



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

in Zusammenarbeit mit



Universität Bremen

Prof. Dr. Heino Stöver

Bremer Institut
für Drogenforschung (BISDRO)
FB 06 / Rechtswissenschaft
heino.stoever@uni-bremen.de

Expertengespräch ‚Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung‘ am 14. Februar 2007 in Berlin

Auswertung

Ergebnisse aus dem Expertengespräch - "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung"

Stand 27.04.07

1. Einleitung

Am 14.2. 2007 haben sich mehr als 50 eingeladene ExpertInnen aus allen Bereichen, die mit Substitution zu tun haben, in Berlin getroffen, um über Wege der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland zu diskutieren. Auf Einladung von akzept e.V. und der Universität Bremen haben zunächst Eingangsreferate einen Überblick gegeben über

- i) den globalen Einsatz der Substitutionsbehandlung, ihre Bedeutung und ihre Ziele und die „lessons learned“ übertragen auf die deutsche Situation (Dr. I.I. Michels, Shanghai),
- ii) die Versorgungslage-/probleme und Veränderungsbedarf (Prof. Dr. H.-U. Wittchen, Dresden),
- iii) Diversifikation der Substitutionsbehandlung - Substanzen und Effekte (Dr. Uwe Verthein, Hamburg) und
- iv) die administrative, rechtliche Problematik in der alltäglichen Praxis der Substitutionsbehandlung (Anke Follmann, Münster).

Mit diesem Treffen ist weitere Bewegung in die Diskussion um die Bedingungen der Substitutionsbehandlung gekommen. Es ist deutlich geworden, dass die Behandlungsmodalitäten klar und transparent, überprüfbar, unbürokratisch, und den Ressourcen und Möglichkeiten der Patienten und den Alltagspraxisbedingungen der Behandler angepasst sein müssen.

Jede/r der ‚ReferentInnen‘ hat Veränderungsbedarfe skizziert, die zusammen mit den vorab verschickten zielführenden Fragestellungen seitens der Veranstalter die Arbeitsgrundlage für die anschließenden Arbeitsgruppen bildeten. Hier zeigte sich die besondere Bedeutung dieses Expertengesprächs. Interdisziplinär, multiprofessionell, verbands-/bereichs- und bundesländerübergreifend wurden die zentralen Themen der Substitutionsbehandlung diskutiert: Deregulierung, um einerseits den PatientInnen mehr Handlungsspielräume im Alltag zu gewähren (z.B. Liberalisierung der take-home Regelungen), und andererseits die Behandlung attraktiver und weniger belastend für ÄrztInnen zu machen (Deregulierung). Kann dies erreicht werden, wird man die Zahl der ÄrztInnen halten und evtl. ausbauen können – eine Grundvoraussetzung für jede Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Kreisläufe wurden erkennbar, dass immer weniger ÄrztInnen immer mehr PatientInnen zu versorgen haben, was zwangsläufig zu Überlastungen seitens der verbliebenen ÄrztInnen führt. Schließlich wurden erhebliche Versorgungslücken und –mängel in der Bereitstellung der Substitutionsbehandlung im ländlichen Bereich und in Settings wie Haft und medizinische Rehabilitation deutlich.

2. Übergeordnete Themenbereiche

2.1. Grundverständnis der Substitutionsbehandlung

Die Substitution ist eine eigenständige psychopharmakologische Behandlungsform zur Langzeitbehandlung der schweren chronischen Erkrankung „Opiatabhängigkeit“. Substitutionsmedikamente dienen der gesundheitlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen. Die Substitutionsmedikamente sind nicht primär als Vehikel zur Abstinenz zu verstehen. Es ist evident und durch Studien belegt, dass eine multiprofessionelle Intervention mit medizinischen und psychosozialen Bestandteilen am erfolgreichsten in der Behandlung und dem Management dieser chronischen Erkrankung ist (und zwar aus beiden Perspektiven: psycho-soziale Interventionen, medizinische Behandlung). Dort wo die Bedingungen für eine multiprofessionelle Behandlung, nicht bestehen, müssen alternative Wege der Versorgung mit Substitutionsbehandlungen gefunden werden. Eine mangelhafte Versorgungsstruktur (z.B. mit psychosozialen Betreuungsangeboten, wie sie für ganze Regionen besteht (etwa im ländlichen Bereich) stellt die Frage nach realitätsangepassten Substitutionsbedingungen (etwa unter stärkerer Einbeziehung von Apotheken). Insofern steht die PSB nicht gleichberechtigt neben dem medikamentösen Teil der Substitutionsbehandlung, sondern ist als sinnvolles, bewährtes und effizienzsteigerndes Instrument zu betrachten.

