

Krisenbewältigung durch aktive Kooperation

-

Drogenabhängige in Zeiten der Pandemie

Eine Kooperationsveranstaltung von

- Fachverband Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.
- Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der Freien Wohlfahrtspflege NRW
- LVR-Koordinationsstelle Sucht

**Dokumentation der Fachtagung
am 20. Mai 2022
in Köln-Deutz**



Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Koordinationsstelle Sucht
50663 Köln
www.lvr.de

Redaktion und Layout: Daniela Cirimele, Guido Gierling, Alexandra Peek

Druck: LVR-Druckerei

Köln, im März 2023

1. Auflage: 1-150

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

Begrüßung	5
Monika Schröder	
Grußwort Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW	9
Melany Richter	
Substitution in der Pandemie - Erfahrungen aus einer Schwerpunktpraxis	15
Dr. Stephan Walcher	
Kreativität, Mut und ein gesundes Maß an Pragmatismus - Erfahrungen aus der ambulanten Suchthilfe	25
Katharina Schütten	
Qualifizierte Akutbehandlung in der Covid-19-Pandemie Erfahrungen und Fragen aus der klinischen Praxis	33
Dr. Thomas Kuhlmann	
Arbeitsgruppe 1	43
<i>Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung</i>	
Udo Horwat und Dr. Bodo Lieb	
Arbeitsgruppe 2	47
<i>Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung</i>	
Dominik Neugebauer und Prof. Dr. Barbara Schneider	
Arbeitsgruppe 3	49
<i>Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung</i>	
Sebastian Winkelkemper und Dr. Ulrich Kemper	
Fazit	51
Dr. Thomas Kuhlmann	
Referentinnen und Referenten	53

Begrüßung

Monika Schröder

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Teilnehmende der heutigen 10. Kooperationsveranstaltung,

ich freue mich wirklich sehr, Sie alle in Präsenz hier im LVR-Horion-Haus in Deutz willkommen heißen zu dürfen. Ganz besonders herzlich begrüße ich an dieser Stelle Frau Richter aus dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Liebe Frau Richter, es ist schön, dass Sie heute dabei sein können – wenn auch nicht im Horion-Haus, sondern uns digital zugeschaltet.

Passend zum Tagungsthema beschäftigt uns Corona immer noch sichtbar und spürbar: auch hier im Tagungsraum sind Masken und Abstand weiterhin Teil unseres verantwortungsbewussten Miteinanders.

Die heutige Tagung wird in bewährter Weise durchgeführt vom Fachverband Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e. V., dem Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der Freien Wohlfahrtspflege NRW und der LVR-Koordinationsstelle Sucht, und sie ist bereits die 10. gemeinsame Veranstaltung.

Dafür danke ich insbesondere Herrn Dr. Kuhlmann, der uns immer wieder auch Anstöße für gemeinsame Aktivitäten gegeben hat. Es ist ebenfalls die erste Tagung ohne unsere ehemalige Kollegin Gerda Schmieder, die alle vorherigen Tagungen von Seiten der LVR-Koordinationsstelle Sucht mitorganisiert hat. Gerda Schmieder ist seit wenigen Wochen im wohlverdienten Ruhestand und erfreulicherweise bei der heutigen Jubiläumssitzung als Besucherin anwesend.

Mit der gemeinsamen Organisation der Tagungen wurde stets ein wichtiger Arbeitsgrundsatz der Suchtkrankenhilfe gelebt, nämlich der der Kooperation, Vernetzung und Zusammenarbeit.

Das Thema unserer heutigen Veranstaltung lautet dazu passend: „Krisenbewältigung durch aktive Kooperation – Drogenabhängige in Zeiten der Pandemie“

Zunächst einige Hintergrundinformationen zur Personengruppe:

Ungefähr 11,8 Millionen Tote waren laut dem World Drug Report 2019 weltweit mit Substanzgebrauchsstörungen assoziiert. Schätzungsweise benötigen 35 Millionen Menschen weltweit eine Behandlung wegen schädlichem Substanzgebrauch und nur 7 % von ihnen haben Zugang zu minimal effektiven Behandlungsmöglichkeiten.

In Deutschland weisen rund 600.000 Menschen einen problematischen Konsum von illegalen Substanzen auf (BMG). Obwohl die Zahl der Todesfälle in NRW im Zusammenhang mit Substanzgebrauch vor der Pandemie rückläufig war, konsumierten beispielsweise weiterhin etwa 53.000 Menschen regelmäßig Opiate.

Wir alle wissen, dass die Gründe für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit vielfältig sind und für verschiedene Personen sehr individuell und sehr unterschiedlich. Naheliegend ist jedoch, dass sich die Lebensumstände derer, die vor der Pandemie schon Schwierigkeiten im Alltag und in zwischenmenschlichen Beziehungen hatten, unter den pandemischen Bedingungen – im sogenannten „new Normal“ – nicht verbessert, sondern eher verschlechtert haben.

Begegnungen fanden eine Zeit lang fast ausschließlich digital statt. Beratungsstellen und Kontaktcafés blieben zeitweise geschlossen, ambulante und stationäre Behandlungen fanden unter anderen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen statt, die Arbeitsweisen von Behörden mussten sich erst anpassen, aber vor allem Menschen mit Substanzabhängigkeiten mussten sich umstellen.

Schon zu Beginn der Pandemie wurde in den Medien berichtet, dass Alkohol und Tabak von vielen Menschen regelrecht „gehamstert“ würden. Es wurde früh davon ausgegangen, dass der Konsum in der Isolation der Coronapandemie ansteigen würde. Die Befürchtung, dass die Pandemie mit all ihren Auswirkungen bereits bestehende soziale Ungleichheiten in der Bevölkerung nochmals verstärkt, könnte sich besonders bei Menschen mit Substanzabhängigkeiten zeigen: So ist zum Beispiel die Zahl der im Zusammenhang mit illegalen Substanzen verstorbenen Personen während der Coronapandemie angestiegen (laut Pressestelle der ehemaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Daniela Ludwig).

Die Verschreibung und die Abgabe von Substitutionsmitteln wurde zu Beginn der Pandemie zwar erleichtert, jedoch wurden – wie angeführt – gleichzeitig persönliche Angebote für Betroffene temporär reduziert bzw. ganz geschlossen.

An dieser Stelle ist ebenfalls anzuführen, dass in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen bereits vor der Pandemie Herausforderungen existierten, z. B. bei spezifischen oder betreuungsaufwändigen Maßnahmen, was durch Kosteneinsparungen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern zusätzlich verstärkt wurde.

Für diese Personen, die häufig in prekären sozialen Verhältnissen leben, stellen die pandemiebedingten Veränderungen ihrer Lebensumstände, vor allem der Wegfall persönlicher niedrigschwelliger Angebote, eine zusätzliche und sehr schwierige Belastung dar – unter anderem durch die damit einhergehende Isolation und Vereinsamung, z. B. durch die fehlenden Möglichkeiten, einfach einmal in Kontakt mit anderen Menschen zu kommen, eine kostenlose Mahlzeit zu erhal-

ten oder sich irgendwo duschen zu können.

Neben der Perspektive der Betroffenen galt es aber auch, die im Suchthilfesystem engagierten Personen mit ihren Ängsten, Sorgen, Unsicherheiten und persönlichen Herausforderungen nicht aus den Augen zu verlieren.

An dieser Stelle vielen Dank für Ihr Engagement und Ihre Einsatzbereitschaft in dieser ungewöhnlichen und unsicheren Zeit! In den letzten zwei Jahren haben Sie alle kreative Ideen entwickelt und flexiblere Strukturen entlang der Versorgungspfade aufgebaut, um Entlastung für Betroffene zu bewirken. Durch diese innovativen Ansätze und das Zusammenspiel von unterschiedlichen Akteur*innen wurde viel Positives erreicht. Von einigen dieser Projekte werden wir im heutigen Tagesverlauf auch noch hören.

Jetzt gilt es, diese Erfahrungen auszutauschen, denn auch in den kommenden Jahren werden Diskussionen um eine adäquate Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen bei sich permanent verändernden Produkten und Konsumformen, sowie die Bemühungen um langfristige Finanzierung von Angeboten zur Prävention und Therapie, nicht abreißen.

Darüber hinaus wird sich auch die immer schon heterogene Zielgruppe mit Sicherheit weiter verändern, beispielsweise durch das Thema Migration/Flucht. Hier ist der Krieg in der Ukraine mit den daraus resultierenden Fluchtbewegungen nur das naheliegendste und aktuellste Beispiel. Vor dieser komplexen Situation werden die Kompetenzen der im Suchthilfesystem und in der Politik tätigen Personen umso mehr gefragt sein.

Und genau das wurde auch bereits in der Begrüßung zur allerersten Kooperationstagung vor 20 Jahren formuliert: Hier wurden neben offensichtlichen Problemen der Finanzierung vor allem im Zusammenhang von Kooperation und Vernetzung strukturelle Probleme, wie die Grenzen der Versorgungssektoren oder Abstimmungen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, thematisiert.

„[...] Diese grundsätzlichen Probleme finden ihre Entsprechung in der konkreten Alltagspraxis der Kooperation der verschiedenen Versorgungsbeteiligten. Diese zu benennen und Lösungsansätze herauszuarbeiten, auch hierzu soll diese Fachtagung einen Beitrag leisten. Schließlich gilt es, den Blick nach vorne zu schärfen und Perspektiven zu entwickeln [...]“ (s. Tagungsdokumentation, damalige Begrüßung Hr. Görger, S. 4f).

In diesem Sinne bin ich gespannt auf die Ergebnisse unserer heutigen Tagung und wünsche Ihnen und uns allen einen anregenden – ganz realen – Austausch miteinander!

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Melany Richter

Sehr geehrter Herr Dr. Kuhlmann,
sehr geehrte Frau Schröder,
sehr geehrte Teilnehmende,
sehr geehrte Referierende,
liebe Organisator*innen,

ich freue mich, anlässlich des Fachtages „Krisenbewältigung durch aktive Kooperation – Drogenabhängige in Zeiten der Pandemie“ ein erweitertes Grußwort halten zu dürfen. Leider erlauben es mir dienstliche Gründe heute nicht, bei Ihnen zu sein, daher freue ich mich umso mehr, dass der LVR es so spontan möglich gemacht hat, dass ich Ihnen per Video zugeschaltet werde – vielen Dank an dieser Stelle an die Kolleg*innen des LVR.

Den Titel dieser Veranstaltung finde ich nicht nur wegen seiner thematischen Aktualität sehr gut gewählt. Er stellt die Zielgruppe, um die es heute gehen soll, nämlich drogenabhängige Menschen, klar in den Fokus. Und er steckt den Kontext ab, in dem diese Zielgruppe betrachtet wird, nämlich den Blick auf die Herausforderungen durch die Coronapandemie. Außerdem – und das gefällt mir besonders gut – verweist er auf eine Lösungsstrategie zur Krisenbewältigung, nämlich auf die aktive Kooperation. Zu diesen drei Punkten möchte ich in den kommenden etwa 15 Minuten einige Gedanken aus der Sicht des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen – kurz das MAGS – formulieren und einige unserer Erkenntnisse aus der Pandemiezeit mit Ihnen teilen.

Lassen Sie mich mit dem äußeren Kontext dieser Veranstaltung beginnen, mit der Coronapandemie. Die Coronapandemie hat deutlich gezeigt, dass Menschen in belastenden Lebenssituationen einen Weg suchen, mit diesen Belastungen klarzukommen. Bei der Bewältigung können soziale Kontakte helfen, sich mit Freund*innen zu

treffen, sich auszutauschen, gemeinsam Dinge zu unternehmen. Durch Corona wurde aber eine Reduzierung von Kontakten notwendig. Dadurch waren diese sozialen Unterstützungsmöglichkeiten eingeschränkt; Menschen fühlten sich mit ihren Ängsten und Sorgen allein gelassen.

Und nicht nur Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen sozialen Netze waren eingeschränkt, sondern auch die Beratungs- und Kontaktangebote durch das gesamte gesundheitliche und soziale Hilfesystem.

Gerade drogengebrauchende Menschen waren davon in besonderer Weise betroffen:

Persönliche Begegnungen waren während der Pandemie nur eingeschränkt möglich und wenn ja, dann nur in veränderter Art und Weise, etwa durch Abstandsregelungen, Spuckschutze oder das Tragen von Masken. Phasenweise konnten persönliche Begegnungen auch überhaupt nicht stattfinden. In diesen Phasen wurden Hilfe anbietende kreativ und nutzten, wo immer es möglich war, digitale Medien, Videochats oder das Telefon, um in Kontakt zu bleiben. So konnten während der Pandemie Hilfeangebote aufrechterhalten werden. Trotz dieser flexiblen und kreativen Lösungen der Beratungsstellen vor Ort war es leider nicht immer möglich, alle Klient*innen weiterhin zu erreichen. Die veränderten Kontaktbedingungen waren für einige Hilfesuchende nun mal nicht ausreichend niedrigschwellig.

Kontaktcafés mussten zeitweise schließen, Drogenkonsumräume konnten phasenweise nur eingeschränkte Angebote vorhalten, aufsuchende Arbeit und Streetwork waren erschwerten Bedingungen unterworfen. Es waren also insbesondere die niedrigschwelligen Angebote, die sich immensen Herausforderungen gegenüberstehen und in der Folge höhere Hürden für die Inanspruchnahme aufwiesen.

Auch in den Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe mussten neue Hygienekonzepte umgesetzt und Arbeitsabläufe angepasst werden. In der Folge kam es auch hier phasenweise zu Einschränkungen der Angebote, etwa im Bereich des qualifizierten Entzugs.

Selbst als all diese Hilfeangebote langsam in eine neue Normalität hineingefunden hatten, war weiterhin eine reduzierte Inanspruchnahme zu beobachten – mutmaßlich aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus, aber in einigen Fällen vielleicht auch, weil die veränderten Angebote nicht mehr denselben Spirit atmen konnten wie vor der Pandemie. Doch ich möchte an dieser Stelle nicht zu viele Gedanken vorwegnehmen, die später vielleicht noch von den Referierenden vorgetragen werden.

Seitens des Ministeriums haben wir versucht, an unterschiedlichen Stellen bei der Bewältigung der coronabedingten Herausforderungen zu unterstützen. Dies geschah etwa durch finanzielle Unterstützung bei der Anschaffung von digitaler Grundausstattung für die Suchthilfe. Außerdem wirkte das MAGS auf die Schaffung gesetzlicher Grundlagen auf Bundes- und Landesebene hin. Beispielsweise konnten in der Folge Leistungen des Gesundheitssystems auch ohne persönlichen Kontakt abgerechnet werden, etwa in Form von Psychotherapien per Video. Darüber hinaus war es wichtig, Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und Reha-Kliniken zu ermöglichen, um finanzielle Schieflagen und pandemiebedingte Insolvenzen zu verhindern. Doch eines konnten wir leider nicht: Das Virus wieder verschwinden lassen. In unseren Bemühungen dazu – Stichwort Covid-19-Impfungen – werden wir aber nicht nachlassen.

Sehr geehrte Teilnehmende,
lassen Sie mich nun den Blick auf die Zielgruppe der heutigen Veranstaltung werfen, auf drogenabhängige Menschen.

Das vorherrschende Bild von drogenabhängigen Menschen in der Bevölkerung ist leider noch immer ein stigmatisierendes: Drogenabhängige Menschen werden häufig als willensschwache

Leistungsverweigerer ohne Selbstkontrolle gesehen. Denn Sucht wird immer noch nicht hinreichend als Krankheit, sondern vielmehr als selbst verschuldeter Zustand angesehen. Das Klischee des drogenkonsumierenden Junkies als „Prototyp“ eines abhängigkeiterkrankten Menschen – ein Versager, der willens- und charakterschwach, disziplinos, und obendrein noch kriminell ist – hält sich leider beharrlich.

An diesen Zuschreibungen hat sich in Teilen der Bevölkerung in den letzten Jahren nur wenig geändert, auch wenn in Fachkreisen heute ein Verständnis von Sucht als Krankheit – daher auch die Bezeichnung der Abhängigkeitserkrankung – breite Anerkennung findet. Seit 1963 ist es die Intention der WHO, mit der Aufgabe des Suchtbegriffs zugunsten des Begriffes Abhängigkeit der Stigmatisierung abhängigkeiterkrankter Menschen entgegen zu wirken. Alltagssprachlich wird am Suchtbegriff mit seinen negativen Zuschreibungen und Deutungen jedoch nach wie vor festgehalten.

Abhängigkeitserkrankte Menschen erhalten beispielsweise oft weniger Unterstützung als Personen mit anderen Krankheiten. Nur eine Minderheit der Betroffenen lässt sich behandeln: Gründe dafür sind häufig Scham und die Einstellung, auch ohne fremde Hilfe in der Lage zu sein, vom Suchtmittel loszukommen. Selbstvorwürfe und die Angst vor sozialer Ausgrenzung, Ablehnung, Kontaktverlust und Isolation von Teilhabe an der Gesellschaft kommen hinzu.

Drogenabhängigkeit ist eine Erkrankung, die sich auf vielfältige Lebensbereiche auswirkt und die in vielen Fällen von weiteren Erkrankungen, insbesondere von psychischen Störungen, begleitet wird.

So vielfältig wie die Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung auf die davon betroffenen Menschen sind, so vielfältig müssen auch die Hilfeangebote sein. War die Behandlung von abhängigkeiterkrankten Menschen früher auf die Spezialeinrichtungen der Suchthilfe begrenzt, ist sie mittlerweile übergreifender Bestandteil mehrerer Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems.

Die Bandbreite reicht dabei von der qualifizierten medizinisch-pflegerischen Versorgung – sei es im Krankenhaus, in der Reha-Klinik oder ambulant, durch Fachärzt*innen, Pflegefachkräfte oder Suchttherapeut*innen – über die verschiedenen therapeutischen, sozialarbeiterischen und beratenden Angebote der Suchthilfe bis hin zur stützenden Begleitung und zum Austausch im Rahmen der Suchtselbsthilfe.

Hinzu kommen bei einigen abhängigkeiterkrankten Menschen weitere notwendige Hilfeangebote zur Bewältigung von Herausforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, etwa in Bezug auf die berufliche Weiterentwicklung, die finanzielle Situation oder die Wohnsituation.

In Nordrhein-Westfalen verfügen wir bereits über eine Vielzahl qualitativ hochwertiger Hilfeangebote in den unterschiedlichen Bereichen, die auch bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Nun gilt es also, diese Angebote so zu vernetzen, dass die Inanspruchnahme durch diejenigen, die von diesen Angeboten profitieren, auch sichergestellt werden kann. Denn das beste Hilfeangebot nützt einem abhängigkeiterkrankten Menschen nichts, wenn er es nicht nutzen kann – sei es aus Unkenntnis des Angebots oder aufgrund von Hürden bei der Inanspruchnahme.

