

Psychosoziale Betreuung Substituierter und aktuelle Veränderungen im Substitutionsrecht

**5. Herbst-Symposium am 24. September 2016 in
die Fachklinik Villa Unter den Linden, Frankfurt**



**Institut für Suchtforschung
Frankfurt am Main**

**Prof. Dr. Heino Stöver
Institut für Suchtforschung
Frankfurt University of Applied Sciences**

1. Hintergrund

HIV-Neudiagnosen¹

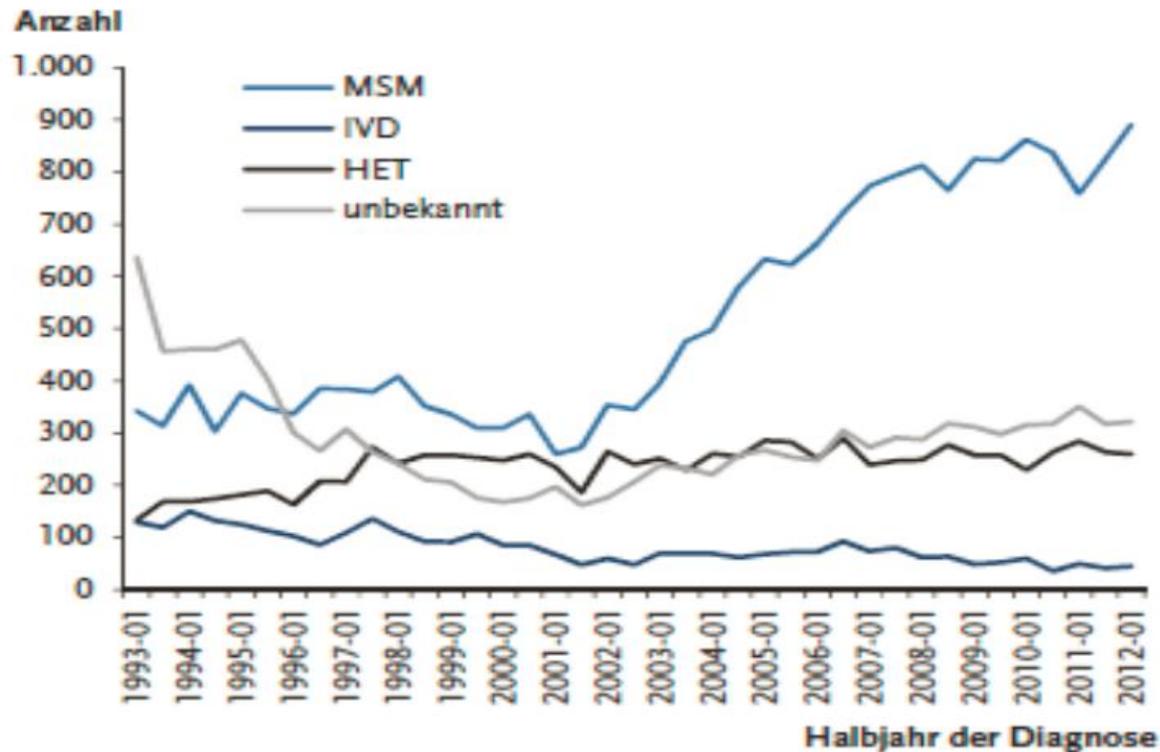
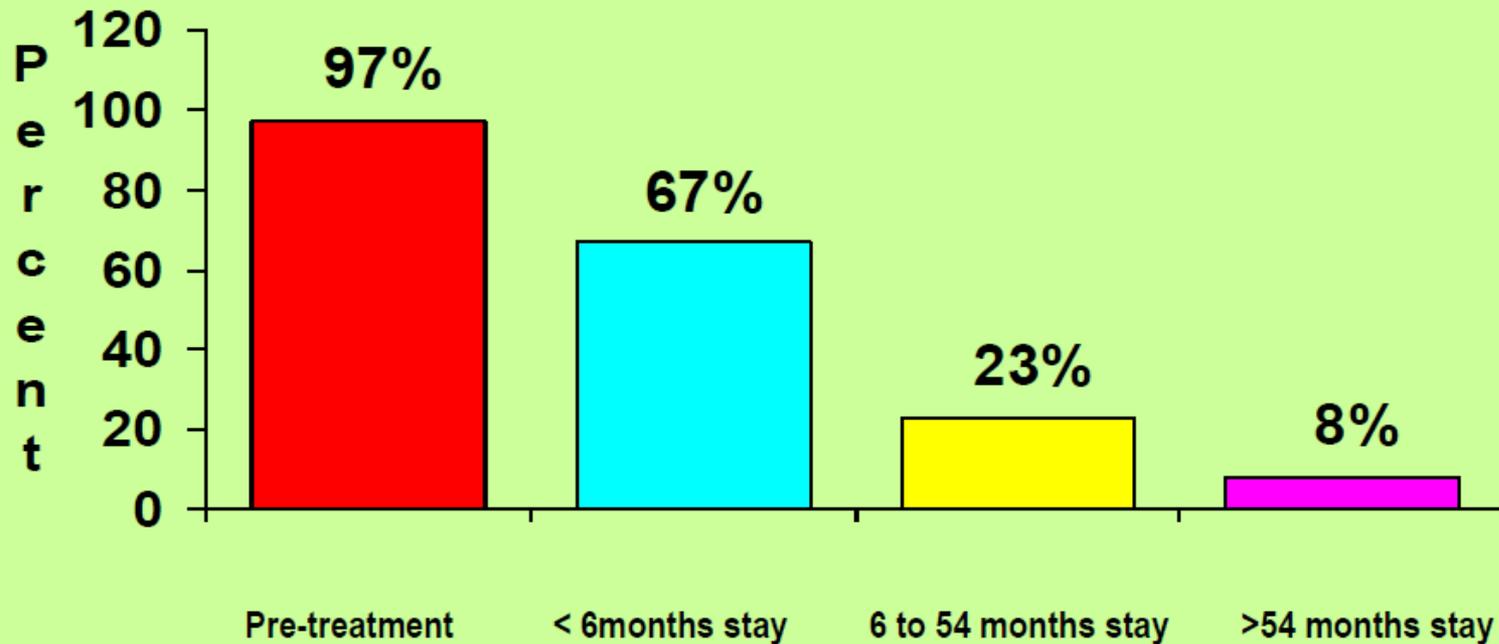


Abb. 1: Gemeldete HIV-Neudiagnosen nach Transmissionsgruppe, 1993–
Ende 2012

¹ RKI (2011)

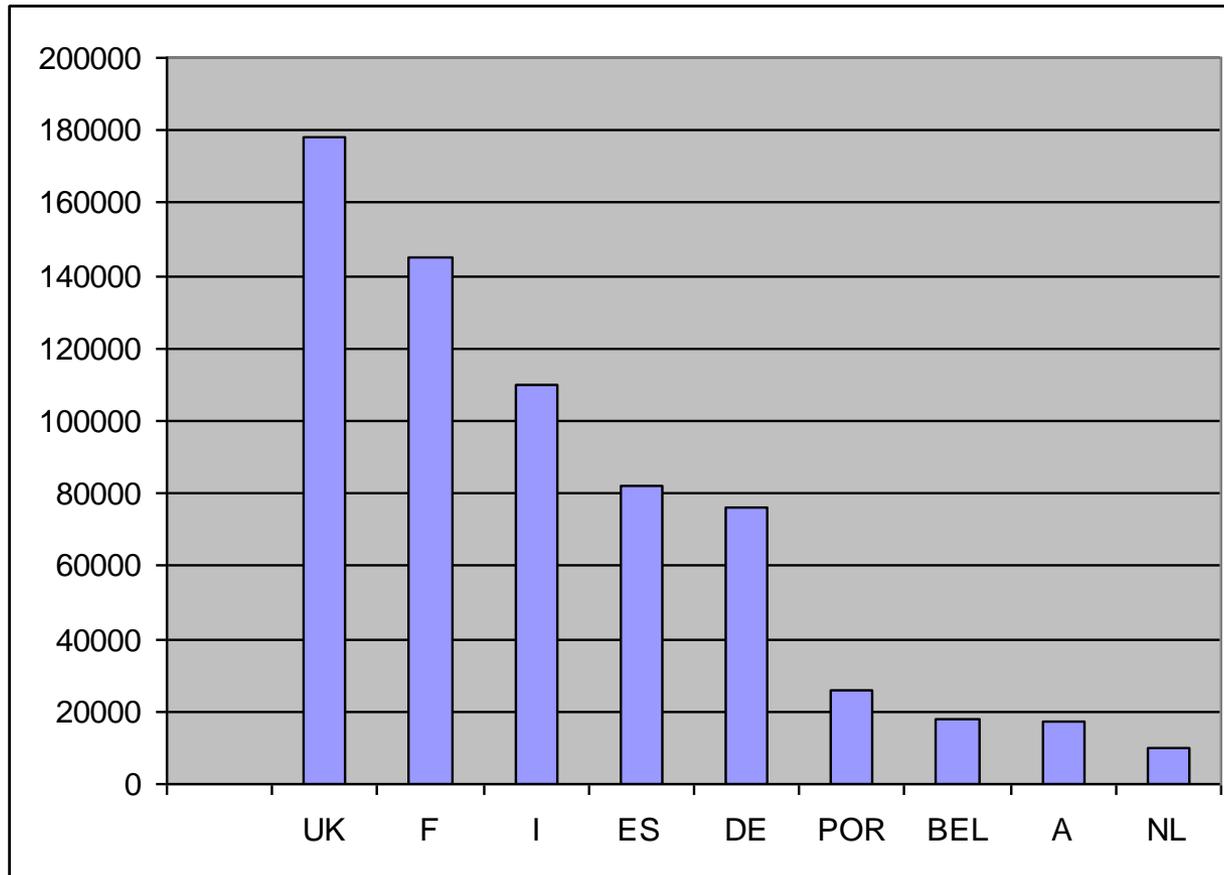
Rates of Heroin Use By Duration of Methadone Treatment

(Adapted from: Ball & Ross, 1991. after Merrill 2000)



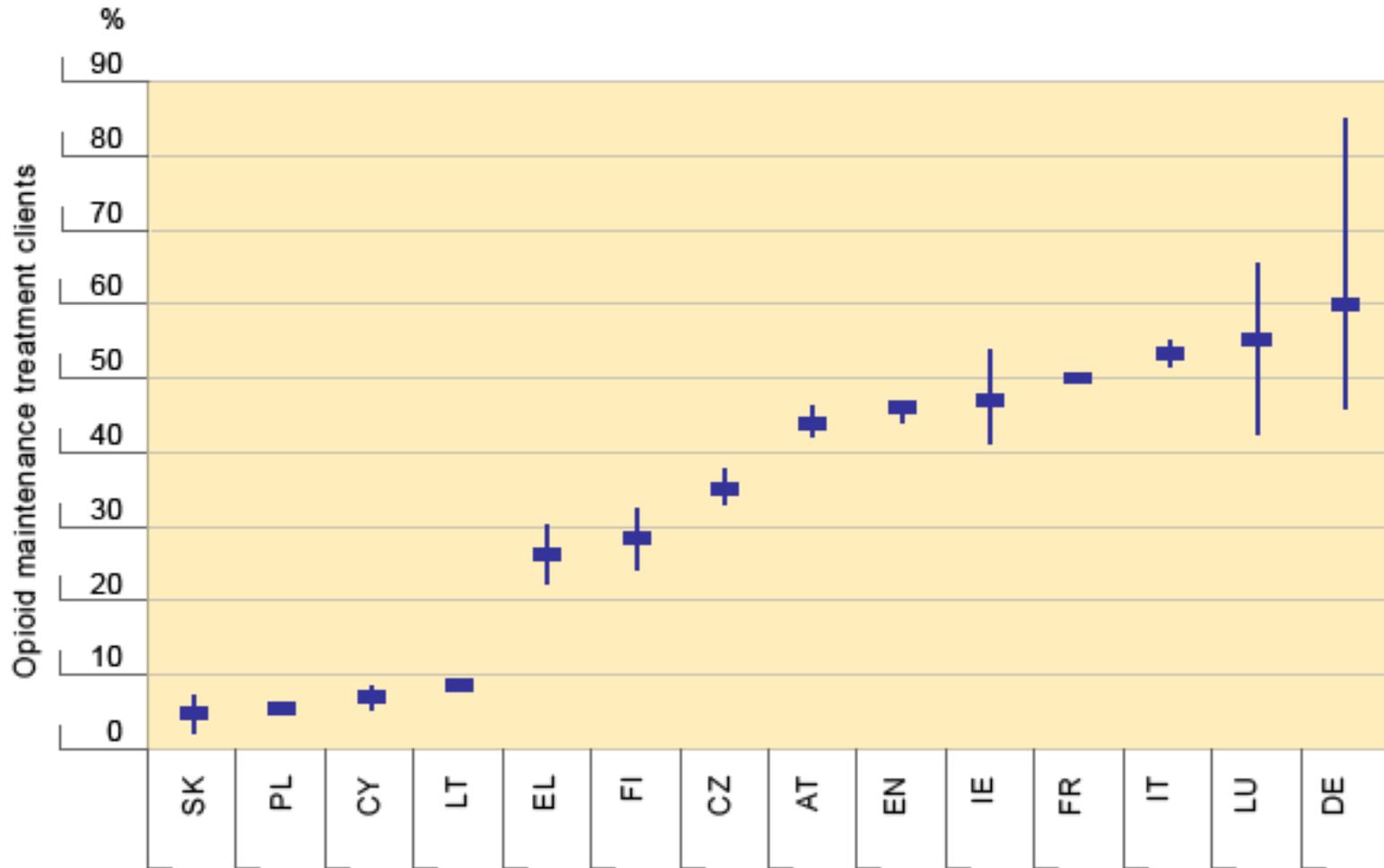
2. Epidemiologische Grundlagen

Substitutionsbehandlung: Europa insgesamt 730.000 PatientInnen



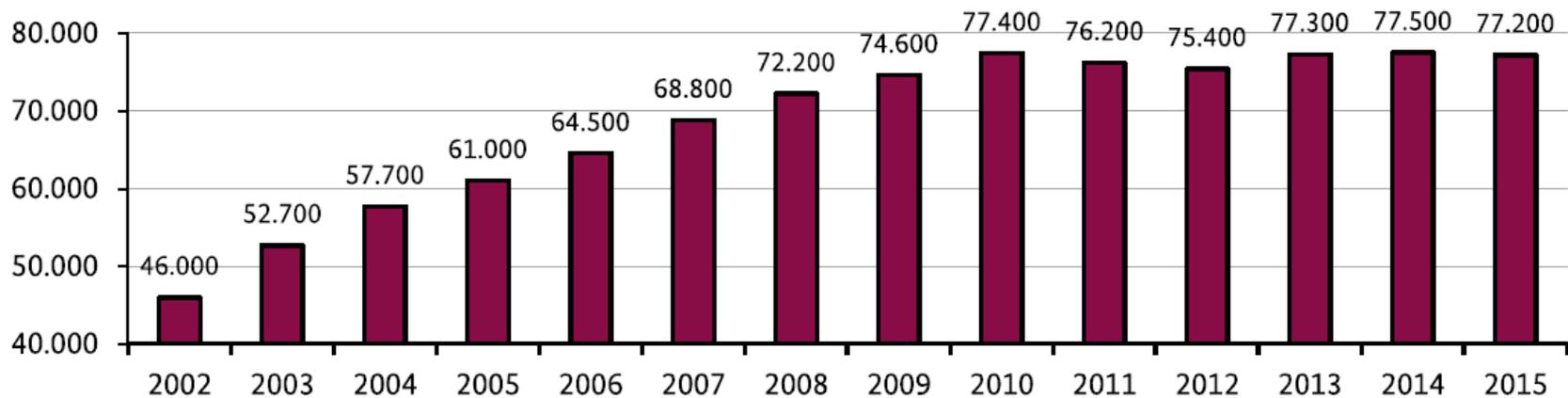
Substitutionsbehandlung: Europa

Anteil von OST an Gesamtbehandlungen Opiatabhängiger



Entwicklung der Substitutionsbehandlung¹

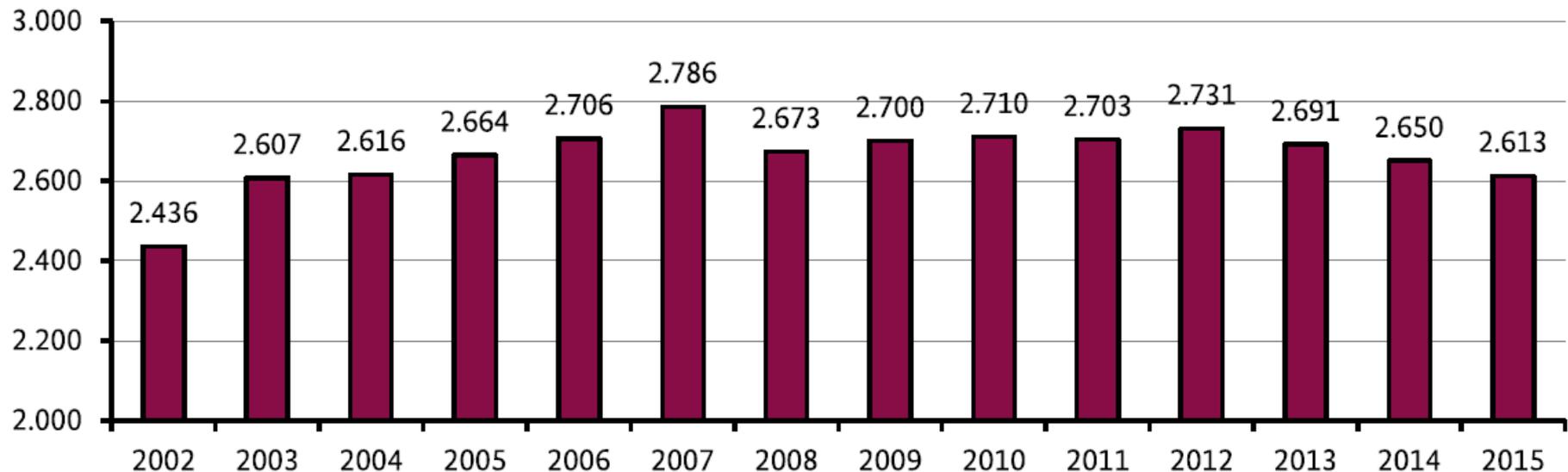
Abbildung 1:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland von 2002 bis 2015
(jeweils Stichtag 1. Juli)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

