

> unabhängig > prägnant > übergreifend

REHABILITATION

„In der Reha ist die Abstinenz ein Thema unter vielen!“

Bis heute gehört die Substitution in nur wenigen Rehakliniken zum Behandlungsprogramm drogenabhängiger Patienten. Die Fachklinik Release im Münsterland war 1996 deutschlandweit die erste Klinik, in der substituierte und nichtsubstituierte Drogenabhängige gemeinsam behandelt wurden. Heute hat Dr. med. Angelina Ahlert, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dort die Ärztliche Leitung. Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte sie nach ihren Erfahrungen mit Substitution in der Reha.

Wie bewerten Sie die Abstinenz als Ziel einer Reha-Behandlung von heroinabhängigen Patienten?

Grundsätzlich ist die Abstinenz bei uns das Ziel der Behandlung. Das wissen alle, die hierher kommen. Die Deutsche Rentenversicherung ist federführender Kostenträger. Sie hat ein Interesse daran, den Patienten Teilhabe – auch im Arbeitsleben – zu ermöglichen. Doch bin ich eine Verfechterin der Behandlung auf Augenhöhe. Abstinenz ist ja nur ein Thema unter vielen anderen wie körperliche und psychische Stabilisierung oder ein beikonsumentes Leben. Ich nutze daher meinen medizinischen Spielraum. Wenn die Abdosierung vom Substitut kontraproduktiv ist und den Suchtdruck verstärkt, bleiben wir bei der Substitution.

Etwa 60 Prozent der Rehabilitanten werden bereits substituiert, wenn sie zu uns kommen. Wir selbst stellen niemanden auf die Substitution ein. Die Rehabilitanten beantragen extra die Reha mit Substitution. Das muss genehmigt werden. Einige von ihnen haben bereits während der Entgiftung abdosiert und nutzen die Reha für die Stabilisierung.

Ich hatte Ihnen meine Interviewfragen im Vorfeld zugeschickt. Sie haben sie mit den Rehabilitanten bespro-

chen. Wie schätzt die Gruppe die Abstinenz ein?

Es hat mich überrascht, dass die große Mehrzahl sich die Abstinenz vom Substitut als Ziel gesetzt hat. Sie nennen es ein freies Leben. Nur ganz wenige sagten, dass sie sich an den Gedanken gewöhnt haben, ein Leben lang substituiert zu werden. Das zeigt, wie individuell eine Opiatabhängigkeit behandelt werden muss. Jeder hat andere Lebensumstände, Krankheitsverläufe und Ziele.

Besteht ein höheres Rückfallrisiko nach der Reha, wenn abdosiert wird?

Das ist sehr individuell. Auch wer substituiert wird, kann rückfällig werden, etwa wenn jemand im Umfeld der Substitutionspraxis auf Menschen aus der Szene trifft. Wir brauchen daher alle Behandlungsmöglichkeiten, von der Diamorphinambulanz über die tägliche Vergabe, Take-Home, Depotlösungen bis zur Abstinenz. Wir müssen immer schauen, in welchem Setting jemand am besten aufgehoben ist. Deshalb gehen wir mit jedem Rehabilitanten die Pros und Contras der Substitution durch.

Wie hoch ist der Anteil derer, die während der Reha abdosieren?

Ich schätze, dass es 10 bis 15 Prozent sind. Es versuchen mehr, aber nicht alle schaffen es. Ich zwingen niemanden, abzudosieren. Doch ich verlange von je-

dem, sich mit dem Gedanken auseinanderzusetzen. Ist das Abdosieren nicht möglich, suchen wir nach Alternativen. Dazu gehört, auf Buprenorphin umzustellen. Zusätzlich zu unserer Fachklinik hier auf dem Land haben wir in Hamm eine Adaption. Dort stelle ich diejenigen, die substituiert sind, auf Depotmedikation ein.

Wie betrachten abstinente Patienten ihre Mitpatienten, die substituiert werden? Gibt es Neid oder eine Hierarchie?

