



**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](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://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 24. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**„Expertenunterstützung dringend erwünscht –  
Aktualisierung der Empfehlungen zur  
Qualitätssicherung in der Substitution“**

**12. Oktober 2011 in Nürnberg**

## Ablauf der Tagung

Am 12. Oktober 2011 fand im Kleinen Sitzungssaal des Nürnberger Rathauses die 24. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit über 40 Teilnehmern<sup>1</sup> statt. Folgende Vorträge und Arbeitsgruppen wurden angeboten:

10:00 Begrüßung, Einführung und Zielvorstellung

*Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V.*

10:30 Benzodiazepine im Rahmen der Substitutionsbehandlung

*Dr. med. Carlo Caflisch, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*

11:15 Kaffeepause

11:45 Wie können alle Berufsgruppen von der psychosozialen Betreuung Substituierter profitieren?

*Dipl.-Soz. Päd (FH) Anne-Katrin Riebe, Breakpoint, vista gGmbH, Berlin*

12:30 Mittagspause

13:45 Arbeitsgruppen

**AG 1:** Diskussion und Überarbeitung der „Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer“

*Dipl.-Soz. Päd. [FH] Michael Resing, SubWay, Nürnberg*

**AG 2:** Diskussion und Überarbeitung der „Empfehlungen für die Zusammenarbeit der an der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger beteiligten Berufsgruppen“

*Dipl.-Soz. Päd (FH) Anne-Katrin Riebe, Breakpoint, vista gGmbH, Berlin*

**AG 3:** Diskussion und Überarbeitung des BAS-Diskussionspapiers „Methadonsubstitution: Zur Problematik der zusätzlichen Verordnung von Benzodiazepinen“

*Dr. med. Willi Unglaub, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg*

16:00 Kurzvorstellung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen

16:30 Ende der Veranstaltung

## Begrüßung

Frau Fahrmbacher-Lutz begrüßte die Teilnehmer und berichtete von den jüngsten Aktivitäten der BAS, das Thema Substitution in Haft auch im Kreis von bayerischen Anstaltsärzten voranzubringen. Dazu nahmen erfahrene Mitglieder aus dem BAS-Vorstand sowie eine Vertreterin der Externen Suchtberatung an der Jahrestagung der Anstaltsärzte in der JVA Straubing teil und konnten einen ganzen Tag lang Anregungen geben und individuelle Fragen beantworten.

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

Die Problematik des unterschiedlichen Vorgehens der Überwachungsbehörden ist inzwischen Gegenstand der Qualitätssicherungs-Kommission „Substitutions-Beratung“ der Bayerischen Landesärztekammer. Dort wird derzeit eine Checkliste beraten, die zu einem bayernweit einheitlichen Handeln der überwachenden Amtsärzte führen soll. Dieses Thema ist auch Gegenstand des am 18. 10.2011 im StMUG stattfindenden Fachgesprächs Substitution.

Mit der 25. BtMÄndV, die im Mai 2011 in Kraft trat, fallen alle Medikamente, die Flunitrazepam enthalten, unter die BtM-Rezeptpflicht. Ziel der Maßnahme war, den verbreiteten Missbrauch dieser Substanz einzuschränken.

Abschließend wies Frau Fahrmbacher-Lutz noch auf die aktuellen Ergebnisse der PREMOS-Studie hin, die den Krankheitsverlauf von Substitutionspatienten über einen Zeitraum von 6 bis 7 Jahren verfolgte. Ausführliche Ergebnisse finden sich in der ZS Suchtmedizin, Band 13, Nr. 5 (2011).