ÄrztInnen in der Substitutionsbehandlung¹

Abbildung 2:
Anzahl meldender, substituierender Ärzte von 2002 bis 2015



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Arzt-Patient-Ratio¹

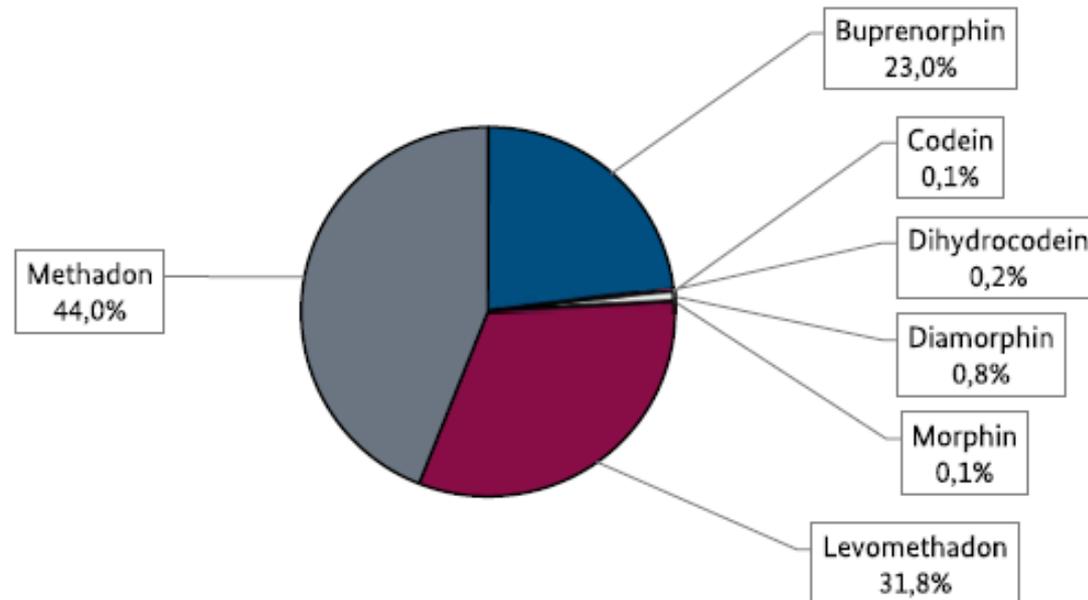
Abbildung 3:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt (Stichtag 01.07.2015)

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	29 %
4 – 50	50 %
51 – 100	15 %
über 100	6 %

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Verwendete Medikamente in der Substitutionsbehandlung¹

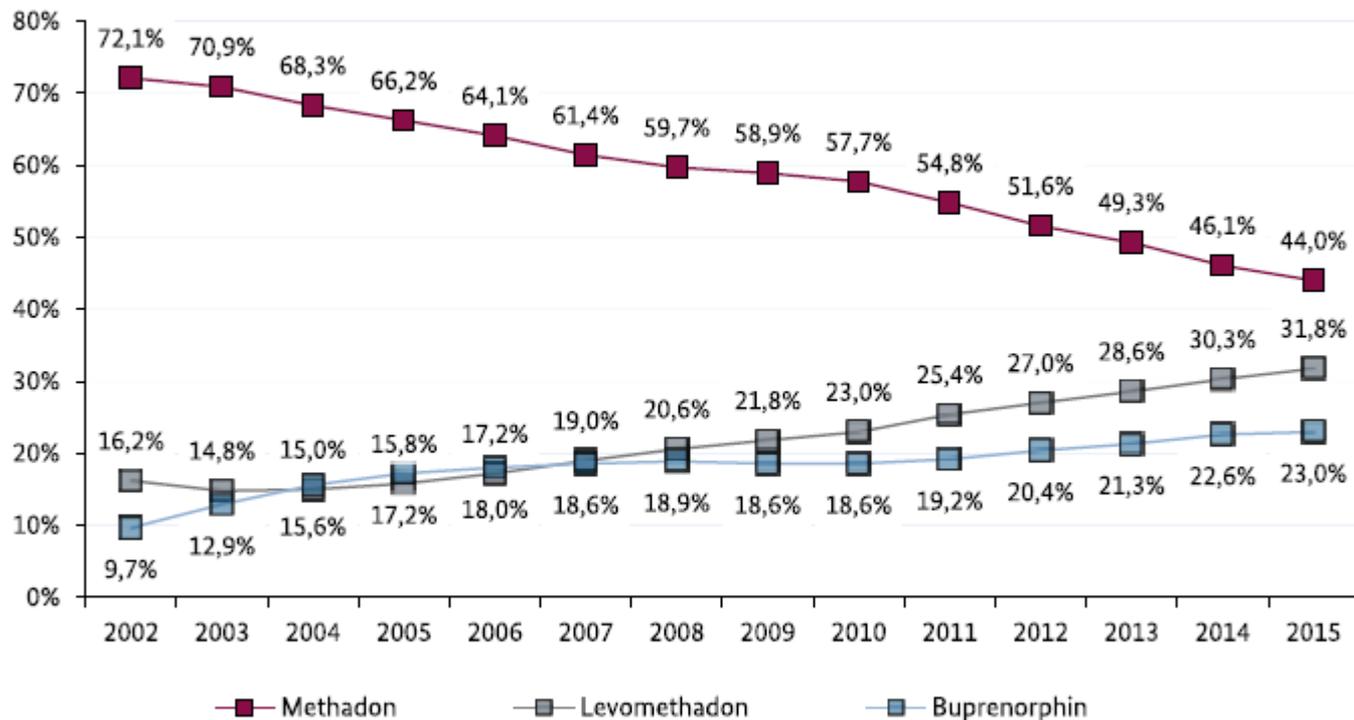
Abbildung 4:
Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel (Stichtag 1.07.2015)



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Entwicklung der Substanzen in der Substitutionsbehandlung¹

Abbildung 5:
Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel von 2002 bis 2015



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Arzt-Patient nach BL

Abbildung 6:
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten und substituierender Ärzte nach Bundesländern

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.07.2015	substituierende Ärzte in 2015
Baden-Württemberg	10.269	434
Bayern	7.789	295
Berlin	5.088	137
Brandenburg	97	15
Bremen	1.704	60
Hamburg	3.948	97
Hessen	7.505	224
Mecklenburg-Vorpommern	253	26
Niedersachsen	7.776	276
Nordrhein-Westfalen	25.075	740
Rheinland-Pfalz	2.171	78
Saarland	691	19
Sachsen	599	31
Sachsen-Anhalt	674	34
Schleswig-Holstein	3.198	120
Thüringen	373	27

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

3. PSB: was ist das und welche Ziele verfolgt sie?

PSB – Was ist mit dem ‚B‘ gemeint?

- Psychosoziale Betreuung
- Psychosoziale Begleitung
- Psychosoziale Beratung
- Psychosoziale Unterstützung

PSB – jeder will sie, aber....

- weder inhaltlich vorgegeben
- was sie ist
- was sie leistet,
- was sie bewirkt,
- wer sie durchführen soll oder
- welche Qualitätskriterien zu erfüllen sind,
- Welchen Stellenwert i.V. zu psychiatrischen u. psychotherapeutischen Behandlungen
- wer die Finanzierung der PSB sichert?
- Die Diffusität und Unklarheit hat Methode...

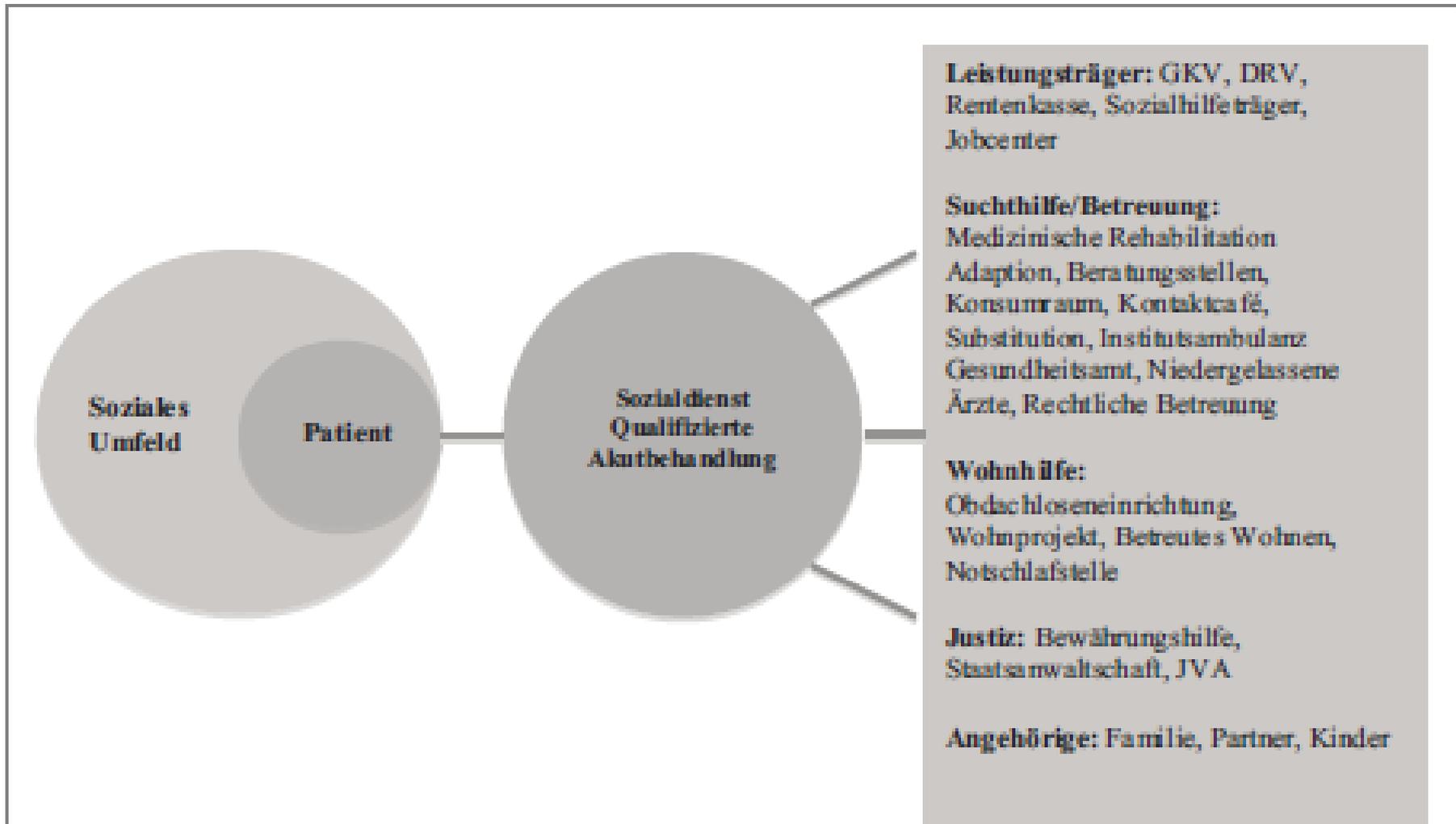
PSB – Fragestellungen

- Wie definiert sich die – psychosoziale Behandlung Substituierter?
- – Welche Zielsetzung und Inhalte hat die psychosoziale Behandlung?
- – Wie realisiert sich die psychosoziale Betreuungs- und Behandlungspraxis?
- – Welche Konfliktlinien sind durch die bestehende Praxis identifizierbar?
- – Welche Entwicklungsbedarfe und Handlungsaufgaben lassen sich für die Politik, Praxis und Forschung erkennen?

Typologie der PSB (Deimel 2012)

Bereich	Inhalt
Arbeit/Qualifizierung	Integration in den Beruf; Vorbereitung auf Arbeit, Schule und Ausbildung; Arbeitssuche; Hilfe bei Arbeitslosigkeit; Hilfe bei Arbeitsproblemen; Vermittlung in Arbeitsintegrationsmaßnahmen; Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Situation
Finanzen	Geldverwaltung; Schuldnerberatung; Hilfe bei Mietschulden; Schwierigkeiten im Umgang mit Finanzen; Sicherung des Lebensunterhalts
Justiz	Beratung und Unterstützung in Justizangelegenheiten; Hilfe bei juristischem Druck & gerichtlichen Auflagen; Verhinderung von Beschaffungskriminalität; Vermeidung von Prostitution
Beziehungen	Unterstützung bei Beziehungsstress; Probleme im Umgang mit Kindern oder Familienangehörigen; Fehlende Kontakte jenseits der Szene; Familienberatung; Entwicklung von Beziehungsfähigkeit
Sucht/Krankheit/ Gesundheit	Gesundheitliche Aufklärung; Beratung und Unterstützung in Suchtfragen; Hilfe bei der körperlichen und psychischen Stabilisierung; Hilfe bei dem Einstellen des Beikonsums; Vermittlung in Entgiftung und Therapie; Depressionen und andere psychische Probleme; Selbstzweifel und Unsicherheit; Ängste; Probleme im Umgang mit der eigenen Gesundheit; Entwicklung von Coping-Strategien; Vermeidung von Prostitution; AIDS- und Hepatitisprophylaxe; Auseinandersetzung mit der Suchtdynamik und den Ursachen des problematischen Drogenkonsums
Wohnen	Wohnungssuche; Sicherung des eigenen Wohnraums; Hilfe bei Obdachlosigkeit; Hilfe bei Mietschulden
Freizeit	Aufbau einer Tagesstruktur; Freizeitgestaltung
Soziale Kompetenzen & Unterstützung	Beratung und Unterstützung in sozialen Angelegenheiten; Hilfe beim Umgang mit Behörden; Vermittlung im Beziehungsgefüge Arzt / Patient; Entwicklung sozialer Kompetenz

Gängige Netzwerkpartnerin der PSB (Drees et al. 2014)



Psychosoziale Beratung ... (n. Gahleitner¹)

„...Prozess dialogischer Problemlösung zwischen einer/einem theoretisch und methodisch im Handlungsfeld geschulten Professionellen und einem oder mehreren Menschen in inneren und äußeren Problemsituationen“

Ziel der Psychosozialen Beratung (n. Gahleitner¹)

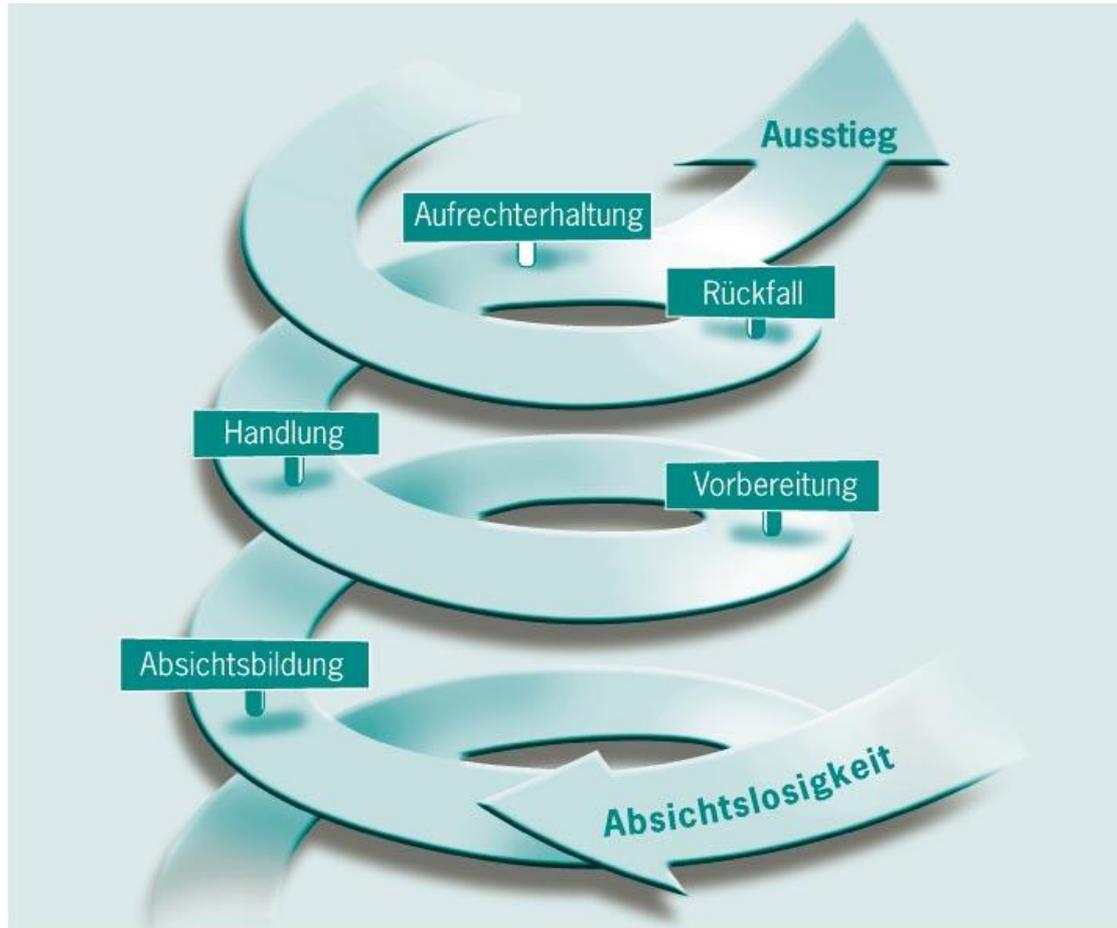
„Ziel ist die Verbesserung der Lebensbewältigung und –gestaltung, der Persönlichkeitsentfaltung, der psychosozialen Gesundheit und der Orientierung in der (Lebens-)Welt und dem (Lebens-)Umfeld.“