Sehr geehrte Teilnehmende, lassen Sie mich an dieser Stelle kurz einen Aspekt ansprechen, der mich persönlich sehr berührt hat: Anfang dieser Woche wurden die aktuellen Zahlen zu den Drogentodesfällen veröffentlicht. Leider zeigt sich in NRW für 2021 ein sehr deutlicher Anstieg. Mit 693 Todesfällen erreicht die Zahl der Drogentoten den höchsten Stand seit 30 Jahren. Und bereits im Jahr 2020 war ein starker Anstieg um etwa 100 Menschen auf 401 Drogentote zu verzeichnen.

Wir werden das zum Anlass nehmen, in die Ursachenforschung einzusteigen. Ein Faktor, der vermutlich auch zu den gestiegenen Zahlen beigetragen hat, sind die vorgenannten Einschränkungen der niedrigschwelligen Angebote, insbesondere der Drogenkonsumräume. Drogenkonsumräume können Leben retten – die bittere, aber für zukünftige Überlegungen wichtige Erkenntnis ist,

dass das aber eben nur möglich ist, wenn sie in ausreichender Zahl und für alle Konsumwilligen zur Verfügung stehen. Denn bei der Arbeit der Drogenkonsumräume geht es nicht nur um die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen unter guten hygienischen Bedingungen konsumieren zu können, vielmehr kommt den Drogenkonsumräumen auch eine wichtige Rolle bei der Beratung zum Safer Use, zu Konsumalternativen oder aber auch zum Einstieg in den Ausstieg zu.

Wie Sie wissen, formiert sich derzeit eine neue Landesregierung. Für uns als Fachabteilung des Ministeriums wird es eine wichtige Aufgabe sein, die zukünftige Hausspitze für diese Thematik zu sensibilisieren und auf die Wichtigkeit dieses Themas hinzuweisen.

Sehr geehrte Teilnehmende, mit der im Titel benannten „aktiven Kooperation“ stellt diese Veranstaltung einen zentralen Aspekt für gelingende Hilfen für drogenabhängige Menschen in den Vordergrund.

Von aktiver Kooperation profitieren nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Kooperationspartner*innen.

In der heutigen Veranstaltung wird vor allem die Kooperation der „klassischen“ Bausteine des Suchthilfesystems in den Blick genommen:

Das klinikbezogene Hilfesystem mit seinen Angeboten des qualifizierten Entzugs und den vielfältigen Rehabilitationsangeboten.

Auch die niedergelassene Ärzteschaft, insbesondere die Schwerpunktpraxen, werden in die Kooperationsüberlegungen heute einbezogen.

Besondere Herausforderungen sehe ich hier in Bezug auf die Substitutionsangebote mit Methadon und Diamorphin.

Durch die Substitution wurde das Hilfeangebot für opioidabhängige Menschen deutlich verbessert und erweitert. Aktuell steht das System der Substitutionspraxen in NRW vor der Herausforderung eines Generationenwechsels mit der Notwendigkeit, aktiv um neue substituierende Ärzt*innen zu werben.

Und auch die ambulante Suchthilfe mit ihren niedrigschwelligen Angeboten wird heute einbezogen. Das ist gerade vor dem Hintergrund wichtig, da sie oft den Einstieg in das Hilfesystem darstellt und sich mit den vielfältigen Herausforderungen auseinandersetzt, denen sich abhängigkeiterkrankte Menschen gegenübersehen können. Stichworte hier sind drohende oder bereits eingetretene Wohnungslosigkeit, die Notwendigkeit sozialer Hilfen oder die Überleitung in weitere Hilfesysteme.

Da für uns als Land die Kooperation und Vernetzung der Suchthilfeangebote ein besonderes Anliegen ist, haben wir im Rahmen des Aktionsplans gegen Sucht mehrere Projekte mit dem Schwerpunkt vernetzte Suchthilfe gefördert. Eine Fortsetzung dieses Förderschwerpunktes ist angedacht.

Dass dem Land Vernetzung und Kooperation wichtig ist, möchte ich Ihnen hier auch anhand eines Beispiels zum Thema berufliche Teilhabe abhängigkeiterkrankter Menschen zeigen: Um die Kooperation zwischen der Suchthilfe und den Jobcentern zu fördern, gab es einen Dialog unter Federführung des MAGS. Dabei wurde ein Materialband erarbeitet, der als Hilfestellung für die Praktiker*innen zur beruflichen Integration abhängigkeiterkrankter Menschen dient. Dieser Materialband kann auf den Seiten des Ministeriums heruntergeladen werden.

Neben den von mir bereits benannten Kooperationspartner*innen des klassischen Suchthilfesystems möchte ich an dieser Stelle noch auf weitere, lohnenswerte Kooperationsmöglichkeiten hinweisen:

Zuvorderst sehe ich hier die Suchtselbsthilfe. Bei dem Weg aus der Sucht ist es wichtig, dass die betroffenen Menschen eine verlässliche und qualitativ hochwertige Begleitung erfahren.

Eine bedarfsgerechte gesundheitliche Regelversorgung bildet dafür die Basis. Doch nicht immer erreicht dieses System die Betroffenen sofort. Oftmals führt erst der Besuch einer Selbsthilfegruppe zu dem Entschluss, sich einer Suchtbehandlung zu unterziehen.

Daher ist die Unterstützung durch Expert*innen mit eigener Erfahrung so wichtig, also durch die Menschen, die selbst einen Umgang mit ihrer Abhängigkeitserkrankung gefunden haben.

Für uns als Land ist es wichtig, dass wir hier in Nordrhein-Westfalen eine starke Suchtselbsthilfe haben. Die Suchtselbsthilfe ist ein unverzichtbarer Teil unseres vielfältigen Suchthilfesystems. Gerade die aus eigener Betroffenheit heraus geleistete Arbeit der Suchtselbsthilfegruppen gibt abhängigkeiterkrankten Menschen eine von Verständnis und großer Sachkompetenz geprägte Unterstützung und Orientierung auf ihrer Suche nach einem geeigneten Weg in ein suchtmittelfreies Leben.

Das Land fördert deswegen nach einem erfolgreichen Modellprojekt eine Personalstelle beim Fachausschuss Suchtselbsthilfe NRW, um die Partizipation der Suchtselbsthilfe in Nordrhein-Westfalen zu unterstützen.

Und auch Kooperationen über das Suchthilfesystem hinaus sind sinnvoll und wichtig. Das von der AIDS-Hilfe NRW ins Leben gerufene Spritzenautomatenprojekt ist ein gelungenes Beispiel für ein erfolgreiches Zusammenwirken von AIDS-Hilfe und Suchthilfesystem. Durch dieses rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche und anonym zur Verfügung stehende Angebot der Überlebenshilfe finden intravenös drogengebrauchende Menschen einen leichten Zugang zu Safer Use Materialien und können so selber Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen.

Unsere Landesinitiative „Endlich ein Zuhause“ gegen Wohnungslosigkeit ist ein weiteres Beispiel dafür, wie verschiedene Hilfesysteme gewinnbringend für die betroffenen Menschen in Kooperation gebracht werden können.

Ein Baustein dieser Landesinitiative ist die Verstärkung aufsuchender Suchthilfe mit Blick auf wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen.

Dadurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Suchterkrankungen oftmals auch mit weiteren Lebensherausforderungen verknüpft sind und dass es in solchen Fällen wich-

tig ist, auf verschiedenen Ebenen Unterstützung anzubieten, um eine Suchterkrankung mit nachhaltigem Erfolg begleiten und behandeln zu können.

Gerade auch in der Coronapandemie hat sich gezeigt, wie wichtig eine gute Vernetzung der Hilfsstrukturen ist. Gute Vernetzung konnte in der ein oder anderen Situation, in der Hilfeangebote aufgrund notwendiger Corona-Schutzmaßnahmen eingeschränkt werden mussten, für die betroffenen Menschen alternative Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen.

Corona hat aber ebenso gezeigt, dass sich gerade die Pflege von Netzwerken während der besonders herausfordernden Phasen der Pandemie als schwierig erwiesen hat.

Die zusätzliche Zeit, die Corona bei der täglichen Arbeit gekostet hat, wurde in einigen Fällen bei

der Netzwerkpfege eingespart. Vielleicht gelingt es heute auch, hier Ideen zu entwickeln, wie so etwas in einer zukünftigen Pandemiesituation vermieden werden kann.

Sehr geehrte Teilnehmende,
ich freue mich sehr, dass Sie, die Akteur*innen des vielfältigen Suchthilfesystems, sich heute die Zeit für diese Veranstaltung genommen haben, denn ohne Sie kann aktive Kooperation nicht gelingen. Zum Wohle der drogenabhängigen Menschen sind Zusammenarbeit, Austausch und Vernetzung unverzichtbar.

Und nun möchte ich Ihnen viel Spaß an dieser Veranstaltung wünschen und interessanten Input sowie frische Ideen, wie aktive Kooperation gelingen kann!

Substitution in der Pandemie - Erfahrungen aus einer Schwerpunktpraxis

Dr. Stephan Walcher

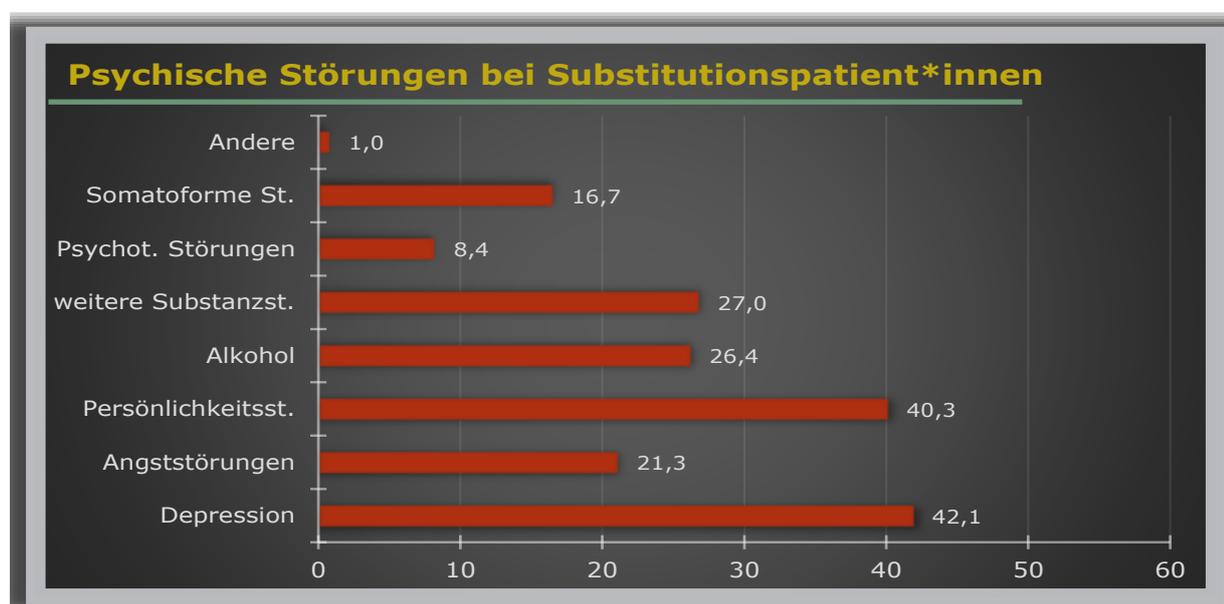
Sucht in Deutschland und was sich durch die Pandemie verändert hat

Hierzulande sind schätzungsweise etwa 150.000 bis 300.000 Patient*innen im Alter von 18 bis 64 Jahren opioidabhängig.

Hierzu im Vergleich – über 1.700.000 Menschen sind von einer Alkoholabhängigkeit betroffen.¹

Viele der Substitutionspatient*innen weisen psychiatrische Begleitsymptome auf, was sich im Zuge der Pandemie noch einmal drastisch verschlechtert hat.

Cobra/Premos Studie 2008-2012



- 50% major depression
strain et al. Drug Alcohol Den 1991; 27:127-134
- 30% Depression/Angststörungen
Krausz et al. Addict Behav 1998; 23:767-83
- 10% Psychosen
Krausz et al. Addict Behav 1998; 23:767-83

- 65% mit psychiatrischer Komorbidität
Regier et al. JAMA 1990; 264:2511-18
- 37% antisoziale Persönlichkeitsstörung
Kidorf et al. Drug and Alk Den 2004
- 5/1 Frauen mit posttraumat. Belastungsstörung
Schäfer, Koc et al. Vortrag HH und HB

Bei Dreiviertel der Patient*innen sind psychiatrische Komorbiditäten Realität und nur ein Viertel von ihnen wird adäquat behandelt. Viele Betroffene entwickelten Angstzustände oder zeigten ein zunehmend aggressives Verhalten, viele ertrugen ihren engen, einsamen oder sozial überfüllten Lebensraum nicht mehr während des Lockdowns.

Die Folge – ein Wegbrechen der Szene und der erschwerte Zugang zu illegalen Suchtstoffen führte zu einem gesteigerten Ersatzkonsum verschreibungspflichtiger Substitutionsmittel und Opioidersatzstoffen², um etwa Angstzustände während der Pandemie zu kontrollieren.

Hinzu kommt, dass ein deutlich gesteigener Bewegungsmangel, vor allem während der Zeit des Lockdowns, den Gesundheitszustand der Betroffenen zusätzlich verschlechtert hat.

Dabei zeigte sich auch eine deutliche Veränderung und Zunahme bei den nicht-substanzge-

bundenen Süchten in den zurückliegenden zwei Jahren. Eine Übersicht der geschilderten Veränderungen bei den substanzgebundenen und nicht-substanzgebundenen Süchten, als Folge der Pandemie, zeigt die nachfolgende Tabelle:

Bereich	Daten & Fakten	Entwicklungen während der Pandemie
TV/Internet	<ul style="list-style-type: none"> Jugendliche bis 18 Jahren: 13.000 h Schule vs. 25.000 h Fernsehen/Computer Jugendliche in den USA bis zum 10. Lebensjahr: 8.000 Morde + 100.000 Gewalttaten 	Zunahme Streaming (z. B. Netflix + 28 %) und Online-Handel + 16,5 % nach Lockdown
Spielsucht	<ul style="list-style-type: none"> 2 Mio. Spielsüchtige in Deutschland 	Online-Gaming + 43 %
Sex	<ul style="list-style-type: none"> 400.000 Prostituierte & 7 Mrd. € Umsatz in Deutschland Während Corona: Prostitution verboten – aber eigentlich nur Verlagerung „in den Untergrund“, wie z. B. auf Ebay Kleinanzeigen – dort kein Schutz mehr: <ul style="list-style-type: none"> Frauen werden wieder Freiwild/erpressbar zusätzliches Aggressionspotential trifft schutzloses Ambiente kein Infektionsschutz für alle, dazu schlechter Zugang zu HCP Zusätzlich: fast kompletter Verdienstaustausfall, Verelendung (z. B. Moldawien) 	Umsatz der X-Sites steigt enorm (Pornhub + 400 %)
Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> + 31,2 % Alkoholumsatz ab März 2020 „Einsames Trinken“ 1/3 der Homeoffice-Befragten trinkt (viel) mehr 	Zunahme v. a. bei Gebildeten
Illegale Suchtstoffe	<ul style="list-style-type: none"> Alleine konsumieren ist gefährlicher, da unsichtbar Schwarzmarkt fällt auf, wenn niemand draußen ist Preise steigen, z. B. + 220 % Großhandel, + 45 % Szene (Kokain); dabei Qualitätsabfall – bis zu 70 % Ephedrin-Verschnitt für Kokain Mehr Ausweichsubstanzen (BZDs, Syn Cann, Prega, NPS), wenn Nachschub wegbricht oder Preise steigen; gefährliche Wechselwirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> „Prescription Drug Abuse“ – verschreibungspflichtige Substitutionsmittel als Ersatz (z. B. Fentanyl) Stark gestiegene Mortalität unter Opioidabhängigen (insbesondere durch synthetische Opioiden, opioide Schmerzmittel) neue Beschaffungswege (starker Anstieg beim Handel über das Darknet)

Tab. 1: Übersicht zur Entwicklung von nicht-substanz- und substanzgebundenen Süchten während der COVID-19-Pandemie (Ausgewählte Suchtbereiche, Daten aus [3],[4],[5])

Fazit:

- Viele Menschen ertragen ihren engen, einsamen oder sozial überfüllten Lebensraum nicht ohne verstärkten „Schutz“
 - Die „Lage“ macht Angst und Aggression
 - DarkWeb und Online-Marktplätze (wie z. B. „Silkroad“) gewinnen an Bedeutung
 - Einrichtungen – insbesondere stationäre – stellen ihre Arbeit weitgehend ein
- Versorgung wird riskanter:
 - Qualität?
 - Fahndungsdruck steigt (leere Straßen)
 - Angst vor Krankenhaus steigt
 - Preise fast verdoppelt (v. a. auf dem Pflanzmarkt, ab Mai wieder rückläufig)

Die Versorgungssituation als zusätzliche Herausforderung

Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auch in der Problematik des zunehmenden Fachkräftemangels in der Suchtmedizin in Deutschland.

Immer mehr opioidabhängige Patient*innen sind auf eine medikamentös unterstützte Substitutionsbehandlung angewiesen.

Dem gegenüber steht eine stetig sinkende Zahl substituierender Ärzt*innen (Abb. 1).

Die Coronapandemie hat diese Lage zusätzlich verschlimmert, sodass eine ausreichende medizinische Versorgung der Betroffenen auf absehbare Zeit nicht mehr geleistet werden kann.

