



**Herausforderung
Substitutionsbehandlung**

**Qualität – Kooperation –
Verantwortung**

34. Jahrestagung der
LWL-Koordinationsstelle Sucht
in Kooperation mit der
Ärztekammer Westfalen-Lippe

30. November 2016
Münster

Forum Sucht Band 50 ISSN 0942-2382

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster
www.lwl-ks.de

Redaktion: Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Sabine Reimann, Druckerei Kettler
Titelbild: Jörg Körner, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Druck: Druckerei Kettler, Bönen

1. Auflage: 2.500

ISSN 0942-2382

Münster 2017

Hinweis für die Zitierer der Veröffentlichung:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2017).
Herausforderung Substitutionsbehandlung Qualität – Kooperation – Verantwortung
Münster: Forum Sucht Band 50

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org

Herausforderung Substitutionsbehandlung

**Qualität – Kooperation –
Verantwortung**

34. Jahrestagung der
LWL-Koordinationsstelle Sucht
in Kooperation mit der
Ärzttekammer Westfalen-Lippe



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Begrüßung Birgit Westers	6
Begrüßung Michael Schwarzenau	9
Europäische Perspektiven für eine optimierte Substitutionsbehandlung Thilo Beck.	13
Ziele und Evidenz der Psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger Daniel Deimel	21
Substitutionsbehandlung in Haft Bärbel Knorr	37
Medizinische Rehabilitation unter Substitution Elke Sylvester	47
Teilhabe verwirklichen – Angebote zur Beschäftigung und Qualifizierung als wichtiger Baustein in der Substitutionsbehandlung Anneke Groth.	55
Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden zur Behandlung Hans-Günter Meyer-Thompson, u. a.	61
Schutz vor Gefahr und Verfolgung – Abhängigkeitserkrankte im deutschen Asylverfahren Bernward Siegmund	67
Wohnhilfen für (alternde) chronifiziert erkrankte Drogenabhängige – Projekt LÜSA Unna Anabela Dias de Oliveira	77
Schwangerschaft und Substitutionsbehandlung Thomas Poehlke Jennifer Jaque-Rodney	83
Retardiertes Morphin – Einsatz und Umgang in der Praxis Hans-Georg Heinemann.	89

Vorwort

In Deutschland spielt die Prävalenz der Heroinabhängigkeit mit ca. 200.000 - 350.000 Personen in der Gesamtbevölkerung eher eine nachgeordnete Rolle. Allerdings ist die Lage der Betroffenen in der Regel, unter anderem durch die Illegalität der Substanzen bedingt, besonders prekär. Ungefähr 77.000 von ihnen erhalten bundesweit eine Substitutionsbehandlung, davon ungefähr ein Drittel alleine in NRW (Quelle: BfArm). Die Behandlung zielt dabei auf die Überlebenssicherung, die körperliche Stabilisierung und die Reduktion des Heroinkonsums ab. Die Abstinenz von Opioiden und anderen Suchtmitteln wird als übergeordnetes Ziel im langfristigen Verlauf hingegen selten erreicht.

Im Behandlungskonzept stellt die Vergabe des Substitutionsmittels den Grundbaustein dar. Begleitend gehört neben weiteren Maßnahmen aber auch die Psychosoziale Beratung der Substituierten dazu. Für die betroffenen Menschen im Mittelpunkt gibt es hier viele verschiedene Herausforderungen zu meistern. Dies erfordert die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen und verschiedener Fachverbände. Hier ist insbesondere das Zusammenwirken von Medizin und Sozialer Arbeit gefragt. Diese Kooperation spiegelte sich auch in der 34. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht wieder, die erstmals gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausgerichtet wurde.

Für beide Institutionen ist die Substitutionsbehandlung mit allen Herausforderungen ein wichtiges Thema. Beim Blick in unsere Region zeigt sich eine Besonderheit: Verschiedene Städte weisen überproportional viele Substitutionsbehandlungen auf. Die Spitze in NRW bildete die Stadt Hamm mit 650 Substituierten je 100.000 Einwohner im Jahr 2015. (Quelle: Gesundheitsatlas der LZG 2015). Nimmt man hinzu, dass die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Jahren abgenommen hat und in absehbarer Zeit ein Großteil von ihnen altersbedingt ausscheidet, wirft dies Probleme in der Versorgung auf. In diesem Zusammenhang spielt natürlich auch die Novelle der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) eine wichtige Rolle. Hier war es wichtig, Rechtssicherheit zu schaffen, um ein weiteres Abwandern von Ärztinnen und Ärzten zu vermeiden und die Versorgung von Betroffenen perspektivisch zu sichern.

Zum Gelingen der Veranstaltung trugen die zahlreichen Referentinnen und Referenten bei, denen unser ausdrücklicher Dank gilt. Neben einem europäischen Blick auf die Substitutionsbehandlung bot die 34. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht in Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe vielfältige Impulse für die tägliche Arbeit. Wie steht es um die Substitutionsbehandlung in der Haft oder der medizinischen Rehabilitation? Warum ist die Psychosoziale Beratung von zentraler Bedeutung für den Behandlungserfolg? Wie geht man in der Substitutionsbehandlung mit immer älter werdenden Patientinnen und Patienten um? Wie geht man in der Praxis mit dem Kinderwunsch von Klientinnen und Klienten um? Wie begleitet man sie adäquat?

Nach einem lebhaften und für die praktische Arbeit hilfreichen Austausch während der Jahrestagung freuen wir uns, Ihnen hiermit die Beiträge auch nachlesbar zur Verfügung stellen zu können. Wir wünschen Ihnen auch beim Lesen noch viele Anregungen.



Birgit Westers

Landesrätin
LWL-Landesjugendamt,
Schulen und Koordinationsstelle Sucht



Dr. Theodor Windhorst

Präsident der
Ärztekammer Westfalen-Lippe

Begrüßung

Birgit Westers

Landesrätin

LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle sucht

Sehr geehrter Herr Dr. Schwarzenau, sehr geehrte Referentinnen und Referenten, meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie heute hier zur 34. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) begrüßen zu können. Vierunddreißig Jahre weisen auf eine lange und gute Tradition hin. Viele Themen wurden in dieser Zeit aufgegriffen. In den letzten Jahren waren dies z. B. die konkreten Themen „Flucht – Trauma – Sucht“ oder „Doppeldiagnosen“. Einige Male ging es aber auch um die strukturellen „Herausforderungen in der Suchthilfe“ und darum, wie sich hierbei „Erfolgreich Weichen stellen“ lassen. Doch gibt es heute eine Neuerung. Zum ersten Mal wird die Jahrestagung der LWL-KS in Kooperation durchgeführt.

Zum Thema „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ lag es nahe, den Kontakt zur Ärztekammer Westfalen-Lippe zu suchen. Substituierende Ärztinnen und Ärzte haben eine zentrale, ja die zentrale Rolle. Wir haben uns daher sehr über die spontane Zusage zur gemeinsamen Ausrichtung der heutigen Tagung sehr gefreut. Herr Dr. Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe wird Sie gleich ebenfalls persönlich begrüßen.

Auch wenn Heroinabhängigkeit im Gegensatz zur Abhängigkeit von legalen Substanzen oder auch anderen illegalen Substanzen wie z. B. Cannabis eine geringe Verbreitung hat, ist die Lage der Betroffenen im Verhältnis dazu besonders prekär. Die vielen Herausforderungen, die sich hier stellen, wollen wir mit der heutigen Tagung etwas genauer beleuchten. In guter, alter Tradition der LWL-KS möchten wir auch den Blick über den Tellerrand der Bundesrepublik wagen. Wir freuen uns, dass Herr Dr. Beck aus Zürich uns zu Beginn einen Überblick über die europäische Situation der Substitutionsbehandlung gibt. Herr Dr. Beck hat lange mit Herrn Prof. Ambros Uchtenhagen, einer der ganz wichtigen und damals sehr mutigen Väter der Substitution im Vorreiterland Schweiz, zusammen gearbeitet.

Herr Prof. Deimel wird im Anschluss über die Psychosoziale Betreuung Opioidabhängiger und deren Wirksamkeit berichten. Ein wichtiger Aspekt, da für das

Gelingen einer Substitutionsbehandlung die Psychosoziale Betreuung und Beratung in fast allen Fällen ein unverzichtbarer Bestandteil ist. Mit der Fachkurse „Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung“ bietet die LWL-KS bereits seit etlichen Jahren ein bislang bundesweit einzigartiges Qualifizierungsangebot für dieses Arbeitsfeld an. Es wird in Kooperation mit Akzept e.V. und der Deutschen Aidshilfe durchgeführt. Einige der heutigen Referentinnen und Referenten waren an der Entwicklung beteiligt und auch jetzt an der Umsetzung.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung wird Frau Knorr mit der „Substitutionsbehandlung in Haft“ ein ganz aktuelles Thema ansprechen. Wie die meisten von Ihnen wissen, hat der europäische Gerichtshof für Menschenrechte hier ein wegweisendes Urteil gesprochen. Dieses Urteil stärkt die Substitutionsbehandlung in Haft und bezeichnet deren Verweigerung als unmenschlich. Ob und wie das Urteil zu einer besseren Umsetzung der Substitutionsbehandlung in Justizvollzugsanstalten führen kann und wie die Situation dort generell ist, dazu wird Frau Knorr berichten.

Mit dem letzten Vortrag am Vormittag beleuchtet Frau Dr. Sylvester am Beispiel der Fachklinik Nettetal die Substitutionsbehandlung in der stationären medizinischen Rehabilitation. Nach einem ersten Modellprojekt im Jahr 1996 ist diese Behandlungsform zwar seit 2001 flächendeckend denkbar, dennoch handelt es sich noch um ein Behandlungssetting, das in der stationären Rehabilitation weiter erschlossen werden kann.

Am Nachmittag haben Sie die Gelegenheit zwei der fünf angebotenen Arbeitsgruppen zu besuchen. Die Fülle der möglichen Themen war so groß, dass das Vorbereitungsteam hier im Vorfeld eine Auswahl treffen musste. Von den fünf für besonders wichtig gehaltenen Themen können Sie also zwei vertiefen. Ziel der Arbeitsgruppen sind vor allem praktische Impulse für Ihre alltägliche Arbeit.

Genau aus dieser alltäglichen Arbeit kennen Sie die Bedeutung der Teilhabeorientierung und die damit verbundenen wichtigen Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote für Betroffene. Frau Groth wird hierzu ihre praktischen Erfahrungen mit diesem wichtigen Baustein zur Verfügung stellen.

Sicherlich ist es nicht verwunderlich, dass auch die Behandlung von Flüchtlingen und damit verbundene Hürden Einzug in das heutige Programm gefunden haben. Mit Herrn Meyer-Thompson und Herrn Dr. Siegmund haben Sie die Gelegenheit über die Situation in Hamburg aber auch hier in der Region ins Gespräch zu kommen. Ein wichtiger Aspekt in der Substitutionsbehandlung ist es auch, die Veränderungen im Bereich der Arzneimittel im Blick zu haben. Herr Dr. Heinemann wird aus seiner täglichen Praxis über den Einsatz und den

Umgang mit retardiertem Morphin, häufiger unter dem Markennamen Substitol bekannt, berichten.

Schaut man sich die Zahl der Substituierten an, wird deutlich, dass die Zahl seit einiger Zeit stagniert. Es entstehen allerdings neue Bedarfe durch immer älter werdende Substituierte. Mich freut daher sehr, dass sich Frau Dias de Oliveira und Frau Lorey bereit erklärt haben, das Angebot des „Dauerwohnens für alternde chronisch Drogenabhängige“ vorzustellen. Am 01. Januar 2015 startete das Angebot mit Unterstützung des Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Die Eröffnung des Angebotes in Unna hat damals ein enormes mediales Echo als „erstes Altenheim für Junkies“ nach sich gezogen. Meines Erachtens ist es bundesweit einer der wenigen Orte, in denen älter werdende drogenabhängige Menschen in Würde alt werden und sterben können. Der Bedarf nach solchen spezialisierten Angeboten wächst, das zeigte sich auch im letzten Arbeitskreis „Chronische Mehrfachschädigungen und Abhängigkeitserkrankungen“. Dieser wird regelmäßig von der LWL-KS in Abstimmung mit der LWL-Behindertenhilfe Westfalen angeboten.

Eine zunehmend bessere Behandlung und längeres Überleben hat aber auch Einfluss auf die Themen Partnerschaft, Kinderwunsch und Schwangerschaft. Hier sind Fachkräfte in Beratung und Behandlung im adäquaten Umgang gefordert. Herr Dr. Poehlke wird gemeinsam mit der Hebammenwissenschaftlerin Frau Jaque-Rodney dieses Thema beleuchten. Da hier der „Kinderschutz“ auch betrachtet werden muss, ist dieses Thema in meinem Dezernat auch für das Landesjugendamt wichtig. In den letzten Jahren wurden unter anderem gemeinsame Fachtagungen zur Kooperation der Jugendhilfe und der Suchthilfe angeboten. Ganz aktuell wird das Thema „Kinderschutz“ in einer Arbeitsgruppe aus Praktikerrinnen und Praktikern beider Hilfesysteme bearbeitet. Diese Arbeitsgruppe wird sowohl von der Koordinationsstelle Sucht als auch dem Landesjugendamt begleitet. Im Ergebnis wird eine Handreichung „aus der Praxis für die Praxis“ stehen.

Für diese Fülle an Themen, die in den Vorträgen und den Arbeitsgruppen bearbeitet werden, möchte ich mich ganz herzlich bei den Referentinnen und Referenten bedanken. Ihnen, sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wünsche ich eine spannende Tagung und Anregungen für Ihre Arbeit.

Bevor Herr Dr. Schwarzenau Sie begrüßen wird, erlauben Sie mir noch den Hinweis, dass Frau Sarrazin Sie durch den heutigen Tag führen wird. Ihr Team der LWL-Koordinationsstelle Sucht und die Kolleginnen der Ärztekammer Westfalen-Lippe sind für alle Fragen und Anliegen selbstverständlich für Sie ansprechbar.

Ein gutes Gelingen und herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort

Dr. Michael Schwarzenau
Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Sehr geehrte Frau Westers,
sehr geehrte Referentinnen und Referenten,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

zunächst einmal möchte ich sagen, dass ich mich außerordentlich freue, dass diese 34. Jahrestagung in Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt wird. Unsere Kooperationsbeziehung reicht weit in die Vergangenheit zurück. Wir haben schon seit vielen Jahren, um nicht zu sagen Jahrzehnten, eine gute Kooperationskultur. Und deshalb ist das nicht nur ein Zeichen, sondern im Grunde ein Ausdruck von Kontinuität, dass wir heute diese Veranstaltung mit Ihnen gemeinsam durchführen dürfen. Wir haben ja im Gesundheitswesen an vielen Stellen heute die Anforderung stärker berufsgruppenübergreifend zu arbeiten, integrative Versorgung zu entwickeln, sich aus den Sektorenperspektiven zu lösen und einen stärkeren integrativen Versorgungsansatz zu entwickeln. In dem Feld, in dem Sie arbeiten, ist das schon immer erforderlich gewesen. Das komplexe Krankheits- und Störungsbild von suchtkranken Menschen hat schon immer eine besonders hohe Anforderung gestellt, sowohl an die Fachlichkeit und die Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen, aber auch an die Bereitschaft sich von seinem eigenen Spezialistenblick ein Stück weit zu lösen und den Blick anderer Berufsgruppen, die mit für die Versorgung, Begleitung engagiert sind, zu öffnen.

