

Sicherstellung und Weiterentwicklung von Substitutionsangeboten in Niedersachsen aus kommunaler Sicht – Suchtkonferenz 20.07.22

Frank Woike – Beauftragter Sucht und Suchtprävention

Die OST (Opioid-Substitutionstherapie) benötigt dringend eine Inventur und damit eine Reform!

Dieses Fazit lässt sich anhand mehrerer Fakten ziehen:

Mit der letzten Novelle der BtmVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) im Jahre 2017 wurde auch die Hoffnung verbunden, die Zahl der Substitutionsärzt*innen unter anderem durch eine **Konsiliarregelung** zu erhöhen. Zwar machten im Jahr 2021 laut Substitutionsregister 22% der Ärzt*innen von dieser Regelung Gebrauch. Diese 555 Mediziner*innen deckten damit aber nur maximal 5.550 Patient*innen ab, welches einem Anteil von 6,9% aller behandelten Suchtkranken entspricht. Den zu erwartenden Renteneintritte in den nächsten Jahren kann damit nicht gegengesteuert werden! Die Konsiliarregelung ist kein Modell für die Zukunft!

Aufgrund des steigenden Alters der substituierenden Ärzt*innen steuert das bisherige System mit der Schwerpunktpraxis für Substitution in absehbarer Zeit in eine riesige Versorgungslücke. Bedingt durch die **Renteneintritte und den fehlenden Nachwuchs kommt es seit Jahren zu einer Konzentration der Substituierten** in den noch verbleibenden Praxen. Dies führt auch zu einer höheren Belastung des sozialen Umfeldes und der Nachbarschaft.

Laut Substitutionsregister befinden sich aktuell 81.000 Patient*innen in einer OST. Zwar gab es in den letzten Jahren einen Anstieg. Trotzdem wird **nur rund die Hälfte der Suchtkranken damit erreicht**. Das bisherige Angebot hat ein Akzeptanzproblem!

Lösungsansätze für die Sicherstellung

Das bisherige Versorgungsmodell der Substitutionsambulanz muss durch **Medizinische Versorgungszentren (MVZ's)** ergänzt werden. Seit 2015 sind gesetzliche Grundlagen geschaffen worden, dass auch fachgleiche MVZ's möglich sind. Durch die Anbindung an Kliniken können Versorgungs- und Personalprobleme besser in den Griff bekommen werden.

Durch die Ausnahmeregelungen von der BtMVV für die OST dürfen seit nun mehr als zwei Jahren auch andere Berufsgruppen die Vergabe vornehmen. Nach den bisherigen positiven Erfahrungen sollte dringend über die **Öffnung der Vergabe für andere Berufsgruppen** wie Fachkräfte in Apotheken und Sozialarbeit nachgedacht werden. Dieses bezieht sich ausschließlich auf die Gabe der vereinbarten Dosierung. Erhöhungen der Tagesdosis oder die Entscheidung über eine Take-Home-Regelung verbleibt in medizinischer Hand.

Bedingt durch den Datenschutz bekommen die Kommunen derzeit keinen Einblick, wie viele der genehmigten Plätze für die Substitution wirklich in Anspruch genommen werden. Dadurch fehlt die Grundlage zur Steuerung. Für die **kommunale Suchthilfeplanung** ist es unerlässlich, wieder **anonymisierte Zahlen über die in Anspruch genommenen OST-Plätze** zu bekommen, um bei sich abzeichnenden Engpässen oder auch großen Leerständen gegen steuern zu können.

Trotz dieser Aspekte der Sicherstellung wird sich grundsätzlich das Angebot der OST nur durch eine strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung im Sinne einer Erneuerung verbessern lassen!

Für die konzeptionelle Weiterentwicklung sind aus meiner Sicht sechs Thesen essentiell:

These 1/Ziel 100.000 Substituierte

Eines der Hauptprobleme ist die Tatsache, dass die Hälfte der Opioidabhängigen die Substitution nicht wahrnimmt beziehungsweise dauerhaft abgebrochen hat. Deshalb ist das formulierte Ziel der Kampagne „100.000 Substituierte bis 2022“ des JES-Bundesverband, von akzept e.V. und der Deutsche Aidshilfe mit Unterstützung der Bundesdrogenbeauftragten ein wichtiger Meilenstein. Um dieses Ziel zu erreichen, ist aus meiner Sicht folgendes notwendig:

- Erweiterung der niedrighschwelligen Substitution (Zugang für Nicht-Versicherten)
- Verbesserung der Substitution in Haft (BÄK-Richtlinie gilt auch für den Strafvollzug!)
- aufsuchende Substitution (Heim, Krankenhaus, Wohnung)

Doch selbst wenn dieses Ziel erreicht würde, sind dann immer noch 40% ohne medizinische Substitution.