2.2. Versorgungssituation/-probleme/-qualität

In allen Eingangsreferaten wurden deutlich: Das Potential dieser überaus erfolgreichen Behandlungsform mit gegenwärtig ca. 65.000 PatientInnen sollte noch stärker genutzt werden, d.h.

- mehr als die derzeit behandelnden ca. 2.700 Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen,
- weitere Settings zu erschließen (wie Gefängnis, medizinische Rehabilitation),
- die Behandlungsqualität zu verbessern (v.a. den interdisziplinären Austausch und Kooperation zwischen Ärzten und psycho-sozialen Berufen, sowie die konkrete Abgabepaxis)
- bei gleichzeitiger Gewährleistung der Medikamentensicherheit.

Die Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen einer Substitutionsbehandlung ist nicht der Behandlung anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt (v.a. ausgedrückt im §5 BtmVV). Es bestand eine weitgehende Einigkeit bei den TeilnehmerInnen in der Forderung nach einer Deregulierung der Substitutionsvorschriften. Die gegenwärtige Überregulierung mit hohem bürokratischem Aufwand wird als hochschwellig und abschreckend für die BehandlerInnen, und z.T. als Ursache für die Stagnation, bzw. den Rückgang der Zahl substituierender Ärzte benannt (vgl. Vortrag Wittchen). Diese Tatsache führt in vielen Regionen zu Versorgungsproblemen (v.a. im ländlichen Bereich), mit der Folge eines feststellbaren ‚Substitutionstourismus‘ (Land zu Stadt) bzw. zu täglich weiten Strecken zur Arztpraxis.

Für die PatientInnen bedeutet das teilweise erhebliche Belastungen und eine erhebliche Behinderung bei der Rückkehr zu gesellschaftlicher Normalität. Einem zentralen Anliegen der Substitutionsbehandlung wird damit entgegengewirkt

Diese zunehmende Unterversorgung mündet auch in eine Mehrbelastung der vorhandenen Arztpraxen und Zentren mit bekannten Konsequenzen (vgl. Vortrag Follmann).

Eine Ausweitung der Zahl substituierender ÄrztInnen wird als prioritäres Versorgungsziel angesehen. Darüber hinaus sollten sowohl die Zahl der Schwerpunktpraxen erhöht, als auch die psychiatrischen/und psychotherapeutischen Versorgungssysteme mit in die Substitutionsbehandlung einbezogen werden.

Als weitere Versorgungsprobleme werden die Beschränkung auf wenige Substanzen und die ausschließlich orale Applikationsform gesehen (vgl. Vortrag Verthein). Der sich verändernden Altersstruktur der SubstitutionspatientInnen muss mit differenzierteren Versorgungsstrukturen begegnet werden. In einigen Lebensbereichen opiatabhängiger Menschen (wie Hafteinrichtungen und medizinischer Rehabilitation) ist die Versorgung mit Substitutionsbehandlungen nicht gesichert. Im Haftbereich bestehen unterschiedlichste Standards der Behandlungspraxis, die von Bundesland zu Bundesland und z.T. von Anstalt zu Anstalt verschieden sind. Diese Heterogenität führt bei Haftverlegungen zu erheblichen Problemen. Die Zahl der

Gefangenen in Substitutionsbehandlung ist gemessen am Bedarf sehr gering: Eine Substitutionsversorgung opiatabhängiger Patienten ist in vielen Anstalten nicht gesichert. Die Ressource Apotheke ist in den letzten Jahren zu wenig beachtet worden. Sie muss zur Optimierung der Substitutionsstruktur wesentlich besser definiert und eingebunden werden.

2.3. Behandlungsqualität

Es ist ärztliche Aufgabe die Qualität der Behandlung zu sichern (und grobe Verstöße zu sanktionieren)! Die ärztliche Qualität in der Substitutionstherapie wird in ausreichender Intensität durch die Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen geprüft (Stichproben-/ und anlassbezogene Überprüfungen nach der Qualitätsrichtlinie des G-BA).

