



Drogenhilfe Köln gGmbH Victoriastraße 12 50668 Köln

per E-Mail

Landtag Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
18/580**

A01

Der Geschäftsführer

Victoriastraße 12
50668 Köln

Tel. (0221) 91 27 97 – 27
Fax (0221) 91 27 97 – 20

gf@drogenhilfe.koeln
www.drogenhilfe-koeln.de

25. Mai 2023

**Anstieg der Drogentoten und Stand der suchtmmedizinischen Versorgung
in Nordrhein-Westfalen: Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit
und Soziales am 7. Juni 2023**

Markus Wirtz, Dr. Meinolf Leuchtmann, Andreas Sevenich, Thoralf Wedig

Einordnung

Die Drogenhilfe Köln bietet seit nunmehr 50 Jahren Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen an. Das Verbundsystem umfasst 18 verschiedene Einrichtungen in Köln, dem Rhein-Erft-Kreis und dem Rheinisch Bergischen Kreis – von Suchtvorbeugung über Beratung und Vermittlung, Überlebenshilfe, stationärer und ambulanter Rehabilitation bis hin zur Nachsorge und beruflichen Eingliederung. In drei Substitutionsambulanzen (davon eine mit Diamorphinvergabe in Kooperation mit dem Kölner Gesundheitsamt), zwei Wohntrainings, einer Notschlafstelle und einem Kontakt- und Gesundheitszentrum erhalten jeden Tag mehrere hundert Menschen niedrigschwellige Hilfe- und Unterstützung. Viele dieser Menschen befinden sich in hochprekären Lebenslagen. Sie sind in ihrer Gesundheit, ihren Teilhabechancen und oft auch ihrem Leben bedroht.

Insgesamt gelingt es durch koordinierte Angebote der Sucht- und Überlebenshilfe heutzutage gut, Menschen mit Suchterkrankungen in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten zu unterstützen.

Die Entstehung einer Suchterkrankung ist multifaktoriell bedingt und auf biologische, psychologische und soziale Ursachen zurückzuführen. Einem Anstieg an Drogentoten können daher ebenfalls viele Ursachen zugrunde liegen, die fast immer auch, aber nicht immer ausschließlich, suchtmmedizinisch zu begründen sind.

Viele der dokumentierten Todesfälle sind auf konsumbedingte Gesundheitsschäden bei Langzeitkonsumierenden zurückzuführen. Für eine Senkung bedarf es flächendeckender und bedarfsgerechter, suchtmmedizinischer Versorgungsstrukturen mit einem einfachen Zugang für die betroffenen und gefährdeten Menschen.

Die vorliegende Stellungnahme fußt auf den konkreten Beobachtungen aus der Praxis unserer Einrichtungen. Eine Bearbeitung / Lösung der dargestellten Probleme trüge im Ergebnis nach unserer Einschätzung zu einer Verbesserung der Situation für Menschen mit einer Suchterkrankung insgesamt – und letztlich zu einer Verhinderung konsum- bzw. suchtmittelbedingter Todesfälle bei. Bezogen auf ganz Nordrhein – Westfalen ist es wahrscheinlich, dass die genauen Bedarfe und die vorhandenen Rahmenbedingungen regional zum Teil voneinander abweichen können.

Obdachlose/wohnungslose Menschen mit einer Suchterkrankung

Obdachlosigkeit und Suchterkrankungen stehen häufig in einem direkten Zusammenhang. Sie bedingen oder verstärken sich gegenseitig. Die Gefahr, an den Folgen eines Langzeitkonsums von Suchtmitteln zu versterben, ist durch die oft vielfältigen Multiproblemlagen erhöht. Eine ganzheitliche, bio-psycho-soziale Herangehensweise, die sowohl die Unterstützung in der Bearbeitung der Suchterkrankung als auch bei der Bereitstellung sicherer Unterkünfte und sozialer Unterstützung umfasst, ist entscheidend um eine Chance auf Stabilität und Genesung zu ermöglichen.

