



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**
BAS Unternehmergeellschaft
(haftungsbeschränkt)

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

Registergericht München:
HRB 181761

Geschäftsführung:
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
Kto.-Nr. 88 72 600
BLZ 700 205 00

Gesellschafter:
Bayerische Akademie für Suchtfragen
in Forschung und Praxis BAS e.V.

Dokumentation der 21. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern

**„Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung –
Was gibt es Neues im Jahr 2010?“**

17. März 2010 in München

Ablauf der Tagung

Am 17. März 2010 fand im Hansa-Haus in München die 21. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit 66 Teilnehmern¹ statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

- 09:30 Begrüßung und aktuelle Informationen
Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V.
- 10:00 Substitution in Haft
Prof. Dr. Heino Stöver, FH Frankfurt/Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
- 10:50 Kaffeepause
- 11:10 Pharmazeutische Interaktionen, medizinische Komplikationen und Notfälle in der Substitutionsbehandlung
Stephan Walcher, Schwerpunktpraxis concept, München
- 12:00 Leitlinien und Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung (PSB) Substituierter – aktuelle Entwicklungen
Dr. Theo Wessel, Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Berlin
- 12:50 Mittagspause
- 14:00 Workshop 1: Angehörigenarbeit in der Beratungsstelle
Rainer Wege, Condrobs e.V., München
- oder
- Workshop 2: Substitution in der ärztlichen Praxis - Aktuelle Rahmenbedingungen und ihre Grenzen durch die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer
Dr. Wilfried Kunstmann, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Berlin
- 15:45 Kaffeepause
- 16:00 Forum: Vorstellung der Ergebnisse aus den Workshops
- 16:30 Ende der Tagung

Begrüßung

Frau Fahrmbacher-Lutz begrüßte die Teilnehmer und wies auf die zunehmende Problematik einer flächendeckenden Versorgung Opiatabhängiger in Bayern hin, wie das jüngste Beispiel im Landkreis Weilheim-Schongau zeigt. Substitution müsse unbedingt vor Ort, ohne weite Anfahrtswege für die Betroffenen und demzufolge flächendeckend in Bayern angeboten werden. Frau Fahrmbacher-Lutz bat die Teilnehmer hinsichtlich der Erreichung dieses Ziels um ihre Unterstützung, indem sie die BAS über wichtige Veränderungen in der bayerischen Versorgungslandschaft stets informieren.

Ein weiterer Themenbereich, in dem sich die BAS derzeit engagiere, sei „Substitution und Haft“. Nach Kontaktaufnahme mit den relevanten Ministerien und deren Unterstützung plane die BAS ein Fortbildungsangebot für Ärzte und medizinisches Personal in bayerischen Haftanstalten. Langfristige Zielsetzung sei die Implementierung einer suchtmmedizinischen Grundausbildung unter Berücksichtigung der Substitutionsbehandlung.

¹ Soweit in diesem Text bei der Bezeichnung von Personen ausschließlich die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Substitution in Haft

Herr Prof. Stöver, Leiter des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der FH Frankfurt/Main sowie ausgewiesener Experte zum Thema Gesundheitsversorgung in Haft, gab zunächst einen Überblick über die Epidemiologie der Substitutionsbehandlung. Demnach werden in Europa derzeit rund 700.000 Menschen substituiert, wobei die Erreichungsquote der Opiatabhängigen in Deutschland zwischen 30 und 40% schwankt. Die Zahl der bei der Bundesopiumstelle gemeldeten Patienten stieg von 46.000 (2002) auf 74.600 (01.07.2009). Auch die Anzahl der Ärzte mit suchtherapeutischer Qualifikation steigt von 5146 (2003) auf 7233 (2009) kontinuierlich, wobei die Zahl der substituierenden Ärzte allerdings mit rund 2600 bis 2700 in etwa konstant blieb.

Derzeit zeigen sich bei der Substitutionsbehandlung in Deutschland folgende Probleme: Neben einem Mangel an Ambulanzen und Praxen gibt es ein Stadt-Land und ein Nord-Süd-Gefälle, so dass eine flächendeckende Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Zahl der Patienten pro Arzt nimmt zu, Übergänge an den Schnittstellen des Suchthilfesystems funktionieren nicht reibungslos. So ist eine medizinische Rehabilitation (stationäre Langzeittherapie) unter Substitution nicht immer möglich und in bestimmten Settings wie z.B. in Haft oder im Maßregelvollzug findet Substitution nicht oder nur sehr eingeschränkt statt.