### Benzodiazepine im Rahmen der Substitutionsbehandlung

**Dr. Carlo Cafilisch von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich** stellte zunächst das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen mit seinen verschiedenen Einrichtungen (Ambulanz mit ca. 1000 Patienten jährlich, Tagesklinik, Drogennotfalldienst rund um die Uhr und Forschungsgruppe) vor, bevor er kurz auf die Geschichte der Psychopharmaka einging. Anschließend präsentierte er ausgewählte Studien zu Benzodiazepinmissbrauch, wobei die Untersuchung von Schreiber S., Peles E. & Adelson M. (2007) zeigte, dass bei Methadon-substituierten unter guter antidepressiver Versorgung der BZD-Missbrauch rückläufig war.

Die „Medizinischen Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit“ der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) beinhalten für das Vorgehen bei BZD-Konsum folgende Vorschläge:

#### **BZD**

- Bei BZD-Konsum muss geprüft werden, ob eine psychiatrische Indikation für BZD vorliegt und eine medizinisch verschriebene Medikation sinnvoll ist [C].
- In der der Behandlung von psychischen Störungen, in Krisensituationen und bei Schlafstörungen unter SGB sollen generell die üblichen medizinischen Kriterien angewandt werden, d.h. es kann auch der Einsatz eines BZD indiziert sein [B].
- Lässt sich der BZD-Konsum als Selbstmedikation einer Depression oder Angststörung bewerten, ist ein Wechsel auf Antidepressiva mit gleichzeitigem Ausschleichen der BZD zu versuchen [C].
- Bei einer BZD-Abhängigkeit kann eine kontrollierte langsame Reduktion Erfolg versprechend sein [C].
- Falls eine vollständige BZD-Abstinenz nicht gelingt, ist eine BZD-Substitution zur Schadenminderung angezeigt [C].
- Dabei wird ein Wechsel auf ein lang wirksames Präparat empfohlen [C].
- Der durch Methadon und Buprenorphin potenzierte sedative und atemdepressive Effekt muss berücksichtigt werden [B].
- Bei instabilen Patienten kann die fraktionierte Abgabe der verordneten BZD-Medikation gekoppelt an das Substitutionsmittel sinnvoll sein (bei Abgabe in der Arztpraxis oder über die Apotheke) [C].

#### **Abb.1 : Empfehlungen der SSAM bei Benzodiazepin-Konsum während der Substitutionsbehandlung**

Beim Thema BZD sind die Perspektiven von Suchtfachleuten mit und ohne ärztlichen Hintergrund verschieden. Ärzte sehen das nützliche Potential als Heilmittel bei gegebener Indikation (Angst, Panik, akute situative Schlaflosigkeit, starke Anspannung und Erregung) und die – bei normaler Dosierung – geringe Toxizität. Für nicht-medizinische Suchtfachleute stehen

die bei längerer und zu hoch dosierter Einnahme auftretenden Begleiterscheinungen wie affektive Indifferenz, Vergesslichkeit und Stimmungsschwankungen im Vordergrund.

Die Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) empfiehlt in ihrem Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ für den Fall, dass eine vollständige BZD-Abstinenz nicht möglich ist, auf mittellang wirksame Substanzen wie z.B. Oxazepam auszuweichen. Generell steht die Zielsetzung einer Reduktion des Beikonsums bzw. dessen Risiken (z.B. Applikationsweise, kontrollierter Konsum) im Mittelpunkt der Behandlung.

Im Diskussionspapier der BAS wird die Anwendung von BZD bei Suchtkranken als kontraindiziert beschrieben. Hier sollte darüber nachgedacht werden, ob diese Formulierung zutreffend ist, wenn gleichzeitig aufgrund der psychischen Komorbidität in rund der Hälfte der Fälle eine Behandlung mit BZD angezeigt sein könnte.

Die Evidenzlage zur Substitution mit BZD besteht nur aus wenigen Studien bzw. Kasuistiken. In dem Beitrag „Agonist substitution - a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients?“ von Liebrecht et al. (Addiction, 105/11:1870-1874, 2010) schlagen die Autoren die Evaluation eines Behandlungsversuchs mit BZD bei Hochdosis-Abhängigen vor. Nebenwirkungen wie kognitive Beeinträchtigungen könnten mit der Wahl eines optimalen Agonisten minimiert werden.