Und ein Weiteres kommt hinzu. Ich begleite das Thema jetzt auch schon seit über 20 Jahren und muss leider feststellen, dass unter dem Stichwort Entstigmatisierung sich immer noch nicht das eingestellt hat, was wir uns vor 20 Jahren gewünscht haben, nämlich eine Entstigmatisierung sowohl derjenigen, die als suchtkranke Menschen eine Substitutionsbehandlung erhalten, als auch eine Entstigmatisierung, jetzt schaue ich auf die Ärztinnen und Ärzte die dies tun, die sich in diesem Feld engagieren. Es ist heute leider immer noch so, dass diejenigen Ärzte, die sich für die Substitutionsbehandlung einsetzen, ein bisschen in die Schmutzdecke gestellt werden. Und daran muss man permanent arbeiten. Auch Veranstaltungen wie diese dienen dazu, das in den Blick zu nehmen und zu korrigieren. Die gesellschaftliche Perspektive auf suchtkranke Menschen ist nach meinem Dafürhalten immer noch ein gutes Stück weit

von der überholten Sicht geprägt, dass es nur ein entweder oder gäbe, also entweder suchtkrank oder abstinent. Im Bereich der Abhängigkeitsbehandlung von Opioidabhängigen ist die Abstinenz ja eher die Ausnahme. Worum es geht, wissen Sie alle viel besser als ich, weil Sie in dem Feld arbeiten. Es geht darum, eine Linderung zu erreichen, Wiedereingliederung in die Gesellschaft, Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Es geht darum, über die Substitutionsbehandlung die Lebensperspektive der suchtkranken Menschen zu verbessern.

Das Thema, das Sie sich heute gestellt haben „Herausforderung Substitutionsbehandlung- Qualität, Kooperation und Verantwortung“ nennt zentrale Begriffe. Erlauben Sie mir, dass ich diese drei Begriffe jeweils mit einem ganz kleinen Kommentar noch einmal aus meiner Sicht anstrahle.

Ich mache es umgekehrt, ich fange mit der Verantwortung an. In Nordrhein-Westfalen gab es schon vor 30 Jahren, da war Hermann Heinemann Gesundheitsminister, eine Pionierbewegung, die sich von dem eben angesprochenen Abstinenzdogma gelöst hat und sagte, wir brauchen für suchtkranke Menschen andere Wege, als nur die, das Suchtmittel abzusetzen. Die Substitutionstherapie ist damals auch von der Westfälisch-Lippischen Ärzteschaft vorangetrieben worden. Da nenne ich ganz bewusst den ehemaligen Kammerpräsidenten Prof. Ingo Flenker, der sich entgegen des Mainstreams der Ärzteschaft für diese Art der Behandlung eingesetzt hat. Und schon vor drei Jahrzehnten gab es die Bereitschaft, für die Behandlung dieser Patientengruppe, eigene Konzepte zu entwickeln, und bis heute sind wir dabei, diese Behandlungsmethode weiterzuentwickeln. Das was Sie heute in den fachlichen Beiträgen hören, sind Bausteine der Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Und das wird nach meinem Dafürhalten auch die nächsten 20 Jahre so bleiben, weil es ein ganz komplexes Behandlungsfeld ist. Es wird entscheidend darauf ankommen, dass die Sensibilität für diese Besonderheit unter den Beteiligten wachgehalten wird, und Kooperation, so wie sie hierfür besonders erforderlich ist, auch unter veränderten Erkenntnislagen weiter fortgesetzt wird.

Deshalb ist der Austausch aus meiner Sicht so wichtig. Wenn sich in einzelnen Bereichen neue Therapieformen entwickeln, dann muss man darüber sprechen, sie müssen bekannt gemacht werden. Und deshalb ist die Kooperation für die Substitutionsbehandlung nicht nur ein Schlagwort, das man in vielen anderen Kontexten auch hört, sondern Kooperation hat bei der Substitutionsbehandlung einen besonders hohen Stellenwert. Wir haben in der Ärztekammer Westfalen-Lippe seit über 25 Jahren eine sogenannte Beratungskommission Sucht und Drogen. Das sind Ärzte, aber nicht nur Ärzte. Es ist von Anfang an auch ein Kollege aus der Drogenhilfe dabei, um auch schon in den innerärztlichen Diskussionen den Blick zu weiten. Wir haben von Anfang an eine Referentin, Anke

Follmann, die als Sozialpädagogin in diese Aufgabe hinein gekommen ist und heute, ich sag es mal so, zur „Innenausstattung“ der Sucht- und Substitutions-therapieszene in NRW und darüber hinaus gehört. Auch das gehört zur Tradition. Es gab vor über 20 Jahren unter der Federführung des Gesundheitsministeriums das sog. „Landesprogramm gegen Sucht“. Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch einmal an einen Mann erinnern, der das ganz maßgeblich vorangetrieben hat, nämlich Hans-Adolf Hüsgen. Hüsgen ist im Juli dieses Jahres gestorben. Viele von uns haben ihn live erlebt als jemand der mit großem Charisma und großer Hartnäckigkeit und auch in einer Mischung aus Charme und Autorität versuchte die Menschen dazu zu bringen, sich für dieses Thema aktiv einzusetzen. Daraus ist viel Bewegung entstanden. Für mich ist Hans-Adolf Hüsgen einer der Menschen, die mir bleibend im Kopf geblieben sind als Beispiel dafür, dass es doch immer auf Einzelne ankommt. Es sind nicht Strukturen, es sind Menschen die was bewegen. Wir hatten im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht als Ärztekammer die Federführung der AG „Berufsgruppenübergreifende Fortbildung“ übernommen. Daraus ist dann der Kooperationsstag Sucht und Drogen geworden, inzwischen ein etabliertes Gemeinschaftsformat. Und ich sage das bei der Gelegenheit, Frau Follmann und Frau Sarrazin, Sie sind ja die beiden Promotoren dieses Formats. Und wenn ich mich heute zurück erinnere, der erste Kooperationsstag im Februar 2001 in Dortmund in der Fachhochschule, 350 Teilnehmende, mit einem Markt der Möglichkeiten und Fachbeiträgen, da merke ich erschreckend, dass man älter wird. Ich kann mich noch gut erinnern, wie die damals noch sehr jugendlich wirkende Birgit Fischer neben mir saß und wir uns bei der Eröffnung freuten. Aber noch mehr freute mich, dass diese Veranstaltung zu einem dauerhaften Ort der Begegnung und der Kooperation geworden ist. 2017 wird ja dann der neunte Kooperationsstag stattfinden. Das ist auch deshalb wichtig, weil Kommunikation durch nichts zu ersetzen ist. Man muss Orte haben, an denen man sich austauscht, Orte an denen man sich über wechselndes und wandelndes Verständnis unterhält und darüber, auch wieder eine neue Form des gemeinsamen Verständnisses in der Versorgung von suchtkranken Menschen entwickelt.

Ein Satz zum dritten Schlagwort „Qualität“. Natürlich fühlt sich die Ärzteschaft beim Thema Qualität gefordert. Die Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung war für uns als Ärztekammer schon Anfang des Jahrtausends, Anfang 2000 ein wichtiges Thema, das zur Entwicklung des ASTO-Projektes führte. Daraus wurde das ASTO-Handbuch entwickelt, also ein Manual, eine Hilfestellung, in dem für substituierende Ärzte sowohl praktische Hinweise zur Organisation der Substitutionsbehandlung zusammengefasst sind, als auch eine praktische Hilfestellung zur Erfüllung der rechtlichen Anforderungen. Denn da sind ja eine ganze Reihe von Regelungen anders als in der übrigen Versorgung besonders zu beachten und auch strafbewehrt. Deshalb ist es wichtig, dass

man sich in der Substitutionsbehandlung auf sicherem Rechtsgrund bewegt. Ein letzter Satz im Kontext Qualität: Qualifizierung der Berufsgruppen ist jeweils im eigenen Kontext eine Herausforderung. Wir haben im Gesundheitswesen seit einigen Jahren, jetzt mal einen Augenblick von der Substitution weg geschaut, eine Bewegung, die zur stärkeren Qualifizierung der sogenannte Nichtärztlichen Praxisassistenten führt. Vielleicht einfacher ausgedrückt, die Ärzte haben medizinische Fachangestellte, ehemals Arzthelferinnen genannt. Die waren vor ungefähr 10, 12 Jahren Angehörige einer Berufsgruppe, die einen Sackgassenberuf erlernt hatte. Man hatte die Ausbildung, konnte danach noch eine Aufstiegsfortbildung nach Berufsbildungsgesetz absolvieren, aber darüber hinaus gab es kaum Möglichkeiten. Das hat sich heute dramatisch gewandelt. Es gibt heute eine Fülle von Qualifizierungen für medizinische Fachangestellte die dazu dienen, mehr Verantwortung zu übernehmen, mehr delegationsfähige Leistungen zu übernehmen. Ich mache das mal mit einer Zahl deutlich: Wir haben eine Fortbildungsakademie gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die führt im Jahr ungefähr 500 Veranstaltungen durch. Etwa 160 sind Fortbildungsveranstaltungen für die medizinischen Fachangestellten. Und ganz neu wird im Juni nächsten Jahres ein neues 60-stündiges Curriculum bei uns umgesetzt werden, eine 60-stündige Spezialqualifikation „Suchtmedizinische Versorgung“. Es werden medizinische Fachangestellte dahin qualifiziert, sich in der Arbeit der Motivation der Patienten mit einzusetzen, mitzuhelfen persönliche Ressourcen zu aktivieren und auch bestimmte delegationsfähige Leistungen zu übernehmen. Insofern bleibt immer was zu tun. Sie haben heute ein sehr, sehr anspruchsvolles, ein sehr spannendes und sehr vielfältiges Programm. Ich wünsche Ihnen über das Fachliche hinaus interessante Begegnungen, dass Sie die Information für den Alltag nutzen können, und freue mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit zwischen Kammer und LWL. Aber vor allen Dingen wünsche ich Ihnen eine gute Zusammenarbeit im Arbeitsalltag unter den beteiligten Berufsgruppen.

Vielen Dank!

Europäische Perspektiven für eine optimierte Substitutionsbehandlung

Dr. Thilo Beck,
Chefarzt Psychiatrie der arud Zentren für Suchtmedizin,
Zürich, Schweiz

Die Substitutionsbehandlung ist eine der effektivsten Therapien in der Medizin, und doch gibt es kaum eine Behandlung, die derart uneinheitlich angewendet wird. Dabei spielen politische Gegebenheiten und persönliche Überzeugungen oft eine größere Rolle als wissenschaftliche Erkenntnisse. So sind im internationalen Vergleich große Unterschiede bezüglich der Verbreitung und der Zugänglichkeit von Substitutionsbehandlungsangeboten, den strukturellen Voraussetzungen, den bestehenden Richtlinien und der Praxis der Behandlung festzustellen. Die WHO setzt sich für eine globale und flächendeckende Verbreitung der adäquaten Anwendung von Opioiden in der Medizin im Allgemeinen und der Substitutionsbehandlung im Speziellen ein, wobei in vielen Ländern immer noch kein oder ein eingeschränkter Zugang zur Behandlung besteht. Zugang zur Behandlung mit Opioiden wird als ein Menschenrecht beurteilt mit dem Aufruf an die Staaten, die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen entsprechend zu gestalten, wie in dem Bericht „Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances, Guidance for Availability and Accessibility for Controlled Medicines“ dargestellt. Auf Ebene der EU wird neben dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung die Implementierung einer einheitlichen Good Practice und von unterstützenden Richtlinien und Qualitätsstandards angestrebt, wie die drei folgenden Beispiele zeigen.

Im Projekt ATOME geht es um eine Verbesserung der eingeschränkten Verfügbarkeit von Opioiden in 12 osteuropäischen Staaten, wobei für jedes Land die Einschränkungen auf Ebene der Gesetzgebung, der nationalen Politik, des Wissens und der ökonomischen Probleme erhoben wurde, einhergehend mit entsprechenden Empfehlungen.

Das laufende Projekt EQUUS fokussiert auf der Definition von Qualitätsstandards auf praktischer, struktureller und politischer Ebene in den europäischen Mitgliedsstaaten. Nach einer Bestandsaufnahme bestehender Richtlinien wurde eine Gap-Analyse und die Definition minimaler Vorgaben im Konsens-Verfahren unter den Stakeholdern vorgenommen.

Im Ende 2016 abgeschlossenen Projekt „Guiding Principles“ der Groupe Pompidou wurden unter Experten aus 12 Mitgliedsstaaten, weiterer 7 Staaten aus Europa und Übersee, der EMCDDA und der WHO im Delphi-Verfahren ein Konsensus bezüglich grundlegender Standards der Substitutionsbehandlung formuliert für die Bereiche Patientenrechte (Recht auf Behandlung ohne gesetzliche Vorgaben bezüglich Behandlungsführung), Rolle der involvierten Fachpersonen (interdisziplinäre Zusammenarbeit und Koordination, Aus- und Fortbildung, Supervision), Rolle der staatlichen Behörden (Unterstützung der notwendigen Strukturen, Monitoring) und internationale Vernetzung.

Anhand einiger in der EQUATOR Analyse zusammengefassten Ergebnisse des Projekts ACCESS, einer 2011 durchgeführten Befragung von mehr als 3.000 opioidabhängigen Personen in 12 europäischen Nationen werden die unterschiedlichen Verhältnisse bezüglich der Ausgestaltung von Substitutionsbehandlungen in Europa deutlich, wobei die Gründe für diese Unterschiede angesichts der Einheitlichkeit der Patientenpopulation über die verschiedenen Länder wohl eher auf der Angebots- als auf der Bedarfsseite zu suchen sind. Anhand der Entwicklungen in einigen europäischen Ländern (Österreich, Frankreich, Schottland, Dänemark und Schweiz) werden Trends hin zur Gewährleistung leicht zugänglicher und bedarfsgerechter Substitutionsangebote mit Integration der Prinzipien und Zielsetzungen der Schadenminderung dargestellt, wobei an Hand dieser Beispiele die unterschiedlichen politischen, rechtlichen und sozialen Verhältnisse in den einzelnen Ländern und deren Einfluss auf die Gestaltung der Angebote und die Situation der Betroffenen deutlich werden.

