Antrag

der Abg. Rainer Hinderer u. a. SPD

und

Stellungnahme

des Ministeriums für Soziales und Integration

Handlungsmöglichkeiten zur Sicherung der zukünftigen Substitutionsversorgung in Baden-Württemberg

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,

1. wie viele Opioidabhängige es nach ihrer Kenntnis in Baden-Württemberg derzeit im Vergleich zur Gesamteinwohnerzahl gibt und wie sich diese auf die Stadt- und Landkreise verteilen;
2. wie viele substituierte Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg nach ihrer Kenntnis erwerbstätig sind;
3. welche am Hilfeprozess Beteiligte neben den substituierenden Ärztinnen und Ärzten ihrer Meinung nach Teil eines interdisziplinären Teams sein sollten, um eine optimale Substitutionsversorgung zu gewährleisten;
4. welche am Hilfeprozess Beteiligte (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Apotheken, Suchtberatungsstellen, Krankenhäusern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter etc.) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs derzeit an einer umfassenden, lebensumfeldnahen Versorgung der substituierten Patientinnen und Patienten – bestehend z. B. sowohl aus ärztlicher Behandlung als auch aus psychosozialer Unterstützung – mitwirken;
5. inwieweit und wie diese am Hilfeprozess Beteiligten jeweils interdisziplinär zusammenarbeiten und untereinander vernetzt sind, wie diese Vernetzung ggf. zustande gekommen ist und wie sie ggf. aufrechterhalten wird;
6. inwieweit sie eine Koordinierungsstelle für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Substitutionsversorgung für sinnvoll erachten würde und wer diese Position ggf. innehaben könnte und sollte;

7. aus welchen Mitteln eine solche Koordinierungsstelle ggf. finanziert werden sollte und könnte;
8. wie das Thema Substitutionsversorgung in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden diskutiert wird und wie die Zusammenarbeit zwischen diesen Verbänden und den am Hilfeprozess Beteiligten vor Ort jeweils aussieht;
9. welche konkreten Unterschiede es in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs hinsichtlich der an der Substitutionsbehandlung Beteiligten gibt, inwieweit beispielsweise in ländlichen Gebieten die Substitutionsversorgung jeweils anders organisiert ist als in den Städten und inwieweit sich hierbei Besonderheiten aufzeigen lassen;
10. inwieweit die telemedizinische Behandlung im Bereich der Substitutionsversorgung bereits eine Rolle spielt bzw. wo konkret sie zukünftig eine Rolle spielen könnte;
11. welche monetären Anreize es für am Hilfeprozess Beteiligte gibt, an der Substitutionsbehandlung bzw. an der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Substitutionsbehandlung vor Ort teilzunehmen;
12. welche konkreten Maßnahmen und weiteren Schritte sie aufgrund des seit Anfang des Jahres 2019 vorliegenden Abschlussberichts des Projektes „VVSub – Verbesserung der behandlungsbezogenen und teilhabeorientierten Vernetzung in der Substitutionsbehandlung“ plant und inwieweit sich diese in eine umfassende Strategie zur Substitutionsversorgung in Baden-Württemberg einbinden lassen bzw. bereits eingebunden sind;
13. welche Gesamtstrategie sie im Hinblick auf eine umfassende Substitutionsversorgung in Baden-Württemberg verfolgt und welche konkreten Schritte und Maßnahmen diese beinhaltet.

20.05.2019

Hinderer, Binder, Kenner, Stichelberger, Wölfle SPD

Begründung

Die Stellungnahme der Landesregierung zum Antrag der Abgeordneten Rainer Hinderer u. a. SPD, „Sicherstellung zukünftiger Substitutionsversorgung in Baden-Württemberg“ (Drucksache 16/5173) zeigte auf, dass schon heute eine Unterversorgung der substituierten Patientinnen und Patienten in verschiedenen Landkreisen Baden-Württembergs vorliegt und dass sich diese Situation in Zukunft noch zuspitzen wird. Der Berichtsantrag soll mögliche Schritte zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung aufzeigen und dabei die Handlungsmöglichkeiten und bereits geplanten Maßnahmen der Landesregierung erfragen.