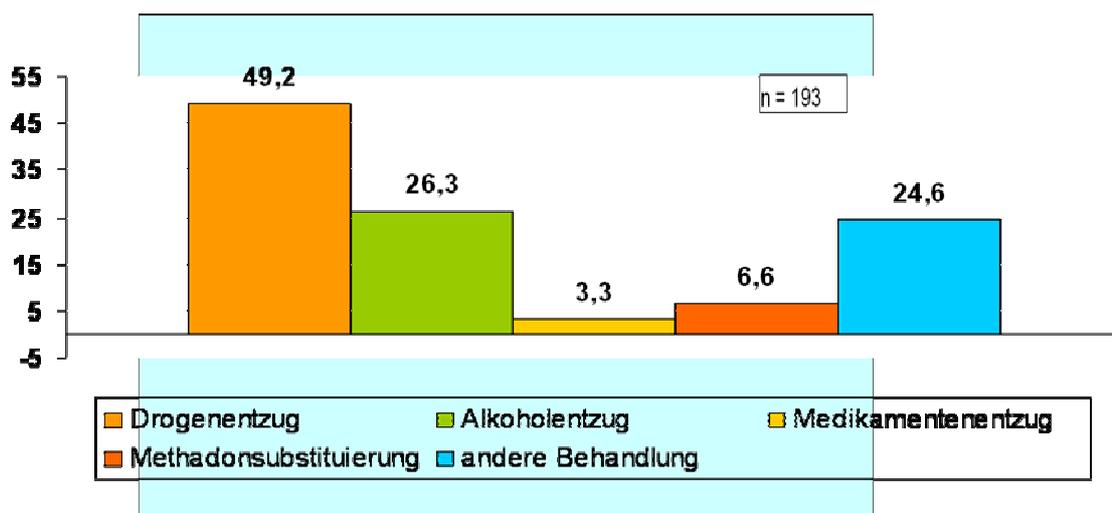
Gesundheitliche Situation in Haft

Mindestens 50% der Opiatabhängigen setzen in Haft ihren Drogenkonsum mit hochriskanten Konsummustern fort, 5-25% machen dort ihre ersten Drogenerfahrungen und 80% der Gefangenen rauchen. Außerdem ist die Situation durch eine überproportional hohe Suizidalität, Unselbständigkeit, Monotonie, Passivität, Bewegungs- und Reizarmut sowie Fremdbestimmung gekennzeichnet. Wie sich die Prävalenz von i.v.-Drogenkonsumenten, Hepatitis C und HIV-Durchseuchung in der Gefängnispopulation verglichen mit der Allgemeinbevölkerung verhält, zeigt die nachfolgende Tabelle.

	i.v.-Drogenkonsumenten	HCV	HIV
Haft	² 21.9 – ¹ 29.6 %	² 14.3 – ¹ 17 %	¹ 0.8 – ² 1.2 %
Allgemein-Bevölkerung	0.3%	0.4–0.7%	0.05%
Faktor	73–98	26–32	16–24

¹ Radun et al. 2007; ² Schulte et al. 2009

In der Studie „Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote im Justizvollzug“ – JVA Oldenburg/Deutschland (siehe Abbildung) wurden die Gründe für die medizinische Versorgung abgefragt. Dabei zeigte sich, dass $\frac{3}{4}$ aller Angaben einen drogenbezogenen Hintergrund hatten. Insgesamt befanden sich 42% der Gefangenen in medizinischer Behandlung.



Substitutionsbehandlung in Haft

Die Wirksamkeit einer opiatgestützten Substitution in Haft ist evidenzbasiert gesichert, indem bei Substituierten der i.v.-Drogengebrauch um 55-75% und der Spritzenaustausch um 47-73% reduziert werden konnte. Das Gleiche gilt für die drogenbezogene Gewalt und Kriminalität nach Entlassung sowie die Rückfallgefahr. Zudem werden der Umgang mit bzw. das Verhalten der Gefangenen und der Übergang in andere Therapieformen nach Entlassung verbessert sowie das Mortalitätsrisiko nach Haftentlassung deutlich gesenkt.

Leider fehlt im Justizvollzug häufig das Verständnis für Abhängigkeit als chronisch rezidivierende Erkrankung, so dass evidenzbasiertes Wissen ignoriert wird und abstinenz-orientierte Maßnahmen dominieren.

Die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer vom 19. März 2010 (siehe auch Dokumentation des entsprechenden Workshops) sehen erstmals vor, dass die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution auch bei Inhaftierung sicherzustellen ist. Ferner kann in begründeten Einzelfällen eine Substitutionsbehandlung auch im Gefängnis eingeleitet werden.

In NRW gibt es bereits ärztliche Behandlungsempfehlungen zur Substitution im Justizvollzug. Ziel ist neben der Erhöhung der Zahl an Substitutionsbehandlungen eine möglichst einheitliche Handhabung im Land NRW. So soll beispielsweise die Dauer der Haft keinen Einfluss auf die Indikation zur Substitution haben.

Eine Studie aus Sicht der Bediensteten im Justizvollzug (BISDROWIAD 2008) hat ergeben, dass nach Einführen der Substitution weniger körperliche und psychische Gewalt zwischen Gefangenen sowie Gefangenen und Aufsichtspersonal beobachtet wurde. Auch Selbstmorde und Selbstmordversuche sind zurückgegangen sowie der i.v.-Drogenkonsum bzw. der Konsum illegaler Drogen.

Behandlungsentscheidungen bzw. -ziele in Haft

Optimal ist die Fortsetzung der Substitutionstherapie mit der präferierten Substanz, die in Haft als Directly Observed Therapy erfolgt. Vor der Entlassung ist eine Kontaktaufnahme mit dem weiter substituierenden Arzt in Freiheit sinnvoll, um die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen. Ist der Gefangene während der Haft nicht substituiert worden, sollte eine Wiedereinstellung 3-6 Monate vor Haftentlassung oder eine andere Form der Weiterbehandlung erfolgen.

Standards und Leitlinien sollen dazu beitragen, die Wirksamkeit von Substitutionstherapie auch unter Haftbedingungen zu belegen und die Akzeptanz dieser Behandlungsform zu erhöhen.

Pharmazeutische Interaktionen, medizinische Komplikationen und Notfälle in der Substitutionsbehandlung

Herr Walcher, Arzt einer Schwerpunktpraxis mit langjähriger Erfahrung in Notfallmedizin und Anästhesie berichtete, dass bis zu 70% der Substitutionspatienten eine psychiatrische Komorbidität – am häufigsten Persönlichkeitsstörungen und Depressionen mit jeweils rund 40% – aufweisen. Gefährdet hinsichtlich Intoxikationen sind die Patienten sowohl durch den Missbrauch verordneter Substitutionsmedikamente (z.B. Dosisveränderungen, i.v.-Anwendung) als auch durch die Kombination mit anderen Substanzen. Zu den praxisrelevanten Drogen zählen Speeddrogen, Kokain, Crack, Halluzinogene, Tranquilizer, Hypnotika, Opiate sowie Neuroleptika und Antidepressiva.

