

8.

Nationale Substitutions- Konferenz (NaSuKo)

**Mehr Patientenfreundlichkeit
in der Substitutionsbehandlung**

Berlin, 10. Juni 2024

8. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)

Berlin am 10.Juni 2024

Mehr Patientenfreundlichkeit in der Substitutionsbehandlung

INHALT

Vorwort <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	05
Mehr Klienten in die Substitution bringen – welche Modelle gibt es? <i>Nina Pritzens</i>	09
Wie kann die Diamorphinbehandlung in Deutschland niedrigschwellig organisiert werden? <i>Dr. med. Thomas Peschel</i>	17
Vorschläge zur Reform der Vergütung der Substitutionstherapie mit dem Ziel einer Pauschalisierung <i>Dr. med. Konrad Isernhagen</i>	24
7 Schlüsselstrategien zur Vorbeugung von synthetischen Opioiden (Safer Supply, E-Health....) <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	27
Entwicklung bei synthetischen Opioiden – Projekt RAFT <i>Maria Kuban</i>	37
3 Jahre NALtrain Vergabe von Take Home Naloxon – was haben wir gelernt? Fazit des Bundesmodellprojektes <i>Simon Fleißner</i>	46

Bessere Versorgung von Opioid- und Crackkonsument*innen durch Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe- Welche Angebote brauchen wir? <i>Anneke Groth & Stefanie Gellert-Beckmann</i>	48
Substitution im Justiz- und Maßregelvollzug <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	54
Synthetische Opioide in Deutschland - sind wir vorbereitet? Vorschläge für einen nationalen Ratschlag <i>Hans-Günter Meyer-Thompson & Heino Stöver</i>	67
Anhang	77
Literaturliste	77
Autorinnen und Autoren	81
Feedback der Teilnehmenden	82
Chronik NaSuKo seit 2000	84
Impressum	86
Dank	87
Statement	88

Die 8. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)
am 10.06.2024 in Berlin:
Mehr Patientenfreundlichkeit
in der Substitutionsbehandlung
(gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit)

VORWORT

Die Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) hat sich seit 2004 als die zentrale, umfassende Fachveranstaltung zum Thema Opioid-Agonisten Therapie (OAT) und psycho-soziale Betreuung in Deutschland entwickelt. Zielgruppen dieser Veranstaltungen sind nach wie vor die Mitarbeitenden von Sucht- und Drogenhilfeeinrichtungen, Aidshilfen, Suchtmediziner*innen, medizinisches Personal, Sozialpädagog*innen und Psycholog*innen in Rehabilitationseinrichtungen und im Justiz- und Maßregelvollzug und generell Behandler*innen von Opioidkonsumierenden.

Dank dem in diesen Konferenzen praktizierten Wissenstransfer in die Praxis und dem hier möglichen Austausch unter Praktiker*innen aus Medizin und Sozialarbeit konnten im Lauf der Jahre etliche Empfehlungen für eine Weiterentwicklung und Verbesserungen der OAT an die Politik gegeben und schließlich umgesetzt werden.

Es besteht jedoch weiter Entwicklungsbedarf und es entstehen immer wieder neue Herausforderungen für die Mitarbeitenden der Sucht-/Drogenhilfen und Aids-Hilfen.

In Stichworten sind dies vor allem:

- Niedrigschwellige Zugänge zur OAT, vor allem auch für einen verbesserten Zugang zur Diamorphinbehandlung (Originalstoffvergabe);

-
- Therapieangebote für Kokain-Konsumierende und vor allem für die schnell wachsende Zahl von Crack-User:innen;
 - Präventions- und Handlungsoptionen zur Überlebenshilfe und für den Umgang mit Konsumierenden von aktuell den Markt flutenden synthetischen Opioiden.
 - Einsatz von Take-Home-Naloxon als Teil der Suchtmedizin und OAT;
 - Einsatz von Depot-Substituten;
 - Verbesserung der OAT im Justiz- und Maßregelvollzug.

Für viele dieser Problemfelder gibt es im Inland und im europäischen Ausland bereits erprobte Lösungsansätze, die vorzustellen und auf ihre Übertragbarkeit im Diskurs zu prüfen sind.

Trotz der unstrittig erfolgreichen Entwicklung der OAT in den letzten 35 Jahren gilt es weiterhin, die Möglichkeiten dieser Therapie im Interesse der Patient:innen auszudifferenzieren, auf neue Konsumverhalten zu reagieren und vor allem für weitere und neue Substanzen entsprechende Therapieansätze zu entwickeln. Diese Bemühungen finden europaweit statt; ihre Abläufe und Ergebnisse werden in begrenzten Fachkreisen diskutiert und bewertet. Diese Erkenntnisse den Mitarbeitenden der Drogenhilfe in Deutschland vorzustellen und die Umsetzbarkeit in die Praxis zu diskutieren ist eine wesentliche Aufgabe der NaSuKo.

Ganz aktuell bedarf es dringend Antworten der Drogen- und Suchthilfe auf den steigenden Kokainkonsum und auf die Verbreitung von Crack in deutschen Städten.

Für Kokain-Konsumierende fehlt bisher ein erprobtes Medikamentenangebot; hier gilt es, die bisherigen Versuche und Erfahrungen (z.B. aus der Schweiz) kennenzulernen und zu besprechen.

Dringend ist auch, Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit Crack-Konsumierenden zu entwickeln und Erfahrungen zu bis-

herigen Ansätzen zu besprechen/bewerten. In einigen Großstädten nehmen der Konsum von Crack und damit einhergehend die rasche Verelendung der Konsumierenden rasant zu. Wie beim Kokain-Konsum gilt es, mögliche Substitute zu identifizieren.

Derzeit schwemmen synthetische Opioide (Fentanyl, Nitazene als Bekannteste) den europäischen Markt, deren Wirkstoffgehalt und damit deren - mitunter tödliche - Wirkungen unbekannt und unberechenbar sind. Hier gilt es schnell, Handlungsoptionen präventiv und für den Behandlungsfall zu entwickeln. Berichte aus den USA, Kanada und neuerdings aus Irland belegen zahlreiche Drogennotfälle und –tode im Zusammenhang mit dem Konsum von synthetischen Opioiden, sei es als Beimischungen zu Heroin oder pur.

Weiterhin aktuell bleiben die Bemühungen, mehr Konsumierende als die bisher ca. 50% in die Substitutionsbehandlung zu bekommen.

Neue Wege sind niedrighschwelligere Zugänge zur OAT (v.a. für Migrant*innen, und nicht-krankenversicherte Menschen) und auch bisher hier wenig genutzte Strategien wie E-Health oder Safer Supply. Wie dies in der Praxis umgesetzt werden kann wurde in den Arbeitsgruppen besprochen.

Der Zugang zur Diamorphinbehandlung ist weiterhin zu hochschwellig und das Angebot mit bundesweit nur 14 Ambulanzen in wenigen Bundesländern zu gering.

Die Zugangshürden liegen auch in den Aufnahmekriterien, die dem Vorbild der wesentlich pragmatischeren Schweizer Kriterien angepasst werden sollten.

Die Quote der Drogengebrauchenden, die sich in eine OAT begeben, ließe sich auch durch eine individualisierte Medikation erheblich steigern. Was bei der Behandlung nicht Suchtstoff-gebundener Krankheiten üblich ist – die Anpassung der Medikation an die

Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten- ist in der Suchtmedizin noch eher die Ausnahme als die Regel.

Take Home – Vergabe und Depot-Medikation sind hierfür die Stichworte.

Damit in Zusammenhang steht auch eine kritische Betrachtung der Vergütungsordnung. Solange in vielen Kassenbereichen pro Vergabe honoriert wird stehen die Bedürfnisse der Patient*innen hinten an.

Ziel muss eine pauschale Vergütung pro Patient*in sein.

Dazu hat akzept im Vorfeld der NaSuKo eine Umfrage bei diversen Anbietern durchgeführt um zu klären welche Art der Vergütung welche Auswirkungen auf die Versorgung hat.

Die Chancen der OAT werden in den Lebensbereichen Haft, Maßregelvollzug und Rehabilitation bisher aus verschiedensten – nicht- medizinischen - Gründen nur geringfügig genutzt.

Auch hierzu hat die 8. NaSuKo Position bezogen und Vorschläge zur Verbesserung gemacht.

Last not least war die Drogennotfallprophylaxe mit Take-Home-Naloxon ein Thema auf der 8. NaSuKo. Nach dem Ende des dreijährigen Projekt NALtrain ist Naloxon bundesweit als Hilfsmittel im Drogennotfall bekannt und in der Anwendung erprobt; die Schulungen müssen weiter angeregt und in den Einrichtungen verstetigt werden, die Akzeptanz bei Ärzten muss weiter ausgebaut werden. Und die Anwendung von Naloxon muss in allen Settings implementiert werden, d.h. auch Justiz- und Maßregelvollzug.

Insgesamt ist die Nationale Substitutionskonferenz eine unverzichtbare Veranstaltung mit den Zielen, den Austausch unter professionellen Fachkräften aus verschiedenen Disziplinen und mit den Patient:innen zu stärken, um die OAT weiterzuentwickeln.

Heino Stöver, Berlin Juli 2024

Mehr Klienten in die Substitution bringen – welche Modelle gibt es?

Nina Pritzens

vista im Überblick

- Kontakt- und Anlaufstellen mit und ohne Drogenkonsumraum
- Drogenberatung
- Drogen- und Suchtberatung
- Ambulante Rehabilitation
- Angebote für Eltern bzw. Familien
- Psychosoziale Begleitung der Substitution
- Betreutes Wohnen
- Berufliche Orientierung und Teilhabe
- Erfahrungsaustauschtreffen

246 Mitarbeiter*innen an
15 Standorten in
8 Berliner Bezirken
13 Substitutions-Ambulanzen



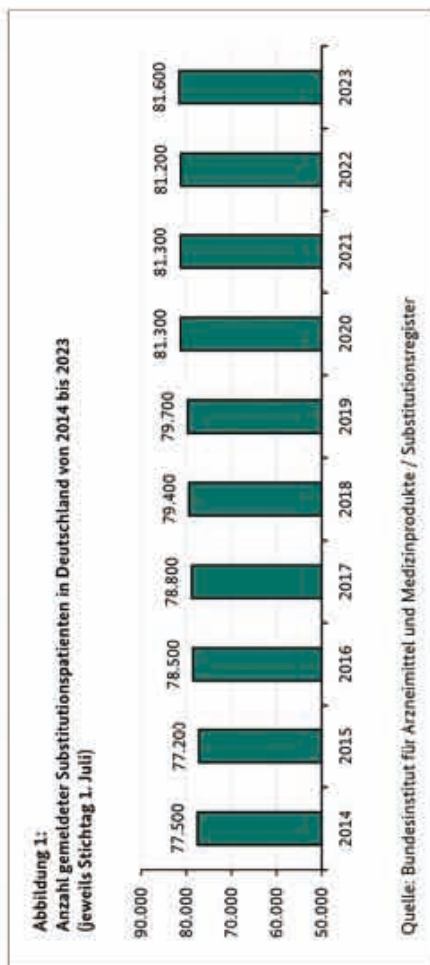
vista
vistaBerlin.de

Substitution – ein Erfolgsmodell

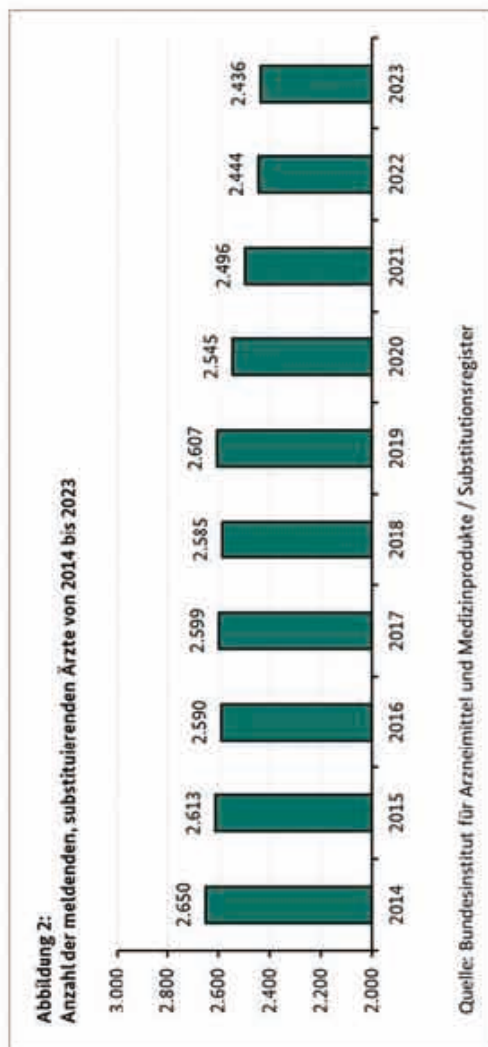
- Hauptziele: Sicherstellung des Überlebens, Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes
- Wirksamkeit der OST ist wissenschaftlich belegt; u. a. PREMOS 2007 – 2011
- OST ist besonders erfolgreich, wenn ärztliche/ medizinische Leistungen und Leistungen der Sozialen Arbeit, z. B. PSB, sich ergänzen und die Einbeziehung von Patient*innen (individuelle Ziele und Ressourcen) als zentrales Element begriffen wird
- OST stellt ein komplexes System aus rechtlichen Bestimmungen und Vergütungsstrukturen basierend auf unterschiedlichen Finanzierungssystemen dar

- OST muss alle Behandlungsoptionen (Medikamenten) der Indikation entsprechend nutzen können
- Qualität und die Vergütung der Psychosozialen Begleitung variiert in den Bundesländern stark.

Entwicklung der Substitutionsbehandlung¹

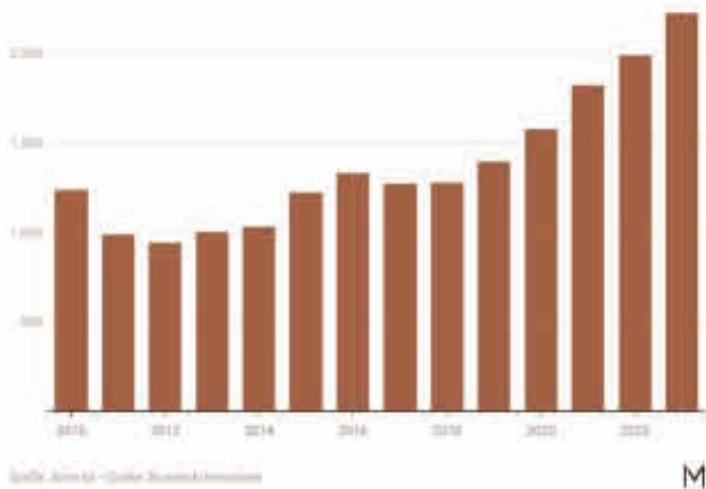


Ärzt*innen in der Substitutionsbehandlung¹



Zahl der Drogentoten – Entwicklung

Rauschgifttote in Deutschland



Der weltweite Opioidmarkt verändert sich!

- Situation in Afghanistan (Hauptanbaugebiet für Schlafmohn): Taliban haben den Anbau unterbunden
- Wie wird die Nachfrage befriedigt?
- Opioid Krise und Folgeschäden in USA (Juli 2021 - Juni 2022):
 - ▶ 107.000 Menschen verstorben
 - ▶ Canada 7.300 Tote in 2022
- synthetische Opiode in Europa auf dem Vormarsch (emcdda empfiehlt den europäischen Ländern sich auf die Verbreitung von synthetischen Opioiden vorzubereiten!)

Ausbau der Substitutionsbehandlung in Deutschland

Zieldefinition:

- deutlich mehr Menschen, die regelmäßig Opioide konsumieren, den Zugang zur Substitution ermöglichen
- Steigerung von 50 % auf 80 % aller Menschen mit Opioid-Substanzgebrauchsstörungen in OST
- ca. 135.000 Menschen in OST – um dies zu erreichen werden 53.000 zusätzliche Behandlungsplätze benötigt

Entscheidende Parameter:

⇒ Zugänge für Opioidgebraucher*innen anpassen und Behandlungskapazitäten massiv ausbauen

⇒ neue Modelle entwickeln und erproben um Menschen in Behandlung zu halten.