In Schottland ist die Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen eingeschränkt mit einer Coverage von knapp 40% und Wartezeiten von 1-2 Monaten. Die Zahl der Drogentodesfälle hat massiv zugenommen, eine offene Drogenszene stellt vor allem im städtischen Brennpunkt Glasgow ein Problem dar. Unter diesem öffentlichen Druck und mit geschicktem Lobbying des Scottish Drugs Forums, einer NGO, die sich für eine Verbesserung der Versorgungssituation einsetzt, wurde nach 3-jähriger Vorlaufzeit 2016 in Glasgow ein Pilotprojekt zur Einführung einer Ambulanz für heroingestützte Behandlung und einem Konsumraum mit Beratungsangeboten von der Stadtbehörde bewilligt. Zurzeit wird ein Businessplan erarbeitet und eine geeignete Liegenschaft gesucht. In Dänemark, wo in Substitutions-Zentren schwergewichtig mit Methadon und in geringerem Ausmass mit Buprenorphin substituiert wird, wurden angesichts der positiven Erfahrungen in anderen Ländern seit 2010 fünf Zentren für heroingestützte Behandlung eröffnet, in denen Heroin einer beschränkten Anzahl von Patienten (ca. 200) zunächst nur intravenös zur Verfügung stand, seit 2013 auch in oraler (Tabletten) Form. In Frankreich wurde nach jahrelangen politischen Querelen 2016 in Paris der erste Konsumraum Frankreichs

eröffnet. Die bisher aus politischen Gründen auf wenige Zentren beschränkten Angebote der methadongestützten Behandlung (die überwiegende Mehrheit der Behandlungen wird von Hausärzten geführt, die nur Buprenorphin verschreiben dürfen) wurden in den letzten Jahren zunehmend ausgebaut, eine wichtige Verbesserung für die Patienten, die auf eine Behandlung mit Teilagogenisten nicht genügend ansprechen.

In der Schweiz steht mit R/S-Methadon, R-Methadon, retardiertem Morphin und Buprenorphin mittlerweile eine breite Palette von Opioiden zur substitutionsgestützten Behandlung zur Verfügung, die massgeblich (mehr als die Hälfte der Behandlungen) durch Grundversorger (Hausärzte) wahrgenommen wird. Retardiertes Morphin hat seit seiner Einführung 2013 im Verhältnis zur Zahl der gesamten Substitutionsverschreibungen einen stetig zunehmenden Anteil zu Lasten von R/S-Methadon.

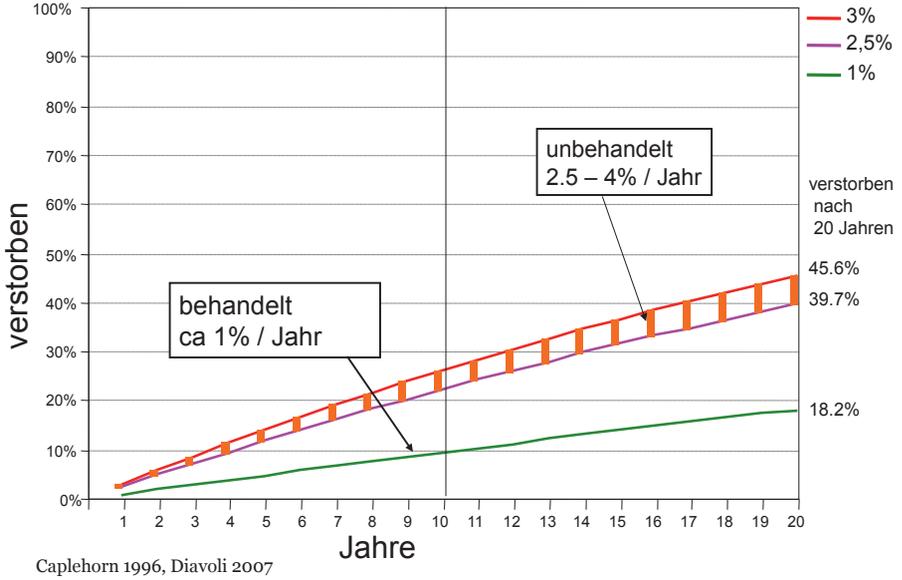
Das Angebot der heroingestützten Behandlung ist leider immer noch auf eine beschränkte Zahl staatlich lizenzierte Zentren beschränkt und muss wegen den mit gesetzlichen Vorgaben einhergehenden Einschränkungen und Auflagen als aus fachlicher Sicht ungerechtfertigt hochschwellig erachtet werden, da wohl ein grösserer Anteil als die aktuell ca. 1.400 Patienten (gegenüber ca. 16.000 in regulärer Substitution) von der Behandlung mit einem kurzwirksamen und schnellanflutenden Agonisten profitieren könnte. Es zeigt sich ein robuster Trend weg vom intravenösen Konsum hin zur oralen Einnahmeform (Tabletten). Unter diesen Voraussetzungen (25jährige, bewährte Praxis, zunehmende orale Einnahmeform) scheint eine Überführung der heroingestützten Behandlung in die Regelversorgung aus fachlicher Sicht durchaus denkbar, zumindest für die mit Tabletten eingestellten Patienten. Eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist unter den gegenwärtigen politischen Bedingungen aber als eher unwahrscheinlich einzuschätzen.

Im Folgenden werden die **Prinzipien eines unter dem Aspekt der Schadenminderung entwickelten Ansatzes der Erbringung von Substitutionsbehandlungen** dargestellt, wie er von Expertengruppen und in Richtlinien zunehmend vertreten wird. Zur Erreichung einer maximalen Coverage und der Vermeidung vorzeitiger Dropouts ist eine partizipative und individualisierte Gestaltung der Behandlung von zentraler Bedeutung. Gegenüber dem bisherigen traditionell paternalistischen Ansatz in der Suchttherapie und in der medizinischen Behandlung vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen erweist sich diese moderne Form des Chronic Care Managements für alle Beteiligten als deutlich attraktiver und erfolversprechender. Dabei geht es um einen niederschweligen, individualisierten und bezüglich der zum Einsatz kommenden

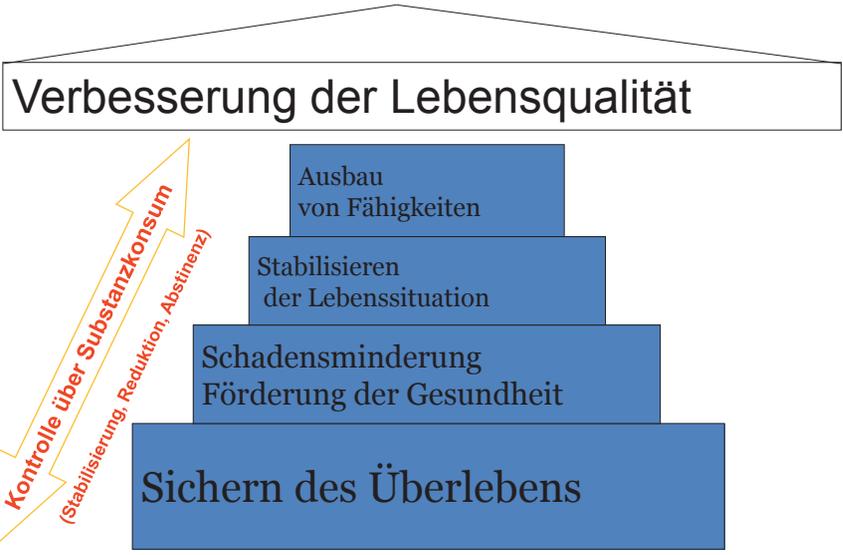
Substitutionsmedikamente möglichst diversifizierten Ansatz, der auf gut und schnell verfügbare Behandlungsangebote mit uneingeschränkter Behandlungsdauer und möglichst wenigen absoluten Auflagen, den aktiven Einbezug der Betroffenen in die Behandlungsgestaltung und auf intrinsische Motivation zur Gewährleistung der notwendigen Adherence aufbaut mit dem Ziel einer bestmöglichen Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität. Eine Schulung der beteiligten Fachpersonen in der Methode der motivierenden Gesprächsführung nach Miller/Rollnick ist für die Umsetzung dieser Form des Chronic Care Managements äusserst hilfreich und setzt sich zunehmend durch. Aus systemisch/politischer Perspektive ist neben der Gewährleistung der notwendigen strukturellen Voraussetzungen die Förderung einer Good Practice auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene zur Festigung und Verbreitung dieses Ansatzes einer bedarfs- und bedürfnisorientierten, patientenzentrierten und niederschweligen Versorgung von vordringlicher Bedeutung. Dabei sollen in professionellen Netzwerken im Rahmen von Guidelines, Fortbildungsangeboten und von Qualitätszirkeln wissenschaftliche Evidenz und Erfahrungen in der Anwendung ausgetauscht, kritisch diskutiert und weiterentwickelt werden.

Eine Regelung der Behandlungsgestaltung durch den Gesetzgeber ist dabei als nicht zielführend und als kontraproduktiv zu beurteilen. Auch im Umgang mit Beikonsum und der Gewährung von Mitgaben erweist sich die Praxis der Substitutionsbehandlung in vielen Fällen noch als zu restriktiv und ist damit der angestrebten grösstmöglichen psychosozialen Reintegration und der Möglichkeit einer möglichst autonomen Lebensführung nicht förderlich. Bezüglich des ziel- und bedarfsgerechten Einsatzes psychosozialer Begleitinterventionen besteht weiterhin Forschungsbedarf. Für eine kohärente, europaweite Entwicklung in Richtung individualisierter und bedarfsgerechter, patientenzentrierter Substitutionsangebote bedarf es einer weiteren Harmonisierung der bestehenden Gesetzgebungen, des Qualitätsmanagements und der klinischen Praxis.

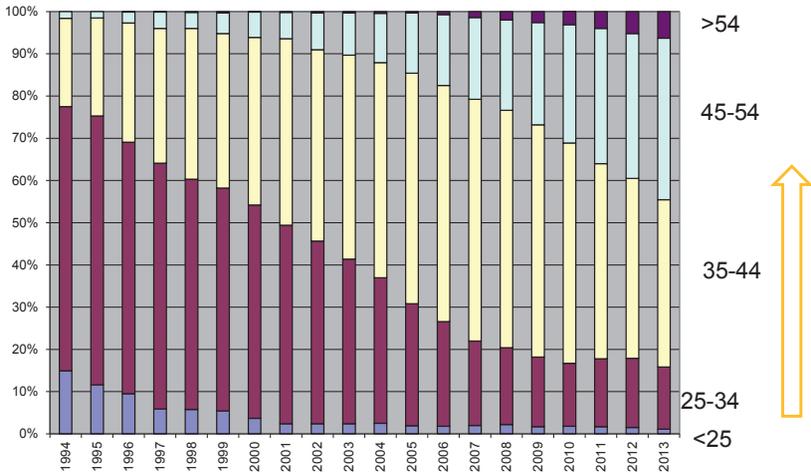
Substitution schützt



adaptierte Zielhierarchie



Ältere Patienten....



Dickson-Spillmann 2014

Herausforderung Komorbidität

Psychische Störungen bei Substanzabhängigen

- Persönlichkeitsstörungen 27 - 69%
- Affektstörungen (MDE) 23 - 56%
- Angststörungen 2 - 55%
- ADHD 5 - 35%
- Schizophrenien 1 - 12%

Diverse epidemiologische Studien aus USA, Australien und England: Grant et al., 2004; Farrel et al., 2001; Teesson et al. 2000; Merikangas et al., 1998; Diverse Studien von Kollektiven in Behandlung.

Schweiz

Platzspitz
1986 – 1992



Platzspitz heute



Was eine gute Behandlung ausmacht

Evidence based
good practice

- (WHO/International/national) Guidelines
- Minimum standards

Patienten-
freundlich

- Patient rights
- Patient satisfaction
- Patient voices

Ziele und Evidenz der Psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger

Prof. Dr. Daniel Deimel
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Aachen

Ausgangslage

Die Frage nach der Wirksamkeit beschäftigt zunehmend die Praxis der Sozialen Arbeit (vgl. Borrmann & Thiessen, 2016; Sommerfeld & Hüttemann, 2007) und ebenso die Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe. Im Folgenden wird eine Standortbeschreibung zur Wirksamkeit der psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger vollzogen und einige damit in Verbindung stehende Konfliktlinien aus der Versorgungspraxis dargestellt. Ausgehend von einer Analyse der aktuellen Versorgungssituation werden Befunde zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionsformen in der Behandlung Opiatabhängiger vorgestellt. Abschließend werden in einem Ausblick Entwicklungsbedarfe für eine evidenzbasierte psychosoziale Betreuung Substituierter skizziert.

Zur Situation der PSB in der Substitutionsbehandlung

Die substitutionsgestützte Behandlung hat sich seit den ersten Modellprojekten in den 1990er Jahren zur Regelbehandlung Opiatabhängiger in Deutschland entwickelt. Inzwischen befinden sich von den geschätzten 200.000 - 300.000 Opiatabhängigen (Langer et al. 2011) bundesweit rund 77.200 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 1).

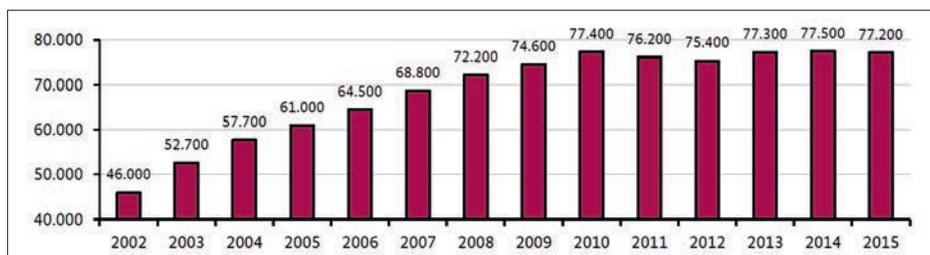


Abbildung 1: Gemeldete Substitutionspatienten (BfArM, 2016).

Die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger umfasst neben einer umfangreichen medizinischen Versorgung, welche die Substitutvergabe beinhaltet, eine psychosoziale Betreuung (PSB) der Patienten. Die rechtliche Grundlage hierfür bildet die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV). Hier heißt es in § 5, dass eine Substitutionsbehandlung „erforderliche, psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“ beinhalten soll. In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird die psychosoziale Betreuung näher definiert. Dort heißt es: „Gegenstand der psychosozialen Maßnahmen ist es die Erreichung der identifizierten Therapieziele durch geeignete Hilfen zu befördern. Dies erfordert die Einbeziehung von Einrichtungen und Professionen des Suchthilfesystems. Eine psychosoziale Betreuung (PSB) erfolgt nach den von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards. Art und Umfang richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre Verfügbarkeit ist von den zuständigen Kostenträgern sicherzustellen“.

Soweit ist die PSB ausreichend beschrieben und deren Ziele klar definiert – oder auch nicht! Erstaunlicherweise stammt diese Definition aus der Ärzteschaft und nicht aus der Profession der Sozialen Arbeit, welche die psychosozialen Betreuungsmaßnahmen initiiert und deren Verfügbarkeit sicherstellt. Zudem bleiben einige grundlegende Aspekte in dieser Definition offen, welche im Folgenden näher ausgeführt werden:

1. Was sind die bedeutsamen (psychosozialen) Therapieziele?
2. Welche Akteure der Drogenhilfe entwickeln die Standards und wie verbindlich sind diese für Kostenträger und Behandlungspraxis?
3. Wer sind die zuständigen Kostenträger, die eine psychosoziale Betreuung refinanzieren?