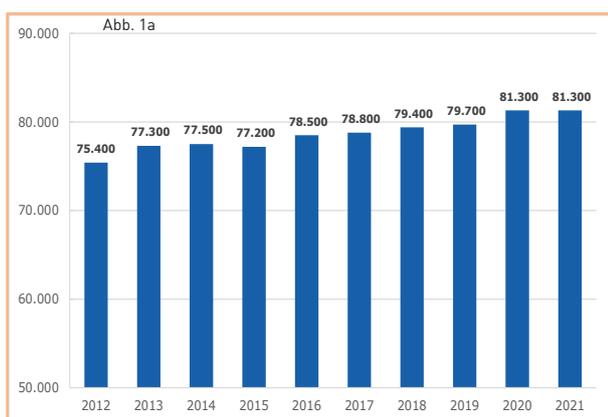
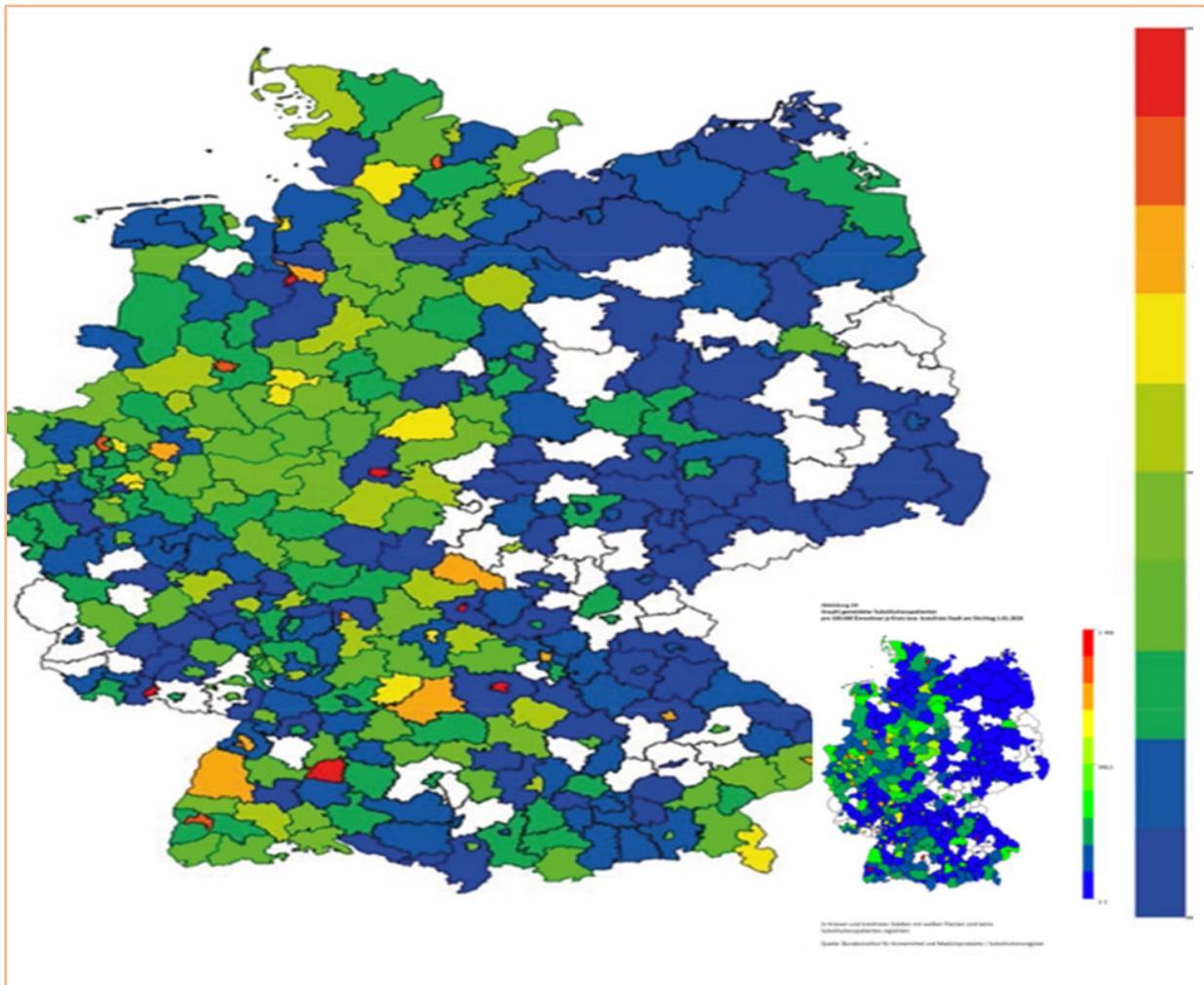


Abb.1: a) Anzahl gemeldeter Substitutionspatient*innen und b) Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzt*innen in Deutschland von 2012 bis 2021.

Grafik nach Daten vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Substitutionsregister 2022. (Daten aus [6])

Das folgende Bild (Abb. 2)⁶ zeigt die inzwischen äußerst lückenhafte Versorgungslandschaft in Deutschland:



Die Ursachen dieser „Versorgungskrise“ sind komplex und vielseitig. Als Meinungen und mögliche Gründe für die geringe Anzahl substituierender Ärzt*innen im Verhältnis zu der steigenden Patient*innenzahl gelten ⁷:

- ein altersbedingter Rückgang (zunehmende Pensionierung),
- eine fehlende Attraktivität der Suchtmedizin (Therapiezeit an sich und Patient*innenkollektiv),
- gesetzliche und rechtlich-administrative Barrieren,
- zu bürokratische Durchführungsbedingungen,
- ein schlechtes Image und Stigmatisierung,
- eine praxisferne Honorierung,
- mit der COVID-19-Pandemie zunehmende Ängste und die „Gelegenheit“ jetzt endlich auszusteigen (Durchschnittsalter substituierender Ärzt*innen bereits jetzt über 62 Jahre)

Es werden dringend Maßnahmen erforderlich, um der Herausforderung einer mangelnden suchtmmedizinischen Versorgung entgegenzuwirken und die aktiven Substitutionsärzt*innen zu entlasten. Lösungsansätze, wie die Fördermaßnahmen und Subventionen der KV Baden-Württemberg, stellen einen wichtigen ersten Schritt und Inspiration für die Zukunft dar.

Reaktionen von Patient*innen und Behandler*innen auf die Coronakrise

So wie die meisten Menschen sehr unterschiedlich mit den veränderten Bedingungen durch die COVID-19-Pandemie umgingen, zeigten sich auch bei den Substitutionspatient*innen und -ärzt*innen verschiedene Reaktionen in dieser Zeit. Der Vortrag versuchte ein Stimmungsbild und Einblick in die Gemütslage von Betroffenen, den Behandler*innen und weiteren, im Rahmen der Substitutionstherapie tätigen Personen, (Abb. 3) zu geben.

Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) unter Substitutionsärzt*innen bestätigte die vor allem zu Beginn der Pandemie vorherrschenden Sorgen im Hinblick auf die Folgen für die Patient*innen und mögliche existenzbedrohende Einkommensverluste.

Trotz der mit monetären Einbußen verbundenen Zunahme an Take-Home-Verschreibungen, ließen sich finanzielle Probleme der Behandler*innen durch eine verbesserte EBM-Zifferbewertung und die Möglichkeit der Abrechnungen zusätzlicher Gespräche auch via Video und Telefon ab Q2 2020 auffangen.

Reaktionen der Patient*innen (Auswahl)

- z. B. völliges Ignorieren, Unverständnis auf Restriktionen
- auch teils panische Reaktionen (z. B. massive Zunahme Fehltag, starke Nachfrage nach Take-Home- und Apotheken-Substitution, überstürzte Selbstentgiftungen)
- aber auch dünnhäutige Reaktionen und massiver Anstieg bei Nachfragen nach Beratung und Krisengesprächen
- auch Nachfrage nach Benzodiazepinen und Pregabalin

Reaktionen der Ärzt*innen (Auswahl)

- mitunter ebenfalls Angst (teils panische Schließungen, "Urlaub", "Ruhestand", "Quarantäne-Wochen")
- zunehmende Take-Home-Verordnung
- Einrichtung von Online-Angeboten & Videosprechstunde
- Ausstattung mit Schutzausrüstung & regelmäßige Testung
- Aufbau von Quarantäne-Teams, die unabhängig voneinander arbeiten
- veränderte Praxis-Ausstattung (z. B. Quarantäne-Zelte)

Reaktionen von Institutionen und Politik (Auswahl)

- Handreichung der DGS zu Covid-19-Pandemie und Substitution
- 10-Eckpunkte Papier Versorgungssicherung in der Opioid-Substitution
- SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgung des BMG 07.04.2020
- Ankündigung besserer Schutzausrüstung ab Februar: Eintreffen von Miniaturmengen, bisher keine Kostenübernahme für Selbstbeschaffung

Abb. 3: Übersicht zu Reaktionen von Patient*innen, Ärzt*innen sowie von Institutionen auf die Coronapandemie

Auswirkungen der Pandemie auf einzelne Behandlungsansätze der Substitutionstherapie

Die größte Einschränkung betraf die therapeutischen Maßnahmen in Zusammenhang mit der anfänglichen Entgiftung und beginnenden Substitutionstherapie der Patient*innen, da mit dem Lockdown ab dem 15. März 2020 fast keine stationäre Behandlung mehr möglich, die Drogenberatung weitgehend abgemeldet und psychiatrische und traumatherapeutische Betten sowie sonstige Notschlafstellen und Kontaktläden geschlossen waren.

Bei Patient*innen, bei denen ein behutsames Ausschleichen des Substituts im Vordergrund steht, zeigten sich unterschiedliche Trends – manche wollten aus Sorge vor weiteren Lock-

down-Maßnahmen möglichst schnell entgiftet werden, andere baten um eine Aufstockung ihrer Dosierungen um „ihren Ängsten im Lockdown begegnen zu können“, „evtl. länger durchzuhalten“ oder um die Wirkung ihres komorbiden Substanzkonsums zu kompensieren.

Die Langzeitsubstitutionsbehandlung war das einzig verbliebene Flächenangebot, verzeichnete aufgrund des eingeschränkten Praxisbetriebs dennoch einen 20 %-igen Rückgang.

Ein weiteres Problem stellte der vorübergehende Ausfall in der Versorgung mit retardiertem Morphin dar, das nach österreichischen Daten die beste Haltequote ermöglicht.

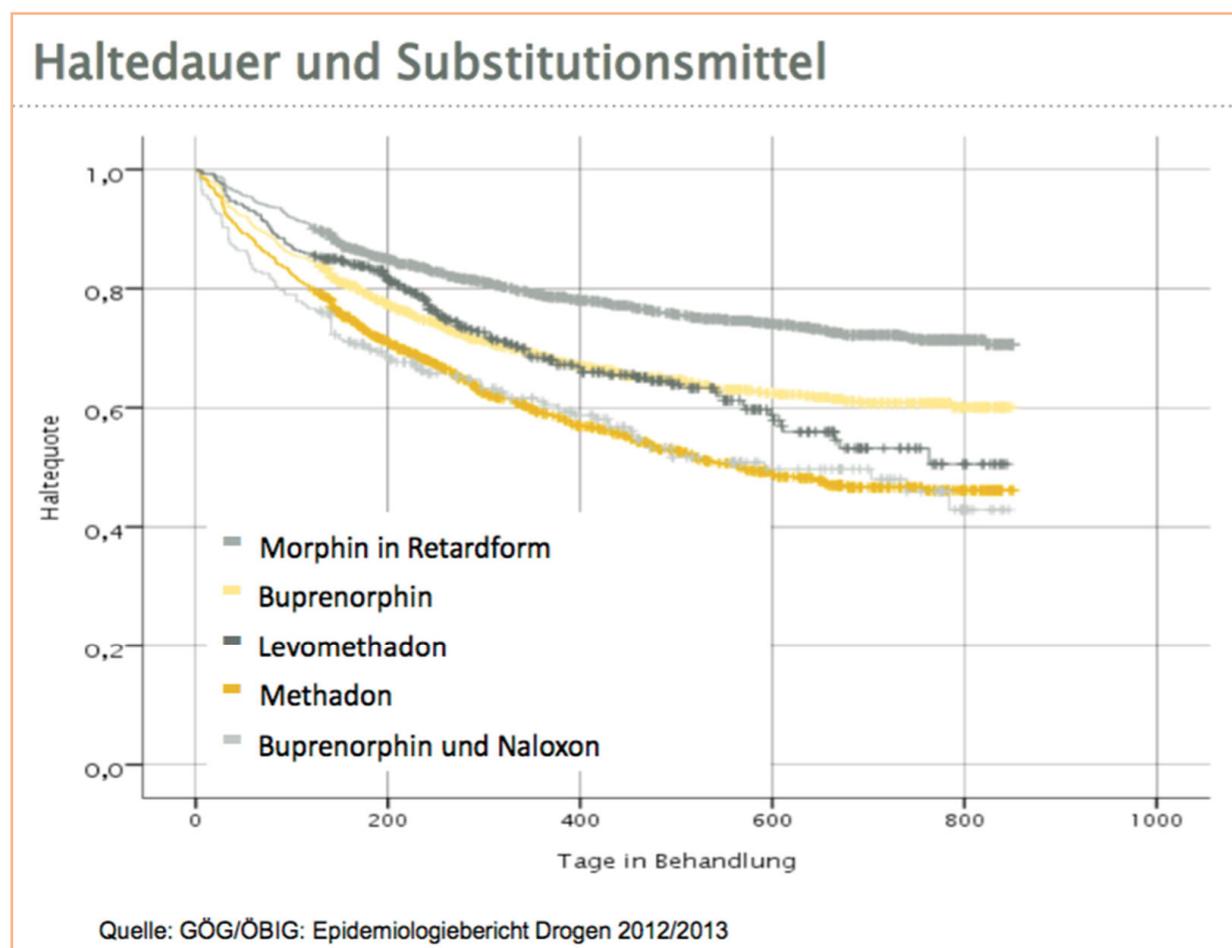


Abb. 4: Haltequote und Substitutionsmittel

In diesem Zusammenhang und in Anbetracht der zunehmenden Zahl an Therapieunterbrechungen während der Pandemie müssen auch die Folgen eines Abbruchs der Substitution bedacht werden:

So haben Studien gezeigt, dass sich hierdurch die Todesraten vervielfachen können und das Rezidivrisiko enorm steigt (66 % bzw. 98 % Rückfälle nach 25 Monaten bei freiwilligem bzw. unfreiwilligem Abbruch) ⁸.

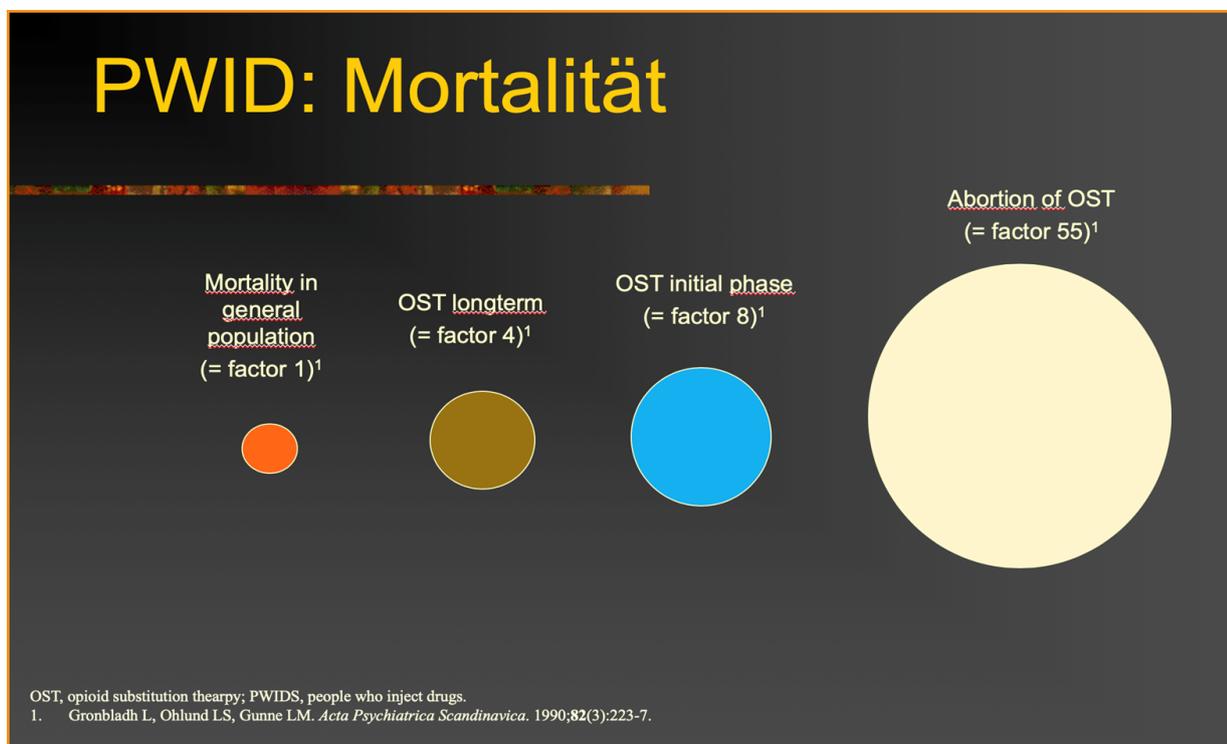


Abb. 5: PWID: Mortalität

Sicherheitsvorkehrungen in Praxis und Gefängnis

Um einem Infektionsrisiko bestmöglich vorzubeugen, wurden mit Beginn der Coronapandemie verschiedene Sicherheitsvorkehrungen bei der Therapie und Betreuung von Substitutionspatient*innen getroffen.

Neben der Einhaltung der gängigen Hygienevorschriften zur Handdesinfektion, dem Tragen einer (FFP2-) Maske und der Abstandsregelung, betraf dies etwa die Verwendung spezieller Schutzausrüstung für das Personal oder die Begrenzung des Wartebereiches auf maximal bis zu fünf Patient*innen.

Zudem wurden nach Möglichkeit Wartebereiche auch ins Freie verlegt (z. B. durch die Errichtung

von Wartezelten), Wartenummern vergeben, separate Praxisein- und Ausgänge geschaffen und ergänzende Verglasungen installiert, um etwa bei der Ausgabe und bei der Beratung einen zusätzlichen Schutz zu bieten.

Weitere Maßnahmen betrafen die zuvor bereits erwähnte Ausweitung der Take-Home-Rezeptionierung, die Möglichkeit von Online-Konsultationen oder die Vergabe von Substitutionsmitteln im Rahmen von Hausbesuchen.

Auch im Justizvollzug wurden im Rahmen der Versorgung inhaftierter Substitutionspatient*innen verschiedene Maßnahmen getroffen: So wurde etwa versucht die Gefangenzahlen zu reduzieren, indem bei leichteren Delikten nach Möglichkeit die Umwandlung in Geldstrafen oder ein verzögerter Haftantritt angestrebt wurde.

Weiterhin erfolgte eine Einteilung des Gefängnispersonals in Schicht-Teams, frisch Inhaftierte wurden in separaten Quarantänebereichen untergebracht und generell wurde versucht innerhalb der Einrichtungen die Bewegung zwischen einzelnen Abteilungen einzuschränken. Besuche wurden restriktiv auf maximal einzelne Personen (+ ggf. ein zusätzliches Kind) beschränkt, wobei sämtliche Hygienevorschriften für das Personal, die Inhaftierten und die Besucher*innen galten.

Zudem wurden spezielle Impfaktionen durchgeführt, beispielsweise über organisierte Busse des Deutschen Roten Kreuzes.

Fazit

Die Pandemie führte zu massiven Einschränkungen insbesondere für die Substitutionpatient*innen. Die Enge in den Wohnungen und Unterkünften führte während des Lockdowns zu Angst, Aggression, einem erhöhten Ansteckungsrisiko und der Gefahr von Beikonsum.

Großzügige Take-Home-Verschreibungen und Verordnungsregeln der Politik, Video-Sprechstunden bzw. verstärkte Online-Erreichbarkeit von medizinischen und psychosozialen Angebo-

ten, strikte Hygiene/Masken-Regeln, ein großes Engagement der Ärzt*innen sowie des Praxispersonals und auch die hohe Toleranz und später Impfbereitschaft der Patient*innen ermöglichten es weitere nennenswerte Ausbrüche zu verhindern und gleichzeitig die suchtmmedizinische Versorgung zu gewährleisten.