Motivationsarbeit =>

Stufen der Veränderungen nach Prochaska/DiClemente

- **Absichtslosigkeit** → Keine Absicht, das Verhalten zu verändern
- **Absichtsbildung** → Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen und Entschluss, Verhalten zu verändern
- **Vorbereitung / Zielsetzung** → Entscheidung zur Veränderung ist getroffen, Vorkehrungen werden gemacht und erste Versuche einer Veränderung vollzogen
- **Handlung** → konkrete Verhaltensänderung, frühere Verhaltensweisen treten in den Hintergrund
- **Aufrechterhaltung** → das neue Verhalten wird zunehmend verfestigt und zur Gewohnheit

Stadien der Veränderungsbereitschaft (nach Prochaska/DiClemente)



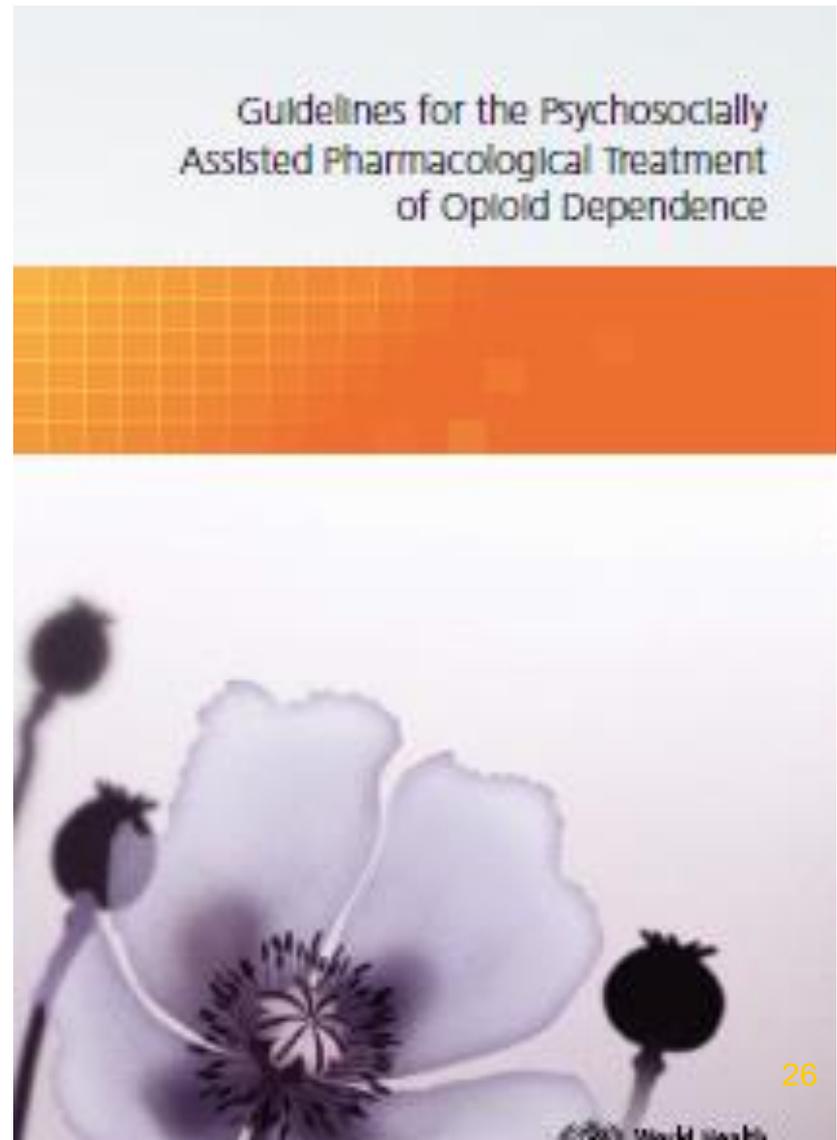
PSB – grundsätzlich orientiert an:

- Ressourcen und Fähigkeiten der KlientInnen,
- Erarbeitung eines gemeinsamen Hilfeplans zwischen KlientIn, Arzt/Ärztin und psychosozialem/r BetreuerIn;
- Reduzierung des persönlichen Leids
- Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Regulierung der materiellen Lebenssituation;
- sozialer und beruflicher Integration;
- Reduzierung substanzbezogener Probleme
- **Freiwilligkeit und Konsens – WHO Leitlinien =>**

WHO – Empfehlungen:

PSYCHOSOCIAL TREATMENT

Psychosocial interventions – including cognitive and behavioural approaches and contingency management techniques – can add to the effectiveness of treatment, if combined with agonist maintenance treatment and medications for assisting opioid withdrawal. Psychosocial services should be made available to all patients, although those who do not take up the offer should not be denied effective pharmacological treatment.



ETHICAL PRINCIPLES OF CARE

When treating people with opioid dependence, ethical principles should be considered, together with evidence from clinical trials; the human rights of opioid-dependent individuals should always be respected. Treatment decisions should be based on standard principles of medical-care ethics – providing equitable access to treatment and psychosocial support that best meets the needs of the individual patient. Treatment should respect and validate the autonomy of the individual, with patients being fully informed about the risks and benefits of treatment choices. Furthermore, programmes should create supportive environments and relationships to facilitate treatment, provide coordinated treatment of comorbid mental and physical disorders, and address relevant psychosocial factors.



5 Punkte Beratungsparadigma (Schmid u.a. 2015)

- Was sind die 5 Wichtigsten Punkte? =>
- Humanistische Grundhaltung
- Recht auf Selbstbestimmung
- Anerkennung des Akzeptanzparadigmas
- Restriktion als Ultima Ratio
- Regelmäßiger persönlicher Kontakt zur Vertrauensperson

PSB - Problembereiche

- Begrenzte wissenschaftliche Evidenz: v.a. Studien zur Wirksamkeit, Angemessenheit und Zeitpunkt
- Entkopplung in RL d. BÄK bereits vorgenommen
- Sozialgesetzgebung und Föderalismus der Bundesländer
- Trägerpluralität und differierende Organisation
- Differenzierte Sichtweisen durch unterschiedliche Fachverbände – keine Standards
- Versorgungsdiskrepanz zwischen urbanem und ländlichem Raum
- Versorgungsdiskrepanz Freiheit – Haft

4. Problembereiche

1. Problembereiche

- Netzwerken und Ressentiments =>4 Gruppen
- Ältere Patienten
- PSB
- Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen
- Naloxon-Vergabe
- Substitution in Haft
- Hepatitis C: dringender Behandlungsbedarf

4.1. Ältere Substitutionspatienten

Ältere Substitutionspatienten¹

- Anzahl der Substituierten hat sich seit 2001 verdoppelt
- Die Zahl der substituierenden Ärzte ist gleichgeblieben
- Mehr als die Hälfte der Substituierten >40 J.
- Hohe Komorbidität u. soziale Belastungen
- Altersbeschwerden und –erkrankungen treten unter Drogenabhängigen früher auf als in der Allgemeinbevölkerung (Kämper, 2009; Anderson & Levy, 2003)
- Spezielle Altenheime oder integrierte Angebote?

Ältere Substitutionspatienten¹

- Gesicherte Substitution und psychosoziale Hilfen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen
- Rechtliche Rahmenbedingungen für eine Substitutionsvergabe durch ambulante Pflegedienste
- Psychiatrische Fachkenntnisse der professionellen Helfer
 - Achtsamkeit gegenüber affektiven Veränderungen
 - Ansprache v.a. der männlichen Patienten
- Psychoedukation in Einzel- oder Gruppenangeboten:
 - z.B. in der Gesundheitsfürsorge zur Verbesserung der Compliance und Reduktion von Ängsten
 - Ernährungsfragen, Verbesserung bzw. Stärkung der körperlichen Fitness
- Gemeinschaftliche Koch- und/oder Sport-/Bewegungsangebote

Ältere Substitutionspatienten¹

- Arbeit oder Beschäftigungsangebote
- Notwendigkeit von Pflegeangeboten steigt
- Betreute Wohnformen mit Pflegeangeboten → Ausweitung bestehender Angebote
 - ambulante, suchtspezifisch geschulte Hilfe- und Pflegedienste im eigenen Wohnraum
 - Betreute Wohngemeinschaften
 - Kooperationsprojekte mit bestehenden Altenheimen
- Enge Kooperation Substitution, Pflegedienste, Drogen- und Altenhilfe – Abbau von Vorbehalten, gegenseitige Fortbildung

Bisheriger Stand der Forschung¹ – Argumente für eine Einführung KISS

- die bessere Erreichbarkeit von Menschen mit Suchtproblematik
- die substanzbezogene Änderungsbereitschaft vieler Konsumenten bei gleichzeitiger (momentaner) Ablehnung der Abstinenz
- das bioethische Prinzip des Rechts auf Wahlfreiheit
- **die erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Veränderung, wenn das Ziel der Veränderung selbst gewählt ist**
- die Förderung des Behandlungsprozesses (Förderung der „compliance“, d.h. der Mitwirkungsbereitschaft)
- die empirisch nachgewiesene Möglichkeit, dass zumindest ein Teil der Drogenabhängigen zu einem kontrollierten Konsum in der Lage ist

Naloxon-Vergabe¹

- Adäquate Vergabe durch Laien nach Training
- Sichere Anwendung
- Empowerment
- Peer education
- Kein höheres Risikokonsumverhalten
- Unverändert: Absetzen des Notrufs
- V.a. für take-home-Patienten?

¹Busch, M., A. Grabenhofer-Eggerth, et al. (2013). Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries. Vienna.; Anex (2012). Australian Drug Policy: Livesafers. access to naloxone to reduce opioid overdose-related deaths and morbidity. Melbourne Australia.

4.2. PSB: was ist das und welche Ziele verfolgt sie?

„Druck-Studie“ des RKI: Haft¹ n=2,077

81% [79.1-82.5] waren bereits inhaftiert*

mittlere Haftdauer: 5 Jahre, Median 3,5 J; (1M – 30 J)

im Mittel 5,6x inhaftiert

30% [27.3-31.7] der jemals Inhaftierten haben in Haft Drogen injiziert

11% [8.2-13.8] der je Inhaftierten mit IVD haben in Haft ihren iv-Konsum begonnen

* Alle Haftarten

Substitution in Haft

- Im Maßregelvollzug nach §64 Strafgesetzbuch sind mittlerweile über 50 Prozent der Insassen drogenabhängig, trotzdem findet eine Substitutionsbehandlung noch seltener als im Normalvollzug statt¹
- Nur 10% Abdeckung i.G. zu 50% in Freiheit

¹ Wittmann, 2012; Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug - Dokumentation der Tagung am 28.1.2011 in der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll

- Anstaltsarzt
- der JVA

Substitution in Haft

• ANTRAG

- Hiermit stelle ich den Antrag , eine Substitution mit Methadon/Polamidon/Buprenorphin zu erhalten.
- Begründung :
 1. Ich bin abhängig von Heroin. Ich kann den jetzigen Suchtdruck nicht ertragen,
 - habe schwere körperliche Schmerzen , starke Unruhe und nervlichen Leidensdruck.
 2. Ich habe eine aktive Hepatitis C. Dadurch verstärken sich alle Beschwerden,
 - weiter fühle ich mich depressiv durch die Hepatitis.
 3. Ich bin seelisch sehr angespannt. Früher wurde schon eine Nervenkrankheit festgestellt.
 - Um meine Nervenkrankheit in den Griff zu bekommen, ist dringend eine Substitution erforderlich.
- Um meine seelische Gesundheit zu verbessern, möchte ich auch einem Psychiater vorgestellt werden.
- Ich bitte Sie, sofort mit einer Substitution zu beginnen, spätestens jedoch innerhalb von 3 –drei- Wochen .
- Weiter bitte ich Sie auf jeden Fall um eine Antwort.

Substitution in Haft - EUG-MR: Wenner gegen Deutschland – 1.9.2016

- Verletzung von Art. 3 EMRK
- darauf beschränkt, zu sagen, dass man diese Frage nicht genügend aufgeklärt hat und schon darin eine unmenschliche Behandlung liegt.
- Rechtspolitisch ist die Entscheidung ein Riesenerfolg.
- Man muss allerdings befürchten, dass Deutschland/Bayern die Große Kammer des EGMR anrufen wird.



An das Bundesministerium für Gesundheit

An das Bundesministerium der Justiz

Betr.: Substitution in Haft

Sehr geehrte Frau Leutheusser-Schnarrenberger, sehr geehrter Herr Bahr,

die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin setzt sich nachhaltig für eine flächendeckende und ausreichende Substitution in Haft für suchtkranke Strafgefangene ein. Seit dem 1.1.2011 soll die Dubliner Erklärung auch in Deutschland umgesetzt sein: gleiche medizinische Behandlung innerhalb und außerhalb der Mauern.

Das bedeutet: Substitution, Behandlung von HIV und Hepatitis C und Behandlung der psychischen Komorbidität.

Die Realität ist davon weit entfernt. Jeder Anstaltsarzt kann selber entscheiden, ob er substituiert.

Aber wir wissen, dass 40% aller Inhaftierten suchtkrank sind und durch risikoreichen Gebrauch von Drogen in der JVA mehrfach stärker gefährdet sind, HIV, Hepatitis C oder sexual übertragbare Erkrankungen zu bekommen.

Auf dem Deutsch-Österreichischen AIDS Kongress in Hannover (DÖAK) vom 15.-18.6.2011 haben sich 90 Anwesende unserem Appell angeschlossen: Aids-Hilfen, pharmazeutische Firmen und Ärzte, die HIV und /oder Hepatitis C behandeln.

Dies ist uns Anlass, Sie als Minister/in anzuschreiben und Sie zu bitten: tragen Sie dafür Sorge,

eine Substitution in Haft flächendeckend umzusetzen durch Thematisierung in den Minister Konferenzen der Justiz und Gesundheit.

Wir sind gerne bereit, Ansprechpartner vor Ort zu sein und auch im Einzelfall bei der Verwirklichung behilflich zu sein.

Auf jeden Fall bitten wir Sie, unseren Appell an die Verantwortlichen in den Haftanstalten zu unterstützen

und zu fördern durch Ihre politische Willensbekundigung.

Mit freundlichen Grüßen

Markus Backmund, 1. Vorsitzender der DGS

Sabine Mauruschat, Vorstandsmitglied der DGS

PS.: Anlage Kopie der Unterschriften



Bundesministerium
der Justiz

EINGEGANGEN

28. Okt. 2011

POSTANSCHRIFT Bundesministerium der Justiz, 11015 Berlin

Vorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin
Herrn Markus Backmund
c/o Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
Universitätsklinikum Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

HAUSANSCHRIFT Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11015 Berlin

BEARBEITET VON Frau Tolzmann
REFERAT II B 2
TEL (030) 18 580-9222
FAX (030) 18 580-9525
E-MAIL tolzmann-gu@bmi.bund.de
AKTENZEICHEN II B 2 - 4558 - 24 639/2011
DATUM Berlin, 25. Oktober 2011

BETRIEF Substitution in Haft
BEZUG Ihr Schreiben (ohne Datum), hier eingegangen am 4. Oktober 2011
an Frau Bundesministerin der Justiz Leutheusser-Schnarrenberger

Sehr geehrter Herr Backmund,

für Ihr Schreiben an Frau Bundesministerin Leutheusser-Schnarrenberger, mit dem Sie den von 90 Teilnehmenden an dem deutsch-österreichischen AIDS-Kongress in Hannover unterschriebenen Appell zur flächendeckenden Substitution in Haft übersandt haben, darf ich mich auch im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit bedanken.