Diese Frage habe ich auch an die Gruppe weitergegeben. Neid auf Menschen, die ein Substitut erhalten, gibt es nicht. Es ist eher umgekehrt: Einige der Substituierten sind neidisch auf diejenigen, denen das Abdosieren gelungen ist. Unter den Substituierten gibt es keine Hierarchie, weil alle etwa mit der gleichen Dosierung eingestellt sind. Allerdings haben wir auch nicht-opiatabhängige Rehabilitanten. Unter ihnen sind immer mal Personen, die auf Substituierte herabblicken.

Die Klinik liegt ländlich. Wie können Sie verhindern, dass die Rückkehr in den Alltag dazu führt, dass Patienten wieder in alte Suchtmuster geraten?

Natürlich kann das passieren, zumal die Rehabilitation nun auf 22 Wochen verkürzt wurde. Wir versuchen, für alle Rehabilitanten eine Adaptionsbehandlung oder passende Nachsorgeleistung sowie Selbsthilfe im Anschluss zu vermitteln. Viele haben keine Wohnung. Wir führen Angehörigengespräche, sprechen mit Betreuern und bei Bedarf auch mit Arbeitgebern, um ein gutes Nachsorgenetz aufzubauen. In der Reha sind ab der 8. Woche Heimfahrten möglich, um den Alltag zu Hause und z. B. auch die Ankunft im Bahnhofsviertel zu trainieren.

PRÄVENTION **Anstieg bei PrEP-Nutzern**

Seit September 2019 ist die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten. Von 2019 bis 2022 stieg die Zahl der PrEP-Nutzer von 1.058 auf 3.194. So das Ergebnis eines Monitorings der HIV-Präexpositionsprophylaxe in Deutschland auf Basis von GKV-Routinedaten, das im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht wurde (2026; DOI: 10.1007/s00103-025-04165-8).

PrEP-Nutzende wurden in anonymen Daten der Barmer Krankenkasse aus den Jahren 2019 bis 2022 identifiziert und analysiert. Gegenstand der Analysen waren jährweise u. a. die Therapietreue, eine Identifikation von HIV-Infektionen sowie die Ermittlung der Raten sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten (STI).

- Die durchschnittliche zensierte Therapietreue fiel von 98 % im Jahr 2019 auf 91 % bis 92 % in den Folgejahren.
- Bei 2 Personen wurden HIV-Infektionen beobachtet, wobei die Transmissionen mutmaßlich nicht unter PrEP-Nutzung stattfanden.
- Die STI-Raten veränderten sich nicht auffallend.

Impressum**Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: subletter@iww.de

Redaktion

Dr. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)
Ursula Katthöfer (Schriftleiterin)

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen.

SOZIALE ARBEIT **SOLID-Projekt stärkt Drogenbehandlung in Zentralasien und China**

von Dr. Ingo Ilja Michels, Technische Hochschule Nürnberg, Fakultät für Sozialwissenschaften (th-nuernberg.de/fakultaeten/sw)

In China und in den Ländern des zentralasiatischen Raums – Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan – wächst die Drogenproblematik. Doch noch sind Strukturen für Prävention und Behandlung erst im Aufbau. Daher sind die Erfahrungen aus Europa und insbesondere aus Deutschland in der Entwicklungszusammenarbeit wichtig. Das praktische Fachwissen in der Drogenarbeit und -politik wurde zu einem Schlüsselbereich für internationale Aktivitäten. Dort setzt das Projekt SOLID (solid-project.org) an.

Drogenkonsum ist Metapher für Instabilität

Noch werden in China und Zentralasien überwiegend Opiate konsumiert, doch steigt der Konsum Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS). Die Nachbarregion zu Afghanistan ist zunehmend mit dem Schmuggel von Opium, Heroin, Cannabis und neuerdings auch mit NPS konfrontiert. Die Zahl von Drogenabhängigen, insbesondere von injizierenden Heroinabhängigen, steigt nicht mehr, ist aber noch immer groß. Das Drogenproblem ist nicht nur ein Gesundheitsproblem, es ist auch eine Metapher für wachsende politische Instabilität, Korruption und die Untergrabung der wirtschaftlichen Stabilität.