Substitutionsbehandlung anpassen

Für Klient*innen den Zugang so leicht wie möglich machen:	Für Behandler*innen die Durchführung so attraktiv wie möglich machen:
vielseitige Informationen	Information und Ausbildung
Behandlungsplätze in vielfältigen Settings ermöglichen	positives Branding
Substitution in niedrighschwelligen Einrichtungen	vielfältige Behandlungs-settings ermöglichen
auch ohne Krankenversicherungsschutz	finanzielle Anreize
Akzeptanz und Integration	Entbürokratisierung

Behandlungsplätze in vielfältigen Settings ermöglichen:

Niedergelassene Ärzt*innen, MVZ, Kliniken und Institutsambulanz, insbesondere PIA, Träger der Sucht- und Drogenhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst, Einbindung von Apotheken, mobile Versorgung, Reha und Justizvollzugsanstalten.

Substitutionsbehandlung – Ressourcen effektiver nutzen

- etablierte Einrichtungen beim Ausbau der Angebote unterstützen
- neue Modelle der Zusammenarbeit von Arztpraxis und PSB erproben und konzeptionell weiterentwickeln
- ⇒ Vergabe wird geteilt und findet anteilig in der PSB-Einrichtung oder dem betreuten Wohnen statt – BtmVV kompatibel
- ⇒ Ressourcen in den Arztpraxen schaffen und Klient*innen zusätzliche Wege ersparen
- ⇒ Voraussetzung ist eine „sachkundige Person“ in der PSB; schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen Arztpraxis und PSB, Einverständnis der Klient*in
- ⇒ Anpassung Vergütungsstruktur.

Kliniken verstärkt in die Versorgung einbeziehen

a) Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs):

- Fachexpertise vorhanden
- regionale Pflichtversorgung bereits definiert
- Studierende der Medizin kommen frühzeitig mit OST in Kontakt

Baustelle: Finanzierung der PIAs muss angepasst werden, Kapazitäten aufbauen.

b) An Kliniken angegliederte MVZ.

Träger der Drogenhilfe als Betreiber von Substitutionsambulanzen

- als Alternative wenn keine ausreichende Versorgung durch OST gegeben ist.
- Baustelle: abgesicherte Ermächtigung der KV.

-
- OST in Einrichtungen ermöglichen, die keine zusätzlichen Wege für die Betroffenen bedeuten- insbesondere Kontaktstellen mit integriertem Drogenkonsumraum:
 - vorrangig für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz
 - eng durch Soziale Arbeit begleitet
 - finanziert durch Landesmittel.

Ziel: Überleitung in die Regelversorgung.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Landesregierungen haben unmittelbar den größten Einfluss; es gibt ca. 400 Gesundheitsämter im Bundesgebiet. Fachexpertise ist vorhanden oder entwickelbar; Regionale Zuständigkeit ist gegeben.

Blick auf Vorreiter*innen

- Substitutionsambulanz Hamburg (Jugendhilfe e.V. - Schwerpunkt nicht versicherte Menschen)
- Projekt Support von Mudra e.V. Nürnberg (aktuell im Antragsverfahren)
- Drogenberatung Bielefeld e.V.
- Substitutionsambulanz Neumarkt Stadt Köln - Kooperation von ÖGD und Drogenhilfe.

Rahmenbedingungen und Planungsgrundlage

Steuerung auf Landesebene begleitet durch den Bund

Zieldefinition je Bundesland:

Versorgungsgrad in der Region z. B. von 50 % auf 70 % erhöhen
= 2.320 zusätzliche Plätze OST bei einer Laufzeit von 4 Jahren.

Kreislauf aus Bedarfserhebung, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Auswertung, Maßnahmen anpassen.

Maßnahmen:

- PIA's: 600 Plätze
- 2 Modellprojekte Substitutionsambulanz: 500 Plätze
- ÖGD: 300 Plätze
- Programm: Stärkung bisheriger Anbieter bzw. niedergelassener Ärzt*innen: 920 Plätze.

Fazit

- Wir verfügen mit OST über sehr gute Therapiemöglichkeiten
- Wir können dafür sorgen, dass deutlich mehr Menschen davon profitieren und das Gemeinwohl verbessert würde
- Wir müssen die Infrastruktur ausbauen und Vorhandenes innovativ nutzen
- Wir müssen die Attraktivität von OST für alle Beteiligten erhöhen
- Wir haben großen Handlungsbedarf, der exponentiell steigt!

Bund und Länder sind in der Pflicht!

Wie kann die Diamorphinbehandlung in Deutschland niedrigschwellig organisiert werden?

Thomas Peschel

Der JES Bundesverband fordert:

Diamorphin für alle. die es brauchen!

Applikationsformen:

- intravenös
- intramuskulär
- nasal
- oral

Alles als Takehome bis 7 Tage möglich!

Wissenschaftliche Evidenz!

- in den letzten 20 Jahren 6 RCTs
- mit mehr als 2000 Patienten
- hochrangig publiziert
- sechs verschiedenen Länder

(Schweiz, Kanada, Deutschland, Niederlande, Großbritannien, Spanien).

Perneger et al. 1998, BMJ

Van den Brink et al. 2003, BMJ

March et al. 2006, J Subst Abuse Treat

Haasen et al. 2007, Br J Psychiatry

Oviedo Joekes et al. 2009, NEJM

Strang et al. 2010, Lancet.

Diamorphin ist auch inhalativ Methadon überlegen!

Das belegen folgende Studien : *-Medical Prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomized cotrolles trials.*

Wim van den Brink, Vincent M. Hendriks, Maarten W.J. Koeter, Barbara J. van Zwieten, Jan M. van Ree.

- Soziale Integration nach 4 Jahren Diamorphinbehandlung.

U. Verthein, I.Schäfer, P. Degkwitz; Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.

> Eur Addic Res. 2021;27(5):371-380. doi: 10.1159/000514192. Epub 2021 Mar 30.

Quality of Life in Opioid Replacement Therapy: A Naturalistic Cross-Sectional Comparison of Methadone/Levomethadone, Buprenorphine, and Diamorphine Patients

Stephanie Paula Elisabeth Guillery ^{1,2}, Rainer Hellweg ², Golo Kronenberg ³, Ulrich Boff ⁴, Hagen Kuntze ¹, Sören Enge ¹

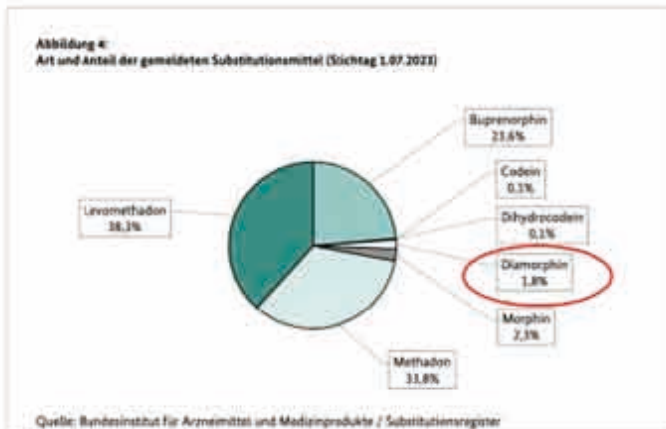
Affiliations + expand

PMID: 33784698 DOI: 10.1159/000514192

Free article

Diamorphin ist Methadon/Polamidon in körperlichem und psychischem Befinden sowie Lebensqualität deutlich überlegen.

Ca. 8 % würden profitieren...



das wären 10-15 Tsd. Patienten!

...vor 15 Jahren....

Schwermetallabhängig

Bundestag beschließt staatliche Heroin-Abgabe auf Rezept

Der Bundestag hat einer staatlichen Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige zugestimmt. Während SPD, Grüne und Linkspartei das Votum feiern, wettert die Union dagegen - und wirft der SPD Koalitionsbruch vor.

28.10.2008 20:25:18

- 349 Ja, 198 Nein, 3 Enthaltungen, namentliche Abstimmung
- Seit Oktober 2010 Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich

Diamorphingestützte Behandlung heute: Deutschland



Stigma und Vorurteile

*Staatliche Rauschgiftabgabe heißt: Mehr Drogen
Mehr Süchtige*

*Deshalb: Heroinabgabe: NEIN
(SVP 2005)*

Heroin-Ersatz auf Rezept: Stadt und privater Anbieter wollen Kooperation für Bielefeld

am Dienstag, 04.06.2024 Lokalnachrichten



In der alten Hauptpost an der Nahariyastraße sollen künftig schwer Drogensüchtige mit dem Heroinersatz Diamorphin versorgt werden. Die umstrittene Praxis ist schon länger geplant. Jetzt hat die Stadt eine Kooperation mit einem privaten Anbieter ausgehandelt.

Stadt und Drogenberatung geben Bedingungen vor

Die Drogenberatung der Stadt prüft durch eine vorgeschriebene psychosoziale Beratung, wer für die Therapie in Frage kommt. Gibt es ein offizielles

Go, dann darf die Behandlung vom privaten Anbieter, der Medikus-Gruppe durchgeführt werden. So will die Stadt sicher stellen, dass alle Voraussetzungen erfüllt sind. Dazu zählt beispielsweise, dass Patientinnen und Patienten bereits zwei ernsthafte Versuche unternommen haben müssen, vom Heroin wegzukommen.

Maximal 120 Patienten

Die Ambulanz wird auf 120 Patientinnen und Patienten beschränkt. Davon darf maximal jeder Zehnte nicht aus Bielefeld kommen.

Umstrittene Maßnahme

Diamorphin ist pharmazeutisch hergestelltes Heroin. Es soll in der Praxis unter Aufsicht als Ersatz für Straßenheroin abgegeben werden. In der Stadt ist das Diamorphin-Praxis umstritten. Viele fürchteten bislang einen wachsenden Drogentourismus. Auch der Standort direkt am Hauptbahnhof wird kritisch gesehen.

Der Rat der Stadt muss dem Vorgehen in seiner Sitzung am 27. Juni noch zustimmen.



DROGEN AUF REZEPT

Hier entsteht Berlins erste Heroin-Praxis



Die Heroin-Heroin-Praxis in Mitte
Foto: Ralf Günther

VON HEIDBURG BRUNS

28.11.2012 – 10:45 UHR

Berlin – Ein Bürogebäude in Mitte, nahe der U 6. Hier baut Berlin gerade die sichersten Praxisräume der Stadt für 280 000 Euro aus, mit Videoüberwachung, Tresoren, Übergabeschleuse wie in einer Bank.

Denn: HIER GIBT ES BALD HEROIN AUF REZEPT!

(Foto: Ralf Günther)

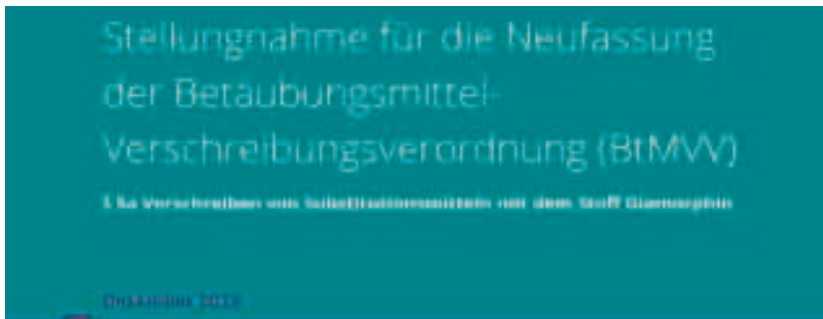
Warum der Senat Heroin auf Rezept unterstützt?

Eine Sprecherin: „Wenn wir diese Gruppe von Opiatabhängigen in das Suchthilfesystem einbinden können, wäre das nicht nur ein Gewinn für die Gesundheit der Betroffenen.“

Sie glaubt: „Es könnte auch die Bevölkerung in den entsprechenden Stadtteilen entlasten und das Sicherheitsempfinden erhöhen.“

Warum so Hochschwellig?

- „Hilfesystem“ und Patienten:
 - Mentalität: „weg vom Heroin“, „weg von der Nadel“
 - Abstinenzorientierung
 - „Endstation“
 - Anfangs oft große Zurückhaltung, Aufklärung über:
 - Applikation, Takehome, Zeiten, Veränderungsmöglichkeit
- BtMVV:
 - Nachrangigkeit zementiert
 - Zugangsvoraussetzungen schließen 50 % der geeigneten Patienten aus (Diamorphintabletten!!)



**Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen
Versorgung und Behandlung Opioidabhängiger mit Diamorphin**

Nachrangigkeit abschaffen

Aufnahmevoraussetzungen (BtMVV)

- seit mindestens fünf Jahren bestehende schwere Opioidabhängigkeit, verbunden mit
 - schwerwiegenden somatischen und psychischen Störungen
 - bei derzeit überwiegend *intravenösem* Konsum
 - *Nachweis über zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit, davon*
 - *mindestens sechsmonatige Substitutionsbehandlung*
 - einschließlich psychosozialer Betreuungsmaßnahmen
 - mindestens 23 Jahre alt
- **Analog OST in BÄK-Richtlinien überführen !!**

Aufnahmevoraussetzungen Schweiz

- Alter über 18 Jahre
- Schwere Opioidabhängigkeit seit mindestens 2 Jahren
- Defizite im somatischen, psychologischen und/oder sozialen Bereich, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind

(Grundlage: Kohortenstudie 1994-1996, seit 1999 Behandlungsoption, 2008 mit Volksabstimmung langfristig gesetzlich verankert)

Voraussetzungen für Niedrigschwelligkeit „organisieren“

- Wissenschaftliche Evidenz endlich zur Kenntnis nehmen! Fachgesellschaften (DGS, DGPPN, DG-Sucht etc.)
- Stigma: seriöse Aufklärung, Information!
 - es geht um die Wirksubstanz, nicht um Injektion!
- Politik: Änderung der BtmVV, Nachrangigkeit abschaffen!
- Diamorphin für alle, die es brauchen (Tablette)
- Kooperation Ärzte und Hilfesystem!

...dann funktioniert es auch niedrigschwellig....

Vorschläge zur Reform der Vergütung der Substitutionstherapie mit dem Ziel einer Pauschalisierung

Konrad Isernhagen

Über Geld spricht man für gewöhnlich nicht, aber ein Honorierungssystem ist auch ein Steuerungssystem, die derzeitige Regelung der Honorierung der Substitutionstherapie über den EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) jedoch zeigt alle Züge einer Fehlsteuerung.

Die auf täglicher Vergabe als ärztliche Leistung basierende Vergütung der Substitution ist nicht fachgerecht und behindert die Substitutionstherapie durch niedergelassene Ärzt*innen, dies ist gerade bei der angespannten Versorgungslage besonders außerhalb der großen Zentren desaströs. Durch dieses Honorierungssystem werden Fehlanreize mit Verweigerung von take-home auch für stabile Patient*innen geschaffen, die bei etlichen Patient*innen sinnvolle Therapie mit Depot – Buprenorphin wird behindert und eine dezentrale Substitution z. B. in Apotheken oder Einrichtungen der Drogenhilfe wird behindert, indem flexible Vergabeformen ökonomisch unattraktiv werden.

Nach der Reform der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) sind dezentrale Vergabeformen möglich, für viele Patient*innen, die evtl. lange Anfahrtswege hinnehmen müssen, wäre eine wohnortnahe Vergabe eine deutliche Verbesserung ihrer Situation.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin hat deshalb eine Reform des EBM angeregt. Das Ziel soll sein, dass das Vorhalten, die Durchführung, die Koordination sowie Dokumentationsleistungen durch eine Quartalspauschale vergütet werden.

Die suchtmmedizinischen Leistungen im engeren Sinne (therapeutische Gespräche) sollen öfter abrechenbar werden und die therapeutischen Gespräche wären dann auch auch telemedizinisch oder telefonisch erbringbar.