Vieles davon hat sich bewährt und wird wohl auch in Zukunft bleiben. Das zeigt die bisher immer noch hohe Resilienz der ambulanten Suchtversorgungsstrukturen. Aber manche gute Regelung, wie die verbesserte Gesprächsvergütung (8 statt 4 suchtmmedizinische Gespräche pro Quartal in der Substitution), ist schon wieder zum 01. April 2022 eingestellt worden – dabei ist die Pandemie noch nicht einmal vorüber. Und es muss erneut vor dem Problem – auch ohne Pandemie schon – von Versorgungsengpässen bei Personal und Medikamenten (z. B. Substitol[®]) und der Gefahr von Unterbrechungen in der Betreuung der Patient*innen ambulant und noch dramatischer stationär gewarnt werden: mehr als 30 % aller Drogentode ereignen sich an solchen Schnittstellen!



Quellenangaben:

1 Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2012, Statistisches Bundesamt 2011, Epidemiologischer Suchtservey 2012

2 Krause D, et al. High Concomitant Misuse of Fentanyl in Subjects on Opioid Maintenance Treatment. *Subst Use Misuse*. 2017; 52(5):639-645.

3 ZI Sel. Ges. Nürnberg 05/2020; FR 12.5.2020; Association Between Youth Smoking, Electronic Cigarette Use and Coronavirus August 11/2020; UN Drogenbericht Corona; DW 26.06.2020

4 National Institutes of Health (NIH). National Institute on Drug Abuse. Overdose Death Rates: <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates> (letzter Aufruf: 21.07.2022)

5 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA special report: COVID-19 and drugs – Drug supply via darknet markets: <https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc/covid-19-and-drugs-drug-supply-via-darknet-markets> (letzter Aufruf: 21.07.2022)

6 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Substitutionsregister 2022. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2022.html (letzter Aufruf: 21.07.2022)

7 10-Eckpunkte-Papier 2020; COBRA/PREMOS-Studie, DGS-Umfrage 2020

8 JBS 07, EMCDDA 05/06, Appel 2006

Kreativität, Mut und ein gesundes Maß an Pragmatismus - Erfahrungen aus einer der ambulanten Suchthilfe

Katharina Schütten

1. Die Drogenhilfeeinrichtung Kick

Die Drogenhilfeeinrichtung Kick integriert unter der Trägerschaft der aidshilfe dortmund e. v. ein differenziertes System niederschwelliger Basishilfen von der reinen Überlebenshilfe bis zur Vermittlung in eine Entgiftungsbehandlung.

Konkret bedeutet das: Während der gesamten Öffnungszeiten stehen den Besucher*innen sämtliche nachfolgend skizzierten Angebote der Einrichtung zur Verfügung.

Entsprechend der Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention sowie differenzierter Begleitungs- und Betreuungsaktivitäten werden diese von einem interdisziplinären Team von Mitarbeiter*innen mit medizinisch/krankenpflegerischer und sozialpädagogischer Ausbildung erbracht.



Kontaktcafé

- Mit verschiedenen Angeboten der Grundversorgung, als Aufenthalts- und Rückzugsmöglichkeit und zur Herstellung und Stabilisierung des Kontaktes.
- Mit der Bereitstellung von Hygieneangeboten wird ein weiterer Beitrag zu gesundheitlicher Stabilisierung geleistet: Drogenkonsument*innen haben die Möglich-

keit, ihre Wäsche zu waschen und sich zu duschen oder zu rasieren. Gerade der großen Zahl obdachloser Personen ermöglicht dies ein Leben unter menschenwürdigeren Bedingungen.

Schließlich können drogengebrauchende Personen im Café unentgeltlich benutzte Spritzen gegen steril verpackte tauschen und weitere Utensilien für einen gesundheitsschonenden Konsum erwerben.

- Insgesamt werden hier monatlich durchschnittlich mehr als 24.900 Spritzen oder Nadeln getauscht. Hinzu kommt die Nutzung von etwa 10.000 Konsumutensilien im intravenösen Konsumraum.

Angesichts der hohen Infektionsrate von Drogenkonsument*innen mit Hepatitis und auch HIV/AIDS ist dies durch die Vermeidung der Benutzung gebrauchter Spritzen eine grundlegende Maßnahme der Überlebenshilfe. Durch die Abgabe steriler Utensilien wird zudem das Risiko schwerer gesundheitlicher Schädigungen – etwa durch Abszesse – reduziert.

Nicht zuletzt wird durch die fachgerechte Entsorgung einer derart hohen Zahl an Spritzen die Gefahr öffentlicher Spritzenfunde deutlich gemindert.

- Täglich steht ein umfangreiches gesundes und kostengünstiges Ernährungsangebot bereit, das häufig auftretender Mangelernährung entgegenwirken soll.

Beratung

- Mit akzeptanzorientiertem Ansatz als Krisenintervention, Sozialberatung, Safer-Use-Beratung und Informationsvermittlung zu Infektionskrankheiten sowie Vermittlung in Entgiftung oder Substitution und in weiterführende Hilfeinrichtungen.

- Durch die ständige Anwesenheit mehrerer sozialpädagogischer Fachkräfte besteht für alle Besucher*innen jederzeit die Möglichkeit zur unbürokratischen Inanspruchnahme professioneller Begleitung und Unterstützung – also u. a. ohne Terminabsprache.

- Vielfach nutzen Besucher*innen die eher offene Atmosphäre im Cafébereich, um zu den Mitarbeiter*innen unverbindliche Vertrauensbeziehungen aufzubauen. Sie nutzen dann deren Reflexionshilfen, Informationsvermittlungen und konkreten Hilfestellungen bei lebenspraktischen Fragen oder psychosozialen Problemlagen.

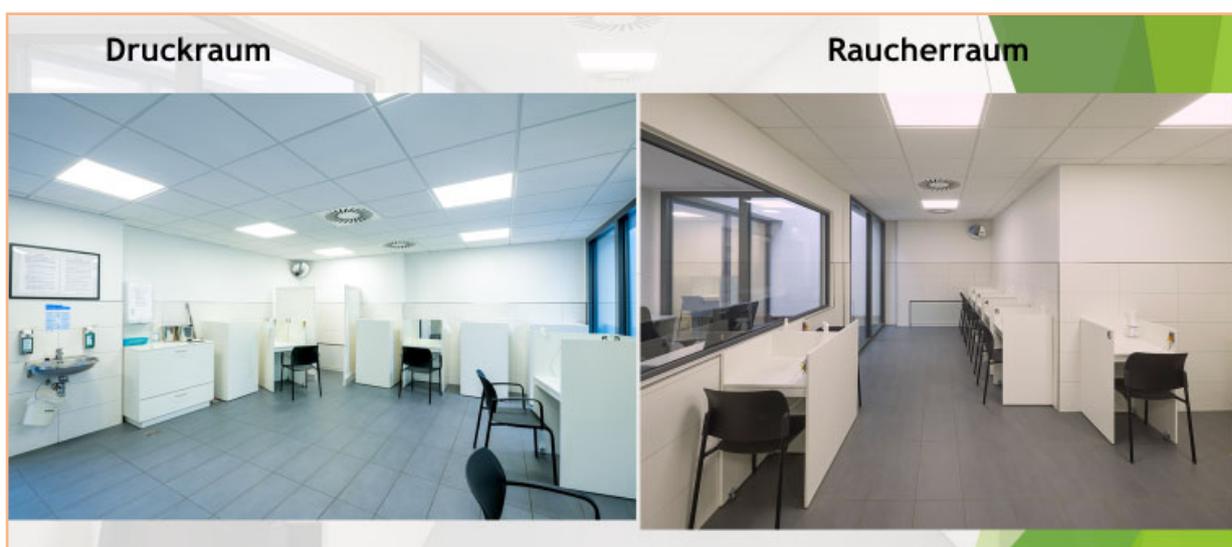
Drogentherapeutische Ambulanz

- Zur medizinischen Behandlung und Betreuung auch ohne Versicherungsstatus.

Drogenkonsumraum

- Mit der Möglichkeit zum legalen Konsum illegaler Drogen unter hygienischen, stressfreien und medizinisch kontrollierten Bedingungen. Mit 23 Konsumplätzen der größte Drogenkonsumraum in Deutschland.

Derzeit können 8 Personen den intravenösen Konsumraum und 15 Personen den inhalativen Konsumraum gleichzeitig nutzen.



2. Coronapandemie: Erfahrungen nutzen, um handlungsfähig zu bleiben

Wie in jedem Bereich der Gesellschaft hat die Coronapandemie auch in Suchthilfeeinrichtungen wie dem Kick, Unsicherheiten – sowohl fachlich als auch personell – ausgelöst.

In der Mehrzahl der Einrichtungen sowie auch in der Drogenhilfeeinrichtung Kick konnte aber schnell gehandelt werden, weil Sucht- und Drogenhilfe, wie auch die Aidshilfe, geübt ist im Umgang mit einer chronisch schwer erkrankten Klientel. Teilweise lebensbedrohliche Infektionen wie Hepatitis A, B, C, Tuberkulose, HIV usw. sind für Suchtkranke immer ein bestehendes Risiko und somit fester Bestandteil in den Beratungs- und Behandlungssettings der Drogenhilfeeinrichtung Kick.

Diese Kernkompetenz, die über viele Jahre gewonnenen Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsprävention, der Schadensminimierung und das Vorhalten von Hygieneangeboten, haben geholfen, mit der für alle Beteiligten anfänglich völlig unklaren Situation schnell umzugehen.

Zudem konnten die etablierten und gut funktionierenden Kooperationen zwischen verschiedenen Sucht- und Aidshilfeträgern und dem Suchtselbsthilfenetzwerk vollumfänglich für gegenseitige Unterstützung und fachlichen Austausch genutzt werden.

3. Konkrete Auswirkungen auf unsere Arbeit (in zeitlicher Reihenfolge)

Grundsätzlich konnten wir den Betrieb unserer Einrichtung über fast den ganzen Zeitraum der Coronapandemie ermöglichen. Die größten Einschränkungen für unsere Besucher*innen gab es im Bereich der Konsumraumnutzung, da aufgrund der Abstandsregelungen hier die Menge der Plätze um teilweise mehr als 60 % reduziert werden mussten.

Dies hatte natürlich auch Auswirkungen auf den öffentlichen Konsum, da Klient*innen aufgrund von längeren Wartezeiten ihren Konsum in die Umgebung verlagerten.

Dadurch ergaben sich, neben ordnungspolitischen, insbesondere gesundheitsgefährdende Auswirkungen, da diese Klient*innen nicht unter hygienischen und medizinisch abgesicherten Bedingungen konsumieren konnten.

Zudem war über einen längeren Zeitraum unklar, wie die Ausgabe von Essen und Trinken in unserer Einrichtung gewertet wird. Durch die anfängliche Zuweisung als Gastronomie waren hier deutliche Einschränkungen notwendig. Dazu gehörte auch die Aufnahme der Nachverfolgungsdaten. Die Aufnahme der Daten unserer Klient*innen führte einerseits zu einem großen personellen Mehraufwand und andererseits verfiel damit die anonyme und niederschwellige Zugangsmöglichkeit in unsere Einrichtung. Durch beharrliche Gespräche mit der Kommune konnten hier aber schrittweise Lockerungen für unsere Besucher*innen erreicht werden.

17.03.2020 bis 23.03.2020

- Unsere Einrichtung war bis auf den Spritzen-tausch geschlossen.
- Grund dafür waren ein hoher Krankenstand sowie die Notwendigkeit, zukünftige Hygienemaßnahmen und Beschränkungen aufgrund der Coronapandemie vorzubereiten und zu klären.

24.03.2020 bis 31.05.2020

- Wiedereröffnung mit deutlich reduzierten und den Bedingungen angepassten Angeboten.
- Maximal 15 Besucher*innen durften die Einrichtung gleichzeitig betreten.
- Café und Aufenthaltsbereich waren geschlossen, es gab aber eine To-Go-Variante.
- Beratungen und medizinische Behandlungen wurden nur im Notfall durchgeführt.
- Konsumplätze wurden reduziert (inhalativ: von 15 auf 5; intravenös: von 8 auf 3).
- Reduzierung der Öffnungszeiten um eine Stunde am Nachmittag, um ausreichende Hygienemaßnahmen nach dem Tagesgeschäft durchführen zu können.

Ab dem 01.06.2020

- Es wurden wieder die regulären Öffnungszeiten eingeführt.
- Maximal 25 Besucher*innen durften gleichzeitig in die Einrichtung.
- Es mussten die Nachverfolgungsdaten erfasst werden.
- Café und Aufenthaltsbereich wurden mit 6 Tischen à 1 Einzelplatz wieder geöffnet.
- Beratung und medizinische Hilfen unter Einhaltung der Schutzvorkehrungen wurden wieder kontinuierlich angeboten bzw. nicht auf Krisen- und Notfallsituationen reduziert.
- Die Zahl der Konsumplätze wurde geringfügig erhöht (inhalativ von 5 auf 7; intravenös von 3 auf 4).
- Reduzierung der Zeitspanne vom Konsum (von 30 auf 15 Minuten), um Warteschlangen entgegenzuwirken.

Ab dem 16.12.2020

- Aufgrund eines erneuten Lockdowns wurde der Aufenthalt wieder geschlossen, aber der Cafébereich zur Essenaufnahme war weiterhin möglich; Trinken nur zum Mitnehmen.
- Der Hofbereich wurde zeitweise geschlossen, da Frequentierung und Mindestabstand kollidierten.

- Zwischendurch immer wieder Anpassungen der Einschränkungen nach Inzidenzwert und aktueller Coronaschutzverordnung.

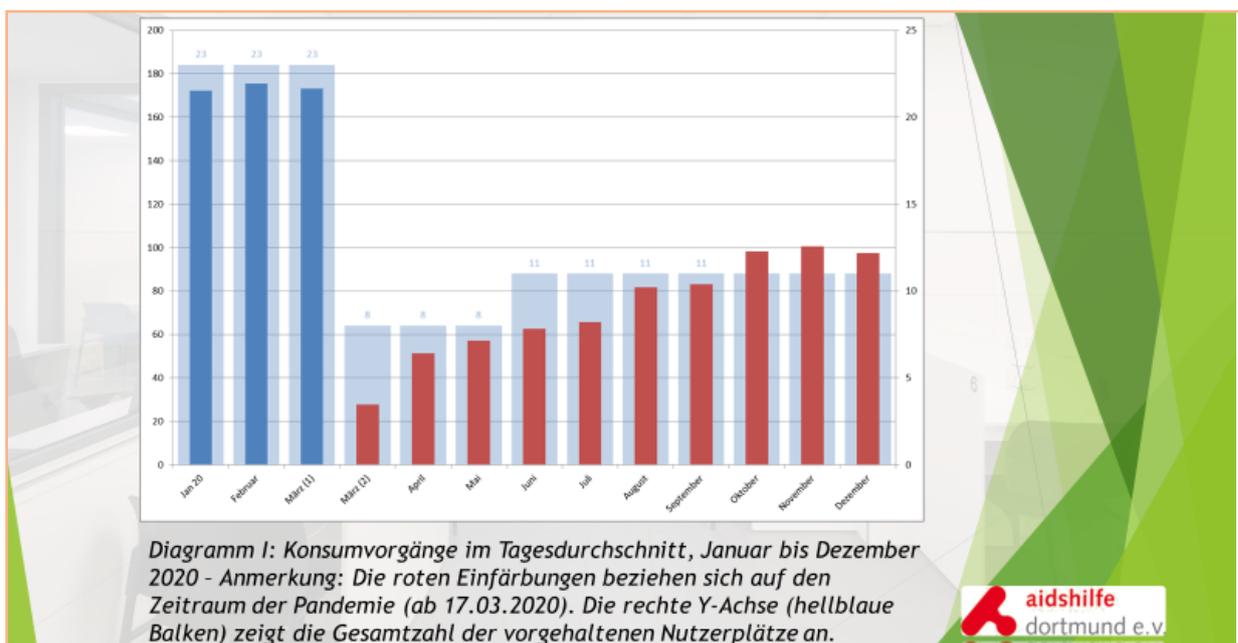
Ab dem 22.07.2021

- Weitere Erhöhung der Konsumplätze (inhalativ: von 7 auf 10; intravenös: von 4 auf 5).
- Erhöhung der Konsumzeitspanne von 15 auf 20 Minuten.
- Die Kontaktnachverfolgung wurde eingestellt.
- Sitzplätze im Café auf 12 aufgestockt.
- Aufenthalt und Cafébetrieb möglich.

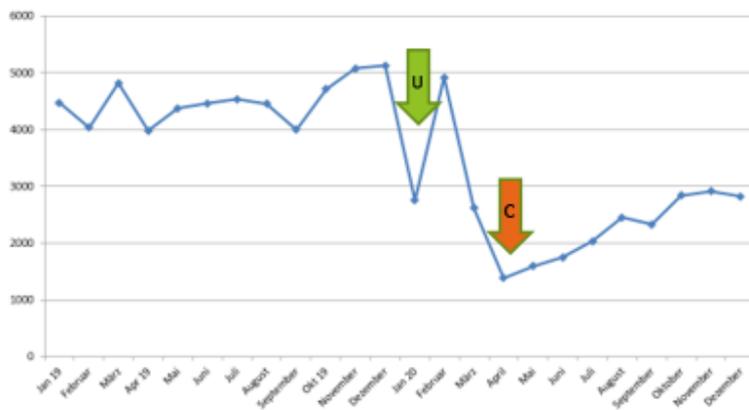
Ab dem 18.10.2021

- Nach Rücksprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt wurden alle Einschränkungen bis auf die Maskenpflicht aufgehoben.
- Testung von Mitarbeiter*innen 3-4 x die Woche sowie stichprobenartige Testungen von Besucher*innen.

Natürlich hatten alle Beschränkungen auch eine Auswirkung auf die Nutzung unserer Einrichtung. Es gab Einbrüche in den Nutzer*innenzahlen sowie den täglichen Konsumvorgängen. Mit Reduzierung der Einschränkungen verbesserte sich auch wieder die Anzahl der Nutzung unserer Angebote, dies aber nur zögerlich.