Soziale Arbeit stärken

SOLID (*Social work and strengthening NGOs in development cooperation to treat drug addiction*) unterstützt dabei, die Soziale Arbeit in der Drogenhilfe als Forschungsgebiet und Berufsfeld in China und Zentralasien zu entwickeln und zu stärken. Inhaltlich geht es u. a. um Drogenprävention und -behandlung, Infektionskrankheiten und Soziale Arbeit in Gefängnissen. Angesiedelt ist die zweite Phase dieses vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) und dem Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ) geförderten Projekts an der Technischen Universität in Nürnberg. Diese Phase begann im Jahr 2025 und endet 2029. Ihr war eine erste Phase von 2019 bis 2024 an

der Frankfurt University of Applied Sciences vorausgegangen. SOLID soll die bisherigen Erfolge bei der Verbesserung der Datenlage zur Drogenproblematik, bei der Einführung moderner und wirksamer Präventionsstrategien sowie bei der Entwicklung psychosozialer und pharmakologischer Drogenbehandlungsmethoden festigen. Dazu gehört auch die noch immer kontrovers diskutierte, aber wissenschaftlich anerkannte und praktizierte Substitutionsbehandlung für Menschen mit Opioidgebrauch in Zentralasien. Hier wird noch überwiegend Methadon angewendet, nur in Kirgisistan gibt es ein Modellprojekt mit Buprenorphin, was noch immer zu teuer ist.

Internationales Netzwerk wächst

An Partneruniversitäten und -forschungseinrichtungen in den zentralasiatischen Ländern (Bishkek, Astana, Tashkent) und China (Shanghai) fördert SOLID Doktoranden und Post-Doc-Forscher. Es geht um deren Einbindung in Lehre und Praxis sowie Öffentlichkeitsarbeit. Zudem entsteht ein Netzwerk, das durch neue Kontakte aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft und öffentlichem Sektor sowohl lokal als auch national und international wächst.

Finanzielle Kürzungen

SOLID ist eines von sieben geförderten Großprojekten. Leider wurden nun allen die Mittel um über 50 Prozent gekürzt – ein fataler Fehler der Entwicklungszusammenarbeitspolitik.



Dem Crack-Konsum im öffentlichen Raum mit Wohnraum und Niedrigschwelligkeit begegnen

Obdachlosigkeit und Crack-Konsum begünstigen sich gegenseitig. Das ist eines der Ergebnisse der Studie „Epidemiologie und Monitoring lokaler Drogenszenen und Typologien von Crack-Konsumierenden in Berlin (Crack in Berlin)“, die vor Kurzem veröffentlicht wurde (Volltext unter www.de/s15277).

Senat sucht Mittel gegen öffentlichen Konsum

Beim Berliner Sicherheitsgipfel im September 2023 ging es u. a. darum, den Crack-Konsum im öffentlichen Raum zu bekämpfen. Anschließend gab die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege die eingangs genannte Studie in Auftrag. Ziel war es, eine Datengrundlage über die Versorgungssituation von Crack-Konsumierenden zu bekommen, bevor der Senat über Maßnahmen entscheidet. Beauftragt wurde die Charité Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (ISFF). Die Studie bestand aus mehreren Teilstudien:

1. Sekundärdatenanalyse der Berliner Suchthilfestatistik
2. Standardisierte quantitative Befragung von 153 Personen aus der Szene.
3. Qualitative Interviews mit 15 Crack-Konsumierenden nach einem Leitfaden mit Schlüsselfragen.
4. Vier Fokusgruppen mit Fachpersonen aus Medizin, Suchthilfe, Polizei und Justiz.

Für die Befragungen besuchten geschulte Mitarbeitende des ISFF im August 2024 Szenetreffpunkte in vier Berliner Bezirken.

Zentrale Ergebnisse

- Signifikanter Anstieg ambulanter Fälle mit Crack als Hauptsubstanz und des problematischen Lebenszeitkonsums von Crack seit 2022.
- 24-Stunden-Prävalenz: In der harten Szene hatten 61 % der Personen in

den vorangegangenen 24 Stunden Crack konsumiert. Nach Tabak war es die meistkonsumierte Substanz.

