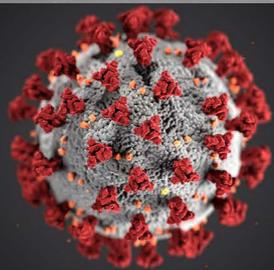


Initiative Substitutionsversorgung Opioidabhängiger Patient*innen

10-Eckpunkte-Papier zur
Lösung der Versorgungskrise



und Anpassung der Vergabe-
bedingungen in der
Corona-Pandemie

ES LIEGT IN IHRER MACHT!

„Wir brauchen flächendeckende Substitutions- und Hilfsangebote – auch in der Coronakrise.“ (a)

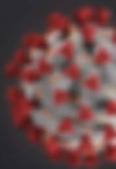
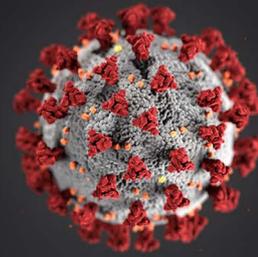
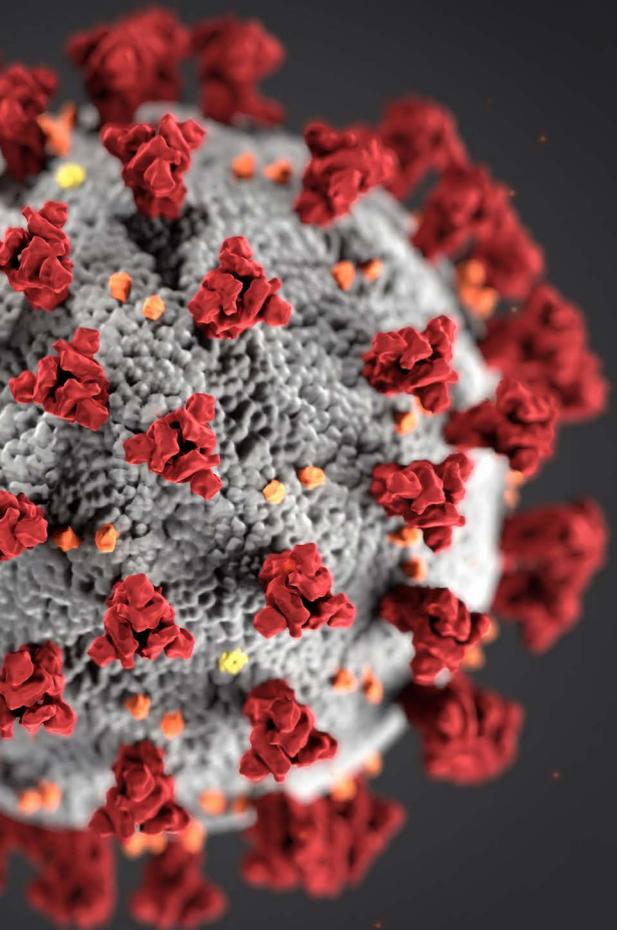
Dieser aktuellen Einschätzung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (DBB) Daniela Ludwig schließen wir uns an und ergänzen daher dieses gerade entwickelte 10-Eckpunkte-Papier zur Lösung der – schon in Normalzeiten drohenden – Versorgungskrise um konkrete Vorschläge der Ärzteschaft für aktuell notwendige Anpassungen.

Substituierende Ärzt*innen bewegen sich in Zeiten von SARS-CoV-2/COVID-19 auf einem schwierigen Grat zwischen Sicherstellung der Versorgung einer Hochrisikogruppe und Sicherstellung des Infektionsschutzes, unter Beachtung der Betäubungsmittelsicherheit.

1. Besonders komorbide Substitutionspatient*innen haben ein erhöhtes Risiko
2. Hohe Besuchsfrequenzen (wie in Substitutionspraxen) erhöhen das Infektionsrisiko für COVID-19
3. Etwa 50 % der Substitutionspatienten (40.000) müssen täglich zur Vergabe des Substituts in der Praxis erscheinen. D.h. täglicher physischer Kontakt mit anderen Patient*innen und dem Praxisteam
4. Während viele Patient*innen gerade jetzt Nähe und Begleitung benötigen, sind zugleich Infektionsschutz und soziale Distanz gefordert
5. Bereits ein Infektionsfall – im Praxisteam oder unter den Patient*innen – kann zu massiven Störungen im Praxisablauf führen

Was akut zu tun ist?

Es müssen betäubungsmittel- und medizinrechtliche Vorgaben – temporär – ausgeweitet werden. Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes ist dazu eine Rechtsverordnung des Gesundheitsministers in Kraft getreten.



Änderungen der Vergabevorgaben in Coronazeiten

Vorrangiges Ziel ist eine umsichtige patientenorientierte Betreuung sowie eine breitere, wohnortnahe Versorgung. Zum Schutz vor Ansteckung sollten wo möglich Kontakte reduziert und durch Veränderungen der Praxisorganisation Risiken minimiert werden. Dabei helfen

1. Ausweitung der Take-Home-Vergabe (TH) und Nutzung von Depotpräparaten

bei stabilen Patient*innen. Wo ärztlich vertretbar, TH auch bei noch nicht stabilen Patient*innen erwägen, ggf. mit Kontakt per Videochat oder Handy

2. Verlängerung der Z-Rezepte-Regelung

Z-Regelung kann in Ausnahmesituationen bedingt ausgeweitet werden

3. Mehr Flexibilität bei Rezepten

analog der Palliativmedizin sollten Dosierungen auch für mehr als den unmittelbaren Verbrauch überlassen und zugestellt werden können

4. Breitere Nutzung wohnortnaher Versorgung

mehr Vergaben in Apotheken und in Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfen

5. Einbindung von weiterem, nicht medizinischem Personal

Personal in geeigneten Einrichtungen (z.B. Kontaktläden, Drogenkonsumräumen) qualifizieren und ärztlich supervidieren

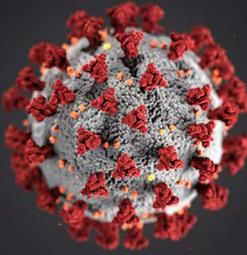
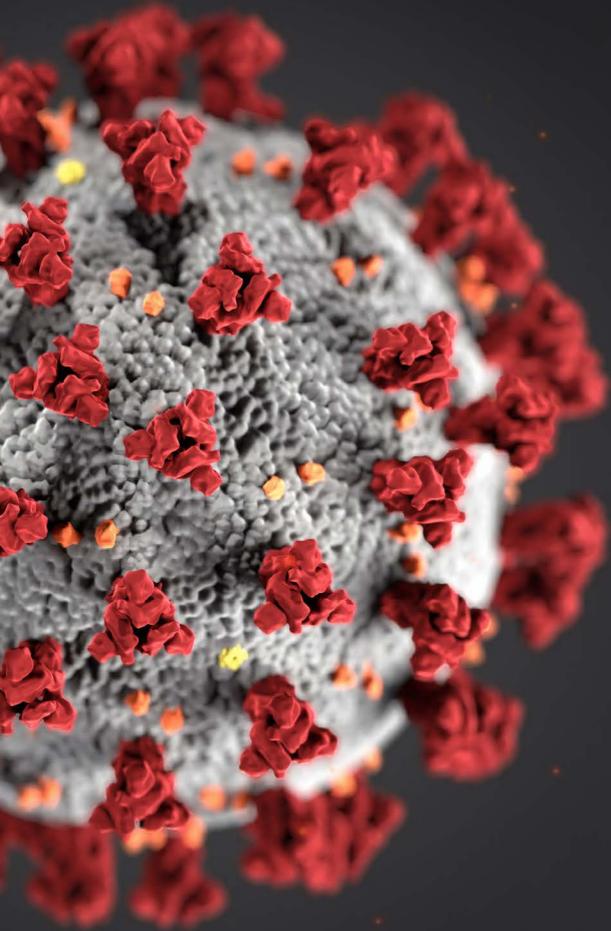
6. Konsiliarische Regelung

und Gewinnung von mehr niedergelassenen Ärzt*innen, auch ohne suchtmmedizinische Ausbildung

7. Delegation an ambulante Pflegedienste auch bei häuslicher Quarantäne

Weitere Details haben die Qualitätssicherungskommissionen und die DGS erarbeitet und verbreitet, mit Hilfestellung für die täglich schwierigen Entscheidungen, die Ärzt*innen in dieser Ausnahmesituation nach Abwägung aller Faktoren zu treffen haben.

An die Politik, die KVen sowie die Ärzte- und Apothekerkammern gilt unser Appell: Handeln auch Sie sofort und konsequent. Schaffen Sie die nötigen Rahmenbedingungen. Geben Sie damit allen in der Versorgung opioidabhängiger Patient*innen Tätigen die nötige Sicherheit in der aktuellen Situation.