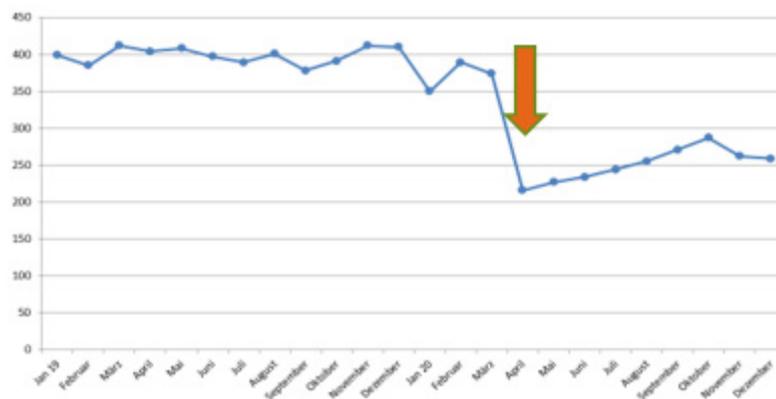
Konsumvorgänge, absolute Anzahl



U= Umzug: 14 Tage geschlossen

C=Corona: Reduzierung der Konsumplätze

Nutzer*innen



4. Mehrbedarf: Beratungsgespräche und Krisenintervention

Wie von vielen Fachexpert*innen befürchtet, zeigte sich auch bei uns eine zunehmende Beratungs- und Krisenanfrage der Klient*innen.

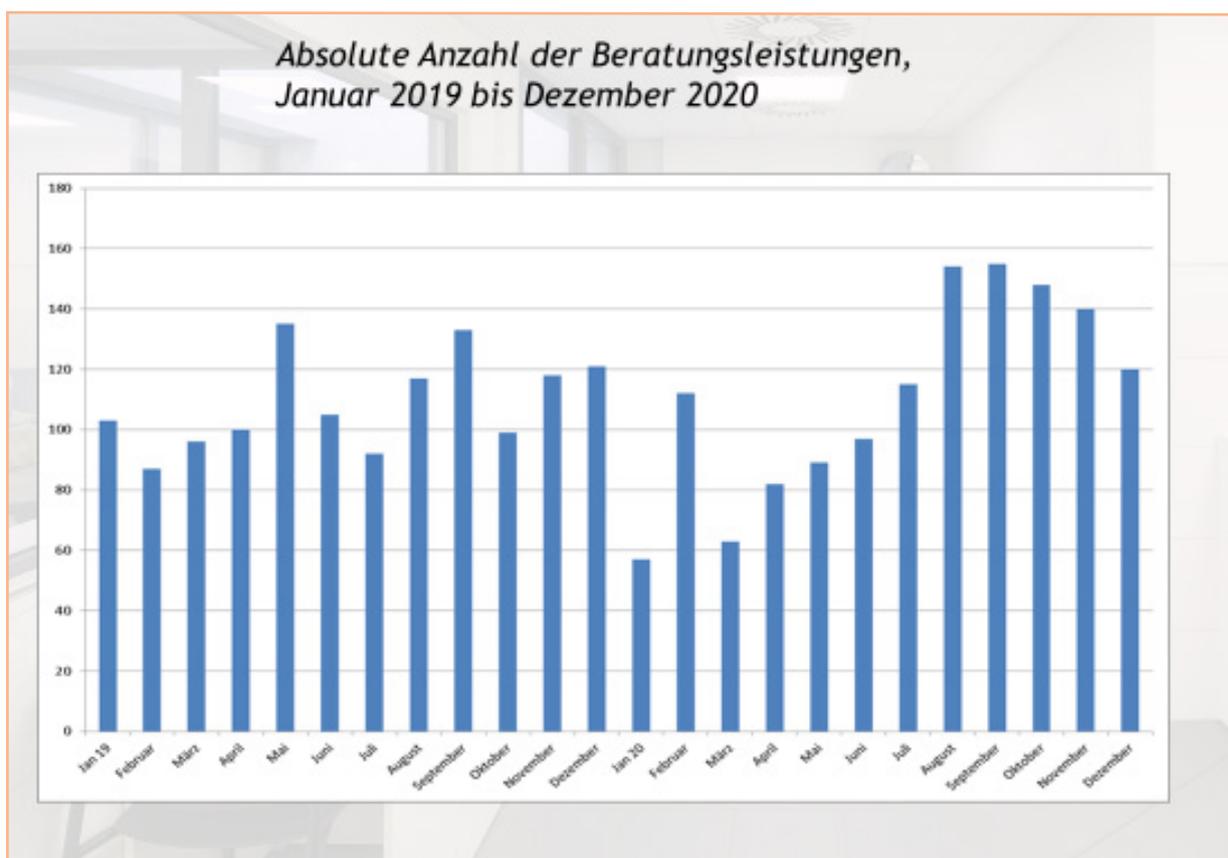
Mit dem Hintergrund der Krisensituation und den Erkenntnissen jahrelanger Suchtforschung ist dies nicht verwunderlich. Zahlreiche Einflussvariablen, die einen ungünstigen Verlauf einer Suchterkrankung fördern, kamen in der Coronapandemie zusammen. Einsamkeit, Isolation, kritische Familiensituationen, existenzielle Ängste um Gesundheit, Familie und Einkommen, fehlende Möglichkeiten Geld zu erbetteln, geschlossene Ämter etc. sind nur einige Stolpersteine für einen suchtkranken Menschen.

Besonders in solchen oft existenziellen Phasen werden Suchtmittel verstärkt zur Kompensation eingesetzt.

Dies zeigte sich bei uns in den steigenden Kriseninterventionen sowie den vermehrt psychisch auffälligen Klient*innen.

Im Jahr 2021 wurden in der Drogenhilfeeinrichtung Kick insgesamt 1.920 Beratungsgespräche geführt. Im Jahr 2020 waren es nur 1.332. Hinzu kommen insgesamt 118 zusätzliche Beratungsleistungen hinsichtlich Krankheitserscheinungen im Vergleich zum Jahr 2020.

Zudem fehlte vielen unserer Klient*innen der Zugang zu Informationen über Maßnahmen, Regelungen und Schutz bezüglich der Coronapandemie. Der fehlende mediale Zugang führte oftmals zu Fake News, die sich in der Szene verbreiteten und durch aufklärende Gespräche und Informationsmaterial wiederholend von unseren Mitarbeiter*innen aufgeklärt werden mussten.



5. Pragmatisch und kreativ: Vorstellung der angepassten Hilfen

Um handlungsfähig zu bleiben, haben wir in Eigeninitiative einige unserer Angebote pragmatisch angepasst und nach dem Prinzip „Try and Error“ agiert. Die Schwierigkeit bestand darin, unter dem wichtigen Faktor Mitarbeiterschutzes trotzdem ein weites Feld an Angeboten für unsere Besucher*innen aufrechtzuerhalten.

Im Folgenden sind einige unserer Anpassungen skizziert.

Räumlich/Organisatorisch

- Ein durchgehend an den aktuellen Regelungen angepasstes Hygienekonzept.
- Selbstgemachte Masken durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen (zu Beginn der Pandemie).
- Anbringen von Plexiglasscheiben am Spritzentausch und der Anmeldung.
 - > Die Klient*innen neigten dazu, sich im Gespräch um die Plexiglasscheiben herum zu bewegen, sie anzufassen, daran herumzudrücken etc.; dementsprechend hielt diese Maßnahme bei uns nur sehr kurz und wir konzentrierten uns auf Masken und Mindestabstand.
- Anschaffung von Luftfiltern sowie die externe Prüfung der Lüftungsanlage in den Konsumräumen.

Beratung

- fand bei Spaziergängen, im Hofbereich oder am offenen Fenster statt sowie
- im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnen teilweise auf Balkonen der Klient*innen.
- Die Büros wurden umgestaltet, Eieruhren für regelmäßiges Lüften aufgestellt.

- Leihhandys und Online-Beratung
 - > eher für die höherschweligen Angebote wie BeWo
- Es wurden teilweise Sonderregelungen mit Ämtern und Behörden umgesetzt, um Klient*innenangelegenheiten klären zu können.
- Erstellung von Infomaterial und regelmäßige und unermüdliche Aufklärung über Corona und Fake News.

Medizinische Hilfen/Harm Reduction

- Verbandsmaterialien wurden an die Klient*innen herausgegeben, Anleitungen auf dem Hof mit Abstand.
- Safer Use wurde zum Thema Corona erweitert.
- Streetwork wurde eingeführt, um Klient*innen mit sauberen Spritzen und Essenspaketen zu versorgen.

Allgemeine Versorgung

- Essen und Trinken als To-Go-Varianten.
- Duschen und Wäsche waschen wurde weiterhin ermöglicht.
- Wiederholend neue Masken an Klient*innen verteilt.

Bei allen Maßnahmen wurden Klient*innen immer zum Thema Corona und Selbst- sowie Fremdschutz beraten. Frühzeitig wurde auf Impfungen hingewiesen und Klient*innen zu Angeboten des Impfens z. B. im Rahmen des BeWo begleitet.

Im September 2021 wurde unter den Besucher*innen der Drogenkonsumräume eine Befragung nach ihrem Impfstatus durchgeführt.

Von den 256 Befragten gaben uns 211 eine Auskunft: 82 waren nicht geimpft (39 %), 129 waren vollständig geimpft (61 %).

6. Erkenntnisse aus der Coronapandemie

Covid-19 hat uns allen gezeigt, wo die Stärken, aber auch die Schwächen im derzeitigen System liegen. In der Krise haben vor allem die Einrichtungen gut agieren können, die eine etablierte, tragfähige Kooperation mit ihren Kommunen, aber insbesondere auch mit anderen Suchthilfeträgern und sozialen Verbänden aufweisen konnten.

Die gezeigte Eigeninitiative der Anbietenden für die Betroffenen zur Verfügung zu stehen, sollte zukünftig verbindlich in den kommunalen Strukturen wiederzufinden sein. Nur so können wir langfristig planen und Krisen besser kompensieren.

Suchthilfe und insbesondere niederschwellige Einrichtungen wie die Drogenhilfeeinrichtung Kick sind systemrelevant und sollten so auch in zukünftigen Krisen behandelt werden. Denn es zeigte sich, dass Angebote der Suchthilfe und Aidshilfe mittlerweile dringend benötigt und „privilegierte Tätigkeitsbereiche“ sind.

Weiterhin ist es also wichtig, tragfähige Kooperationen und Netzwerkarbeit aufrechtzuerhalten und intensiv voranzutreiben und für das Recht unserer Klient*innen einzustehen.

Damit dies gelingen kann, müssen finanzielle Mittel angepasst, Mehrbedarfe anerkannt und Entscheidungsfreiheit für Träger gestärkt werden.

Qualifizierte Akutbehandlung in der Covid-19-Pandemie

Erfahrungen aus der klinischen Praxis

Dr. Thomas Kuhlmann

Im Dezember 2019, also vor nunmehr zweieinhalb Jahren, wurde erstmals von einer Erkrankung berichtet, die auf eine Infektion mit dem SARS-Cov-2-Virus zurückgeführt wurde; Ort des Geschehens war Wuhan/China. Im ersten Quartal 2020 traten die ersten entsprechenden Krankheitsfälle in Europa auf: zunächst in Norditalien, seit Ende Januar vereinzelt, ab März bereits zunehmend auch in deutschen Allgemeinkrankenhäusern. Der erste massenhafte Ausbruch mit umfassendem Krisenmanagement, zur Verhinderung der Dekompensation des regionalen Hilfesystems und erforderlicher Einbeziehung auch der Bundeswehr, ereignete sich im Kreis Heinsberg, NRW.

Umgangssprachlich hat sich die Bezeichnung „Corona-Virus und -erkrankung“ durchgesetzt; endemische Corona-Viren sind nach Einschätzung des Bonner Virologen Prof. Streeck mitverantwortlich für 30 bis 40 % der hiesigen Grippeinfekte. Diese neue, bisher unbekannt und sich auch infolge zunächst fehlender diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten rasch verbreitende Erkrankung, wird seitdem unter dem Begriff „Coronapandemie“ fachlich und öffentlich intensiv diskutiert, prägt die gesundheitspolitische Diskussion und hat zu weitreichenden Veränderungen im öffentlichen Leben und Gesundheitswesen geführt.

Zu 1. Covid-19-Pandemie

12/2019: Coronavirus SARS-Cov-2 erstmals beschrieben (in China)

- SARS-Cov-2: Offizielle Beschreibung des Virus
- Covid-19: Offizielle Beschreibung der klinischen Symptomatik und Erkrankung
- Coronavirus und -erkrankung: Umgangssprachliche Bezeichnung
- Endemische Coronaviren: Mit verantwortlich für grippale Infekte

Sie wurde vermutlich von Geschäfts- und Urlaubsreisenden aus den betroffenen ausländischen Regionen nach Deutschland eingeführt; die Diagnostik erfolgte zunächst, mangels geeigneter Schnelltests, ausschließlich nach auffälligem klinischen Befund. Daraufhin folgte ein durchgeführter PCR-Test, dessen Ergebnis nach 48 Stunden vorlag. Atembeschwerden und/oder erhöhte Atemfrequenz, reduzierter Allgemeinzustand, Temperaturerhöhung und häufig Beeinträchtigungen des Geruchs- und Geschmackssinns waren die klassischen Symptome.

Die Infektionsverbreitung erfolgt über Ausatemluft der infizierten Personen, Sputum, verunreinigte Körpersekrete und entsprechend Ansteckung anderer über Aerosolübertragung oder Hautkontakt mit verunreinigten Gegenständen und danach Berühren der eigenen Mund-Nasen-Region.

Klinische Symptomatik:

- Atembeschwerden (Dyspnoe) und/oder erhöhte Atemfrequenz,
- reduzierter AZ, Temperaturerhöhung
- Häufig: Geruchs- und Geschmackssinn gestört

Infektionswege über:

- Atemluft, Sputum, verunreinigte Körpersekrete der infizierten Person, Berührung verunreinigter Gegenstände und der Mund-/Nasenregion über verunreinigte Hände

Zunehmende Berichte über Krankheitsverläufe, erforderliche intensivstationäre Behandlung und Todesfälle, insbesondere bei Personen mit bereits bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigung, führten zu weitgehender Verunsicherung und intensiven fachlichen und öffentlichen Aus-

einandersetzungen über die Frage, wie können Betroffene behandelt, ausreichender Infektionsschutz für Mitarbeitende des Gesundheitswesens gewährleistet und zugleich die erforderliche Basisversorgung behandlungsbedürftiger Menschen weiterhin aufrechterhalten werden, auch unabhängig von der Coronapandemie.

Infektionsrisiken, Infektiösität und erforderliche Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionskette wurden schnell erforscht, öffentlich kommuniziert (Stichwort „AHA+L-Regeln und Quarantäne) und führten zu Veränderungen vielfältiger Arbeitsabläufe und -handlungen im privaten und öffentlichen Raum. Die konsequente Einhaltung der Hygieneregeln (AHA+L) durch Infizierte, Kontaktpersonen, aber auch Helfer*innen und, zum Eingrenzen der Weiterverbreitung, möglichst aller Personen im öffentlichen Raum, also auch der Nicht-Infizierten, wurde in den Corona-Schutzverordnungen der Bundesländer festgelegt und prägt seitdem das praktische Handeln und den Alltag unserer Gesellschaft, in allen Bereichen des Gesundheitswesens, aber auch in Kindertagesstätten, Schulen und Altenheimen.

Die Unterbrechung der Infektionswege wurde zunehmend zur Richtschnur professionellen Handelns mit der strikten Einhaltung der Vorgaben: also Tragen von geeigneten Atemmasken, Händehygiene und Einhaltung des ausreichenden Abstandes (mindestens 1,5 m, beim Singen und in Bewegung deutlich mehr). Die seit Ende März 2021 geforderte und gesundheitspolitisch schnell durchgesetzte praktische Umsetzung dieser Maßnahmen führte zu weitgehender Veränderung des Arbeitsalltags nicht nur in Allgemeinkrankenhäusern, sondern auch der klinischen und ambulanten Suchtkrankenversorgung. Insbesondere die Notwendigkeit, Abstand zu halten, regelmäßig zu Lüften und konsequent in der Begegnung mit anderen Menschen Atemschutzmasken zu tragen, hatte weitreichende Auswirkungen.

Das Ausbruchsgeschehen im Kreis Heinsberg, die damit verbundenen enormen Herausforderungen und erforderlichen Maßnahmen, wurden in allen gesellschaftlichen Bereichen intensiv

wahrgenommen und diskutiert. Sie prägten und veränderten die seit Jahren bewährte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Institutionen der Drogenhilfe, den klinischen Versorgungsalltag, die aufsuchende Streetwork, aber auch die medizinische Rehabilitation und Nachsorge.

Eine landesweite Umfrage des Fachverbandes „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“ ergab eine sehr heterogene Situation, die sich in den Folgemonaten zunächst nur in geringem Maße änderte. Die Umfrage bezog sich auf die konkrete praktische Umsetzung des Behandlungsauftrages, nämlich des Kernauftrages von qualifizierter Akutbehandlung:

- Entzugsbehandlung +
- Motivationsstärkung +
- die Erarbeitung einer konkreten Anschlusslösung (ASL) für alle Betroffenen.

Diese muss **sinnvoll** sein, **konkret** und **möglichst nahtlos** verfügbar, denn eine Entlassung aus der Behandlung ohne nahtlos verfügbare Anschlusslösung ist stets mit einem hohen Risiko verbunden, in das alte Umfeld ohne Unterstützung zurückzukehren – einschließlich der alten Verhaltens- und Konsummuster. Sowohl Aufnahme als auch Entlassung, inklusive nahtloser Weitervermittlung, sollte **allen** Zielgruppen drogenabhängiger Personen offenstehen und dementsprechend möglichst **niederschwellig** sein. Das erfordert eine **intensive Vernetzung** dieses Behandlungsangebotes mit dem gesamten Spektrum des Hilfesystems: von Notschlafstellen, Konsumräumen, allen Substitutionsangeboten inkl. Diamorphin über Selbsthilfegruppen, Wohnheimen, der medizinischen Rehabilitation, Clean-WG's bis zu betrieblichen Suchthilfeangeboten.

Bezüglich Erarbeitung einer angemessenen Anschlussperspektive stehen stets drei Kernziele im Mittelpunkt aller Überlegungen:

- Wohnraum
- Tagesstruktur und
- Sozialkontakte.

Die erfreulich offenen Rückmeldungen auf die Umfrage zeigten deutlich, in welchem hohen Maße die Coronapandemie Spuren hinterlassen hat: ca. 25 % der Kliniken versuchten, analog der PSK Bergisch Gladbach, wie bisher den niederschweligen Ansatz aufrechtzuerhalten und sich mit Notfallplänen auf etwaiges Ausbruchsgeschehen sowie den Umgang mit infizierten Patient*innen vorzubereiten, ohne bereits im Voraus die Aufnahmekapazität zu reduzieren.