Zu den psychosozialen Therapiezielen

In einer Analyse von zehn unterschiedlichen Konzepten und Leistungsbeschreibungen der PSB (Deimel, 2012) konnten eine Vielzahl von psychosozialen Therapiezielen identifiziert werden, auf welche die PSB fokussiert (vgl. Abbildung 2). So soll beispielsweise im **Bereich Arbeit/Qualifizierung** die Integration in den Beruf, Vorbereitung auf Arbeit, Schule und Ausbildung oder eine Unterstützung bei der Klärung der beruflichen Situation realisiert werden. Im **Bereich Finanzen** soll eine Sicherung des Lebensunterhaltes oder auch eine Schuldnerberatung stattfinden. Ziele im **Bereich Justiz** sind u.a. die Verhinderung von Beschaffungskriminalität, die Vermeidung von Prostitution oder auch eine Unterstützung bei juristischen Auflagen. Im **Bereich sozialer Beziehungen** soll an der Beziehungsfähigkeit gearbeitet werden. Neben einer

Unterstützung beim Aufbau von drogenfreien sozialen Beziehungen, soll Hilfe bei der Erziehung von Kindern oder auch bei Konflikten in der Partnerschaft geleistet werden. Im **Bereich Gesundheit & Sucht** sollen Hilfe und Unterstützung bei Suchtfragen und der Suchtdynamik sowie der Reduktion des Beikonsums geleistet werden. Zudem soll in weiterführende oder begleitende Behandlungsmaßnahmen (Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung, psychiatrische Versorgung) vermittelt werden. Darüber hinaus soll im Rahmen einer Schadensminimierung eine Hepatitis und HIV-Prophylaxe stattfinden. Die Klienten sollen im **Bereich Wohnen** Hilfe bei der Sicherung des Wohnraumes, der Wohnungssuche oder bei Obdachlosigkeit erhalten. Im Rahmen der PSB soll im **Bereich Freizeit** eine Tagesstruktur und sinnhafte Freizeitgestaltung aufgebaut werden. Zu guter Letzt wurde der **Bereich Soziale Kompetenzen und Unterstützung** identifiziert. Hier geht es um Unterstützung in sozialen Angelegenheiten und dem Aufbau sozialer Kompetenzen sowie Unterstützung bei Behördenangelegenheiten.

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

Abbildung 2: Therapieziele und Inhalte der psychosozialen Betreuung Substituierter (Deimel, 2012: 81).

Zu den Standards der psychosozialen Betreuung Substituierter

Zwischen 1995 und 2010 wurden mindestens 11 Standards oder Handlungsempfehlungen für eine PSB veröffentlicht (vgl. Abbildung 3). Hier stellt sich nun die Frage, welcher Verband oder Organisation den Auftrag, von wem auch immer, erhalten hat, entsprechende Richtlinien oder Standards zu entwickeln und welche politischen Ziele damit verfolgt werden. Neben den WHO Guidelines für die begleitenden psychosozialen Maßnahmen in der Pharmakotherapie Opiat-abhängiger (WHO, 2009) finden sich eine Vielzahl von Standards unterschiedlicher Fachverbände aus der deutschen Suchthilfe (Bsp. Akzept e.V., Bayerische

Organisation	Autoren	Jahr	Titel
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik	Scholz et al.	1995	Leitlinien für eine psycho-soziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung
Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren	Bühringer et al.	1995	Methadon-Standards
Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis	Tretter et al.	2001	Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer
Fachverband Drogen und Rauschmittel & Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe	Ackermann et al.	2003	Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter
Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Fachgruppe: Landesstelle für Suchtfragen		2003	Standards für die psychosoziale Begleitung substituierter Drogenabhängiger in Rheinland-Pfalz
Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW	Schay et al.	2004	Finanzierung psychosozialer Betreuung substituierter Drogenabhängiger
Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen		2008	Gemeinsame Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Land Bremen
Weltgesundheitsorganisation	Davoli et al.	2009	Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence
Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg		2009	Landeseinheitliche Standards der Suchthilfe in Baden-Württemberg für die psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen		2010	Positionspapier Psychosoziale Betreuung Substituierter
Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren	Bunde et al.	2010	Sächsische Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger

Abbildung 3: Standards und Handlungsempfehlungen für eine psychosoziale Betreuung Substituierter (Deimel & Stöver 2015a: 23).

Akademie für Suchtfragen, AG Dropo NRW, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen etc.) sowie Empfehlungen auf kommunaler oder Landesebene (Land Bremen, Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren u.a.).

Es existieren somit nicht *die* (einen verbindlichen) Standards *der* (einen klar benannten) Suchthilfe! Neben diesem Konflikt, vieler divergenter Standards und Richtlinien, kommt erschwerend hinzu, dass die Profession Soziale Arbeit, anders als andere Gesundheitsberufe, kein Standesrecht besitzt. Somit existiert keine Institution aus der Profession heraus, welche verbindliche Aussagen über die Zielsetzung, Rahmenbedingungen der Leistungserbringung oder die Qualifikation der Fachkräfte tätigt.

Zur Kostenträgerschaft der psychosozialen Betreuung Substituierter

Gemäß der BtMVV soll die PSB durch die zuständigen Leistungsträger sichergestellt werden. Da dieser Teil der substitutionsgestützten Behandlung keine Regelleistung gemäß dem SGB V darstellt, existiert keine Möglichkeit der Refinanzierung über die gesetzlichen Krankenversicherungen. Bedingt durch die föderalen Strukturen in Deutschland haben sich in der Praxis divergente Strukturen der Finanzierung und Kostenträgerschaft auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen entwickelt (Deimel & Stöver 2015b). Einen Sonderfall stellen inhaftierte Opiatabhängige dar, die in Haft substituiert werden. Hier wird die PSB in der Regel durch den Vollzugsdienst und nicht durch ausgebildete Fachkräfte der Sozialen Arbeit erbracht. Aus dieser Situation heraus hat sich eine äußerst divergente Versorgungslandschaft in Deutschland entwickelt (vgl. Abbildung 4). So lassen sich folgende Modelle in der Praxis finden:

- Substitutionsambulanzen, in denen Medizin und PSB integriert zusammenwirken
- Niedergelassener Arzt (Substitution) & PSB durch kommunale Suchtberatungsstelle
- Niedergelassener Arzt (Substitution) & PSB im Rahmen von ambulant betreutem Wohnen (BeWo)
- Schwerpunktpraxen: niedergelassene Ärzte (Substitution), welche eigenes Personal für die PSB beschäftigen
- Haftanstalten: Substitution durch den Gefängnisarzt & PSB durch den Vollzugsdienst

Ausgangslage: OST in Deutschland



Abbildung 4: Versorgungslandschaft der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger.

Verortung und Ziele der PSB aus der Perspektive Klinischer Sozialarbeit

Eine Suchterkrankung ist, im Sinne integraler ätiologischer Konzepte, bio-psycho-sozial bedingt (Tretter, 1998) und entwickeln sich aus einer konflikthafte Person-Umwelt Interaktion (person-in-environment-Perspektive) heraus. Die Suchterkrankung wirkt einerseits als manifeste Störung auf das Individuum. Darüber hinaus wirkt sie auf das soziale Umfeld (z.B. Familiensystem) des Betroffenen. Alle drei Faktoren interagieren miteinander und sind für die Aufrechterhaltung der Störung und den Genesungsprozess entscheidend.

Um der Suchterkrankung angemessen zu begegnen, muss die PSB daher auf den drei Ebenen Person, Störung und Situation (Umfeld) abzielen und wirksam sein (vgl. Abbildung 5).

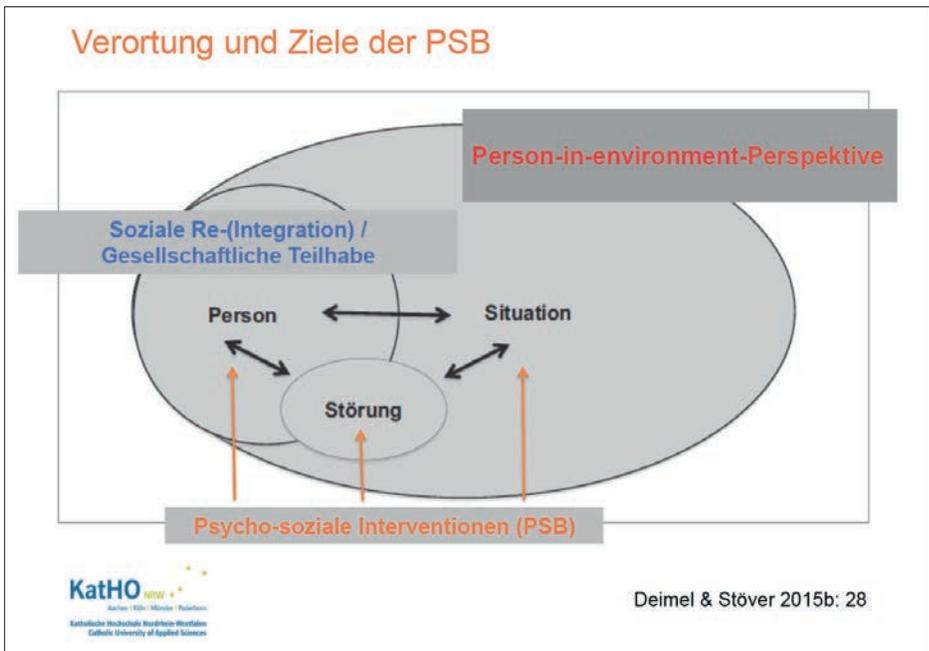


Abbildung 5: Verortung und Ziele der psychosozialen Betreuung Substituierter.

Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen kann eine psychosoziale Betreuung wie folgt definiert werden:

Die psychosoziale Betreuung (PSB) ist ein integraler Bestandteil der Substitutionsbehandlung. Sie zielt auf die psycho-soziale (Re-)Integration sowie gesellschaftliche Teilhabe der Klienten ab. Neben einer verbesserten gesundheitlichen Situation soll eine gelingende Passung im Klient-Umwelt-System erzielt werden. Die PSB ist genuine Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit und beinhaltet psychosoziale Diagnostik, Einzelfallhilfe, Case Management, Krisenintervention und eine Verlaufsevaluation unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Suchtforschung und Suchttherapie.

Befunde zur Evidenz der PSB

Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist nach Sackett et al. der (...) „Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett et al., 1996: 71).

Nach Haynes et al. (1996) entwickelt sich Evidenz aus den drei Perspektiven von klinischer Forschung, Erfahrungswissen der Kliniker (Arzt, Pflegekraft, Sozialarbeiter etc.) und eben auch durch die Erfahrungen und Wünsche des Patienten. Aus der Schnittmenge dieser drei Blickwinkel, sie sind allesamt wichtig und erforderlich, wird die bestmögliche Evidenz generiert und schließlich ausgehandelt. Als Resultat dieses Prozesses lassen sich Standards für eine spezifische Intervention erarbeiten und herleiten (vgl. Abbildung 6). Dieser Prozess fand allerdings für die PSB in Deutschland nicht statt.

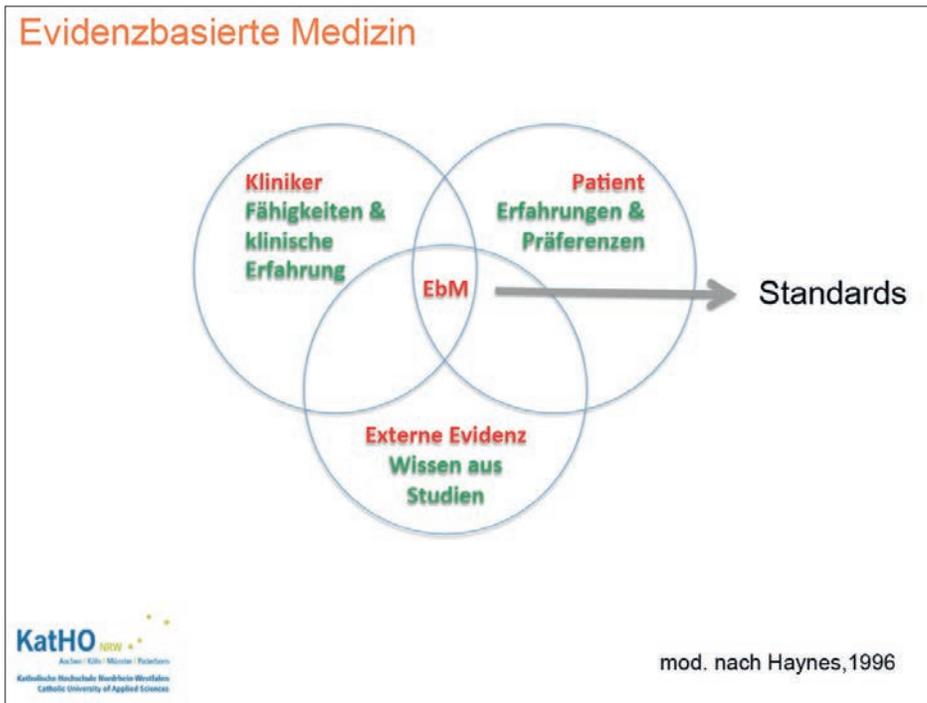


Abbildung 6: Modell der evidenzbasierten Medizin (EbM).

Im Folgenden wird auf die externe Evidenz näher eingegangen in dem ausgewählte Studien zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Opiatabhängigkeit vorgestellt werden.

Internationale Studienlage: Cochrane Collaboation

Die Cochrane Collaboration ist eine Wissenschaftsorganisation, welche sich zur Aufgabe gemacht hat durch Übersichtsarbeiten und Metaanalysen die Wirksamkeit von spezifischen klinischen Interventionen darzustellen. In der ersten Übersichtsarbeit von Mayet et al. (2014) wurde die grundsätzliche Wirksamkeit

von psychosozialen Interventionen (außerhalb einer Substitutionsbehandlung) dargestellt. In diese Übersichtsarbeit wurden fünf randomisierte kontrollierte Studien (RCT's) (vier aus den USA und eine aus Großbritannien mit insgesamt 389 Teilnehmern eingeschlossen). Die sechs analysierten psychosozialen Interventionen hatten überwiegend eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung. Die Outcome-Kriterien, an denen der Erfolg der Behandlung bemessen wurde, beziehen sich überwiegend auf medizinische und psychologische Dimensionen (Substanzkonsum, Suchtdruck, Haltekraft, Mortalität etc.). Lediglich das Kriterium „Lebensqualität“ hat eine psychosoziale Ausrichtung. Das *Enhanced outreach counselling* sowie das *Reinforcement-based intensive outpatient treatment in Kombination mit Kontingenzmanagement* haben signifikant bessere Ergebnisse erbracht, als die Standardbehandlung. Limitierende Faktoren in dieser Analyse waren die heterogenen Programme, die unterschiedlichen Behandlungssettings, die divergente Behandlungsdauer, die geringe Teilnehmerzahl und die geringe Studienlage.