1) Bei nicht krankenhauspflichtigen Erkrankungen, zum Beispiel bei einem Infekt oder Knochenbruch, fehlen (Übergangs-) Wohnplätze zur kurz- bis mittelfristigen Genesung / medizinischen Versorgung von obdachlosen Menschen mit einer Suchterkrankung. Selbst bei krankenhauspflichtigen Erkrankungen sind einige Patientinnen oder Patienten in einem somatischen Krankenhaus nicht führbar, sodass sie dort nicht bleiben.

Eine regional bedarfsgerechte Aufstockung von barrierearmen Plätzen in „Krankenwohnungen“ ist wünschenswert, sodass Menschen mit einer Suchterkrankung einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung, fachlichen Begleitung und zu hygienisch angemessenen Lebensumständen finden. Nicht ausreichend ausgeheilte bzw. behandelte Krankheiten münden nicht selten in erheblich bedrohlichere Langzeitfolgen.

2) Zuweisungen in (Hotel-) Unterkünfte im Rahmen ordnungsbehördlicher Unterbringungen werden häufig aufgehoben, sobald Menschen mit einer Suchterkrankung dringend erforderliche stationäre Krankenhausbehandlungen (auch Entzugsbehandlungen) antreten. Der drohende Wohnraumverlust hält sie oftmals davon ab, notwendige stationäre Hilfen zur gesundheitlichen Stabilisierung in Anspruch zu nehmen.

Ein garantierter Erhalt der Unterbringung könnte die Motivation erhöhen, sich in eine notwendige stationäre Behandlung zu begeben.

3) Menschen mit einer Suchterkrankung werden, auch bedingt durch eine verbesserte Versorgung, im Schnitt heute deutlich älter als noch vor einigen Jahrzehnten. Der altersgerechte Unterstützungsbedarf nimmt zwangsläufig zu, da neben der Suchterkrankung auch altersbedingte Einschränkungen zum Tragen kommen.

Es fehlen geeignete Plätze in Seniorenheimen und soziotherapeutischen Einrichtungen mit Dauerwohnmöglichkeit. Diese könnten einer suchtfördernden Vereinsamung entgegenwirken. Eine suchtspezifische Qualifizierung und Sensibilisierung von

Altenpflegekräften in Verbindung mit der bedarfsgerechten Schaffung qualifizierter (Wohn-)Plätze für konsumierende Bewohnerinnen und Bewohner ist geboten. Träger der Suchthilfe könnten dies fachlich oft leisten, es scheitert jedoch an einer auskömmlichen Finanzierung.

4) Insbesondere in den warmen Monaten beobachten wir einen deutlichen Anstieg an z.T. schweren Lebensmittelvergiftungen.

Der gegenwärtige Klimawandel führt zu höheren Temperaturen. Obdachlose und Menschen in prekären Wohnsituationen haben oft nicht die Möglichkeit ihre Lebensmittel zu kühlen. Ein Zugang zu Kühl- und Lagermöglichkeiten für verderbliche Lebensmittel an warmen Tagen könnte Abhilfe schaffen.

Substitutionsbehandlung und Diamorphin

Die Substitutionstherapie und die Diamorphinbehandlung sind unverzichtbare suchtmmedizinische Bausteine in der Behandlung von Menschen mit einer Suchterkrankung. Ihr Beitrag zu besserer somatischer und psychischer Gesundheit ist unbestritten. Darüber hinaus dienen sie der sozialen Reintegration und Reduktion von Straffälligkeit und Prostitution durch den Wegfall des Beschaffungsdrucks. In Kombination mit Psychosozialer Begleitung tragen sie dazu bei, Menschen mit einer Suchterkrankung im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten Teilhabechancen zu eröffnen und sie dabei zu unterstützen, diese durch eine kontinuierliche Begleitung auszubauen. Konsumbedingte Todesfälle können dadurch letztlich reduziert werden.

5) Gewachsene, kommunal verankerte, qualitativ hochwertige und oft gemeinnützige Versorgungsstrukturen für Substitutionsambulanzen sind vor dem Hintergrund der kassenrechtlichen Konstruktion der sogenannten „Ermächtigungen“ potenziell in ihrer Existenz bedroht. Die Ambulanzen freier Träger dürfen selber keine Kassenarztsitze erwerben und erbringen ihre medizinischen Leistungen auf Grundlage sogenannter befristeter Ermächtigungen ihrer angestellten Ärzte.