Die Bedeutung des Themas ist in beiden Ressorts bekannt und präsent. Auch die Deutsche AIDS-Hilfe trägt mit ihren Fachtagungen dazu bei, dass ein ständiger Erfahrungsaustausch unter Einbeziehung ausländischer Experten und Expertinnen zu diesem Thema stattfindet.

Ich kann Ihnen versichern, dass den für Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug zuständigen Landesjustizverwaltungen, an die ich Ihr Schreiben weitergeleitet habe, das Problem der Drogenprävention und -behandlung ein wichtiges Anliegen ist. So wird beispielsweise die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bei der nächsten Sitzung des Strafvollzugsausschusses der Länder im Frühjahr 2012 mit den Ländervertretern über drogenrelevante As-

SEITE 2 VON 2

pekte vor, in und nach der Haft sprechen. Ein weiteres Beispiel ist die diamorphingestützte Substitution, die neuerdings im Justizvollzug des Landes Baden-Württemberg stattfindet.

Für das Angebot der Unterstützung vor Ort möchte ich mich abschließend bedanken. Ich gehe davon aus, dass die Landesjustizverwaltungen hiervon gerne Gebrauch machen.

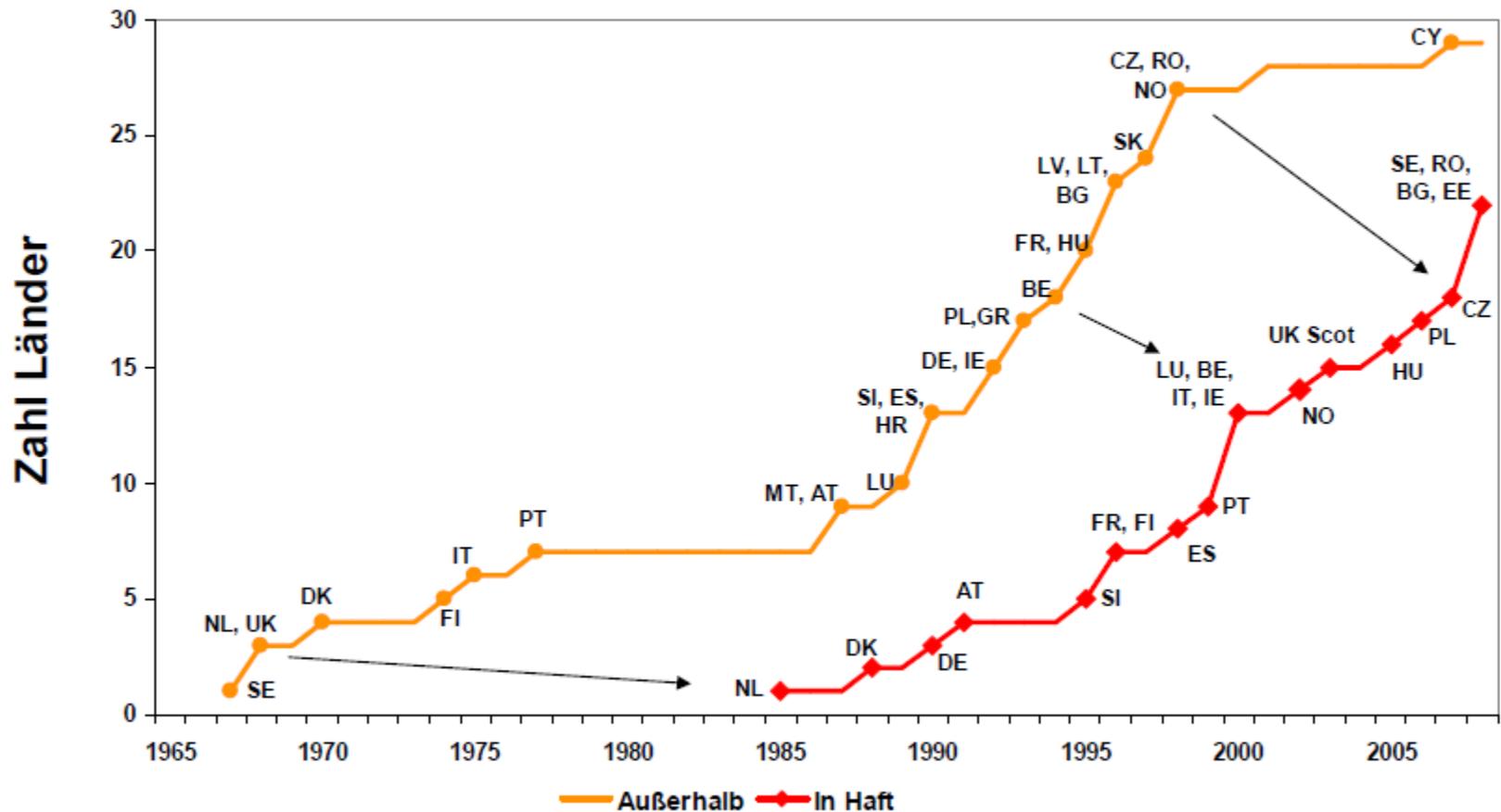
Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Tolzmann

Beglaubigt

Müller
Tarifbeschäftigte



Möglichkeit der Substitutionsbehandlung außerhalb und in Haft



Umsetzung der Behandlungsempfehlungen in NRW (15.01.2010)

- Ausweitung der Substitutionstherapie
 - 31.10.2010: 596 Substituierte / Quote 15 %
 - 31.10.2011: 1209 Substituierte / Quote 26 %
 - 30.04.2012: 1309 Substituierte / Quote 27 %
 - 31.10.2012:

Weitere Problembereiche 1/2

- Äußerst geringe ambulante **psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung**: Die Situation bleibt „beunruhigend defizitär“ (Soyka, 2006).
- **Diamorphinvergabe**: Nur für 0,8% der Patienten (2015)
- **Teilhabe am Arbeitsleben: Mangel an gezielter Förderung PREMOS**: Rückgang d Arbeitslosen sinkt über sechs Jahre Behandlung von 51,6 auf 42%
- **Abstinenzverpflichtung unrealistisch und kontraproduktiv**
- **Rechtliche Rahmenbedingungen zu einengend und abschreckend**

Weitere Problembereiche 2/2

- Substitutionsärztemangel beheben, aber wie?
- Substitution in ländlichen Bereichen
- Arzt-Patient-Beziehung aus Patientensicht (Schäffer 2012):
 - 33 % schätzen Praxisatmosphäre als unfreundlich oder gleichgültig ein.
 - Datenschutz genießt keinen hohen Stellenwert (25%)
 - **Umgang wenig motivierend, empathisch und selbstwertsteigernd**
 - **Wunsch nach wirklicher „Behandlung“ von Erkrankung wird nicht erfüllt.**
 - **Test-Angebote mangelhaft**

Substitution und Kindeswohl

Substitution und Kindeswohl:

Empfehlungen der Bundesärztekammer 2012

1. Erhebung der Lebensumstände des Patienten zu Beginn der Substitution
2. Patientenaufklärung
3. Einleitung einer Take-home-Verordnung
4. Instabile Phasen des Patienten
5. Einbezug der betreuenden psychosozialen Beratungsstelle
6. Zusammenarbeit mit den beliefenden Apotheken
7. Regelungen zur Schweigepflichtentbindung

Dtsch Arztebl 2012; 109(47): A-2379 / B-1939 / C-1899

5. Bedarfe: Was erwarten eigentlich die PatientInnen von der OST?

„Wortmeldung Substituierter“



- Die Broschüre ist vergriffen, aber als pdf verfügbar:
- http://www.paritaet-bw.de/paritaet-bw/bw-net/content/e153/e175/e297/e32433/Bro_Substitution_Web.pdf

Befragung von SubstitutionspatientInnen in BW - Februar bis April 2014

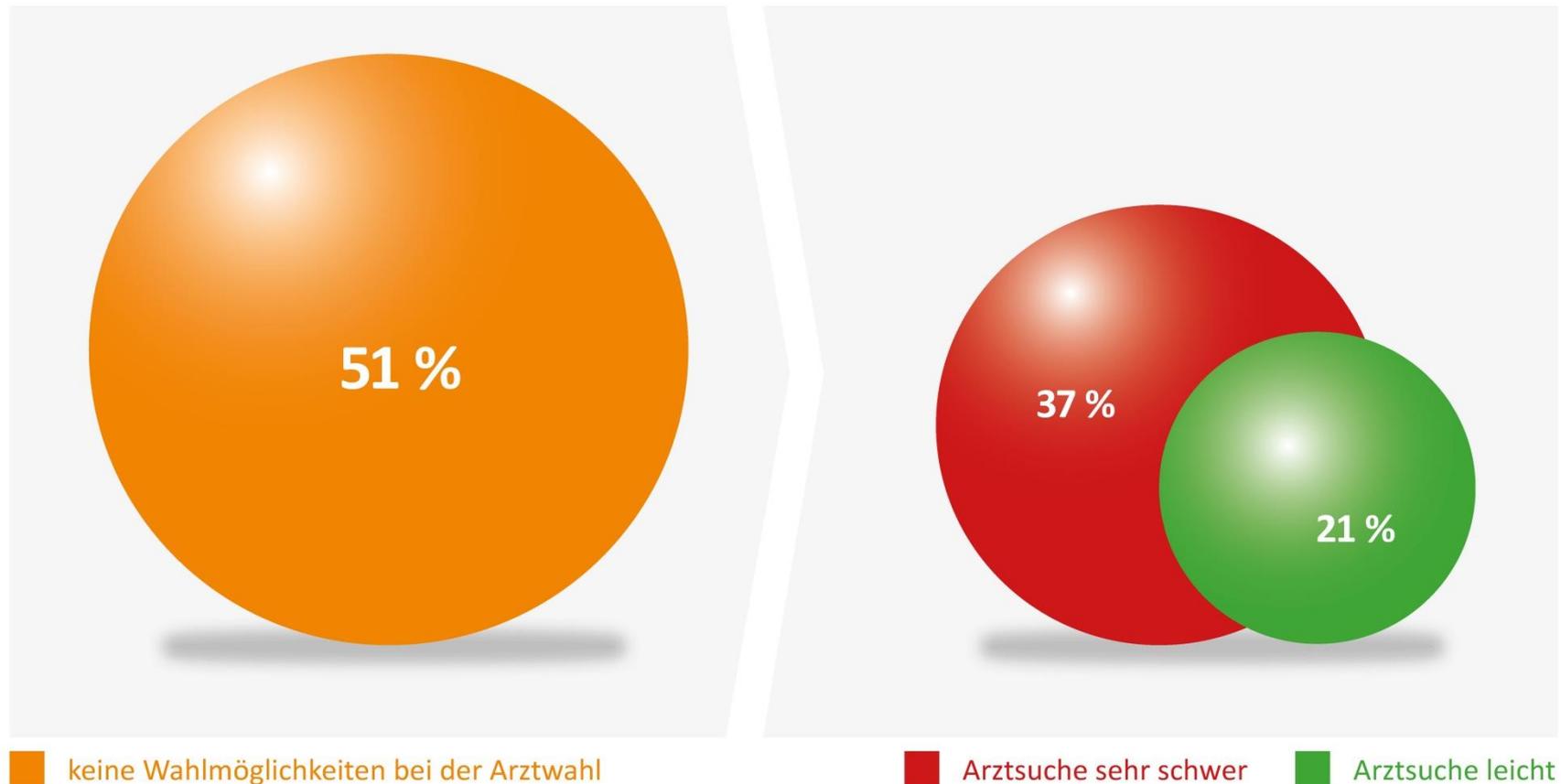
Befragungsdesign

- Landesweite Befragung substituierter Patientinnen und Patienten
- Fragen zu Erfahrungen und Einschätzungen von betroffenen Patientinnen und Patienten
- Landesvereinigung der Eltern- und Angehörigenkreise Drogenabhängiger und Drogengefährdeter sowie der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg
- Zeitraum: Februar bis April 2014
- 1.458 auswertbare Fragebögen (15,04%)
- Durchschnittsalter 40,2 Jahre
- Nur 11% der Teilnehmenden jünger als 30 Jahre
- durchschnittlich 9,1 Jahre in Substitutionsbehandlung