- Polyvalente Konsummuster: Crack wurde als Hauptsubstanz von den meisten parallel zu Tabak, Cannabis oder Alkohol konsumiert. Die 24-Stunden-Prävalenz von Heroin lag bei 38 %. Konsum von synthetischen Opioiden wurde nur selten angegeben.
- Soziodemografie: Das Durchschnittsalter lag bei 42 Jahren. 47 % der Befragten hatten eine Ausbildung, 46 % keine. 63 % waren in Deutschland geboren, 16 % in der EU, die übrigen 21 % außerhalb der EU. 18 % hatten Fluchterfahrung. 74 % hatten Hafterfahrung, im Durchschnitt drei Inhaftierungen.
- Komorbiditäten: 41 % gaben eine akut depressive Symptomatik an, 37 % berichteten von suizidalen Gedanken, 1 % gab eine auftretende psychotische Symptomatik an, 34 % berichteten von posttraumatischen Symptomen beispielsweise durch sexualisierte und körperliche Gewalt, Krieg, Prostitution und Kindstod. Hinzu kamen körperliche Beschwerden an Lungen und Bronchien, Magen und Darm sowie Zahnschmerzen und Abszesse. Außerdem wurde von epileptischen Anfällen berichtet. 6 % gaben eine HIV-Infektion an, 5,2 % gaben an, an AIDS erkrankt zu sein. 27 % der Befragten befanden sich in Opiat-Substitutionsbehandlung.
- Tägliche Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems: 25 % nutzten Essensangebote, 20 % die mobile soziale Arbeit, 9 % übernachteten in Notunterkünften.

- Lebenssituation: 39 % waren obdachlos. 23,5 % nicht krankenversichert.

„Der geringe Anteil von Befragten mit berichteter psychotischer Symptomatik kann methodisch bedingt sein: Personen mit akuten psychotischen Episoden lehnen eine Befragungsteilnahme häufiger ab. Die übrigen Ergebnisse sind konsistent mit Studiendaten aus anderen Städten“, sagt Prof. Dr. Bernd Werse, Leiter des ISFF.

Schlussfolgerungen für künftige Angebote

Tim Hirschfeld, Studienkoordinator seitens der Charité, weist darauf hin, dass bei Crack-Konsumierenden häufig mehrere schwerwiegende soziale und gesundheitliche Problemlagen gleichzeitig vorliegen, die sich gegenseitig bedingen und in ihrer Wirkung verstärken. Insbesondere Obdachlosigkeit, psychiatrische Symptome und fehlender Krankenversicherungsstatus stehen im Zusammenhang mit Crack-Konsum. „Aufgrund der komplexen Wechselwirkungen lassen sich keine isolierten Einzelmaßnahmen empfehlen. Erforderlich ist ein integriertes Gesamtkonzept“, so Hirschfeld.

- Niedrigschwellige Hilfen sollten ausgebaut und flexibilisiert werden – insbesondere fehlen konsumakzeptierende Wohnmöglichkeiten und Aufenthaltsorte für vulnerable Gruppen.
- Suchthilfe, Psychiatrie und Wohnungshilfe sollten stärker integriert und sektorenübergreifend koordiniert werden.
- Ordnungspolitische Strategien sollten zugunsten nachhaltiger Schadensminderung neu ausgerichtet werden.

Zunächst gehe es darum, existenzielle Bedürfnisse wie Wohnen und Essen zu befriedigen. Erst dann ließe sich an Suchtbehandlung denken.

Tipp: Lesen Sie unter subletter.de zahlreiche weitere Beiträge zum Thema.

VERTRAGSARZTRECHT

Substitutionsärzte sind vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst befreit

von Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht Christiane Dieckmann, Kanzlei Voß.Partner, Münster, voss-medizinrecht.de

Laut Urteil des Sozialgerichts Marburg haben Substitutionsärzte einen Anspruch auf Befreiung von der Teilnahmepflicht am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (Urteil vom 21.01.2026, Az. S 18 KA 258/24).

Der Fall

Die Klägerin ist als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie niedergelassen und führt in ihrer Praxis Methodensubstitutionen durch. Sie stellte bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Antrag auf Befreiung vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst wegen eines schwerwiegenden Grundes (§ 3 Abs. 8 e) der Bereitschaftsdienstordnung). Sie begründete dies damit, dass sie ihre Substitutionspraxis im Hinblick auf die besonderen Anforderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) an 365 Tagen im Jahr geöffnet haben muss, also auch an allen Wochenenden, Feiertagen und Brückentagen. Dies begründe im Vergleich zu anderen Vertragsärzten eine **erhebliche Mehrbelastung**. Insbesondere stelle sich eine Vertretung als schwierig dar, da die Behandlung der zu Substituierenden spezielle Sicherungsvorkehrungen und eine besondere Dokumentation erfordere. Die KV lehnte den Befreiungsantrag ab. Die Ablehnung begründete sie damit, dass grundsätzlich alle niedergelassenen Ärzte gleichermaßen zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet seien. Nach erfolglos durchgeführtem Widerspruchsverfahren erhob die Klägerin gegen den ablehnenden Widerspruchsbescheid Klage vor dem Sozialgericht.