Eine langfristige Absicherung der auf Basis von Einzelermächtigung bestehenden Behandlungsangebote, die in kommunale Suchthilfestrukturen eingebunden sind und Substitutionsbehandlung als Komplexleistung mit psychosozialer Betreuung vor Ort anbieten, sollte sichergestellt werden.

6) Diamorphin ist aktuell „nur“ zur parenteralen Abgabe zugelassen. Für Langzeitkonsumierende ist dies aufgrund eines schlechten Venenstatus oft nicht mehr möglich oder auch nicht mehr gewollt. Die gültigen Zugangsvoraussetzungen zur Diamorphinbehandlung schließen viele Konsumierende aus, die von der Behandlung profitieren könnten.

In der Schweiz erfolgte bereits eine Erprobung von Diamorphin in Tablettenform. Ebenfalls in Erprobung befindet sich derzeit eine Vergabe von Diamorphin in Nasensprays. Eine (schnelle, ggf. auch vorläufige) Zulassung böte für o.g. Menschen neue und dringend benötigte Behandlungsoptionen.

7) Zum Zeitpunkt der Beendigung einer Substitutionsbehandlung ist die in vielen Fällen indizierte medizinische Weiterbehandlung nicht hinreichend organisiert.

Die Organisation einer medizinischen Anschlussbehandlung stellt für einige Patientinnen und Patienten am Ende ihrer Substitutionsbehandlung eine Überforderung dar. Eine abrechenbare „Adaptionsphase“ oder pauschalfinanzierte Lotsenstellen im Sinne eines Case Managements im Anschluss an eine Substitutionsbehandlung könnten helfen, bis dahin regelmäßig versorgte Personen in der Übergangsphase bei der erforderlichen ambulanten Anbindung zu unterstützen und die bis dahin erzielten Behandlungserfolge somit zu sichern.

Entwicklungen im Substanzkonsum

Veränderungen in Konsummustern und Konsumformen weisen häufig regionale Unterschiede auf und können sich, je nach Stadt und Region, durchaus zeitversetzt entwickeln oder verändern. Insgesamt großen Einfluss hat der jeweils vorhandene „Markt“, der die Verfügbarkeit von Substanzen steuert. Die regionale Verfügbarkeit bestimmter Substanzen hat letztlich Einfluss auf die Entwicklung der Konsumentinnen und Konsumenten und die Notwendigkeit passgenauer Hilfemaßnahmen.

8) Pregabalin (Lyrica®) ist zu einem verstärkt aufgetretenen Problem geworden. Ursprünglich zugelassen ist Pregabalin als Medikament zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen, als Zusatztherapie bei Epilepsiepatienten und bei generalisierten Angststörungen.

Es gibt bei der Verschreibung bzgl. des erkennbaren Suchtpotenzials in Zusammenhang mit *Pregabalin (Lyrica®)* bislang nur wenig Sensibilität in der Verschreibung. Hier bedarf es entsprechender Aufklärung. Im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) findet sich für die Substitutionsbehandlung keine Gebührensnummer, die ein Drogenscreening auf Pregabalin abbildet, obwohl sogar Schnelltests dafür verfügbar sind.

9) Es ist eine massive Steigerung der Verfügbarkeit von Kokain auf dem Markt zu beobachten. Der Konsum von Kokain und Crack nimmt insgesamt zu. Selbst Menschen mit einer Opioidabhängigkeit in Substitutionstherapien mit ursprünglich geringer Affinität zum Kokainkonsum entwickeln vermehrt manifeste, komorbide Kokainabhängigkeiten mit zum Teil sehr gravierenden gesundheitlichen Folgen. In den Drogenkonsumräumen steigt der Mischkonsum von Opioiden und Kokain und auch der reine Kokainkonsum.

Die Entwicklungen könnten perspektivisch eine Anpassung der verfügbaren Konsumplätze oder insgesamt die Schaffung neuer Konsumräume erforderlich machen.

10) Angebote zum „Drug Checking“.