Der i.v.-Missbrauch zeigt bei 5-33% aller Substitutionspatienten eine steigende Tendenz. Während 83% aller Buprenorphin-Patienten nur Buprenorphin verwenden, missbrauchen 93% aller Methadon-Patienten Opiate, Kokain und Benzodiazepine. Dabei führt Methadon bei mit dieser Substanz Substituierten nicht nur zu einer Wirkungsverstärkung, sondern auch zu verstärkten Nebenwirkungen (z.B. CO₂-Anreicherung im Blut mit Atemdepression, QT-Zeit-Verlängerung) und damit zu einem erhöhten Risiko von Notfallsituationen. Buprenorphin verstärkt nur bereits bestehende Buprenorphineffekte. Wird mit Naloxon kombiniertes Buprenorphin i.v. angewendet, wird nach vorheriger Anwendung eines Vollagonisten (Heroin oder auch Methadon) eine massive Entzugssymptomatik ausgelöst. Nach Abklingen der Wirkung von Naloxon (nach ca. 30 Minuten) lässt diese nach und das angewandte Opiat kommt wieder voll zur Wirkung, was u.U. das Risiko einer massiven Intoxikation mit sich bringt.

Gibt man Opiatnaiven Methadon, so kommt es zu einem dosisabhängigen Ansteigen des CO₂-Spiegels. Die mittlere letale Dosis liegt bei Erwachsenen bei 50 mg. Bei Buprenorphin wird bei 32 mg der Ceiling-Effekt (d.h. auch höhere Dosen haben keinen weiteren Effekt) erreicht. Die Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, geringer Blutdruckabfall und leichte Atemdepression sind insgesamt nicht lebensbedrohlich.

Bezüglich des Begebrauchs findet sich nachfolgend eine Übersicht über die am häufigsten verwendeten Substanzen:

Begebrauch von Opiat-IvDUs (D)

Meistbenutzte Substanzen					
Substanz	N	%	Substanz	N	%
BZD	141	63.0	Hypnotika	47	21.0
Tranquilizer	94	42.0	Flunitrazepam	44	19.6
Diazepam	84	37.5	Flurazepam	1	0.4
Bromazepam	6	2.7	Vinylbarbital	1	0.4
Lorazepam	2	0.9	Zopiclon	1	0.4
Oxazepam	1	0.4	Substitutionsmedikamente	39	17.4
Dikaliumclorazepat	1	0.4	Buprenorphin	18	8.0 (suboxone?)
			Methadon	16	7.1
			Levomethadon	5	2.2

EMCDDA, CIS et al. 2006 Küfner/Sonntag et al., 2006

Benzodiazepinbeigebrauch

Unbehandelte Heroinabhängige nehmen in 30-90% der Fälle regelmäßig Benzodiazepine, bei Substituierten beträgt dieser Anteil 10-20%. 30-70% der Substitutionspatienten konsumieren BZD zumindest gelegentlich.

Aufgrund der eingeschränkten Urteilsfähigkeit und der Denkstörungen findet sich häufig ein Hochrisikoverhalten wie beispielsweise gemeinsame Benutzung von Spritzen oder Beschaffungskriminalität. Auch bei typischen Alltagsaufgaben (Arbeiten, Auto fahren, Kindererziehung) kommt es zu Defiziten.

Als Antidot steht als vollständiger Antagonist bei einer Benzodiazepinüberdosierung Flumazenil (Anexate[®]) zur Verfügung. Bei der Anwendung sind die kurze Wirkungsdauer von etwa 30 Minuten sowie die sofortige Senkung der Krampfschwelle zu berücksichtigen.

Interaktionen durch CYP450-Metabolismus

Große Vorsicht ist geboten bei der Verschreibung von mehr als einem Medikament oder beim zusätzlichen Konsum von unbekanntem Substanzen. Die Verstoffwechslung der meisten Medikamente wird durch Enzyme des Zytochrom(CYP) 450-Systems beeinflusst – wie auch der Abbau von Methadon. Bestimmte Substanzen können dabei den CYP450-Metabolismus beschleunigen, so dass höhere Dosen von Methadon erforderlich werden oder auch hemmen, so dass erhöhte Plasmaspiegel (Gefahr der Überdosierung) die Folge sind.

Folgende, im Rahmen der Substitutionspraxis häufig anzutreffende Substanzen **induzieren** das CYP450 3A4-System und führen damit zu **verringerten Methadonspiegeln**:

Barbiturate, Carbamazepin (cave: keine weitere Carbamazepineinnahme bei gleichzeitig unverändert hoher Methadondosis), Phenytoin, Antibiotika, antiretrovirale Medikamente

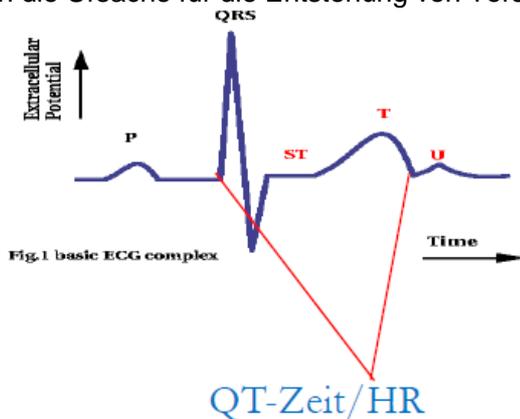
Auch eine Hepatitis kann zu einem beschleunigten Abbau von Methadon beitragen.

Das CYP450 3A4-System wird durch folgende Substanzen **inhibiert**:

Antiretrovirale Medikamente, SSRIs, Makrolide, Methadon, Benzodiazepine (z.B. Midazolam)

QT-Zeit-Verlängerung und Torsade de Pointes

Eine verzögerte Erregungsrückbildung im Herzen äußert sich im EKG durch eine verlängerte QT-Zeit (siehe Abb.), die durch eine Hemmung des K-Ausstroms verursacht wird. Eine verlängerte QT-Zeit kann die Ursache für die Entstehung von Torsade de Pointes (Herzrhythmusstörungen) sein.



Folgende Substanzen können das Risiko von Torsades de Pointes erhöhen:

Antipsychotika, Antidepressiva (z.B. SSRI, trizyklische AD), Hypnotika und Neuroleptika (z.B. Haloperidol) sowie

Antibiotika, Antiemetika, Antihistaminika, Antiarrhythmika, Betablocker, Bronchospasmolytika, Lokalanästhetika, Malaria- und Protozoenmittel, Proteaseinhibitoren und antiretrovirale Medikamente sowie Sympatomimetika

Für die Substitutionspraxis empfiehlt sich daher ein Monitoring der QT-Zeit, das bei überschaubaren Kosten einfach und schnell durchzuführen ist.