Die Entscheidung

Das Sozialgericht hob den Bescheid der Beklagten auf und verurteilte diese, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu über den Antrag der Klägerin zu entscheiden. Das Gericht stellte fest, dass der Bescheid rechts-

widrig ist und die Klägerin einen Anspruch auf Befreiung vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst hat.

Grundsatz ...

Grundsätzlich übernimmt ein Vertragsarzt als Mitglied der KV mit seiner Zulassung die Verpflichtung, auch in zeitlicher Hinsicht umfassend für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen. Diese Verpflichtung umfasst auch Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstunden. Mit der Heranziehung zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst wird dem Vertragsarzt daher keine neue, seiner vertragsärztlichen Tätigkeit immanente Berufspflicht auferlegt, sondern diese in zeitlicher Hinsicht nur näher konkretisiert. Sinn und Zweck der Regelungen zur Gestaltung des Notdienstes ist daher die Entlastung des einzelnen Arztes von der täglichen Dienstbereitschaft rund um die Uhr, indem die gesamte Ärzteschaft einen gemeinsamen Notfalldienst organisiert. Diesen muss dann auch der einzelne Arzt mittragen, solange er in vollem Umfang vertragsärztlich tätig ist. Diese Auffassung vertritt auch das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 12.12.2018, Az. B 6 KA 50/17 R).

... und Ausnahme

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz bilden die sog. **Befreiungsgründe** der einzelnen Notdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Folgende Befreiungsgründe sehen die Notdienstordnungen in der Regel vor:

- Gesundheitliche Gründe (Krankheit oder Behinderung, allerdings nur

soweit diese Gründe auch Auswirkungen auf die tägliche vertragsärztliche Tätigkeit des einzelnen Arztes haben)

- die Vollendung des 65. Lebensjahres
- Schwangerschaft und Elternzeit
- sonstige im Einzelfall darzulegende schwerwiegende Gründe, durch die eine Teilnahme am Notdienst zeitlich begrenzt oder auf Dauer unzumutbar ist

Bei der Klägerin lagen nach Auffassung des Gerichts durch ihre Tätigkeit als Substitutionsärztin schwerwiegende Gründe vor, aufgrund derer ihr eine Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht zugemutet werden kann. Dies sah das Gericht in den Besonderheiten begründet, die eine Behandlung von Substitutionspatienten mit sich bringt. Die Behandlung von Substitutionspatienten erfolgt regelmäßig auch an Feiertagen und Wochenenden. Sie erfolgt an diesen Tagen zwar nur an wenigen Stunden, doch an jedem Tag im Jahr. Als mögliche Vertreter kommen auch nur andere Substitutionsärzte in Betracht, da für die Behandlungen spezielle Sicherungsvorkehrungen und Dokumentationspflichten bestehen. Die Behandlung ist daher auch nur in der eigenen Praxis der Klägerin möglich, sodass eine Behandlung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder in einem Krankenhaus ausscheidet. Dies erfordere, soweit überhaupt möglich, einen erheblichen Planungsaufwand. Somit stellt die eigentliche Intention des gemeinsam organisierten ärztlichen Notdienstes, die Entlastung des einzelnen Arztes, insbesondere für Substitutionsärzte im Vergleich zu anderen Fachgruppen sogar eine erhöhte Mehrbelastung dar. Weiterhin stellte das Gericht fest, dass die Befreiung von der Teilnahmepflicht am ärztlichen Notdienst auch in zeitlicher Hinsicht an die Ausübung der Tätigkeit der Klägerin als Substitutionsärztin gekoppelt ist. Eine Befreiung von der Pflicht zur Teilnahme am Notdienst gilt somit nur solange der Befreiungsgrund gegeben ist und kann daher auch befristet ausgesprochen werden.