Ergebnisse der Befragung

1. Freie Arztwahl?

Kaum Wahlmöglichkeiten und wenn, dann ist es schwer, einen Arzt zu finden

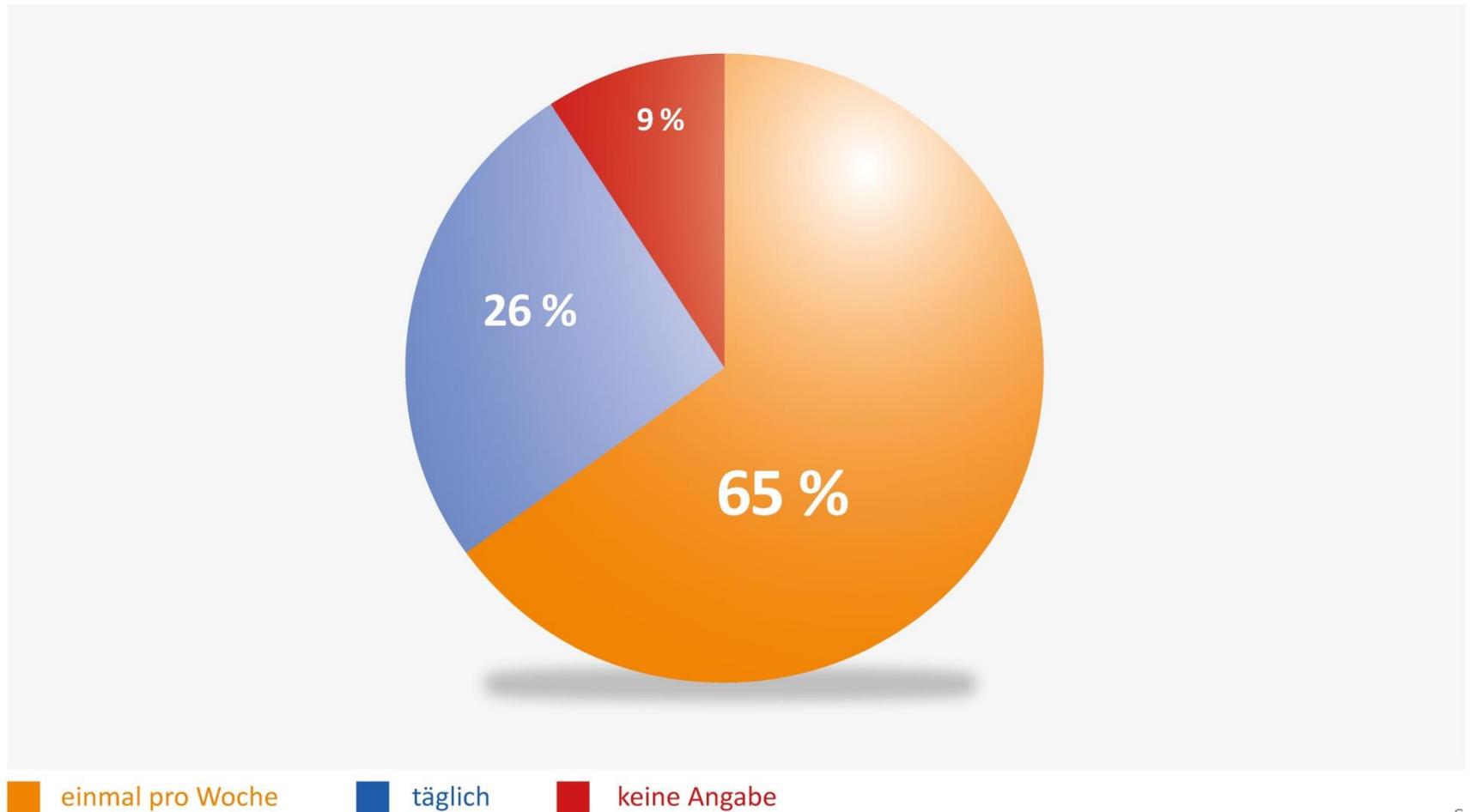


39 % der Substituierten waren bereits in drei oder mehr Praxen in Behandlung

Ergebnisse der Befragung

2. Anfahrt zur ärztlichen Substitutionsbehandlung

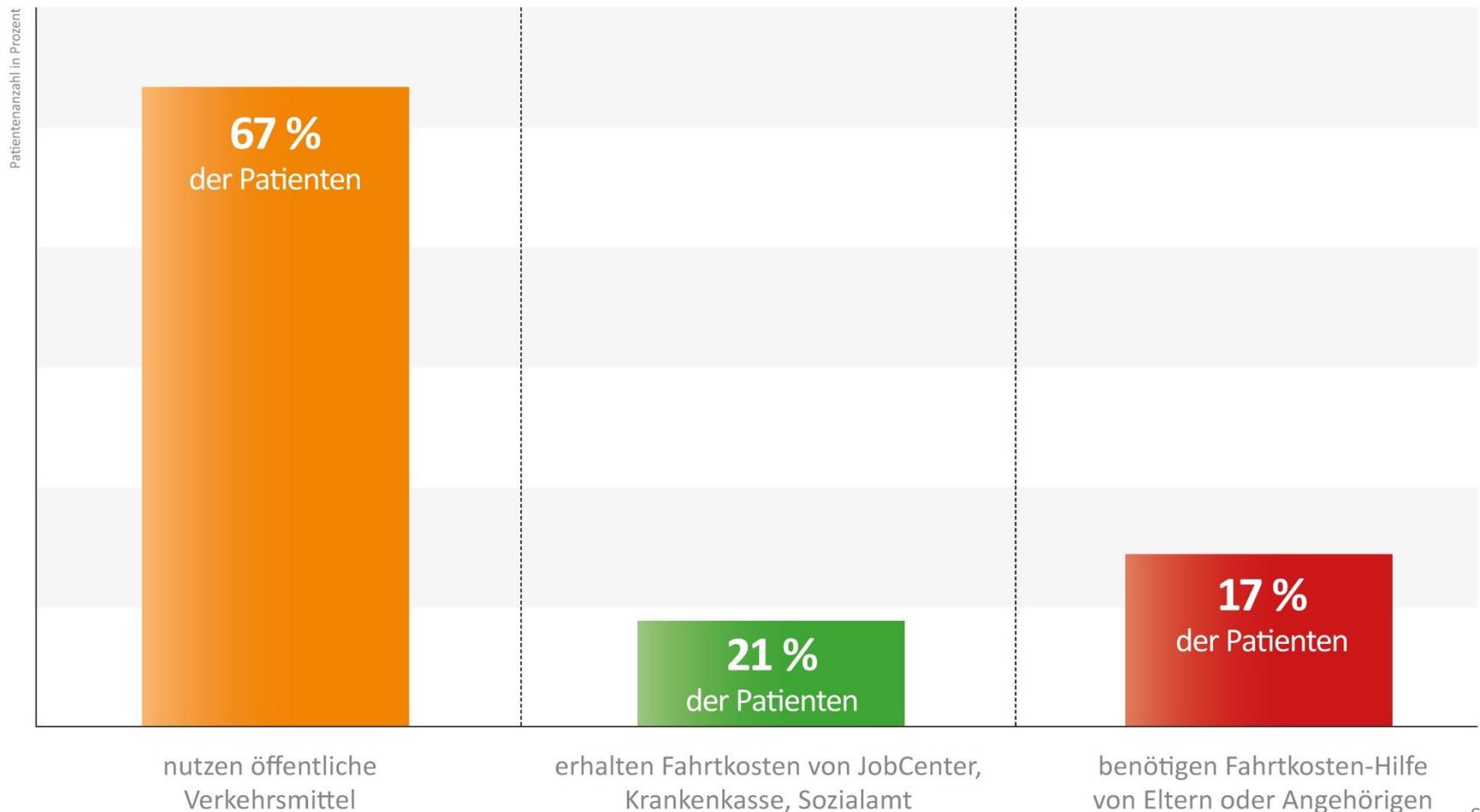
Die meisten Patienten fahren einmal pro Woche in die Praxis



Ergebnisse der Befragung

2.a. Anfahrt zur ärztlichen Substitutionsbehandlung

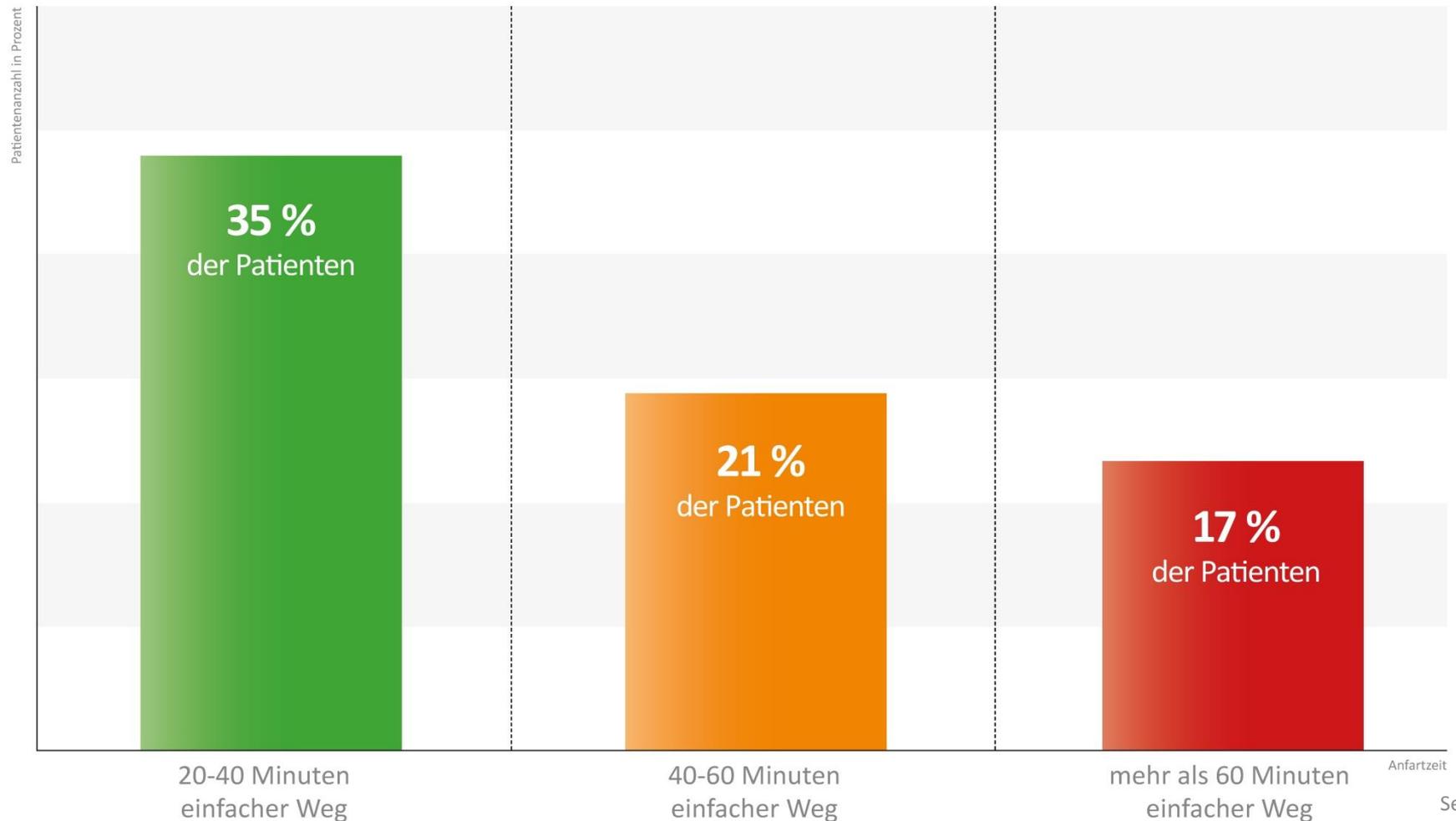
Nur wenige erhalten Fahrtkostenerstattung



Ergebnisse der Befragung

2.b. Dauer der Anfahrzeiten

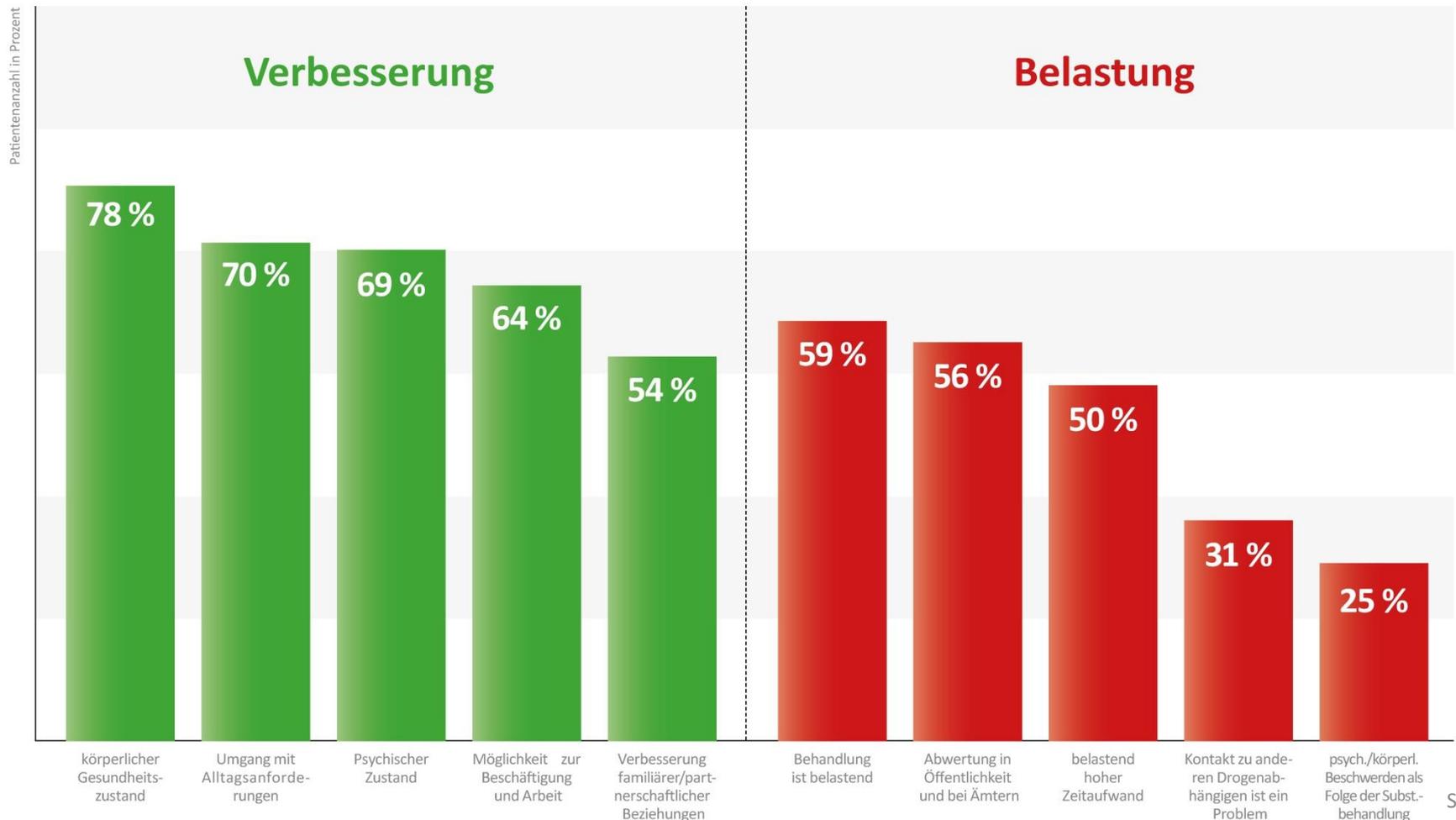
Über 2 Stunden Fahrtzeiten (für Hin- und Rückfahrt) zur Vergabe sind keine Seltenheit



Ergebnisse der Befragung

3. Auswirkungen der Substitutionsbehandlung auf die Lebensqualität

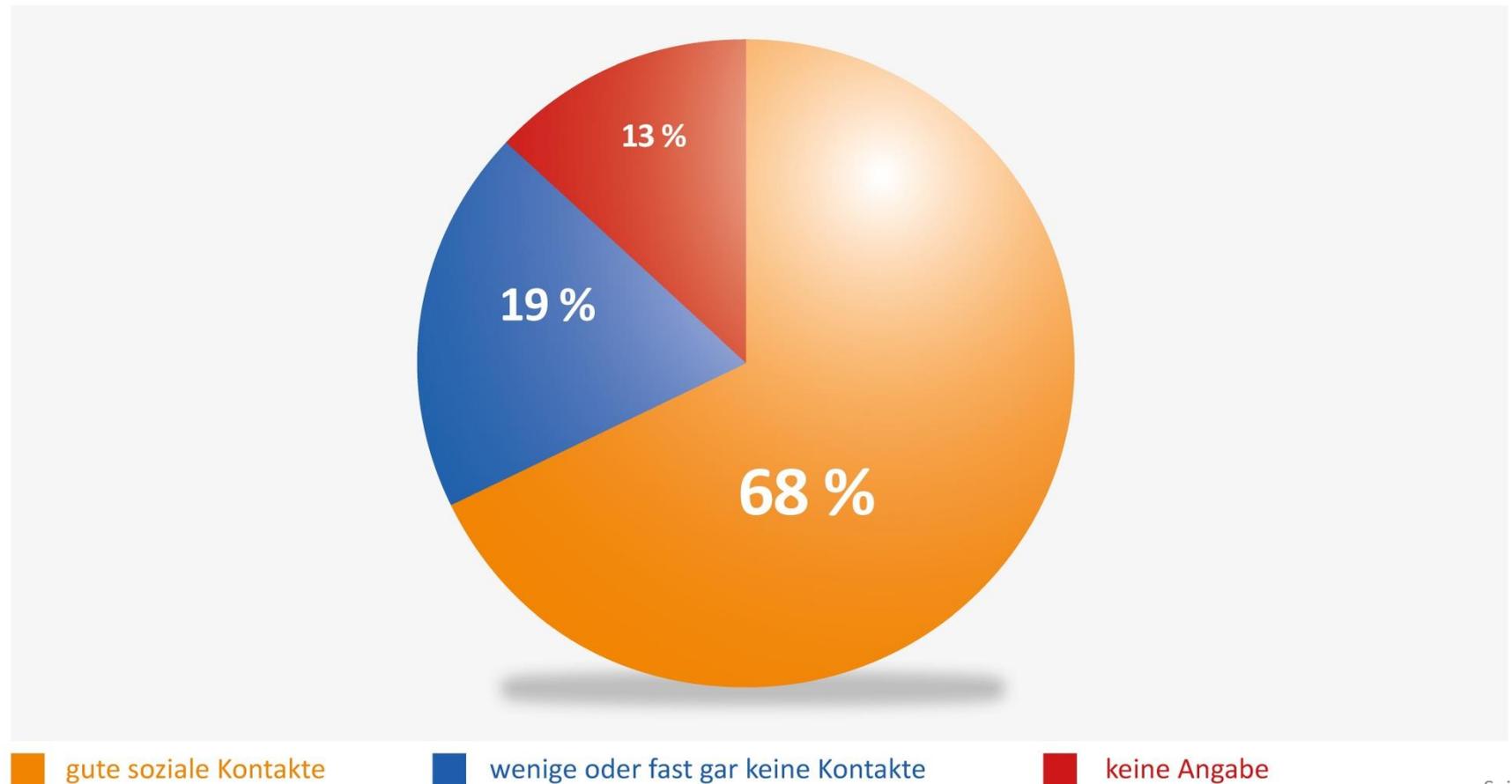
98 % erleben, dass die Substitutionsbehandlung ihre alltägliche Lebensqualität verbessert



Ergebnisse der Befragung

4. Soziale Kontakte jenseits der Drogenproblematik

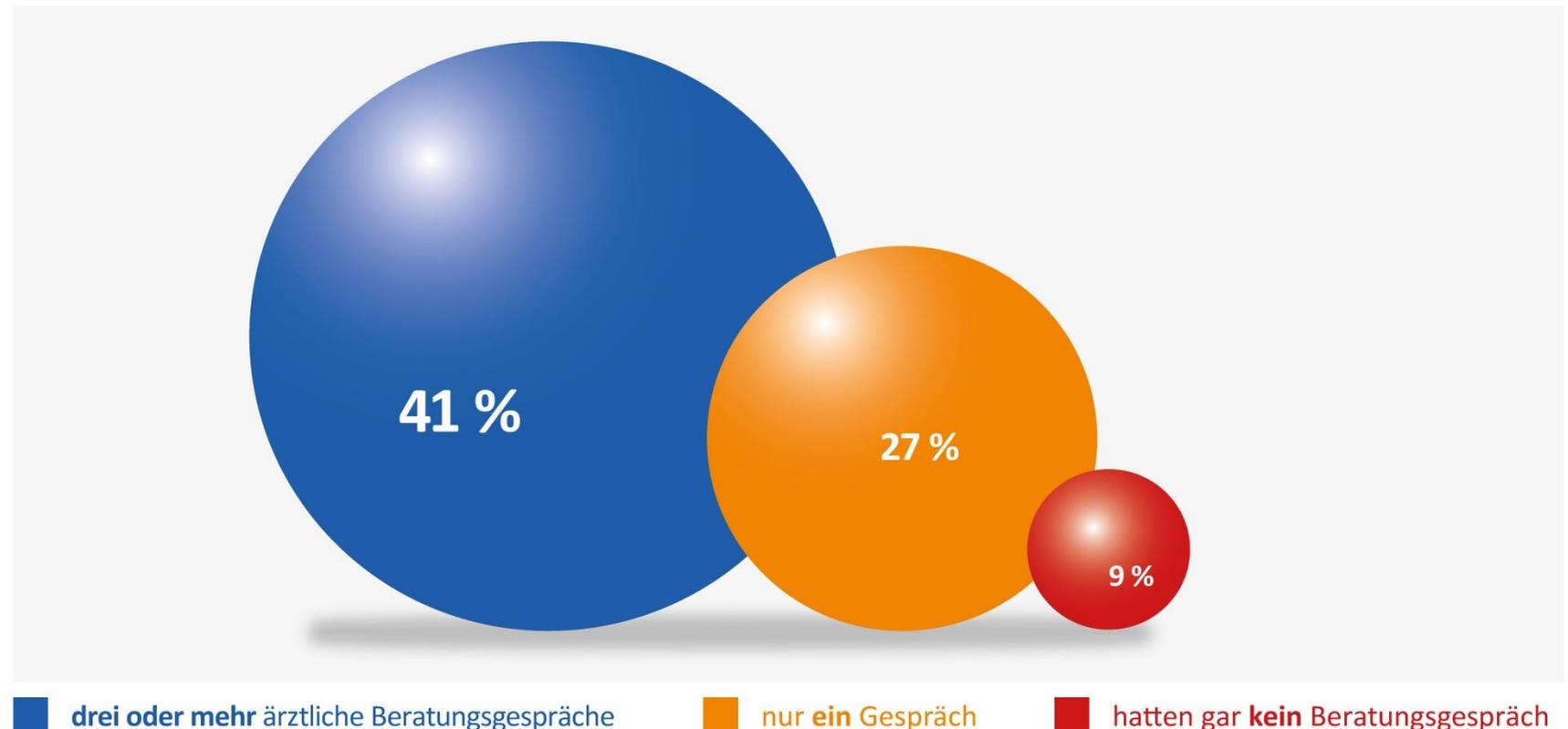
Die Substitution erweitert bei den meisten Befragten den Lebenshorizont über die Abhängigkeit und die Drogenszene hinaus