Best Practice

Stand: 30.04.2020

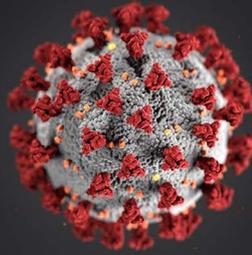
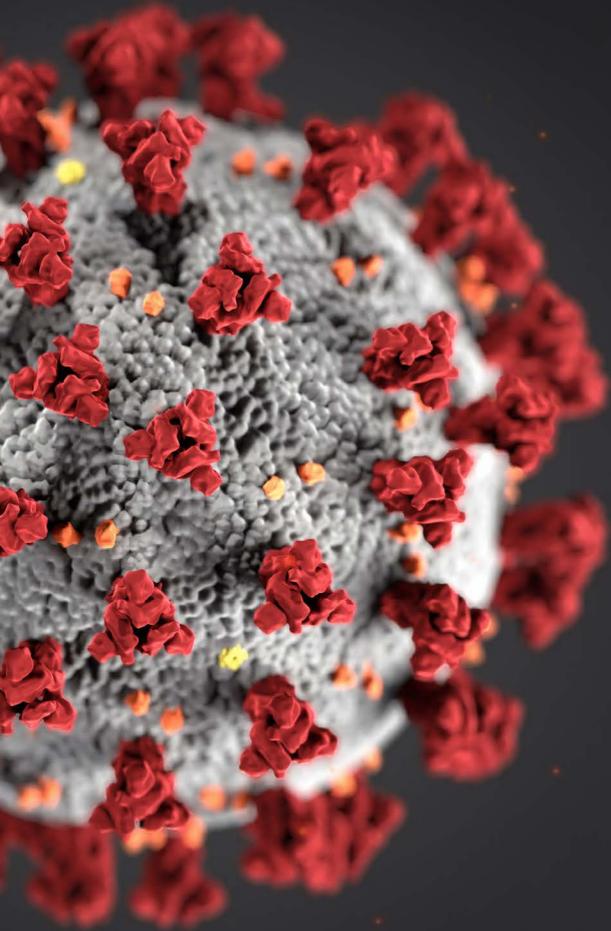


- BtMVV-Verordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie vom 20.04.2020
<https://bit.ly/35ckdd7>
- Kurzfassung der BtMVV-Änderungen während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite laut SARS-CoV-2-AMVV vom 20.04.2020
<https://bit.ly/3cCFmj3>
- Handreichung der Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen der KVen vom 16.03.2020
<https://bit.ly/2ybkjp3>
- DGS Rundbrief: **SARS-CoV-2/COVID-19 Pandemie und Substitutionstherapie**
Hinweise für substituierende Ärzte und Ärztinnen vom 19.03.2020
<https://bit.ly/39Rt2tH>
- Hilferuf der Suchthilfe: Schnelle Hilfen für Drogengebrauchende und Obdachlose!
<https://bit.ly/3btwmfF>
- Brief der DAH und jes „Risiken für Substitutionspatient*innen mit Covid19 verringern“
<https://bit.ly/2WW9FwT>
- fdr Stellungnahme zur Substitution aufgrund der Coronakrise
<https://bit.ly/2Y99MWl>
- Lesenswert, mit täglichen Updates, der kostenlose Newsletter „Forum Substitutionspraxis“
zusammengetragen von Hans-Günther Meyer-Thompson
<https://www.forum-substitutionspraxis.de/covid-und-substitution>
- Best Practice aus der Schweiz
<https://bit.ly/2wywpIu>

Weitere Quellen:

(a) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Pressemitteilung 24.03.2020

<https://bit.ly/2KrZzMs>





A

Die Zukunft der Substitutionsversorgung steht auf dem Spiel

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Versorgungsauftrag
– auch in Normalzeiten –
nicht mehr erfüllt

Opioidabhängigkeit ist ein **gravierendes gesundheitliches und gesellschaftliches Problem**. Aktuell haben von den ca. 166.000 opioidabhängigen Menschen in Deutschland nur etwa die Hälfte Zugang zu einer substitutionsgestützten Therapie (1). Dabei zeichnet sich ab, dass in Zukunft nicht einmal mehr die aktuell 79.700 substituierten Patient*innen von den 2.607 substituierenden Ärzt*innen ausreichend versorgt werden können (2,3).

Bedenklich auch der Anstieg der Drogentoten auf 1.398, die jüngst vermeldet wurde. Die Gesamtsituation wird durch die Corona-Pandemie noch weiter angespannt (4).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) können ihren Versorgungsauftrag schon unter „normalen“ Bedingungen nicht mehr erfüllen. Mit Blick auf den hohen Altersdurchschnitt der Behandler*innen ist zu erwarten, dass sich die Situation noch massiv verschlechtern wird. Das wirft neben den **negativen Folgen** für Leib und Leben der **Betroffenen** auch Probleme für unsere Gesellschaft auf – bezogen auf gesamtgesellschaftliche **Kosten**, öffentliche **Sicherheit** und **soziale Verantwortung** für fürsorgebedürftige Menschen.

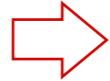
Substitutionsbehandlung
ist essenziell

Opioidgestützte Substitutionstherapie (OST) ist weltweit der Goldstandard in der Behandlung von Opioidabhängigkeit. Im Zentrum dieses komplexen interdisziplinären Behandlungsansatzes steht die Vergabe eines Substitutionsmittels. Eine Substitutionsbehandlung trägt zur **gesundheitlichen Stabilisierung** sowie **gesellschaftlicher Teilhabe** der Patient*innen bei und hilft **Todesfälle zu vermeiden**.

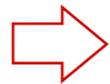
Sie entlastet Abhängige vom Druck, sich illegale Drogen beschaffen zu müssen, und legt die **Basis für weitere medizinische und psychosoziale Maßnahmen**. Aus ökonomischer Sicht lassen sich sozioökonomische und gesamtgesellschaftliche Kosten der Opioidabhängigkeit reduzieren. Die Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung ist **wissenschaftlich** mit hoher **Evidenz belegt** (5,6,7).

Die Zukunft der Substitutionsversorgung steht auf dem Spiel

Der Nutzen der Substitutionsbehandlung ist wissenschaftlich belegt (5,6,7)



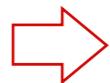
Reduktion von Morbidität und Mortalität



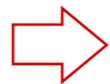
Reduktion der Übertragung von Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis C)



Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen



Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel



Reduktion von Straffälligkeit



Ermöglichung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben

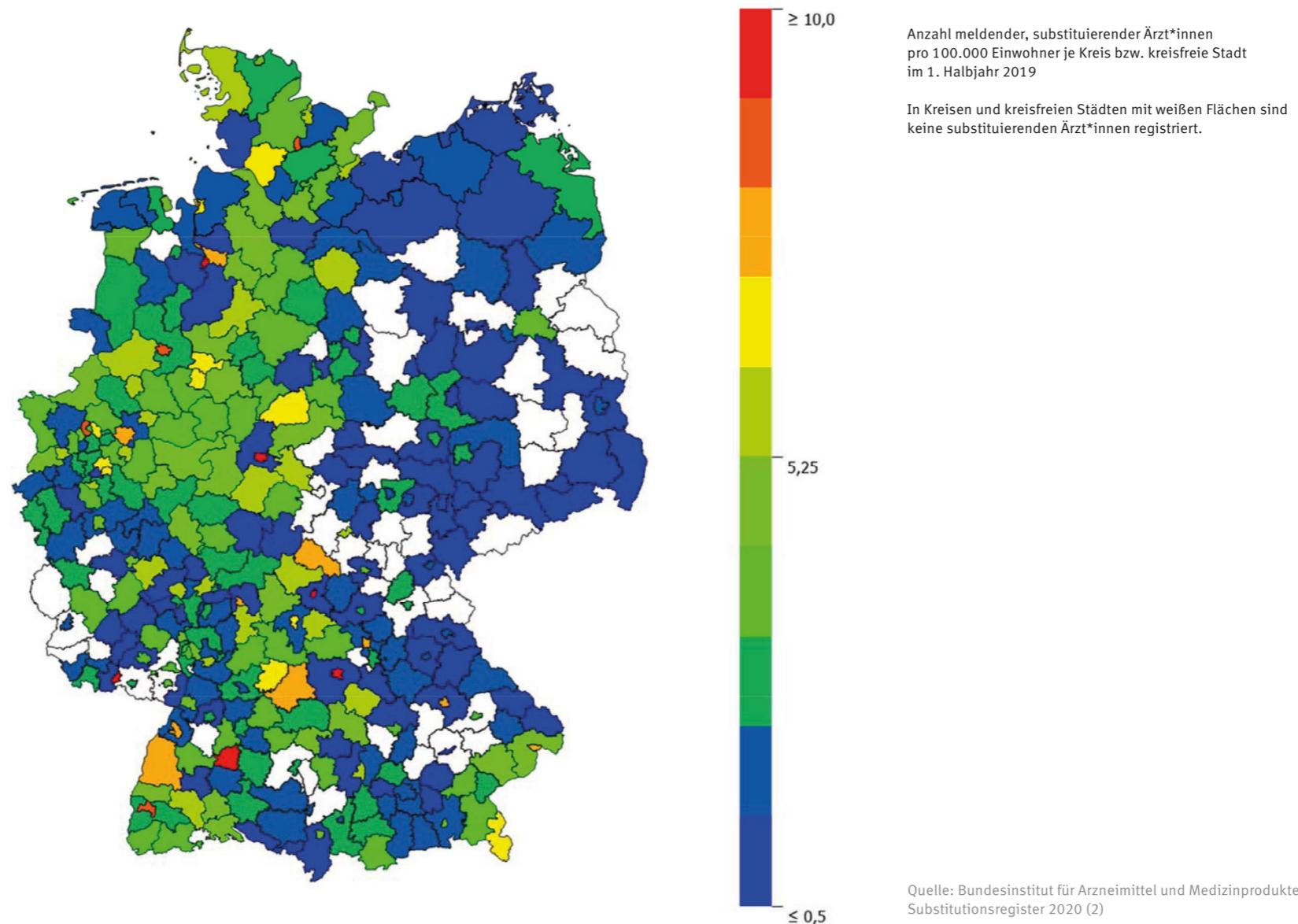
B

Die Problemlage

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Die Problemlage

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weist im jüngsten Bericht zum Substitutionsregister eine **Versorgungslandkarte mit weißen Flecken** auf: Kreise, in denen schon heute gar keine substituierenden Ärzt*innen tätig sind. Auch zeigt sich ein Stadt-Land-Gefälle. Die Attraktivität der Substitutionsbehandlung ist aufgrund von **Stigmatisierung**, hohem **bürokratischem Aufwand** und **mangelnder Vergütung** gering. Es fehlt an positiven Beispielen und einem klaren Bild der Erkrankung, um die Stigmatisierung von Patient*innen, aber auch ihrer Ärzt*innen und Begleiter*innen zu stoppen.