Viele suchtmittelspezifischen Risiken entstehen durch Verunreinigungen der Substanzen oder die Unklarheit über deren genaue Zusammensetzung. Sowohl langfristige als auch

akute, nicht kalkulierbare Risiken – letztlich auch Todesfälle - könnten durch Angebote des Drug Checking potenziell vermieden werden, vorausgesetzt ein Ergebnis des Tests liegt unmittelbar vor. Für ein solches Angebot bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage und ausreichender Finanzierung. Eine Erprobung könnte auch zunächst modellhaft erfolgen.

Beratung und Behandlung

Ein möglichst wenig schädlicher Konsum oder gar Abstinenz ist auch bei vielen langzeitabhängigen durchaus noch das Ziel. Hier erleben wir z.T. strukturelle Demotivation durch hochschwellige Zugänge und langwierige Antragsverfahren.

11) Die Wartezeiten für stationäre Entgiftungsbehandlungen sind zu lang und mit hohen Hürden versehen.

Es stehen insgesamt zu wenige Entgiftungsplätze in Krankenhäusern zur Verfügung. Dort stehen Patientinnen und Patienten vor dem Beginn einer Behandlung dementsprechend lange auf Wartelisten. Die Indikation zur stationären Behandlung trifft vielfach auf bedürftige Menschen mit einer Suchterkrankung in chaotischen Lebensumständen zu. „Motivationshürden“, wie z.B. regelmäßige vorstationäre Vorstellungsgespräche und telefonische Rückmeldungen, sind für sie auch mit Unterstützung kaum einzuhalten. Für viele Patientinnen und Patienten ist es krankheitsbedingt daher fast unmöglich, ihre Motivation über derart lange Zeit aufrecht zu erhalten, sodass sie die eigentlich notwendige Behandlung nicht erhalten.

12) Die Antragsverfahren für Langzeitentwöhnungsbehandlungen sind zu aufwendig und zu lang.

Die Motivationen für Entwöhnungsbehandlungen sind oft schwankend, so dass die Zeiten genutzt werden sollten, in denen die Bereitschaft dafür vorhanden ist. Die Möglichkeit eines kompakteren Antragsverfahrens käme diesem Umstand entgegen.

13) Naltrexon (Nemexin®) ist ein langwirksamer Opioidantagonist und ein Anticravingmittel bei Alkoholabhängigkeit. Es wird aus unserer Erfahrung bislang noch sehr verhalten verschrieben.

Als Opioidantagonist und Anticravingmittel kann Naltrexon als wirksamer Baustein in der Rückfallprophylaxe dienen. Eine Ausweitung der Verschreibung durch gezielte Förderung und auch eine Einleitung der Behandlung zum Beispiel bereits in Haft würde helfen. Naltrexon könnte bei geeigneten Personen als Alternative zu einer klassischen Substitutionsbehandlung zum Einsatz kommen.

14) Die Altersstruktur von Menschen mit einer Suchterkrankung verändert sich. Konsumentinnen und Konsumenten werden tendenziell älter. Dadurch steigt auch die Anzahl multimorbider Patientinnen und Patienten.

Diese Gruppe zeichnet sich oft durch eine mangelnde Compliance aus, die krankheitsimmanent ist. Insgesamt ist die Therapietreue von Suchtkranken geringer als bei nicht suchtkranken Alterspatienten. Diese Verhaltensweise ist schwer zu durchbrechen, so dass es einer akzeptierenden Grundeinstellung bedarf. In auf Abhängige spezialisierten Gesundheitszentren könnten entsprechende darauf eingestellte Angebote vorgehalten werden.

15) Bei Menschen aus EU Mitgliedsstaaten, die sich im Rahmen der Freizügigkeit legal in Deutschland aufhalten, sind die Leistungsansprüche gegenüber sozialen Sicherungssystemen und im speziellen der Krankenversicherung oft unklar bzw. nicht gegeben. Patientinnen und Patienten ohne Kostenträger für die medizinische Versorgung können notwendige medizinische Behandlungen wie Entgiftungen oder Substitutionstherapien nicht nutzen.

Ein Zugang zu bestimmten Gesundheitsleistungen oder eine gesonderte Finanzierung der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung sowie die Möglichkeit zur Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen wären wünschenswert.