Das zweite Cochrane-Review (Amato et al. 2011a) analysiert die psychosoziale Behandlung im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Hier wurden 35 RCT's mit 4.319 Teilnehmern eingeschlossen. Der überwiegende Teil der Studien (n = 31) stammt auch hier aus den USA, eine Untersuchung wurde in Deutschland erstellt. Insgesamt wurden 13 unterschiedliche psychosoziale Interventionen analysiert, welche sich in vier Gruppen gliedern lassen: verhaltenstherapeutische Interventionen, psychoanalytisch orientierte Interventionen, beratende Interventionen und sonstige Interventionen. Die primären Outcome-Kriterien bezogen sich auf innerpsychische und somatische Faktoren wie Suchtdruck, psychische Belastung, Grad der Abhängigkeit, Mortalität etc. Das Kriterium „psychosoziale Belastung“ wird auch hier lediglich unter der Kategorie „Lebensqualität“ subsumiert. Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine Kombination der dargestellten psychosozialen Interventionen in Kombination mit einer Substitutvergabe einer ausschließlichen Pharmakotherapie hinsichtlich der Haltekraft, Opiatabstinenz, Compliance und psychiatrischer Symptomatik nicht überlegen sind. Auch konnte keine psychosoziale Intervention identifiziert werden, welche den anderen Maßnahmen überlegen ist. Limitierende Faktoren waren die kurze Behandlungsdauer sowie die geringe Anzahl an Studienteilnehmer in den einzelnen Studien. Auch hier stammten die überwiegenden Untersuchungen aus den USA.

Das dritte Review (Amato et al, 2011b) befasst sich mit der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen in Kombination mit einer Substitutvergabe gegenüber einer alleinigen Substitutvergabe im Rahmen einer Entzugsbehandlung. Das Review schließt elf Studien mit 1.592 Studienteilnehmern ein. Die psychosozialen Interventionen gliederten sich in verhaltenstherapeutische In-

erventionen, beratende Unterstützungsformate sowie Familientherapie. Zehn Studien stammen aus den USA und eine aus Großbritannien. Auch hier waren die Outcome-Kriterien überwiegend aus der Versorgungsperspektive (Haltekraft der Behandlung, Einbindung in weitere Maßnahmen) oder suchtdynamische und verhaltensbezogene Faktoren (Mortalität, Compliance während der Studie, Opioid-Abstinenz während der Behandlung und zum follow-up, Konsum weiterer Drogen). Die Patienten profitierten überwiegend von einer Kombination aus psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie während der Entzugsbehandlung gegenüber einer reinen medikamentösen Behandlung. Der limitierende Faktor war, so die Autoren des Reviews, die Heterogenität der Bemessung der Outcome-Kriterien.

Deutlich wird bei diesen Reviews, dass einerseits die eingesetzten psychosozialen Interventionen eine starke psychotherapeutische Prägung haben und nicht mit dem übereinstimmt, was unter dem Format psychosozialer Betreuung in Deutschland verstanden wird. Zudem stammen die überwiegenden Studien aus den USA. Das Versorgungssystem und die strukturellen Rahmenbedingungen, in denen die Behandlung stattfindet, sind nicht auf die Situation in Deutschland zu übertragen.

Nationale Studienlage

In Deutschland existieren verhältnismäßig wenige Studien, welche die Wirksamkeit der PSB zum Gegenstand hatten. Im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojektes zur Diamorphinvergabe (Heroinstudie, RCT-Design mit $n = 1.015$ Teilnehmern) wurde als Teilprojekt die Wirksamkeit zweier psychosozialer Interventionsformen miteinander verglichen. Die beiden PSB-Formate waren Gruppenpsychoedukation in Kombination mit klassischer Drogenberatung sowie Case Management in Kombination mit motivierender Gesprächsführung. Eine Nicht-Teilnahme an der PSB wurde im Rahmen der Studie nicht sanktioniert. Es zeigte sich, dass es keinen Unterschied hinsichtlich der Interventionsform gab. Jedoch konnten die Nutzer der psychosozialen Betreuung ihre gesundheitliche Situation gegenüber den Nicht-Nutzern der Betreuung signifikant verbessern (Kuhn et al., 2007).

Im Rahmen der PREMOS-Studie (Wittchen et al., 2011a & 2011b) sollten die langfristigen Effekte der Substitutionsbehandlung abgebildet werden. In dieser Verlaufsstudie wurden die Daten von $n = 2.284$ Patienten in 223 Behandlungszentren über sechs Jahre erfasst und ausgewertet. Es wurde deutlich, dass es im Verlauf der Behandlung zu einer Reduktion der PSB und deren Intensität kommt. Die substituierenden Ärzte beurteilten den Bedarf einer PSB bei jedem zweiten Patienten als nicht mehr oder im geringen Umfang als notwendig an.

In der PSB-Studie (Deimel, 2013) wurde in einem naturalistischen Studiendesign die PSB evaluiert. Insgesamt wurden $n = 100$ Substituierte in den beiden Settings „integrierte Versorgung“ (Substitutionsambulanzen) sowie „geteilte Versorgung“ (Substitution durch niedergelassenen Arzt und PSB durch BeWo oder Suchtberatungsstelle) mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Als Referenzgruppen wurde Daten von nicht-drogenabhängigen Personen und Opiatabhängige ohne PSB herangezogen. Als Evaluationskriterien wurden die folgenden Faktoren ermittelt: Psychosoziale Belastung (Arbeit, Wohnen, juristische Probleme, Finanzen und familiäre Situation), Drogenkonsum, Stressniveau der Patienten, Soziale Unterstützung, Inkongruenzniveau (in Anlehnung an Grawe) sowie die Zufriedenheit mit der PSB aus Sicht der Patienten. Im Folgenden werden ein paar Studienergebnisse skizziert:

Die substituierten Opiatabhängigen waren dreieinhalb Mal höher psychosozial belastet als die Vergleichsgruppe der nicht Drogenabhängigen. Abbildung 7 zeigt die Ergebnisse anhand der erhobenen PREDI-Subskalen. Es wird deutlich, dass die größten Differenzen in den Bereichen Wohnsituation, finanzielle Situation, rechtliche Situation, Drogenkonsum und soziokulturelle Situation ermittelt wurden. Daher sollte sich die PSB auf diese Lebensbereiche fokussieren und hier zu Verbesserungen führen.

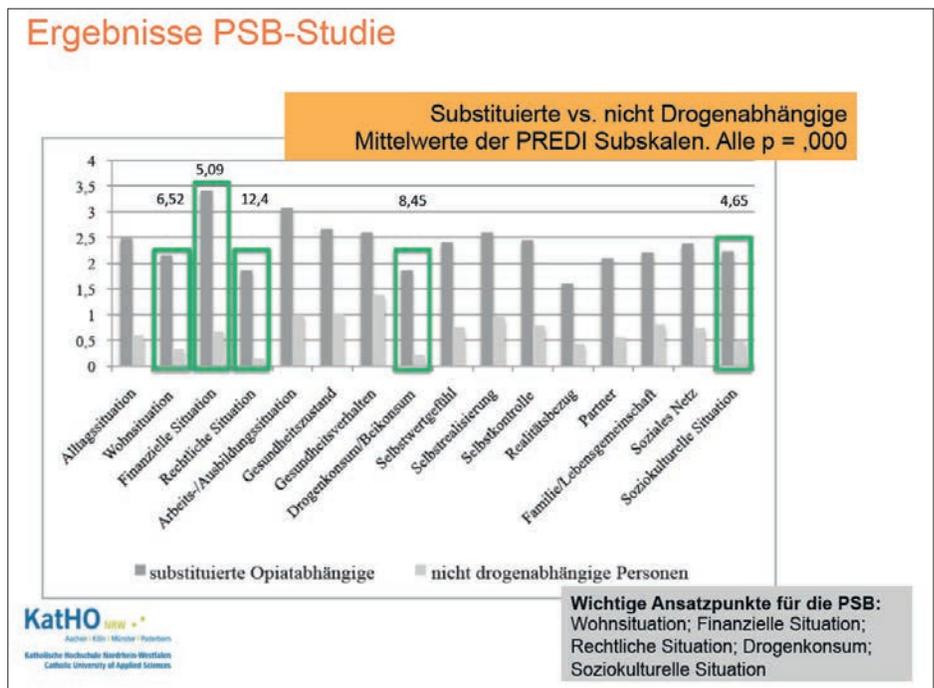


Abbildung 7: Psychosoziale Belastung von substituierten Opiatabhängigen und Nicht-Drogenabhängigen.

Im direkten Vergleich zwischen den unbehandelten Opiatabhängigen und den substituierten Opiatabhängigen mit psychosozialer Betreuung konnte eine geringere psychosoziale Belastung ermittelt werden. Eine signifikant geringere Belastung wurde in den Bereichen Drogenkonsum, Realitätsbezug sowie Familie & Lebensgemeinschaft ermittelt. Zumindest auf deskriptiver Ebene zeigten die betreuten Substituierten eine geringere Belastung in den Bereichen Alltagssituation, rechtliche Situation, Selbstwertgefühl, Selbstkontrolle und Partnerschaft (vgl. Abbildung 8).

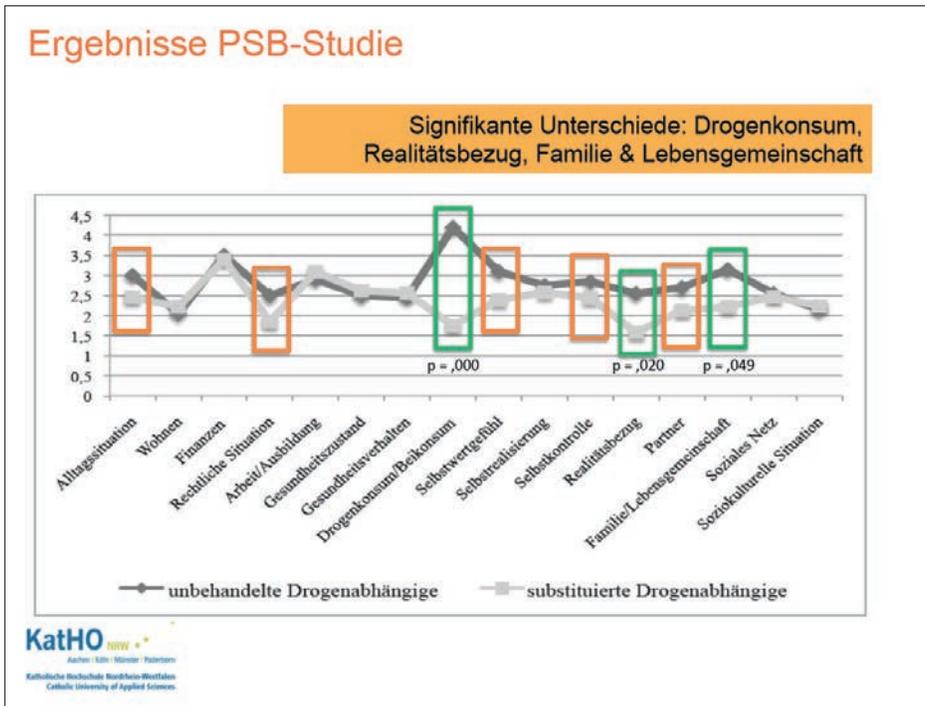


Abbildung 8: Psychosoziale Belastungen von unbehandelten und substituierten Opiatabhängigen.

Darüber hinaus konnten die substituierten Opiatabhängigen signifikant besser ihre wichtigen motivationalen Ziele realisieren, als dies bei den unbehandelten Opiatabhängigen der Fall war ($p = .012$, Mittlerer Rang: 63,56 zu 42,4 gemessen im K-INK).

Ausblick: Entwicklungsbedarfe auf dem Weg zu einer evidenzbasierten PSB

Folgende Entwicklungsbedarfe sind auf dem Weg zu einer evidenzbasierten PSB identifizierbar:

1. Im Diskurs um die Wirkung und Effektivität der psychosozialen Betreuung sollte die Soziale Arbeit deutlich stärker als bisher die Effekte dieser Intervention abbilden.

Die Befunde aus der Forschung scheinen für Praktiker ernüchternd zu sein, da sie mit der Betreuungsrealität und deren Rahmenbedingungen häufig nur schwer in Verbindung gebracht werden kann. Auch wenn RCT-Studien als Goldstandard für den Nachweis von Wirksamkeit spezifischer Interventionen gelten, sollte eine Evidenzbasierung nicht auf diesen Forschungsansatz und Studiendesign reduziert werden. Als eine Ergänzung zu den Forschungsbemühungen aus dem Wissenschaftsbetrieb sollten Bemühungen aus der Praxis verstanden werden, die Ihre Erfahrungen systematisch erfassen und analysieren. Dieser Weg der Evidenzgenerierung kann als bottom-up Prozess verstanden werden und wichtige Aspekte in den Diskurs und die Weiterentwicklung des Feldes führen (vgl. Abbildung 9). Wright et al. (2013 & 2017) beschreiben dieses Vorgehen im Rahmen der partizipativen Praxisforschung.

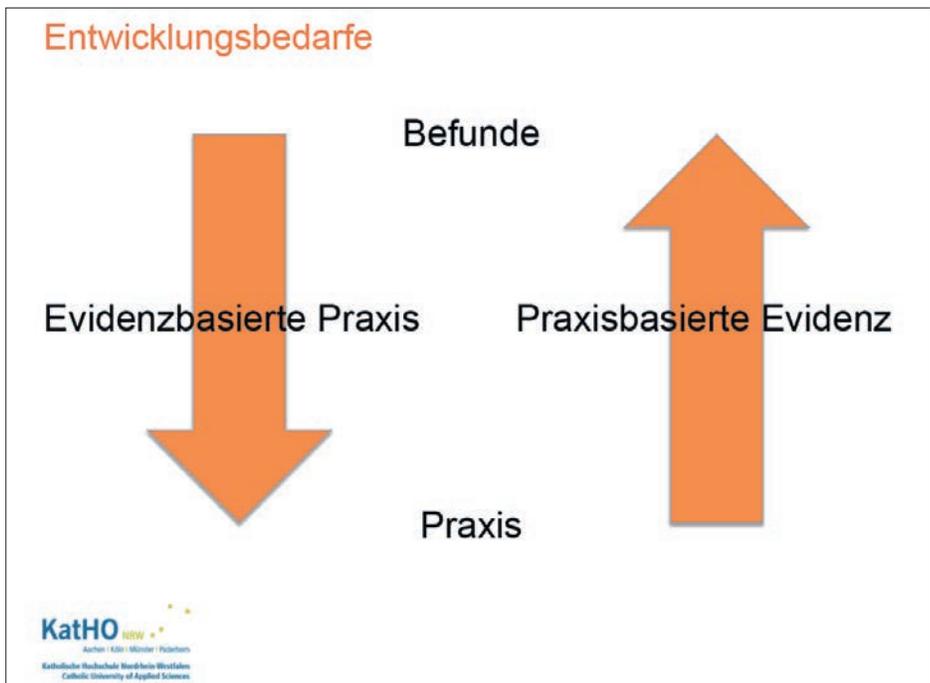


Abbildung 9: Wege der Evidenzgenerierung.

2. Einheitliche Kostenträgerschaft realisieren

Die aktuelle Versorgungslandschaft ist so heterogen, dass eine Wirkung der PSB nicht grundlegend abgebildet werden kann. Zudem wirken partikulare Interessen durch die unterschiedlichen Kostenträger und Leistungserbringer auf das Format PSB ein. Eine einheitliche Kostenträgerschaft ermöglicht vergleichbare strukturelle Rahmenbedingungen, in denen eine Intervention so installiert werden kann, dass ihre Wirkungen abgebildet werden können. Daher sollte die PSB als Regelangebot in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen werden.