10 Kernprobleme

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

10 Kernprobleme in der Versorgung opioidabhängiger Patient*innen

1.

Die Zahl substituierender Ärzt*innen geht zurück. Bei Praxisaufgabe werden keine Nachfolger*innen gefunden, bzw. die Substitution wird nicht weitergeführt

2.

Das Interesse **jünger Ärzt*innen** – ebenso von **Allgemeinmediziner*innen, Psychiater*innen, Internist*innen und Infektiolog*innen** – wird zu wenig geweckt

3.

Substituierende Ärzt*innen brauchen mehr **Netzwerke**

4.

Die wohnortnahe Versorgung z.B durch **Apotheken** wird noch zu wenig genutzt

5.

Kliniken und Ambulanzen sowie **Sucht-Reha-Einrichtungen** nutzen ihre Ressourcen zu wenig, um Substitutionspatient*innen – auch ambulant – zu behandeln

6.

Kliniken der Regionalversorgung sowie **Gesundheitsämter** sind in die Versorgung nicht oder nur notfallmäßig eingebunden

7.

Es fehlt an zusätzlichen Vergabestellen. Die **Delegationsmöglichkeiten** durch die neue BtMVV werden zu wenig genutzt

8.

Suchtmedizin ist im **Studium** sowie in der ärztlichen **Weiter- und Fortbildung** zu wenig präsent

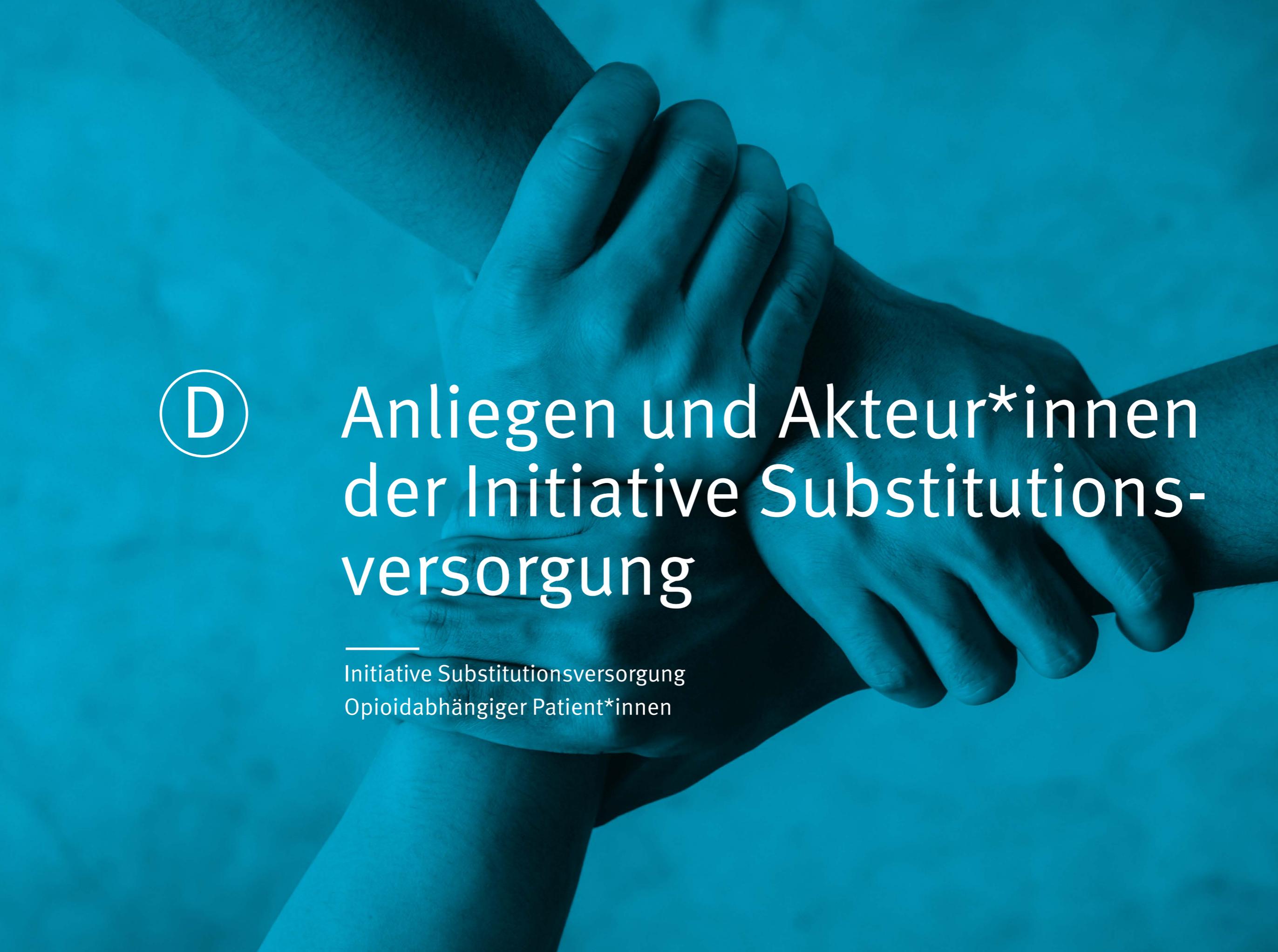
9.

Das **Honorierungssystem** setzt die falschen Schwerpunkte und bildet nicht die Erfordernisse eines differenzierten Versorgungssystems ab

10.

An Schnittstellen zwischen **Haft, Maßregelvollzug, stationärer Behandlung** oder **Entwöhnung** kommt es zu lebensbedrohlichen **Versorgungsabbrüchen**



The background of the slide is a teal color with a photograph of several hands clasped together in a supportive grip. The hands are positioned in the center and right side of the frame, with fingers interlaced. The lighting is soft, highlighting the texture of the skin and the veins on the hands. The overall mood is one of solidarity and care.

D

Anliegen und Akteur*innen der Initiative Substitutions- versorgung

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Ziel der Initiative ist es,

der drohenden Mangelversorgung mit einem **vielfältigen Maßnahmenpaket** entgegenzuwirken. In einer interdisziplinär besetzten Expert*innengruppe haben wir – jenseits der konventionellen Substitutionsbehandlung in niedergelassenen Arztpraxen, Ambulanzen und Kliniken – eine Toolbox entwickelt, aus der regions- und situationsbezogen unterschiedliche Elemente gezogen werden können. Diese lassen sich auch kurzfristig zur Anpassung der Vergabebedingungen in der Corona-Pandemie nutzen:

- Instrumente, die bereits **erprobt** sind, aber selten genutzt werden
- **Neue Ansätze**, die weitergehende Vergabemöglichkeiten nutzen
- **Digitale Unterstützungsmöglichkeiten** zur Qualitätssicherung der Behandlung
- Vorbildhafte **Delegationsmodelle**

Nun sind die **Politik** sowie die **Selbstverwaltungsgremien** gefordert, insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern und die Apothekerkammern.

Wir sind Akteur*innen aus Substitutionspraxen, versorgenden Apotheken, Forschung, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Kliniken, Patientenorganisationen, Suchtfachverbänden, Sozialarbeit und Gremien der Selbstverwaltung. Gemeinsam mit den Unterstützern dieses Eckpunktepapiers verbindet uns die **Sorge um die Sicherung der Versorgung von Substitutionspatient*innen** in Deutschland. Wir verstehen uns als **Impulsgeber*innen** für umsetzbare mehrgliedrige Maßnahmen zur Sicherung der Substitutionsversorgung opioidabhängiger Patient*innen.