In vielen großen psychiatrischen Kliniken mit allgemein-, geronto- und suchtpsychiatrischen Abteilungen wurden, in Vorbereitung auf befürchtete Aufnahmen größerer Zahl von Covid-19-positiven Patient*innen, Krisenstationen, häufig Corona-Stationen genannt, geschaffen. Dazu wurde eine Station leergeräumt, um Kapazität für derartige Behandlungsfälle und deren Separierung von den anderen Patient*innen zur Unterbrechung der Infektionskette zu haben: zumeist betraf diese Bettenreduzierung die Suchtabteilungen, die häufig faktisch eine Station schließen und für die Gesamtklinik als Corona-Krisenstation zur Verfügung stellen mussten. Dies hatte entsprechende Einschränkungen des bisherigen Behandlungsangebotes zur Folge; in etlichen Kliniken wurden die QA-Stationen für Drogenabhängige vorübergehend komplett geschlossen und die Patient*innen auf andere Stationen verteilt.

QA / QE: Fachverband - landesweite Umfrage zur Situation vor Ort (4/2020):

- Ca. 25 % versuchen analog PSK bisherige Aufnahmebereitschaft aufrecht zu erhalten
- In vielen großen psychiatrischen Kliniken Vorbereitung auf etwaige Covid-19-positive Patient*innen durch Schaffung von Krisenstationen (Corona-Station) zu Lasten der Suchtabteilung - Zufall ??? (Vorgabe der jeweiligen Klinikleitung)
- Folge: Deutliche Reduktion der (Aufnahme) Bettenkapazität in Suchtabteilungen; Reduzierung des Behandlungsangebots, z. T. Schließung der QA Drogenstationen - deutlich höherschwelligerer Zugang - lange Wartezeiten - Auswirkungen bis in die med Reha (LZT)

Die Häufigkeit, mit der insbesondere die Suchtabteilungen von den jeweiligen Klinikleitungen angehalten wurden, Stationen im Rahmen des vorbeugenden Krisenmanagements zu schließen, wirft viele Fragen bis hin zu Erinnerungen an den Hamburger Kongress von 1989 auf. In diesem wurde das Fazit des Berichts der Expert*innenkommission diskutiert, der eine unzureichende Einbeziehung suchtkranker Personen in die Psychiatriereform kritisierte und unter dem Motto „Suchtkranke – ungeliebte Kinder der Psychiatrie“ stand.

Die deutliche Reduktion der Bettenkapazität in den Suchtabteilungen führte unmittelbar zu einer Einschränkung der Aufnahmekapazität, einer Reduzierung des Behandlungsangebotes und weitreichenden Einschränkungen niederschwelliger Aufnahmen. Lange Wartezeiten waren die Folge, mit Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation. In manchen Hilfsangeboten wurden zunächst kaum Covid-19-positive Patient*innen gesehen, andere waren frühzeitig von der Coronapandemie unmittelbar, über infizierte Patient*innen und auch Mitarbeitende, betroffen. Diese unterschiedlichen Erfahrungen wirkten sich nachhaltig aus auf die Bereitschaft zu niederschwelliger Aufnahme, die Sorge sich selbst unzumutbaren Risiken auszusetzen und stellten hohe Anforderungen an die praktische Zusammenarbeit und Kommunikation im Behandlungsalltag. Betroffen waren Patient*innen und Mitarbeitende aller Berufsgruppen und auf allen Ebenen.

Parallel: Veränderungen im Hilfesystem

- Umstellung ambulanter Beratung zunehmend / komplett von face-to-face auf Online
- Bewo: Verunsicherung und z. T. Zurückhaltung bei wachsendem Bedarf auch bereits betreuter Klient*innen
- Wohnheime: (Noch) geringere Kapazität für Neuaufnahmen (Wohnungsnot, fehlende Tagesstruktur, reduzierte Bettenbelegung)

Die Coronapandemie sorgt für nachhaltige Veränderungen im Hilfesystem:

- Kontaktcafés etc.: Geschlossen - Wegbrechen der Tagesstruktur
- Substitution: PSB-Bedarf steigt, PSB-Kapazität sinkt, Verlängerung TH-Vergabe - sehr heterogene Einschätzung und Nutzung, da Vergabe zum Teil einziger Außenkontakt

- Aufsuchende Hilfeangebote wurden reduziert, zum Teil völlig eingestellt.
- Ambulante Beratungsangebote wurden zunehmend, in manchen Bereichen auch komplett, von persönlicher Begegnung (face-to-face) auf Online-Kontakt umgestellt. Dabei waren erhebliche organisatorische, finanzielle und persönliche Anstrengungen erforderlich, um die notwendige Basisausstattung für Online-Kommunikation und Erreichbarkeit sicherzustellen.
- Kontaktcafés wurden vielerorts geschlossen, die Aufenthaltskapazität in Beratungsstellen und Cafés gemäß der AHA+L-Regeln (Mindestabstand einhalten) reduziert, Lockdown-Vorgaben führten zu vielfältigen ökonomischen Unsicherheiten im Rahmen der Coronapandemie mit einem deutlichen Rückgang der Minijobs. Insgesamt war ein nahezu vollständiges Wegbrechen der bisherigen Tagesstruktur für drogenabhängige Menschen festzustellen.
- Im Aufsuchenden Betreuten Wohnen war eine deutliche Verunsicherung sowohl bei Mitarbeitenden als auch Klient*innen festzustellen, bei wachsendem Bedarf bereits betreuter Klient*innen, die zur Aufrechterhaltung stabilisierender Sozialkontakte zunehmend auf die BeWo-Mitarbeitenden zurückgriffen aufgrund des Wegbrechens ihrer bisherigen Tagesstruktur.
- Die Wohnheime waren in unterschiedlicher Intensität vom Ausbruchsgeschehen betroffen. Insgesamt war ein deutlicher Kapazitätsrückgang für Neuaufnahmen festzustellen. Aufgrund der zunehmenden Wohnungsnot wurden Plätze in Wohnheimen kaum noch

frei bei zugleich wachsendem Bedarf wohnungssuchender betroffener Personen. Je nach Dauer des internen Ausbruchsgeschehens mussten die Wohnheime ihre Bettenkapazität vorübergehend reduzieren.

- Bezüglich substituierter Personen zeigte sich ein deutlich steigender Bedarf an psychosozialer Betreuung bei sinkender PSB-Kapazität, die Arbeitsabläufe in Substitutionspraxen und -ambulanzen veränderten sich vielfach, um die Kontaktdichte zwischen den Patient*innen und unterschiedlichen Patient*innengruppen zu reduzieren, zwecks möglichst weitgehender Unterbrechung etwaiger Infektionsketten.

Hilfreich waren die erfreulich schnell vereinbarten Erleichterungen der Substitutionsbehandlung, um den konkreten Gegebenheiten vor Ort und dem Bedarf der einzelnen substituierten Personen entsprechend handlungsfähig zu bleiben. Bezüglich der Verlängerung der Möglichkeit der Take-Home-Gabe war und ist die Einschätzung, inwiefern eine Ausweitung der Take-Home-Gabe und damit Reduzierung der Kontaktdichte zu den substituierenden Ärzt*innen und damit zu den Substitutionsteams eher stabilisierend oder destabilisierend wirkt, nach wie vor sehr heterogen. Im Gespräch mit den substituierten Personen unserer eigenen Ambulanz hat keine Person auf eine Ausweitung der Take-Home-Vergabe gedrängt, nachdem ich sie mit der Frage konfrontiert habe, mit wem sie denn noch Außenkontakt habe, außer zu unserer Ambulanz.

Das Verhindern weiterer sozialer Isolation und Vereinsamung war den betroffenen Personen in diesen Zeiten wichtiger als die Erweiterung der eigenen Handlungsoption durch vermehrte Take-Home-Gabe. Diese Erfahrung ist selbstverständlich nicht zu verallgemeinern, sondern umgekehrt auch zu berücksichtigen.

Mit Einführung der POC-(Schnell-)Tests erweiterten sich die diagnostischen Möglichkeiten und damit Handlungsspielräume auch in der qualifizierten Akutbehandlung. In unserer Klinik war bereits wenige Tage nach Einführung der Schnelltests in den Aufnahmeprozess für alle Patient*innen, der erste Covid-19-positive Patient entdeckt worden. In enger Kooperation mit dem Betroffenen und dem Gesundheitsamt war es möglich, die Aufnahme, unter Berücksichtigung der Quarantänekriterien, ohne weitergehende Nachteile für den Betroffenen zu verschieben. Aufgrund des nachvollziehbaren, jedoch mit bitteren Nebenwirkungen verbundenen Rückzugs niederschwelliger und ambulanter aufsuchender Hilfsangebote vor allem aus Selbstschutz für die Mitarbeitenden, stellte sich die Aufgabe, eine nahtlose Anschlussperspektive im Anschluss an die qualifizierte Akutbehandlung zu erarbeiten, als zunehmende Herausforderung dar. Auch in der medizinischen Rehabilitation waren etliche Einschränkungen spürbar.

Aus Sorge, dass ganze Kliniken wegen massiver Covid-19-Ausbrüche vorübergehend schließen müssen, empfahl die Deutsche Rentenversicherung, mit Beginn des Jahres 2020, geplante Neuaufnahmen um mehrere Wochen zu verschieben, zwecks Reduzierung des Infektionsrisikos. Diese Empfehlung haben nicht alle Reha-Kliniken befolgt, auch wir nicht: denn das Risiko einer Nicht-Aufnahme in die Rehabilitation ist gegen das Infektionsrisiko abzuwägen. Erhebliche Einschränkungen für Besuche wurden sowohl in Akutkliniken, damit auch in der qualifizierten Akutbehandlung, als auch in der medizinischen Rehabilitation eingeführt. Heimfahrten nur noch nach Einzelfallprüfung, aber nicht mehr regelhaft angeregt und genehmigt; nachvollziehbar und notwendig zur Unterbrechung des Infektionsgeschehens, zugleich therapeutisch außerordentlich problematisch. Eine Folge der Coronapandemie, die bis heute negative Spuren hinterlässt, da sie die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen in der Vorbereitung der Entlassung in erheblicher Weise beeinträchtigt hat. Auch innerhalb des Hilfesystems wurden Präsenzkontakte reduziert, Arbeitskreise auf Online-Format

umgestellt. Dies geschah bei gleichzeitig spürbarem Bedarf und Interesse nach persönlichem Kontakt und Begegnung.

Qualifizierte Akutbehandlung und Netzwerkarbeit – eine Herausforderung für alle beteiligten Personen

Behandlungskonzept und -auftrag der Qualifizierten Akutbehandlung umfasst möglichst niederschweligen Zugang zur Entzugsbehandlung + Motivationsstärkung + Erarbeitung einer konkreten Anschlusslösung für alle Gruppen von Betroffenen. Diese sollte für die Einzelperson adäquat, konkret und möglichst nahtlos verfügbar sein. Voraussetzung dafür ist die enge Vernetzung mit dem Hilfesystem und eine zeitnahe möglichst nahtlose Vermittlungsoption, also eine zeitnahe Aufnahme in die QA und eine Entlassung mit sofortiger Anschlusshilfe.

Seit Beginn der Coronapandemie ist aufgrund der Reduzierung der Bettenkapazität vielerorts zunächst eine erhebliche Warteliste entstanden, mit der bereits genannten Folge, dass zeitnahe Aufnahmen kaum noch realisierbar wurden und die Vermittlung in die Langzeittherapie deutlich erschwert war. Ambulante Hilfen waren zunehmend nur noch oder vorwiegend online erreichbar, selten in Präsenz. Wohnheime erwiesen sich über Monate als nahezu geschlossen, da, aufgrund der Kapazitätsreduzierung sofern Quarantänemaßnahmen erforderlich waren, kaum Plätze frei wurden.

Das wirkte sich nachhaltig auf die Sozialkontakte aus, führte zum Wegbrechen der Tagesstruktur und massiver Vereinsamung: ein deutlich erhöhtes Risiko für Konsum, hochrisikobehaftete Konsummuster und schwere psychische, aber auch somatische Krisen.

Die Reduzierung von persönlichen Begegnungen durch Umstellung auf Online-Kontakte führte zu einem deutlich reduzierten Austausch innerhalb des Hilfesystems zwischen Professionellen und Betroffenen, mit der Folge zunehmender und zum Teil weitreichender Informationsverluste, auch innerhalb des Hilfesystems zwischen kooperierenden Institutionen, die zum Teil seit vie-

len Jahren eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Aufgrund des Fehlens persönlicher Begegnungen erwies sich die Fortsetzung enger, vertrauensvoller, konstruktiver, niederschwelliger Zusammenarbeit bei Mitarbeitenden – und insbesondere im Zusammenwirken mit dem Generationenwechsel – als enorme Herausforderung. Bis heute können wir feststellen, dass das Ausmaß an selbstverständlicher Begegnung und persönlichem Austausch wie vor der Coronapandemie noch längst nicht erreicht ist.

Krisenbewältigung durch Präsenz und Begegnung

Netzwerkarbeit – ein unverzichtbarer Bestandteil in jedem Bereich der Drogenhilfe und insbesondere im Bereich der qualifizierten Akutbehandlung – ist im Arbeitsalltag zunehmend problematisch zu organisieren. Der Ausfall regelhafter Arbeitstreffen in Präsenz sowie die zunehmende Umstellung auf Home-Office in Behörden und auch anderen Institutionen, hat die Kommunikation, die Möglichkeit zur Improvisation und Erarbeitung flexibler Lösungen deutlich erschwert. Parallel ist festzuhalten, dass, wie auch auf dem Höhepunkt der Migrationswelle 2015 und 2016, eine hohe Kooperationsbereitschaft in Behörden- und im Hilfesystem festzustellen ist – die wachsenden Probleme in der Kooperation lagen nicht an mangelnder Kooperationsbereitschaft, sondern an den Auswirkungen der fehlenden persönlichen Begegnungen. Dies gilt unverändert bis heute.

- Netzwerkarbeit zunehmend problematisch im Arbeitsalltag
- Ausfall regelhafter Arbeitstreffen in Präsenz plus
- Zunehmend Homeoffice in Behörden und anderen Institutionen plus
- Mitarbeiter-/Generationenwechsel
- Flexibilität und Improvisationsmöglichkeiten deutlich reduziert
- ✓ Aktive Kooperation mit zeitnaher Sachstandsklärung erschwert
- ✓ Zugleich: Hohe Kooperationsbereitschaft in Behörden und Hilfesystem

In der qualifizierten Akutbehandlung ist die persönliche Begegnung fundamental; denn erst durch den persönlichen Kontakt ist die Einschätzung des konkreten Hilfebedarfes möglich:

- Sind die Betroffenen intoxikiert? Wenn ja, von welcher Substanz und bei welchem Konsummuster?
- Bei polyvalentem Konsum: geht es um Entzug? Wenn ja, von welchem Stoff?
- Wie ist die psychische/somatische Verfassung?
- Wie ist die soziale und juristische Situation?

Die Berücksichtigung und Klärung dieser Aspekte ist fundamental, um die Behandlung patient*innenorientiert planen und die Anschlussperspektive mit den Patient*innen erarbeiten zu können.

In der Coronapandemie bedeutet qualifizierte Akutbehandlung die Einhaltung der AHA+L-Regeln, also Reduzierung der Gruppengröße, Veränderung der alltäglichen Arbeitsabläufe, wie Essenseinnahme, Durchführung von Gruppen etc. in Abhängigkeit von den Raumgrößen, insofern auch von Klinik zu Klinik verschieden. Falls ein*e Patient*in Covid-19-positiv ist, wird Zimmerquarantäne erforderlich, bei zwei und mehr Covid-19-positiven Patient*innen ist eine Kohortenquarantäne (also beide auf einem Zimmer) oder gar Stationsquarantäne zu prüfen – stets in enger Abstimmung mit der Hygieneabteilung der Klinik und dem Gesundheitsamt. Eine enorme Belastung für Patient*innen und Mitarbeitende unter Bedingungen des bereits seit vielen Jahren zu beobachtenden und zunehmenden Fachkräftemangels, insbesondere in den Bereichen Pflege, Medizin und auch Sozialdienst.

Positiv festzustellen ist eine durchweg hohe Impfbereitschaft der Patient*innen und Mitarbeitenden seitdem Impfungen verfügbar sind. Die Umsetzung der Impfung insbesondere für Patient*innen ist regional sehr unterschiedlich: zum Teil in den Einrichtungen möglich, zum Teil in Gesundheitsämtern oder kommunalen Impfzentren. Die Umsetzung wurde über phasenweise Lieferschwierigkeiten erschwert.

In der PSK haben wir nach Diskussion mit dem kommunalen Impfzentrum die Genehmigung erhalten, zumindest die Reha-Patient*innen selbst impfen zu können und sind von den Hausärzt*innen auch explizit darum gebeten worden, selbst Patient*innen zu impfen – auch ein Beispiel für hohe Wertschätzung gelebter Netzwerkarbeit.

Seit zunehmender Durchimpfung der Zielgruppe drogenabhängiger Patient*innen und der Mitarbeitenden wächst die Bereitschaft zur persönlichen Begegnung im Hilfesystem wieder. Dies war auf dem ersten bundesweiten Suchtkongress in München im Juni 2021 vielfältig und körperlich spürbar. Sowohl das große Interesse, der Bedarf an regem fachlichen und persönlichen Austausch als auch das entwöhnt sein von derartig intensiver persönlicher Begegnung; fast alle Teilnehmenden berichteten am Kongressende erschöpft zu sein.

Suchtkranke sind eine sehr heterogene Zielgruppe mit sehr unterschiedlichem Kontakt zum Hilfesystem. Sucht ist eine Erkrankung mit hohem Chronifizierungsrisiko und wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus. Psychisch werden Suchtkranke häufig belastet durch hochgradige Ambivalenz zwischen

- Selbstverachtung, Scham- und Schuldgefühlen,
- Verdrängung, Selbstabgrenzung und Konfliktvermeidung sowie – substanzinduziert – veränderte Selbst- und Fremdwahrnehmung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie anhaltende Wahrnehmungsveränderungen (während und nach dem Konsum), Beeinträchtigung des Körpergefühls und sozialer Isolation.

Sozial sind Suchtkranke nach wie vor in hohem Maße stigmatisiert durch ihre Erkrankung und Drogenkonsument*innen in besonderer Weise durch die weiterhin bestehenden Auswirkungen der Prohibition (BtM-Gesetzgebung). Sie sind belastet durch die Gefährdung verluststabilisierender Kontakte, Verlust von Arbeitsplatz und Tagesstruktur, zunehmende Wohnungsnot

sowie instabilem Kontakt zum Hilfesystem. Auf KOMM-Struktur basierende Hilfsangebote sind für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte (CMA), Migrant*innen, Obdachlose und Pflegebedürftige kaum erreichbar. Dazu kommt das Problem des oft fehlenden Krankenversicherungsschutzes insbesondere nach Haftentlassung. Dieses Problem des instabilen bis fehlenden Kontaktes zum Hilfesystem vieler Suchtkranker bestand bereits vor der Covid-19-Pandemie. Die Reaktion des Hilfesystems auf die Coronapandemie, nämlich Irritation und Selbstschutz der eigenen Mitarbeitenden und an zweiter Stelle die weitere Sicherstellung der Hilfe für die Betroffenen, ist angesichts der katastrophalen Auswirkungen der Coronapandemie auch auf die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen mit Todesfällen von tausenden Pflegekräften und Ärzt*innen in Spanien, aber auch Italien und England zu Beginn der Pandemie, nachvollziehbar.