Hinsichtlich der Sicherheitsbedenken vertrat Herr Cafilich die Meinung, dass ein hoher Anteil der Mortalität aufgrund von zu hoch dosiertem Konsum nach Opiatentzug (Toleranzminderung) zurückgeführt werden kann und schlug deshalb vor, zusammen mit den Patienten eine gute Einstellung vorzunehmen und mittelfristig auf langsam anflutende BZD umzustellen.

Geeignete BZD sind solche mit längerer Anflutungszeit (T max), wie beispielsweise Clonazepam und Alprazolam oder auch Oxazepam mit geringer Lebertoxizität. Die starken kognitiven Beeinträchtigungen, die auf Hochdosis BZD-Konsum zurückzuführen sind, können ebenso als Folge der schnell anflutenden BZD bewertet werden. Auch deshalb empfiehlt sich eine mittelfristige Umstellung auf langsam anflutende BZD. Eine Übersicht über verschiedene BZD gibt die folgende Tabelle aus der Präsentation von Herrn Cafilich:

Handelsname (CH)	Wirkstoff	Dosierung	Max. Tagesdosis Kompendium	T max	Halbwertszeit	Aequivalenzdosen zu Valium 10mg	Kompendiumpreis pro Tablette (1 OP)	Gassenpreis
DORMICUM	Midazolam	7,5-15mg	15mg	1h	1,5-2,5h	7,5mg	15mg Tbl. (0.99.-)	5.-
STILNOX	Zolpidem	10mg	10mg	0,5-3h	3h	20mg	10mg Tbl. (0.74.-)	
ROHYPNOL	Flunitrazepam	0,5-1mg	2mg	0,75-2h	10-16h	1mg	1mg Tbl. (0.43.-)	5.-
XANAX	Alprazolam	0,5-4mg	6mg	1-2h	12-15h	1mg	2mg Tbl. (1.25.-)	
IMOVANE	Zopiclon	7,5mg	7,5mg	1,5-2h	5-6h	15mg	7,5mg Tbl. (0.73.-)	
TEMESTA	Lorazepam	1-6mg	7,5mg	1-2,5h	12-16h	2mg	2,5mg Tbl. (0.46.-)	
LEXOTANIL	Bromazepam	1,5-9mg	36mg	1-2h	15-28h	6mg	6mg Tbl. (0.43.-)	
SERESTA	Oxazepam	15-100mg	150mg	2-3h	7-11h	25mg	50mg Tbl. (0.85.-)	5.-
VALIUM	Diazepam	5-20mg	200mg	0,5-1,5h	24-80h	10mg	10mg Tbl. (0.47.-)	5.-
TRANXILIUM	Clorazepat	5-60mg	200mg	1-1,5h	25-60h	15mg	50mg Tbl. (1.91.-)	
URBANYL	Clobazam	15-60mg	120mg	1,5-2h	20-50h	20mg	10mg Tbl. (1.36.-)	
DEMETRIN	Prazepam	10-30mg	30mg	1-2h	50-80h	20mg	20mg Tbl. (0.88.-)	
SOLATRAN	Ketazolam	15-60mg	60mg	3h	2(52)h	30mg	45mg Tbl. (1.32.-)	
RIVOTRIL	Clonazepam	1-4mg	20mg	2-4h	20-60h	1mg	2mg Tbl. (0.35.-)	
XANAX ret	Alprazolam	0,5-4mg	6mg	5-11h	12-15h	1mg	3mg Ret Tbl. (1.51.-)	

**Tab.1:** Pharmakologische und pharmakokinetische Kenndaten verschiedener Benzodiazepine

Die Ziele einer Behandlung mit BZD sind mit denen der Opiatsubstitution vergleichbar. Ein Stepped-Care-Ansatz, bei dem es zunächst um die Stabilisierung des Patienten und anschließend um ein ausschleichendes Herunterdosieren geht, ist dabei zielführend.