These 2/Dogma rauschfreie Substitution

Bis in die 1990er Jahre hinein galt in vielen Städten die Abstinenz als Grundlage für ein Hilfsangebot. Dann setzte sich die Erkenntnis durch, dass dieses Ziel nicht für alle Suchtkranken erstrebenswert und auch erreichbar ist. Mit dem Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit wurden seitdem sehr gute Erfahrungen gemacht. In der Stadt Hannover ist sie das Fundament des Hilfesystems. Zusätzlich gibt es auch ausstiegsorientierte Angebote, sowie Unterstützung für einen kontrollierten Konsum. Letztendlich orientiert sich das Ziel individuell am Interesse und den Möglichkeiten des suchtkranken Menschen. In der Substitution hat es diesen Schritt noch nicht gegeben. 98,5% der gegebenen Substitute dämpfen das Craving und erzeugen keinen Rausch. Obwohl mit der Behandlung von Diamorphin sehr gute Erfahrungen für die Patient*innen gemacht werden, nehmen laut Substitutionsregister aktuell nur 1,5% der Substituierten diese Behandlungsform wahr. Bei dieser Form der Substitution zeigt sich, dass trotz der regelmäßigen Gabe von Heroin eine bessere Lebensführung und die Übernahme von Verantwortungen möglich ist.

Auch der häufig zu beobachtende Beikonsum unterschiedlichster Drogen macht deutlich, dass das Primat der rauschfreien Substitution nicht zu halten ist. Der Beikonsum ist ein Indiz, dass oftmals viele nicht behandelte psychiatrischen Auffälligkeiten und Traumata den Wunsch nach einem Rausch verstärken. Der Beikonsum ist als Ausdruck einer nicht vollständigen medizinischen Versorgung zu verstehen und nicht als Unterlaufen der Substitution. Zur langfristigen Verbesserung der Lebensqualität ist eine morgendliche Dosis in der Praxis nicht die (alleinige) Lösung der Suchterkrankung!

Für die Zukunft sollten zwei Ziele für die Substitution gelten:

- Erreichbarkeit der Menschen und Überlebenshilfe
 - bedingungslose Substitution
- Alle Drogenabhängigen, bei denen eine Substitution angezeigt ist, erhalten die Möglichkeit dazu. Menschen, die neben der Substitution weitere Drogen konsumieren, werden nicht aus der Behandlung ausgeschlossen. Medizinisch sollte auch eine Kombination von mehreren Substanzen möglich sein.

These 3/Substitution und Psychosoziale Beratung (PSB)

Momentan gibt es ein paralleles Arbeiten von Medizin und Sozialarbeit. Selten finden auf kommunaler Ebene beide Professionen durch ein institutionelles Netzwerk zusammen. Doch gerade die Arbeit mit gemeinsamen Patient*innen macht eine Abstimmung über Ziele und Vorgehensweisen dringend notwendig. Deshalb sollten, falls noch nicht vorhanden, in sämtlichen niedersächsischen Kommunen Qualitätszirkel mit einem regelmäßigen Austausch gegründet und gepflegt werden.

Seit der letzten BtmVV ist die PSB nicht mehr verpflichtend. Medizin und Sozialarbeit sollten aber ihren Anteil dazu leisten, dass die PSB selbstverständlicher Bestandteil der Behandlung bleibt. Neben diesem gemeinsamen Ziel, ist auch die Veränderung der Fallzahlen in der PSB dringend erforderlich. Fallzahlen von 1:100 bilden nicht den Rahmen, um suchtkranken Menschen bei der Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse zu beraten und zu begleiten!

In den fachlichen Kontexten wird ebenfalls deutlich, dass die Kinder aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil substituiert wird, häufig zu wenig gesehen werden. Während seitens der Jugendhilfe eine Überprüfung stattfindet, ob eine Gefährdung im Sinne des §8a SGB VIII vorliegt, fokussiert sich die Medizin auf die erwachsenen Suchtkranken. In Zukunft sollte die Situation der Kinder Bestandteil des Aufnahmegesprächs in der Arztpraxis sein. Außerdem sollte einmal im Jahr eine Fallkonferenz stattfinden, an denen die Medizin, die Sucht- und die Jugendhilfe teilnimmt und ausschließlich die Belange und der eventuelle Förderbedarf des Kindes im Mittelpunkt steht. Außerdem sind die Interessen und die Förderpotentiale der Kinder von substituierten Eltern regelmäßiger Bestandteil der Gespräche der PSB. Dabei sollen Reibungsverluste zwischen Jugend- und Suchthilfe vermieden werden.

These 4/Substitution und Pflege

Die Fortschritte in der Medizin und der Ausbau des Suchthilfesystems hat dazu geführt, dass viele Suchtkranke älter werden. Dadurch entstehen bei älteren Abhängigen Pflegebedarfe durch Erkrankungen, altersbedingter Abbau der Leistungsfähigkeit, vorzeitiger drogeninduzierter Abbau der körperlichen Fähigkeiten und/oder in Folge von Operationen. Die Substituierten haben alters- oder krankheitsbedingt immer mehr Probleme, aus eigener Kraft die Substitutionspraxis aufzusuchen. Somit steigt ein Handlungsdruck, Konzepte für diesen Lebensabschnitt der Suchtkranken zu entwickeln.