Ergebnisse der Befragung

5. Ärztliche Beratung

Ärztliche Beratungsgespräche finden im Quartal anscheinend eher selten statt, dabei empfinden die meisten Patienten die Beratung als unterstützend

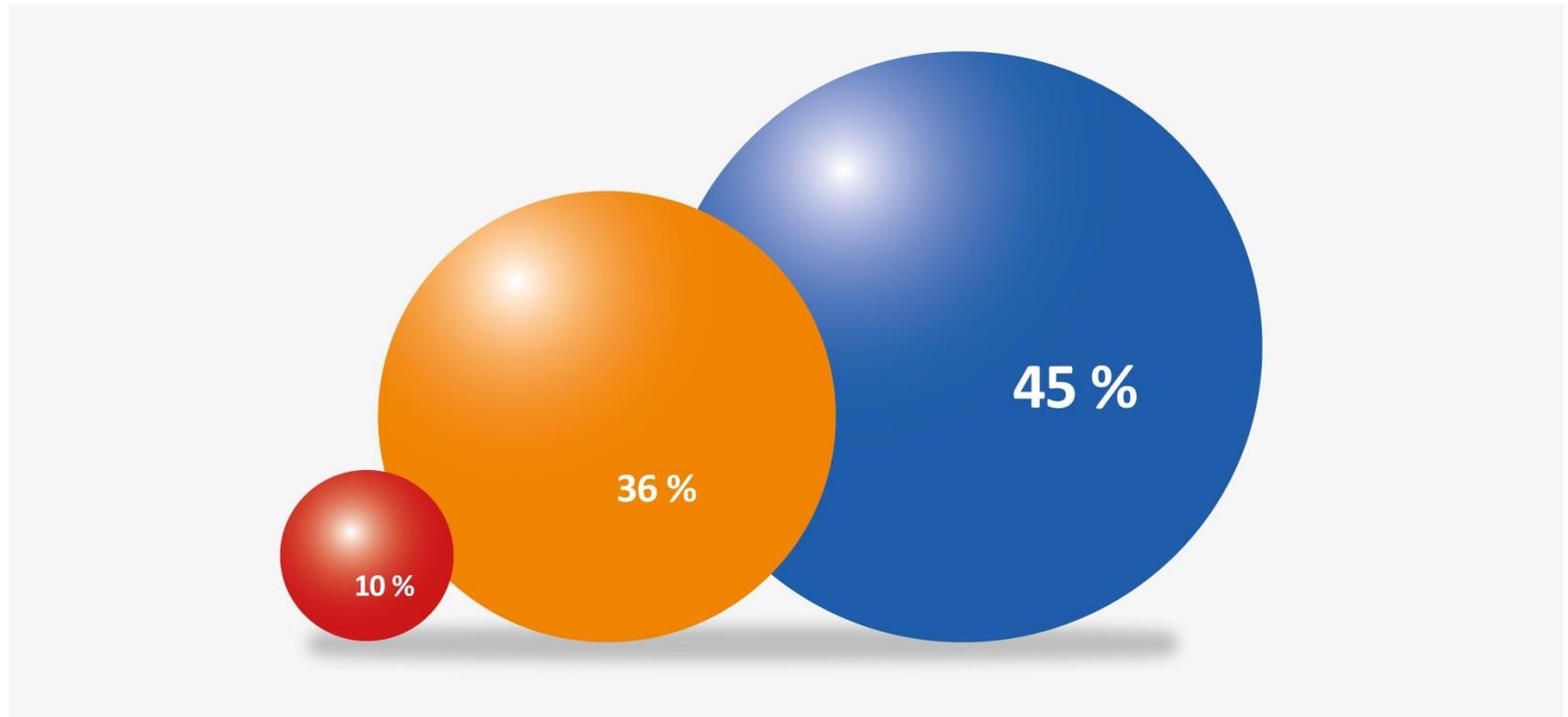


51 % der Befragten empfinden die Suchtberatung als gute Ermutigung und konkrete Unterstützung

Ergebnisse der Befragung

6. Psychosoziale Betreuung

Viele Patienten erkennen keinen Nutzen der PSB für sich



■ nutzen keine PSB ■ nutzen PSB als Pflicht ■ nutzen PSB ganz bewusst

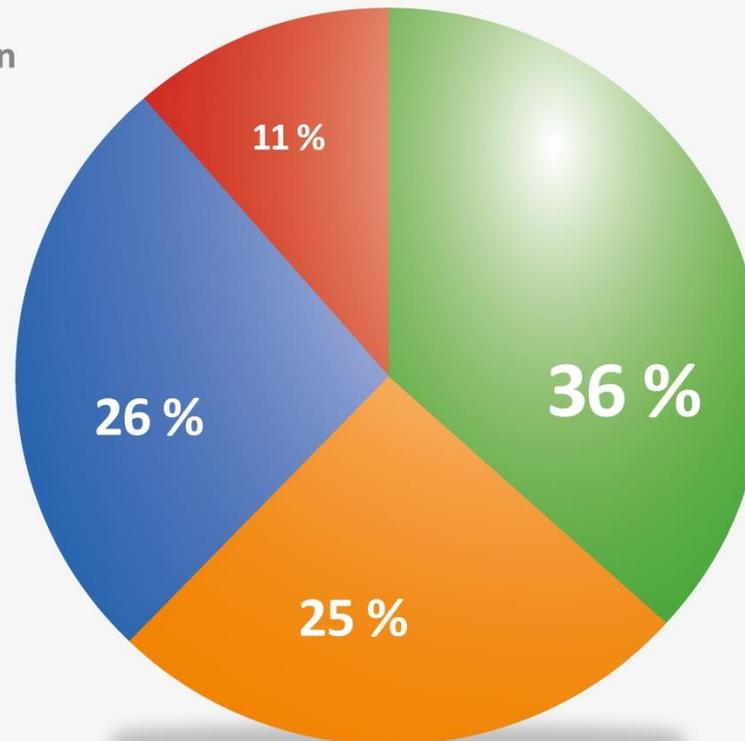
6 % der Befragten versuchen, ihre Probleme mit eigenen Kräften - ohne Unterstützung der Suchtberatung - zu bewältigen

Ergebnisse der Befragung

7. Lebensperspektive und Substitutionsdauer

Für eine wachsende Zahl von Substituierten und Behandlern steht nicht mehr die Abstinenz im Fokus, sondern die Erreichung **bestmöglicher Gesundheit und Lebensqualität**

Einschätzung der voraussichtlichen
Dauer der Behandlung:



■ machen sich keine Gedanken

■ 1-2 Jahre

■ mehr als 5 Jahre

■ auf Lebenszeit

Ergebnisse der Befragung

- **8. Verbesserungswünsche für die Substitutionsbehandlung (a. Substituierte)**
- **Gesundheit**
Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit **(61 %)**
- **Tagesablauf**
Befriedigenderen und mit mehr Anregungen gestützten Tagesablauf **(35 %)**
- **Arbeit**
Berufliche Ausbildung, Beschäftigung, fester Arbeitsplatz **(32 %)**
- **Soziale Situation**
Verbesserung der persönlichen und familiären Beziehungen **(28 %)**
- **Wohnung**
Verbesserung der Wohnsituation **(26 %)**

Ergebnisse der Befragung

- **8. Verbesserungswünsche für die Substitutionsbehandlung (b. Substitutionsärzte)**
- **Vergabe**
Bessere Berücksichtigung von Berufstätigkeit und familiären Verpflichtungen bei Substitutvergabe bzw. Rezeptausstellung **(58 %)**
- **Szene-Kontakt**
Weniger oft aus strukturellen Gründen zwangsläufig mit anderen Drogenabhängigen zusammenzukommen **(43 %)**
- **Mitsprache**
Verbesserungen bei der Frage einer patientenorientierten Mitwirkung bei Dosierung und Take-Home-Regelungen **(10 %)**
- **Wahlmöglichkeiten**
Höhere Anzahl an Substitutionspraxen, mehr mitwirkende Apotheken und somit mehr Wahlmöglichkeiten und bedarfsgerechtere Versorgung **(9 %)**

Ergebnisse der Befragung

- **8. Verbesserungswünsche für die Substitutionsbehandlung (c. Psychosoziale Betreuung)**
- **Arbeit**
Bessere Vermittlung in Ausbildung, Beschäftigung und Arbeit **(21 %)**
- **Hilfe**
Mehr Unterstützung bei Schulden und strafrechtlichen Problemen **(21 %)**
- **Beratung**
Mehr persönliche Beratung und individuelle Unterstützung **(18 %)**
- **Beziehung**
Mehr Unterstützung bei Beziehungsproblemen **(8 %)**

Fazit

- Die Wirklichkeit der Substitutionsbehandlung hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich verändert:
 - **vom ärztlichen Angebot zur Überlebenssicherung - hin zu einem Behandlungsangebot, das ein möglichst normales Leben ermöglichen soll**
- Es geht nicht mehr primär um die Orientierung auf den Ausstieg aus einem gesundheitsschädigenden Suchtmittelkonsum,
 - **sondern um die Ermöglichung einer bestmöglichen Gesundheit und einer größtmöglichen sozialen und beruflichen Teilhabe**
- Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen erlauben noch viel zu wenig
 - **eine patientengerechte differenzierte Behandlungsplanung und Entwicklungsförderung**

6. Forschungsstand zur Wirksamkeit von OST + PSB

PREMOS-Studienergebnisse¹

- Patienten „multimorbid chronisch krank“ und „stabile Abstinenz (Opioidfreiheit) im langfristigen Verlauf ein seltenes Phänomen (<4%) und mit bedeutsamen Risiken (Tod, Abbruch) assoziiert.
- Die langfristige Substitutionstherapie ist effektiv; die prioritären Substitutionsziele (z.B. Haltequote, Sicherung des Überlebens, Reduktion von Drogenkonsum, Stabilisierung (...), gesellschaftliche Teilhabe) werden insgesamt erreicht.“
- „eine signifikante und klinisch relevante Abnahme des kriminellen Verhaltens von opioid-abhängigen Patienten in der Langzeit-Erhaltungstherapie. Erhaltungstherapie senkt drogenassoziierte wie Beschaffungskriminalität.“
- Behandlungsquote ca. 50% aber: **„Empfohlene Dosierung bei einem Drittel der Patienten unterschritten“**

Forschungsergebnisse I – COBRA-Studie

- **Substitutionsbehandlung mit Methadon ist in der Routineversorgung ebenso effektiv wie in kontrollierten klinischen Studien**
 - **Niedrige Mortalität**
 - **11% werden abstinent oder schaffen den Wechsel in Abstinenztherapien**
 - **Über 60% Patienten werden in der Therapie gehalten**
 - **Deutliche Besserung des körperlichen Gesundheitszustand**
 - **Deutliche Reduktion des Drogenkonsums**
 - **Bei vergleichsweise geringen Kosten pro Patient/Jahr**
- **Probleme:**
 - **Unterversorgung der Hepatitis C Patienten**
 - **Mangelnde Beachtung des Risikoverhaltens (Infektionsübertragung)**
 - **Mangelnde Effektivität der Therapie bezüglich psychischer Störungen**
 - **global (ungeachtet mancher deutlich gebesserter Patienten) nur marginale Verbesserung der Lebensqualität**

Forschungsergebnisse II - ZIS

- Heroinstudie: Nutzer der PSB zeigen günstigere Behandlungsergebnisse als Nichtnutzer. Problem der heterogenen Patientenschaft: es gibt keine Hinweise darauf, welche Betreuungsformen und psychosoziale Interventionen für welche Klientengruppen wann indiziert sind und wie lange sie durchgeführt werden müssen.

Forschungsergebnisse III – D. DEIMEL

- Befragung 30 substituierte Heroinabhängige - psychische und psychosoziale Situation und Zufriedenheit mit der PSB
- Hochbelasteten Lebenssituationen - psychosozialer Hilfebedarf in den evaluierten Lebensbereichen: Arbeit, Finanzen, Justiz und soziale Beziehungen.
- Signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen und der psychischen Situation der Substituierten. Patienten ohne eine psychische ko-morbide Störung und Patienten in tagesstrukturierenden Maßnahmen erzielten bessere Behandlungsergebnisse.
- Die psychosoziale Betreuung wurde von den Patienten als gut bewertet. Es wurde deutlich, dass die Notwendigkeit einer professionellen psychosozialen Unterstützung innerhalb einer integrierten Behandlung besteht.

Weitere Problembereiche 1/2

- Äußerst geringe ambulante **psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung**: Die Situation bleibt „beunruhigend defizitär“ (Soyka, 2006).
- **Diamorphinvergabe**: Nur für 0,7% der Patienten
- **Teilhabe am Arbeitsleben: Mangel an gezielter Förderung PREMOS**: Rückgang d Arbeitslosen sinkt über sechs Jahre Behandlung von 51,6 auf 42%
- **Abstinenzverpflichtung unrealistisch und kontraproduktiv**
- **Rechtliche Rahmenbedingungen zu einengend und abschreckend**

Weitere Problembereiche 2/2

- Substitutionsärztemangel beheben, aber wie?
- Substitution in ländlichen Bereichen
- Arzt-Patient-Beziehung aus Patientensicht (Schäffer 2012):
 - 33 % schätzen Praxisatmosphäre als unfreundlich oder gleichgültig ein.
 - Datenschutz genießt keinen hohen Stellenwert (25%)
 - **Umgang wenig motivierend, empathisch und selbstwertsteigernd**
 - **Wunsch nach wirklicher „Behandlung“ von Erkrankung wird nicht erfüllt.**
 - **Test-Angebote mangelhaft**

Forschungsergebnisse IV – Empfehlungen

PREMOS

- 1. Anpassung der Versorgungsstrukturen und -konzepte sowie der gesetzlichen Bestimmungen für substituierte Drogenabhängige an die Behandlungsprinzipien einer chronischen Erkrankung**
- 2. Verbesserung der Behandlung für ausgewählte Störungsbereiche und Problemgruppen**
- 3. Ausbau und bessere Koordination der Hilfen für Mütter mit Kindern**
- 4. Spezifizierung des Bedarfs an PSB und bessere Koordination der Umsetzung =>**

Empfehlungen PREMOS zu PSB:

Neue Ausführungsbestimmungen für die PSB im langfristigen Verlauf:

Aufgrund der beobachteten Diskrepanz zwischen ärztlicher Einschätzung der Notwendigkeit einer PSB und der tatsächlich sehr viel geringeren Nutzung der PSB - **Vorschlag:**

Die einzelnen Teilbereiche des Hilfebedarfs aufgrund einer Anfangsdiagnose sowie die möglichen Leistungen der PSB (innerhalb und außerhalb der Substitutionseinrichtung) stärker zu präzisieren, den im Langzeitverlauf erfolgten Veränderungen anzupassen und in einem Leistungskatalog festzuhalten sowie die Maßnahmen jeweils im individuellen Einzelfall nach Bedarf und Dauer festzulegen.

Pro Fall durch eine entsprechende Koordination sicherstellen, dass Nutzung und Fortschritt der PSB regelmäßig dokumentiert und von den beteiligten Stellen gemeinsam besprochen wird.

Angesichts der häufigen laienhaften Fehlwahrnehmung, dass eine PSB auch den Behandlungsbedarf hinsichtlich manifester psychiatrischer Erkrankungen befriedigen kann, ist eine **klare Abgrenzung von psychiatrischer und psychotherapeutischer Therapie auf der einen sowie psychosozialen Betreuungsmaßnahmen auf der anderen Seite** dringend erforderlich.

Forschungsergebnisse IV – Empfehlungen PREMOS (Forts.)