3. Breite Zugänge zur PSB ermöglichen

Gemäß den Richtlinien der WHO (2009) soll allen substituierten Opiatabhängigen der Zugang zu psychosozialen Interventionen ermöglicht werden. In diesem Sinne sollte dieser Standard ebenfalls in Deutschland gelten und entsprechend der Zugang zu dieser Leistung flächendeckend realisiert werden. Dies bedeutet, dass inhaftierte Opiatabhängige regelhaft eine psychosoziale Unterstützung durch Fachkräfte der Suchthilfe angeboten bekommen.

4. Bereitstellung von Forschungsmitteln

Durch die Öffentlichkeit und Politik wird immer wieder und berechtigterweise nach der Effektivität und Wirkung von Sozialer Arbeit gefragt. Um die Wirkungen von psychosozialen Interventionen – nicht nur in der Suchthilfe – abbilden zu können ist Forschung unersetzlich. Im Vergleich zu anderen Forschungszweigen stehen diesem Feld jedoch nur sehr begrenzte Mittel zur Verfügung. Daher ist hier die Politik gefordert entsprechende Forschungen stärker als bisher zu fördern und insbesondere die angewandte Forschung zu stärken.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Daniel Deimel
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Aachen
Robert-Schumann-Str. 25
52066 Aachen
d.deimel@katho-nrw.dew

Literatur

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. & Vecchi S. (2011a): Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10,CD004147.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. & Vecchi S. (2011b): Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9,CD005031.
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010. *Deutsches Ärzteblatt*, 107: 511-516.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2016): Bericht zum Substitutionsregister. Online Verfügbar unter: http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht/_node.html
Letzter Zugriff am: 05.02.2017
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 31. Mai 2016 (BGBl. I S. 1282) geändert worden ist. Online verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/btmv_1998/gesamt.pdf
Letzter Zugriff am 05.02.2017
- Borrmann, S. & Thiessen, B. (Hrsg.) (2016): *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin*. Opladen: Budrich.
- Deimel, D. (2012): Die Versorgungspraxis der psychosozialen Behandlung substituierter Opiatabhängiger - die PSB-Studie. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 25(90): 88-97.
- Deimel, D. (2013): *Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit*. Marburg: Tetctum.
- Deimel, D., Stöver H., (2015a) (Hrsg.): *Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie*. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 27(95).
- Deimel, D., Stöver H., (2015b): Psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence in Germany: problems and perspectives. In: *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 17(2-3): 51-58.
- Haynes R. B. , Sackett D. L., Gray J. R. *et al.* (1996): *Evidence-Based Medicine*, 1(7): 196–198.
- Kuhn, S., Schu, M., Vogt I., Schmidt M., Simmedinger, R., Schlanstedt G., Farnbacher G., Verthein U. & Haasen Ch. (2007): Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: *Sucht*, 53, 278-287.

- Langer, K., Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J. T. (2011): Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. In: Suchtmedizin, 13(5): 202-212.
- Mayet, S., Farrell, M., Amato, L. & Davoli, M. (2014): Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD004330.
- Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B. & Richardson W.S. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996, 312(7023):71-72.
- Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007): Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Baltmannsweiler: Schneider.
- Tretter, F. (1998): Ökologie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Bühringer G. & Rehm, J. (2011a): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Im Internet zu finden unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMOS.pdf. Zugriff am 01.11.2013
- Wittchen, H.-U., Träder A., Klotsche, J., Backmund M., Bühringer G. & Rehm J. T., (2011b): Die Rolle der psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin, 13: 258-262.
- Wright, M., Kilian H. & Brandes, S. (2013): Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. In: Gesundheitswesen 75(06): 380-385.
- Wright, M., van den Donk, C. & van Lanen, B. (2017): Partizipative Forschung für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie. In: Bischoff, J., Deimel, D., Walther, Ch. & Zimmermann, R.-B. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 458-470.
- World Health Organization (WHO) (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Online verfügbar unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf Letzter Zugriff am 28.01.2017.

Substitutionsbehandlung in Haft

Bärbel Knorr

Referentin der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.,
Abteilung Drogen, Haft, Frauen und Migration, Berlin

Der nachfolgende Beitrag beruht auf einem Mitschnitt des Vortrags von Frau Knorr während der Jahrestagung. Der überarbeitete und hier vorliegende Text wurde von ihr autorisiert.

Recht herzlichen Dank für die Einladung. Ich will auch direkt mit der Tür ins Haus fallen. Worum geht es eigentlich? Im Prinzip geht darum, dass wir in Deutschland nach wie vor Menschen, die Betäubungsmittel konsumieren, strafrechtlich verfolgen. Das ist unseres Erachtens der Kern des Problems. Wenn wir von dieser Haltung Abschied nehmen würden, bräuchte ich mich hier auch gar nicht großartig hinstellen und über Substitutionsbehandlung im Vollzug sprechen. Dann würde vielleicht der eine oder andere dennoch inhaftiert sein auf Grund anderer Geschichten, aber im Großen und Ganzen wäre das jetzt keine große Herausforderung in Deutschland. Das heißt der Kern ist Entkriminalisierung. Das wurde heute Morgen auch schon gesagt. Und deshalb habe ich gleich eine Bitte an Sie alle, die ja Expertinnen und Experten sind, engagieren Sie sich für dieses Thema und setzen Sie sich ein.

Allgemeine Informationen zum Drogenkonsum in Haft

Gerne möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick geben, worüber wir jetzt reden. Hier in Deutschland gibt es 184 Justizvollzugsanstalten. Wer nicht im Vollzug arbeitet, wie ich selbst auch, geht oft davon aus, es wären viel mehr. Ich glaube, es gibt noch mal weitere ungefähr 100 Teilanstalten, die man als Nichtbediensteter als eigene Häuser wahrnimmt.

Eine erfreuliche Entwicklung ist, dass in den letzten ungefähr 10 Jahren die Zahl der Gefangenen rückläufig ist. Wir hatten vor ungefähr 10 Jahren ca. 10.000 Menschen mehr im Vollzug. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich. Was vermutlich fast gleich geblieben ist, die Anzahl von Frauen in den Haftanstalten. Früher lag ihr Anteil bei ca. 3% heute sind es 5,9%. Das heißt, die absoluten Zahlen werden bei den Frauen so ungefähr gleich geblieben sein, aber dadurch, dass insgesamt die Zahl der Inhaftierten rückläufig ist, ist ihr prozentualer Anteil natürlich damit angestiegen.

Daten zum Vollzug



Foto: Blärbel Knorr

- 184 Justizvollzugsanstalten
- 63.628 Gefangene in JVA (Straf- und U-Haft)*
- davon 3.753 Frauen (5,9%)*
- 238.019 Eintritte (aus Freiheit oder Wechsel JVA)**
- 112.437 Erstaufnahmen (Eintritt aus Freiheit)**
- Weitere 10.471 im Maßregelvollzug (Stand 2013)

*Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, **2012

2

Die Aidshilfe schaut auch immer, wie viele Menschen jedes Jahr den Vollzug durchlaufen.

Das ist für uns immer ein interessantes Thema, wenn es z.B. um HIV-Tests geht. Es ist aber auch ein interessantes Thema für die Drogenhilfe zu schauen, wie viele Menschen einen Abbruch oder eine Unterbrechung in der Beratung und möglicher Weise in der Substitution erfahren. Die Anzahl ist natürlich viel höher als die Anzahl derjenigen, die während des ganzen Jahres im Vollzug waren.

Nicht weiter eingehen werde ich jetzt auf die über 10.000 Menschen im Maßregelvollzug. Der Justizvollzug kriegt von der Deutschen Aidshilfe immer ein bisschen Prügel ab, wenn es um das Thema Substitution oder Infektionsschutz geht. Wir vernachlässigen auch heute wieder das Thema Maßregelvollzug, der eigentlich auch noch ein bisschen mehr Prügel abbekommen müsste. Der Grund ist, dass dort Fachpersonal tätig ist, aber die Substitution dort erst recht nicht stattfindet. Aber das nur als Hinweis am Rande.

Wie lange sitzen Menschen im Vollzug? 23% haben kurze Haftstrafen, also bis zu sechs Monaten, 22% sitzen zwischen 6-12 Monate, der Rest über ein Jahr. Das sind immerhin 55%. Diese Zahlen sind vom Statistischen Bundesamt. Wie viele Drogengebraucher gibt es denn unter den Inhaftierten? Wir werden

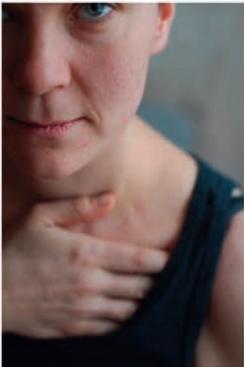
im nächsten Jahr dazu konkretere, genauere Zahlen erhalten. Bisher waren wir immer auf Schätzzahlen aus kleineren Studien angewiesen. Seit Januar 2016 werden im Vollzug die Zugänge mit einer Drogenproblematik erfasst. Wir gehen deshalb davon aus, dass es im nächsten Jahr erstmals wirklich gesicherte Daten geben wird. Heute gehen wir davon aus, dass ungefähr ein Drittel der inhaftierten Männer Drogengebraucher sind und ca. die Hälfte der Frauen Drogengebraucherinnen. Der Drogenkonsum hört in den Haftanstalten ja nicht abrupt auf, er reduziert sich erheblich, das ja, aber dennoch konsumieren Drogengebraucher auch in Haftanstalten weiter. Manche versuchen die Konsumform zu switchen und nicht mehr unbedingt intravenös zu konsumieren. Das gelingt aber nicht immer. Und hier sind wir beim Risikoverhalten in Haftanstalten. Darauf legen wir als Aidshilfe natürlich ein besonderes Augenmerk. So teilen sich manchmal mehrere Personen in Haft eine Nadel, einige teilen immer eine Nadel. Rechnen wir die Zahlen hoch, haben ca. 21% gute Aussichten, sich mit HIV oder Hepatitis C oder B zu infizieren. In Deutschland gibt es aktuell nur noch eine Justizvollzugsanstalt, die eine Spritzenvergabe anbietet.

Substitutionsangebote im Vollzug

Kriterien für ein gutes Substitutionsangebot in Haft sind deutlich beschrieben.



Kriterien guter Substitutionsangebote



- Angebot im geschlossenen und offenen Vollzug
- Möglichkeit der Fortführung außerhalb der Haft begonnen Substitution
- Substitution bei Indikationsstellung während der Haftzeit
- Keine zusätzliche zeitliche Befristung (durch Vorgabe Justizministerium oder Justizvollzugsanstalt)

Foto: Barbara Dietl

Bärbel Knorr7

Dass im offenen und im geschlossenen Vollzug substituiert werden sollte, ist für uns eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Wenn außerhalb des Vollzuges die Indikation für eine Substitution festgestellt worden ist, dann muss auch sichergestellt werden, dass sie dort fortgeführt wird. Wenn sich die Indikation während der Haftzeit stellt, muss natürlich auch dort mit der Substitution begonnen werden, und das zwar ohne eine zeitliche Befristung. Im Moment befristen einige Haftanstalten eine Substitution auf maximal sechs Monate. Selbstverständlich sollte auch sein, dass alle zugelassenen Substitutionsmittel auch eingesetzt werden. Klassischer Weise wird im Vollzug oftmals nur Methadon vergeben. In Niedersachsen gab es gerade einen Schwenk von Methadon auf Polamidon. Bremen macht das ab Januar 2017 auch. Es gibt also immer mal wieder kleine Veränderungen, aber defakto wird nur ein Mittel vergeben. Nur wenige Vollzugsanstalten setzen Methadon, Polamidon, Buprenorphin und Substitol, als retardiertes Morphin ein. Das sind allerdings die absoluten Ausnahmen. Auch in Haft sollte eine psychosoziale Beratung / Betreuung im Angebot sein. Sollte es aus irgendwelchen Besonderheiten direkt in der Vollzugseinrichtung nicht möglich sein, so sollte zumindest das Angebot der Verlegung gemacht werden. Denn auch für den Vollzug gelten die gesetzlichen Regelungen.

Die Deutsche Aidshilfe hat vor ungefähr 15 Jahren eine Broschüre zum Thema Substitution in Haft herausgegeben.



Kriterien guter Substitutionsangebote



- Einsatz aller zur Substitution zugelassenen Mittel
- Psychosoziale Beratung
- In allen Justizvollzugsanstalten, bzw. Angebot der Verlegung
- Beachtung der gesetzlichen Regelungen

Foto: Barbara Dietl

Bärbel Knorr8

Sie hat einen Stempel auf dem ‚Eigentumsvorbehalt‘ steht. Das bedeutet, dass sie uns zurück geschickt werden soll, wenn sie von einem Gefangenen bestellt wurde, sie ihm aber nicht ausgehändigt wird. Darüber möchten wir gerne herausfinden, welche Informationen an die Gefangenen nicht weitergegeben werden. Das mag für Sie ein bisschen verrückt klingen. Aber eine unserer Broschüren hat sogar schon mal in Karlsruhe beim Bundesverfassungsgericht gelegen. Das Verfahren ist positiv für uns ausgegangen. Diese kleine Broschüre ist also schon ziemlich alt. Am Ende stehen die Regelungen der Bundesländer. Jeder einzelne Satz, jeder Punkt und jedes Komma ist mit dem jeweiligen Justizministerium abgesprochen. Wir veröffentlichen also die Sichtweise der Justizministerien in den einzelnen Bundesländern. Dafür werden wir auch kritisiert. Das sei doch nicht die Praxis. Es sei doch Schönfärberei. Und wir antworten darauf, ja, das mag hier und da auch stimmen, aber auf der anderen Seite haben die Gefangenen auch die Möglichkeit mit diesen Informationen evtl. den Klageweg zu beschreiten.

Verschiedene Fragen haben wir regelmäßig den Justizministerien gestellt. Hier ein Auszug aus den Ergebnissen:

Gibt es bei Ihnen Substitutionsangebote im Bundesland?

Nahezu alle Bundesländer haben Substitutionsangebote für Inhaftierte. Bayern sagt, es gebe kein Substitutionsprogramm, aber im absoluten Einzelfall wird substituiert. Im Saarland gibt es eine Besonderheit. Das Saarland ist nicht besonders groß. Substitution gibt es im offenen Vollzug aber im geschlossenen nicht, zumindest zum jetzigen Zeitpunkt nicht.

Wird eine begonnene Substitution im Strafvollzug fortgeführt?

Ist die Fortführung der Substitution im Vollzug gewährleistet?

Die meisten Bundesländer sagen: ‚Ja, gar kein Problem, das machen wir.‘ Brandenburg hatte bei der letzten Befragung 2013-14 angegeben, nur bei sehr kurzen Haftstrafen die Substitution fortzuführen. Dort gab es früher die Besonderheit, dass drogengebrauchende Frauen nach Berlin überstellt worden sind. Diese Frauen saßen in Brandenburg gar nicht ein. Das hat sich jetzt geändert. Bayern, wie gesagt, immer eine Besonderheit, bis auf eine Handvoll Menschen in Nürnberg wurde dort 2013-2014 nicht substituiert.

Wird im Strafvollzug bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation mit einer Substitution begonnen?