Es braucht zügig greifende Strategien und Aktivitäten. Aber auch langfristige strukturelle Maßnahmen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Autor*innen:

Christoph von Ascheraden, Ulrich Bohr, Konrad F. Cimander, Ursula Havemann-Reinecke, Thomas Poehlke, Jens Reimer, Norbert Scherbaum, Stephan Walcher



E

Die Unterstützer*innen

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Die Unterstützer*innen

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 akzept e.V. | <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i> |
| 2 Bayerische Akademie für Suchtfragen e.V. | <i>Prof. Dr. Oliver Pogarel</i> |
| 3 Bundesverband der Versorgungsapotheker e.V. | <i>Tobias Baier</i> |
| 4 Dachverband Substituierender Ärzte e.V. | <i>Dr. Wilhelm Siepe</i> |
| 5 Deutsche AIDS-Hilfe e.V. | <i>Dirk Schäffer</i> |
| 6 Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. | <i>Dr. Annette Haberl</i> |
| 7 Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener
Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. | <i>Dr. Robin Rüsenberg</i> |
| 8 Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und
Drogensucht | <i>Esther Neumeier</i> |
| 9 Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. | <i>Prof. Dr. Markus Backmund</i> |
| 10 Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. | <i>Dr. Gallus Bischof</i> |
| 11 Deutsche Stiftung für chronisch Kranke | <i>Dr. Thomas M. Helms</i> |
| 12 DG-Sucht e.V. | <i>Prof. Dr. Rainer Thomasius</i> |
| 13 Elternkreis Leutkirch
 Suchtgefährdeter und Suchtkranker | <i>Beate Stör</i> |
| 14 Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. | <i>Janina Tessloff</i> |
| 15 Frankfurt University of Applied Sciences | <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i> |
| 16 JES Bundesverband e.V. | <i>Marco Jesse</i> |
| 17 Länderkonferenz der KV-Vorsitzenden der
Qualitätssicherungskommissionen für
Substitutionsbehandlungen | <i>Dr. Konrad Cimander</i> |
| 18 LVR Klinikum Essen | <i>Prof. Dr. Norbert Scherbaum</i> |
| 19 Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft
Suchtmedizin e.V. | <i>Peter Jeschke</i> |
| 20 Suchtbeirat der LÄK Rheinland-Pfalz | <i>Dr. Manfred Nowak</i> |
| 21 Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
der Universität Hamburg | <i>Prof. Dr. Jens Reimer</i> |

F

10 Lösungsvorschläge Versorgungs-Toolbox im Überblick

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

10 Lösungsvorschläge – Versorgungs-Toolbox im Überblick

➔ Für Details auf die Lösungsvorschläge klicken

1. Etablierte Substitutionspraxen **unterstützen**, mehr zu substituieren

2. **Neue Ärzt*innen** gewinnen, um Substitutionspatient*innen zu behandeln

3. **Kooperationen** in MVZs und Ärztehäusern initiieren

4. **Apotheken** einbinden, Sichtvergabe in Apotheken ausbauen

5. **Kliniken und Ambulanzen** verstärkt einbinden

6. **Delegationsmöglichkeiten** nutzen, **Rahmenbedingungen** verbessern

7. **Mobile Versorgung** durch neue Modelle und Pflegedienste

8. Suchtmedizin in **Aus-, Weiter- und Fortbildung** stärker verankern

9. **Honorierungssystem** aufwandsbezogen **anpassen**

10. **Versorgungsabbrüche** in Haft und im Maßregelvollzug **vermeiden**



Einrichtungen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Substituieren – Wer? Wo?

Aller guten Dinge sind 3: Etablierte Substitutionseinrichtungen ausbauen. Neue Modelle erproben. Weitere Einrichtungen hinzugewinnen.

Etablierte Einrichtungen

Substituierende Arztpraxen

1. Schwerpunktpraxen
2. Substitutionspraxen
3. Konsiliare
4. Praxisgründung/Übernahme

Kliniken

1. Psychiatrische Kliniken
2. Zentren für Psychiatrie
3. Versorgungskliniken
4. Unikliniken

Ambulanzen

1. Interdisz. Substitutionsambulanzen
2. Institutsambulanzen

Justizvollzugsanstalten

Neue Modelle

Besondere Settings/Delegation

1. DROBS
2. Pflegeheime
3. Altenheime

Mobile Versorgung

1. Fahrende Docs
2. Schwester Agnes, „VERAH®“

Telemedizin

Auszubauende Einrichtungen

Kooperationen

1. MVZ, BAG
2. Ärztehäuser
3. Netzwerke

Fachpraxen

1. Psychiatrie
2. Allgemeinmedizin
3. Innere Medizin
4. Infektiologie

Apotheken

Kliniken der Regionalversorgung

Gesundheitsämter

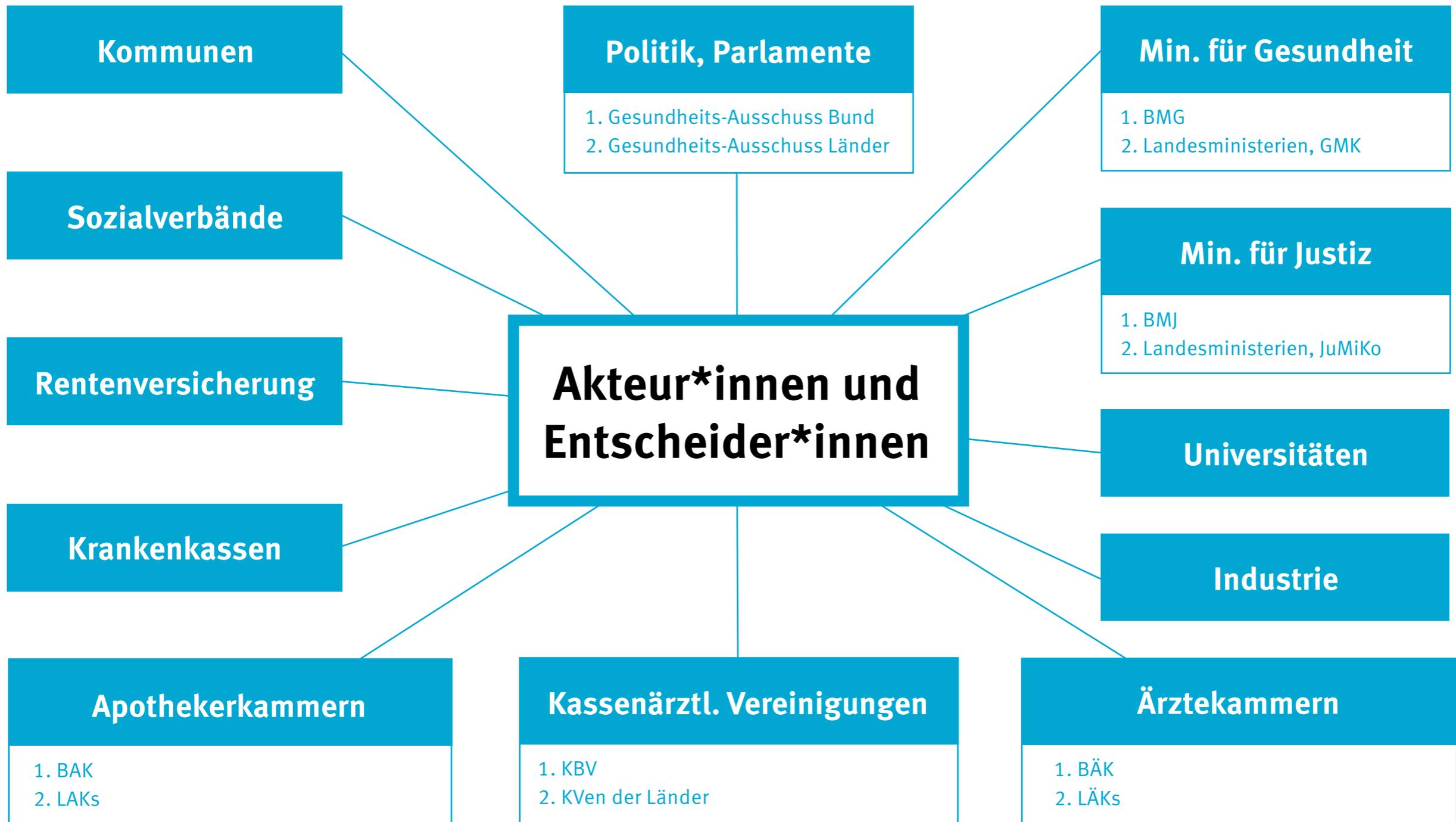
Sucht-Reha



Verantwortliche und Entscheider*innen, die aktiv werden müssen

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Verantwortliche und Entscheider*innen, die aktiv werden müssen



Nur im Verbund aller können wir die Versorgungssicherung erreichen. **Machen Sie mit!**



Die Lösungsvorschläge im Einzelnen

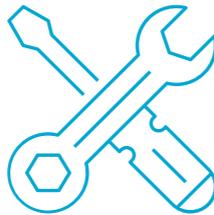
Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

1. Etablierte Substitutionspraxen unterstützen, mehr zu substituieren



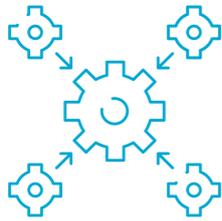
Unser Lösungsvorschlag

Viele der heutigen Substitutionspraxen verfügen über die Infrastruktur, das Personal und das Wissen, um ihre Patientenzahl in der Substitution zu erhöhen. Ebenso könnten Allgemeinarztpraxen, die bereits wenige Substitutionspatient*innen behandeln, weitere Patient*innen versorgen.



Was genau ist zu tun?