Nach diesem Vorschlag würde die Substitution bei Patienten, die täglich ohne take-home zur Vergabe kommen müssen, ökonomisch schlechter gestellt, in allen anderen Settings (take-home, Depot oder dezentrale Vergabe) würden die substituierenden Ärzt*innen besser gestellt, wobei das Honorarvolumen insgesamt gleich bliebe. Davon erhoffen wir uns einige Verbesserungen:

- eine qualitätsorientierte und individualisierte Therapie wird belohnt.
- Die Vergabeform kann nach medizinischen Gesichtspunkten vom Arzt/Ärztin festgelegt werden, ohne Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Praxis.
- Die Zahl der therapeutischen Gespräche kann an die Behandlungssituation und die Komorbidität des Patienten angepasst werden und wird entsprechend des Aufwands vergütet.
- Positive Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung.
- Der höhere Aufwand bei Koordinationsleistungen z. B. bei häufigen Krankenhausaufenthalten oder durch Absprachen mit der PSB bei aufwändigen Patient_innen wird durch die Pauschalisierung berücksichtigt.
- Verlagerung des Schwerpunkts von der Vergabeorganisation auf die suchtmmedizinische Behandlung.
- Keine Honorarverluste durch take-home, Depot-Injektion oder Fehltag.
- Dezentrale Vergabeformen z. B. in Einrichtungen der Drogenhilfe oder vergleichbaren Einrichtungen werden nicht durch ökonomische Schlechterstellung behindert.
- Damit könnte auch die zunehmend problematische Versorgung in ländlichen Regionen verbessert werden.

Die durch die BtmG Reform ermöglichten flexiblen Vergabeformen werden nach diesem Modell nicht länger durch den völlig veralteten und nicht sachgerechten EBM behindert. Flexible, der medizinischen Notwendigkeit angepasste Vergabeformen sollen durch die Gebührenordnung nicht länger behindert werden.

Diese Vorschläge waren Grundlage für erfolgversprechende Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Allerdings hat sich erheblicher Widerstand von Großpraxen oder Ambulanzen ergeben, die niedrigschwellig arbeiten und kaum take-home-Vergabe oder Depot-Substitution anbieten und die ohne Abrechnung der täglichen Vergabe wirtschaftliche Einbußen befürchten. Weitere Überlegungen, um einen Interessenausgleich aller Beteiligten einschließlich natürlich der Substituierten zu erreichen sind nötig. Hauptgewinner einer EBM-Reform sollte die Zukunftssicherung der Substitutionstherapie und die Patientenfreundlichkeit in der Substitutionsbehandlung sein.

Synthetische Opioide in Deutschland – 7 Schlüsselstrategien zur Vorbeugung von synthetischen Opoiden

Heino Stöver

Dem Europäischen Drogenbericht 2022 zufolge ist Heroin zwar nach wie vor das am häufigsten konsumierte illegale Opioide in Europa und die Droge, die für die meisten drogenbedingten Todesfälle verantwortlich ist. Doch gibt die Rolle synthetischer Opioide (**SO**) für das Drogenproblem in Europa zunehmend Anlass zur Sorge.

SO werden im Gegensatz zu Opiaten (Morphin) und halbsynthetischen Opoiden (Heroin) vollständig aus Chemikalien synthetisiert. Sie sind mit einfachen pharmazeutischen Kenntnissen leicht herzustellen. Es handelt sich um Substanzen mit einer schmerzlindernden Wirkung, die der von Heroin und Morphin ähnelt. Die Wirkung ist allerdings viel stärker und potenter als die von Heroin und Morphin, sodass das Risiko einer Überdosierung höher ist.

SO werden in der Medizin häufig zur Behandlung starker Schmerzen sowie bei der Palliativversorgung eingesetzt. Es gibt zwei separate Lieferketten für **SO** auf den unterschiedlichen Drogenmärkten: Abzweigung und Missbrauch innerhalb der legalen Lieferkette der medizinischen und veterinärmedizinischen Versorgung sowie Synthetisierung der **SO** in illegalen Labors für die illegale Lieferkette.

Fentanyl-derivate sind laut Europäischem Drogenbericht aufgrund der zentralen Rolle, die sie im nordamerikanischen Opioide-Problem spielen, besonders besorgniserregend. Es gebe zudem Anzeichen dafür, dass in einigen Ländern andere synthetische Opioide eine wichtigere Rolle bei den Drogenproblemen spielen könnten. Die derzeitigen Überwachungssysteme dokumentierten die Trends des

synthetischen Opioidkonsums möglicherweise nicht ausreichend, die Beobachtungskapazitäten müssten verbessert werden (Europäischer Drogenbericht 2022, S. 36).

Weiter heißt es im Europäischen Drogenbericht, dass in Europa in den Jahren 2020 und 2021 keine neuen Fentanylderivate nachgewiesen wurden, in diesem Zeitraum jedoch 15 neue synthetische Opioide entdeckt wurden, die nicht unter die Regelung zur Kontrolle von Fentanylderivaten fallen. Dazu gehörten neun potente Benzimidazol-Opioide. Hergestellt worden seien z.B. gefälschte Arzneimittel wie Oxycodon-Tabletten, die erwiesenermaßen potente Benzimidazol-Opioide enthalten. Auch gefälschte Xanax- und Diazepam-Tabletten mit neuen Benzodiazepinen wurden sichergestellt. Die Konsumierenden könnten unwissentlich starken Substanzen ausgesetzt sein, die das Risiko tödlicher oder nicht tödlicher Überdosierungen erhöhen können (Europäischer Drogenbericht 2022, S. 38).

Toolkit für das Gesundheitswesen

Das europäische Forschungsprojekt „Stärkung der Reaktionsbereitschaft von Gesundheitssystemen auf den potenziellen Anstieg der Prävalenz und des Konsums von synthetischen Opioiden“ hat SO-PREP entwickelt, ein Toolkit mit Schlüsselstrategien zur Bekämpfung der mit SO verbundenen negativen Folgen. Ziel ist, den Verantwortlichen im öffentlichen Gesundheitswesen Angebote, Informationen und praktische Hilfen an die Hand zu geben, um den spezifischen Herausforderungen im Umgang mit SO zu begegnen. Das Toolkit enthält Empfehlungen und Anleitungen zu sieben Schlüsselstrategien:

- ▶ Frühwarnsysteme
- ▶ Internet-Monitoring
- ▶ E-Health
- ▶ Drug-Checking

-
- ▶ Drogenkonsumräume
 - ▶ Naloxon
 - ▶ Opioid-Agonisten-Therapie

Frühwarnsysteme

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und die Agentur der Europäischen Union für die Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden (Europol) arbeiten seit 1997 mit Unterstützung der EU- Mitgliedstaaten, der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) und der Europäischen Kommission (EK) zusammen, um das Risiko neu auftretender Drogen auf dem europäischen Drogenmarkt zu überwachen, zu bewerten und ein Frühwarnsystem einzurichten. Ende 2020 überwachte die EBDD rund 830 Neue psychoaktive Substanzen (NPS), von denen 67 zu den SO gehörten.

Doch in vielen europäischen Ländern gibt es Defizite beim zeitnahen Austausch aktueller Informationen. Daher besteht die größte Herausforderung darin, die Zusammenarbeit sowie die systematische Datenerfassung und den Informationsaustausch zwischen allen relevanten Partnern sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene zu stärken. Für einen schnellen Datenaustausch werden nationale Datenbanken und digitale Plattformen benötigt. Auch die Koordination, Implementierung und Evaluierung von Daten sowie die Berichterstattung darüber sollten für ein funktionierendes Frühwarnsystem zu SO optimiert werden.

Abb. 1 nächste Seite:

Voraussetzungen, die für ein funktionierendes Frühwarnsystem erfüllt sein müssen



Internet-Monitoring

Die Überwachung im Internet beinhaltet das Monitoring von Daten zu Suchverhalten, Austausch über Drogen, Nutzererfahrungen, Drogenmärkten und Drogenangebot sowohl im Clearnet (öffentliches Internet) als auch im Deep-Web (nur mit Anonymisierungssoftware zugängliches Web, darunter das Darknet). Für den Handel mit SO werden Kanäle wie Google Trends, Instagram, Twitter, Facebook, Chatrooms, Kryptomärkte sowie Diskussionsforen im Clearnet und Darknet genutzt. Mithilfe eines Online-Monitorings können Mechanismen innerhalb dieser Plattformen sowie die Entwicklung von Angebot und Nachfrage überwacht werden. Das liefert Erkenntnisse, die durch traditionellere Forschungsmethoden wie z. B. Umfragen nicht gewonnen werden können.

E-Health

Obwohl das Forschungsinteresse zu E-Health-Angeboten bei Substanzstörungen in den vergangenen Jahren stark zugenommen hat, sind digitale Informations- und Kommunikationstechnologien wie Telemedizin und Apps für Drogenkonsumierende noch relativ begrenzt. Geeignete E-Health-Maßnahmen sind für die drei Säulen der Drogenpolitik

- Prävention,
- Therapie und
- Schadensminimierung

realisierbar. Wie wirksam digitale Präventionsmaßnahmen für Konsumierende von SO sein können, zeigt das finnische Online-Portal Päihdelinkki (<https://paihdelinkki.fi/>) mit seinem Informationsangebot zu Drogenkonsum und Drogenentwöhnung. E-Health-Apps können als alternativer Ansatz genutzt werden, um Klient:innen zu einer Therapie zu bewegen und langfristig zu motivieren. In der Telemedizin ist MySafeRx (<http://mysaferx.org/>) eine Plattform für Mobilgeräte, die die elektronische Medikamentenabgabe mit Text- und Videokommunikation kombiniert. Sie ermöglicht den Patient*innen, ein Medikament unter Aufsicht einzunehmen und dabei motiviert und betreut zu werden.

E-Health-Angebote können nicht nur den Zugang zu bereits existierenden Maßnahmen wie Drug-Checking und Drogenkonsumräumen vereinfachen, sondern auch den Weg für neue, innovative Methoden der Schadensminimierung ebnen. So bietet die app-gestützte Überwachung von Konsumierenden via Telefonbetreiber oder Biofeedback eine Art virtuellen Drogenkonsumraum, in dem geschützt und sicher konsumiert werden kann.

Drug-Checking

Drug-Checking ist ein Angebot an Drogenkonsumierende. Anonym können sie Proben von illegal erworbenen Drogen chemisch analysieren lassen, ohne Strafverfolgung befürchten zu müssen. Sobald die Ergebnisse der Analyse vorliegen, werden die Informationen zu den Inhaltsstoffen und zur Reinheit der Drogenprobe übermittelt. In der Regel gehören Hinweise zur Schadensminimierung, eine Beratung und Kurzinterventionen dazu.

In Deutschland ist Drug-Checking inzwischen durch Träger der Jugend- und Drogenhilfe in Kooperation mit zur Betäubungsmittelanalyse befähigten Laboren rechtlich abgesichert. Der Deutsche Bundestag hat am 23. Juni 2023 die gesetzlichen Grundlagen für das Drug-Checking-Modellvorhaben im Betäubungsmittelgesetz geschaffen. Das Verbot von Drug-Checking in Drogenkonsumräumen im BtMG wurde aufgehoben. Berlin macht seit April 2023 erste Erfahrungen in einem Modellprojekt. Hessen und Baden-Württemberg wollen folgen, andere Bundesländer beraten noch.

Da der illegale Drogenmarkt äußerst dynamisch ist, müssen Drug-Checking-Dienste sich kontinuierlich weiterentwickeln, um neuen Bedrohungen wie SO gewachsen zu sein. Möglich sind sowohl stationäre Angebote an festen Standorten als auch mobile Angebote, z.B. bei Festivals oder großen Partys. Um mit Drug-Checking gute Ergebnisse zu erzielen, empfehlen sich Handlungsleitfäden. Darin sollten die Zuständigkeiten des Personals, die Qualitätsanforderungen und vor allem die standardmäßigen Schutz- und Sicherheitsvorschriften beim Umgang mit Drogenproben, insbesondere mit hochpotenten Substanzen wie Fentanyl und seinen Analoga, beschrieben werden. Die Laborergebnisse aus dem Drug-Checking können wichtige Informationen für das Frühwarnsystem liefern.

Drogenkonsumräume

Seit 1986 wirken sich Drogenkonsumräume positiv auf Gesundheit und Lebensqualität drogenkonsumierender Menschen aus.

Hinsichtlich Prävention und Intervention haben sie eine Schlüsselrolle. Aktuell ermöglichen Drogenkonsumräume auf den SO-Konsum zu reagieren, indem sie eine überwachte, hygienische und sichere Umgebung für den Konsum schaffen. Mitarbeitende klären über Substanzen und sichere Konsumpraktiken auf. Sie entwickeln Strategien für den Umgang mit Überdosierungen und setzen diese um. So tragen Drogenkonsumräume dazu bei, die Selbstfürsorge und Selbstregulierung von Konsumierenden zu verbessern.

Bei einem starken Anstieg des SO-Konsums müssen die Maßnahmen, Ressourcen und Regelungen in Drogenkonsumräumen jedoch unter Umständen angepasst werden. Die Mitarbeitenden müssen sich zusätzliches Fachwissen und Kompetenzen aneignen, um den sicheren Drogenkonsum zu fördern. Fentanyl und andere SO, die zum Strecken von Substanzen verwendet werden, können nicht nur in Opioiden, sondern auch in Stimulanzien vorkommen. Wichtig ist auch, dass Erkenntnisse über die Risiken verschiedener Substanzkombinationen vermittelt werden.

Mitarbeitende der Drogenkonsumräume können für das Frühwarnsystem Echtzeit-Daten zur Überwachung des Drogenmarktes liefern. So können Konsumierende, Anbieter von Diensten zur Schadensminimierung, Fachleute des öffentlichen Gesundheitswesens, Wissenschaftler:innen und Strafverfolgungsbehörden zeitnah über hochpotente oder verunreinigte Drogen-chargen informiert und gewarnt werden.

Naloxon

Der Konsum hochpotenter SO kann sehr schnell und völlig unvorhergesehen zu einer lebensbedrohlichen Überdosierung, irreversiblen gesundheitlichen Schäden und zum Tode führen. Naloxon ist ein einfacher und sicherer selektiver Opioidrezeptor-Antagonist, der die Wirkung eines Opioids am Rezeptor blockiert und dadurch die Intoxikation aufhebt. Das SO Fentanyl ist schätzungsweise 100-mal stärker als Morphin. Eine Dosis von 2 mg reicht bereits aus, um einen erwachsenen Menschen zu töten. Angesichts dieser Wirkstärke ist eine viel höhere Naloxondosis erforderlich, um eine SO-Überdosis zu bekämpfen als z.B. bei einer Heroinüberdosis.

Naloxon muss breiter verfügbar gemacht werden, da es eine der Schlüsselstrategien vor der wachsenden Bedrohung durch SO ist. Bisher ist das Medikament in Deutschland rezeptpflichtig. Doch sollte es rezeptfrei erhältlich sein oder zumindest von entsprechend befugten Drogendiensten rezeptfrei abgegeben werden. Es ist wichtig, dass Fachkräfte und Laien wie z.B. Drogenkonsument*innen in Schulungen lernen, wie sie im Fall einer Überdosis reagieren sollten und wie das Naloxon zu verabreichen ist.

Die Peer-Schulungen zum Umgang mit Opioidüberdosierungen können Folgendes beinhalten:

- Ursachen und Risikofaktoren für eine Überdosierung
- Erkennen von Anzeichen und Symptomen einer Überdosierung (einschließlich der Unterschiede zwischen einer Überdosierung durch Stimulanzien, Heroin, Fentanyl oder anderen SO)
- Begutachtung und Behandlung von Betroffenen
- adäquate lebenswichtige Unterstützung, einschließlich Wiederbelebung und Beatmung
- Informationen zur Wirkung von Naloxon
- Nebenwirkungen und Überwachung nach der Verabreichung von Naloxon

-
- mögliches Risiko aggressiven Verhaltens
 - häufige Fehlannahmen zur Überdosisprävention
 - rechtlicher Rahmen für den Umgang mit Naloxon einerseits und mit Fachkräften aus Gesundheitswesen und Strafverfolgung andererseits.

Auch sollte sichergestellt sein, dass Naloxon Ersthelfer*innen wie Polizei oder Krankenwagenpersonal und in Notaufnahmen zur Verfügung steht und von diesen angemessen eingesetzt wird.

Opioid-Agonisten-Therapie

Mit der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) – auch Opioid-Substitutionstherapie (OST) bzw. medikamentengestützte Therapie genannt – werden Opioidabhängige behandelt. Zwei der am häufigsten verwendeten Medikamente sind Methadon und Buprenorphin. Diese morphinähnlichen Substanzen wirken wie natürliche Opiumextrakte. Sie werden je nach Bedarf der behandelten Person für kurze oder lange Behandlungszeiträume verschrieben. Die Therapie hat dann die größte Aussicht auf Erfolg, wenn sie mit Maßnahmen wie Beratung, soziale Unterstützung, Überwachung des Substanzkonsums sowie Aufklärung und Rückfallprävention kombiniert wird.

