Interdisziplinäre Suchtbehandlung
kontakt@moviemed.de

DANK

AKZEPT e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik dankt der Fa. RB Pharmaceuticals für die bedingungslose Unterstützung dieser Konferenz und Purple Hat Communications Ltd für die Vermittlung.

IMPRESSUM

Tagungsleitung und Bericht

Prof. Dr. Heino Stöver
Fachhochschule Frankfurt/Main
akzept e.V.
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de



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

Tagungsorganisation

Akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Christine Kluge Haberkorn
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.org

Tagungsprotokoll

Tanja Kamps, Mannheim
akzept e.V.
TeilnehmerInnen

Gestaltung: akzept e.V. Christine Kluge Haberkorn, Berlin

Titelfoto: Gertrud Schamschula, FFM

Druck: mediabogen Gbr Berlin

© akzept e.V. 2009

NOTIZEN