- **Gezielte Ansprache** etablierter Substitutionspraxen durch die KVen und Fachgesellschaften
- Motivation und **finanzielle Anreize** für bestehende Praxen setzen, mehr Patient*innen zu übernehmen, dazu gehört auch die Erhöhung der Patientenhöchstzahl auf > 50 Patient*innen mit Anpassung der Plausibilitätskriterien
- **Entbürokratisierung**
- Attraktivere **Honorierung** für die aufwändige Patientenarbeit durch leistungsgerechtere Gestaltung des Abrechnungssystems , insbesondere für Take-Home-Verschreibungen und die damit verbundene Beratung
- Motivation zu vermehrter **Take-Home-Verordnung** bei geeigneten Patient*innen mit guter Compliance
- Nutzung langwirkender **Depotpräparate** und Schaffung einer entsprechenden Abrechnungsziffer
- Motivation von Substitutionsärzt*innen, neue Kolleg*innen **konsiliarisch zu unterstützen** durch bessere Gestaltung der Konsiliarregelung und Vernetzung mit anderen Konsiliarärzt*innen



1. Etablierte Substitutionspraxen unterstützen, mehr zu substituieren

Wen braucht es dazu?

- **Fachgesellschaften und KVen**, die Ärzt*innen motivieren
- Motivierte und erfahrene Ärzt*innen, die bereit sind, als **Konsiliarärzt*innen** zu unterstützen und/oder mehr Patient*innen zu behandeln
- **KVen und LÄKs**, die die Rahmenbedingungen dafür – finanziell und regulatorisch – verbessern
- KVen und **G-BA**, die finanziell und organisatorisch unterstützen



Best Practice (8,9)

- Pakt für Substitution BW sieht unter anderem vor,
 - die Substitutionsbehandlung im **Konsiliarverfahren** zu unterstützen sowie die **Vergütung zu verbessern**
 - das **Abrechnungssystem zu vereinfachen**

<https://bit.ly/31KMMWN>
 - KVB zahlt **Zuschüsse** zu den abgerechneten GOPs
 - Einige KVen wie die KV Hessen, KVWL und KVSH vergüten die Durchführung einer qualifizierten Take-Home-Vergabe mit einer über dem EBM liegenden **Take-Home-Ziffer**
- <https://bit.ly/2UUDj94>



2. Neue Ärzt*innen gewinnen, um Substitutionspatient*innen zu behandeln

Unser Lösungsvorschlag

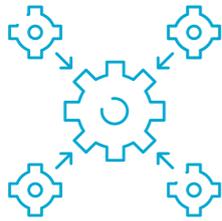
Die opioidgestützte Substitutionstherapie (OST) ist eine ethisch, medizinisch und gesellschaftlich wertvolle Arbeit. Das Setting ist zwar streng reguliert, aber effizient umsetzbar. Die Behandlungserfolge der OST sind herausragend. Aus diesem Blickwinkel betrachtet – und wenn weitere Anreize hinzukommen – wird die Substitutionsbehandlung attraktiver. Schon im Studium sollte die gesellschaftlich wichtige Suchtmedizin mehr Raum einnehmen. Ergänzt durch praktische Erfahrungen in der Substitutionspraxis können junge Ärzt*innen für dieses wichtige Therapiegebiet gewonnen werden.



Was genau ist zu tun?

- Systematische Rekrutierung von **Fachärzt*innen** insbesondere aus der Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Inneren Medizin oder der Infektiologie
- **Zuschüsse** oder Kostenübernahme bei der suchtmmedizinischen **Fortbildung**
- Unterstützung bei und Vergabe von **kostenlosen Kassensitzen** für Psychiater*innen und Hausärzt*innen; Sonderbedarfszulassung, wenn sie Opioidabhängigkeit ganzheitlich mit behandeln
- Unterstützung und Finanzhilfen für von **Schließung** bedrohte Praxen
- Unterstützung (durch Kommunen) bei **Anmietung** von Praxisräumen – möglichst im Verbund mit PSB, Teilhabeförderung u.a.
- **Einbindung** von **Medizinstudent*innen**, PJlern und Weiterbildungsassistent*innen in die Arbeit der Substitutionsmediziner*innen schon an der Uni sowie Mitarbeit als Hospitant*innen und studentische Hilfskräfte

2. Neue Ärzt*innen gewinnen, um Substitutionspatient*innen zu behandeln



Wen braucht es dazu?

- **KVen** zur Schaffung von Anreizen (finanzielle Ausstattung, Zusatzvergütung für Take-Home-Vergabe, Zuschläge auf Abrechnungsziffern, z.B. mit Geldern aus dem Strukturfonds) und zur organisatorischen Unterstützung
- **Kommunen**
- Medizinisch interessierte, ethisch motivierte **Ärzt*innen** und ihre **Fachgesellschaften**
- **Erfahrene Suchtmediziner*innen: Einsatz** im Verbund mit anderen Ärzt*innen oder auch telemedizinisch eingebunden als „**klinische Supervisor*innen**“ und Mentor*innen
- **Engagierte Hochschullehrer*innen** an den Universitäten und motivierte **Medizinstudent*innen**



Best Practice (7,8)

- KVBW unterstützt bei **Niederlassung** und Aufnahme der Substitution als Vertragsärzt*in mit bis zu 20.000 €, z.B. bei **Praxisschließung**
- KVB erteilt eine Basisförderung von 2.500 € für **Neu- oder Wiedereinsteiger*innen**
- KVBW fördert die **Niederlassung** sowie **Ausbildung** in der **hausärztlichen** Versorgung aus Mitteln des **Strukturfonds**
- KVWL und KVNO unterstützen finanziell die Fortbildung „**Hausärztliche** Behandlung opioidabhängiger Patientinnen und Patienten“ mit einem **Blended Learning Konzept** <https://bit.ly/2tTnnUU>
- KVen Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein, Baden Württemberg und Bayern fördern Zusatz-**Weiterbildung** mit finanziellen Mitteln
- KVN, KVBW prüfen und vergeben **Sonderbedarfszulassungen** und **kostenlose Kassenarztsitze für Substitutionsbehandlungen**
- KVWL unterstützt **Hospitantz** und studentische Hilfskräfte im Substitutions-Praxiseinsatz
- **Kommunen** in BW helfen bei Praxisanmietung

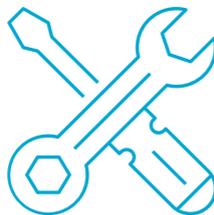
3. Kooperationen in MVZs und Ärzthäusern initiieren



Unser Lösungsvorschlag

Durch die Ansiedelung in Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) oder Ärzthäusern wird die Substitutionspraxis besser in Ärzteverbände und Netzwerke integriert und auch ein Beitrag zur Entstigmatisierung geleistet. Mitbehandlung durch weitere Fachärzt*innen sowie die Organisation der Behandlungen, auch der täglichen Vergabe und der Vergabe am Wochenende, lassen sich so leichter verteilen.

Auch die Konsiliarregelung bietet Potenzial. Nur 1 % der Substituierten (2) werden konsiliarisch behandelt! Hier müssen die Rahmenbedingungen den Alltagserfordernissen gemäß nachgebessert werden.



Was genau ist zu tun?

- **Ausbau** der Substitution in BAGs oder **Praxisgemeinschaften**. Mitbehandelnde Kolleg*innen lassen sich so leichter finden und für eine ganzheitliche Behandlung einbinden
- Finanzielle **Anreize**, Qualifizierungsangebote und Ermunterung von **Allgemein- und Hausarztpraxen auf dem Lande**, Substitutionspatient*innen aus ihrer Region im Verbund mit anderen Kolleg*innen zu behandeln
- **Konsiliarisch** unterstützte Ärzt*innen sollten motiviert werden, die Fachkunde zu erlangen und mehr Patient*innen zu behandeln, z.B. durch Übernahme der Ausbildungskosten und Einbindung in Netzwerke
- Überarbeitung der **Rahmenbedingungen** für konsiliarische Zusammenarbeit. Es braucht einen angemessenen Aufwandsausgleich für die – klarer zu definierende, verantwortungsvolle – **Konsiliartätigkeit** und Verantwortung der beratenden Suchtmediziner*innen, ggf. Gründung von **Konsiliarnetzwerken**
- **Reduktion** des hohen **administrativen Aufwands**

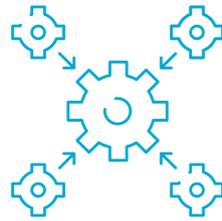
3. Kooperationen in MVZs und Ärzthäusern initiieren

Wen braucht es dazu?

- **KVen**, die Vertragsärzte bei Gründung von BAGs unterstützen
- **BMG, Gremien, Fachgesellschaften**, die die Ausgestaltung der Konsiliarregelungen überprüfen und dabei den Aufwand, die Rollen und Verantwortlichkeiten (Suchtmediziner*in als Auftraggeber oder Ratgeber) anpassen
- Entsprechend (vergütete) **Ausbildungs- und Austausch-Foren** für die kooperierenden Praxen und Apotheken

Best Practice

- Pakt für Substitution in BW fordert eine **Nachbesserung** der Rahmenbedingungen zur **Konsiliarregelung**
<https://bit.ly/31KMMWN>
- KVB fördert die **Gründung von BAGs** mit bis zu 10.000 €
- KVBW fördert die **Niederlassung** und **Ausbildung** in der **hausärztlichen** Versorgung



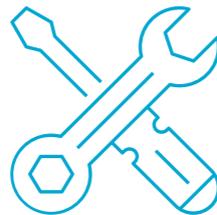
4. Apotheken einbinden, Sichtvergabe in Apotheken ausbauen

Unser Lösungsvorschlag

Ein Ausbau der – durch die BtMVV gewünschten – Vergabemöglichkeiten in der und durch die Apotheke wird ein wichtiger Hebel sein. Dabei ist die Sicherstellung fairer Abrechnungsmöglichkeiten von Ärzt*innen und Apotheker*innen zu gewährleisten.