Interaktionen und Patientensicherheit bei Methadon

Bei den Methadonsubstituierten handelt es sich um eine multimorbide Population auch älterer Patienten (ca. 1/3 der Patienten über 55), die in bis zu 90% der Fälle an chronischer Hepatitis und zu ca. 50% an sonstigen somatischen Krankheiten leidet.

Das Sterberisiko eines substituierten Patienten beträgt nur 20-25% eines Heroinabhängigen, wobei in der Einstellungsphase eine deutliche Risikoerhöhung (6,7-fach im Vergleich zu einem unbehandelten Heroinabhängigen) zu beobachten ist. 42% der Methadontoten sterben in der ersten Woche der Einstellungsphase.

Nach internationalen Empfehlungen (AATOD, WFTOD, Europad, EAAT, ISAM) liegt die beste Einstiegsdosis bei 20-30 mg mit einer Maximaldosis am ersten Tag von 40mg.

Der beste Zeitpunkt für eine Einstellung ist Montag- oder Dienstagvormittag, so dass nach 4-5 Halbwertszeiten noch vor dem Wochenende ein steady state erreicht wird. Wichtig sind eine sorgfältige Überwachung des Patienten und ein langsamer Start in der Einstellungsphase.

Wird ein Dosisersatz, z.B. bei Erbrechen des Patienten, benötigt, so gilt folgende Empfehlung:

- Erbrechen in der Praxis: vollständiger Ersatz
- Gesichertes Erbrechen 15-30 min nach Einnahme: 50% Ersatz
- Erbrechen nach 30 min oder einer Take-home-Dosis: kein Ersatz

Als Antidot steht bei einer Opiatüberdosierung Naloxon (Narcanti®) als ein injizierbarer Voll-Antagonist, der alle Opiateffekte innerhalb Sekunden (i.v.) oder Minuten (s.c., i.m.) aufhebt, zur Verfügung. Die Wirkungsdauer beträgt nur 30 Minuten (bei s.c. Anwendung 90 min), so dass die Symptomatik der Überdosierung nach Abklingen der Wirkung wieder akut werden kann.

Naloxon zur i.v. oder i.m.-Verabreichung ist in Deutschland in jeder Apotheke im Notfalldepot gelagert.

Leitlinien und Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung (PSB) Substituierter – aktuelle Entwicklungen

Herr Dr. Theo Wessel, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), stellte in seinem Vortrag zunächst die historische Basis und die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der Leitlinien und Empfehlungen der psychosozialen Betreuung (PSB) sowie einen potenziell möglichen Konsens aller in der DHS zusammengeschlossenen Sucht-, Dach- und Fachverbände zur PSB Substituierter vor. In einem zweiten Teil referierte er über Ziele, Effektivität und Effizienz der Substitutionsbehandlung und beleuchtete die PSB aus verschiedenen Blickwinkeln, die von Grundlagen, über Aufgaben bis hin zur Arbeitsweise reichten.

Bedeutung der aktuellen Guidelines der WHO für die PSB-unterstützte Substitutionsbehandlung

Grundlage der jüngsten Diskussion sind ein Review von 28 nationalen und regionalen Leitlinien zur pharmakologischen Behandlung der Opioid-Abhängigkeit („A review of guidelines“) von A. Uchtenhagen, T. Ladjovic & J. Rehm aus dem Jahr 2005 sowie die 2009 veröffentlichten „Guidelines of the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence“ der World Health Organisation (WHO, A. Uchtenhagen): www.who.int/substance_abuse/en.

Die evidenzbasierte Forschung aus den COCHRANE-Reviews und anderen Quellen hat folgende Ergebnisse bzgl. der Rolle der PSB in den Leitlinien hervorgebracht:

- Eine Kombination von pharmakologischer Behandlung mit PSB zeigt bessere Ergebnisse als eine alleinige pharmakologische Behandlung (= bestes Kosten-Nutzen-Verhältnis). Sie erzielt wesentliche Verbesserungen bzgl. Haltequote, Compliance, Reduktion des primären Substanzgebrauchs, psychiatrischer Symptomatik sowie der Schwere der Abhängigkeit.

- Zu den Kernelementen der PSB zählen regelmäßige Beratung, Familientherapie, arbeits- und berufsbezogene Beratung und bei Bedarf Zugang zur medizinischen und psychiatrischen Behandlung und sozialen Assistenz.
- Zu den psychologischen Interventionsmodalitäten der PSB gehören Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppe, Krisenintervention, Elternt raining und Rückfallprävention. Auf sozialer Ebene werden berufsbezogene Trainings, Unterstützung am Arbeitsplatz, im Haushalt, bei der Nutzung von Verkehrsmitteln und der Kinderversorgung sowie Rechts- und Schuldnerberatung angeboten.

Im Jahr 2008 erschienen seitens der WHO die neuen internationalen Leitlinien und Empfehlungen zur psychosozial gestützten Behandlung der Opioidabhängigkeit („*The WHO International Guidelines on Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*“).

Inhalt der neuen WHO-Leitlinien sind:

- Hintergrundinformationen zur PSB
- Leitlinien für das nationale und subnationale Gesundheitssystem, für Politik-Gestalter und Administratoren
- Programm-Ebenen-Leitlinien für Programm-Verantwortliche und Behandler in Verantwortung
- Patienten/-innen-Ebene-Leitlinien für Behandler
- Anhänge

Herr Dr. Wessel fasste die Ergebnisse der aktuellen Leitlinien (2008) wie folgt zusammen:

- Eine PSB-unterstützte Erhaltungstherapie (mit Methadon/ Buprenorphin) ist die effektivste Behandlung bei Opioid-Abhängigkeit.
- Methadon wird Buprenorphin vorgezogen.
- Beide Agonisten sind im Entzug nützlich.
- Schnell-Entzug-Verfahren werden nicht empfohlen.
- Naltrexon ist nützlich in der Rückfall-Prävention.
- Die beste Kosten-Nutzen-Effizienz in der Methadon-Erhaltungstherapie erreicht man, wenn diese mit einer PSB kombiniert wird.
- Ethische Prinzipien (wie in anderen Behandlungsformen) sind grundlegend.