→ **Instabiler bis fehlender Kontakt zum Hilfesystem vieler Suchtkranker bereits vor COVID-19-Pandemie!**

- Reaktion des Hilfesystems: Irritation und Selbstschutz zum Teil vor Hilfe
- Grund: Angst vor Infektion der Mitarbeitenden (I, E, GB: Erkrankung tausender Pflegekräfte und Ärzt*innen mit zahlreichen Todesfällen auch in den Kliniken) – nachvollziehbar!

All dies hat über einen längeren Zeitraum zu einem massiven Rückzug von Hilfsangeboten geführt, die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln (Atemmasken), Umsetzbarkeit von AHA+L-Regeln und Basishygiene erwies sich vielfach als außerordentlich problematisch: die räumlichen Bedingungen in Notschlafstellen, Wohnheimen, aber auch manchen Akutkliniken und Reha-Kliniken machten die konsequente Umsetzung geforderter Hygienevorschriften teilweise kaum möglich. Ohne den öffentlichen Gesundheitsdienst, ohne aufsuchende Hilfe in enger Kooperation mit Hausärzt*innen, Akutkliniken und Reha-Einrichtungen droht eine komplette Ausgrenzung dieser Zielgruppen.

- **Massiver Rückzug von Hilfsangeboten:**
Kaum noch aufsuchend, Online-Beratung statt offene Sprechstunde, lange Wartezeiten statt niederschwellige Aufnahme zur QE, Verschiebung von LZT Aufnahmen
- Verfügbarkeit von Hilfsmitteln (Atemmasken), Umsetzbarkeit von AHA-L-Regeln und Basishygiene vielfach erschwert (Notunterkünfte, Obdachlose, Alleinlebende)
- **Ohne Gesundheitsämter/ÖGD, aufsuchende Hilfen und enge Kooperation mit HÄ und Kliniken droht komplette Ausgrenzung dieser Zielgruppen**
- Zusatzproblem: Rückzug der Zielgruppe aus dem öffentlichen Raum erschwert Zugang

Zusätzlich erschwert wird diese Situation durch den Rückzug dieser Zielgruppe aus dem öffentlichen Raum, zunächst aufgrund öffentlicher Vorgaben (Lockdown-Regelung), inzwischen aber auch als Folge einer meines Erachtens als Fatalismus einzuschätzenden Grundstimmung. Die Perspektive, durch insbesondere qualifizierte Akutbehandlung die eigene Lebenssituation konkret und nachhaltig verbessern und damit mehr Lebensfreude gewinnen zu können, wird von manchen Drogenabhängigen mittlerweile kaum oder gar nicht mehr gesehen. Das Wegbrechen von Tagesstruktur, Reduzierung sozialer Kontakte über Monate, zum Teil über zwei Jahre, die Unsicherheit, zum Teil auch Angst vor Veränderung bei Wissen um den eigenen Unterstützungsbedarf, all das führt bei etlichen Patient*innen dazu, sich nicht mehr mit der Perspektive auseinanderzusetzen, den szenegepägten Lebensstil Schritt für Schritt zu überwinden und wieder umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen.

- Rückzug niederschwelliger und aufsuchender Hilfen problematisch
- Umstellung ambulanter Hilfen von Präsenz / analog auf digital problematisch
- Online-Angebote: Als Ergänzung gut, als Ersatz schlecht!

Die Coronapandemie ist eine Krise in der Gesellschaft und im Hilfesystem, sie ist Risiko und Chance zugleich. Die grundsätzliche fachliche Herausforderung bedeutet **Kontakt** zu den Betroffenen **herzustellen** und zu **stabilisieren**, um **Lebensfreude** und **Veränderungsmotivation zu fördern**. Das erfordert stets persönliche Begegnung und konkrete, im eigenen Lebensalltag erfahrbare Hilfe (z. B. Gespräche, Obdach, qualifizierte Akutbehandlung, Substitution, Tagesstruktur etc.). Diese persönliche Begegnung kann durch Online-Angebote sehr gut ergänzt, aber niemals ersetzt werden.

Fazit

Der Verlauf der Coronapandemie hat unterstrichen, in welchem hohem Maß die Einbeziehung aller, insbesondere vulnerabler Zielgruppen, in die Angebote des Hilfesystems unverzichtbar ist, um Schäden für die einzelnen Betroffenen und die Gesellschaft möglichst in Grenzen zu halten. Niederschwelliger Zugang für vulnerable Zielgruppen ist insbesondere erforderlich für Menschen mit hohen bio-psychozialen Belastungen wie multimorbide Patient*innen, noch instabil integrierten Migrant*innen, Obdachlosen und nicht GKV-Versicherten. Angesichts der Coronapandemie erfordert dies aufsuchende Hilfen mit Impfanboten im öffentlichen Raum, an sozialen Brennpunkten, in Heimen, Schulen, Praxen und Impfzentren ohne Vorbedingung.

- Einbeziehung aller, v. a. vulnerabler Zielgruppen ist unverzichtbar (= Sinn der Priorisierung)
- Niederschwelliger Zugang vulnerabler Zielgruppen erforderlich zu:
 - > alten Menschen,
 - > multimorbiden Personen,
 - > noch instabil integrierten Migrant*innen,
 - > Obdachlosen,
 - > Nicht-GKV Versicherten

- durch aufsuchende Hilfen mit Impfangeboten im öffentlichen Raum, an sozialen Brennpunkten, in Heimen, Schulen, Arztpraxen und Impfzentren ohne Vorbedingung
- Long-/Post-Covid-Syndrom: Konkrete Herausforderung unbekannter Dimensionen auch für Sucht- und Drogenhilfe → aktuell und langfristig!

- Kontaktabbruch und soziale Isolation verhindern = unmittelbar lebensrettend
- Face-to-Face-Kontakte (in Präsenz): Motivationsfördernd und psychisch stabilisierend für Patient*innen / Klient*innen und Mitarbeitende
- Schutz für die Helfenden (drohende Überlastung der Intensivstationen mit beatmungspflichtigen COVID-19-Patient*innen auch infolge zahlreicher Erkrankungen der Mitarbeitenden) in allen psychosozialen Arbeitsfeldern
- Kontinuität von Kontakt, Behandlung und Betreuung sichern: Vorrangig in Präsenz (enorme Herausforderung)

Diesbezüglich haben sich viele Kommunen und Mitarbeitende aus allen Bereichen des Gesundheitssystems als außerordentlich kreativ und engagiert erwiesen, wie sich insbesondere bei der

Nutzung der Impfangebote gezeigt hat. Mittel- bis langfristige Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, vor allem das Post-Covid-Syndrom, sind eine große Herausforderung unbekannter Dimension für das Gesundheitssystem und auch für die Sucht- und Drogenhilfe: aktuell und langfristig.

Die Coronapandemie hat gezeigt, welche Hilfen und welche Formen der Zusammenarbeit möglich und dringend erforderlich sind. Es gilt, Kontaktabbruch und soziale Isolation zu verhindern plus persönliche Kontakte sicherzustellen und vorzuhalten, denn diese sind motivationsfördernd und stabilisierend sowohl für Patient*innen als auch Mitarbeitende und dienen als Schutz für die Helfenden in allen psychosozialen Arbeitsfeldern. Die drohende Überlastung der Intensivstationen mit beatmungspflichtigen Covid-19-Patient*innen auch infolge zahlreicher Erkrankungen der Mitarbeitenden war eine große Belastung und Herausforderung auf dem Höhepunkt der Infektionswelle. Dazu kommt der zunehmende und sich längst nachhaltig auswirkende Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Es gilt Kontakt, Behandlung und Betreuung zu sichern und Ausgrenzung und Desintegration vorzubeugen.

Alles andere ist schädlich. Für alle.

Literatur

1. Kluge, St. et al: Klinische Leitlinie. Empfehlungen zur stationären Therapie von Patient*innen mit Covid-19. Deutsches Ärzteblatt Heft 1-2, S.1 - 7, 11.01.2021
2. RKI: Covid-19 Verdachtsabklärung und Maßnahmen. Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt, S. 431, Heft 10, 06.03.2020
3. Lentzen-Schulte, M.: Long-Covid. Der lange Schatten von Covid-19. Deutsches Ärzteblatt, S. 2036 -2040, Heft 49, 04.12.2020
4. Schlenger, R. L.: Antigentests auf SARS-Cov-2. Der Preis der Schnelligkeit. Deutsches Ärzteblatt, S.1787-1789, Heft 44, 30.10.2020
5. Eckert, N., Fischer-Fels, J.: SARS-Cov-2. Wettlauf mit dem Virus. Deutsches Ärzteblatt, 292-294, Heft 7, 19.02.2021
6. RKI-Autorengruppe SARS-Cov-2: Integrierte Molekulare Surveillance“. SARS-Cov-2 Varianten. Evolution im Zeitraffer. Deutsches Ärzteblatt, S.388-394, Heft9, 05.03.2021
7. Spitzer, M.: Covid-Kollateralschäden; Informationen, Desinformationen und Operationen. Editorial Nervenheilkunde 2020; 39; S. 444-451
8. Meißner, A.: „Zoom fatigue“. Digital müde – oder analog wachsam? Neurotransmitter 2021; 32; S.26
9. Sobetzko, et al: Anstieg der SuchtPatient*innen in der Notfallversorgung während der Corona-Pandemie. Sucht (2021), 67 (1), 3-11 Hogrefe, Stuttgart
10. RKI: FAQ zu Covid-19. www.rki.de/shared-DOCS/FAQ/NCOV'2019
11. Oette, M. et al.: Kurzmitteilung Prävalenz von SARS-CoV-2-Infektionen bei wohnungslosen Menschen in Köln – Eine Erhebung während der Hochphase der dritten Welle; Deutsches Ärzteblatt; Heft 40, S. 678-679, 08.10.21
12. Uhl, A.: Die inadäquate Darstellung von COVID-19-Statistiken – ganz allgemein und in Zusammenhang mit Substanzkonsum und Suchtphänomen (in Druck); SUCHT THERAPIE 22, 2021; Thieme Verlag Stuttgart
13. RKI: Das Impfbuch für alle; www.dasimpfbuch.de; 2021
14. Beerheide, R.: Gipfel im Kanzleramt, Erfahrungen der Gesundheitsämter; Deutsches Ärzteblatt Jg. 117, Heft 38, 18.10.2020, S. 1480-1481
15. Reichardt, A.: Globale Impfstoffvergabe. Die Blockade der Reichen; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 15, 16.04.21, S. 637-639
16. Koczulla, Ar. et al: S1-Leitlinie Post-COVID/ Long-COVID; AWMF online, Stand 12.07.2021)
17. Richter, D., Zürcher S.: Long-COVID/Post-COVID – Epidemiologie, mögliche Ursachen und Rehabilitationsbedarf psychischer Probleme; Psychiatrische Praxis 2021, 48, S. 283-285, Thieme Verlag Stuttgart
18. Wölfling, K., Wurst, F.: Psychische Folgen der COVID-19-Pandemie und potentielle Sucht-krankheit; Suchttherapie 2021, 22, S. 1 – 2, Thieme-Verlag Stuttgart (in Druck)
19. Kuhlmann, Th.: Covid-19-Pandemie - Zu medizinischen Aspekten der Erkrankung und den Auswirkungen auf Suchtkranke und die Suchtkrankenversorgung; Vortrag a. d. 60. DHS Fachkonferenz SUCHT vom 25.-27. Oktober 2021 in Potsdam „Raus aus der Krise – Sucht in Veränderung?!“
20. Kuhlmann, Th.: Covid-19-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen im Versorgungsalltag ein Zwischenfazit; Vortrag i. Qualitätszirkel Substitution Rheinisch-Bergischer Kreis, 06.10.2021

Arbeitsgruppe 1

Niedrigschwellige Hilfen und Qualifizierte Akutbehandlung

Udo Horwat und Dr. Bodo Lieb

Methodik:

Die initiale Vorstellungsrunde der Teilnehmenden ergab ein fast repräsentatives Abbild aller Berufsgruppen und Interessenverbände der Suchtkrankenhilfe. So waren neben suchttherapeutischer, sozialarbeiterischer, fachkrankenpflegerischer und psychiatrisch-/ psychotherapeutischer Profession auch mehrere Vertreter*innen der Angehörigen- und Betroffenen-Selbsthilfe zugegen.

Einrichtungsbezogen deckten die Teilnehmenden die Tätigkeitsfelder klinischer Bereich, ambulante und stationäre betreute Wohnformen, Obdachlosenhilfe, Suchtberatung und weitere therapeutische und soziale Hilfesysteme ab.

Ausgehend von dieser breiten Erfahrungsperspektive erfolgte die Durchführung des Seminars zum Thema „Krisenbewältigung durch aktive Kooperation – Drogenabhängige in Zeiten der Pandemie“ als multiprofessionelle Gruppenarbeit mit Kommunikationskarten unter Moderation der zwei Seminarleiter.

Als strukturierende vorgegebene Dimensionen wurden zum einen die Klient*innen-Perspektive, zum anderen der Einrichtungsblick auf die „Herausforderungen in der Coronapandemie“ gewählt. Auf der Grundlage der zusammengetragenen Erfahrungen erfolgte im Weiteren die gemeinsame Erarbeitung von Handlungsoptionen für die Zukunft (siehe Foto der Pinnboard-Arbeitsergebnisse).

Ergebnisse:

Die Beiträge der Teilnehmenden wurden thematisch zusammengefasst und konnten gemäß der gesetzten Überschriften wie folgt geordnet werden:

1. Herausforderungen in der Pandemie für Klient*innen:

a) Schwierigkeiten der Klient*innen, konkrete soziale Hilfen zu erhalten:

Im Beginn der Pandemie wären viele Hilfsangebote und insbesondere Behörden (u. a. Jobcenter) geschlossen gewesen, später der Zugang stark reglementiert oder sogar gänzlich auf digital umgestellt worden. Diese „digitale Barriere“ wäre für viele unserer Klient*innen häufig unüberwindbar gewesen und somit seien z. T. Hilfen/Gelder ausgeblieben.

b) Angebote der Gesundheitsversorgung für Suchtkranke waren während der Pandemie reduziert:

Einige Kliniken hätten ihre Angebote für qualifizierten Entzug eingestellt oder zumindest (auch aus Hygienegründen) die Behandlungsplatzanzahl deutlich reduziert. Langzeittherapieeinrichtungen seien zwischenzeitlich geschlossen worden, später wären sie aus Hygienevorgabegründen auch mit verminderter Therapieplatzanzahl wieder in Betrieb gegangen. Wartezeiten seien dadurch z. T. unerträglich lang geworden, was, neben der Belastung der Betroffenen selbst, in erheblichem Ausmaß auch Angehörige und die Familien in Mitleidenschaft gezogen hätte. Die Nahtlosvermittlung zwischen Akut- und Rehaklinik hätte nicht mehr einwandfrei funktioniert, weil auch die Rentenversicherungsträger z. T. ihren Aufgaben nur mit erheblicher Verzögerung nachgekommen seien. Die Rahmenbedingungen in den stationären Hilfsangeboten hätten sich darüber hinaus auch deutlich verschlechtert, Hygienevorgaben hätten das Therapieprogramm beeinträchtigt, externe Be-

suche und Ausgänge hätten aus Coronaschutzgründen nicht stattfinden können. Auch die ambulante ärztliche Versorgung, insbesondere fachärztliche Hilfen, wären zwischenzeitlich stark reduziert gewesen. Das hätte sich direkt (u. a. Probleme der Substitutversorgung bei geschlossenen Substitutionspraxen) sowie indirekt in der Versorgung komorbider somatischer Erkrankungen der Patient*innen geäußert.

c) Lebensalltag der Suchtkranken und damit die psychische und körperliche Gesundheit stark in Mitleidenschaft gezogen:

Unter dem Eindruck wegbrechender Stützstrukturen der sozialen Teilhabe (u. a. BeWo, sozialpsychiatrische und Suchthilfe-Angebote, Selbsthilfetreffen etc.) sei es zu sozialer Isolation, Einsamkeitsgefühlen und konsekutiv häufigeren Substanzrückfällen gekommen. Bei der noch besonders stark benachteiligten obdachlosen Klientel seien eine Verschärfung finanzieller Not (kaum noch Pfandflaschenerlöse aus Mülleimern, keine Einnahmen durch Betteln etc.) und generell eine Verschlechterung der allgemeinen Lebenssituation (verminderte Plätze Notschlafstellen, Testvorgaben, verminderte Lebensmittelspenden) hinzugekommen. Auch suchtbelastete Familienstrukturen seien unter dem Eindruck fehlender alternativer sozialer Kontaktflächen über das vorangegangene Maß unter Druck gesetzt worden. Die wechselnden Regeln und Hygienevorgaben seien für die Suchtkranken nicht immer einfach zu erkennen und aus materieller Not (z. B. kein Geld für MNS), gerade zu Beginn der Pandemie, schwer einzuhalten gewesen.

2. Herausforderungen in der Pandemie für Einrichtungen:

a) Individueller Mitarbeitenden-Umgang mit der Pandemie (Ambivalenz Klient*innenfürsorge vs. Selbstschutz):

Gerade zu Beginn der Pandemie habe es unter den Mitarbeitenden der Suchthilfeeinrichtungen wie in der Allgemeinbevölkerung ein hohes Maß an Unsicherheit im Umgang mit der Pandemie gegeben. Durch anfänglich vermindert verfügba-

re Schutzmaßnahmen (MNS-, Desinfektionsmittel-Versorgungsprobleme, keine Impfungen) und die berufsbedingt große Nähe zu Klient*innen, gerade im niederschweligen Bereich, hätten Ängste bestanden, sich anzustecken und selber schwer zu erkranken. Gleichzeitig seien sich alle Mitarbeitenden der Probleme ihrer Klient*innen bewusst gewesen und hätten sich in der Fürsorgepflicht ihnen gegenüber gefühlt. Diese kognitive Dissonanz hätte bei einigen Mitarbeitenden zu starkem psychischen Stress und unabhängig von den realen COVID-19-Erkrankungen auch zu mittelbaren krankheitsbedingten Ausfällen geführt. Die gesetzlichen Vorgaben zu Themen wie Mindestabstand, Kontaktfrequenz und -dauer hätten zum Teil im krassen Gegensatz zum gewohnten Maß an Klient*innennähe gestanden und gerade die engagiertesten Mitarbeitenden belastet, die ein solches Arbeiten nicht gewohnt gewesen wären.

b) Absage/verminderte Frequenz interner wie externer Gesprächskreise:

Nahezu alle sozialpsychiatrischen und Suchthilfe-Arbeitskreise hätten unter dem Eindruck der Corona-Schutzvorgaben und -Rechtsverordnungen vorübergehend ihre Arbeit einstellen müssen. Auch bei notwendigen internen Teamsitzungen seien Teilnehmendenzahl und Terminfrequenz deutlich reduziert worden. Die Selbsthilfegruppen hätte ihre Arbeit einstellen bzw. auf digitale Angebote umstellen müssen. Dies alles habe zu einem signifikanten Verlust an Kommunikationskanälen und konsekutiv zu Informationsverlust, Abspracheproblemen und Missverständnissen geführt. Die Versuche, entsprechende Treffen in den digitalen Raum zu überführen, seien zum Teil nicht gelungen, zum Teil sei aufgrund der schon o. g. „digitalen Barriere“ auch für Einrichtungen die Teilnehmendenzahl unvollständig geblieben.

c) Bürokratische und administrative Zusatzaufgaben durch Coronaschutzvorgaben:

Die sich dynamisch entwickelnde Coronapandemiesituation hätte zu ständig neuen Rechtsverordnungen und umzusetzenden Vorgaben geführt. Das hätte zu Beginn Führungskräfte der

Einrichtungen und konsekutiv alle Mitarbeitenden mit Zusatzaufgaben konfrontiert, die mitunter nicht leicht in die Tagesstrukturen eingefügt werden konnten. Maskenpflicht, Mindestabstände, Kontaktverbote, Impfnachweise, Testkontrollen etc. hätten Einrichtungsprozesse maßgeblich beeinträchtigt und umgestaltet. Dabei sei v. a. die Plötzlichkeit neuer Vorgaben (gerne am Freitag-Nachmittag) und die z. T. nicht durchgehende Konsistenz der Vorgaben herausfordernd gewesen.