Zu den operativen Risiken für SO-Konsumierende gehören Rückfälle, Abzweigung und Missbrauch der Medikamente sowie Überdosierungen. Bei der Umsetzung der OAT für SO-Konsumierende sind eine routinemäßige Kontrolle und Evaluierung, qualifiziertes Krankenhauspersonal, Take-Home-Medikation, das Achten auf schwere Infektionskrankheiten und die Lebensqualität der behandelten Personen wichtig. Ein gut funktionierendes OAT-System kann einen wirksamen Schutzmechanismus im Kampf gegen den illegalen Opioidmarkt bieten. Die OAT ist nach wie vor der wichtigste Ansatz zur Behandlung von Opioid- und SO-Konsumstörungen.

Fazit

Um die komplexen Herausforderungen im Kontext von SO zu bewältigen, reichen ein einzelner Ansatz sowie herkömmliche Maßnahmen nicht aus. Neue und innovative Ansätze wie Drug-Checking, E-Health und Internet-Monitoring sind notwendig, um etablierte Maßnahmen wie die OAT zu ergänzen. Da jede Maßnahme ihre Schwachstellen hat, liegt der Schlüssel zum Erfolg in der Kombination und Integration verschiedener Ansätze.

(SO-PREP - Toolkit mit Schlüsselstrategien zur Bekämpfung der mit synthetischen Opioiden verbundenen negativen Folgen (2023) (<https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/07/BroschüreA4SO-PREPInternetfassung.pdf>))

Entwicklung bei synthetischen Opioiden

Bundesmodellprojekt RaFT

Rapid Fentanyl- Tests in Drogenkonsumräumen

Maria Kuban

Ausgangslage I

- **Fentanyl ist immer** (egal ob pharmazeutisch oder illegal hergestellt) um ein Vielfaches **stärker als Heroin** → Das **Risiko für für opioidbedingte Not- und Todesfälle** steigt beim Konsum drastisch. (letale Dosis Fentanyl bei opiatnaiven Menschen: 2mg, Heroin: 200mg)
- In den Kanada⁽¹⁾, USA⁽²⁾ und Estland⁽³⁾ gibt oder gab es bereits eine „**Fentanylkrise**“, die sich u.a. auch über die Erhöhung von Beimengungen entwickelt hat
- In Europa hat u.a. das **SO-Prep-Project**⁽⁴⁾ ergeben, dass sich die europäischen Länder mit passenden Maßnahmen auf die Verbreitung synthetischer Opioide vorbereiten müssen.

(1) Public Health Agency of Canada: Apparent Opioid and Stimulant Toxicity Deaths - Surveillance of Opioid- and Stimulant-Related Harms in Canada. January 2016 to March 2022. [https://health-](https://health-infobase.canada.ca/src/doc/SRHD/Update_Deaths_2022-09.pdf)

infobase.canada.ca/src/doc/SRHD/Update_Deaths_2022-09.pdf S. 8.

(2) Centers for Disease Control and Prevention [CDC] [Internet]. Drug overdose deaths remain high. 2020. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/> 20. April 2022.

(3) Statistics Estonia: Estonian Causes of Death Registry 2019.

<https://www.stat.ee/en/find-statistics/statisticstheme/population/deaths>

(4) <https://so-prep-project.eu>.

Europa & Deutschland: Vorkommen& Bedeutung

Vielfalt: Seit 2009 in Europa 74 versch. synthetische Opioide in Europa sichergestellt (4)

Verschreibungen: 2022 wurden mehr als 3mal so viele synthetische Opioide verschrieben wie 1996, am häufigsten Fentanyl – v.a. im ambulanten Setting bei Schmerzen nach Unfällen, Operationen o. bei Arthrose (5)

Produktion: Nach USA (757 kg jährlich, 37% Weltmarkt) ist Deutschland weltweit das Land mit der höchsten Menge an pharmazeutisch hergestelltem Fentanyl (569 kg jährlich, 28% Weltmarkt) (6)

Opiumanbau: Fast das komplette in Europa konsumierte Heroin stammt aus Afghanistan. Dort wurden 2023 95% weniger Heroin als in den Vorjahren angebaut und produziert. (7) → Verändertes Angebot wird die Nachfrage voraussichtlich nicht beeinflussen → was kommt stattdessen?

→ SO-Prep-Project: Empfehlung europäischer Expert*innen an die Länder, sich auf synthetische Opioide vorzubereiten (8).

→ Fentanyl (und andere synthetische Opioide) sind: in Europa verfügbar, leicht herzustellen, hoch potent (es braucht nur geringe Mengen), billig und deshalb eine **GEFAHR** für Drogenmarkt und Konsument*innen.

(4) EMCDDA: [European Drug Report 2023](#); (5) Glaeske: [Opioidreport 2022](#); (6) INCB [Narcotic Drug Report 2022](#); (7) UNODC: [Afghanistan opium survey 2023](#); (8) <https://so-prep-project.eu>.

Ausgangslage II

Fentanyl (und andere synthetische Opioide) sind: in Europa verfügbar, leicht herzustellen, hoch potent (es braucht nur geringe Mengen), billig und deshalb eine **GEFAHR** für Drogenmarkt und Konsument*innen

In Deutschland gab es in den letzten 3 Jahren insges. 261 (2021: 102 (8); 2022: 83 (9), 2023: 76 (10)) drogenbedingte Todesfälle, an denen Fentanyl beteiligt war (unklar aus welcher Herkunft das Fentanyl kommt, illegal/pharmazeutisch).

→ Kommt Fentanyl auch in Deutschland als Beimengung im Straßenheroin vor?

Datenlage ist bisher lückenhaft, v.a. aufgrund fehlender Drugchecking-Angebote und -Möglichkeiten
Kenntnisstand in Hilfesystem und bei Konsument*innen ist unzureichend.

8) Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2021 (10. November 2022):

<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2021RauschgiftBundeslagebild.html?nn=27972>

S. 28-29

(9) <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/2022-erneuter-anstieg-bei-zahl-der-drogentoten/>

(10) <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/zahl-der-drogentoten-in-deutschland-weiter-angestiegen.>

Bundesmodellprojekt RAFT („Rapid Fentanyl Testing in Drogenkonsumräumen“)

Rahmen

- Projektzeitraum 12/2022-01/2024, BMG-gefördert, in der Deutschen Aidhilfe umgesetzt.
- 2.736 Fentanyl-Schnelltests in 6 Monaten
- 17 teilnehmende Drogenkonsumräume in 7 Städten.

Hauptziele

- Vorkommen von Fentanyl als Beimengung im Straßenheroin in Deutschland untersuchen
- Hilfesystem und Opiatgebraucher*innen auf Fentanyl vorbereiten.

Ablauf RAFT vor Ort

Testangebot wird mit dem Besuch im DKR verbunden

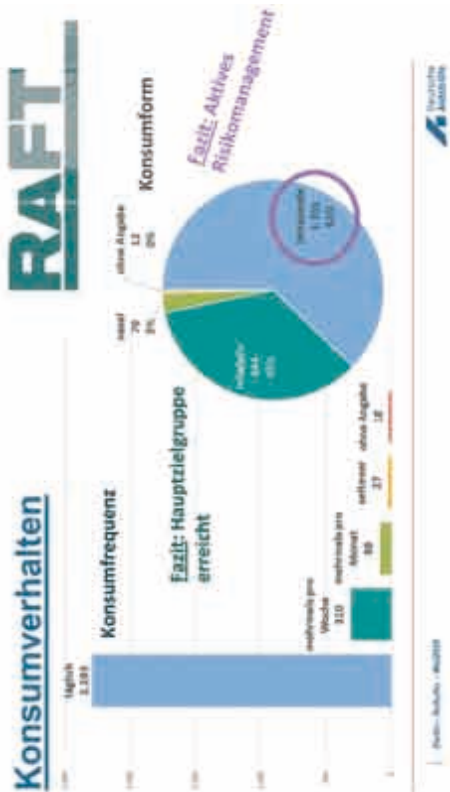
- Aktive Bewerbung/Ansprache aller Opiatgebraucher*innen (*ca. 70% Inanspruchnahme*)
- Testdurchführung (und ggf. -beratung) **vor** dem Konsumvorgang
- Unkomplizierte Testdurchführung

- Für den/die Klient*in anonym, kostenlos, ohne Heroin abzugeben
 Im Falle eines positiven Ergebnisses: harm reduction Beratung.
 Begleitevaluation (1 Bogen p.P) → Quantitative Auswertung.

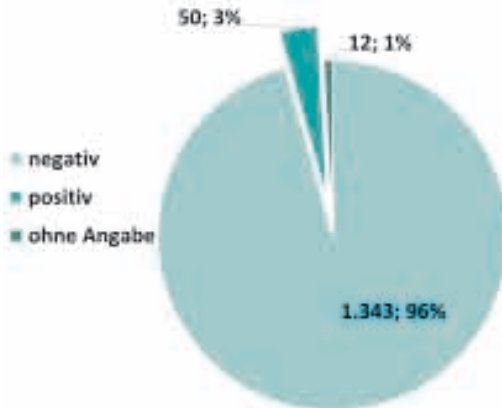
Vorteile des Angebots „in a nutshell“

Testung: versetzt Mitarbeiter*innen in die Lage, eine datenbasierte Beratung anzubieten.

Beratung: versetzt Konsument*innen in die Lage, eine informierte, faktenbasierte Konsumententscheidung zu treffen.



Schnelltestergebnisse



Positive Tests (N=50) nach Stadt



Fazit

Vorkommen: Fentanyl ist in geringem Umfang bereits als Beimengung von Heroin auf dem Schwarzmarkt.

Vorbereitung auf Fentanyl:

Mitarbeiter*innen: Angebot ist machbar, Interesse ist hoch, Angebot ermöglicht faktenbasierte Beratung.

Konsument*innen: Angebot erreicht die Nutzer*innengruppe, die DKRe hauptsächlich in Anspruch nehmen (täglich konsumierend, männlich, 40-59 Jahre alt), höheres Risikobewusstsein bei iv-Nutzer*innen; Angebot ermöglicht informierte Konsument-scheidung → Empowerment.

Drug Checking

Unterschiedliche Varianten decken unterschiedliche Bedarfe! Schnelltests liefern weniger Informationen und somit Möglichkeiten als verschiedene Techniken von Drug Checking. Sie bieten die gleichen Chancen aber in Ansätzen: Monitoring, Frühwarnsystem, harm reduction.

Analyseverfahren: Reagent test kit; Thin-layer chromatography; fourier transform infrared spectroscopy, high performance liquid chromatography; Multiple methods.

Die Reihenfolge der Aufzählung der Methoden zeigt auch die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Ergebnisse an.

Abgesehen von Fentanyl....Was sollte man noch wissen?

- 30 Todesfälle in Birmingham aufgrund von Beimengungen von Xylazine (Tranquilizer) und Nitazenen (SO) in Heroin im Sommer 2023 (1)
- 57 Überdosierungen in Dublin aufgrund von Beimengungen von Nitazenen (SO) in Heroin im Herbst 2023 (2)
- 8 Überdosierungen in Cork aufgrund von Beimengungen von Nitazenen (SO) in Heroin innerhalb von 36 Stunden im Dez 2023 (3)
- Extrem gefährliches Carfentanyl in München beschlagnahmt (Kleinmenge) im Februar 2024 (4)
- LKA Hamburg hat Heroin beschlagnahmt, dem Fentanyl beigemischt war (nicht veröffentlichter Bericht, Anfang 2024)
- Anekdotische Berichte schlechterer Qualität & Verfügbarkeit von Heroin in DE.

(1) u.a. [The Guardian](#); (2) u.a. [Irish Times](#); (3) u.a. [Irish Examiner](#); (4) u.a. [Ärzteblatt](#)

Ausblick: Drug Checking

Drug Checking in Drogenkonsumräumen

- 2023: Anpassung §10b BtMG: Drug Checking ist in Deutschland gesetzlich möglich (auch in Drogenkonsumräumen) (1) → jedes Land muss Rechtsverordnung erlassen.
- Unterhalb dessen ist Substanzanalyse mittels Schnelltests auch ohne Verordnung möglich.
- Schnelltests liefern weniger Informationen und somit Möglichkeiten als versch. Techniken von Drug Checking. Sie bieten die gleichen Chancen aber in Ansätzen: Monitoring, Frühwarnsystem, harm reduction.
- In DKRen finden jährlich viele hunderttausende Konsumvorgänge statt.
- Opiatgebraucher*innen sind weiterhin die am meisten gefährdete Gruppe.
- Substanzanalyse gibt Aufschluss über Vorkommen von Substanzen, die durch Partyszene nicht abgedeckt werden.
→ Drug Checking und Angebote unterhalb dessen in Drogenkonsumräumen sollten bei Debatten um Drug Checking mitgedacht werden.

Ausblick: Was kann und sollte man (jetzt) in Deutschland tun?

Die Ergebnisse des Projekts und die Entwicklungen in Europa und Deutschland erfordern den Ausbau folgender Maßnahmen:

- Weiterführung bestehender Schnelltestangebote und Ausweitung auf (alle) weitere(n) Drogenkonsumräume: harm reduction.
- Monitoring (u.a. mittels Schnelltests): frühes Erkennen von synthetischen Opioiden → Frühwarnsystem (für Konsument*innen).
- Take Home Schnelltests: Förderung informierter Konsument-scheidungen außerhalb von Drogenkonsumräumen.

-
- Flächendeckende Angebote der Naloxonvergabe: Prävention von opioidbedingten Drogentodesfällen.
 - Niedrigschwellige Zugänge zur Substitution z.B. in Konsumräumen für bisher nicht erreichte Gruppen: Schaffung von Behandlungsangeboten.
 - Einrichtung von Drogenkonsumräumen: Möglichkeit des begleiteten Konsums.

Was sollten alle vor Ort ((ab) jetzt) tun?

Die Erkenntnisse aus dem Projekt und von vielen Expert*innen aus Europa und Deutschland ermöglichen uns allen die folgenden Schritte:

Über die aktuelle Lage informiert sein (Ist Fentanyl in „meiner“ Stadt schon ein Thema?), z.B. mithilfe von User*innen-/Szenebefragungen.

Sich mit den wichtigen und richtigen Institutionen vor Ort vernetzen, z.B. dem LKA, Zuwendungsgeber*innen, Landesstellen für Suchtfragen, Drogenselbsthilfe, (andere) niedrigschwelligen Einrichtungen, Ärzt*innen.

Angebote etablieren! Schnelltestangebote:

- Sind nicht teuer und nicht aufwendig
- Können „erprobt“ werden
- Werden erfahrungsgemäß gut angenommen und nachgefragt
- Können auch für die Mitgabe und Nutzung außerhalb der Einrichtung angepasst werden.

Was kann Substitutionsmedizin beitragen?

1. Allen Opiatkonsument*innen und Substitutionspatient*innen **Naloxon** verschreiben
2. Niedrigschwellige Zugänge zu Substitution ermöglichen
→ siehe Hamburg, Droblnn

-
- Für bisher nicht erreichte Gruppen
 - Für Nicht-Versicherte Menschen, wohnungslose Menschen etc.
 - Mit dem langfristigen Ziel der Regelversorgung (Substitutionsbehandlung und Krankenversicherung).

3. Mit Patient*innen über aktuelle Entwicklungen, neue Stoffe, Verfügbarkeiten von Heroin etc. im Gespräch bleiben.
Sie sitzen (ebenso wie Drogen(selbst)hilfe) an einer wichtigen Informationsquelle!

Auf einen Blick

Es ist nicht die Frage, *ob Fentanyl oder andere synthetische Opioid*e auf dem deutschen Schwarzmarkt verfügbar sind und konsumiert werden, sondern wann.

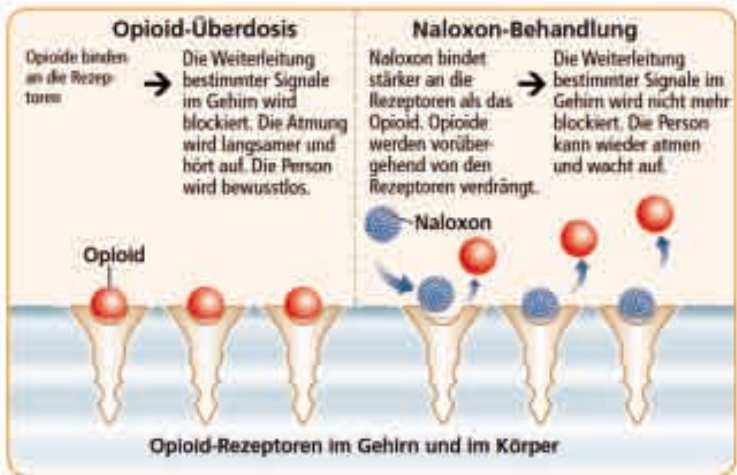
Wir wissen, was wir tun können, um uns vorzubereiten!