Für die Qualitätssicherung im Bereich der Substitutionen ausserhalb der GKV sind die Kammern zuständig, bzw. die in den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ erwähnten Beratungskommissionen, soweit noch nicht geschehen, einzurichten und dafür in die Pflicht zu nehmen.

Die strukturellen Voraussetzungen ‚Richtlinien der Bundesärztekammer‘ und ‚BUB-Richtlinie‘ sind mit Abstrichen (z.B. Abstinenzgebot) grundsätzlich geeignet, die Qualität zu sichern. Die BtmVV, insbesondere der §5, ist aufgrund seiner ausschließlichen Sanktionsausrichtung nicht geeignet, die Qualität zu sichern und zu verbessern. Eine Qualitätssicherung und –entwicklung sollte anhand ärztlicher Behandlungsregeln, Leitlinien und Modellen ‚Guter Praxis‘ erfolgen.

Zur Qualitätssicherung gehören neben der Sicherung der Behandlungsabläufe am einzelnen Patienten auch die strukturellen Aufgaben, die Versorgung mit Substitutionsbehandlungen überhaupt zu gewährleisten: Gibt es genügend Behandlungsangebote? Existieren für die Patienten ausreichende Alternativen, z.B. wenn sie mit einem Behandler oder einem Behandlungszentrum nicht zurecht kommen? Wie ist der Zugang dazu für die Patienten geregelt – normal und würdig wie bei anderen Krankheiten, oder gibt es Elemente eines Spießrutenlaufens? Gibt es in Regionen Anhalte für bestimmte Praktiken (wie „Rezept gegen Bares?“) Die Qualitätssicherungskommissionen müssten sich auch auf Fragen der Versorgungsqualität konzentrieren.

2.4. Probleme und Bedeutung substitutionsbegleitender, psycho-sozialer Hilfen

Für den Bereich substitutionsbegleitender, psycho-sozialer Hilfen („psycho-soziale Betreuung“) wird allgemein die Notwendigkeit von Begriffsklärung, Profilierungs- und Professionalisierungsdiskussion gesehen. Die Verknüpfung von medizinischer Behandlung und psycho-sozialen Maßnahmen in der BtmVV wird als ‚Zwangskontext‘ von unterschiedlichen Standorten aus kontrovers diskutiert. Gegenwärtig leidet die psycho-soziale Betreuung (PSB) unter einem Akzeptanzmangel aufgrund

- differenzierter und diffuser Versorgungssituation
- ritualisierter Betreuungsformen
- und Forschungsdefiziten zu ihrer Wirksamkeit.

Die Akzeptanzprobleme resultieren u.a. aus

- mangelnder Verfügbarkeit
- Transparenzproblemen
- Mangel an Qualitäts- und Effizienznachweisen.

Ein professioneller Konsens fehlt, u.a. auch weil PSB nicht als vergleichbare Leistung in den Bundesländern verfügbar ist. Trägerpolitik und kommunale Bedürfnisse definieren derzeit die PSB.

Unterschiedliche Zielprioritäten und unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen resultieren in System- und Professionsbruchstellen zwischen Suchtmedizin und psycho-sozialen Hilfen.

Einigkeit besteht darüber, dass multiprofessionelle Interventionen die überlegene Methode in der Substitutionsbehandlung darstellen (integrierte Sichtweise).

Die Verbände sehen Versorgungsdefizite.

3. Skizzierung des Veränderungsbedarfs aus den workshops

workshop 1: Versorgungslage, Schnittstellenprobleme (Überleitung in anderen Therapien/Settings) - Veränderungsbedarfe/-adressaten (=>)

Die Behandlung Opiatabhängiger muss der Behandlung von PatientInnen anderer schwerer chronischer Erkrankungen gleichgestellt werden. Ärztliche Behandlungsregeln und Leitlinien sollen anstelle der Bindung an das BtmG und die BtmVV treten
(=> Gesetzgeber, BtmVV).