Da sagt Sachsen-Anhalt ‚Nein, das ist für uns kein Grund in der Haft mit einer Substitution zu beginnen.‘ Das gleiche sagte Brandenburg. Bayern substituiert nur in Ausnahmefällen, bei bestehender Schwangerschaft oder sehr schwerer Erkrankung. Leider habe ich nicht herausgefunden, welche Erkrankung so

schwer ist, dass sie dann substituieren. Weder eine Aids-Erkrankung noch eine fortgeschrittene Hepatitis C waren ein Grund, genauso wenig eine Krebserkrankung. Wir haben dann die einzelnen Indikationen noch mal abgefragt. Schwere Erkrankung und Drogenabhängigkeit sind für uns kein Grund zur Substitution sagen Thüringen, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Bayern.

Werden drogenabhängige schwangere Frauen substituiert?

Bei der Substitution inhaftierter schwangerer Frauen sehen die Antworten sehr unterschiedlich aus. Wieder sind es die Bundesländer Thüringen, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Bremen, die in diesem Fall nicht substituieren. Brandenburg hatte allerdings die Besonderheit, dass dort die Frauen nicht inhaftiert waren, weil sie nach Berlin überstellt wurden. Das Saarland hat ebenfalls keine Frauen in der Haftanstalt, daher können sie in dem Fall auch nicht substituieren.

Wird zur Entlassungsvorbereitung substituiert?

Für drogengebrauchende Gefangene, die während der Haft nicht substituiert worden sind und entlassen werden, besteht zum Zeitpunkt der Haftentlassung ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Das haben verschiedene Studien gezeigt. Damit kann unterschiedlich umgegangen werden. Es könnte z.B. Naloxon, ein Opiantagonisten, vergeben werden. Man könnte auch einfach über den eigenen Schatten springen und z.B. drei Monate vor Haftentlassung substituieren. Auch gibt es Unterschiede in den Bundesländern. Etliche Bundesländer sind nicht dazu bereit. Neben Sachsen-Anhalt sind das auch Brandenburg, Schleswig-Holstein und Hessen. Thüringen und Bayern substituieren zur Haftentlassung im Einzelfall, Sachsen und Hamburg haben gar keine Angabe dazu gemacht.

Wird bei einem Transport substituiert?

Wenn Gefangene wegen Gerichtsterminen oder Sonstigem von einem Bundesland ins andere überstellt werden, sind sie auf Transport. Und der Transport der dauert lange. Das kann man nicht mit einer Zugfahrt vergleichen. Sie sind teilweise Wochen unterwegs. Was passiert dann mit den Betroffenen, wenn in NRW substituiert wird und in Bayern nicht? Ist dann sichergestellt, dass die Patienten auf dem Transport substituiert werden? Und da war die Antwort aus Schleswig-Holstein: ‚Nein, das machen wir nicht.‘ Ich weiß zwar, dass das in Schleswig-Holstein gemacht wird, aber ich bilde es in der Grafik so ab, wie die offizielle Antwort war. Aus Hamburg kam keine Antwort, alle anderen Bundesländer stellen die Substitution beim Transport sicher.

Transport

Substitution während des Transports



Wird ohne zeitliche Begrenzung substituiert?

Die meisten Bundesländer sagen inzwischen, dass sie ohne zeitliche Begrenzung von Seiten der Justiz substituieren, zumindest die, die geantwortet haben. Niedersachsen ist da so ein bisschen ausgeschlagen und sagt, das sei sehr stark situationsabhängig. Brandenburg und Bayern substituieren eigentlich nur mit zeitlicher Begrenzung.

Werden Inhaftierte verlegt, damit sie eine Substitutionsbehandlung bekommen können?

Diese Frage haben viele Bundesländer gar nicht beantwortet. Da würde ich einfach mal behaupten, dass die, die da nicht geantwortet haben, auch keine Verlegung anbieten. Hessen war als einziges Bundesland so mutig zu sagen: ‚Nein, eine Verlegung bieten wir nicht an.‘

Eigene Verwaltungsvorschriften zur Substitution haben Niedersachsen und Baden-Württemberg. Es gibt eine Besonderheit, oder gab es, in Baden-Württemberg. Es war das einzige Bundesland, das eine rechtliche Voraussetzung zur Diamorphinvergabe im Vollzug geschaffen hatte. Mit großem Engagement wurde die Idee verfolgt, in der JVA in Stuttgart die Diamorphinvergabe im Bedarfsfall durchzuführen. Defakto kam sie nicht zustande. Meiner Einschätzung nach ist das Vorhaben bei den Anstaltsärzten nicht so gut angekommen. Die



Bereitschaft fehlte, sich wirklich darauf einzulassen. In zwei Fällen wurde die Idee umgesetzt. Aber nicht im Vollzug, die Gefangenen wurden zur Ambulanz gebracht, wo dann die Diamorphinvergabe stattfand. Es war enorm personalaufwendig. Es musste aber gemacht werden, weil Gefangene das wollten. Sie hatten den Klageweg beschritten. Der Richter gab ihnen Recht. Wenn es sich um ein offizielles Angebot der JVA handelt, dann muss es die Möglichkeit zur Nutzung auch geben.

Nachdem die zwei Gefangenen entlassen wurden, wurde die Verwaltungsvorschrift geändert. Seitdem gibt es eine Diamorphinvergabe leider auch nicht mehr in Baden-Württemberg.



Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (01.09.2016)

- Klage eines ehem. Gefangenen der JVA Kaisheim
- EGMR sieht Verstoß gegen Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention. Art. 3: „Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“
- Unterlassung der zuständigen Behörden, die Notwendigkeit der Substitution zu prüfen, ist rechtswidrig.
- Die JVA hätte unabhängige Gutachter hinzuziehen müssen.

Mein Vorredner wies auch bereits auf die Klage eines ehemaligen Gefangenen der JVA Kaisheim in Bayern hin. Es waren ursprünglich zwei Gefangene in der JVA Kaisheim, die auf Substitution geklagt hatten. Sie wussten nichts voneinander und haben parallel geklagt. In Deutschland sind sie mit ihrem An-

liegen vor Gericht gescheitert. Ein Gefangener ist bis vor den Europäischen Gerichtshof gezogen. Das ganze Verfahren hat sich vier Jahre hingezogen. Das ist für Betroffene eine ganz schön lange Zeit. Am Ende ist nicht darüber entschieden worden, ob der Kläger tatsächlich hätte substituiert werden müssen. Der Europäische Gerichtshof hat entschieden, dass das ganze Verfahren so wie es gelaufen ist, gegen die Menschenrechte verstößt. Es ist gängige Praxis, dass kein externer Gutachter hinzugezogen wird, wenn Gefangene den Klageweg beschreiten. Und das geht nach diesem Urteil nicht mehr. Diese Praxis sei ein klarer Verstoß gegen Artikel 3 und müsse geändert werden. Auf dieses Urteil stützt sich die Hoffnung, dass sich tatsächlich auch insgesamt die Substitutionspraxis für Inhaftierte in Deutschland ändert, vor allen Dingen in Bayern. Dort werden statt bisher 5-10 inzwischen sage und schreibe 45 Gefangenen substituiert.

Gerne möchte ich zum Abschluss auf die Situation in NRW eingehen. NRW hat dank einiger engagierter Menschen, die zum Teil auch hier im Publikum vertreten sind, einen positiven Weg einfach auch beschritten. Ich glaub es, war 2007/2008 eine Anfrage im Landtag. Die Antwort wies auf eine katastrophale Situation hin. Der Anteil substituiert Gefangener lag bei 0,2% in NRW. Das ist skandalisiert worden. Es hat sich eine Arbeitsgruppe formiert aus Ärztekammer, Anstaltsärzten, die auch mit einbezogen worden sind, und Justizministerium. Es kam dann zu einem Erlass. Seitdem sind die Zahlen substituiert Inhaftierter in NRW hochgeschneit, ich glaub auf ungefähr 1.600. Und das war eine Revolution. Bundesweit sind ungefähr 2.200 Inhaftierte in einer Substitutionsbehandlung. Und wenn 1.600 davon in NRW einsitzen, einwohnerreichstes Bundesland hin oder her, steht NRW natürlich im Vergleich richtig gut da.

Wir würden uns als Deutsche Aidshilfe sehr wünschen, dass in ganz Deutschland ein ähnlicher Weg konsequent eingeschlagen wird.

Medizinische Rehabilitation unter Substitution

Dr. Elke Sylvester

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Sozialmedizin

Ärztliche Leitung Fachklinik Nettetal, Wallenhorst

Die Zielsetzung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker ist die Abstinenz, die in der Regel auch Aufnahmevoraussetzung darstellt. Vor dem Hintergrund der Erfolgsquoten, der Zunahme der Opiatsubstitution und der wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden alternative Behandlungsangebote auch mit den zuständigen Kosten- und Leistungsträgern diskutiert. In der Fachklinik Nettetal wurde in diesem Zusammenhang 2005 die anfänglich substitu-tionsgestützte medizinische Rehabilitation eingeführt. Ziel war es, ein Angebot zu schaffen, das den Ausstieg aus einer meist langjährigen Substitutionsbe-handlung erleichtert. Aus der PREMOS-Studie wissen wir, dass dieses Ziel nur bei einem kleinen Prozentsatz der Substituierten erreicht wird. Die praktische Erfahrung in der Fachklinik Nettetal zeigt, dass bei entsprechender Indikation diese Behandlung einen notwendigen und durchaus erfolgreichen Baustein im Angebotsportfolio der medizinischen Rehabilitation darstellt.

In der Fachklinik Nettetal werden seit 1982 Maßnahmen zur medizinischen Re-habilitation von Männern mit Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt. Im Laufe der Jahre wurden die Behandlungsangebote vor dem Hintergrund wis-senschaftlicher Erkenntnisse differenziert und erweitert.

Seit 2005 wird die medizinische Rehabilitation bei entsprechender Indikation unter anfänglicher Substitution durchgeführt. Langfristiges Ziel auch dieses Be-handlungsangebotes ist die Suchtmittelabstinenz zur Sicherung einer umfas-senden beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe.

Nach dem SGB IX umfassen Leistungen zur Teilhabe Maßnahmen die notwen-dig sind, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen oder laufenden Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden bzw. zu mindern

- die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern,
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern oder die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen umfassen eine gesicherte Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose. Dabei sind die folgenden sozialmedizinischen Faktoren zu berücksichtigen:

- Funktionseinschränkungen
- Fähigkeitsstörungen
- Risikokonstellation
- Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- bisherige Therapie
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen
- hoher Schulungsbedarf
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung

Die Grundlage des rehabilitativen Denkansatzes bildet die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dient. Die Folgen von chronischen Erkrankungen werden im bio-psycho-sozialen Modell der ICF als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Die Rehabilitation richtet sich vor diesem Hintergrund nicht nur an die betroffene Person sondern auch an die Bedingungen, welche die Beeinträchtigungen verstärken oder vermindern.

Die medizinische Rehabilitation in der Fachklinik Nettetal erfolgt je nach Indikation als Entwöhnungsbehandlung, Rückfallbehandlung, Kombibehandlung, Cannabisentwöhnung, Psychose und Sucht-Behandlung, Trauma und Sucht-Behandlung, Adaption oder ambulante Weiterbehandlung. Grundsätzlich ist eine substitutionsgestützte Rehabilitation in jeder der Behandlungsformen (Ausnahme Cannabisentwöhnung) möglich. Die medizinische Rehabilitation erfolgt in einem komplexen Behandlungsplan, der aus medizinischer/psychiatrischer Behandlung, Psychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, edukativen und indikativen Angeboten, Gesundheitsbildungs- und Ernährungsberatung, Sozialdienst, Sport, Freizeit, Erholung, Angehörigenberatung, Selbsthilfe sowie der

Vorbereitung der Nachsorge besteht. Die Gestaltung des Rehabilitationsprozesses erfolgt auf der Grundlage des individuell erstellten Rehabilitationsplans gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten.

Die Veränderung von Konsummustern, der Anstieg der Anzahl an Substituierten, veränderte Entgiftungszeiten, die Verringerung der Antritsquote und die zunehmenden komorbiden Störungen führten 2005 zur Erweiterung des Behandlungsspektrums um das Angebot medizinische Rehabilitation unter Substitution. Die Behandlung erfolgt insbesondere dann, wenn sie im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten die größeren Chancen zur Besserung/Heilung der Suchterkrankung bietet, ein kompletter Entzug zum Aufnahmezeitpunkt nicht zumutbar ist bzw. die Substitution zur Stabilisierung der Rehabilitationsfähigkeit vorübergehend notwendig ist. Damit werden die folgenden Zielgruppen angesprochen:

- Substituierte, die im Verlauf der ambulanten Behandlung eine gute Motivation und Compliance gezeigt haben, jedoch aufgrund fehlender sozialer Ressourcen, psychosozialer Entwicklungsdefizite und/oder hoher Belastungen durch biographische Konfliktkonstellationen das Ziel der Teilhabe nicht erfolgreich verwirklichen können.
- Substituierte mit komorbiden psychiatrischen Störungen, bei denen eine stationäre Rehabilitation indiziert ist zur Lösung aus dem pathogenen Umfeld, zur Distanzierung vom drogenkonsumierenden Milieu, zur Stabilisierung der Beikonsumfreiheit und langfristig auch zum Abdosieren des Substituts.
- Substituierte mit somatischen Begleiterkrankungen oder Suchtfolgeerkrankungen, bei denen ein Abdosieren des Substituts zum Aufnahmezeitpunkt nicht indiziert ist bzw. eine zusätzliche Belastung vermieden werden soll.

Die Aufnahme von Substituierten in der Fachklinik Nettetal erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Einstellung des Substituts auf eine stabile Dosis erfolgte im Vorfeld.
- Die Dosierung ist so bemessen, dass keine nennenswerten Beeinträchtigungen bestehen (Methadon/Levomethadon 20-50 mg/die, Buprenorphin 4-8 mg/die).
- Bei Bedarf/Wunsch erfolgt die Umstellung von Methadon/Levomethadon auf Buprenorphin.
- Die Beikonsumfreiheit ist im Rahmen der Vorbehandlung nachweislich erzielt worden.
- Eine erforderliche selektive Entgiftung bei Beikonsum ist regulär beendet.

Das übergeordnete Rehabilitationsziel lautet auch bei dieser Patientengruppe eine umfassende berufliche und gesellschaftliche Teilhabe bei vollständiger Abstinenz. Die Abdosierung erfolgt je nach Therapieprogramm und Dosis des Substituts binnen der ersten sechs bis zwölf Behandlungswochen. Empfohlen wird das verdeckte Ausschleichen. Die Beikonsumfreiheit der substituierten Patienten wird in gleicher Weise durch Drogen- und Alkoholscreenings kontrolliert wie die Suchtmittelabstinenz der übrigen Patienten.