Wir müssen **rechtzeitig** (ab jetzt) handeln!

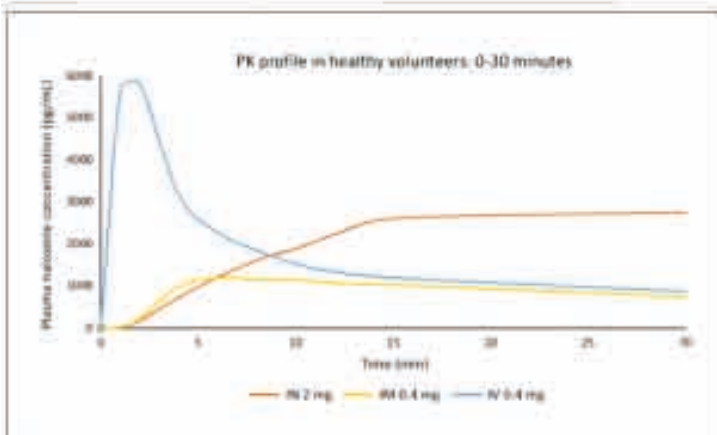
3 Jahre NALtrain

Simon Fleißner

1960 wurde Naloxon von Dr. Jack Fishman synthetisiert.
(Campbell 2020)



(Quelle: Mundipharma)



„Mentioned but not done“ oder „Done but not mentioned“?

(Campbell 2020)

3 Jahre NALtrain–was ist eigentlich passiert?

Vorbereitung 6 Monate

Materialien für die einzelnen Zielgruppen wurden erstellt:

Durchführung 24 Monate

Durchgeführte Trainings

- in 38 verschiedenen Städten wurden 72 Trainings durchgeführt

- 851 Personen wurden damit zu NALtrainer:innenausbildet

Durchgeführte Naloxonschulungen

- in 75 verschiedenen Städten wurden Naloxonschulungen angeboten.

Abschluß 6 Monate.

Wünsch dir was...

Naloxon ist ... nicht mehr Verschreibungspflichtig.

Naloxon ist ...kostenlos.

Naloxon ist ...Standard in der Substitutionsbehandlung.

Naloxon ist ...teil des Entlassungsmanagements.

Naloxon ist ... in jeder Sucht-und Drogenhilfeeinrichtung verfügbar.

<https://www.naloxontraining.de/veranstaltungen/>

<https://www.frankfurt-university.de/de/hochschule/fachbereich-4-soziale-arbeit-gesundheit/forschung-am-fb-4/forschungsinstitute/institut-fuer-suchtforschung-isff/forschungsprojekte-isff/naltrain/>

Literatur

Campbell, Nancy D. (2020): OD: naloxone and the politics of overdose, Cambridge, MA: The MIT Press (Inside technology).

mundipharma(2018): Trainingskarte für Patienten und Betreuende –Nyxoid® (Naloxon).

Strang, John (2022): Take-Home Naloxone and the Prevention of Deaths from Heroin Overdose: Pursuing Strong Science, Fuller Understanding, Greater Impact, in: European Addiction Research, Jg. 28, Nr. 3, S. 161–175, doi: 10.1159/000519939.

„Bessere Versorgung von Opioid- und Crack-Konsument*innen durch Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe – Welche Angebote brauchen wir?“

Stefanie Gellert-Beckmann, Anneke Groth

Im Workshop „Bessere Versorgung von Opioid- und Crack-Konsument*innen durch Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe – Welche Angebote brauchen wir?“ (Anneke Groth/ vista gGmbH und Stefanie Gellert-Beckmann/ Suchthilfe Wuppertal gGmbH) wurden nach einer Betrachtung der leistungsrechtlichen Grundlagen der Eingliederungshilfe (EGH) die aktuell zu beobachtenden Veränderungen der Konsummuster von Personen mit Opioidabhängigkeit im Hinblick auf Crack und deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der EGH-Angebote skizziert. In einem zweiten Schritt sind (z. T. auf der Grundlage von Best Practices aus anderen Refinanzierungs- und leistungsrechtlichen Kontexten) verschiedene konzeptionelle Facetten für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der EGH-finanzierten Angebote für den Personenkreis zusammengetragen worden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Zum Personenkreis der Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe (EGH) gemäß SGB IX zählen Opioidabhängige, die in zunehmendem Maß auch Crack konsumieren. Als suchthilfespezifisches sozialar-beiterisches Unterstützungsangebot steht die „Psychosoziale Beratung und Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung (PSB)“ (vgl. Attinger und Neugebauer et al. 2021) zur Verfügung, der keine bundeseinheitliche Regelung und Refinanzierung zugrunde liegt. Diese heterogene Situation ist auch in vielen Bundesländern anzutreffen. Zum Teil wird die PSB als Eingliederungshilfeleistung gewährt.

In diesen Fällen ist sie vom Umsetzungsprozess des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) betroffen, mit dem die EGH umfassend reformiert wird¹. Auf Landesebene strukturieren Rahmenverträge gemäß SGB IX die neuen Leistungssysteme, Vergütungsmodelle und Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen für jedes einzelne Angebot. Bis zur Umsetzung greifen Übergangsregelungen in den Ländern, die sich aktuell in unterschiedlichen Prozessphasen befinden.

Sofern die Angebote der PSB als EGH-Leistung vom BTHG regional tangiert werden, sind zwingend die Besonderheiten der Personen mit Opioidkonsumstörungen zu berücksichtigen.

Diese unterscheiden sich von den weiteren Personenkreisen der EGH aufgrund der spezifischen Lebensumstände und von Illegalität geprägten Kontextbedingungen des oft auftretenden Beikonsums u. a. im Hinblick auf die Leistungsanspruchnahme und Unterstützungsnachfrage, die von unterschiedlichen Intensitäten geprägt sind.

Die Bedarfe der Betroffenen lassen sich den neun Lebensbereichen der ICF-Systematik² in Bezug auf Teilhabe und Aktivität zuordnen, sind jedoch häufig nicht gut in die Logik der neuen Leistungssysteme mit primär face-to-face zu erbringenden befähigenden oder unterstützend-kompensatorischen Assistenzleistungen gemäß SGB IX einzupassen. Benötigt wird in vielen Fällen ein phasenweise hohes Maß an fallbezogenen sozialarbeiterischen Leistungen in Zusammenarbeit mit weiteren professionellen Akteuren und

¹ Mit dem Ziel der selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung werden qualifizierte und unterstützende Assistenzleistungen eingeführt und gehen neue konzeptionelle Anforderungen und leistungsvertragliche Änderungen einher. Es gelten neue Verfahrensregelungen, die u. a. die ICF-orientierte Bedarfsermittlung mit einem länderspezifischen Instrument umfassen.

² https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html

Behörden. Durch das BTHG wird die Sozialraumorientierung gesetzlich fokussiert. Das sozialarbeitswissenschaftliche Fachkonzept der Sozialraumorientierung enthält das Potenzial zur Entwicklung von Strukturen der gezielten Kooperation und Vernetzung, die zur niederschweligen Angebotsgestaltung für Opioidabhängige erforderlich sind.

In Summe sprechen die besonderen Bedarfe dieser Leistungsberechtigten für eine Nutzung der Optionsrechte des Eingliederungshilferechts, die auf Grundlage des § 125 Abs. 3 Satz 4 SGB IX andere geeignete Verfahren zur Vergütung und Abrechnung der Fachleistung oder gemäß § 132 SGB IX abweichende Zielvereinbarungen zur Erprobung neuer und zur Weiterentwicklung der bestehenden Leistungs- und Finanzierungsstrukturen ermöglichen.

Mit den Optionsrechten ließen sich zielgruppenkonforme Leistungsprofile entwickeln, mit denen die Betroffenen unter ökonomisch akzeptablen Bedingungen für die Leistungserbringer erreicht werden könnten (vgl. Gellert-Beckmann 2022). Kommunale sozialraumorientierte Umsetzungsbeispiele sind vorhanden.³

Individualperspektive und Situation aus Sicht der Kommunen

Die individuelle Situation vieler Opioidabhängiger ist in zunehmendem Maß durch neue Konsummuster geprägt. Der polyvalente (Be-)Konsum begleitend zur Substitution umfasst immer häufiger Crack (aufbereitetes rauchbares Kokain), das aufgrund der Kokainschwemme⁴ mittlerweile in sehr vielen Städten und Regionen Deutschlands mit einem hohen Reinheitsgrad zu gesunkenen

³ <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-soziale-teilhabe/sozialraum>

<https://www.nordfriesland.de/Kreis-Verwaltung/Projekte-Initiativen/Sozialraumorientierung/Eingliederungshilfe-f%C3%BCr-Erwachsene/>

⁴ <https://www.bmz.de/de/aktuelles/aktuelle-meldungen/kolumbien-gemeinsam-fuer-frieden-und-gegen-umweltzerstoerung-216244>

Preisen verfügbar ist (vgl. Dt. Aidshilfe 2024), und führt zu schnellen Verelendungsprozessen. Die psychophysische Belastung der Betroffenen ist sehr hoch und geht – neben einer hohen Komorbidität mit psychischen Erkrankungen – mit multifaktoriellen Problemlagen einher, die zwingend einen interdisziplinären Zugang sowie eine zielorientierte Vernetzung unterschiedlicher Akteure und Leistungsträger erfordern (vgl. akzept e. V. et al. 2023). Hierzu zählen u. a. die differenzierten Suchthilfeangebote, das medizinische Versorgungssystem, die Sozialpsychiatrie, Reha-Träger gemäß SGB IX und kommunale Vertreter*innen sowie ggf. weitere Akteure. Betroffene, die Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, laufen Gefahr, aus diesen ausgeschlossen zu werden und sich ohne Unterstützung noch schneller in Exklusionsspiralen aus sämtlichen sozialen Systemen zu verfangen, da sie den Anforderungen an ihre Mitwirkungspflicht nicht mehr nachkommen können. Der zusätzliche Crack-Konsum führt zu kürzeren Verläufen der EGH-Begleitung aufgrund von Betreuungsvertragskündigungen und ist bei gekoppelten Wohn- und Betreuungsverträgen mit Wohnraumverlust verbunden.

Die individuellen Bedarfe verdichten sich aus kommunaler Sicht zu ordnungspolitischen Problemen, wenn sich der Konsum mit seinen Auswirkungen, wie z. B. massive Verelendung, ungesteuert im öffentlichen Raum vollzieht. Auch für diese Entwicklung sollten die oben skizzierten Gestaltungspotenziale genutzt werden, um unter Beteiligung aller relevanten Akteure an dringend benötigten Lösungen zu arbeiten.

Welche Angebote benötigen die Betroffenen?

Da die Leistungserbringer aktuell gefordert sind, ihre bedarfsorientierten Angebotskonzepte im Zuge der Umsetzung des BTHG an den landesspezifischen Leistungssystemen neu auszurichten, sind die gravierenden Auswirkungen der veränderten Konsummuster des

Personenkreises zu berücksichtigen. Um fachlich und betriebswirtschaftlich tragfähige Angebote zu entwickeln, sollte auf die Nutzung der Optionsrechte bei den entscheidenden Stellen hingewirkt werden.

Die zielgruppenkonforme Ausgestaltung der Angebote der PSB umfasst im Hinblick auf Barrierefreiheit und Attraktivität für die Klient*innen die folgende Elemente:

- ▶ zentrale „Angebote der kurzen Wege“ mit der Möglichkeit zum Bearbeiten vieler Probleme und Angelegenheiten an einem Ort: konzeptionelle Verbindung von Räumen, Personal und vorgehaltenen Leistungen (je nach regionaler Situation ggf. incl. Drogenkonsumräumen), auch in enger Kooperation mit anderen Diensten (z. B. aufsuchende Teilhabedienste der Leistungsträger zur Bedarfsermittlung vor Ort in den Angeboten).
- ▶ sehr kurzfristig verfügbare Leistungen in Kombination mit Vorhalteleistungen an allen sieben Wochentagen (24/7 ist nicht erforderlich).
- ▶ ein (zeitlich und örtlich) sehr flexibles Case-Management.
- ▶ das Vorhalten von Tagesruheräumen.
- ▶ die Berücksichtigung von pflegerischen Bedarfen.
- ▶ die systematische fallspezifische und -unspezifische Sozialraumarbeit (Kooperation und Vernetzung).
- ▶ aufsuchende EGH-Arbeit im Sozialraum mit Streetwork-Elementen.

Die Finanzierung ist in Abhängigkeit von der Größe der Leistungserbringer z. B. über ein Modell analog zum Einrichtungsbudget im Kreis Nordfriesland denkbar (vgl. Grell 2022). In Bezug auf die Immobilienbeschaffung gibt es innovative Ansätze, z. B. kommunale Vorkaufsrechte für leerstehende große Immobilien (wie ehemalige Warenhäuser), die sozialen Trägern zur Verfügung gestellt werden.

Ergänzend sollte geprüft werden, ob von etablierten Angeboten für andere Personenkreise auch Menschen mit Opioid- und weiteren Substanzkonsumstörungen profitieren könnten, um diese als mögliche Konzeptelemente zu berücksichtigen, ggf. im Rahmen von verbindlichen Kooperationsstrukturen. Beispiele sind Krisen-Notdienste im SGB VIII, spezifische Safe Spaces, niedrigschwellige Notübernachtung („Bett ohne Bedingung“) und mobil arbeitende Behörden („aufsuchendes Jugendamt“).

