



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel.: 089-530 730-0

Fax: 089-530 730-19

E-Mail: bas@bas-muenchen.de

Web: www.bas-muenchen.de

**Dokumentation der
19. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**„Substitution – Beigebrauch, besondere Bedürfnisse
und Sicherstellung der Versorgung“**

18. März 2009 in München

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft AG

Konto-Nr. 8890100

BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:

PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:

Bertram Wehner

Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrmbacher-Lutz
Apothekerin

Dr. rer.soc. Christoph Kröger
Dipl.-Psychologe

Ehrevorsitzender:

Prof. Dr. med. Jobst Böning

Ablauf der Tagung

Am 18. März 2009 fand im Hansa-Haus in München die 19. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern mit rund 75 Teilnehmern statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

- 09:30 Begrüßung und aktuelle Informationen
(Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V.)
- 10:00 Alkoholmissbrauch bei Substituierten – Epidemiologie, Motive und Therapiemöglichkeiten
(Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter, Isar-Amper-Klinikum München Ost)
- 10:50 Konsumreduktion durch KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum)
(Christoph Straub, GK Quest Akademie Heidelberg)
- 11:40 Kaffeepause
- 12:00 Substitution ein Leben lang – Zielsetzungen und Umgang mit älteren Substituierten
(Prof. Dr. Irmgard Vogt, FH Frankfurt/Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit)
- 12:50 Mittagspause
- 14:00 Workshop 1: Versorgungssituation in Niederbayern am Beispiel der geplanten Substitutionsambulanz am Klinikum Mainkofen
(Dr. Roland Ebner, BKH Mainkofen, Dr. Josef Scheuerlein, Marienapotheke Oberzenn)
oder
Workshop 2: Wie individuell muss Substitution sein - Zwischen Überlebenssicherung und ausstiegsorientierter Behandlung
(Andreas Bohnert, Fachambulanz Miesbach)
- 15:45 Kaffeepause
- 16:00 Forum: Vorstellung der Ergebnisse aus den Workshops, Diskussion und Verabschiedung

Begrüßung

Frau Fahrmbacher-Lutz begrüßte die Teilnehmer und gab einen kurzen Überblick über die aktuellen Aktivitäten der BAS und die Struktur des Netzwerkes Sucht. Ferner wies sie auf die 23. BtMÄndV hin, die Anfang März verabschiedet wurde und durch die Möglichkeit einer „Zwei-Tages-Verschreibung“ (z.B. zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen bei noch nicht take-home-fähigen Patienten) und der Vertreterregelung (Vertretung bis zu 12 Wochen im Jahr auch durch einen suchtmmedizinisch nicht weitergebildeten Arzt) die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Substitution auf vielfachen Wunsch der Ärzteschaft etwas erweitert.

Alkoholmissbrauch bei Substituierten – Epidemiologie, Motive und Therapiemöglichkeiten

Herr Prof. Felix Tretter, Leiter der Suchtabteilung vom Klinikum München Ost, gab in seinem Vortrag einen Überblick u.a. über die Funktionen, Konsumformen, Diagnostik und Therapie des Alkoholmissbrauchs bei Opiatabhängigen.

Eine Studie von Kindermann (1989) bei Heroinabhängigen untersuchte das Einstiegsalter für verschiedene Substanzen. Beim ersten Konsum von Alkohol waren die später Opiatabhängigen 12,1 Jahre alt. Der Anteil an aktuell Alkohol konsumierenden Heroinabhängigen schwankt regional zwischen 33% und 50%. Das vordergründige Konsummotiv besteht in der sedierenden Wirkung des Alkohols. Eine Studie, die mit Methadon behandelte Patienten über einen Zeitraum von über zwei Jahren beobachtet hatte, zeigte, dass der tägliche Alkoholbeikonsum (im Gegensatz zum Heroin- und Kokainbeikonsum) nicht reduziert wurde (Dobler-Mikola, 2005).