Eine deutsche Untersuchung von Eiroa-Orosa et al. (*Drug and Alcohol Dependence* 112: 226-233, 2010) an Patienten aus dem Heroin-Modellprojekt ergab, dass rund 50% der Urinproben BZD-positiv waren. Die Autoren empfehlen – unter der Voraussetzung der Verordnung geeigneter BZD – ein vorsichtiges Verschreiben bei Vorliegen einer Angstsymptomatik.

Peter Tyrer vom Centre for Mental Health des Imperial College London antwortete auf die Frage, welche Patienten regelmäßig BZD einnehmen sollten, dass aufgrund der vorliegenden Befunde eine randomisierte klinische Studie gerechtfertigt sei, um die Vor- und Nachteile einer begleitenden BZD-Verschreibung transparent zu machen.

Herr Caflisch schloss den Vortrag mit dem Hinweis auf den Kampf um die Behandlung der Opiatabhängigkeit vor vielen Jahren. Heute sei außerdem von besonderem Interesse, wie man die „Unbehandelbaren“ bzw. Nicht-Erreichbaren behandeln könne.

### Wie können alle Berufsgruppen von der psychosozialen Betreuung Substituierter profitieren?

**Anne-Katrin Riebe von Breakpoint, vista gGmbH Berlin** gab zunächst einen Überblick über die einzelnen Arbeitsbereiche von vista (Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit). Im Fachbereich Psychosoziale Betreuung bei Substitution bzw. Betreutes Wohnen werden derzeit 600 Klienten ambulant und 70 weitere stationär betreut.

Auf die Frage „Was sollte Betreuung bestenfalls sein?“ gab Frau Riebe folgende Definition:

- eine klar definierte und (schon daher) begrenzte (sich ihrer Grenzen bewusste),
- sich zentralen Behandlungsproblemen stellende Dienstleistung,
- zielorientiert (im Detail zieloffen),
- methodengeleitet, standardisiert / zugleich höchst flexibel,
- Ressourcen erhaltend, pflegend und entwickelnd,
- eine im Verbund mit anderen Professionen erbrachte,
- in Netzwerke eingebundene,
- transparente,
- Geld wert,
- sich ständig entwickelnde Leistung

*(nach B. Westermann. Wege zur Teilhabe. Vortrag beim 17. Paritätischen Fachgespräch Suchthilfe der Fachverbände Drogen- u. Rauschmittel. Lüneburg 2008).*

Für eine erfolgreiche Arbeit der PSB sind neben gut ausgebildeten Fachkräften, tragfähigen therapeutischen Beziehungen, ein gut ausgebautes Netz an Kooperationspartnern sowie eine gute Kooperation innerhalb des Netzwerks erforderlich. Zudem sollten Schwerpunkte für unterschiedliche Zielgruppen gesetzt werden *(nach A. Hoffmann. Zielgruppenspezifische psychosoziale Betreuung. Fachtag Substitution: Vielfalt nutzbar machen. Die Zukunft der psychosozialen Arbeit mit Substituierten. Hannover, 2008).*

Um die Leitfrage des Vortrags beantworten zu können, hat Frau Riebe relevante Kooperationspartner aus den Bereichen Substitutionspraxis, Eingliederungshilfe, sozialpsychiatrischer Dienst, Apotheke, Kassenärztliche Vereinigung, Jugendamt, Justiz und ARGE bzw. Jobcenter befragt. Alle Interviewpartner sehen in der Arbeit der PSB eine große Unterstützung für den Umgang mit dem Klienten/Patienten im jeweiligen Tätigkeitsfeld.

Wenn die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen nicht funktioniert, liegt das häufig an Vorurteilen, die überwunden werden müssen. Dazu können beispielsweise gemeinsame Ziele, eine freundliche Umgebung bei der Interaktion sowie Begegnungen auf gleicher Augenhöhe beitragen.