Quellen

Dt. Aidshilfe (2024): Handreichung zur Anpassung der Angebote in Aids- und Drogenhilfe für Crack-Konsument*innen

akzept e. V. et al. (2023): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Crack-Konsum im Kontext der Drogen- und Suchthilfe

Attinger, H.; Neugebauer, F., Schäfer, D., Schulte-Derne, F, Stöver, H. &Wittmann, N. (2021) Psychosoziale Beratung und Betreuung (PSB) begleitend zur Substitutionsbehandlung. Ein Positionspapier zu den Potentialen und den Herausforderungen <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/07/PSBPositionspapier.pdf>

Gellert-Beckmann, Stefanie (2022): Überlegungen zur psycho-sozialen Betreuung für substituierte opioidabhängige Menschen im Kontext der UN-BRK und des BTHG – Personenzentrierte Verfahren und Zielvereinbarungen gemäß Kapitel 8 SGB IX; Beitrag E1-2022 unter www.reha-recht.de; 09.08.2022

Grelck, Christian (2022): Finanzierungsstrukturen von Eingliederungshilfeleistungen am Beispiel Kreis Nordfriesland, Vortrag Umsetzungsbegleitung BTHG am 02.11.2022. In Internet: https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/fachdiskussionen/einkommen-und-vermoegen/2022.10.07_vortrag-finanzierungsstrukturen-egh.pdf

Substitution im Justiz- und Maßregelvollzug Versorgung, Bedarfe und Schnittstellenprobleme – Versuch eines Überblicks

Heino Stöver

A. Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug Ausgangslage

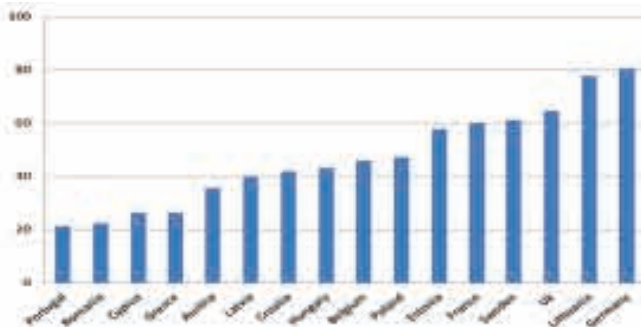
WHO:
"For most patients, opioid agonist
maintenance treatment will result
in better outcomes than attempts
at withdrawal [-]"
(WHO, 2009)

Hohe Haftbelastung Drogenkonsumierender (>84%)

Tabelle 1: Daten zur Inhaftierung: MoSyD-Szenestudie 2020, DRUCK-Studie des RKI und Studie des IFF zu älteren Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet

Studie	Jamals inhaftiert	Gesamt-Haftjahre	Anzahl Haftaufenthalte
DRUCK-Studie Frankfurt a. M.	84% der Befragten	Ø 5,3 Jahre	Ø 5,1
MoSyD-Szenestudie Ffm 2020	88% der Befragten	Ø 5.1 Jahre	Ø 4,8
Studie des IFF im Rhein-Main-Gebiet	88% der Befragten	Ø 4.0 Jahre	Nicht erhoben

Hafterfahrungen von Menschen, die Drogen injizieren im europäischen Vergleich



Anteil (%) Menschen, die Drogen injizieren mit Hafterfahrungen,
2006-2015

Quelle: Wiessing et al. 2017

Opioidgebraucher*innen in Haft

- Ca. 30% der männlichen, >50% der weiblichen Gefangenen ,opioiderfahren/opioidabhängig
- RKI-DRUCK-Studie: ca. 1/3 setzt Konsum in Haft fort, ca. 10% startet iv. Applikationsform erstmalig in Haft¹
- Hohe Rückfallhäufigkeit nach Haftentlassung (ca.90%)²
- Hinweise auf großen Nutzen der OST in Haft⁵
- WENNER vs. GERMANY⁴

1 Zimmermann u.a. 2017; 2 Stöver, Pont, Kastelic 2010; 3 Schwerpunktheft „Suchtmedizin“ (2021); 4

([https://hudoc.echr.coe.int/eng/#{%22itemid%22:\[%22001-165758%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng/#{%22itemid%22:[%22001-165758%22]}))

5 Stemmler et al. 2023

Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug

Stichtagsdaten vom 31.03.2018+2021 zur Konsumeinschätzung¹
(nach ICD 10)

Substitutionsquote:

31.03.2018²:23,8%

31.03.2021³:41,9%

1 Suchtanamnese bzw. Konsumeinschätzung von unterschiedlichen Fachdiensten durchgeführt;

2 <https://www.berlin.de/justizvollzug/service/zahlen-und-fakten/drogen-sucht/>

3 https://www.berlin.de/justizvollzug/assets/senjustv/sonstiges/factsheet_sucht_substitution_im_justizvollzug_2021.pdf

Auf der 119. Tagung beschloss der Strafvollzugausschuss der Länder im Mai 2014, dass ab dem 01. Januar 2016 in allen deutschen Justizvollzugsanstalten eine Datenerhebung über die stoffgebundene Suchtproblematik entlang der Kriterien der internationalen Klassifikation für Krankheiten ICD-10 eingeführt wird. Um die Anzahl der substanzmissbrauchenden und substanzabhängigen Personen,

einschließlich der jeweiligen Hauptsubstanz, empirisch zu erfassen, wird seither jährlich eine Stichtagerhebung (Stichtag 31.03) durchgeführt. Die Daten konnten erstmals für den Stichtag 31.03.2018 ausgewertet werden. Ein entsprechender Bericht wurde dem Strafvollzugsausschuss der Länder im Jahr 2019 vorgelegt¹. Weitere Informationen über die jährliche Stichtagerhebung sind der Öffentlichkeit bisher nicht bekannt gemacht worden. Der Strafvollzugsausschuss der Länder beschloss auf seiner 133. Tagung im Mai 2021 die Daten aus der „Bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug“ regelmäßig zu veröffentlichen. Es sollen jährliche Fact-Sheets mit den wesentlichen Daten zum Ausmaß der Suchtbelastung in deutschen Justizvollzugsanstalten erscheinen. Darüber hinaus werden ausführliche Berichte, in welchen auf Basis der Auswertungen mehrerer Stichtage jeweils auch Entwicklungen betrachtet werden, veröffentlicht. The case of Wenner vs. Germany made its way in the European Court of Human Rights.

2. Limitationen der Stichtagerhebung

Die länderübergreifenden Auswertungen unterliegen erhebungsbedingten Limitationen, die es bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen gilt. Diese ergeben sich vor allem aufgrund landesspezifischer Strukturen, hier vor allem unterschiedliche Zuständigkeiten bzgl. der Konsumeinschätzung, sowie aus der Art der Erfassung und Dokumentation.

Ein Ländervergleich zeigt, dass die Suchtanamnese von unterschiedlichen Fachdiensten durchgeführt wird². In der Mehrheit der Länder wird die Konsumeinschätzung durch die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung vorgenommen. In anderen Ländern hingegen sind hierfür Mitarbeitende des Sozialdienstes, des Psychologischen Dienstes und/oder der Suchtberatung zuständig. Professionsabhängig werden für die Anamnese somit unterschiedliche Erkenntnisquellen berücksichtigt, wenngleich die Konsumeinschätzung entlang der ICD-10 Kriterien erfolgt.

Des Weiteren wirkt sich die Dokumentationsart auf die Datenqualität aus. Die Bandbreite reicht von vollständig digitalisierten Datenein- und ausgabeverfahren bis hin zu manuell auf Papierbögen dokumentierten Sucheinschätzungen. Die Auskunftsbereitschaft der inhaftierten Personen, der Zeitpunkt der Datenerhebung im Aufnahmeverfahren und der Umstand einer Stichtagerhebung beeinflussen die Datenqualität zusätzlich.

2. Ziele

Hauptargumente für Substitutionsbehandlung

- Verringerte Mortalität
- Verringerte Morbidität
- Bessere soziale Integration
- Verringerte Kriminalität
- Verringerte Dissozialität

→ Therapie der Wahl (Bundesärztekammer, 2023)

Was kann bei der Zielerreichung helfen?

- Nutzung der gesamten Palette der zugelassenen Substitutionsmedikamente
- Nutzung neuer Applikationsformen (z.B. Depot-Lösungen)¹
- Psycho-soziale Betreuung + Stärkung von Selbsthilfe
- Sicherung der unmittelbaren Anschlussversorgung – d.h. am Tag der Haftentlassung
- Naloxonabgabe² + Monitoring

1 Stöver/Kepler (2022):: Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Der Vergabeaufwand von Buprenorphin-Depot im Vergleich zu anderen Substitutionsmedikamenten – eine gesundheitsökonomische Modellrechnung. Das Gesundheitswesen DOI 10.1055/a-1842-7164;

2 Fleißner/Stöver/Schäffer (2023: Take-Home Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt

3. Herausforderungen für die suchtmmedizinische Versorgung von Opioidgebraucher*innen in Haft

- Opioidsubstitution ist keine ‚selbstverständliche‘ Behandlung in einigen Bundesländern
- Substitutionsquote <50% - große Variationen in BL
- Flächendeckende Substitution nur in wenigen BL
- Fehlen von konsentierten ‚Behandlungsempfehlungen‘

-
- Unterstützung/‘Wollen‘ des JM?
 - Einbettung der Substitutionsbehandlung in suchttherapeutische Gesamtstrategie.
 - Fehlen weiterer erfolgreicher Präventionsstrategien (z.B. Vergebe steriler Einwegspritzen – nur in 1 von 181 Gefängnissen)³
 - HCV-Behandlungen etwa 1-3%
 - Wiedereintritt in GKV am Tag der Haftentlassung äußerst selten (z.B. Hannover u.a.)¹
 - Keine Schulungen und Ausgabe von Take-Home-Naloxon bei Haftentlassung (Ausnahmen: Bay+Ba-Wü)²

1 Übergangsmanagement als Netzwerkaufgabe im Fokus von Gesundheit und Substitution (Farschid Dehnad). In: Jamin/Stöver (2021). Zwischen Haft und Freiheit. NOMOS, S. 171ff;

2 Simon Fleißner, Heino Stöver, Dirk Schäffer (2022): NALtrain im Justizvollzug - Take-Home Naloxon als Lebensretter nach Haftentlassung. In: Forum Strafvollzug; Fleißner/Stöver/Schäffer (2023): Take-Home Naloxon: Ein Baustein der Drogennotfallprophylaxe auch in Deutschland <https://www.springermedizin.de/opioide/opioide/take-home-naloxon-ein-baustein-der-drogennotfallprophylaxe-auch-/25409912>;

3 Lazarus, J.V.; Safreed-Harmon, K.; Hetherington, K.; Bromberg, D.J.; Ocampo, D.-; Graf, N.; Dichtl, A.; Stöver, H.; Wolff, H. (2018): Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. In: Epidemiologic Reviews 40 (1), S. 96-104.

Gründe für die Unterversorgung

- Politischer Wille fehlt (aber: NRW)
- wenig Unterstützung durch Fachaufsicht
- Personalmangel, keine Vertretungen – OST zeitintensiv
- Kein/e Hauptamtler*in in der Anstalt
- Aufwendige Kooperation mit Krankenpflege, Sozialdienst etc. - außerhalb des Zeitbudgets
- Vollzugliche Regelungen überlagern/begrenzen ärztliches Handeln (z.B. Begrenzung der Substitutionsmedikamente).

4. Anforderungen an qualitativ hochwertige OST in Haft

siehe auch: Gross G, Conroy S, Leonardi C, Meroueh F, Antolin J, Somaini L (2021): Reducing opioid dependence therapy risk in the prison system and the use of extended-release buprenorphine as an additional treatment option: A consensus statement. Heroin Addict Relat Clin Probl 2021.

Entlassungsmanagement

- „Housing first“
- Kontinuität der OST - an der Pforte, via Clearingstelle (Mü) und darüber hinaus
- Krankenversicherung und leichter Übergang => das „Modell Hannover“¹
- Naloxon – Schulungen: NALtrain:

<https://www.naloxontraining.de/>

Naloxon sollte überall in den Therapien etc. fester Regelbestandteil sein – nicht nur in not- sondern in allen Routinefällen von Entlassungsgesprächen oder bei Abbruch – und zwar bei allen Behandlungsformen.

B. Opioidsubstitutionsbehandlung im Maßregelvollzug

Steigende Zahl Untergebrachter nach § 64 StGB

§64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

„ hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Rausch zurückgeht verurteilt (...) soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“.

Aber: Hohe Erledigungsraten wegen „Aussichtslosigkeit“ (30-70%).

Entziehungsanstalt ist ein diskriminierender Terminus, der in der Suchthilfe nicht existiert.

Ist das Ziel der Therapie erreichbar?

„Überforderung der Einrichtungen, den aus erheblich entwicklungs-gestörten Tätern sollen durch ein- bis zweijährige Behandlung stabile, sozial kompetente Mitbürger werden, von denen keinerlei Gefahr mehr ausgeht“.

(Schalast et al., 2005)

Jährliche Kosten für MRV ca. 400 Mio. €. MRV ist etwas 5 x so teuer wie Strafvollzug. (Kosten Strafvollzug ca. 2.8 Mrd. €).

Interviews mit behandelnden Ärzt*innen im Maßregelvollzug

„ Weil die haben ja einen Grund, warum die von dem Substitutionsmittel nicht wegkommen und da ist es psychodynamisch betrachtet naheliegend, dass da eben ein Konflikt, der ohne das Substitut wenig erträglich sein dürfte, durch das Substitut verschleiert wird.“

(Interview 5, S.LXXIX)

„ Da hat man da ja immer Personal, das so diese Bestrafungsidee sehr internalisiert hat. Die irgendwie denken, ja jetzt kommen die ja her und dann kriegen die hier noch Drogen verschrieben. (...)

Die da irgendwie so ne Abneigung dagegen haben. Die das dann als es ist irgendwie nicht hart genug und jetzt sollen wir's denen auch noch einfach machen und wo kämen wir denn da hin. Das ist glaub ich diese ganze Kultur die man teilweise im Maßregelvollzug hat. Wo man bei manchen Mitarbeitern jedenfalls mehr noch diesen Bestrafungsaspekt sieht und den Patienten als Straftäter und warum soll man dem jetzt noch irgendwie Drogen verschreiben und so“. (Interview 1, S.LXXXII)

Ingo Szonnert, Nils-David Hirsch, Ingo Ilja Michels, Heino Stöver, Simon Fleißner, Karlheinz Keppler (2023): Chancen und Hürden einer medikamenten-gestützten Behandlung Opioidabhängiger im deutschen Maßregelvollzug (MRV) – ein erster Überblick. In: Suchttherapie 2023; 24: 1–9.

Positionspapier zur (geplanten) Reform des Maßregelvollzugsgesetzes zur Unterbringung gem. §64 StGB für die Behandlung von drug use disorders in Deutschland

Ingo Ilja Michels und Heino Stöver, herausgegeben von akzept im Juni 2023.

Hintergrund

Die Bund-Länder-AG zur Prüfung des Novellierungsbedarf des Maßregelvollzugs hat in ihrem Bericht vom 20. November 2021 festgestellt, dass es einen kontinuierlichen Anstieg der nach § 64 StGB in der forensischen Psychiatrie untergebrachten Suchtkranken, hauptsächlich Opioidabhängigen, gibt: von 1.373 (1995) auf mittlerweile 5.280 Personen (2020).

Die zwangsweisen Behandlungen in psychiatrischen Einrichtungen haben immer mehr zugenommen. Es wird in dem Bericht aber nicht die Wirksamkeit der Therapie untersucht, sondern vorgeschlagen,

die Maßregel auf die „*tatsächlich behandlungsbedürftigen Personen zu konzentrieren*“ [und darunter werden die „*Therapiebereiten*“ gezählt, ohne diesen Terminus zu definieren], um einem „Missbrauch“ der Maßregel zu begegnen (um „*die Milderung einer hohen Freiheitsstrafe*“ und eine vorzeitige Entlassung zu erreichen). Warum in der Maßregel nach wie vor kaum eine suchtmmedizinisch indizierte, medikamentengestützte Behandlung stattfindet, wird indes nicht thematisiert, obwohl gerade in psychiatrischen Kliniken die fachlichen Standards der Behandlung einer Opioidabhängigkeit gelten müssten und die Zuständigkeit für den Maßregelvollzug nicht bei den Justiz-, sondern bei den Gesundheits- und Sozialministerien liegt. Gesetzesinitiativen der Regierungskoalition und der CDU/CSU zur Reform des Maßregelvollzugs liegen vor, gehen aber in die falsche Richtung.

1. Im fachwissenschaftlichen Diskurs zum Maßregelvollzug der letzten Jahre wird deutlich, dass es zwar eine Hinterfragung des im Gesetz noch immer benutzten Terminus des „*Hangs, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen*“ gibt, aber dennoch von einer Wirksamkeit dieser Behandlungsform ausgegangen wird, die zur Reduktion des „Risikos erneuter Straftaten“ von 30% führe, ohne in Frage zu stellen, dass der fortgesetzte Konsum von psychoaktiven Substanzen (und damit der Verstoß gegen §29 BtMG) und die damit verbundene Beschaffungskriminalität erst zur Inhaftierung führen.

2. Die weitgehend intern geführte Debatte unterstellt, dass eine zwangsweise durchgeführte Behandlung ebenso erfolgreich sei wie die freiwillige, dass dennoch die außerhalb des Straf- und Maßregelvollzugs anerkannte und weitgehend angewendete medikamentengestützte Behandlung mit Methadon, Buprenorphin oder anderen Substanzen intramural kaum umgesetzt werden könne und dass angewendete psychotherapeutische Methoden

lediglich bei „therapieresistenten“ Klienten mit „dissozialer Persönlichkeitsstruktur“ scheitern.

3. Weder die verfasste Ärzteschaft (Bundesärztekammer), noch Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) oder die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), noch die zuständigen Gesundheitsministerien der Länder haben angemessene Vorschläge zur Reform des Maßregelvollzugs vorgelegt.

4. Eine Reform der „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ (§ 64 StGB) muss in Hinblick auf die Einhaltung medizinethischer Prinzipien, die auch von der Fachgesellschaft der Psychiater und Psychotherapeuten (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) beachtet werden müssen, insbesondere den Respekt vor der Autonomie des Patienten in den Mittelpunkt stellen. Das sehen auch höchstrichterliche Urteile (BVerfG) so.