Stellungnahme

Mit Schreiben vom 12. Juni 2019 Nr. 55-0141.5-016/6288 nimmt das Ministerium für Soziales und Integration in Abstimmung mit dem Ministerium für Finanzen zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen
zu berichten,*

1. wie viele Opioidabhängige es nach ihrer Kenntnis in Baden-Württemberg derzeit im Vergleich zur Gesamteinwohnerzahl gibt und wie sich diese auf die Stadt- und Landkreise verteilen;

Wie viele Opioidabhängige es gibt, wird nicht erfasst.

Im Substitutionsregister (§ 5 b BtMVV) ist lediglich die Zahl der Patientinnen und Patienten, denen ein Substitutionsmittel verschrieben wurde, erfasst. Danach wurde in Baden-Württemberg zum Stichtag 31. Dezember 2018 insgesamt 10.252 Patientinnen und Patienten ein Substitutionsmittel verschrieben. Die Aufschlüsselung nach den Stadt- und Landkreisen kann der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Stadt-/Landkreis	Substituierte
Stuttgart	1.314
Böblingen	355
Esslingen	332
Göppingen	228
Ludwigsburg	209
Rems-Murr-Kreis	308
Heilbronn	33
Landkreis Heilbronn	314
Hohenlohekreis	75
Schwäbisch Hall	106
Main-Tauber-Kreis	49
Heidenheim	131
Ostalbkreis	317
Baden-Baden	98
Karlsruhe	497
Landkreis Karlsruhe	99
Rastatt	94
Heidelberg	189
Mannheim	727
Neckar-Odenwald-Kreis	34
Rhein-Neckar-Kreis	226
Pforzheim	415
Calw	0
Enzkreis	2

Freudenstadt	6
Freiburg im Breisgau	809
Breisgau-Hochschwarzwald	88
Emmendingen	75
Ortenaukreis	619
Rottweil	59
Schwarzwald-Baar-Kreis	170
Tuttlingen	73
Konstanz	219
Lörrach	269
Waldshut	92
Reutlingen	154
Tübingen	373
Zollernalbkreis	76
Ulm	502
Alb-Donau-Kreis	0
Biberach	99
Bodenseekreis	101
Ravensburg	260
Sigmaringen	56

Nach der Suchtstatistik der Landesstelle für Suchtfragen kann die Anzahl der Betroffenen identifiziert werden, die mit der Hauptdiagnose F 11 Opioiden Hilfen in den Beratungsstellen gesucht haben. 2017 waren dies 3.038 Neuaufnahmen (ohne Einmalkontakte), 9.410 Betreuungen ohne Einmalkontakte und 9.751 Betreuungen mit Einmalkontakten. Landkreisbezogene Daten gibt es dazu nicht.

Rückschlüsse könnte man aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (<https://www.esa-survey.de/>) aus dem Jahr 2015 ziehen. Die Studie geht davon aus, dass in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre die 12 Monatsprävalenz für Heroin und andere Opiate bei 0,3 % liegt. Diese könnte man auf die Bevölkerung in den Altersgruppen in Baden-Württemberg umrechnen (<https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/01035410.tab?R=LA>). Auch die 12 Monatsprävalenz kann allerdings nicht mit der Zahl der Abhängigen gleichgesetzt werden.

2. wie viele substituierte Patientinnen und Patienten in Baden-Württemberg nach ihrer Kenntnis erwerbstätig sind;

Gemäß der Suchtstatistik der Landesstelle für Suchtfragen zeigt sich folgendes Bild: 2014: 32 %, 2015: 32 %, 2016: 33 %, 2017: 29 %. Regional gibt es in Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt und der Ausstattung der psychosozialen Begleitung Unterschiede. Im Modellprojekt VV SUB Standort Tuttlingen wurde eine Beschäftigungsquote von 45,5 % erreicht.

3. welche am Hilfeprozess Beteiligte neben den substituierenden Ärztinnen und Ärzten ihrer Meinung nach Teil eines interdisziplinären Teams sein sollten, um eine optimale Substitutionsversorgung zu gewährleisten;

Welche am Hilfeprozess Beteiligte neben den substituierenden Ärztinnen und Ärzten Teil eines interdisziplinären Teams sein sollten, richtet sich vorrangig nach der individuellen Indikation und den Besonderheiten der Patientin bzw. des Patienten. Die Behandlung erfordert ein individuelles Therapiekonzept das im Be-

handlungsverlauf überprüft und angepasst werden muss (s. Ziffer 3 der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger). In der Regel wird eine Opioidabhängigkeit von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Für eine optimale Substitutionsversorgung ist nach Auffassung des Ministeriums für Soziales und Integration eine gute Zusammenarbeit zwischen substituierenden Ärzten, Fachärzten (ggf. Pflegekräften) und psychosozialen Beratungsstellen grundlegend. Ggf. sind darüber hinaus weitere Akteure der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Daseinsfürsorge einzubeziehen.