16) Mit einer Novellierung der Betäubungsmittel – Verschreibungsverordnung (BtmVV) im Jahr 2017 ist die Verpflichtung zur psychosozialen Betreuung (PSB) bei der Durchführung einer Substitutionstherapie entfallen. Lediglich im Rahmen der Behandlung mit Diamorphin besteht in den ersten 6 Monaten die Verpflichtung, eine PSB in Anspruch zu nehmen. Dieser Wegfall der verpflichtenden psychosozialen Betreuung (PSB) durch eine / einen in der Suchthilfe erfahrene/n Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter trägt dazu bei, dass Tendenzen zur Verelendung und Vereinsamung übersehen oder erst später bemerkt werden. Die Finanzierung der PSB erfolgt kommunal sehr unterschiedlich.

Die negativen psychosozialen Folgen einer Suchterkrankung sind erheblich. Eine „Psychosoziale Begleitung“ (PSB) kann sowohl positive Effekte auf den Behandlungsverlauf als auch auf die Haltequote haben und somit die Prognose deutlich verbessern. Eine vorgeschriebene PSB im Rahmen der Substitutionstherapie erleichtert es Verelendungstendenzen zu erkennen, rechtzeitig die medizinische Behandlung einzuleiten und ergänzende und unterstützende, sozialarbeiterische Maßnahmen zu ergreifen.

17) Es bedarf mehr tagesstrukturierender Angebote für Menschen mit einer Suchterkrankung, die Rücksicht nehmen auf krankheitsimmanente Begleiterscheinungen wie Drogenkonsum, reduzierte Frustrationstoleranz, Unverbindlichkeit oder mangelnde Absprachefähigkeit.

Nicht nur ein gutes Freizeitverhalten trägt zur Rückfallprophylaxe bei, sondern auch Dauerarbeitsverhältnisse mit hoher Arbeitszufriedenheit. Sinnstiftende, wertschätzende, kreative, eigenverantwortliche, finanziell attraktive Tätigkeiten, auch ohne das

zwangsläufige Ziel einer Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt, trügen zu einer Tagesstrukturierung und Stabilisierung bei.

18) Angehörigenarbeit sollte auch in der niedrigschwelligen Arbeit stärker als Teil der Behandlung bzw. Betreuung verstanden werden.

Angehörige sind selber häufig extremer Belastung ausgesetzt. Das Erkennen einer suchtspezifischen Dynamik, die die ganze Familie ergreift, kann helfen, den Spannungsbogen zwischen wohlwollender Unterstützung und notwendiger Abgrenzung auszufüllen im Umgang mit Suchtkranken. Angehörige würden befähigt in sich zuspitzenden Situationen Hilfen zu organisieren. Hierzu böten sich gruppentherapeutische Settings unter fachlicher Leitung an. Abrechnungsverfahren die theoretisch ein solches Angebot ermöglichen (zum Beispiel die Abrechnung als Gruppentherapie über die Krankenkassen) gestalten sich aufgrund der notwendigen Antragsverfahren aktuell als zu aufwendig und nicht praktikabel.

19 Trotz bereits erfolgter Verbesserungen ist das Entlassmanagement bei Entlassung aus dem Strafvollzug noch nicht optimal.

Die Klärung des Leistungsbezugs und der zukünftigen Krankenversicherung sollten standardmäßig noch aus der Haft erfolgen. Die Anbindung an suchtmmedizinische Einrichtungen und die medikamentöse Einstellung, z.B. auf Naltrexon (Nemexin®) oder Methadon / Polamidon / Buprenorphin, sollte ausgeweitet werden.

Aus rein fachlicher Perspektive wären die dargestellten Maßnahmen für viele Träger der Suchthilfe und angrenzende Hilfesysteme durchaus umsetzbar. Oft mangelt es jedoch an einem rechtskreisübergreifend abgestimmten Vorgehen und dadurch, nicht zuletzt, an einer auskömmlichen Finanzierung. Dies spiegelt sich wiederum in der Ausstattung und den Rahmenbedingungen wider, die Mitarbeitenden dieses herausfordernden Arbeitsfeldes zur Verfügung gestellt werden können. Insgesamt erscheint eine Steigerung der Attraktivität für die Arbeit (speziell für medizinische Berufe) im Feld der Überlebenshilfe dringend geboten um dem in weiten Teilen bereits existierenden und weiter voranschreitenden Fachkräftemangel noch rechtzeitig entgegen zu wirken.