### **AG 1: Diskussion und Überarbeitung der „Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer“**

Herr **Dipl.-Soz.Päd. Michael Resing (mudra-Drogenhilfe Nürnberg)** leitete die Arbeitsgruppe mit der Zielsetzung, die *Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer* (BAS, 4. überarbeitete Auflage) mit den Vertretern der Praxis zu diskutieren und ein Procedere für eine Überarbeitung des Papiers abzustimmen. In der Eingangsrunde wurde aufgrund einer kritischen Anmerkung (Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme mit einer zuständigen Beratungsstelle, ausbleibende Rückmeldung durch die Beratungsstelle, Unterversorgung mit PSB-Angeboten) einer Mitarbeiterin einer oberfränkischen Substitutionspraxis grundsätzlich die Versorgungslage mit psychosozialer Betreuung diskutiert. Zu berücksichtigen sind hierbei einerseits – insbesondere in ländlichen Strukturen – fehlende Angebote und fehlende Wohnortnähe der Angebote und andererseits – im großstädtischen Bereich eine hohe Klientenanzahl, die von den Anbietern zu versorgen sind.

Eine zufriedenstellende Lösungsstrategie für die Schwierigkeiten der Kollegin aus Oberfranken konnte in der kurzen Eingangsrunde nicht entwickelt werden.

Alle Teilnehmer hielten übereinstimmend eine umfassende Überarbeitung der Empfehlungen für erforderlich. Ein wichtiger Grund hierfür zeigte sich bereits nach kurzer Zeit anhand der Diskussion, die sich bereits über die Formulierung „...zeitlich-begrenzte Suchtbehandlung“ in der Einleitung ergab.

Aufgrund der Entwicklungen und Erfolge der Substitutionsbehandlung in den vergangenen Jahren wurde diese Definition als längst nicht mehr zeitgemäß erachtet. Über die Anerkennung und Akzeptanz der Möglichkeit von „lebenslanger“ Substitution für bestimmte Patientengruppen bestand deshalb Konsens. Abstinenz und Stabilisierung durch langfristige ggfs. auch lebenslange Substitution sollten deshalb als gleichberechtigte Ziele der Substitutionsbehandlung nebeneinander stehen.

Die Möglichkeit langfristiger ggfs. lebenslanger Substitution muss deshalb für die Aktualisierung der Empfehlungen berücksichtigt werden, weil sich daraus hinsichtlich Dauer, Umfang, Intensität und Beendigung der psychosozialen Betreuung eine Reihe neuer bzw. weiterer Fragestellungen ergeben.

Im weiteren Verlauf des Workshops wurden für die Gliederungspunkte „Ziele“ und „Struktur und Inhalte“ Verbesserungsvorschläge, Ergänzungen und Umformulierungen gesammelt und diskutiert.

Ähnlich wie in der Arbeitsgruppe 2 sprachen sich die Teilnehmer dafür aus, in der aktualisierten Version positivere Formulierungen zu wählen. Am bisherigen Papier wurden v.a. Formulierungen moniert, die nicht mehr zeitgemäß sind, eher auf Kontrolle abzielen oder unter motivationstheoretischer Sicht den Verzicht und weniger den Zugewinn der Veränderung in den Mittelpunkt stellen. Als Beispiel sei hier angeführt: „Lösung von der Drogenszene“ (bisher) vs. „Aufbau eines sozialen Netzwerks außerhalb der Szene“ (neu).

Die Mitbestimmung des Patienten über Intensität und Ausmaß der PSB und die Frage der Beendigung der PSB bei Fortsetzung der stabilen Substitution wurden im Zusammenhang mit Gliederungspunkt 3 diskutiert.

Abschließend wurde mit den Teilnehmern das weitere Vorgehen abgestimmt.

Procedere:

Marco Stürmer ([marco.stuermer@bas-muenchen.de](mailto:marco.stuermer@bas-muenchen.de)) wird in Abstimmung mit Herrn Resing die bisher besprochenen Änderungen in die Empfehlungen einarbeiten und die aktualisierte Version allen Teilnehmern per Email zur Verfügung stellen.