Dieser Ansatz wird auch durch die Ergebnisse des Modellprojekts VVSub bestätigt (s. Abschlussbericht <https://www.werkstatt-paritaet-bw.de/category/publikationen/>). Der Abschlussbericht verdeutlicht, dass der Blick auf die Substitution als ärztliche Leistung zu kurz greift. Vielmehr geht die Empfehlung dahin, Leistungen zur gesundheitlichen Stabilisierung und Angebote zur Alltagsstrukturierung sowie Förderung beruflicher und sozialer Teilhabe mit der Substitutsvergabe in einem Gesamtbehandlungskonzept zusammenzuführen.

4. welche am Hilfeprozess Beteiligte (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Apotheken, Suchtberatungsstellen, Krankenhäusern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter etc.) in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs derzeit an einer umfassenden, lebensumfeldnahen Versorgung der substituierten Patientinnen und Patienten – bestehend z. B. sowohl aus ärztlicher Behandlung als auch aus psychosozialer Unterstützung – mitwirken;

Mit der Novelle der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) von 2017 wurden die Möglichkeiten für die Substitutionsbehandlung im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten erweitert (§ 5 Absatz 10 BtMVV). Zu den Einrichtungen, in denen das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch durch den Arzt oder durch medizinisches, pharmazeutisches oder pflegerisches Personal überlassen werden darf, zählen neben Praxen, Ambulanzen, Krankenhäusern und Apotheken insbesondere stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Gesundheitsämter, staatlich anerkannte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Alten- und Pflegeheime und Hospize. Die Ärztin bzw. der Arzt muss mit diesen Einrichtungen eine Vereinbarung geschlossen haben. Auch bei einem Hausbesuch kann das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Das Ministerium für Soziales und Integration hat derzeit keine Erkenntnisse über die tatsächliche Umsetzung von § 5 Absatz 10 BtMVV in den Stadt- und Landkreisen. Diese Frage wird Gegenstand der auf einen GMK-Beschluss vom Juni 2018 zurückgehenden Evaluation der BtMVV sein, bei der besonders die länderspezifischen Aspekte untersucht werden sollen. Die Ergebnisse der Evaluation werden Anfang 2022 erwartet.

5. inwieweit und wie diese am Hilfeprozess Beteiligten jeweils interdisziplinär zusammenarbeiten und untereinander vernetzt sind, wie diese Vernetzung ggf. zustande gekommen ist und wie sie ggf. aufrechterhalten wird;

6. inwieweit sie eine Koordinierungsstelle für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Substitutionsversorgung für sinnvoll erachten würde und wer diese Position ggf. innehaben könnte und sollte;

7. aus welchen Mitteln eine solche Koordinierungsstelle ggf. finanziert werden sollte und könnte;

Nach § 5 Absatz 12 Nr. 3 c) BtMVV i. V. m. Ziffer 3.4. der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger sollen psychosoziale Betreuung sowie weitere ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen von der zu substituierenden Ärztin bzw. vom substituierenden Arzt koordiniert werden.

Die Vernetzung und Einbettung in das kommunale Suchthilfesystem erfolgt über die kommunalen Netzwerke für Suchtprävention und Suchthilfe und die psychosozialen Beratungsstellen (s. Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums über