Was genau ist zu tun?

- Bessere Nutzung des **weit verzweigten Apothekennetzes** (19.423 Apotheken, ABDA 12/2018) in Deutschland
Apotheken bieten gute Möglichkeiten einer delegierten Vergabe des Substituts
- **Wirtschaftliche Attraktivität für Landapotheken** aufzeigen, mit der Möglichkeit, Zusatzumsatz durch die Substitutionsvergabe zu generieren
- Schaffung organisatorischer und räumlicher **Voraussetzungen** für eine reibungslose Integration der Sichtvergabe in den Apothekenalltag
- Sicherstellung einer **aufwandsgerechten Honorierung** zwischen Apotheke und Arztpraxis.
Der zusätzliche Aufwand für Apotheken (separater Beratungsraum, Terminvergabe etc.) ist ebenso angemessen zu vergüten wie der Aufwand der Praxis, vor Ort zu substituieren oder die Apothekenvergabe zu beaufsichtigen
- Aufklärung zum Charakter der Krankheit sowie Weiterbildungsveranstaltungen helfen zu **entstigmatisieren** und die Bereitschaft – nicht nur – der Apotheken zur Substitution zu stärken



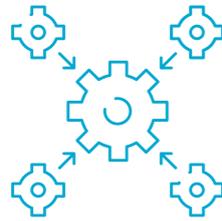
4. Apotheken einbinden, Sichtvergabe in Apotheken ausbauen

Wen braucht es dazu?

- **Ärzte-** und **Apothekerkammern** sowie **KVen** und **Krankenkassen**
- **Ärzt*innen** und **Apotheker*innen**, die vernetzt und effizient kooperieren

Best Practice

- BW: Mustervereinbarung LÄK und LAK:
<https://bit.ly/2Ohh84a>
- BW: Merkblatt LÄK:
<https://bit.ly/2tgDE6b>



Zur Lösungsübersicht

← Hier klicken

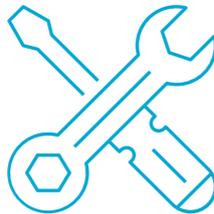
5. Kliniken und Ambulanzen verstärkt einbinden



Unser Lösungsvorschlag

Viele Sucht-Reha-Kliniken arbeiten abstinentorientiert und stehen der Substitutionstherapie skeptisch gegenüber. Dabei könnten sie erheblich mehr Substitutionsangebote machen - während des stationären Aufenthalts. Zu prüfen ist auch, ob bei geeigneter Ortslage der Klinik die vorhandene Infrastruktur genutzt und auch ambulante Therapieangebote gemacht werden können.

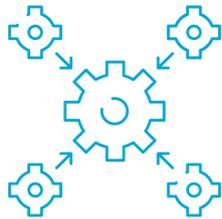
Wenn geeignete Versorgungspraxen fehlen und in strukturarmen Gebieten sollten zudem regionalversorgende Einrichtungen stärker eingebunden werden. Seitens der KVen ist auch die Gründung von Eigenpraxen eine Option.



Was genau ist zu tun?

- Systematische **Ausweitung** der Substitutionsbehandlung **in Sucht-Reha-Kliniken**
- Aufbau von **Ambulanzen für Substitutionstherapie** in geeigneten Reha-Kliniken
- Versorgungsmodelle auf Basis ermächtigter **Institutsambulanzen** mit Beteiligung psychiatrischer Institutsambulanzen
- Einbindung von **Gesundheitsämtern** und **Kliniken der Regionalversorgung** in die Regelversorgung von Substitutionspatient*innen
- Gründung von **Eigenpraxen der KVen** in unterversorgten Gebieten

5. Kliniken und Ambulanzen verstärkt einbinden



Wen braucht es dazu?

- **Bereichsübergreifende Gremien** aus KVen und Rentenversicherungsanstalten, Ärzte- und Apothekerkammern sowie KVen und Krankenkassen
- **BMG** und die **Politik**

Best Practice

- Substitutionsgestützte Rehabilitation; **Fachklinik F42** des ADV Reha und Integration gGmbH, Berlin:
<https://bit.ly/2RHh53U>
- KVBW unterstützt zusammen mit der Deutschen Rentenversicherung BW das **Projekt SURE**, eine substitutionsbegleitende Suchtrehabilitations-Behandlung, die auf eine Abdosierung des Substituts auf Null verzichtet
- KVBW unterstützt die Einrichtung von **Eigenpraxen**
<https://bit.ly/31KMMWN>
- KVHB sichert die **Wochenendvergabe** durch eine Ärzt*in des **Gesundheitsamtes** in Kooperation mit einer Apotheke. Eine Ausweitung zur Versorgung unter der Woche wäre machbar



6. Delegationsmöglichkeiten nutzen, Rahmenbedingungen verbessern

Unser Lösungsvorschlag

Die neue BtMVV hat die Möglichkeiten zur Delegation der Substitutionsbehandlung erweitert.

Aber das neue Delegationsrecht wird bisher kaum genutzt. Das gilt für die nun mögliche Vergabe des Substituts in Einrichtungen der Drogenhilfe durch nichtmedizinisches Personal, aber auch für die Delegation an Pflege- und Altenheime, Hospize sowie Reha-Kliniken. Der regulatorische und auch der Vergütungsrahmen, die Rollen und Aufgabenverteilung sowie Rahmenbedingungen sind für die Praxis nicht eindeutig geklärt. Das hinterlässt Unsicherheit in einem ohnehin streng reglementierten und observierten Umfeld, das mit hohem administrativem Aufwand assoziiert wird.

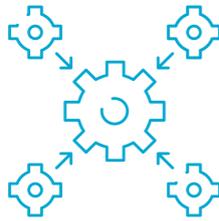
Zwischen Drogenhilfe und Ärzteschaft besteht häufig auch noch wenig Kontakt oder man begegnet sich mit Skepsis und nicht auf Augenhöhe. Hier sind konzertierte Aktionen unter Beteiligung beider Seiten vonnöten.



Was genau ist zu tun?

- Großes Potenzial liegt bei den über 1.000 **Drogenberatungsstellen (DROBS)** in Deutschland. Sie sind Teil eines fachlich gut eingebetteten Settings und erreichen Patient*innen wohnortnah und niedrigschwellig
- **Integrierte Versorgungsmodelle** der DROBS (alles unter einem Dach) könnten einen erheblichen Beitrag zur Lösung der Versorgungskrise – insbesondere in strukturschwachen Gebieten – leisten. Aber auch die betreuenden Ärzte müssen für Ausbildung, Beaufsichtigung und Verordnung vergütet werden
- **Klare Durchführungsregelungen** zu Rollen, Verantwortung und Vergütung bei der Delegation von Substitutionsärzt*innen auf MFA bzw. die Einrichtung
 - klarstellende Durchführungsbestimmungen, aber auch
 - **Schulung der Mitarbeiter*innen** der Einrichtungen sowie
 - **Schulung der Substitutionsärzt*innen** über die Arbeit der DROBS und Einrichtungen
- Unterstützung durch **telemedizinische** Begleitung und Beratung seitens **erfahrener Substitutionsärzt*innen** in Gefängnissen und entlegenen Einrichtungen

6. Delegationsmöglichkeiten nutzen, Rahmenbedingungen verbessern



Wen braucht es dazu?

- **Vorbildeinrichtungen**, deren Modelle übernommen werden können
- **Kooperationswillige**, offene Ärzt*innen und Drogenberater*innen im Verbund mit **kommunalen oder regionalen Einrichtungen** sowie **KVen**
- **Politische Flankierung** in den Ländern und Kommunen
- Zusammenarbeit und **Erfahrungsaustausch** innerhalb der Region oder der Kommune

Best Practice



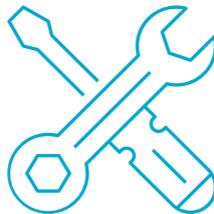
- Beispiele gelungener **Kooperationen** zwischen **Drogenhilfen** und **Ärzt*innen**
 - NRW: www.drogenberatung-bielefeld.de
 - Suchthilfe Essen, Träger von zwei Substitutionsambulanzen
www.suchthilfe-direkt.de/angebote/substitution/
 - Bayern: Condrobs www.condrobs.de/angebote/substitution
 - Deutsche Aidshilfe
- Pilotprojekte Telemedizin in BW, BY und NS
- Altenheim LÜSA in Unna www.luesa.de/?site=altwerden

7. Mobile Versorgung durch neue Modelle und Pflegedienste



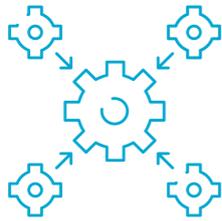
Unser Lösungsvorschlag

Die neuen Delegationsmöglichkeiten der BtMVV schaffen auch für die aufsuchende Versorgung neue Optionen. „Schwester Agnes“ aus den neuen Bundesländern oder die neue hausärztliche Versorgungsassistentin „VERAH®“ sind hierfür Vorbilder. Auch fahrende Docs sollten erprobt werden. Gerade auf dem Land könnte dies helfen, Versorgungslücken zu schließen.



Was genau ist zu tun?