Betrachtet man die neben der Opiatabhängigkeit zugrunde liegende *psychiatrische Comorbidität*, so finden sich in abnehmender Häufigkeit vor allem Persönlichkeitsstörungen, Depressionen sowie Angststörungen. Neurobiologische Befunde führen zur Hypothese, dass Alkohol als eigenständige Konsum- bzw. Abhängigkeitsform im Rahmen einer Opiatabhängigkeit angesehen werden kann.

Alkohol wirkt, indem es zum einen funktionell die Glutamat-Rezeptoren und die intrazellulären Ca-Ionenkanäle hemmt, was zu einer verminderten Aktivierung der Nervenzellen führt. Zum anderen wird durch eine Verstärkung der GABA-ergen Mechanismen die Hemmung der Nervenzellen gesteigert. Bei funktionellen Kernspinuntersuchungen finden sich eindeutige Hinweise, dass bei der reizinduzierten Aktivierung sowohl bei Opiat- als auch bei Alkoholabhängigen die gleichen Areale im ventralen Tegmentum angeregt werden.

Bei der *Diagnostik* erweisen sich im Gegensatz zu den eher unspezifischen Leberenzymen wie γ -GT, GPT, GOT folgenden beiden Parameter als aussagekräftig:

MCV (mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen):

- steigt etwa 6 Wochen nach chronischem Alkoholkonsum von mindestens 60g täglich an,
- fällt erst einige Wochen nach Entzug oder Alkoholkarenz wieder ab.

CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin):

- steigt bereits bei einer täglichen Aufnahme (> 50 g Alkohol) über 7 aufeinanderfolgende Tage,
- normalisiert sich nach 10-30-tägiger Abstinenz
- falsch positiv u.a. bei chronisch aktiven Hepatitiden, biliärer Zirrhose, Leberzellkarzinom

Die *Therapie* sollte je nach Indikation stationär oder ambulant erfolgen. Wenn bei einer starken Abhängigkeit ein schwerer Entzug zu erwarten ist, empfiehlt sich wegen des erhöhten Risikos von Krampfanfällen eine stationäre Aufnahme. Bei mittlerer Abhängigkeit kommt eine teilstationäre Behandlung in Frage, wenn eine Bezugsperson für den Patienten zur Verfügung steht. Für den Fall einer leichten Abhängigkeit besteht die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung.

Bei Alkoholbeikonsum im Rahmen der Substitutionsbehandlung sollte folgendermaßen vorgegangen werden: Bei einer Alkoholisierung von weniger als 0,5‰ kann die Hälfte des Substituts verabreicht werden, ggf. auf zwei Tagesdosen aufgeteilt. Bei einem höheren Alkoholisierungsgrad sollte kein Methadon verabreicht werden. Bei regelmäßigem Alkoholbeikonsum mit starker Intoxikation empfiehlt sich aufgrund des erhöhten Drogentodrisikos ein stationärer Teilentzug. Auch psychoedukative Maßnahmen (siehe KISS, Punkt 3) können bei der Reduzierung von Beikonsum hilfreich sein.

Konsumreduktion durch KISS

Herr Dipl.-Sozialpäd. Christoph Straub, Mitarbeiter der GK Quest Akademie in Heidelberg, stellte das Programm KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) als Angebotserweiterung im Rahmen der Substitutionsbehandlung vor.

Gesprächsaufhänger kann dabei das „Kontrollierte Trinken“ sein, das von den meisten Abhängigen als Widerspruch empfunden wird. Gewünscht werde vielmehr, so „zu konsumieren wie früher“. Bei einer Befragung unter Teilnehmern einer KISS-Gruppe wurde von der Mehrzahl der Tabakkonsum als problematisch betrachtet. Viele Klienten sind durchaus änderungs-, jedoch nicht abstinenzbereit (Simon & Sonntag, 2004).

Selbstkontrollierter Substanzkonsum liegt allerdings nur dann vor, wenn eine Person ihren Konsum an einem zuvor festgelegten Konsumplan ausrichtet. Dabei soll der Konsum der verschiedenen Substanzen jeweils für eine Woche im Voraus geplant werden, wobei die Anzahl der konsumfreien Tage, die tägliche maximale Konsummenge und der maximale Gesamtkonsum pro Woche festgelegt werden müssen. 10-30% der Teilnehmer von KISS-Gruppen entscheiden sich mittelfristig für die Abstinenz.