Die Teilnehmer geben dann Rückmeldung, inwieweit sie sich an der weiteren Überarbeitung beteiligen möchten und können. Gleichzeitig werden Herr Resing und Herr Stürmer weitere, im Bereich der PSB-tätige Kollegen um ihre Kommentierung bitten.

Bis Ende 2011 soll dann eine überarbeitete Version (1. Entwurf) zur Diskussion stehen.

## **AG 2: Diskussion und Überarbeitung der „Empfehlungen für die Zusammenarbeit der an der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger beteiligten Berufsgruppen“**

Die von Frau **Dipl.-Soz.Päd. Anne-Katrin Riebe von Breakpoint, Berlin**, geleitete Arbeitsgruppe befasste sich mit der 4., im Jahr 2001 überarbeiteten Auflage der Empfehlungen für die *„Zusammenarbeit der an der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger beteiligten Berufsgruppen“*.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass das Papier einer umfassenden Neuformulierung bedarf. Deshalb entwickelte die Gruppe lediglich Hinweise zur Überarbeitung sowie einen Konzeptvorschlag für die Neustrukturierung.

### **Übergeordnete Hinweise zur Überarbeitung der Empfehlungen**

Die Überarbeitung des Papiers sollte sich den TeilnehmerInnen zufolge an folgenden übergeordneten Hinweisen orientieren:

- Das Positionspapier *„Psychosoziale Betreuung Substituierter“* der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ist im Rahmen der Überarbeitung der BAS-Empfehlungen daraufhin zu überprüfen, ob bestimmte Inhalte auch in das BAS-Papier übernommen werden können.
- In seiner vorliegenden Form ähnelt das BAS-Papier mehr einer Richtlinie als einer Empfehlung.
- Aktuell nimmt die Kontrollfunktion in der Darstellung ein vergleichsweise zu großes Gewicht ein. Sie sollte zu Beginn kurz und prägnant abgehandelt werden, um im Anschluss daran folgende Aspekte ausführlicher zu beschreiben und verstärkt in den Fokus zu stellen:
  - Effektivität der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger
  - Aufgabe und Bedeutung der PSB
  - Relevanz/ positive Aspekte der Schnittstellenfunktion in der Zusammenarbeit der verschiedensten Berufsgruppen:  
Neben den bislang genannten Akteuren sollen weitere, in die Behandlung/ Betreuung Opiatabhängiger involvierte Berufsgruppen als wichtige Kooperationspartner benannt und einbezogen werden (z.B. Agentur für Arbeit, Jugendamt etc.)
- Ausrichtung von einer bislang stark juristischen Absicherung hin zur Darlegung des Nutzens eines funktionierenden Kooperationsnetzwerks zwischen allen Beteiligten

<b>Ergebnis: Konzeptvorschlag für eine Neustrukturierung des Papiers</b>
--

Die Arbeitsgruppe schlägt folgende Struktur für die Überarbeitung vor:

#### **I. Chancen und Vorteile einer guten Kooperation zwischen den an der substitutionsgestützten Behandlung beteiligten Berufsgruppen**

- Darstellung, was eine substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger leisten kann  
= Fragestellung, die sich als „roter Faden“ durch die Empfehlungen ziehen soll
- Skizzierung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Kernkompetenzen der beteiligten Berufsgruppen
- Im Fokus der gemeinsamen Bemühungen stehen der Klient und die gemeinsame Zielsetzung, ihn bestmöglich zu versorgen, d.h. dass die Kooperation in erster Linie für den Klienten passen muss.
- Verweis darauf, dass eine gute Zusammenarbeit den Druck, der auf jedem einzelnen Beteiligten im Rahmen seiner Aufgabe lastet, im Sinne einer geteilten Verantwortung reduziert.