Die Versorgung Substituierter im ländlichen Bereich ist schlecht und verschlechtert sich weiter. Hier muss dringend Abhilfe geschaffen werden. Eine Möglichkeit ist die Förderung der Einnahme in der Apotheke.
(=> KV, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)

Die Versorgung opiatabhängiger Patienten in Haftanstalten mit Substitutionsbehandlungen muss gewährleistet werden, sowohl als Weiterbehandlung laufender, als auch in Haft begonnener Therapie
(=> Bundesländer: Justizministerien).

Ein Mangel an PSB – Plätzen darf keine Auswirkung auf die Bereitstellung und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung haben. Eine Entkoppelung muss angestrebt werden
(=> KV, Bundesländer, Gesetzgeber (BtmVV) Ärztekammer, GBA =gemeinsamer Bundesausschuss!)

Erweiterte Möglichkeiten der Aufnahme von Substituierten beim Hausarzt sind umzusetzen: Erweiterte Konsiliarregelung. Hierzu muss die Honorierung geregelt werden. Eine Ausweitung darf keinesfalls zu Lasten der Ausbildungs- und Qualitätsstandards gehen. (=>Gesetzgeber, ärztliche Selbstverwaltung und KV).

Die ärztliche Selbstverwaltung muss ‚schwarze Schafe‘ entweder entschiedener einbinden oder, wenn das nicht gelingt, stärker als bisher aus den Reihen der substituierenden Ärzte entfernen.
(=> ärztliche Selbstverwaltung).

Die psychiatrische Behandlung Opiatabhängiger bzw. Substituierter ist schwierig, weil wenig niedergelassene Psychiater bereit sind, opiatabhängige PatientInnen zu behandeln (=> KV: besondere Behandlungsziffern für die Behandlung dieser DoppeldiagnosepatientInnen; ärztliche Berufsverbände)

Die psychiatrische Behandlung Opiatabhängiger bzw. Substituierter muss ermöglicht werden. Zur Förderung der Bereitschaft niedergelassener Psychiater sind besondere Behandlungsziffern für die Behandlung dieser Doppeldiagnose-PatientInnen nötig. Ein Anreiz könnte dadurch geschaffen werden, dass auch z.B ausserhalb des Budgets abgerechnet werden kann.

In der psychiatrischen Weiterbildung muss der Sorge um substituierte Patienten ein besonderer Schwerpunkt gewidmet werden.
(=> ärztl. Berufsverbände, KBV).

Es müssen dem Bedarf entsprechend ausreichende PSB-Plätze zur Verfügung stehen. Es muss eine spezielle Qualifikation zur Betreuung von Substituierten für PSP-BeraterInnen geben.

Die Finanzierung der PSB muss geregelt werden (siehe workshop 4).

(=> Fachverbände, Bundesländer und Kommunen als Kostenträger der PSB).

Die medizinische Rehabilitationsbehandlung muss für substituierte PatientInnen geöffnet werden. Die Behandlungsplanung soll individualisiert erfolgen - unabhängig davon, ob der Patient substituiert ist oder nicht. Das Antragsverfahren muss der abstinenzorientierten Reha gleichgestellt werden.

(=> Rentenversicherungen, Fachverbände).

Es sollte angedacht werden, einige Sucht-Schwerpunktpraxen als MVZ zu organisieren: Substituierende Ärzte, SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen und andere Fachärzte zumindest stundenweise vor Ort.

workshop 2: Qualität der Substitutionsbehandlung: Standards, Zielformulierungen, „Beikonsum“, Kooperation und Kommunikation zwischen medizinischen und psycho-sozialen Professionen

Eine Fortsetzung der Diskussion um wissenschaftlich begründete Leitlinien wurde als wichtig erachtet. Eine Leitlinienarbeit ist jedoch nur sinnvoll wenn sie kooperativ und interdisziplinär und unter Einbeziehung der Selbsthilfe durchgeführt wird. Als Basis für Leitlinien können das ASTO-Projekt und die Leitlinien der Bayerischen Akademie für Suchtfragen dienen.

Da Leitlinien nicht alle Facetten der äusserst differenzierten Behandlungsnotwendigkeiten bei dem sehr heterogenen Patientenkollektiv abdecken können, sind Disease-Management-Programme (SGB XX) oder Verträge zur integrierten Versorgung (SGB V §140) zu diskutieren.