Herr Dr. Wessel beurteilte die Bedeutung der WHO-Leitlinie für die PSB-unterstützte Substitutionsbehandlung in Deutschland wie folgt: „Ein Großteil der Substituierten in Deutschland wird nicht psychosozial begleitet. Auf diese Begleitung muss ein sozialrechtlicher Leistungsanspruch bestehen, der politisch abgesichert und fachlich orientiert an den WHO-Leitlinie durch die Suchthilfe umgesetzt wird. Ziel sollte die flächendeckende Versorgung mit PSB bei Substitution sein. Das Angebot muss jedem gemacht werden können. Unter diesen Voraussetzungen kann die medizinisch pharmakologische Behandlung zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren auch dann erfolgen, wenn und solange eine PSB nicht möglich ist. Zur Umsetzung dieser Anforderungen ist ein Konsensverfahren aller Verbände erforderlich, die Träger von Einrichtungen für PSB bei Substituierten vertreten.“

Konsens aller in der DHS zusammengefasster Sucht-, Dach- und Fachverbände

Der Konsensprozess ist derzeit noch nicht vollständig abgeschlossen. Ein aktuell möglicher Konsens der DHS/ Verbände zur PSB könnte wie folgt aussehen:

- Die Abkehr von einer ausschließlich abstinenzorientierten Suchthilfe hin zu einer stärkeren Akzeptanz von Angeboten der Schadensminimierung sowie der Überlebens- und Alltagshilfen der sozialen Hilfesysteme hat dazu beigetragen, das Überleben Drogenabhängiger zu sichern. Die Einführung der Opioidsubstitution stellt einen wesentlichen Bestandteil dieser Überlebenssicherung dar.
- Abhängigkeit kann nur in einem bio-psycho-sozialen Modell erklärt und behandelt werden. Dies erfordert medizinische, pharmakologische und auch psychosoziale Antworten. Dementsprechend müssen die Angebots- und Versorgungsleistungen der beteiligten Professionen und Disziplinen so gestaltet und aufeinander abgestimmt sein, dass sie ausgehend von den aktuellen, individuellen Bedarfen der Patienten eine optimale Behandlung und Betreuung ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, ist es erforderlich, Grundlagen zu schaffen, die eine Versorgung bedarfsgerecht und flächendeckend ermöglicht.

- Das Konsenspapier der DHS, das am 16.06.2010 verabschiedet werden soll, möchte einen Beitrag leisten:
 - zur Reduzierung nationaler Barrieren, die einer effektiven Behandlung der Opioidabhängigkeit entgegenstehen,
 - zur Entwicklung einer evidenz-informierten und ethisch-basierten Behandlungspolitik der Opioidabhängigkeit,
 - zur Qualitätsverbesserung der Behandlung von Opioidabhängigkeit und
 - zur Erleichterung der Implementierung und des weiteren Ausbaus bedarfsgerechter und effektiver Behandlungsstrategien und -programme für Opioidabhängigkeit in Deutschland.

Wichtig sei Herrn Dr. Wessel zufolge insbesondere, Handlungssicherheit in der Praxis zu erreichen.

Psychosoziale Betreuung (PSB) als Teilelement einer erfolgreichen Behandlung

Da die höchste Wirksamkeit durch eine kombinierte Behandlung erreicht wird, die sowohl die ärztliche und pharmakologische Therapie als auch die psycho-soziale Betreuung durch Sozialarbeitern/-innen und Psycho- bzw. Suchttherapeuten umfasst, stellte Herr Dr. Wessel die Grundlagen und Aufgaben der PSB näher vor.

Die PSB ist ein leistungsrechtlich eigenständiges Hilfeangebot, das von Einrichtungen der Suchthilfe im Rahmen ihrer Aufgaben der Daseinsfürsorge erbracht wird, um Klienten mit Opioidabhängigkeit ein besseres und gleichberechtigteres Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. PSB sollte Herrn Dr. Wessel zufolge routinemäßig angeboten werden.

- Ausgehend vom SGB IX, das Drogenabhängigkeit als seelische Behinderung beschreibt, lässt sich eine grundsätzliche Berechtigung zu Leistungen der Eingliederungshilfe ableiten. Der Zugang zur Behandlung und Betreuung muss für alle Betroffenen gleichberechtigt sein.
- Die Behandlung und Betreuung muss dem jeweiligen Hilfebedarf im Einzelfall entsprechen.
- Die Betroffenen müssen vollständig über die Behandlung und Betreuung (Möglichkeiten, Verlauf, Regeln) informiert sein.
- Die Selbstbestimmung/ Autonomie der Betroffenen muss gewahrt werden.
- Die professionelle Schweigepflicht muss eingehalten werden.
- Unterstützend zur ärztlichen Substitutionsbehandlung sollte routinemäßig PSB angeboten werden. Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die medizinisch pharmakologische Behandlung jedoch auch dann erfolgen, wenn und solange eine PSB nicht möglich ist. Kommen Arzt und Drogenberatungsstelle zu dem Ergebnis, dass derzeit keine PSB erforderlich ist, ist dies schriftlich zu dokumentieren. Die damit verbundene Entscheidung für eine evtl. weniger wirksame Behandlungsoption bedarf, wie alle anderen Entscheidungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung und Betreuung, einer regelmäßigen Überprüfung.
- Darüber hinaus gelten die grundlegenden ethischen Prinzipien der professionellen Suchtkrankenhilfe.

Herr Dr. Wessel betonte, dass Non-Compliance seitens des Patienten innerhalb des Prozesses kein Grund für einen sofortigen Behandlungsabbruch sei.

Nach Darstellung der Rahmenbedingungen und das Leistungsrecht erörterte Herr Dr. Wessel die Schritte der Arbeitsweise der PSB: Klärung der Hilfeanfrage (Clearing), Bedarfsermittlung (Assessment), Hilfeplanung und Umsetzung der Hilfeplanung.