Die Forschung auf dem Gebiet von Selbstregulationsprozessen und selbstreguliertem Konsum erbrachte, dass ein Übergang von Drogenabhängigkeit zu reduziertem Konsum üblich ist (Klingemann & Sobell, 2007). Katamnesestudien nach Abstinenztherapie fanden heraus, dass ca. 20% der Patienten dauerhaft zu kontrolliertem Drogenkonsum übergingen (Schippers & Cramer, 2002; Meili, 2004).

Das KISS-Programm beinhaltet 1-2 Vorgespräche, in denen u.a. das Konsumtagebuch eingeführt und Konsumeinheiten für den weiteren Verlauf festgelegt werden. Daran schließen sich 12 aufeinander aufbauende, wöchentliche Module mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten an.

1. Grundwissen Drogen
2. Pro & Kontra Veränderung
3. Bilanz ziehen
4. Konsumziele festlegen
5. Strategien der Zielerreichung
6. Risikosituationen erkennen
7. Ausrutscher meistern
8. Freizeit genießen
9. Belastungen erkennen
10. Belastungen angehen
11. Nein-Sagen lernen
12. Erfolge sichern („Wie soll es weitergehen?“)

Diskussion/Fragen:

Damit das Konsumtagebuch nicht als selbstbelastendes Beweismittel bei einem Aufgriff durch die Polizei gewertet werden kann, gibt es in manchen Bundesländern bzw. Städten (z.B. Frankfurt, Hamburg und Saarbrücken) entsprechende Absprachen mit der Staatsanwaltschaft. Herr Dr. Walzel, Drogenbeauftragter der Bayerischen Staatsregierung, merkte dazu an, dass er für derartige Absprachen nur geringe Chancen in Bayern sehe.

Von einer routinemäßigen Anwendung von KISS im Rahmen der Substitutionsbehandlung sollte abgesehen werden, da zunächst von der Möglichkeit eines Teilentzugs Gebrauch gemacht werden sollte. Nach mehreren (erfolglosen) Teilentzügen kann KISS jedoch als mögliche Alternative betrachtet werden.

Aufgrund der lebhaften Diskussion und der zahlreichen Fragen, die sich rund um den Vortrag von Herrn Straub ergaben, konnte er sein Referat nicht beenden. Die vollständigen Folien, die auch die Bereiche „Ergebnisse und Erfahrungen“ sowie ein Resümee beinhalten, können auf der BAS-Website unter der Rubrik „Nachlese BAS-Veranstaltungen“ abgerufen werden.

Substitution ein Leben lang – Zielsetzung und Umgang mit älteren Substituierten

Frau Prof. Irmgard Vogt von der Fachhochschule Frankfurt/Main gab zu bedenken, dass es weltweit nur wenige Studien zur Substitution im Alter gäbe – in Deutschland existiere keine derartige Untersuchung. Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Substitutionsbehandlung incl. der gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen in Deutschland stellte sie die Entwicklung der Drogentodeszahlen am Beispiel von Hessen bzw. Frankfurt im Zeitraum von 1970 bis 2004 dar.¹

Bei älteren Opiatabhängigen existiert häufig das Dilemma, dass die BUB-Richtlinien eine Langzeitbehandlung mit Methadon nicht vorsehen, andererseits aber aufgrund der Lebensgeschichte der chronisch Abhängigen (z.B. Hafterfahrung, wenige soziale Kontakte, gesundheitliche Beeinträchtigung, mehrere Abstinenztherapien, langjährige Arbeitslosigkeit) keine realistische Aussicht auf ein abstinentes Leben besteht.

Epidemiologie: Von den derzeit geschätzten 167.000 – 198.0000 Opiatabhängigen bzw. problematischen Drogenkonsumenten in Deutschland sind etwa 40.000 älter als 40, wobei dieser Anteil kontinuierlich zunimmt. Die Datenanalyse der Deutschen Suchthilfestatistik zeigt, dass der Anteil der über 35-Jährigen mit diagnostizierter Opiatabhängigkeit in stationärer und ambulanter Behandlung im Zeitraum von 2000-2006 ansteigt. Auch die Krankenhausstatistik offenbart, dass der Anteil an über 50-Jährigen mit F11- (Opiatabhängigkeit) oder F19- (Polytoxikomanie) Diagnosen im Beobachtungszeitraum von 2002-2006 tendenziell angestiegen ist. Prognosen besagen, dass sich der Anteil älterer Drogenkonsumenten in den nächsten 10 Jahren verdoppeln bis verdreifachen wird.