Die politischen Entscheidungen zur Substitutionsbehandlung sollten den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgen und angepasst werden. Vor allem eine Vereinfachung der Rahmenbedingungen ist dringend nötig.

Ein Optimierungsbedarf in der Qualitätsentwicklung in der Substitutionsbehandlung ergibt sich aus Problemen der täglichen Substitutionspraxis:

- Mortalität von Patienten in der Substitutionstherapie
- psychiatrische Komorbidität
- somatische Komorbidität.

Kooperationsdefizite zwischen den betroffenen Institutionen innerhalb und außerhalb der Suchthilfe (Arztpraxen, Drogenberatung, akute und rehabilitative stationäre Drogentherapie, Ämter, JVA etc) sind zu verringern, d.h. das therapeutische Gefüge Patient-Arzt-Apothek-Beratungseinrichtung muss verbessert werden.

Für die Patienten müssen individuelle, situationsgerechte Zieldefinitionen und individuelle Hilfeplanungen (u.a. ein kritischer Umgang mit dem dominanten Ziel der Opiatabstinenz) erstellt werden. Auch die Ablösung von der Abhängigkeit vom Arzt sollte in die Zieldiskussion einbezogen werden.

Die Ausbildung der Ärzte muss weiterhin qualitativ weiterentwickelt werden. ‚Suchtmedizin‘ muss verpflichtender Bestandteil der Weiterbildung ‚Allgemeinmedizin/Hausarzt‘ sein und fakultativ auch für die anderen Fachrichtungen: Internisten, Gynäkologen möglich sein.

(=> Ärztliche Selbstverwaltung, Universitäten, Ärztekammern) .

Die Ärzteschaft soll keine weitere Bürokratie erzeugen durch z. B. Zusatzbezeichnungen mit Prüfung (=> ärztliche Selbstverwaltung/ Ärztekammer).

Mehr pharmaindustrie-ferne Forschung als bisher ist notwendig, um Grundlagen für eine Verbesserung der Qualitäts- und Versorgungsstrukturen zu erhalten.

workshop 3: Administrative-rechtliche Problematiken im ärztlichen Praxisalltag, Sicherstellungsauftrag - Veränderungsbedarfe/-adressaten (=>)

Die Regelungen des **§5 BtmVV** sind als Instrumente einer medizinischen Behandlung ungeeignet und hinderlich. Der Verzicht auf §5 sollte juristisch geprüft werden (Planspiel/ juristische Expertise). Die Möglichkeiten der Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens durch die ärztliche Selbstkontrolle im Fall eines Wegfalls von §5 sind zu definieren. Die Einbeziehung der Qualitätssicherungskommissionen ist zu prüfen (- Beratung, -Kontrolle, - Sanktion). Ausgearbeitete Vorschläge für §5 ersetzende Richtlinien sind dem BMG vorzulegen (die Kostenfrage dafür ist offen).

Die Take-Home-Regelungen müssen erweitert werden für stabile PatientInnen: 4 Wochen-Rezept; Take-Home auch für nicht-berufstätige PatientInnen (auch im Inland).

Abgabe zum alsbaldigen Verbrauch (Mitgabe aus der Praxis) sollte eingeführt werden (Rechtsgleichheit analog zur Codeinvergabe).

Adäquate Vergütungen sind nötig für:

- Take-Home Rezepte (Take- Home Ziffer erforderlich, wie z.T. schon vorhanden)
- Ziffer für ausführliches Therapiekonzept gemäß BUB (Leistungen ausserhalb Budget)
- Mehr Gesprächsziffern – mindestens bis zu 13/Quartal (BÄK Richtlinien) (bisher auf 4 begrenzt)
- Koordinierungsleistungen, evtl. in Form einer Pauschale
- Ziffern für Delegationsleistungen
- Fallpauschalen
- Vergütung Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Für ein ausführliches Therapiekonzept gem. BUB-Richtlinie, d.h. Leistungen die darunter subsumiert werden (wie ganzkörperl. Untersuchung) müssen honoriert werden. Keine Ausschlußziffern im Zusammenhang mit den Ziffern 01950-01952 (Substitutionsbehandlung).

Die Frage der Fahrtkostenübernahme sowohl zum Sichtbezug als auch zum Substitutionsarzt muss kurzfristig geklärt werden (ein Antrag auf Erweiterung der Indikationsliste an die GBA wurde gestellt).