Das Älterwerden führt auch zu unfreiwilligen Veränderungsprozessen. Ab dem Pflegegrad 2 ist zum Beispiel der Wechsel aus einem betreuten Wohnen im Sinne des § 67 SGB XII oder einer Einrichtung der Suchthilfe erforderlich, weil dort die notwendigen Pflegebedarfe nicht finanzierbar sind und deshalb nicht angeboten werden können. Oftmals werden deshalb Suchtkranke aus ihrer gewohnten und geschätzten Umgebung herausgerissen. Plätze in spezialisierten Pflegeeinrichtungen für Suchterkrankungen sind seit Jahren nicht auskömmlich. Heime ohne Spezialisierung weigern sich oder trauen sich nicht, diese Menschen aufzunehmen. Aus der bisherigen Einrichtung müssen sie raus und eine neue ist kaum zu finden – ein unangenehmes Dilemma für die Betroffenen!

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird dieses Problem in den nächsten Jahren stetig wachsen! **Weitere Pflegeheime für Suchterkrankte und auch mehr aufsuchende Substitution**, die auch finanziell auskömmlich vergütet wird, sind dringend zu schaffen.

These 5/Substitution und der Tag

Die Substitution muss sich konzeptionell weiter entwickeln. Morgens die Gabe eines Medikaments und „den restlichen Tag zur freien Verfügung“ ist nicht mehr zeitgemäß und deckt auch nicht die Erfordernisse für die Suchtbehandlung ab. Die Menschen brauchen sinnvolle Maßnahmen, um ihren Alltag zu strukturieren.

- **Aktivierungsmaßnahmen**, um vergessen geglaubte Fähigkeiten wieder zu beleben, (Nebenjobs, 16i-Angebote des Jobcenters, Beispiel ReHa TOP (Jobcenter Region Hannover, Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft und der MHH) etc.)
- **eine Arztpraxis mit Aufenthaltsqualität für den Tag**
Das Treffen von Substituierten unmittelbar nach der Vergabe und in der Nähe der Praxen verdeutlicht das Bedürfnis nach sozialen Kontakten. Mittelfristig sollten **Praxen** auch eine **Aufenthaltsqualität** bekommen, damit sich die Suchtkranken nicht nur für die kurze Zeit der Vergabe dort aufhalten mögen.
- **Weiterleitung von Praxen an Tagesstätten**
Wenn die Aufenthaltsqualität in der eigenen Praxis nicht möglich bzw. nicht gewünscht ist, sollte eine Weiterleitung an Tagesstätten nach § 13 SGB XII erfolgen, um eine Tagesstruktur zu vermitteln. Dies ist mit medizinischen Stellungnahmen oder der Kooperation von Medizin und der Mitarbeit der Suchthilfe möglich.
- (verbindliche) **Weiterleitung zu weiteren medizinischen Maßnahmen** (psychiatrische Maßnahmen, HCV/Erkennung und Behandlung etc.)
Durch das fortschreitende Alter der Patient*innen, die häufigen Diagnose in Bezug auf HIV, Hepatitis C und psychiatrische Komorbiditäten bedeuten fachübergreifende MVZ's für Suchtkranke vielfältige (Behandlungs-)Angebote unter einem Dach und ohne zusätzliche Wege. Den multiplen Problemlagen sollte an einem Ort nicht nur mit der Vergabe eines Substitutes begegnet werden.

These 6/OST und Mischkonsum

In den letzten Jahren ist die Zahl der Abhängigen, die mehr als eine Droge regelmäßig konsumieren, spürbar gestiegen. Dieser polytoxikomane Umgang von illegalen und legalen Drogen ist inzwischen häufig der Standard. Es gibt kaum noch Menschen, die lediglich eine Droge konsumieren. Auch beispielsweise alkoholranke Menschen aus der wohnungslosen Szene versorgen sich mit illegalen Drogen. Deshalb kann die Suchtmedizin nicht die Heroinkerkrankung in den Mittelpunkt stellen. Auch bedeutet der Mischkonsum immer noch die Gefahr, deshalb von der OST ausgeschlossen zu werden. Der Konsum von mehreren Drogen sollte als Hilferuf gewertet werden, dass ein einzelnes Substitut nicht ausreicht, um den Menschen medikamentös zu helfen.

Für die Zukunft muss eine Priorisierung entwickelt werden, welche Erkrankung zuerst behandelt wird und ein Mehrfachkonsum nicht zum Ausschluss der Behandlung führt. Ziel sollte eine **bedingungslose Substitution** sein.