Gesundheitszustand: Es gibt Hinweise darauf, dass bei Drogenkonsumenten typische Alterskrankheiten wie beispielsweise Bluthochdruck, Krebs und Stoffwechselerkrankungen früher einsetzen. Mit steigendem Alter nimmt auch die psychische Komorbidität zu, wobei möglicherweise auch die Altersdemenz früher einsetzt. Während in der Allgemeinbevölkerung das Infektionsrisiko für HIV und Hepatitis C im Alter über 40 stark abnimmt, verhält sich dies bei Opiatkonsumenten genau gegenläufig. HIV und chronische HCV-Infektionen beschleunigen besonders in Kombination mit Opiat- und Drogenabhängigkeit Krankheits- und Alterungsprozesse (Reece, 2007; Dowling et al. 2008). In einer Untersuchung von Rosen et al. (2008) wurden 140 über 50-jährige Methadonpatienten zu psychischen und körperlichen Beschwerden befragt. Demnach litten über die Hälfte der Befragten an mindestens einer psychischen Erkrankung (am häufigsten Depression und Angststörungen) und knapp die Hälfte an Bluthochdruck. Beikonsum illegaler Drogen fand sich bei rund drei Viertel der Patienten innerhalb des Beobachtungszeitraums mindestens einmal bei den monatlichen Urinkontrollen.

Bei der Behandlung körperlicher oder psychischer Erkrankungen ist die Kenntnis über Wechselwirkungen von Methadon mit einer Vielzahl von Medikamenten unerlässlich. Unter folgendem Link findet man eine Übersicht über bisher beschriebene Interaktionen: <http://www.atforum.com/rx-methadone/index.php#drugint>
Eine regelmäßige Kontrolle des Gesundheitszustands, insbesondere älterer Substitutionspatienten, empfiehlt sich dringend.

Insgesamt ist unbestritten, dass eine Substitutionsbehandlung den körperlichen Gesundheitszustand vor allem in den ersten sechs Behandlungsmonaten verbessert. Die psychische Gesundheit bleibt auch bei längerer Substitutionsdauer unbefriedigend (Wittchen et al. 2008). Durch den Ausschluss aus der Alltagswelt und den Rückzug aus der Drogenszene besteht erhöhte Vereinsamungsgefahr, die in Suizid(-versuchen) münden kann.

Herausforderungen an das Hilfesystem: Um ältere Opiatabhängige langfristig an das Hilfesystem anzubinden, ist die Klärung von Kostenübernahme und politischen Fragen (Substitution auf

¹ Die Vortragsfolien können auf der BAS-Website unter der Rubrik „Nachlese BAS-Veranstaltungen“ abgerufen werden.

Dauer, Beibehaltung von Abstinenz als Behandlungsziel) erforderlich. Außerdem sind die speziellen Bedürfnisse im Rahmen der psychosozialen Betreuung und der Pflege zu berücksichtigen.

Workshop 1: Versorgungssituation in Niederbayern

Herr Dr. Roland Ebner, am Bezirksklinikum Mainkofen tätiger Psychiater, gab zunächst einen Überblick über die Ausgangslage in Niederbayern. Demnach ist die „graue“ Substitution sehr verbreitet, es wird mit Tramal[®], Fentanyl[®] und auch Take-home-Dosen von Substitutionsmitteln gehandelt. Die im Bezirksklinikum befragten Patienten spritzen in bis zu 50% der Fälle Methadon und/oder Buprenorphin. Im Gegensatz zum übrigen Bayern gibt es zunehmend sehr junge Drogentote. Die Entfernungen zu den wenigen Substitutionsärzten sind relativ groß bei einem gleichzeitig sehr lückenhaften Netz des Öffentlichen Nahverkehrs. Die Dichte der Apotheken ist hoch, wobei es nur wenige Apotheken gibt, die eine Substitutionsmittelvergabe durchführen. In den regionalen Suchtarbeitskreisen sind weder Apotheker noch Mitarbeiter der KV vertreten.