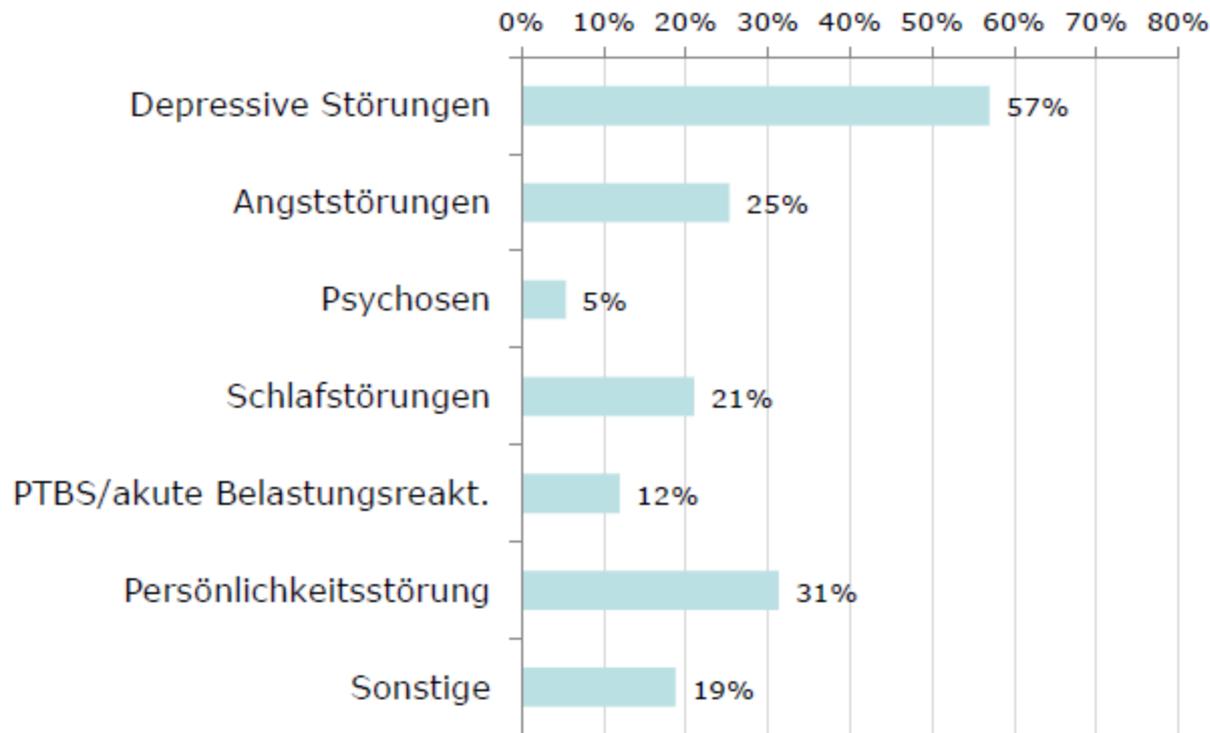
- 1. Die Verfügbarkeit verschiedener Substitutionsmittel hat sich klinisch bewährt**
- 2. Maßnahmen zur Erreichung der Abstinenz müssen für jeden Einzelfall sorgfältig vorbereitet werden.**
 - **Präventive Maßnahmen zur Beeinflussung von Risikofaktoren für vorzeitige Todesfälle müssen umgesetzt werden =>Naloxon, (HS)**
 - **Es soll eine Leitlinie für die langfristige Substitutionsbehandlung entwickelt werden.**
 - **Das therapeutische Vorgehen muss strukturell und fachlich verbessert werden. Es wird zur Sicherstellung eines wissenschaftlich basierten Vorgehens die Entwicklung einer Leitlinie unter Einbeziehung aller Fachgesellschaften empfohlen (möglichst auf S 3-Niveau).**
 - **Erprobung von Organisations- und Finanzierungskonzepten für eine Substitution im ländlichen Raum.**
 - **Modellprogramm zur Erprobung von Kooperationsmodellen zwischen Substitutionsstelle, PSB und Psychotherapeuten /Psychiatern =>**

PREMOS-Empfehlung: Modellprojekt PSB

- Die PREMOS-Ergebnisse zeigen eine geringe Nutzung und unklare Strukturierung der Kooperation mit PSB, Psychotherapeuten und Psychiatern trotz eines hohen Behandlungsbedarfs. **In Modellprogrammen sollen verbindliche Kooperationsmodelle sowie die erzielten therapeutischen Verbesserungen auf der Grundlage einer individuellen Problemanalyse und eines darauf aufbauenden Therapieplans mit regelmäßiger Rückmeldung des Behandlungsfortschritts erprobt werden.** Dabei sollen sowohl die Erbringung der Leistungen (PSB, Psychotherapie, Psychiatrie) innerhalb oder außerhalb der Substitutionsstelle einbezogen werden.

Psychiatrische Komorbidität

Bundesweite Zufallsauswahl opioidsubstanzierter Patienten (n=2694)



7. Richtlinien, Leitlinien oder Leidlinien?

BÄK-Richtlinien

- „...PSB nach den Standards der Fachverbände...“
- Pharmakotherapie auch solange noch keine PSB zu organisieren ist.

Standards ...

- **Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.), 1995**
- **Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR), 2003**
- AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (AG DroPo), 2004
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), 2010
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis e.V. (BAS), 2001
- Hessische Landesfachstelle für Suchtfragen (HLS), 2009
- Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg, 2009
- Ärztekammer Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2001). Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger: ASTO-Handbuch, Münster

PSB-Aufgabenkatalog (nach akzept/FDR) – Unterstützung bei:

- **„Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“**
- **lebenspraktischen Angelegenheiten**
- **Sicherung materiellen Grundversorgung**
- **Wohnungssicherung und –findung**
- **Sicherung materieller Überlebenshilfen**
- **Schuldenregulierung, Rechtsproblemen**
- **Hilfen bei berufl. Wiedereingliederung, Qualifikation**
- **Krisenbegleitung**

akzept PSB - Leitlinien (1995)

- Interdisziplinär, multiprofessionell, überregional erarbeitet
- PSB wichtiger Teil einer **zieloffenen** OST
- Übergeordnete Ziele: gesellschaftliche Integration und Selbstbestimmte fördern
- **Gegen ein Junktim und damit Zwang zur PSB – Freiwilligkeit**
- Lebensweltnah + zielgruppenspezifisch
- Pluralität der Ziele, Methoden, Interventionen
- Zielvereinbarungen, interdisziplinäre Kooperation
- Betreuungsschlüssel **1:10**

FDR PSB - Leitlinien (2003) + Stellungnahme (2007)

- Interdisziplinär, multiprofessionell, überregional erarbeitet
- Hohe Praxisnähe und –sicherheit
- Betreuungsschlüssel max. **1:25**
- PSB verpflichtend, aber grundsätzliche Freiwilligkeit und Konsens der Betroffenen
- Ziel: „Prioritäres Ziel Suchtmittelfreiheit“

Institutionelle Voraussetzungen

(Forts. FDR/akzept):

- Kenntnisse aller relevanter Versorgungsstrukturen und Institutionen
- Fähigkeit zur Planung, Gestaltung und Evaluierung eines strukturierten Betreuungsprozesses
- Kenntnisse der einschlägigen rechtlichen und gesetzlichen Bestimmungen
- Bereitschaft an interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation

Leitlinien – was fehlt?

- Keine Aussagen...

zu bestimmten settings:

- Haft
- Medizinische Rehabilitation
- ländlicher Bereich => Vernetzung
- Multi-Morbidität
- Mortalität

- Gender-/Alters-/Migrationsspezifika
- Verfallsdatum...?

Fachliche Kompetenzen „Psycho-soziale Beratung“ (n. Gahleitner):

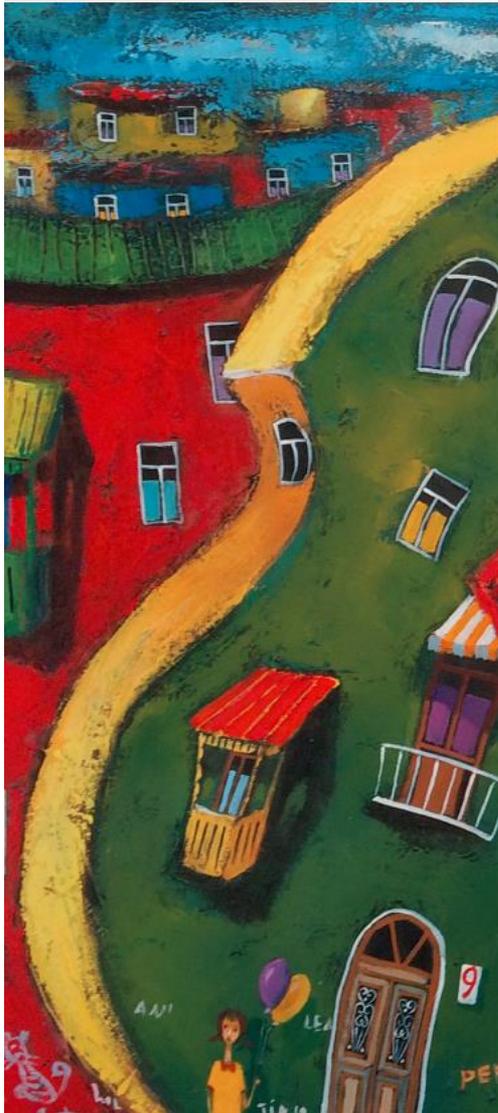
- Psychosozialen Diagnostik
- professionelle Bindungs- und Beziehungsgestaltung,
- Gesprächsführungskompetenzen (z.B. MI),
- Wissen über individuelle, klinische und lebensweltbezogene Veränderungsmodelle
- bis zu System-, Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen

Professionelle Voraussetzungen (FDR/akzept):

- Fähigkeit zu professionellem Beziehungshandeln
- Kenntnisse über geschlechts-/migrations-/altersspezifische Bedingungen der Sucht
- Bereitschaft zu nachgehender bzw. aufsuchender Arbeit
- psychiatrisch-psychotherapeutisches Grundverständnis

Keiner will mehr alte Ansätze...





Themenschwerpunkt:

Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie

Daniel Deimel, Heino Stöver (Hrsg.)

Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit

Dario Deloie

Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger – Theoretische Verortung, Behandlungspraxis und Entwicklungsaufgaben

Daniel Deimel, Heino Stöver

Therapeutische Ziele und Evidenz der psychosozialen Behandlung Opiatabhängiger

Daniel Deimel, Heino Stöver

Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen in Berlin

Heike Drees, Heike Attinger, Anneke Groth

Psychosoziale Behandlung als Netzwerkaufgabe in der Qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger

Andreas Pin

Die psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger – Implikationen für die Klinische Sozialarbeit

Daniel Deimel

Psycho-soziale Betreuung von Menschen in Substitutionsbehandlung – welchen Stellenwert hat die sozialpädagogische Arbeit in Aus- und Fortbildungscurricula?

Heino Stöver, Ralf Gerlach, Daniel Deimel

Separata

Psychologischer und sozialarbeiterischer Beratungsbedarf in der stationären onkologischen Rehabilitation

Hans-Leo Schumacher

Zieloffene Suchtarbeit (J. Körkel 2016)

Die meisten Menschen mit schädlichem oder abhängigem Substanzkonsum sind für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben nicht zu gewinnen – weil sie eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter sich haben, mit Abstinenz überfordert sind oder diese nicht ihren Lebensvorstellungen entspricht (Körkel 2012). Wird eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck begonnen, ist mit abstinenzzielbedingtem Widerstand, Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen (Körkel 2015).

8. Psychotherapie und OST

Neue Richtlinien der BÄK¹ (1/2):

„Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen.“

1 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet –

Schweizer Methadonbericht¹: Empfehlungen

- Bei Untersuchungshaft und Vollzug sind bereits bestehende SGB weiterzuführen [C].
- Bei Opioidabhängigen, die nicht in einer SGB stehen, ist in der Regel das Einleiten einer SGB angezeigt, um sie vor Gefahren eines Risikoverhaltens in der Haft und vor Überdosierungen bei Urlauben und Entlassung zu schützen“

Neue Richtlinien der BÄK¹(2/2):

„In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden“.

1 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet –

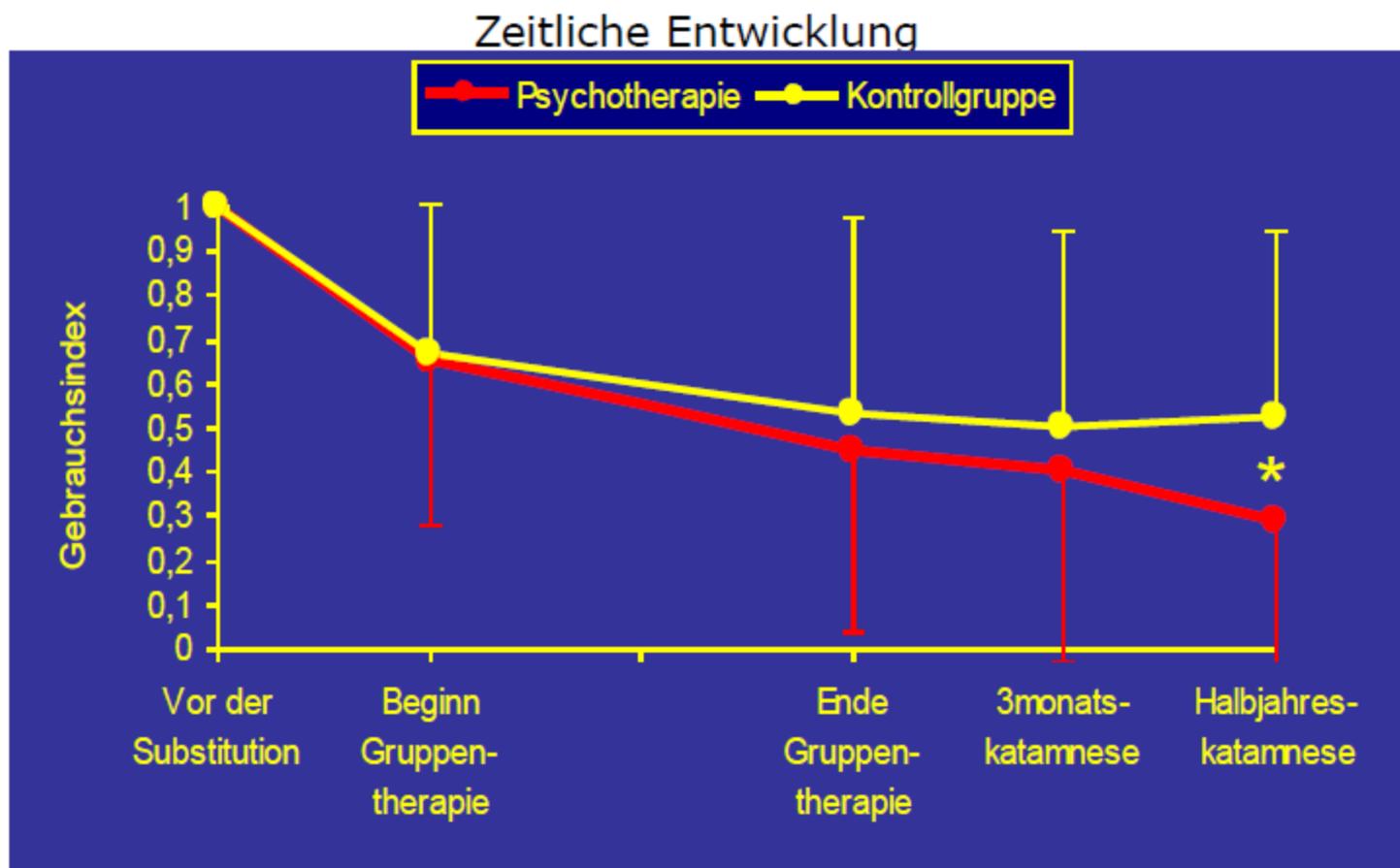
Schweizer Methadonbericht¹:

- „Psychotherapie ist auch unter SGB möglich“
- „Diese Massnahme erlaubt, die Patienten in Bezug auf die Drogen zu stabilisieren und an einer sozialen Rehabilitation therapeutisch zu arbeiten“

Zunehmende Verschränkung der Versorgungsangebote

- niedrigschwellig mit höherschwelligen
 - Freiheit vs. Inhaftierung
 - ambulant vs. stationär
-
- Überwindung der eindimensionalen Ausrichtung der Hilfen
 - Für die medizinische Rehabilitation überwiegend Ausschlussgrund

Beigebrauch von Heroin, Kokain und Benzodiazepinen



I.

III. Praxisbeispiele

Der Beginn: z.B. Hohehorst

„Ausschleichen“ in der medizinischen
Rehabilitationsklinik:

- „Klinikversager“
- Eltern mit Kindern
- substituierte Schwangere

Release

Fachklinik für substituierte und nichtsubstituierte Drogenabhängige

*Release ist unser Ergebnis aus 35 Jahren
akzeptanzorientierter Suchthilfe.*



Netzwerk Suchthilfe
Arbeitskreis für Jugendhilfe

Rahmenbedingungen

Anlage 4 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen"
vom 04.05.2001

- ⊙ Es gelten im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittel-gestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
- ⊙ Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne "übergangsweise".
- ⊙ Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein.