die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beauftragten für Suchtprophylaxe/Kommunalen Suchtbeauftragten der Stadt- und Landkreise – VwV BfS/KSB – sowie Verwaltungsvorschrift zur Gewährung von Zuwendungen für Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und -kranke sowie für Kontaktläden – VwV-PSB/KL). Als Akteure der sozialen Daseinsvorsorge und als Sozialleistungsträger haben die Kommunen grundsätzlich die Aufgabe und gleichzeitig ein Eigeninteresse an der Zusammenführung ihrer nutzer- und sozialraumorientierten Versorgungsaktivitäten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) berichtet zu der Fragestellung, es obliege der Einschätzung der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte, inwieweit psychosoziale und weitergehende Betreuungsmaßnahmen der Patientin bzw. dem Patienten empfohlen werden. Aus der Ärzteschaft werde berichtet, dass insbesondere im Rahmen der Substitution mit Diamorphin und bei den Schwerpunktpraxen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Versorgung der Substitutionspatientinnen und -patienten stattfinde und bestehende Strukturen gut genutzt würden. Ein etwaiger regionaler Verbesserungsbedarf müsse jeweils vor Ort geklärt werden. Die Zusammenarbeit mit Apotheken sei unterschiedlich ausgestaltet; kleinere Apotheken würden den Aufwand teilweise als zu groß empfinden, andere arbeiteten tatkräftig mit den substituierenden Ärztinnen und Ärzten zusammen. Unterschiedlich seien die Rückmeldungen der kooperierenden Apotheken an die Ärzteschaft – teilweise werde die substituierende Ärztin bzw. Arzt z. B. bei Nichterscheinen der Patientin bzw. des Patienten informiert, teilweise fehle diese Rückkoppelung.

Aus Sicht der KVBW wäre die Koordinierung der Substitution in einer Region durch eine Schwerpunktpraxis sinnvoll. So könnten „schwierige Patientinnen und Patienten“ oder Patientinnen und Patienten in schwierigen Lebenslagen unmittelbar – ggf. unter Berücksichtigung schwieriger Komorbiditäten (Psychiatrie/Hepatitis/HIV) – behandelt werden und Praxen, die gut eingestellte Patienten substituieren, deutlich entlastet werden. Die Schwerpunktpraxis sollte zusammen mit einer Beratungsstelle etabliert werden.

Diese Einschätzung wird vom Ministerium für Soziales und Integration geteilt, wobei der „Versorgungsnukleus“ auch eine psychiatrische oder suchtmmedizinische Institutsambulanz mit entsprechender Ermächtigung sein kann. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass große Ambulanzen für stabil substituierte Patientinnen und Patienten aufgrund der damit möglichen Nähe zur „Szene“ schwierig sein können.

Auch die Landesstelle für Suchtfragen bestätigt, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Regel nur in institutionellen Kontexten also mit Schwerpunktpraxen etc. funktioniere.

Das Modellprojekt VVSub hat gezeigt, dass die vernetzte Behandlung im Dialog zwischen Ärztin bzw. Arzt, psychosozialer Beratungsstelle und Patientin bzw. Patient von allen Betroffenen als qualitative Verbesserung gewertet wurde.

Die ärztlichen Leistungen werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet. Die Psychosozialen Beratungsstellen werden von Land, Kommune und Trägern finanziert. Leistungen der Teilhabe richten sich nach dem Bundes-teilhabegesetz.

8. wie das Thema Substitutionsversorgung in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden diskutiert wird und wie die Zusammenarbeit zwischen diesen Verbänden und den am Hilfeprozess Beteiligten vor Ort jeweils aussieht;

Grundsätzlich besteht eine Trennung zwischen dem Hilfesystem für psychisch Kranke, die der allgemeinspsychiatrischen Versorgung zuzurechnen sind, und dem Suchthilfesystem. Dabei sind zwei eigenständige Verbundsysteme entstanden: der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) und das Suchthilfenetzwerk. Das Nebeneinander von zwei Systemen ist in erster Linie historisch durch die späte Anerkennung der Suchtmittelabhängigkeit als behandlungsbedürftige psychische Erkrankung, die erst 1970 erfolgte, begründet. Entgiftungs-, Entwöhnungs- bzw. Rehabilitations- und Nachsorgebehandlung entwickelten sich auch aufgrund fachlicher Besonderheiten von Psychiatrie und Sucht als gesondertes Angebot für chronisch Suchtmittelabhängige, das sich mit den Beratungsstellen in Suchthilfe-

netzwerken organisierte. Bei Drogenabhängigkeit kommt das Problem der Illegalität hinzu. Im Bereich Sucht ist wiederum die Substitution eine besondere Materie.

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) sind in § 7 PsychKHG verankert. Eine einheitliche Definition, welche Qualitätskriterien ein GPV erfüllen muss, besteht nicht. In der „Konzeption eines GPV“ des Landesarbeitskreises Psychiatrie (1994) heißt es zum Thema „Sucht“: „Die Bereiche der Altenhilfe und der Suchtkrankenhilfe werden von der Konzeption nicht berührt“. Hingegen sind im Muster der Bundesarbeitsgemeinschaft GPV „Qualitätskriterien des GPV“. „Sucht-erkrankte Menschen“ explizit genannt.