5. Die Reformvorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuch vom November 2021, sowie die darauf basierenden Gesetzentwürfe der Fraktion der CDU/CSU zum „Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 10. Mai 2022 und der Regierungsentwurf (SPD, Bündnis90/Grüne, FDP) für ein „Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ vom 22.12.2022 werden dem fach-wissenschaftlichen Behandlungsanliegen nicht gerecht, die substanzbezogene Abhängigkeits-erkrankung der Person innerhalb der vorgesehenen Frist zu lindern und „die Person damit über eine erhebliche Zeit von der Begehung

erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihre Erkrankung zurückgehen“. Sie zielen weitgehend nur darauf ab, die Unterbringung wieder stärker auf wirklich behandlungsbedürftige und -fähige Täterinnen und Täter zu fokussieren (obwohl eine solche Prognose nicht zu erstellen ist) und so zur Entlastung der „Entziehungsanstalten“ – zumindest im Sinne eines Abbremsens des langjährigen Anstiegs der Unterbringungszahlen - beizutragen.

6. Der Maßregelvollzug nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) betrifft zu großen Teilen Personengruppen, die in vielerlei Hinsicht bereits am Rande der Gesellschaft leben und von vielfältigen persönlichen Problemlagen betroffen sind. Das Strafrecht trifft auf Lebenswelten, die, neben der besonderen Belastung durch massiven Substanzmissbrauch, von Arbeitslosigkeit, Überschuldung sowie psychischen Beeinträchtigungen geprägt sind. Angesichts dieser Ausgangssituation ist eine primär strafrechtliche Logik und Perspektive nicht gerechtfertigt

7. Der Zwangscharakter von Therapien im Maßregelvollzug muss kritisch gesehen werden, da die selbstständige Entscheidung für eine Therapie als wichtige Voraussetzung für deren Erfolg ist. Außerdem lässt sich der Widerspruch zwischen vertrauensvoller therapeutischer Beziehung und auf Kontrolle basierender Sicherungsaufgabe im Behandlungsvollzug nicht einfach auflösen.

8. Die bisherigen Reformideen ändern an der Zweiklassenstruktur der Suchttherapie – im Maßregelvollzug einerseits und im allgemeinen Strafvollzug andererseits – nichts Grundsätzliches und verschieben lediglich die Belastungen.

9. Die Behandlung in den Kliniken für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und den forensisch psychiatrischen Ambulanzen ist Teil des Versorgungsangebots für psychisch Kranke.

Die in den Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB der interdisziplinäre Task-Force der DGPPN von 2017 festgelegten Behandlungskonzepte - Motivation, Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation, einschließlich einer medikamenten-gestützten Opioidsubstitutionsbehandlung, sowie Arbeit/Beschäftigung, soziale Kontakte und Beziehung – müssen ausgerichtet sein nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung und den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten von Opioidabhängigen von zuletzt 2017. Diese Kliniken sollen zukünftig nicht weiter als „Entziehungsanstalten“, sondern „Forensische Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen“ bezeichnet werden.

10. Die Nutzung aller zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsoptionen (auch in Haftanstalten!) ist notwendig.

11. Das Positionspapier „Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB“ im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. vom 1. März 2022 fasst die entscheidende Forderung wie folgt zusammen:

In der Vergangenheit gab es vielfältige Bemühungen, den jeweiligen Vollzug der beiden Maßregeln (der psychiatrischen nach § 63 StGB und der Entziehungsmaßregel nach § 64 StGB) zu reformieren. Diese Vorhaben sind gescheitert. Die DGSP setzt sich dafür ein, sie ganz abzuschaffen. Akzept e.V. unterstützt diese Forderung.

12. Die Gesundheitsversorgung aller Personen, die sich künftig im Freiheits-(Straf-)Vollzug befinden, soll nicht mehr von der Justiz verantwortet, organisiert und finanziert werden, sondern von den Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder.

Das Bundesministerium für Gesundheit soll die Fachaufsicht haben. Die gesundheitliche Versorgung soll von Ärzt*innen und von sonstigen Gesundheitsdiensten und Einrichtungen am Ort der Vollzugseinrichtung übernommen werden. Dies gilt für die somatische wie für die psychosoziale Versorgung. In den forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen ist die fachliche Betreuung zu gewährleisten (durch psychiatrisches, und psychotherapeutisches Fachpersonal).

13. Die Behandlung von suchtkranken Straftäter*innen, die schwere Straftaten, – insbesondere Gewaltdelikte und sonstige schwere Straftaten begangen haben unter dem Einfluss und der Beeinträchtigung von bzw. durch den Konsum psychoaktiver Substanzen – soll in forensischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen stattfinden, mit dem Ziel der Reduzierung der mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen einhergehenden psychischen und sozialen Probleme, insbesondere der Gefährdung Dritter.

14. Es muss eine konsequente Entkriminalisierung des Besitzes, Erwerbs und Konsums noch illegalisierter psychoaktiver Substanzen stattfinden. Der Erwerb und Besitz von Betäubungsmitteln nach dem geltenden BtMG soll keine Grundlage der Bestrafung und einer damit verbundenen Unterbringung in einer Behandlungseinrichtung mehr sein.

Literatur zu diesem Positionspapier im Anhang auf Seite 77

Synthetische Opioide in Deutschland – Sind wir vorbereitet?

Vorschläge für einen nationalen Ratschlag

Hans-Günter Meyer Thompson & Heino Stöver für akzept

Zwei Opiumjahresernten in Afghanistan sind zum allergrößten Teil ausgefallen. Nach jetziger Nachrichtenlage reichen die Vorräte an Opium und Heroin im Lande selbst und in den Lagern der Handelsketten noch bis Jahresende 2024, dann könnte der Heroinmarkt in Europa allmählich ausdörren. In Afghanistan steigt der Kilopreis für Opium bereits kontinuierlich an. Ersatzlieferungen aus Myanmar sind unwahrscheinlich. Die mexikanischen Mohnbauern haben weitgehend den Mohnanbau eingestellt, weil sie gegen das billigere Fentanyl nicht mithalten konnten.

Die Ökonomie des illegalen Drogenmarktes wird für Ersatzstoffe sorgen, der Bedarf an Opioiden ist vorhanden. In diese Marktlücke könnten Drogenkartelle mit Fentanylen und/oder Nitazenen stoßen. Dann könnte in Deutschland und in anderen Ländern eine Situation entstehen, die in weiten Zügen der in Nordamerika folgt:

Rapider Anstieg von Überdosierungen mit tödlichem Ausgang, Verteilungskämpfe zwischen alten und neuen Drogenkartellen, Überlastung des Gesundheitssystems und der Drogenhilfe, Zunahme der Beschaffungskriminalität und soziale Verelendung der Konsument*innen.

Die wichtigsten Maßnahmen, die sich aus den Erfahrungen in Nordamerika und in anderen Ländern ergeben, in denen synthetische Opioide (SO) eine Rolle spielen oder gespielt haben, sind in die Publikation *SO-PREP – Toolkit mit Schlüsselstrategien zur Bekämpfung der mit synthetischen Opioiden verbundenen negativen Folgen*

(www.akzept.eu/wp-content/uploads/2023/07/BroschüreA4SO-PREPInternetfassung.pdf) von 2023 eingeflossen, aus denen sich **sieben Schlüsselstrategien** ergeben:

- Frühwarnsysteme
- Internet-Monitoring
- E-Health
- Drug-Checking
- Drogenkonsumräume
- Naloxon
- Opioid-Agonisten-Therapie

Diese Skizze soll entlang des SO-PREP-Toolkits und der vier Säulen der Drogenpolitik einen Überblick geben, was zu einem Konzept im Sinne eines nationalen Notfallplans beitragen könnte. Außerdem enthält sie verschiedene Bestandteile eines möglichst umfassenden Frühwarnsystems.

Es wird Zeit, dass die deutsche Drogenpolitik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene aktiv wird. Bereits begonnene Maßnahmen sollten fortgesetzt werden: Bei zwei zentralen Bausteinen, RAFT (Schnelltestung in Konsumräumen) und Naltrain (Ausbildung in der Anwendung und Werbung für die Take-Home-Naloxon-Verbreitung), ist eine Weiterführung nicht gesichert.

Prävention:

- Aufklärung der Konsument*innen, Verbreitung von Informationsmaterial in der Szene, an Angehörige und Peers. Ausweitung bzw. Wiederholung von Naloxon-Schulungen.
- Erweiterte Abgabemöglichkeiten von Naloxon-Sprays in Beratungsstellen, Haftanstalten, Kliniken, Praxen.
- Basisinformation an Erwachsene (universelle Prävention) und spezifische Zielgruppen (z. B. Personal im Gesundheitssystem, Menschen in Multiproblemlagen, Schmerzpatient*innen, Menschen

mit Affinität zur Hip-Hop-Szene) mit dem Schwerpunkt Wissensvermittlung zur Stoffgruppe Opioide.

- Ausbau von E-Health-Angeboten (Information zu Substanzen, Schadensminderung, Drug-checking, Konsumräumen).

Therapie:

Einbeziehung der Krankenhausträger, um die Aufnahme-Stationen auf einen evtl. vermehrten Anfall von Überdosierungen vorzubereiten. Dazu gehören Schulungen über die speziellen Eigenschaften der o. g. synthetischen Opioide, Angebote für eine in den Kliniken einzuleitende Substitutionsbehandlung nebst Weitervermittlung an das örtliche ambulante Drogenhilfesystem.

Entwicklung von Entzugsstrategien bei Konsum von synthetischen Opioiden (homologer Entzug, ggf. mit Fentanyl-Pflastern, schrittweise Umstellung von neuen synthetischen Opioiden auf minderpotente zugelassene Substitutionsmedikamente).

Vorbereitung der Rettungsdienste auf neue Formen von Opioid-Überdosierungen. Flächendeckende Ausstattung mit Naloxon-Spray.

Erweiterung der Substitutionskapazitäten, auch von niedrigschwelligen und mobilen Angeboten. Absicherung der Finanzierung neuer Formen der Substitutionsbehandlung durch die Krankenkassen.

Erweiterung der Substitutionskapazitäten auch in Apotheken, Etablierung einer angemessenen Honorierung für die Unter-Sicht-Abgabe in den Apotheken.

Reform des § 5a der BtMVV (Substitution mit Diamorphin).

Zulassung von Dia(mor)phin-Tabletten aufgrund öffentlichen Interesses mit nachfolgender Post-Zulassungsstudie.

Zulassung von Naloxon-Spray als nicht-rezeptpflichtiges Medikament. Die Erklärung der Anwendung wäre bei den Apotheken sicher in guten Händen, gerade Nicht-substituierten Konsumenten und vor allem deren Angehörigen/Freunden/Bekanntem kann ein niederschwelliger Zugang zu diesem lebensrettenden Arzneimittel ermöglicht werden und die Apotheken können Informationsangebote zur Suchtbewältigung an die Betroffenen in diesem Zuge weitergeben. Auch Einrichtungen, welche Naloxon-Schulungen anbieten, könnten die Konsument*innen dadurch deutlich einfacher mit Naloxon ausstatten.

Ausbau von E-Health-Angeboten (Vermittlung von Beratungs- und Therapieangeboten).

Repression:

- Entkriminalisierung der Konsument*innen.
- Ausschöpfung des BtMG bei gewerbsmäßigem Handel.
- Schulung der Polizei im Umgang mit Naloxon und Ausstattung der Polizei und anderer Ordnungskräfte mit Naloxon-Spray in Regionen mit Brennpunkten des Drogenkonsums. Mögliches Risiko einer berufsbedingten Exposition im Blick.
- Vorbereitung der Haftanstalten auf Auswirkungen synthetischer Opioide, Ausbau der Substitutionskapazitäten in Justizvollzugsanstalten. Naloxon-Schulungen für das Personal. Aushändigung von Naloxon-Spray bei Haftentlassung und Vermittlung in eine Opioidsubstitutionsbehandlung.

Harm Reduction/Schadensminderung:

Szenenahe Tests (Drug-Checking). Ausweitung der Angebote auf alle Konsumräume und geeignete und bereitwillige Drogenhilfeeinrichtungen.

Verbreitung von Selbsttests – Abgaben von Fentanyl-Teststreifen an Konsument*innen zur Testung auch außerhalb von Konsumräumen und Beratungsstellen.

„safe supply“ (die Bereitstellung von Substanzen in pharmazeutischer Qualität und mit kontrollierter Zusammensetzung als eine Form niedrigschwelliger Substitution).

Compassion Clubs (Selbsthilfegruppen, die den Zugang zu Heroin ohne synthetische Opioide vermitteln bzw. von Opioiden mit bekannter Zusammensetzung und Stärke).

Erweiterung/Ausbau von Konsumräumen.

Naloxon-Schulungen.

Propagierung schadensmindernder („safer-use“) Konsumformen und Zurverfügungstellung von Utensilien.

Ausbau von E-Health-Angeboten.

Notschlafstellen und Tagesangebote ausbauen.

Mobile und niedrigschwellige sozialarbeiterische und medizinische Hilfen ausbauen.

Zusätzlich:

Frühwarnsystem:

- Szenenahe Tests (Drug-Checking).
- Systematisches Abwassermonitoring.
- Einbeziehung der Labore, die Körpersubstanzproben von Opioidsubstituierten und Drogenkonsumierenden untersuchen.

Einbeziehung von Giftnotrufzentralen.

- Tests ausweiten auf synthetische Opioide in Kliniken bei Überdosierungen.
- Scheinkäufe bzw. polizeiliche Beschlagnahmungen auf synthetische Opioide testen.
- Obduktionen und toxikologische Untersuchungen bei tödlichen Überdosierungen ausweiten.
- Internet-Monitoring im Dark- und Clearnet: Suchverhalten, Austausch über Drogen, Nutzererfahrungen, Drogenmärkte und Drogenangebot.
- Begleitbeobachtung/Trendspotting durch das IFT-München (Reitox national focal point) ausbauen.

-
- Europäische Zusammenarbeit stärken (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], nationale Verbände
 - Länderübergreifender Informationsaustausch (EMCDDA, Europol, Kongresse).

Sonstiges:

- Lokales und bundesweites Monitoring der zur Verfügung stehenden Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfe.
 - Aufbau eines SO-Informationsdienstes, basierend auf den Ergebnissen eines nationalen Ratschlags.
 - Einrichtung eines Red-Alert-Systems zur schnellen Verbreitung von Warnhinweisen.
 - Entwicklung einer App für Opioidkonsument*innen.
 - Anpassung des BtMG und der BtMVV für die Verwendung von Fentanyl in Entzugsbehandlungen oder zur Substitution.
- Abklärung, ob safe-supply-Programme möglich sind, bspw. mit Hydromorphon.
- Es müssen Leitlinien überprüft werden und die wissenschaftliche Begleitforschung gefördert werden, um Evidenzlücken zu schließen. Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen/Hochschulen.
 - Auswertung der politischen und praktischen Konsequenzen in Nordamerika zwecks evtl. Anwendung auf die Situation in Deutschland.
 - Übersetzung dieser Skizze und der Ergebnisse eines nationalen Ratschlags ins Englische und Weiterleitung an die EMCDDA zur gefälligen Verwendung und Verbreitung.

Fazit

„Die hochpotenten und pharmakologisch sehr unterschiedlichen synthetischen Opiode schaffen einen komplexen und unberechenbaren Markt, auf dem es den Konsumierenden oft an Informationen und anderen Mitteln fehlt, um sich zu schützen. Um diese Bedrohung der öffentlichen Gesundheit einzudämmen, sind

eine Bündelung innovativer Ansätze und ein konzertiertes Vorgehen erforderlich. (...) Da SO in Europa aktuell noch kein signifikantes Problem darstellen, ist es wichtig, sich gut darauf vorzubereiten. Sobald die neuen hochpotenten SO auf den Markt kommen, können wir der Dynamik nur noch hinterherlaufen“ (SO-PREP-Toolkit, 2023).

„It sounds naive, but we need to collaborate if we truly want to reduce the suffering that we are seeing and the deaths we are experiencing“ (Lisa Lapointe, Former Chief Coroner of British Columbia (Kanada), 16. Dezember 2023).

„Heroin has been the opioid most associate with harm in Europe; however, this may be changing. Recently there are signals that synthetic opioids could play a more important role in the future creating a need to be better prepared to respond to any significant changes in patterns of opioid consumption (...) In the short term, a potential heroin shortage may require us to increase treatment provision, a worst-case scenario, however, is that in the longer term, we may also need to respond to new challenges posed by the increased availability and use of potent synthetic opioids“ (Paul Griffith, EMCDDA, 21. Dezember 2023).

„Wir sollten uns auf eine neuartige Opioid-Welle vorbereiten“ (Hannes Strasser und Marc Vogel von den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (Schweiz).