In einigen niederbayerischen Landkreisen gibt es derzeit keine substituierenden Ärzte, in anderen werden keine neuen Patienten mehr aufgenommen bzw. nur Selbstzahler akzeptiert. Mit Ausnahme von Passau, wo im vergangenen Jahr eine Kooperationspraxis in Zusammenarbeit mit einer Psychosozialen Beratungsstelle eröffnet wurde, ist die Versorgung unzureichend und hat sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. Die für das BKH Mainkofen geplante Substitutionsambulanz wird seitens des ärztlichen Direktors gewünscht, allerdings konnten bereits in der Vergangenheit nicht alle offenen Planstellen besetzt werden. Der Bezirk würde die Kosten der psychosozialen Betreuung in einer Klinik-Substitutionsambulanz übernehmen, die Finanzierung der medizinischen Leistungen müsste (kostendeckend) über die KV erfolgen.

Um diese Missstände zu beseitigen, muss vorrangig die KV einbezogen werden und an ihren Sicherstellungsauftrag erinnert werden. Schwierige Fälle (z.B. Patienten mit Doppeldiagnosen) sollten nach Möglichkeit an Substitutionsambulanzen behandelt werden, um auch das Spektrum der psychiatrischen Erkrankungen adäquat berücksichtigen zu können. Außerdem ist die Einrichtung von Kooperationspraxen – wie zuletzt in Passau – auch für andere Landkreise wünschenswert.

Herr Dr. Scheuerlein, Apotheker aus Obernzenn (LK Bad Windsheim) betonte die Wichtigkeit eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen dem verordnendem Arzt und der Apotheke, in der die Vergabe unter Sicht stattfinden soll. Dazu stellte er eine Vereinbarung zur Verabreichung von Substitutionsmitteln zwischen Arzt und Apotheke vor. Sowohl Ärzte als auch Apotheker sollten die Sichtvergabe über die Apotheke ihrer Haftpflichtversicherung melden, um dieses Risiko einschließen zu lassen.

Frau Fahrmbacher-Lutz verwies zusammenfassend auf folgende Voraussetzungen als Grundlage einer erfolgreichen Kooperation:

- Eine Substitutionsmittelvergabe in der Apotheke soll erst nach abgeschlossener Einstellung der Substitutionsmitteldosis erfolgen.
- In einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Arzt und Apotheke sollten die Rahmenbedingungen der Sichtvergabe geregelt sein. Hierzu gibt es für die Apotheken in Bayern eine Vereinbarung im Downloadbereich der Kammer, die alle Aspekte der Sichtvergabe berücksichtigt
<http://www.blak.de/relaunch/index.php?view=downloads2&action=stream&fid=18>
- Eine schriftliche Hausordnung, die den Patienten vor der ersten Vergabe mit den Gepflogenheiten der Apotheke und der Sichtvergabe (z.B. Benimmregeln, Hinweis auf die Freiwilligkeit der Maßnahme) vertraut macht, ist sehr hilfreich.

Im Rahmen der Diskussion wurde immer wieder der Sicherstellungsauftrag der KV betont. In Gegenden mit geringer oder fehlender Versorgung wurde der Wunsch nach einer KV-

finanzierten Substitutionspraxis, wie z.B. in Mannheim, geäußert. Weiterhin sollten die Landarztpraxen stärker eingebunden werden, indem beispielsweise stabil eingestellte Patienten von Schwerpunktpraxen bzw. Institutsambulanzen gezielt an diese zur Substitution (zurück-) vermittelt werden (Konsiliarbehandlung, wie in der BtMVV ermöglicht). Von dieser Möglichkeit, die gerade im ländlichen Raum neben der Vergabe in der Apotheke eine bessere Versorgung der Opiatabhängigen erlauben würde, wird leider kaum Gebrauch gemacht, da die Honorierung dieser Leistungen völlig unzureichend bzw. ungeregelt ist. Hier wäre ein Ansatzpunkt für die KVen, durch entsprechende Vergütung aller Leistungserbringer die Versorgung gerade im ländlichen Bereich sicherzustellen.

Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse des Workshops zusammengefasst:

- Verankerung von Basiskenntnissen zur suchtmedizinischen Grundversorgung sowohl im allgemeinmedizinischen Curriculum als auch im Lehrplan des Pharmaziestudiums
- Gründung von regionalen Drogenarbeitskreisen unter Einbeziehung aller relevanten Entscheidungsträger
- Verfassen eines Schreibens an Herrn Dr. Walzel, Drogenbeauftragter der Bayerischen Staatsregierung, mit der dringenden Bitte, in Verhandlung mit allen Beteiligten zu treten, um die notwendige Versorgung Opiatabhängiger insbesondere in ländlichen Regionen in Bayern sicherzustellen und eine weitere Zuspitzung des Versorgungsnotstandes zu verhindern.

Workshop 2: Wie individuell muss Substitution sein?

Herr Andreas Bohnert, Dipl.-Sozialpäd. Sozialtherapeut und Leiter der Fachambulanz Miesbach, leitete in das Thema „Wie individuell muss Substitution sein – Zwischen Überlebenssicherung und ausstiegsorientierter Behandlung“ mittels eines Impulsreferates ein. Er vermittelte zunächst einen Überblick über Strukturen, Funktionen und Aufgaben von Beratungsstellen. Anschließend stellte er die zentralen Zielsetzungen der Substitution, wie sie seitens der BtMVV, eines Träger-Konzeptentwurfs und der BUB-Richtlinien formuliert werden, vor. Hierzu zählen die schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, die Verbesserung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, die Unterstützung der Behandlung bestehender weiterer schwerer Erkrankungen sowie die Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

In Deutschland gibt es geschätzte 161.000 Menschen mit einem problematischen Heroinkonsum. Laut Melderegister befinden sich davon 69.100 Personen in einer Substitutionsbehandlung. In Deutschland verfügen 6.450 Ärzte über die notwendige Qualifikation zur Substitutionsbehandlung. Jedoch bieten nur geschätzte 2.000 Mediziner auch eine entsprechende Behandlung an.

Die Situation von Substitutionspatienten stellte Herr Bohnert am Beispiel der Daten des Landkreises Miesbach im Jahr 2008 vor. Die Substituierenden (N = 75) waren durchschnittlich 36,9 Jahre alt. Die häufigste Altersgruppe stellten die 35-49-Jährigen dar. Zur größten Gruppe mit Bezug auf den zeitlichen Umfang der Behandlung zählte das Klientel mit einer Behandlungsdauer von 1-3 Jahren. Ein Vergleich der Beender und der laufenden Begleitungen zeigte, dass Beender (N = 30) ihre Behandlung nach durchschnittlich 3,4 Jahren und mit 36,2 Jahren abschließen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der laufenden Begleitungen (N = 45) betrug 4,5 Jahre und die Patienten waren durchschnittlich 37,4 Jahre alt. Die Gründe für einen Abbruch der Behandlung können beim Arzt, in der Apotheke oder in der Psychosozialen Begleitung liegen. Eine vorzeitige Beendigung der Substitutionsbehandlung durch den Klienten ist mit 36,7 Prozent (N = 30) häufig zu finden.

Im Landkreis Miesbach ist es in den letzten 10 Jahren gelungen, einen Qualitätszirkel und ein gut funktionierendes interdisziplinäres Expertennetzwerk aufzubauen, innerhalb dessen die Fachambulanz als zentrale Schaltstelle mit Ärzten und Apothekern im Rahmen der Substitutionsbehandlung erfolgreich kooperiert.

Nach einer Darstellung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation von Substitutionspatienten verwies Herr Bohnert auf die Problematik des Beikonsums als Spannungsfeld zwischen

Abstinenzforderung und Akzeptanzorientierung. Zu den weiteren angeführten Spannungsfeldern im Rahmen der Substitutionsbehandlung zählen das Dosis-Management, die Take-home-Vergabe und die psychosoziale Begleitung als verpflichtendes versus optionales Angebot. Auch die Ressourcenfrage im Beratungsalltag sowie die Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen, an der Beratung und Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind hier zu berücksichtigen.