#### **II. Handreichung für ein funktionierendes Netzwerk von Kooperationspartnern**

- Darstellung funktionierender Kooperationsmodelle/ -praktiken aus der Praxis
- Die Modelle sollen so ausgewählt werden, dass sie die unterschiedlichen Gegebenheiten in der Praxis berücksichtigen (z.B. die Unterschiede in der bayerischen Versorgungslandschaft in der Stadt und auf dem Land)
- Kooperationen zwischen den verschiedenen Zielgruppen sind nicht erzwing-, aber förderbar:  
Darstellung von Ansätzen zur Optimierung der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen (z.B. via Implementierung von regionalen Qualitätszirkeln, Arbeitskreisen, Netzwerken etc.)
- Regionaler Kooperationsvertrag zwischen den Disziplinen als ideales Ergebnis: Die an einer Behandlung beteiligten Berufsgruppen verstehen sich als Team mit geteilter Verantwortung und treten nach außen als solches auf, auch wenn aus rechtlicher Sicht der Arzt alleinverantwortlich ist.

#### **III. Rechtliche Aspekte der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger**

- Empfehlungen zum Thema Schweigepflichtsentbindung; u.a. Berücksichtigung folgender Fragestellungen:
  - In welchen Fällen ist eine Schweigepflichtsentbindung empfehlenswert, in welchen nicht?
  - Vorteile einer vollumfänglichen Schweigepflichtsentbindung

#### **IV. Finanzierung der Psychosozialen Betreuung**

- Darstellung des Finanzierungsmodells der Festbetragsfinanzierung in Bayern und seiner Rahmenbedingungen

#### Procedere:

Das Diskussionspapier wird in den kommenden Wochen seitens der BAS in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Rainer Schohe, Praxis Dr. Rainer Schohe/ Wolfgang Beitelstein, Würzburg, und Herrn Dipl.-Soz.Päd. Norbert Wittmann, mudra, Nürnberg, überarbeitet. Wir möchten uns seitens der BAS an dieser Stelle herzlich für das besondere Engagement von Herrn Wittmann und Herrn Schohe und bei allen anderen Teilnehmern, die sich im Rahmen der Arbeitsgruppensitzung eingebracht haben, für ihre Anregungen bedanken. Für den Fall, dass sich weitere Teilnehmer der AG an der

Gestaltung der Empfehlungen beteiligen möchten, können sie sich an Melanie Arnold ([melanie.arnold@bas-muenchen](mailto:melanie.arnold@bas-muenchen)) wenden.

### **AG 3: Diskussion und Überarbeitung des BAS-Diskussionspapiers „Methadonsubstitution: Zur Problematik der zusätzlichen Verordnung von Benzodiazepinen“**

**Dr. Willi Unglaub von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg** eröffnete die Arbeitsgruppe mit einer Kurzumfrage unter den rund 20 Teilnehmern, wie sie mit Benzodiazepinen im Praxisalltag umgehen und welche Frage- bzw. Problemstellungen dabei relevant sind. Aus der Vielzahl an Beiträgen ließen sich acht Hauptthemenbereiche isolieren, die für die weitere Bearbeitung des Diskussionspapiers relevant sind.