Volker Theysohn: Vortrag Fachtag „**Vielfalt nutzbar machen.**

Die Zukunft der psychosozialen Arbeit mit Substituierten, 10.10.08, Hannover

Einige Zahlen

Behandlungen 1996-2007	gesamt	1227
	davon substituiert	683 (55,7%)
Seit 2004	substituiert	ca. 70%
Opiatabhängigkeit (F11.2, F19.2 incl. Opiate)		96%
	§35	48%
Juristische Auflagen	Bewährungsauflage	13%
	keine Auflage	39%
Migrationshintergrund		37%
Durchschnittliche Behandlungsdauer		90 Tage
Reguläre Entlassung	Nicht-Substituierte	47%
	Substituierte	32%

Volker Theysohn: Vortrag Fachtag „**Vielfalt nutzbar machen.**

Die Zukunft der psychosozialen Arbeit mit Substituierten, 10.10.08, Hannover

Fazit

- ⊙ Substituierte und Nicht-Substituierte können gemeinsam rehabilitiert werden und profitieren voneinander
- ⊙ Substitution im mittleren Dosisbereich ohne Beikonsum beeinträchtigt nicht die Rehabilitationsfähigkeit
- ⊙ Aber: Patienten brechen die Therapie oftmals kurz nach Beendigung der Abdosierungsphase ab
- ⊙ Eine dauerhafte stabile Substitution ohne Beikonsum ist für eine Gruppe von Patienten ein realistisches Behandlungsziel und sollte nicht grundsätzlich auf „Einzelfälle“ beschränkt bleiben

Volker Theysohn: Vortrag Fachtag „**Vielfalt nutzbar machen.**

Die Zukunft der psychosozialen Arbeit mit Substituierten, 10.10.08, Hannover

Substitution im therapeutischen Kontext: SHH - Wien

- Entscheidung des/der PatientIn
- Substitution bei vorliegender Indikation
- Eingangsdosis ist nicht limitiert
- kein Abdosieren während des Aufenthalts
- Einstellungen vor oder bei der Aufnahme

Psychotherapie und Substitution

- Drogenkonsum und Stabilität
- Mehr an Lebensqualität
- Veränderungsbereitschaft
- Hohe Psychiatrische Komorbidität

Störungsbilder

- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Affektive Störungen
- Angsterkrankung
- Essstörungen
- Psychotische Störung

Psychotherapeutische Überlegungen

- Individualisierung und Optimierung der Behandlung
- fallgerecht eingesetzte Methodenvielfalt
- Bearbeitung abhängigkeitspezifischer komplizierender Inhalte (Beikonsum, Mißbrauch, Substitutionsmittel steht im Vordergrund...)

Substitution im therapeutischen Kontext

- Bereitstellung durch Dauerrezeptur
- Abgabe streng reglementiert - 1x/Tag
- Bearbeiten/Sanktionen bei Mißbrauch
- Umstellen bei Unverträglichkeit
- Eventuelles Nachjustieren der Dosis
- Harntests

Psychotherapie und Substitution

- *Sind Abstinenzorientierung und Substitution miteinander verträglich?*

Wirksamkeit der Methodenkombination:

Psychotherapie und Substitution

Wirksamkeit dieser Methodenkombination ist mittlerweile durch Studien und Praxiserfahrungen belegbar:

- Woody (1983)
- Maddux et al. (1992)
- Dietrich/Uchtenhagen 2004

Klientel Schweizer stationärer Einrichtungen (1995-2001)

- Der Prozentsatz der KlientInnen, die mehrmals eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung gewünscht haben, liegt konstant bei 15%
- Die Zahl derjenigen, die zum ersten Mal in eine solche Behandlung eingestiegen sind, hat sich von 32% auf 40% erhöht
- 21% der KlientInnen, die eine stationäre Behandlung aufnehmen sind noch in einer Methadonsubstitution. Es ist also naheliegend, kombinierte Ansätze ernsthaft und systematisch zu erproben.

Nicolas Dietrich, Ambros Uchtenhagen (2004): Methadon und stationäre Therapie: eine unausweichliche Kombination? In: Suchtmagazin 4/2004, S. 9ff

Bedeutung d. Substitutionsbehandlung im therapeutischen Prozess – noch:

- Kontrollen
- Compliance
- eventuelle Diskriminierung - auch seitens der MitpatientInnen
- Aber auch positiven Aspekte gemischter Gruppen - gute Gruppendynamik,
- oft kein vertrauliches Behandeln
- Nebenwirkungen

Schlussfolgerungen (1/2)

- Die Entscheidung für das passende Ausstiegsmodell trifft der/die PatientIn
- Leichtere Zugänglichkeit zur Therapie für suchtkranke – mehrfach belastete - Menschen
- Persönlichkeitsentwicklung ohne primären Druck zur Abstinenz

Schlussfolgerungen (2/2)

- Höhere (Arbeits)Zufriedenheit für BehandlerInnen und PatientInnen
- enge Kooperation zwischen medizinischem und therapeutischem Bereich
- enge Kooperation mit den PatientInnen als Experten für sich selbst

Empfehlungen

- Die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung sollte jedenfalls gegeben sein
- Erhaltungs-, Überbrückungs-, Dauer-, Reduktionstherapie
- geeignete Substitutionsmittel
- Weiterbehandlung mit vor der Therapie/Haft verabreichtem Substitutionsmittel
- kein Ausschluss aus dem Programm, wenn Rückfall (Beikonsum) – Symptom!
- Weiterbehandlung nach der Therapie/Haft
- Revision der Anlage 4 der Vereinbarung
Abhängigkeitserkrankungen - Erhaltungstherapie

9. Schnittstellenmanagement

Substitutionsbehandlung braucht eine bessere Vernetzung!

- Herausforderungen
- Klientel – Infrastruktur wie mediz. Rehab
 - versch. Haltungen, Menschen-
Therapiebilder, Definitionen
- Forschung: PSB in der Praxis der
separaten PSB überlegen?
Eingliederungshilfe, PI

Wichtige Schnittstellen zur patientengerechten Versorgung



Polizei-
Gewahrsam



Krankenhäuser



VA, Maßregel-



PSB

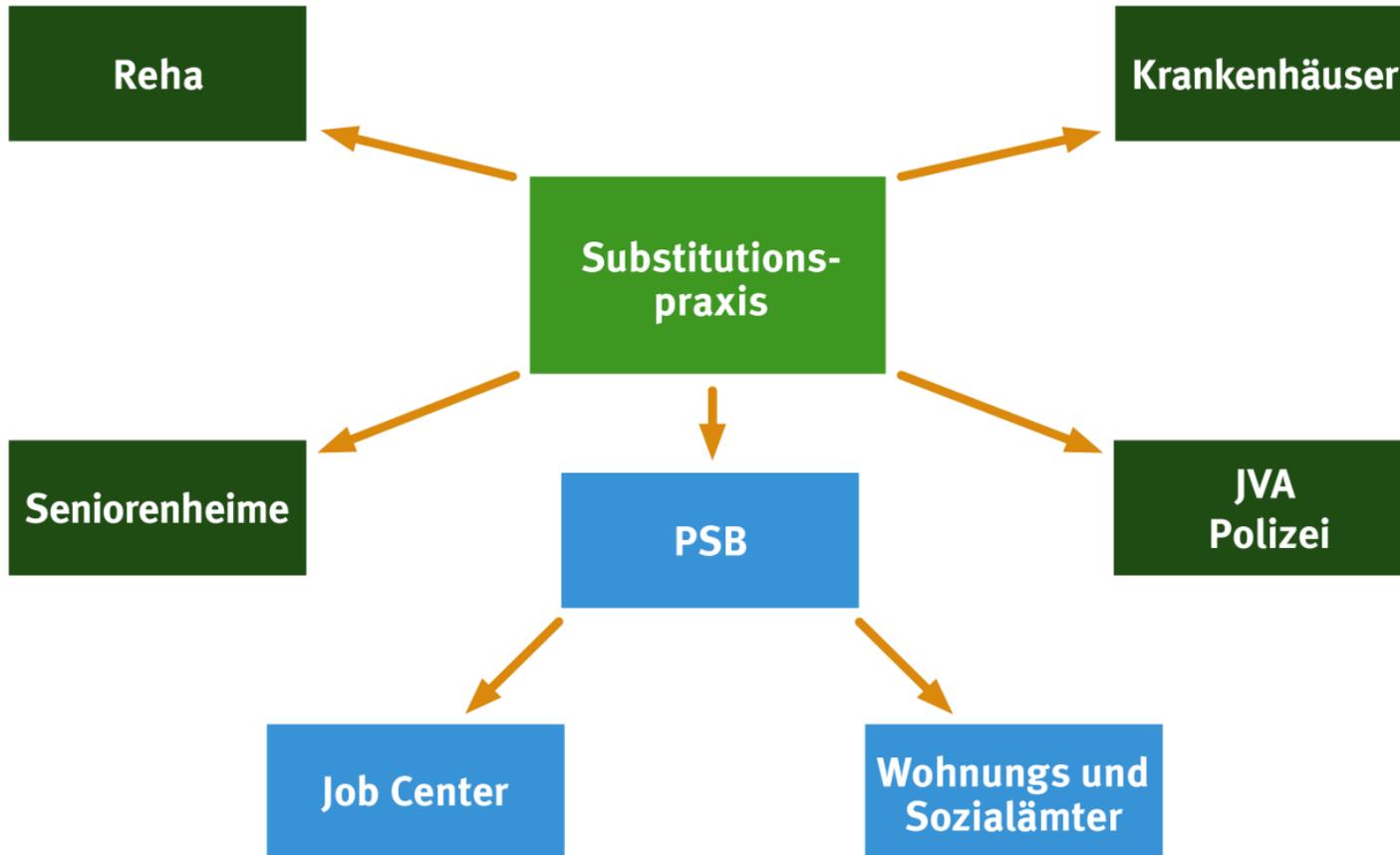


Ämter/Ausbildung/



„Jenseits der Substitutionspraxen ist Entwicklungsland“

Schnittstellen zur Substitutionspraxis



1. Schnittstelle **Klinik** vs. Substitutionspraxis

- **Probleme / Missmanagement**

- Verweigerung der Krankenhaus-Aufnahme, da
Substitution nicht sichergestellt

Dies hat besondere Relevanz bei
Notfalleinweisungen!!!

- Änderung der Dosis und des Substitutionsmittels
trotz Hinweis auf zwingende vorherige
Rücksprache mit dem Hausarzt

1. Schnittstelle Klinik vs. Substitutionspraxis

- **Lösungen:**

- Übergang verbessern - „Übergangsmanagement“
 - Statt Arztbrief mitgeben – persönlichen Kontakt zwischen Klinik- und Subst. Arzt (Arztbrief per Mail nachschicken)
 - Vermerk auf der Einweisung: keine Veränderung der Medikation oder des Substitutionsmittels ohne Rücksprache
- Weiterbehandlung sicherstellen
- Keine Entlassungen aus KKH vor Wochenenden oder Feiertagen
- Alle Patienten mit Substitutions- oder Notfallausweis ausstatten

2. Schnittstelle JVA vs. Substitutionspraxis



- **Probleme:**
 - Keine flächendeckende Versorgung von Patienten in JVA
 - Abdosierung von stabil eingestellten Substitutionspatienten
 - Medikamentenwechsel
 - Fehlende Wiedereinstellung vor der Entlassung
 - selten Kontaktaufnahme zu Suchtmedizinern als Entlassungsvorbereitung
 - Folgen:
 - Konsum illegaler Drogen während der Haftzeit mit hohem Infektions- /Ansteckungsrisiko

2. Schnittstelle Polizeigewalt



- **Probleme:**

- Hoher Anteil von Drogenkonsumenten und auch substituierten Personen mit Intoxikationen oder Entzugssyndromen
- Kaum medizinische Infrastruktur
- Keine Fortsetzung der Substitutionsbehandlung trotz Notfall / Substitutionsausweise der Inhaftierten
- Entzug ermittlungsfördernd?

- **Lösungen:**

Vertreter der Polizeigewaltverhältnisse: Fehi

3. Schnittstelle Senioren



- **Probleme:**

- Zu wenig Plätze für ältere Substitutionspatienten
- Fehlende Erfahrung des Pflegepersonals mit Opiatabhängigen
- Fehlende Ressourcen zur BTM-Lagerung/Dokumentation und täglichen Substitutiveinnahme unter Sicht
- Mangelnde Akzeptanz und fehlende Einsicht in die Bedeutung Erkrankung „Drogenabhängigkeit“
- Massive Finanzierungsprobleme
-

- **Lösungen:**

4. Schnittstelle Reha



- Versorgung in ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Einrichtungen mangelhaft
- Ausschleichungsdruck nach Vereinbarung
Abhängigkeitserkrankter
- Substitution und Psychotherapie – geht das?
- **Probleme:**
 - akt. Situation,
 - Bruchstellen

4. Schnittstelle Reha



- Versorgung in ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Einrichtungen
- **Lösungen:**
 - Übergang verbessern - „Übergangsmanagement“
 - Kataster von Substitution in Reha-Einrichtungen
 - Kommunikation, Haltungen
 - Psychotherapie und Substitution geht zusammen
 - Auslandserfahrungen (v.a. A + CH)

5. Schnittstelle Psychosoziale Betreuung (PSB)

- **Probleme**

- Fehlende Qualitätsstandards hinsichtlich der Inhalte einer effizienten psychosozialen Betreuung
- z.T. mangelhafte Kooperation mit substituierenden Ärzten
- Mangelnde Vernetzung zwischen den PSB-Stellen
- Fehlende Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit „Ämtern“/Jobcentern

- **Lösungen**

- Curriculum für Drogenberater
- Informationsplattformen für den geregelten Informationsaustausch schaffen

6. Qualifikation

- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Sozialarbeiter, Drogenberater
 - PSB Curriculum Zertifikatskurs akzept, DAH, LWL
- Ärzte – Niedergelassene, Klinik-, Anstaltsärzte
 - Fachkunde Suchtmedizin, Konsilliare
- Medizinische Fachkräfte, Pflegekräfte
 - Fortbildungscurriculum für med. Angestellte, ArzthelferInnen
 - Suchtmedizinische Versorgung (BÄK 2015)
- Arbeitsvermittler ? JVA-Angestellte ?

Fazit



- Sicherstellung der Weiterbehandlung beim Wechsel von ambulanten zu stationären (Behandlungs-)Settings und umgekehrt.
- Erhöhung der Versorgungsqualität und -sicherheit
- Verbesserung des Verständnisses zwischen Mediziner*innen und nichtmedizinischem Personal in unterschiedlichen Settings
- Besseres Übergangsmanagement
- Vernetzung der Integrationshilfen PSB und Behörden

7. Aktuelle Veränderungen im Substitutionsrecht

10. Wie weiter?

Herausforderungen

- Klientel – Infrastruktur wie mediz. Rehab
 - versch. Haltungen, Menschen-Therapiebilder, Definitionen
- Forschung: PSB in der Praxis der separaten PSB überlegen?
 - Eingliederungshilfe B!
- Wer macht die Vernetzung auf kommunaler Ebene?
 - DKR – und Substitution
 - Selbsthilfe und Elternorganisation?
 - Diacetylmorphin – zu hochschwellig
 - HH Apothekenvergabe
 - viele Beispiele guter Praxis
 - CH – Sache selbst in die Hand nehmen!
 - geographische Schnittstellen

Wie sich die Wirksamkeit optimieren lässt

- **Umfassende Abklärungen bei Aufnahme**
- **Intensität des individuellen Therapie- und
Betreuungsprogramms ist bedürfnisorientiert**
- **Integrierte Behandlung & Betreuung bei psychiatrischer /
somatischer Komorbidität**
- **Behandlung der Mehrfachabhängigkeiten durch entsprechende
Medikation und Verhaltenstherapie**
- **Therapiedauer wird nicht systematisch oder obligatorisch
limitiert**
- **Ausschluss nur bei Gewalt und häufiger Absenz**

Wie sich die Verweildauer optimieren lässt

- **Patientenfreundliche Atmosphäre, unvoreingenommene Haltung der Betreuer & Betreuerinnen, professionelle Haltung**
- **Alle individuellen Bedürfnisse (medizinische, psychiatrische, soziale) berücksichtigen (*McLellan 1993*)**
- **Motivierende Interventionen (*Dees 1997, Simpson et al 1997, Chutuape 1998*)**
- ***Verweildauer ist der entscheidende Faktor für nachhaltige Wirksamkeit der Suchtbehandlung ! (Review Veuilleux et al 2010)***

Patientenzufriedenheit

- **Bessere Zufriedenheit bei Behandlung durch Privatärzte statt in Polikliniken (*Fiellin et al 2001*)**
- **Relevante Faktoren: Öffnungszeiten, flexible take-out Praxis, Einstellung der MA (*De los Cobos et al 2002*)**
- **Bessere Zufriedenheit bei Teilhabe an therapeutischen Entscheidungen (*Kehoe & Wodak 2004*)**
- **Bessere Zufriedenheit bei Patienten in grösseren Zentren, mit mehr Teilhabe an therapeutischen Entscheidungen, und besserer sozialer Integration (*Trujols et al 2012*)**

Haltung und Kompetenz

- **Eigene Einstellung zu Substitutionspatienten**
 - „Klima“ von Aufnahmegespräch & Therapieplanung
 - Verdacht oder Interesse ?
 - Warteraum & Wartezeit
 - Schadensminderung integrieren
- **Eigene Bemühung um fachliche Kompetenz**
 - Gezielte Fortbildung und Austausch
 - Erfahrung mit Flexibilität

Kontakt

- hstoever@fb4.fh-frankfurt.de
- www.isff.info
- www.akzept.org

**=> NaSuKo = Nationale
Substitutionskonferenz
(alle 2 Jahre in Berlin)**