3. Gewonnene Erfahrungen für die Zukunft:

a) Netzwerke erhalten/stärken:

Das zwischenzeitliche Auflösen der Suchthilfe-Netzwerke in der Pandemie hat nochmal aufgezeigt, wie wichtig diese Strukturen sind und dass sie baldmöglichst wieder in Gänze konstituiert werden sollten. Erfreulicherweise hat die Pandemie zu einer nahezu flächendeckenden digitalen Ausstattung der Einrichtungen geführt, sodass dahingehend bei erneuten Kontaktbeschränkungen auf eine bestehende Infrastruktur zurückgegriffen werden kann.

b) Teamarbeit und Resilienz:

Die Teamstrukturen der Einrichtungen haben sich trotz aller Widrigkeiten als recht widerstandsfähig und die Mitarbeitenden fast regelhaft als erheblich resilienter erwiesen, als zunächst gedacht. Das hat im Nachgang zu einem stärkeren Teamzusammenhalt und zu einer größeren Auftragsidentifikation geführt.

c) Systemrelevante Suchthilfe:

Die Suchthilfe hat bewiesen, dass sie eine wichtige Aufgabe erfüllt und Leben rettet. Sie sollte in einer nächsten Pandemielage als „systemrelevant“ eingestuft werden.

Diskussion:

Der Workshop „Krisenbewältigung durch aktive Kooperation – Drogenabhängige in Zeiten der Pandemie“ aus der Warte der Einrichtungen „Niedrigschwellige Hilfen“ und „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ hat aufgezeigt, dass in der Summe trotz aller Widrigkeiten das Suchthilfe-Netzwerk in der Pandemie nicht gänzlich zerrissen ist und die Arbeit mit großem Einsatz aller Beteiligten aufrechterhalten werden konnte.

Die durch die Pandemie „brennglasartig“ aufgezeigten strukturellen Probleme unzureichender Kommunikationskanäle, bürokratischer Hürden und Barrieren, v. a. im Kontakt mit Behörden und Kostenträgern, sollten Anlass zu weitergehenden Analysen und ggf. Modifikationen von Antrags- und Arbeitsprozessen geben. Die Suchthilfe hat gezeigt, dass sie auch in Krisensituationen funktionstüchtig bleibt. Sie ist systemrelevant, rettet Leben und bedarf unveränderter Unterstützung durch Staat und Gesellschaft.

Arbeitsgruppe 2

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen und Qualifizierte Akutbehandlung

Dominik Neugebauer und Prof. Dr. Barbara Schneider

Insgesamt nahmen an der Arbeitsgruppe neun Kolleg*innen teil, die aus verschiedenen Berufsgruppen kamen (Pflegedienst, Sozialarbeit, Betroffene, ärztlicher Dienst, psychologischer Dienst) und unterschiedliche Berufserfahrung aufwiesen.

Fragerunde – Was können wir aus der Pandemiezeit lernen?

1. Ist die Digitalisierung/digitale Beratung in der Arbeit mit Drogenabhängigen zielführend?

- ambulante Rehabilitationsbehandlung per Telefon/Videokonferenzsystem
- Selbsthilfegruppen/Vorstellung von Rehabilitationseinrichtungen per Videokonferenzsystem
- stationsübergreifende bzw. stationäre und ambulante Gruppen per Videokonferenzsystem

Die Erfahrungen der Teilnehmenden mit Video- und Telefonberatung bzw. -therapie waren unterschiedlich: in einigen Einrichtungen, insbesondere den stationären Einrichtungen und Ambulanzen, in denen Patient*innen behandelt werden mit einem bereits stabilen Therapiebündnis, wurden Therapien/Beratungen häufig online angeboten und waren eine gute Alternative zur Face-to-face-Therapie bzw. -Beratung. Im stationären Setting gelang es auch gut, Selbsthilfegruppen online anzubieten, ebenso die Vorstellung von Rehabilitationseinrichtungen. Online-Angebote bzw. Hybrid-Angebote von stationären/ambulanten und stationsübergreifenden Gruppen waren unterschiedlich erfolgreich, z. T. abhängig vom Krankheitsbild.

Einige Patient*innengruppen konnten online gar nicht erreicht werden, da u. a. die technischen Voraussetzungen fehlten.

2. Wie sah die Verzahnung ambulant und stationär sowie zwischen den verschiedenen Akteur*innen aus?

Wenn Kooperationen „der Stecker gezogen wird“ – wie hält man Netzwerke in Pandemien am Leben?

Entscheidend war die Qualität der Kooperation vor der Pandemie:

- vorher gut funktionierende Kooperationen/Netzwerke konnten während des Lock-downs aufrechterhalten werden
- Kooperationen, die vorher am Entstehen waren, wurden vielfach nicht weiterentwickelt
- vorher störungsanfällige Kooperationen wurden kaum weiterverfolgt

In vielen Regionen ist die Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Hilfen trotz Lock-down weiterhin gut gelungen. Das spricht für die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe für ein grundsätzlich gutes Fundament der Zusammenarbeit. Schwierig waren die (Teil-) Schließungen von Stationen/Kliniken, weil Alternativen fehlten. Bemängelt wurde hier, dass die Teilschließungen vielfach proportional mehr zu Lasten der suchtmmedizinischen Abteilungen gingen, als zu anderen Stationen in der psychiatrischen Versorgung.

Kommunikation auf allen Ebenen und die Unterstützung durch Nutzung unterschiedlicher Kanäle (hier vor allem digitale Kanäle wie Videokonferenzen) waren die Schlüssel, um Kooperationen weiter „am Laufen“ zu halten.

3. Begegnung vs. Isolation: wie können Angehörigengruppen/-beratung in Pandemiezeiten gestaltet werden; wo bleibt die Niedrigschwelligkeit?

Niedrigschwellige Angebote mussten vielfach eingestellt werden. Nach Lockerungen der Maßnahmen und Wiederaufnahme der niedrigschwelligen Angebote wurde festgestellt, dass die Anzahl der erreichten Personen deutlich niedriger ist. In der Konsequenz ist es nun Aufgabe der Träger, diese Menschen wieder an die Hilfenetzwerke heranzuführen.

4. Die Mitarbeitenden der Suchthilfe im Blick behalten – wie geht „Team“ in Pandemiezeiten?

Um eine durchgehende Kommunikation in den Teams zu gewährleisten, wurden Videokonferenzen eingesetzt und von den Teilnehmenden als positives Instrument bewertet.

In den stationären Kontexten waren die persönlichen Teamkontakte, bedingt durch das Setting, stärker gegeben als in den ambulanten.

Die Verabschiedung von Mitarbeitenden (z. B. durch Ruhestand oder Arbeitsplatzwechsel) und damit einhergehende Einarbeitung neuer Mitarbeitenden konnte nicht in der gewohnten Qualität sichergestellt werden.

Maßnahmen zum Teambuilding sollten in den kommenden Monaten verstärkt forciert werden.

5. Was war die wichtigste Schlussfolgerung aus der Pandemie zur Vorbereitung zukünftiger Pandemien?

- gute Kooperationen und gute Kommunikation sowohl innerhalb der Einrichtungen als auch mit anderen Einrichtungen
- Beibehaltung der entwickelten Standards und proaktive Vorbereitung
- Beibehaltung der Möglichkeiten der digitalen Nutzung
- Notwendigkeit der ausreichenden Finanzierung im gesamten medizinischen und sozialen Bereich
- Arbeiten im Team, Präsenz vor Ort

Arbeitsgruppe 3

Medizinische Rehabilitation und Qualifizierte Akutbehandlung

Sebastian Winkelkemper und Dr. Ulrich Kemper

Im Rahmen der Fachtagung wurde in unserem Workshop festgehalten, dass in den Entwöhnungseinrichtungen in der Pandemie verfügbare Behandlungsplätze, die Nachfrage nach Entwöhnungsbehandlungen sowie die Therapieangebote verringert wurden bzw. waren.

Was ist in den letzten 2 Jahren passiert?

- Kurze Zusammenfassung aus der Befragung der Charité Berlin von 58 Rehakliniken und Adaptionen, 239 Suchtambulanzen und 39 Tageskliniken.
- 1. Reduktion verfügbarer Behandlungsplätze (Begründung: Mangel an Räumlichkeiten, Einzelzimmerbelegung, Personalmangel bzw. Fehlzeiten, kleinere Therapiegruppen)
- 2. Reduzierte Nachfrage (Begründung: weniger Weitervermittlungen, Angst vor Ansteckung, restriktive Regeln der Einrichtung, versorgungsprobleme Kinder, erschwerte Antragstellung)
- 3. Verringertes Therapieangebot (Einzel- und Gruppentherapie, Angehörigenseminare, Sporttherapie, Arbeitstherapie, Reha-Vorträge, Entspannungsverfahren, etc.)

Die Einrichtungen selbst versuchten der Pandemie mit einer Reihe an Maßnahmen wie Verkleinerung der Gruppengrößen, Durchführung von Angeboten im Freien, Handouts, Telefon- und Videokonferenzen und somit insgesamt der Nutzung digitaler Medien, Anmietung zusätzlicher Räumlichkeiten, Aufstellen von Zelten und Containern etc. zu begegnen und meisterten dabei allerhand Schwierigkeiten und Barrieren.

Was ist in den letzten 2 Jahren geschafft worden?

- Modifikationen in den Angeboten: Reduzierung Gruppengrößen, mehr Einzeltherapie, Durchführung im Freien, Handouts, Telefonkonferenzen, Videokonferenzen, Nutzung digitaler Angebote (therapylift, etc.)
- Barrieren
 - Technische Ausstattung der Einrichtungen, Geschwindigkeit Internet, Datenschutzbestimmungen, fehlende Kenntnisse der Mitarbeitenden, lizenzrechtliche Fragen, Personalkapazität im Vor-Pandemie-Bereich bereits auf Kante genäht.
 - Baulicher Art: Trennwände, veränderte Nutzung der Räumlichkeiten, Anmietung von Räumlichkeiten, Aufstellen von Containern, etc.

Alle diese Maßnahmen und Konsequenzen betrafen allerdings nur die jeweilige Einrichtung, die übliche Kooperation und das Schnittstellenmanagement zwischen den unterschiedlichen Anbieter*innen der Suchthilfe blieb insbesondere in 2020 auf der Strecke. Erste Katamneseuntersuchungen in einigen Einrichtungen zeigen, dass dies zu einer Verminderung der Abstinenz und Reintegration in den Alltag führte.

Im zukünftigen Umgang mit der Pandemie wird es wichtig sein, dass man die Möglichkeiten (Testung, Impfung, Maskenschutz) konsequent einsetzt, um die Teilhabe in allen Bereichen zu ermöglichen. Die Wiedereingliederung in das alltägliche Leben und somit ja die Ziele der Rehabilitation wird ohne diese Maßnahmen nicht zu erreichen sein.

Fazit

Dr. Thomas Kuhlmann

Persönliche Begegnung ist die Grundlage unserer Arbeit und Zusammenarbeit: sei es zwischen Hilfesuchenden und Helfenden, sei es im dialogischen Kontakt, also unter Einbeziehung auch der Angehörigen, sei es innerhalb des Hilfesystems oder mit Behörden und Arbeitgeber*innen. Im persönlichen Gespräch können Probleme, Fragen, Kritikpunkte, Irritationen und sonstige Anmerkungen in anderer Weise deutlich werden und dies für die jeweiligen Gesprächspartner*innen oft deutlich nachvollziehbarer als per Video, Telefon oder E-Mail. Deshalb haben wir schon bei der Tagungsplanung alles darangesetzt, dass auch diese Jubiläumstagung in Präsenz und eben nicht online und möglichst auch nicht als Hybridveranstaltung stattfinden kann. Und es hat geklappt!

Dank Ihres Engagements und Ihres Interesses, Ihrer aktiven Beteiligung an der gesamten Tagung, wesentlich aber auch dank der intensiven und vertrauensvollen Zusammenarbeit bereits im Vorfeld der Tagung mit Herrn Speich (f. d. Arbeitsausschuss Drogen und Sucht der FW) und der LVR-Koordinationsstelle Sucht mit Frau Schmieder, mit der ich gemeinsam alle bisherigen Kooperationstagungen vorbereiten und durchführen konnte, Frau Peek und Herrn Thal, die ihre Aufgabe übernommen und bereits mit großem Engagement begonnen haben diese fortzusetzen. Ein Beispiel für gelingenden und zugleich unverzichtbaren Generationenwechsel, übrigens im Präsenzkontakt. Dafür gebührt insbesondere Ihnen, Frau Schmieder, herzlicher Dank!

Dieser Generationenwechsel betrifft uns alle, sei es in Beratungsstellen, Kliniken, in der qualifizierten Akutbehandlung, der Rehabilitation, den Ambulanzen, in Wohnheimen, aber auch in Behörden. Auch deshalb sind wir froh, diese Tagung als Präsenzveranstaltung durchgeführt zu haben; denn der persönliche Austausch, das persönliche Vortragen und Erleben des Vortrags, das Nachfragen, die Diskussion in der Kaffeepause, der rege Austausch in den Workshops und hinterher – all das macht neugierig, erleichtert es, knifflige Themen anzusprechen, aber auch die

Nöte der Kooperationspartner*innen zu verstehen. Die Coronapandemie hat uns alle getroffen, aber nicht alle in gleicher Weise. Viele Formen der Zusammenarbeit sind vorübergehend massiv beeinträchtigt worden, jedoch nicht aufgrund der Faulheit und des Desinteresses der jeweiligen Kooperationspartner*innen, sondern aufgrund der massiv veränderten Rahmenbedingungen.

Suchtkranke – ungeliebte Kinder der Psychiatrie?

Dieses Thema des Hamburger Kongresses von 1989 hat an Aktualität in erschreckender Weise gewonnen, wie sich in vielen Bereichen der Coronapandemie gezeigt hat. Zum Beispiel an der Entscheidung der meisten großen psychiatrischen Kliniken, ausgerechnet in den Suchtstationen Betten freizuräumen für so genannte „Corona-Krisenstationen“. Daran ist zu sehen, dass die Belastung also nicht auf alle psychiatrischen Abteilungen gleich verteilt worden ist. Eine Entscheidung, die nicht von den Verantwortlichen der Suchtabteilungen gefällt wurde, sondern von anderer Stelle. Sich darüber im persönlichen Gespräch austauschen zu können, ermöglicht es, an bewährte und vertrauensvolle Zusammenarbeit wieder anzuknüpfen, Missverständnisse zu klären und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Und das ist dringend erforderlich heute und in Zukunft noch mehr! Gemeinsam in enger Vernetzung nach Lösungen zu suchen.

Soziale Spannungen nehmen zu, die Wohnungsnot steigt, das Risiko sozial ausgegrenzt zu werden als suchtkranker Mensch steigt insbesondere für diejenigen, die über nur wenige Ressourcen verfügen. In dieser Situation effektive Hilfe zu leisten ist keine Aufgabe nur einer Institution oder eines Bereiches im Hilfesystem, sondern betrifft uns alle: von der aufsuchenden überlebenssichernden Hilfe über die qualifizierte Akutbehandlung als wesentliche Schnittstelle, die niederschwellig zugänglich sein muss und zieloffen vernetzt mit allen Anschlusslösungen, bis hin zu aber nicht ausschließlich medizinischer Rehabilitation.

Persönlich hat mich besonders gefreut, dass zum einen Frau Richter als zuständige Referentin des MAGS es sich nicht nehmen ließ, trotz akuter Personalprobleme uns vor Ort ihre Haltung und Unterstützung, auch in diesen von Umbruch geprägten Zeiten, persönlich zu vermitteln und zum anderen, dass sich Vertreter*innen der Betroffenen und der betroffenen Angehörigen gemeinsam für aktive und konstruktive Beteiligung der Betroffenen ausgesprochen haben. Miteinander, ohne moralisierende Vorbehalte, ohne Vorwürfe, im Gegenteil.

Das zeigt, es hat sich nicht nur gelohnt, dass wir uns endlich wieder gemeinsam getroffen, ausgetauscht, miteinander diskutiert und auch manches angeregt und geplant haben, sondern dass es nur so gehen kann und auch so weitergeht. Auch in Zukunft miteinander, nur eben mit anderen Personen (Stichwort: Generationenwechsel).

Vielen Dank für Ihr Engagement und auf weiterhin aktive Zusammenarbeit!

Referentinnen und Referenten

Monika Schröder

Landschaftsverband Rheinland
Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement

Melany Richter

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales NRW
Referat Prävention, Sucht, HIV/AIDS

Dr. Stephan Walcher

Praxis Concept München

Katharina Schütten

aidshilfe Dortmund e. v.

Dr. Thomas Kuhlmann

Fachverband Qualifizierte stationäre
Akutbehandlung Drogenabhängiger e. V.
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Udo Horwat

Diakoniewerk Duisburg GmbH

Dr. Bodo Lieb

Katholisches Krankenhaus Hagen

Dominik Neugebauer

Caritasverband Pederborn e. V.
DROBS - Jugend- und Drogenberatungsstelle

Prof. Dr. med. Barbara Schneider

LVR-Klinik Köln

Sebastian Winkelkemper

Schwarzbachklinik Ratingen

Dr. Ulrich Kemper

LWL-Klinik Gütersloh

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement

Hermann-Pünder-Str. 1, 50663 Köln

Tel 0221 809-7305