Die Umsetzung des Hilfeplans erfolgt mittels verschiedener etablierter sozialarbeiterischer und psycho- bzw. suchttherapeutischer Methoden wie z.B. personenzentrierte Information und Beratung, „Beziehungsarbeit“, lösungsorientierte Gesprächsführung, Motivational Interviewing, Psychoedukation und Krisenmanagement. Dem Hilfeplan und den aktuellen Ressourcen der KlientInnen entsprechend müssen, ggf. in Zusammenarbeit mit weiteren Hilfeeinrichtungen, sinnvolle Betreuungsintervalle sowie zu bewältigende Aufgaben und umsetzbare Schritte vereinbart werden. Dies erfordert von den MitarbeitInnen der PSB in hohem Maße Casemanagement-Fähigkeiten.

Hilfeplanung verfolgt nicht nur das Ziel „Hilfen zu planen“, sondern soll Qualität überprüfbar machen und sichern, Transparenz und Vergleichbarkeit herstellen und durch gelungene Kooperation und Netzwerkarbeit effektiv und zielgerichtet Teilhabeleistungen zur sozialen und beruflichen Integration zur Verfügung stellen.

Ein Zeichen guter Praxis ist die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems, das Kooperations- und Kommunikationsvereinbarungen sowie Krisen- und Schnittstellenmanagement berücksichtigt. Kooperationsverträge zwischen substituierenden Ärzten und PSB haben sich als sinnvoll erwiesen. Sie sollten sowohl Vereinbarungen über gemeinsame professionelle Zielvorstellungen enthalten, klare Verantwortlichkeiten definieren, den fachlichen Austausch sicherstellen als auch Organisatorisches festlegen.

Herr Dr. Wessel richtete abschließend an die an der Behandlung Opiatabhängiger beteiligten Berufsgruppen einen Appell, zukünftig noch enger im Dienste des Patienten zu kooperieren.

Workshop 1: Angehörigenarbeit in der Beratungsstelle

Das Seminar „Angehörigenarbeit in der Beratungsstelle“ wurde von Herrn Rainer Wege, Diplom-Psychologe, seit 1994 bei Condrops e.V. in München, gehalten. Herr Wege führt für Condrops Angehörigenberatung und Angehörigenseminare durch.

In der Angehörigenberatung finden sich in erster Linie Eltern ein, nach Erfahrung von Herrn Wege etwa 60 % der Angehörigen. Die übrigen 40 % sind vor allem die Partner. Geschwister, Großeltern oder Kinder finden sich nur selten in der Angehörigenberatung ein.

Ein wesentliches Thema der Angehörigen in der Beratung ist die Frage nach der Schuld. So gab es beispielsweise v.a. in Bezug auf Alkohol schon lange Thesen, die die Angehörigen für das Suchtphänomen mit verantwortlich machen. Vor allem die Eltern werden auch heute noch bei der Entstehung der Sucht mit in die Verantwortung genommen. Der Begriff der „Co-Abhängigkeit“ verstärkt häufig diese Schuldzuweisung und führt zu einer Stigmatisierung. Dies kann wiederum zu einer Vereinsamung führen. In der Praxis kann es aber schwierig sein, vollständig auf diesen Begriff zu verzichten, da Angehörige häufig bspw. in Selbsthilfegruppen diesen Begriff kennen lernen.

In der Arbeit mit den Angehörigen ist es wichtig, sich mit der Dynamik der Erkrankung ebenso wie mit dem chronischen Verlauf der Sucht auseinanderzusetzen. Ein erneuter Konsum kann – wenn es kommuniziert und geklärt werden kann – relativ schnell überwunden werden. Für Angehörige ist dies häufig ein schwieriges Thema, bei dem sie Hilflosigkeit empfinden. Zudem gibt es kein Patentrezept, sondern es muss sehr individuell mit dem Betroffenen abgestimmt werden. Angehörige müssen zudem dafür motiviert werden, dass sie auch selbst Unterstützung benötigen. Gerade die langfristige Motivierung erweist sich hier häufig als schwierig: den Angehörigen muss klar werden, dass es sich um einen Prozess handelt, der insbesondere auch nach der Therapie des Betroffenen weitergeht, wenn eine Änderung der bislang vorherrschenden Rollenmuster ansteht. Dieser Wiedereinstieg der Betroffenen nach der Behandlung ist für Betroffene wie auch Angehörige herausfordernd, da bspw. eingespielte Verantwortungsübernahmen, bei denen sich der Betroffene als nicht kompetent erlebt, geändert werden müssen.

Ein Hindernis in der Arbeit mit den Angehörigen kann – gerade in kleineren Orten – die Stigmatisierung sein, die durch den Gang in die Beratungsstelle entsteht. Hier ist es besonders wichtig, die Anonymität zu erhalten und bspw. andere Zugänge zur Angehörigengruppe zu schaffen, etwa durch eine räumliche Trennung von der Beratungsstelle, wenn die Angehörigengruppe in Räumen der Kirche durchgeführt wird.

In einem kurzen Paper stellte Herr Wege die wichtigsten Fakten zusammen:

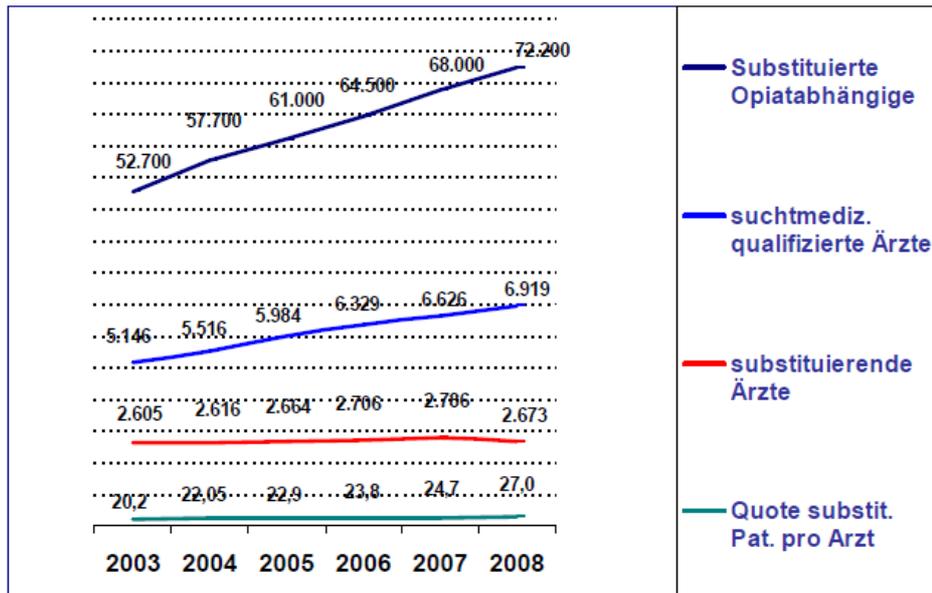
- **Definition Angehöriger:** Alle, die um einen Betroffenen in dessen Geschehen involviert sind, d.h. Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder, Tante/Onkel) Partner, Freunde, Vorgesetzte/Kollegen, Berater und Ärzte
- **Statistik:** Ca. 1-2 Angehörige sind pro Süchtigem betroffen, so dass nach einer konservativen Schätzung ca. 5 Mio. Angehörige existieren. Nach Klein (2002) leben etwa 1,4 Mio. Menschen in einer Partnerschaft mit einem Abhängigen zusammen.

- **Auswirkungen:** Mit Sucht-Betroffenen zusammenlebende Angehörige leiden häufig stärker unter den Folgen der Sucht, da meist nicht die bewusstseinstrübende Wirkung der psychotropen Substanzen vorhanden ist (Moos et al., 1982). Häufig werden sie auch noch von Betroffenen und der Gesellschaft (mit)verantwortlich gemacht.
- **Erfahrungen in der Partnerschaft:**
 - Mehr Frauen als Männer sind Angehörige.
 - Bei Alkohol sind seltener beide Partner abhängig als bei illegalen Substanzen.
 - Es gibt viele Konflikte, häufig erfolgt die Nähe-Distanz-Regulation über das Suchtmittel.
 - Gewalterleben (physisch, psychisch, sexuell) ist sehr häufig (O'Ferall & Murphy, 1995).
- **Erfahrungen von Eltern:**
 - Sowohl nach eigenen Erfahrungen wie auch nach der Deutschen Suchthilfestatistik suchen mehr Mütter als Väter Beratung (etwa 70%).
 - Häufig sind psychosomatische Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen), depressive Verstimmungen bis zu Suizidgedanken vorhanden.
 - Gefühle wie Hilflosigkeit, Ärger, Wut bis zu Hass sind vorhanden und dürfen/wollen zum Teil nicht eingestanden werden (Rennert, 1989).
- **Erfahrungen mit Kindern:**
 - Erst seit Mitte der 1990er Jahre sind Kinder im Fokus.
 - Je nach Alter besteht die Gefahr der Vernachlässigung, Deprivation, Entwicklung eigenen Suchtverlaufs und psychischer Erkrankungen (ADHS, Depression) (Klein, 2001).
- **Erfahrungen Berater/Ärzte:**
 - Helfersyndrom (Schmidbauer, 1977)
- **Begriff Co-Abhängigkeit:**
 - Bisher existiert keine klare empirisch belegbare Definition!
 - Beachtet werden muss, dass Co-Abhängigkeit als Etikett, das Angehörige ausschließlich als Reagierende begreift, zur Verhärtung der Ansicht „Erst wenn der Betroffene was macht, geht's mir wieder gut.“ führen kann.
- **Muster und „Fallen“ beim Angehörigen:**
 - Mit Betroffenem konsumieren („...dann kann ich die Dosierung kontrollieren“)
 - Über Konsum hinwegsehen („...sonst eskaliert es und er konsumiert noch mehr“)
 - Konsumverhalten als normal betrachten („...tun ja viele, damit muss ich mich halt abfinden“)
 - Negative Konsequenzen des Konsums ausbügeln („...sonst kommt er in Haft“)
 - Den Konsumierenden schützen („...er hat eh' schon genug Probleme“)
 - Verantwortung für den Konsumierenden übernehmen („das kann er ja aufgrund seines Konsums nicht mehr“)
 - Ausgeprägtes Mitleidsgefühl und starke Helferimpulse („...er ist nur noch ein Häufchen Elend, da muss ich was machen“)
 - Abhängigkeit von der Anerkennung Anderer („... er hat mich mal wieder angelächelt, er sieht mich doch noch“)
 - (Angst vor) Isolation und Einsamkeit („...allein macht das Leben keinen Spaß“)
 - Schuld- und Unzulänglichkeitsgefühle („...ich hab früher alles falsch gemacht“)
 - Konfliktvermeidung („...wir können doch nicht nur streiten, also bleib ich ruhig“)
 - Perfektionismus („...ich kann das schneller, besser als er“)
 - Unaufrichtigkeit sich selbst und anderen gegenüber („...mir geht es stets super“)
 - Kontrolle („...wenn ich seine Verstecke finde, kann er nicht mehr konsumieren“)
 - Steuern („...im Kino kann er nicht trinken, auf der Feier schon“)

-
- Misstrauen ignorieren („ich vertraue dir doch, es ist nur zu deinem Besten, wenn ich es auch weiß...“)
 - Fokussieren ausschließlich auf das Suchtmittel („...ich bin mit einer Flasche verheiratet“)
 - **Selbstreflexion der Angehörigen:**
 - Angehörige übernehmen in ihrer Rolle Verhaltensweisen, die – wie oben gelistet – zu krankhaft abhängigem Verhalten vor dem Hintergrund von Stressreaktionen führen können. Außerdem ist diese Rolle von hoher Ambivalenz gekennzeichnet im Sinne von einerseits massive Spannungen und Frustrationen, evtl. sogar Demütigungen, aushalten zu müssen, andererseits der Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen, Kontrolle auszuüben und Veränderungen zu fordern.
 - **Angehörige zu unterstützen bedeutet:**
 - ihnen Informationen zur Suchtdynamik zu geben,
 - mit ihnen Gesprächs- und Beziehungsmuster (u.a. ich-, du-Aussagen, gegenläufig oder gleichlautend interagierend)
 - den Beziehungsverlauf (früher – heute) und
 - ihr Fremd- und Selbstbild zu reflektieren,
 - sie zu motivieren, ihre eigene Rolle und ihre Verhaltensweisen zu reflektieren (u.a. Rollenübernahme in der Ursprungsfamilie; Gewinn und Verlust aus dem jetzigen Verhalten).
 - **Hilfen für Angehörige:**
 - Suchtberatungsstellen (Einzelberatung, Netzwerk-Unterstützung z.B. durch Seminare und Gruppenangebote)
 - Ehe- und Familienberatungsstellen
 - Selbsthilfegruppen
 - Psychotherapie