Nach Einschätzung des Ministeriums für Soziales und Integration wird das Thema Substitutionsversorgung eher nicht in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden diskutiert und lässt sich die Zusammenarbeit zwischen diesen Verbänden und den am Hilfeprozess Beteiligten vor Ort wegen lokaler Unterschiede nicht einheitlich oder typisierend umschreiben. Die Trennung der beiden Verbundsysteme bei chronisch erkrankten Klientinnen und Klienten muss hinterfragt werden, da zwischenzeitlich viele allgemeinspsychiatrisch erkrankten Personen ein Suchtproblem und alle chronisch suchtmittelabhängigen Patientinnen und Patienten letztlich auch ein psychisches Problem haben. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind zudem aufgrund ihrer erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen leistungsberechtigt für Leistungen der Eingliederungshilfe, wie dies auch bei Klientinnen und Klienten mit psychotischen oder affektiven Störungen, die im GPV betreut werden, die Regel ist. Die früher klare Trennung unter der Geltung des PsychKHG ist im Wandel begriffen. Mit dem vollständigen In-Kraft-Treten und der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wird dies fortschreiten, auch weil das dortige Behindertenverständnis suchtkranke Menschen erfasst. Die Problematik soll daher im Rahmen der Evaluation des PsychKHG aufgegriffen werden.

9. welche konkreten Unterschiede es in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs hinsichtlich der an der Substitutionsbehandlung Beteiligten gibt, inwieweit beispielsweise in ländlichen Gebieten die Substitutionsversorgung jeweils anders organisiert ist als in den Städten und inwieweit sich hierbei Besonderheiten aufzeigen lassen;

Nach Auffassung der KVBW schlagen die allgemeinen Versorgungsengpässe im ländlichen Bereich unmittelbar auf die Versorgungssituation in der Substitution durch. Insofern könne schon pauschal von einem Stadt-Land-Gefälle ausgegangen werden. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Substitutionsschwerpunkte häufig den städtischen Kriminalitätsschwerpunkten folgen. Substitutionsschwerpunktpraxen dürften daher im ländlichen Bereich ohne finanzielle Unterstützung kaum haltbar sein.

Die Anreisestrecken von Patientinnen und Patienten aus den ländlichen Regionen in städtisch gelegene Schwerpunktpraxen seien teilweise sehr lang. Es bestehe die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten schon allein aufgrund fehlender finanzieller Mittel für die Nutzung des ÖPNV das Angebot einer Substitution in einer Schwerpunktpraxis nicht in Anspruch nehmen können. Es bestehe aber auch die Gefahr/Tendenz für bereits eingestellte Patientinnen und Patienten aus ländlichen Bereichen, zu häufig „Take-home“-Verordnungen zu bekommen.

Nach Auffassung der Landesstelle für Suchtfragen lässt sich die Zusammenarbeit mit ermächtigten Instituten z. B. in Schwerpunktpraxen besser organisieren. Dies sei häufig in Städten der Fall. Im ländlichen Raum mit mehreren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfolge die Zusammenarbeit häufig unsystematisch.

10. inwieweit die telemedizinische Behandlung im Bereich der Substitutionsversorgung bereits eine Rolle spielt bzw. wo konkret sie zukünftig eine Rolle spielen könnte;

Die KVBW berichtet, dass es bisher ein telemedizinisches Projekt in der Versorgung Straffälliger gebe. Eine telemedizinische Substitution Opiatabhängiger an den Haftanstalten Baden-Württembergs sei in Planung. Die allgemeine Substitutionsbehandlung sei in die telemedizinische Behandlung derzeit nicht einbezogen.

Fraglich sei auch, ob sie sinnvoll telemedizinisch eingesetzt werden könne. Nach Auffassung der KVBW stehen dem folgende Aspekte entgegen:

- Substitutionspatientinnen bzw. -patienten, insbesondere die der Schwerpunktpraxen, brauchen zwingend den enghemmen persönlichen Kontakt, die Kontaktdichte orientiert sich am Behandlungsverlauf.
- Es reicht nicht nur der verbale Austausch, notwendig sind auch teilweise körperliche Untersuchungen (z. B. ob Einstichstellen vorhanden sind) oder ein spontanes Drogenscreening.
- Nach Ziff. 4 der Richtlinie der BÄK zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger muss sich die substituierende Ärztin bzw. der substituierende Arzt im gesamten Behandlungsverlauf anhand des klinischen Eindrucks und gegebenenfalls unter Hinzuziehung laborchemischer Parameter ein Bild davon machen, ob die Patientin bzw. der Patient das Substitut in der verordneten Weise einnimmt sowie ob und in welchem Umfang ein Konsum anderer psychotroper Substanzen einschließlich Alkohol besteht. Dieser Eindruck kann nur aufgrund eines persönlichen Kontakts getroffen werden.
- Der Sichtbezug des Substitutionsmittels ist mit der Telemedizin unvereinbar.
- Soweit „Take-home“-Verordnungen verantwortet werden können, ist die Ausgabe des Rezepts mit einer persönlichen Konsultation verbunden (Ziff. 4.1 der Richtlinie der BÄK zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger).

11. welche monetären Anreize es für am Hilfeprozess Beteiligte gibt, an der Substitutionsbehandlung bzw. an der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Substitutionsbehandlung vor Ort teilzunehmen;

Die ärztlichen Leistungen werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet. Die Psychosozialen Beratungsstellen werden von Land, Kommune und Trägern finanziert. Leistungen der Teilhabe richten sich nach dem Bundes-teilhabe-gesetz (s. Ziffern 5 bis 7).

Für den ärztlichen Bereich hat die KVBW mitgeteilt, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als abschließender Katalog der vertragsärztlich abrechenbaren Leistungen unter Abschnitt 1.8 gesonderte Gebührenpositionen bei Substitutionsbehandlung vorsehe. Dabei seien die ärztlichen Verpflichtungen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger zu Grunde gelegt. Insoweit sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit über die (pauschale) Vergütung des EBM abgebildet. Zudem gebe es seit dem 3. Quartal 2017 in Baden-Württemberg regionale Zuschläge im Bereich Substitution. Nach den Auswertungen der KVBW seien die Honorare im Bereich Substitution insgesamt angestiegen. Die KVBW arbeite außerdem aktuell an der Einbeziehung von Substitutionspraxen in die Förderrichtlinie „Ziel und Zukunft“.

Ergänzend wird auf Ziffern 12 und 13 verwiesen.

12. welche konkreten Maßnahmen und weiteren Schritte sie aufgrund des seit Anfang des Jahres 2019 vorliegenden Abschlussberichts des Projektes „VSub – Verbesserung der behandlungsbezogenen und teilhabeorientierten Vernetzung in der Substitutionsbehandlung“ plant und inwieweit sich diese in eine umfassende Strategie zur Substitutionsversorgung in Baden-Württemberg einbinden lassen bzw. bereits eingebunden sind;

13. welche Gesamtstrategie sie im Hinblick auf eine umfassende Substitutionsversorgung in Baden-Württemberg verfolgt und welche konkreten Schritte und Maßnahmen diese beinhaltet.

Das Modellprojekt VSub zeigt, dass die Substitution in enger Abstimmung zwischen psychiatrischer bzw. suchtmmedizinischer Institutsambulanz und psychosozialer Beratungsstelle ein best-practice-Modell zur Substitutionsversorgung sein kann. VSub deutet auf drei wesentliche Fragestellungen hin, die weiter aufzuarbeiten sind: Erfassung und Finanzierung von Vernetzungsleistungen (insbe-

sondere fallunabhängige), Notwendigkeit von Qualitätsstandards (einrichtungsübergreifend und bezüglich psychosozialer Betreuung), Stärkung der Teilhabeorientierung im Rahmen der psychosozialen Betreuung. Zum Thema Vernetzung und Teilhabeorientierung gibt auch das Landes-ESF-Projekt Su+Ber (Sucht/Substitution und Beruf, Vernetzung mit der Arbeitsverwaltung) Hinweise.

Die Fragestellungen werden in der beim Ministerium für Soziales und Integration angesiedelten AG Substitution weiter behandelt.

Als nächster Schritt ist die Durchführung eines Substitutionsgipfels am 18. November 2019 geplant. Dabei sollen insbesondere verschiedene Lösungsansätze zur Sicherstellung der Substitution in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg dargestellt werden. Die Veranstaltung soll u. a. die praktische Organisation der Substitutionsversorgung in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg unterstützen.

In Vertretung

Prof. Dr. Hammann
Ministerialdirektor