Herr Bohnert verwies zudem auf eine Studie von Degkwitz (2008) zur Wirksamkeit von psychosozialer Begleitung (PSB). Klienten, die PSB in Anspruch nahmen, verbesserten ihren Gesundheitszustand in einem stärkeren Ausmaß als diejenigen, die nicht teilnahmen. Sie wiesen auch eine leicht erhöhte Haltequote auf. Und je länger und häufiger eine psychosoziale Begleitung in Anspruch genommen wurde, desto eher verbesserten sich die Lebenssituation, die rechtliche Situation und die psychische Verfassung des Opiatabhängigen.

Substitution dürfe folglich nicht ausschließlich an dem Ziel der Abstinenz gemessen werden, sondern diene auch der Wiederherstellung der Gesundheit, der Vermeidung von Verschlimmerung, der Steigerung der Lebensqualität, der Überlebenshilfe und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der beruflichen Rehabilitation. Schließlich scheine nach einer Bewältigung der erweiterten Ziele eine Abstinenz für Klienten erreichbarer zu sein.

Vor dem Hintergrund des Impulsreferates zur Notwendigkeit einer individuell zu gestaltenden Substitutionsbehandlung erfolgte im Anschluss eine Diskussion folgender Fragestellungen in verschiedenen, nach Berufsdisziplinen [Arzt/ Ärztinnen, ApothekerInnen, Beratungsstellen-MitarbeiterInnen und ArzthelferInnen] eingeteilten Arbeitsgruppen: (1) Welche Probleme sehen Sie bei der Arbeit im Spannungsfeld zwischen Abstinenzorientierung und Überlebenssicherung? (2) Sehen Sie Handlungsfelder, um in diesem Spannungsfeld besser arbeiten zu können oder haben bereits Lösungen gefunden? (3) Wie viel Standardisierung braucht die Substitution?

Zu den zentralen Ergebnissen zählten:

- insbesondere die Erkenntnis einer notwendigen engeren Vernetzung der verschiedenen Berufsdisziplinen, der Wunsch nach regelmäßigen Treffen auf regionaler Ebene sowie ein verstärkter Austausch innerhalb der Disziplinen;
- der Hinweis auf die unzureichende Versorgungssituation Opiatabhängiger in den ländlichen Gebieten Bayerns; zur Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes müssten häufig große Entfernungen zurückgelegt werden;
- der Mangel zeitlicher sowie personeller Ressourcen, die den notwendigen Beziehungsaufbau zwischen Klient und Berater bzw. behandelndem Arzt beeinträchtigten oder verhinderten;
- die Problematik einer starken Abstinenzorientierung; gefordert werde in diesem Zusammenhang, dass die Erkenntnis, dass Überlebenssicherung und Abstinenzorientierung keinen Widerspruch darstellten, in der Politik, des Gesundheitssystems und der Gesellschaft verstärkt wahrgenommen werden müsse; ferner würde Sucht in der breiten Öffentlichkeit häufig nicht als chronische Erkrankung verstanden und akzeptiert, so dass noch grundsätzliche Aufklärungsarbeit zu leisten sei;
- die Notwendigkeit eines gezielten Lobbyings für die Substitutionsbehandlung;
- der Wunsch nach Einführung von Standards wie Annamnese- und Qualitätsrichtlinien sowie eine Definition, an welcher Stelle die psychosoziale Begleitung beginne und ende.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass eine regionale Bearbeitung der Spannungsfelder innerhalb der Substitutionsbehandlung, eine enge Vernetzung der verschiedenen, an der Behandlung und Beratung Opiatabhängiger beteiligten Berufsgruppen sowie eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere in ländlichen Regionen für eine qualitätsorientierte, effektive Substitutionsbehandlung der Zukunft dringend erforderlich sei.

Die **20. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS e.V. findet
am **14.10.2009** in Nürnberg statt.

**Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten
oder auch Schwierigkeiten informieren!**