- **Hausbesuche** von speziell ausgebildeten **Substitutions-MFAs** und/oder **Versorgungsassistent*innen** unter ärztlicher Delegation
- Einführung einer **leistungsgerechten Vergütung** aller Beteiligten
- **Pflegedienste** mit geschulten Substitutions-MFAs
- **Substitutionsbusse** mit Ärzt*innen oder ärztliche Fahrdienste, die zu festgelegten Zeiten entlegene Außenposten oder auch Haftanstalten anfahren und dort Substitute vergeben
- **Qualifikation von MFAs:** Adaption oder Ergänzung vorhandener mobiler Versorgungsmodelle der Gemeindeschwester oder der Versorgungsassistent*in (VERAH®)



7. Mobile Versorgung durch neue Modelle und Pflegedienste

Wen braucht es dazu?

- **ÄKs und KVen:** Qualifikation von MFAs zu Versorgungsassistent*innen, Aufnahme des Moduls Substitutsvergabe in das Leistungsspektrum auf Basis des BÄK Curriculums MFA sowie VERAH®-Curriculums
- **Kommunen**
- **Pflegedienstanbieter**
- Netzwerke von Substitutionspraxen im Verbund mit spezialisierten **Substitutions-MFAs**
- **Ärzt*innen** im **mobilen** Einsatz

Best Practice

- Schwester Agnes Konzept KV Sachsen-Anhalt, **VERAH®mobil** in Baden-Württemberg
<https://bit.ly/3aVq3SB>
- Primary Health Care - Nurses aus Schottland und „community pharmacies“, die die Aufgaben der lokalen Bevölkerungsversorgung übernehmen, wenn keine „normalen“ Apotheken verfügbar sind
- In Bremen, Oldenburg, Regensburg, München und am Bodensee gibt es „Fahrende Docs“, substituierende Ärzt*innen, die abwechselnd am Wochenende mit einem **Substitutionsbus** verschiedene Stellen anfahren und ihre Patient*innen versorgen. Honoriert wird die Vergabe als Zusatzvergütung für Wochenenddienst



8. Suchtmedizin in Aus-, Weiter- und Fortbildung stärker verankern



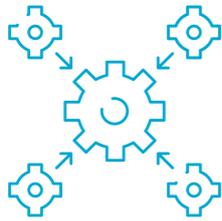
Unser Lösungsvorschlag

Langfristige Basis einer Verbesserung der Versorgung und der Gewinnung von Ärzt*innen für die Suchtmedizin und insbesondere die Substitutionsbehandlung ist die Aufwertung und die breitere Präsenz dieses Bereichs in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mediziner*innen. Dies betrifft die kritische Prüfung des Stellenwerts der Suchtmedizin in der universitären Lehre des Medizinstudiums. Auch die Facharztausbildung in der Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Infektiologie muss Anteile in der Suchtmedizin in Theorie und Praxis enthalten. Entsprechend sind die Weiterbildungsordnungen (WBO) zu verändern, neben der „Suchtmedizinischen Grundversorgung“ eine Zusatzbezeichnung „Suchtmedizin“ aufzunehmen.



Was genau ist zu tun?

- **Gründung** von **Akademien für Suchtfragen**, wie in Bayern, als Leitliniengeber und Mittler zwischen Forschung und Praxis sowie der Politik
- Erhöhung der Relevanz der **Suchtmedizin** im **Medizinstudium**
- Abbildung der Suchtmedizin in **WBOs**, bedarfsgemäß ändern
- **Gewinnung** und **finanzielle Förderung** von **Weiterbildungsassistent*innen** für Suchtmedizinpraxen
- „**Mentorenprogramm**“ zwischen erfahrenen und jungen Ärzt*innen etablieren
- Bereichsübergreifende „**Kooperationen**“, z.B. zwischen Universitäten, MFA-/PTA-Schulen, Ärztekammern und Industrie
- **Förderung der Suchtforschung** durch staatliche Mittel als Maßnahme zur Verbesserung des Verständnisses und der Therapie von Suchterkrankung wie auch zur Entstigmatisierung der Suchtmedizin



8. Suchtmedizin in Aus-, Weiter- und Fortbildung stärker verankern

Wen braucht es dazu?

- **WBO-Verantwortliche** in den Landesärztekammern
- **KVen**, die Kurse und Fortbildungen sowie Curricula finanziell unterstützen
- **MFA-Verbände**, um diese stärker zu motivieren, die MFA-Fortbildung zu absolvieren
- **Fachgesellschaften**, die stärker für Suchtmedizin werben und sich engagieren
- Erfahrene Ärzt*innen, die als **Mentor*innen** begleiten
- Verantwortliche für die **Lehre im Medizinstudium** (Wissenschaftsminister*innen der Länder, Medizinische Fakultätskonferenzen)



Best Practice

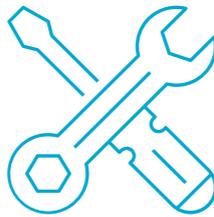
- **Universitätskliniken** für Psychiatrie, in denen die Professor*innen selbst substituieren
 - LMU München
 - Universitätsmedizin Göttingen
 - Universitätsmedizin Tübingen u.a.
- **Konzertierte Fortbildungsaktion** von KV und ÄK in Westfalen-Lippe, Nordrhein und Gesundheitsministerium NRW mit finanzieller Unterstützung
<https://bit.ly/2uKJIK9>
- LÄKBW: Initiative zur **Vernetzung und Schulung von MFAs und Ärzt*innen**, Stärkung suchtmedizinischer Inhalte in der WB Allgemeinmedizin
<https://bit.ly/31KMMWN>

9. Honorierungssystem aufwandsbezogen anpassen



Unser Lösungsvorschlag

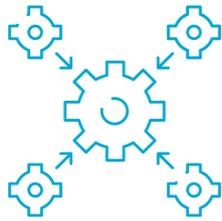
Die aufgezeigten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung erfordern ein Honorarsystem, in dem alle ärztlich indizierten Behandlungsleistungen (Gespräche, konsiliarische Beratung, Drogenscreenings, Alkoholtests) abrechenbar sind. Das aktuelle Abrechnungssystem sollte an die Anforderungen der differenziert möglichen Substitutionstherapie angepasst werden, entsprechend der angebotenen Infrastruktur und dem tatsächlichen Leistungsangebot.



Was genau ist zu tun?

- Vereinfachung und **Hinterfragen** des aktuellen Abrechnungssystems:
Ersetzung durch ein 3-teiliges aufwandsbezogenes Vergütungssystem
 - einfachere Patient*innen ohne Beikonsum o.ä.
 - komorbide Patient*innen
 - schwerkranke Patient*innen im interdisziplinären Behandlungsverbund mit Fachärzt*innen
- **Attraktivere Honorierung für die aufwändige Patientenarbeit** durch leistungsgerechtere Gestaltung des Abrechnungssystems und Zuschläge auf Abrechnungsziffern
- **Aufwertung des Arzt-Patientengesprächs** und Erhöhung der Gesprächsfrequenz
- Statt Bindung des Honorars an die tägliche Vergabe **adäquate Vergütung** auch von **Take-Home-Vergabe** und **Depotverabreichung** zur Entlastung des Versorgungseinganges
- **Aufwandsausgleich** für die – klarer zu definierende, verantwortungsvolle – Arbeit und Verantwortung der **Konsiliarärzt*innen**
- Gleichwertige **Honorierung von ermächtigten Ärzt*innen**
- Apothekenvergabe: Sicherstellung einer **aufwandsgerechten Honorierung von Apotheke und Arztpraxis**

9. Honorierungssystem aufwandsbezogen anpassen



Wen braucht es dazu?

- KBV und Länder-**KVen**, G-BA
- BÄK und Länder-**Ärztckammern**
- Vertreter der **Apothekerschaft**, BAK, LAKs, BVVA und ABDA
- Landesverbände der gesetzlichen **Krankenkassen**

Best Practice



- Pakt für Substitution BW sieht vor,
 - **alle ärztlich indizierten Behandlungsleistungen** wie Gespräche, Drogenscreenings, Mehraufwand für Koordinierungsleistungen, Konsiliartätigkeit etc. auch **abrechnen** zu können
 - das **Abrechnungssystem** zu vereinfachen

<https://bit.ly/31KMMWN>
 - **KVB** zahlt **Zuschüsse** zu den abgerechneten GOPs
 - Einige KVen vergüten die Take-Home-Vergabe **aufwandsgerecht** mit einer über dem EBM liegenden **Take-Home-Abrechnungsziffer**
 - Die KV Hessen hat eine **eigene TH-Ziffer**, dabei eine bessere Versorgung in der Fläche als Nachbar-KVen (hier Link zur Versorgungslandkarte, Seite 9) – ohne Steigerung der Gesamtsubstitutionskosten
 - LÄKBW und LAKBW haben für die **Sichtvergabe in der Apotheke** eine **Mustervereinbarung**
- <https://bit.ly/3bvq6F9>

10. Versorgungsabbrüche in Haft und im Maßregelvollzug vermeiden



Unser Lösungsvorschlag

Wie beim Wechsel in eine Reha-Klinik wird die Substitutionsbehandlung bei Eintritt in Haft oder in den Maßregelvollzug häufig abgebrochen. Dabei haben Inhaftierte nach dem Äquivalenzprinzip das gleiche Recht auf Behandlung wie in Freiheit.