Meldungen an das Substitutionsregister sollen online möglich sein. Das Substitutionsregister soll Daten zur Versorgungssituation liefern. Ähnlich wie beim HIV-Register ist für einen besseren Datenschutz zu sorgen.

workshop 4: Nutzen, Organisation, Gestaltung, Finanzierung und rechtliche Bewertung der psychosozialen Betreuung (PSB)

Es muss ein Konsens in der Fachöffentlichkeit über die Bedeutung, Ziele und Arbeitsweisen der psychosozialen Betreuung hergestellt werden. Eine Verknüpfung von psycho-sozialer und medizinischer Intervention wurde als sinnvoll erachtet, PSB als Zugangsvoraussetzung zum medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung wird als hinderlich gesehen, hier sollte eine Entkoppelung stattfinden. PSB sollte als freiwillig in Anspruch zu nehmende Angebotsform gestaltet werden,.

Eine Definition der Ziele und Methoden psycho-sozialer Begleitung ist notwendig, Als übergeordnete Zielorientierung wurde vorgeschlagen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. zu verbessern. PSB soll nicht nur als Begleitung der ärztlichen Substitutionsbehandlung verstanden werden. Eine Neuverständigung über Standards und Leitlinien der psycho-sozialer Begleitung sollte von den Fachverbänden erarbeitet werden. Die beteiligten Verbände sollten sich zusammensetzen und in Kooperation mit ärztlichen Verbänden, eine interne Professionalisierungs- und Profilierungsdiskussion führen. Als Ergebnis dieser Diskussion sollten Manuale zu einzelnen Teilthemen (HCV-Therapie, Beikonsum, Teilhabe) erarbeitet werden (Zu prüfen ist, ob dies im Auftrag des BMG geschehen kann).

Bestehende Versorgungsdefizite in der psychosozialen Betreuung sollten aufgedeckt und Vorschläge zur Lösung dieser Defizite erarbeitet werden.

Grundsätzlich wurde ein Qualifizierungsbedarf in der psychosozialen Arbeit mit Substituierten festgestellt der durch eine Zusatzqualifikation im Bereich PSB/Sozialarbeit befriedigt werden könnte (50-70 Stunden). In der Triade Klient/bzw. Patient-Arzt-PSB besteht ebenfalls ein Qualifizierungsbedarf - Schnittstellen zur suchtmedizinischen Weiterbildung sollten genutzt werden (=> Bundesländer als Kostenträger der PSB, Fachverbände).

Die Finanzierungsgrundlagen der PSB sollten eindeutig festgelegt werden. (=> Gesetzgeber, GBA).

Als weitere Finanzierungsmöglichkeiten könnte der §53 SGB XII als Ergänzung/Erweiterung zu den freiwilligen Leistungen genutzt werden. Auch die GKV-Finanzierung ‚Soziotherapie‘ könnte als Ergänzung geöffnet werden. Insgesamt wurde deutlich, dass ein Forderungskatalog zur Finanzierung aufgestellt werden muss.

Schließlich wurde festgestellt, dass Forschung zur Wirksamkeit von PSB nötig ist, um die Wirksamkeit bestimmter Angebote zu erforschen und die Angebote besser am Bedarf der Klienten ausrichten zu können.

In einem Auswertungsgespräch am 27.04.2007 im BMG wurden die Positionen ausgetauscht. Als nächster Schritt ergab sich aus diesem Gespräch die Notwendigkeit einer Präzisierung der Veränderungsbedarfe. Akzept und die Uni Bremen werden dazu mit allen Teilnehmern in Kontakt bleiben. Beide Veranstalter werden weitere Zuarbeit aus dem Teilnehmerkreis und darüber hinaus in die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung einbeziehen. Konsens bestand darüber, nach Ablauf eines Jahres in einem weiteren Treffen die bis dahin erreichten Fortschritte zu diskutieren.

Für die Veranstalter:

27.04.2007

Bremen
Prof. Dr. Heino Stöver
Universität Bremen, FB 11
heino.stoever@uni-Bremen.de

Berlin
Christine Kluge Haberkorn
akzept e.V.
akzeptbuero@yahoo.de