Workshop 2: Substitution in der ärztlichen Praxis – Aktuelle Rahmenbedingungen und ihre Grenzen durch die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer

Herr Dr. Kunstmann, seit 2002 Referent der Bundesärztekammer für die Themenfelder legale und illegale Drogen, erklärte zunächst, welche Faktoren (z.B. veränderte Substitutionspraxis und Rechtslage, Veränderungen in der Versorgungssituation Opiatabhängiger, Berücksichtigung des aktuellen Wissensstands) eine Novellierung der Richtlinien vom 22. März 2002 notwendig gemacht haben. Die folgende Abbildung zeigt über den Zeitraum von 2003 bis 2008 die Veränderungen der Versorgungssituation im Überblick:



Die neue Richtlinie regelt die folgenden Bereiche:

Ziele und Indikationen der Substitution, die sich nach der BtMVV richten (schrittweise Wiederherstellung der BtM-Abstinenz, Unterstützung der Behandlung einer schweren Erkrankung, bei Schwangerschaft bzw. nach Geburt). Dabei sind folgende Punkte von Bedeutung:

- Überlebenssicherung
- Suchtmittelreduktion,
- gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen,
- Teilhabe an Gesellschaft und Arbeit,
- Opiatfreiheit

Die Indikationskriterien sind eine gesicherte Opiatabhängigkeit (3 von 6 Kriterien nach ICD 10), wobei die Abhängigkeit seit mindestens einem Jahr vorliegen muss und Anzeichen körperlicher Abhängigkeit vorliegen müssen. Außerdem kann dann substituiert werden, wenn mit Substitution größere Heilungschance als mit einer abstinenzorientierter Behandlung bestehen bzw. bei Vorliegen einer Schwangerschaft.

Erforderlichkeit einer begleitenden PSB: Diese soll nach Standards der Drogenhilfe erfolgen und ist in Art und Umfang individuell. Eine Nicht-Erforderlichkeit ist zu dokumentieren. Eine Substitution ist auch ohne PSB überbrückend und zur Gefahrenabwehr möglich.

Erforderliche Arzt-Patienten-Kontakte: Diese sind *in der Regel* einmal pro Woche *sinnvoll*.

Beigebrauchskontrollen: Es sollen an den Behandlungsverlauf angepasste Verlaufskontrollen stattfinden, wobei Beikonsum als Krankheitsindikator bewertet und berücksichtigt werden muss. Die Ursachen dafür (z.B. zu niedriges Substitutdosierung) müssen gesucht werden. Ggf. muss die Dosierung des Substituts an die Menge des Beikonsums angepasst oder auch ausgesetzt werden.

Voraussetzungen für eine Take-home-Verordnung: Die bisherige Frist von 6 Monaten ist mit der neuen Richtlinie weggefallen. Wichtig sind Kriterien für die Bewertung des Behandlungsverlaufs. So soll beispielsweise die DosisEinstellung abgeschlossen sein, der klinische Zustand stabil sein, kein gefährdender Beikonsum vorliegen und erforderliche PSB-Kontakte wahrgenommen werden.

Vereinbarungen mit dem Patienten sind inhaltlich mit der alten Richtlinie vergleichbar. Auf die Notwendigkeit einer schriftlichen Vereinbarung wird hingewiesen.

Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen: Die Regelungen zur Einnahme unter Sicht entsprechen denen der alten Richtlinie ergänzt um die Vertretungsregelung im Rahmen der 23. BtMÄndV und den Vorgaben für Diamorphin.

Substitution bei Einrichtungswechsel: Um dem häufig beobachteten Schnittstellenproblem bei einem Einrichtungswechsel zu begegnen, findet sich folgende Formulierung in den neuen BÄK-Richtlinien: „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“

Ärztliche Qualifikation: Die Anforderungen entsprechen denen der alten Richtlinie; zusätzlich wird der Besuch von Fortbildungen in der Sucht- und Notfallmedizin empfohlen. Für die Durchführung der Diamorphinbehandlung bestehen zusätzliche Qualifikationsanforderungen (6-stündiges Zusatzmodul).

Qualitätssicherung durch die Ärztekammern: Die Landesärztekammern richten Beratungskommissionen ein, um substituierende, konsiliarisch tätige oder vertretende Ärzte zu beraten. Zudem werden Qualitätskriterien festgelegt und überprüft.

Weiterhin werden auch noch Vertretungsregelung, Verschreibung für Wochenenden und Feiertage, Einleitung der Behandlung, Auswahl und Einstellung des Substitutionsmittels, die Dokumentationspflichten des substituierenden Arztes, Beendigung bzw. Abbruch der Behandlung sowie die Substitution mit Diamorphin geregelt. Die neuen BÄK-Richtlinien (in der Gegenüberstellung 2002 vs. 2010) können unter folgendem Link heruntergeladen werden:

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliSubstSynapse.pdf>

Die Präsentationen zu den drei Vorträgen und dem Workshop von Herrn Dr. Kunstmann können bei Interesse in der BAS-Geschäftsstelle unter bas@bas-muenchen.de angefordert werden.

Die 22. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS findet am **13.10.2010** in Nürnberg statt.

Das Thema wird frühzeitig im Vorfeld der Veranstaltung angekündigt.

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