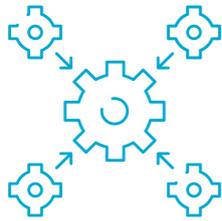
In unserem Eckpunkte-Papier „[Prison Health is Public Health](#)“ (April 2019) haben wir einen Lösungskatalog aufgezeigt, um eine bessere Versorgung in Haft, ein besseres Übergangsmanagement nach der Haft und eine unterbrechungsfreie Versorgung sicherzustellen.



Was genau ist zu tun?

- **Fortbildung** und **Motivation** der Anstaltsärzt*innen und ihrer Teams zur **Umsetzung des Äquivalenzprinzips**
- **Nutzung** aller verfügbaren **Verabreichungsalternativen**, neben **täglicher Sichtvergabe** und **Take-Home-Verordnung** auch die **neuen Depotpräparate**
- **Verbesserung** des **Übergangsmanagements** nach Haftentlassung durch bereichsübergreifende Vereinbarungen der Zusammenarbeit, wie z.B. in Hannover

10. Versorgungsabbrüche in Haft und im Maßregelvollzug vermeiden



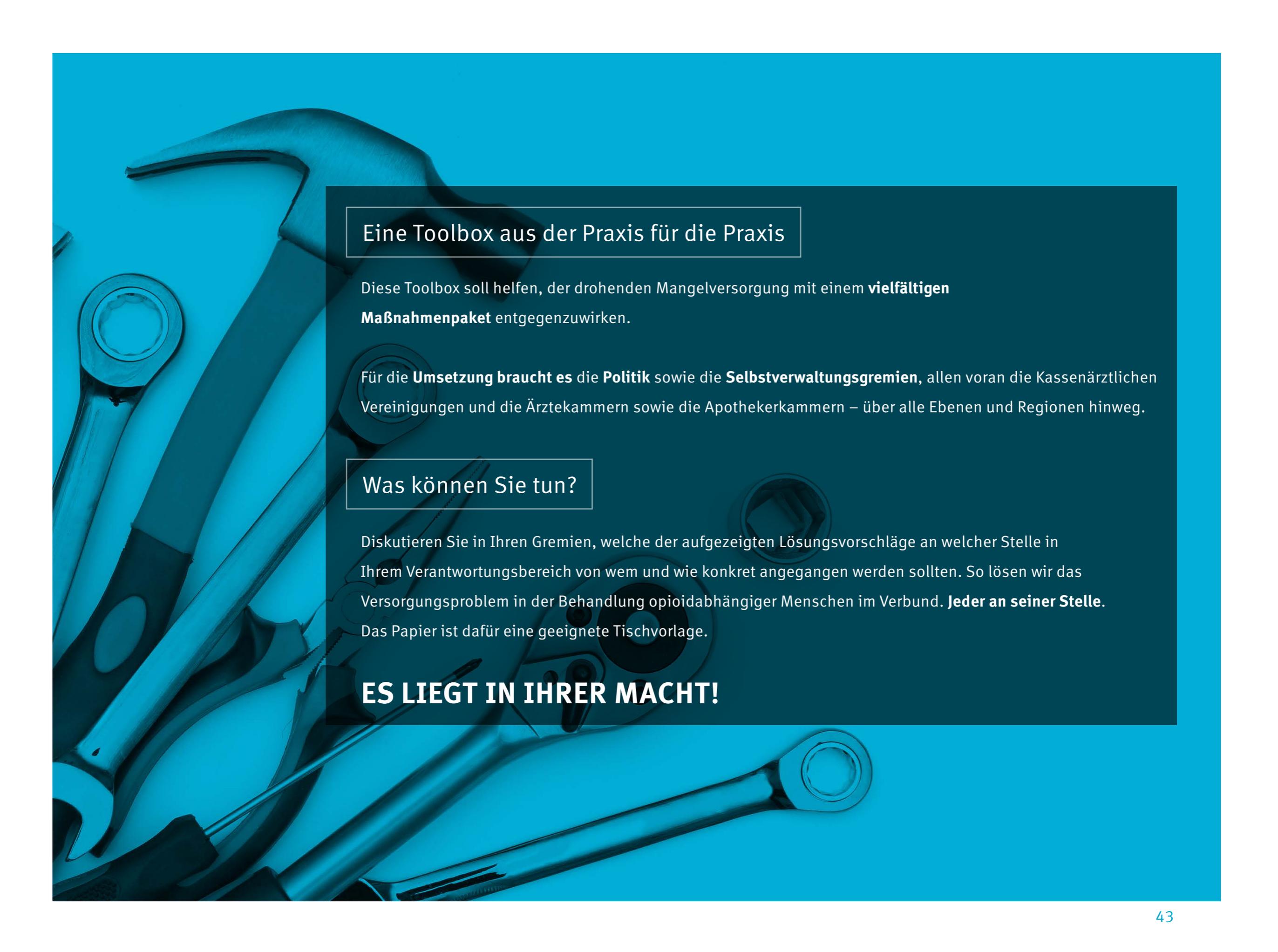
Wen braucht es dazu?

- **Justizministerien** der Länder, die die Rahmenbedingungen schaffen
- **Engagierte Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal** in den Haftanstalten
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit von **Anstaltsärzt*innen, Arbeitsagenturen, Krankenkassen und substituierenden Praxen** im Übergang



Best Practice

- „Ärztliche Behandlungsempfehlungen“ in NRW
<https://bit.ly/2GqWo7Z>
- Richtlinien der Bundesärztekammer, Seite 8
<https://bit.ly/2WVuZ2S>
- „Vereinbarung zur Zusammenarbeit“ JVs, JobCenter, AOK, Stadt Hannover, 2016
<https://bit.ly/2N7pwl5>
- 6-Eckpunkte-Papier Haft "Prison Health is Public Health"
<https://bit.ly/2TCJbhQ>



Eine Toolbox aus der Praxis für die Praxis

Diese Toolbox soll helfen, der drohenden Mangelversorgung mit einem **vielfältigen Maßnahmenpaket** entgegenzuwirken.

Für die **Umsetzung braucht es** die **Politik** sowie die **Selbstverwaltungsgremien**, allen voran die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern sowie die Apothekerkammern – über alle Ebenen und Regionen hinweg.

Was können Sie tun?

Diskutieren Sie in Ihren Gremien, welche der aufgezeigten Lösungsvorschläge an welcher Stelle in Ihrem Verantwortungsbereich von wem und wie konkret angegangen werden sollten. So lösen wir das Versorgungsproblem in der Behandlung opioidabhängiger Menschen im Verbund. **Jeder an seiner Stelle.** Das Papier ist dafür eine geeignete Tischvorlage.

ES LIEGT IN IHRER MACHT!

K

Abkürzungen und Quellen

Initiative Substitutionsversorgung
Opioidabhängiger Patient*innen

Abkürzungen und Quellen

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)
Baden-Württemberg (BW)
Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
Bundesapothekerkammer (BAK)
Bundesärztekammer (BÄK)
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Bundesministerium für Justiz (BMJ)
Bundesverband der Versorgungsapotheker (BVVA)
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
Drogenberatungsstellen (DROBS)
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Gebührenordnungsposition (GOP)
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gesundheitsministerkonferenz (GMK)
Justizministerkonferenz (JuMiKo)
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Kassenärztliche Vereinigung (KV): Bayern (KVB), Baden-Württemberg (KVBW), Bremen (KVHB),
Nordrhein (KVNO), Schleswig-Holstein (KVSH), Westfalen-Lippe (KVWL)
Landesapothekerkammer (LAK)
Landesärztekammer (LÄK)
Medizinische Fachangestellte (MFA)
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
Opioidgestützte Substitutionstherapie (OST)
Praktisches Jahr (PJ)
Psychosoziale Betreuung (PSB)
Weiterbildung (WB)
Weiterbildungsordnung (WBO)

Abkürzungen und Quellen

- (1) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht Oktober 2019
<https://bit.ly/2vv2ZtB>
- (2) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle).
Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2020
<https://bit.ly/2uPg4OL>
- (3) Antwort der Bundesregierung; Drucksache 19/13178 (12.09.2019): Versorgungslage mit
Substitutionsbehandlung bei Menschen mit Opiatabhängigkeit
<https://bit.ly/31dkN8y>
- (4) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Pressemeldung vom 24.03.2020
<https://bit.ly/2wZEZjD>
- (5) WHO guidelines
<https://bit.ly/2OfqtcS> und <https://bit.ly/2RJA9P3>
- (6) Havemann-Reinecke U, Kufner H, Schneider U, Günthner A, Schalast N, Vollmer HC (2006): Postakutbehandlung
bei Störungen durch Opioide. In: L. G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai, W. Gaebel (Eds.) Evidenzbasierte
Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Suchtbezogene Störungen. Dt. Ärzte-Verlag Köln, 193-239
- (7) Wittchen HU, Bühringer G, Rehm JT (2011): Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie.
Suchtmed 13(5): 280-286
- (8) von Blanc A. Versorgungskrise in der Substitutionsbehandlung – welche Optimierungsmöglichkeiten seitens
der KVen gibt es? Vortrag. 5. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo), 27.09.2019, Berlin
- (9) Pakt für Substitution Baden-Württemberg
<https://bit.ly/31KWMWN>

Wiesbaden, Mai 2020

Kontakt:

"Initiative Substitutionsversorgung Opioidabhängiger Patient*innen"

Sieglinde Schneider, Koordination, sieglinde.schneider@accente.de; Tel. 0611/4080610

c/o Accente BizzComm GmbH, Lortzingstraße 1, 65189 Wiesbaden