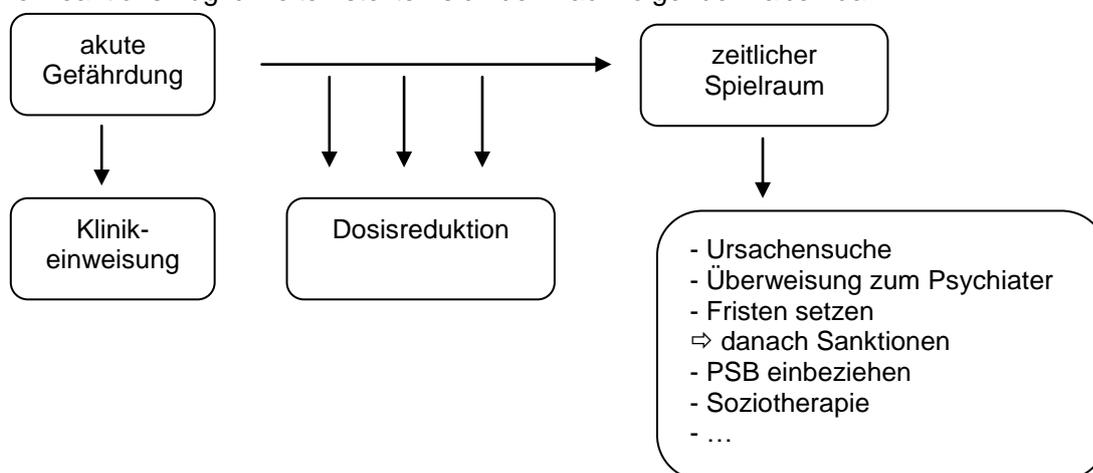
1. Einstellung auf Opiate und Benzodiazepine
2. Take-home bei BZD-Konsum
3. Geeignete Laborverfahren zum BZD-Nachweis
4. Wann muss beim Konsum von BZD in der Substitution gehandelt werden?
5. Möglichkeiten der ambulanten BZD-Reduktion bzw. Abdosieren
6. Soll die Abstinenz (von BZD) in allen Fällen angestrebt werden?
7. Todesfälle im Zusammenhang von BZD und Substitution
8. Konsummotive

#### **Wann muss beim Konsum von BZD in der Substitution gehandelt werden?**

Aus Zeitgründen konnten nicht allen Fragestellungen diskutiert werden. Die Frage 4 „Wann muss beim Konsum von BZD in der Substitution gehandelt werden?“ interessierte die meisten Teilnehmer. Dabei war man sich einig, dass bei folgenden Szenarien eine Reduktion des BZD-Konsums unerlässlich sei:

- Vorliegen einer starken Intoxikation bzw. damit verbundene Klinikaufenthalte
- Information über BZD-Verschreibungen durch andere Ärzte
- Zusätzlich Alkoholmissbrauch
- Zusätzlich relevante somatische Erkrankungen

Die Reaktionsmöglichkeiten stellten sich demnach folgendermaßen dar:



### **Soll die Abstinenz (von BZD) in allen Fällen angestrebt werden?**

Auch diese Frage konnte noch angesprochen werden. Dabei waren sich die Teilnehmer einig, dass die Abstinenz als anzustrebendes Ziel wünschenswert sei. Allerdings wurden zwei Toleranzbereiche definiert. Der absolute Toleranzbereich ist dann gegeben, wenn

- eine klare psychiatrische Indikation vorliegt *und/oder*
- alle Alternativbehandlungen versagt haben und eine gute soziale Integration besteht.

Ein relativer Toleranzbereich gilt dann, wenn

- der Patient sozial integriert ist, nicht verwahrlost und nicht straffällig wird,
- er glaubhaft versichert, eine stabile Dosis einzunehmen *und*
- er klinisch unauffällig ist.

Abschließend gab Herr Unglaub noch zu bedenken, dass es sich bei der Verschreibung von BZD möglicherweise um off-label-use handele, wenn der Beipackzettel des verordneten BZD einen deutlichen Hinweis auf eine Kontraindikation bei Abhängigkeitsanamnese enthalte.

#### Procedere:

Das Diskussionspapier wird in den kommenden Wochen überarbeitet und im QZ Runder Tisch der Substitutionsambulanzen zur Diskussion gestellt. Teilnehmer der AG, die sich an der Endabstimmung beteiligen möchten, können sich bei Frau Dr. Erbas ([erbas@bas-muenchen.de](mailto:erbas@bas-muenchen.de)) melden.

**Die 25. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS findet am **28.03.2012** in München statt.

Das Thema wird frühzeitig im Vorfeld der Veranstaltung angekündigt.

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