„Es kommt also näher, und ich sehe keinen Grund, warum das nicht an Fahrt aufnehmen sollte“ (primenews.ch, Schweiz, 10. Januar 2024).

„Although we are seeing a decline in opium poppy cultivation in Afghanistan, close monitoring of the supply chain and the diversification of the market is paramount, as criminal networks are known to be business-oriented, flexible and always on the lookout

for new opportunities“ (Catherine De Bolle, Executive Director Europol, 24. Januar 2024).

„Ich gehe davon aus, dass Fentanyl in zwölf bis 18 Monaten ein noch größeres Thema in Deutschland und damit auch in Köln sein wird“, sagt Daniel Deimel, Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Nürnberg.

„Es kann nicht darum gehen, dass eine Kiste Schnelltests im Drogenkonsumraum steht. Die Tests sollten dazu genutzt werden, ein effektives Monitoring aufzubauen, damit man reagieren kann, falls sich mit Fentanyl verunreinigtes Heroin ausbreitet“ (Kölner Stadtanzeiger, 06. März 2024).

„Wir sind gerade in der glücklichen Lage, dass wir noch Zeit haben, um Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Aber wir müssen es jetzt tun, uns läuft die Zeit davon“, sagt Claudia Schieren, Geschäftsführerin von „Vision“, einem Kölner Verein für Drogenselbsthilfe und Mitglied im Bundesvorstand von JES – Junkies, Ehemalige, Substituierte Bundesverband e.V. (Kölner Stadtanzeiger, 06. März 2024).

Durch die jährliche Konsumraumdokumentation, die zweijährliche Szenebefragung im Bahnhofsviertel sowie den kontinuierlichen Austausch mit Einrichtungen der Drogenhilfe, Streetwork und Polizei habe das Drogenreferat der Stadt Frankfurt einen sehr genauen Überblick, was auf der Szene konsumiert wird und welche Substanzen in Frankfurt in Umlauf sind. *„Wir können unsere Angebote zur Schadensminierung sowie medizinischer und psychiatrischer Versorgung und Beratung sehr flexibel nach Bedarf anpassen“, betont Arthur Schroers, Leiter des Drogenreferats der Stadt Frankfurt/Main, Anm.). Nicht zuletzt fordert Schroers Drug-*

Checking endlich umzusetzen – auch in Konsumräumen. Der Bund hat durch eine Verordnung im Juni 2023 den Weg für Länder und Städte geebnet, um das Testen von illegalen Substanzen gesetzlich zu erlauben. Die hessische Landesregierung hat noch keine Ausführungsbestimmungen dazu erlassen. „Das wäre ein wichtiges Instrument zum Gesundheitsschutz“, sagt Schroers. „Die Gefahr von unbekanntem Streckmitteln und Verunreinigungen des Straßenheroins oder hoch dosierten Opioiden könnte durch Drug Checking verhindert werden“ (frankfurt.de, 27. März 2024).

„In sum, there is no guarantee that illegally manufactured fentanyl or other synthetic opioids will rise in Europe even if the new Taliban opium ban is sustained. Drug markets are too unpredictable to make guarantees. However, it is plausible. Since the costs of “over-reacting” to a threat that does not emerge are modest, and the costs of failing to act pre-emptively are high, expanding treatment and overdose prevention services now can be seen as a prudent precaution“ (The Baltic and Nordic responses to the first Taliban poppy ban: Implications for Europe & synthetic opioids today. Caulkins JP, Tallaksen A, Taylor J, Kilmer B, Reuter P., Int J Drug Policy. 2024 Jan 4;124:104314. doi: 10.1016/j.drugpo.2023.104314. Epub ahead of print. PMID: 38183860.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395923003614>)

Welche Schritte könnten zu einer nationalen Strategie führen?

akzept e.V. schlägt dem BMG und dem Bundesdrogenbeauftragten vor, noch im zweiten Quartal 2024 einen nationalen Ratschlag einzuberufen. Einbezogen werden sollten Organisationen und Träger der Drogenhilfe, Selbsthilfegruppen, Bundesärztekammer, Klinikträger, Polizeibehörden, Labore, IFT-München u. a. wissenschaftliche Institute, ÖGD, Hersteller von Substitutionsmedikamenten, Krankenkassen, u. a.

akzept e.V. informiert die Verbände der Drogenhilfe und wirbt um Unterstützung für den Vorschlag, einen nationalen Ratschlag zu veranstalten.

akzept e.V. veröffentlicht diese Skizze auf www.akzept.eu/

Symposien auf Suchtkongressen (STT-Hamburg, NaSuKo, Münchner Kongress, Deutscher Suchtkongress, DGS-Kongress).

Die umfangreiche Literaturliste zu diesem Beitrag finden Sie hier:

<https://alternativer-drogenbericht.de/adsb-2024/Literatur1/3>

ANHANG

Literatur

zu: Substitution im Justiz- und Maßregelvollzug - Versorgung, Bedarfe und Schnittstellenprobleme – Versuch eines Überblicks

Akzept e.V. (Hg). Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug
Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-
Ochsenzoll

Arbeitsgruppe Sanktionenrecht der Friedrich Ebert Stiftung (2022). §64
StGB zu reformieren reicht nicht. Plädoyer für ein Gesamtkonzept
Suchtbehandlung im Strafvollzug. Online:
[https://www.fes.de/themenportal-die-welt-gerecht-
gestalten/klimawandel-energie-und-umwelt/artikel-in-klimawandel-
energie-und-umwelt-1/64-stgb-zu-reformieren-reicht-nicht-plaedoyer-
fuer-ein-gesamtkonzept-suchtbehandlung-im-strafvollzug](https://www.fes.de/themenportal-die-welt-gerecht-gestalten/klimawandel-energie-und-umwelt/artikel-in-klimawandel-energie-und-umwelt-1/64-stgb-zu-reformieren-reicht-nicht-plaedoyer-fuer-ein-gesamtkonzept-suchtbehandlung-im-strafvollzug)

Bundesärztekammer (eds.) Richtlinie der Bundesärztekammer zur
Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger,
2017

Funke W, Kuhlmann T, Backmund M, et al. Substitutionsbehandlung
opioidabhängiger Menschen in der medizinischen Rehabilitation:
Positionspapier der Deutschen Suchtgesellschaft. Suchttherapie 2020; 21:
39–42. doi:10.1055/a-1080-7448

Gesetzentwurf des Bundesministeriums der Justiz Entwurf eines Gesetzes
zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe,
Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer
Entziehungsanstalt vom 22.12.2022 [BMJ | Aktuelle
Gesetzgebungsverfahren | Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts
– Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie
Unterbringung in einer Entziehungsanstalt](#)

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften. Drucksache 20/1723 vom 10. Mai 2022

Hampel Th: Substitution und medizinische Reha; In: KONTUREN 25.April 2022 Substitution und medizinische Reha – KONTUREN

Hartel Ch. Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät II (Psychologie, Pädagogik und Sportwissenschaft) der Universität Regensburg 2012

Heilmann M, Scherbaum N. Zur Bedeutung ergänzender medikamentöser Strategien im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2015; 9: 18–28. doi:10.1007/s11757-014-0298-8

Hoffmann K, Michel M, Müller F-S; et al. Medikamentöse Substitutionsbehandlung in der Entziehungsanstalt (§64 StGB) - Aktuelle Stellungnahme aus Baden-Württemberg in Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2017; 24 (1): 47-52.

Kemper A. Die Unterbringung in der Entziehungsanstalt zwischen Fehleinweisung und Fehlkonstruktion Analyse des § 64 StGB in der nordrhein-westfälischen Praxis. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bremen 2009.

Müller J. Ansätze zur Reform der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. [Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie](#) | [Ausgabe 3/2019](#)

Müller J. Replik zur Debatte um die Reform der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2021) 15:284–287 <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00665-w>

Müller J, Koller M (Hg.) (2020) Reformansätze zur Unterbringung nach § 64 StGB R&P (2020) 38: 253–254

Müller J et.al. (2017): Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB; In: Nervenarzt 2017 · 88 (Suppl 1):S1–S29 DOI 10.1007/s00115-017-0382-3 Online publiziert: 3. August 2017

Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB
Organisationale, empirische und rechtspolitische Argumente für eine Änderung des Sanktionenrechts Ein Positionspapier im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. Einbeck / Bielefeld / Münster 1. März 2022

Pollähne H; „Entziehungsanstalten“ zur Disposition gestellt: Vom Scheitern des Maßregelvollzuges in der Suchttherapie in akzept e.V. Bundesverband (eds.) 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021; 112-117.

Lengerich/Westfalen: Pabst Science Publishers, 2021

Positionspapier zur Neuregelung des § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN vom 24.02.2021

Querengässer und Berthold (2022): Skizze eines neuen § 64 StGB – Alternativen und Ergänzungen zum Reformvorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. In: KriPoz 3; S.168 ff.

Querengässer J. Entziehungsanstalten am Limit – Normaler Evolutionsprozess oder drohender Kollaps? in Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2020; (1), 28-43.

Seibold V. Prädiktoren für Therapieerfolg bei suchtkranken Straftätern im Maßregelvollzug. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm 2015

Soyka M, Steinböck H. Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen im Maßregelvollzug. Fortschr Neurol Psychiatr 2022; a-1669-9033. doi:10.1055/a-1669-9033

Schalast N. Drogenabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB: Verbesserung der Quote erfolgreicher Behandlung durch suchtspezifische Medikation? Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2009; 3: 294–301. doi:10.1007/s11757-009-0017-z

Schalast N. Zur Debatte um die Reform der gesetzlichen Voraussetzungen einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2021) 15:179–187

Stöver H. Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie* 2016; 17: 124–130. doi:10.1055/s-0042-111460 <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00652-1>

Stöver H, Deimel D, Dichtl A. Der Prozess der Kriminalisierung und Inhaftierung drogenkonsumierender Menschen in Deutschland.

Implikationen für eine gesundheitsbezogene Rehabilitation und Resozialisierung. *RPsych* 2021; 7: 489–514. doi:10.5771/2365-1083-2021-4-489

Stöver H, Keppler K; Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? in *Suchtmedizin* 2021: 23(2): 59–66.

Stübner S. § 64 StGB aus Sicht des Maßregelvollzugs. Vortrag bei den Gefängnismedizin-Tagen, Dezember 2022

Völlm B, Cerci D; Suchtbehandlung im Maßregelvollzug: Narrativer Review in *Suchtmedizin* 2021: 23(2): 90–98

UNODC/UNAIDS. *Compulsory Drug Treatment and Rehabilitation in East and South Asia*, Geneva 2022

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Maurice Cabanis

DGS Vorstand, Stuttgart; maurice.cabanis@gmail.com

Simon Fleißner

Frankfurt University of Applied Sciences; simon.fleissner@fb4.fra-uas.de

Stefanie Gellert-Beckmann

Geschäftsführerin, Suchthilfe Wuppertal;

stefanie.gellert-beckmann@sucht-hilfe.org

Anneke Groth

Geschäftsführerin [vista g GmbH Berlin](http://vista-g.com); anneke.groth@vistaberlin.de

Dr.med. Konrad Isernhagen

Köln; isernhagen@gpg-koeln.de

Maria Kuban

Deutsche Aidshilfe e.V. Veranstaltungen Drogen/JES/Frauen

maria.kuban@dah.aidshilfe.de

Hans-Günter Meyer-Thompson

Arzt Hamburg; Redakteur Forum Substitutionspraxis

meyerthompson@aol.com; <https://www.forum-substitutionspraxis.de>

Dr. med. Thomas Peschel

PATRIDA, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

thomas.peschel@email.de, kontakt@patrida.org

Nina Pritzens

Geschäftsführung [vista g GmbH Berlin](http://vista-g.com); nina.pritzens@vistaberlin.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences, FB 4; hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Feedback der Teilnehmenden

Sind Ihre Erwartungen an die Konferenz erfüllt worden?

60% sehr gut, 40 % gut.

Was hat Ihnen besonders gefallen?

Eigentlich alles und Fishbowl ist ein schöner Abschluß.

Sehr gute Struktur aller Vorträge und prägnante Zusammenfassung.

Themenvielfalt (mehrfach).

Die Einstellung der ‚Fachleute‘.

Die Beteiligung von JES.

Zeitlicher Rahmen.

Tagungsort.

Fachlicher Input (mehrfach).

Workshops in kleinen Gruppen.

Struktur der Veranstaltung.

Die Konzepte aus der Schweiz (mehrfach).

Zukunftsansichten hinsichtlich Substitution (Kokain Diamorphin).

Vernetzung.

Gute Plattform für Austausch.

Was hat Ihnen nicht gefallen?

Zu wenig Zeit um sich in den Workshops einzufinden.

Fehlende Beteiligung von Ärzten (ausser als Referierende).

Zuwenig Konsumierende.

Raumausschilderung ungenügend.

Zu wenig und zu kleine Pausen.

AG war zu voll.

Zu geringe Ausdifferenzierung des Auftrages der AG.

Visualisierung der Ergebnisse der AG's.

Hypothetische Diskussionen homogener Menschengruppe bezogen auf Eingliederungshilfe.

Keine Einbindung der Substituierenden Ärzte und der Psychiatrie.

Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und Themen, die Ihrer Meinung nach in einer eigenen bzw. weiteren Veranstaltung vertieft werden sollten:

Bisher beste NaSuKo von den vieren, die ich besucht habe.

Einladung an die Ärzteschaft, über KV Berlin oder AK substituierende Ärzte.

Mehr Zusammenarbeit mit Konsumenten.

Bitte alle veganen Lebensmittel kennzeichnen.

Mutiger zu politischer Einmischung aufrufen!

Gerne als 2-Tages-Veranstaltung.

Themen Crack/Substitution und synth. Opiode weiter verfolgen.

Snack vor Beginn!

Umsetzbarkeit für die Praxis im niedrighschwelligen Bereich fehlte.

5 Sterne sind nicht zu toppen.

Auch den Justizvollzug einladen.

Chronik der bisherigen akzept-Fachtagungen zur Substitutionsbehandlung (seit 2000)

Expertentreffen

Weiterentwicklung Substitutionsbehandlung

am 7.7.2004 in Bremen

in Kooperation mit der Universität Bremen FB 11
Gesundheitswissenschaften

Expertengespräch

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung

am 14. Februar 2007 in Berlin

Expertengespräch

Substitutionsbehandlung

Zwischenergebnisse und Zukunftsperspektiven

akzept e.V. und Partner am 2.12.2009 in Berlin

Fachtagung

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft

in Kooperation mit der Universität Bremen, FB 11

Gesundheitswissenschaften

am 20.04. 2010 in Berlin

ExpertInnen-Treffen

STRATEGIEN zur Sicherung und Verbesserung der

Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger

am 2. Juni 2010 in Berlin

Fachtagung

Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting

am 2.12.2011 in Berlin

3. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)

Brennende Themen der Substitution

am 12.12.2012 in Berlin

4. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)

30 Jahre Substitutionsbehandlung:

Patienten, Versorger und Gesetze näher zusammenbringen

am 9.12.2015 in Berlin

5. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)

Substitutionsbehandlung - Wege aus der Krise

am 27.09. 2019 in Berlin

6. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo)

#100.000 Substituierte bis 2022

Online Konferenz per ZOOM

am 16.12.2020



7. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo),

**Substitutionsbehandlung in allen Settings, in denen
opioidabhängige Menschen leben (müssen) (Justizvollzug,
medizinische Rehabilitation, Maßregelvollzug und Polizeiarrest)**

am 21.9.2022 Berlin.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

Umschlag

Katja Fuchs

Gestaltung, Foto und Satz

Christine Kluge Haberkorn

Druck

Kleinoffsetdruck Rene Dressler, Berlin

Bestellungen:

akzeptbuero@yahoo.de

www.akzept.eu

© Alle Rechte bei den Autoren bzw. akzept
Berlin, 2024



DANK

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

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

"In Anbetracht des Rückgangs differenzierter Angebote für Substanzkonsumstörungen und bevorstehenden tiefgreifenden Änderungen auf den Drogenmärkten, bedarf es dringend starker Allianzen, die mit innovativen und effektiven Strategien sowie deren Implementierung den großen Versorgungsdefiziten im System begegnen."

Maurice Cabanis



Friedensstiftet

im Drogenkrieg

akzept e.V.

Kundenberatung für akzeptierende
Drogenarbeit und humane Drogenpolitik