Die substituierten Patienten nehmen auch in der Phase der Abdosierung in der gleichen Weise wie die abstinenten Patienten an den im individuellen Rehabilitationsplan vorgesehenen Maßnahmen und Angeboten teil. Die Erfahrung, trotz leichter physischer bzw. psychischer Entzugserscheinungen aktiv am Rehabilitationsgeschehen teilnehmen zu können, wird ärztlich/psychotherapeutisch eng begleitet. Im Bedarfsfall erfolgt eine medikamentöse Unterstützung des Entzugs. Auch in gruppentherapeutischen Kontexten wird die Thematik aktiv aufgegriffen. Die auf eigenen Erfahrungen beruhenden oder aus Phantasien und Projektionen gespeisten Bewertungen und Zuschreibungen der einzelnen Patienten werden in ihrer psychodynamischen und suchtdynamischen Herkunft und Funktion analysiert. Ergänzt wird diese Auseinandersetzung durch eine ausführliche und präzise Aufklärung über Wirkweisen der einzelnen Substitute und die substitutionsgestützten und abstinenzenorientierten Behandlungsleitlinien der Fachklinik Nettetal.

Das hohe Maß an Transparenz ist aus Sicht des Behandlungsteams der Fachklinik Nettetal erforderlich, um Vorurteilen wie „unter Substitution ist Therapie nicht möglich“, „Therapie unter Substitution ist beschütztes Weiterkonsumieren“, „Substituierte lösen bei Nicht-Substituierten regelmäßig Suchtdruck aus“ u.v.m. adäquat zu begegnen.

Der Prozess bis zur Etablierung dieses Behandlungsangebotes war durchaus auch auf therapeutischer Seite von solchen Fragen begleitet. Die Befürchtung, Nicht-Substituierte würden zur Substitution bzw. zum Drogenkonsum motiviert, wurde nicht bestätigt. Auch die Vermutung, dass substituierte Patienten möglicherweise nur begrenzt psychotherapiefähig seien, wurde nach unseren Erfahrungen nicht bestätigt.

Von Beginn an bestand eine enge Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Suchtkrankenhilfe des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück und heutigem AMEOS-Klinikum Osnabrück. Die Möglichkeit zur Hospitation und zum Austausch mit in der Substitutionsbehandlung sehr erfahrenen Kollegen hat sicherlich zur Akzeptanz und zum Erfolg dieses Behandlungsangebotes beigetragen. Die Vergabe des Substituts für die Patienten der Fachklinik Nettetal

erfolgt in der Substitutionsambulanz an diesem Krankenhaus. Dieses hat zum einen organisatorische Gründe, zum anderen fördert es nach unseren Erfahrungen die Abstinenzmotivation und Eigenverantwortung, weil die Patienten nach einer kurzen Eingewöhnungsphase den Weg zur Substitutionsambulanz selbständig - in der Regel mit dem Fahrrad - bewältigen müssen. Das Abdosieren erfolgt im Dialog Patient, substituierender Arzt, Reha-Ärztin.

Bundesweit wurden am Stichtag 1. Juli 2015 77.200 Substituierte mit einer Opiatsubstitution erfasst. Aus der PREMOS-Studie ist bekannt, dass es nur einem sehr geringen Teil der Substituierten gelingt, aus der Substitution auszusteigen.

Seit 2005 wurden bis Juli 2015 111 Patienten substituiert in die Fachklinik Nettetal aufgenommen, ca. die Hälfte konnte bis zur geplanten Entlassung in der Behandlung gehalten werden. In sehr wenigen Fällen erfolgte aufgrund einer medizinischen Indikation die Aufrechterhaltung der Substitutionsbehandlung. In über 90% wurde die Substitution mit Methadon durchgeführt, in ca. 20 % der Fälle erfolgte das Abdosieren „verdeckt“.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

caritas

- **Von den registrierten substituierten Personen sind mehr als drei Viertel männlich.**
- **Hinsichtlich der Altersstruktur stammen etwa zwei von fünf Substituierten aus der Altersspanne zwischen 26 und 35 Jahren.**

Dr. med. E. H. Sylvester
Fachklinik Nettetal - Einrichtungsleitung -
Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

17



Altersstruktur:	von 17 – 20	1	0,74 %
	von 21 – 30	47	34,81 %
	von 31 – 40	62	45,93 %
	von 41 – 50	21	15,56 %
	von 51 – 60	4	2,96 %

Erwerbstätigkeit:	erwerbstätig	6	5,41 %
	arbeitslos	73	65,77 %
	nicht erwerbstätig	18	16,22 %
	berentet	3	2,70 %

Bei 31,53 % der Patienten mit Substitution traten keine Störungen im Behandlungsverlauf auf. Hauptursachen für Störungen, die häufig auch zu vorzeitigen Entlassungen führten, lagen in verheimlichten Rückfällen mit Alkohol bzw. Drogen und in einer mangelnden Motivation/Mitwirkung, die sich in der Regel auf das Abdosieren bezog. Die Altersspanne unserer Patienten entspricht den bundesweiten Zahlen. Aus unserer Sicht sollte die lebenslange Substitution dieser vergleichsweise jungen Patientengruppe nicht die einzige Option sein. Die Erwerbssituation bestätigt aus unserer Sicht die Notwendigkeit der Teilhabeförderung im Sinne des SGB IV.

Fazit

- Durch die Möglichkeit der vorübergehenden Weiterführung der Substitution im Rahmen der stationären Rehabilitation können zusätzlich Patientengruppen, z. B. Patienten mit psychiatrischer oder somatischer Komorbidität erreicht werden.
- Die gemeinsame Behandlung von substituierten und nicht substituierten Patienten ist auf der Grundlage der individuellen Rehabilitationsplanung ohne größere Probleme möglich.

- Bei niedrigen Dosierungen des Substituts (Methadon/Levomethadon 20-50 mg/die; Buprenorphin 4-8 mg/die) ist die „Psychotherapiefähigkeit“ der Patienten nicht beeinträchtigt.
- Das hohe Maß an Eigenverantwortlichkeit wirkt sich nach unserer Erfahrung positiv auf den Abdosierungsprozess aus.
- Insgesamt stellt die medizinische Rehabilitation unter anfänglicher Substitution nach unseren Erfahrungen einen sinnvollen und erfolgreichen Baustein zur Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe dar.

Dr. med. E. H. Sylvester

Literatur

- World Health Organization (WHO) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).
- Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J.: PREMOS Substitution im Verlauf. Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.

Teilhabe verwirklichen – Angebote zur Beschäftigung und Qualifizierung als wichtiger Baustein in der Substitutionsbehandlung

Anneke Groth, vista gGmbH, Berlin

Um Teilhabe zu verwirklichen, kommt dem Thema Arbeit und Beschäftigung innerhalb unserer Gesellschaft eine besondere Bedeutung zu. Es besteht ein großer Handlungsbedarf auch für substituiert lebende Menschen adäquate Angebote der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Möglichkeiten des Zuverdienstes zu konzipieren und im Rahmen der Sozialgesetzbücher, z. B. SGB II und SGB XII zu finanzieren.



„Ich bin pünktlich geworden, stehe jeden Morgen gut gelaunt auf und habe 7 kg zugenommen. Bin bei vista in der Fahrradwerkstatt - und das ist gut so!“

Heinz, seit 4 1/2 Monaten im ABO



vista

Gesundheitsfördernde Aspekte von Arbeit

Die Lebensrealität substituiert lebender Menschen ist oft von Erwerbslosigkeit und fehlender Tagesstruktur geprägt. Dies führt zu einem Verlust von Anerkennung und häufig zu sozialer Isolation und kann sich negativ auf die psychi-

sche Gesundheit auswirken. Eine sinnstiftende Tätigkeit in einem Arbeitsprojekt kann sich hingegen in vielerlei Hinsicht positiv auf gesundheitsförderndes Verhalten auswirken. Die Teilnehmer*innen erleben eine soziale Einbindung, ein Gefühl des Dazugehörens, gleichzeitig werden soziale Kompetenzen ausgebaut und trainiert. Es entsteht Selbstvertrauen über persönliches Kompetenzerleben und stärkt damit die Selbstwirksamkeit. So können Klient*innen z. B. durch den Verkauf von selbstangefertigten Produkten eine Anerkennung erleben. Das Selbstwertgefühl steigt und stärkt somit salutogenetische Potentiale und unterstützt damit auch die Widerstandsfähigkeit (Resilienz).

Die Teilnahme an einer Beschäftigungsmaßnahme schafft Tagesstruktur im Alltag von Klient*innen. Innerhalb dieser kann durch regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten in den Arbeitsprojekten ein gesunder Lebensstil gefördert werden. Suchtspezifisch werden Punktnüchternheit und selektive Abstinenz während der Arbeitszeiten trainiert und es kommt somit oft zu risikoärmeren Konsummustern. Der Tag bzw. die Woche werden in Arbeitszeiten und Freizeit eingeteilt und dem Wochenende wird oftmals nach langer Zeit eine andere Bedeutung gegeben.

Die Ursachen für unzureichende Teilhabechancen von substituiert lebenden Menschen sind vielschichtig. Zum einen haben sie häufig einen schlechten Ausbildungsstand. Im Jahr 2015 verfügten von den 877 betreuten substituierten Klient*innen der vista gGmbH 24% über keinen Schulabschluss und 64% waren ohne Berufsausbildung. Oft genug führen auch unsichere und ungefestigte Lebensumstände wie z. B. Wohnungslosigkeit dazu, dass die Vermittlung in ein Beschäftigungsprojekt nicht die höchste Priorität genießt. Hinzu kommen gesundheitliche Einschränkungen, die eine regelmäßige Teilnahme in einem Projekt oft erschweren und die in den Angeboten berücksichtigt werden müssen. Zum anderen kommt es durch die schwierige finanzielle Förderung von Arbeitsprojekten für diese spezielle Zielgruppe zu einer unzureichenden Angebotslage, so dass eine Vermittlung aufgrund fehlender Angebote oftmals nicht möglich ist.

Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der vista gGmbH Berlin

Die vista gGmbH bietet seit 1996 für suchtmittelabhängige Menschen Beschäftigungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten an. Die Finanzierung dieser Projekte war und ist vielen Veränderungen unterworfen. Aktuell läuft die Finanzierung über einzelne Jobcenter, Mittel des Europäischen Sozialfonds (ESF) und über verschiedene Bezirksamter auf der Grundlage des Leistungstyps Beschäftigungstagesstätte nach § 53, 54 SGB XII.

Kooperationsprojekte mit den Jobcentern

In Kooperation mit einzelnen Jobcentern bietet vista interne Einsatzstellen in Holz- und Fahrradwerkstätten sowie in der Hauswirtschaft (Nähen und Küche) und im Kreativbereich an. Die Teilnehmer*innen können im Rahmen der sog. Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung 15-30 Stunden pro Woche arbeiten und erhalten 1,50 Euro pro Stunde. Viele Klient*innen nutzen diese Möglichkeit, der leider aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen ein enger Rahmen von drei Jahren innerhalb von fünf Jahren gesetzt wird. Da der Sprung auf den ersten Arbeitsmarkt nach drei Jahren oft nicht möglich ist, entsteht nach Beendigung der Maßnahmen oft eine große Lücke, die häufig durch andere Beschäftigungsmaßnahmen nicht gefüllt werden kann.

Qualifizierungskurse im Rahmen der Förderung des Europäischen Sozialfonds

Von Beginn an sind unsere Arbeitsprojekte über Mittel des Europäischen Sozialfond (ESF) finanziert. Diese Finanzierung hat den Vorteil, dass wir Beschäftigungsangebote flexibel und niedrigschwellig gestalten können. Bei diesen Angeboten handelt es sich um Kurse und nicht um tagesstrukturierende Angebote. Fortlaufend werden Kurse im Holz-, Hauswirtschafts- und Fahrradbereich angeboten und handwerkliche Fähigkeiten vermittelt. Die Teilnehmer*innen können die hergestellten Produkte wie z. B. selbstgenähte Kleidung, selbstreparierte Fahrräder aus Spenden oder selbstgebaute Holzarbeiten behalten. Neben den handwerklichen Kursen werden auch Qualifizierungskurse im EDV Bereich, aber auch Selbstbehauptung für Frauen, ein Film- und Fotoworkshop oder Comiczeichenkurse angeboten. Viele Klient*innen haben verborgene Talente und entdecken ihre Kreativität nach Jahren wieder.

Beschäftigungstagesstätte „Donauwelle“

Seit Dezember 2015 hat die vista gGmbH mit dem Land Berlin eine Leistungsvereinbarung gemäß §75 Absatz 3 SGB XII für eine therapeutisch betreute Tages- und Beschäftigungstagesstätte für seelisch behinderte Menschen nach § 53, 54 SGB XII abgeschlossen. Das Projekt hat Modellcharakter und richtet sich an substituierte Menschen in Berlin. Es stehen 16 Plätze täglich zur Verfügung, eine Kostenübernahme ist durch die einzelnen Berliner Bezirksämter erforderlich und muss gemeinsam mit den Klient*innen beantragt werden.

In der Tagesstätte beginnt der Tag mit einem gemeinsamen Frühstück mit allen Teilnehmer*innen. Am Vormittag und Nachmittag können unterschiedliche Gruppenangebote genutzt werden. Eine Gruppe bereitet das Mittagessen inklusive Planung und Einkauf zu. Eine zweite Gruppe kann in der Werkstatt

eigenen Schmuck herstellen, hier werden zum Beispiel Materialien wie Kaffee- kapseln wieder verwertet. (upcycling). Im Kreativbereich stehen den Nutzer*innen der Tagesstätte außerdem ein Keramik-Brennofen und mehrere Nähma- schinen zu Verfügung. Auch hier können die Produkte behalten werden, es können aber auch Dinge zum Verkauf produziert werden.

In regelmäßigen Abständen werden von den Teilnehmer*innen gemeinsame Ausflüge z.B. Besuch von Ausstellungen oder Kinobesuche organisiert.

„Hier beschäftige ich mich mit Tätigkeiten, die ich mir nie hätte vorstellen können. Die Atmosphäre, das gemeinsame Frühstück, die guten Gespräche und die Pläne für den nächsten Tag motivieren mich her zu kommen. Mein Leben hat wieder Struktur - und seit ich hier bin, trinke ich nicht mehr!“



Ilara F., 54 Jahre • 2 Monate in der Donauwelle, Schmuckwerkstatt • gelernter Betonbauer
ca. 2 Jahre in Beruf tätig • dann Handkummiere wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen
seit 10 Jahren ED-Rentner und ohne Beschäftigung
Betreiberin Wohnen bei zB • Vermittlung zu vista

vista

Unsere bisherige Erfahrung mit der Tagesstätte ist, dass viele Nutzer*innen nicht täglich kommen wollen, sondern nur an ein bis drei Tagen das Angebot in Anspruch nehmen wollen. Aufgrund der Finanzierungsform durch verschiedene Hilfebedarfsgruppen kann flexibel auf die Bedürfnisse der Klient*innen eingegangen werden. Im Mittelpunkt der Tagesstätte steht nicht die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, vielmehr geht es um das gemeinschaftliche soziale Miteinander.

Fazit

Niedrigschwellige Beschäftigung für substituierte Menschen – Was zeichnet gute Angebote aus?

Bei der Planung von niedrigschwelligen Beschäftigungsangeboten haben sich folgende Punkte im Sinne von Best Practice bewährt:

Ressourcenorientierung und Flexibilität

Bei der Planung sollte von Beginn an berücksichtigt werden, welche Ressourcen seitens der Klient*innen vorhanden sind. Das Ziel sollte die Integration von Teilnehmer*innen mit unterschiedlichen Fähigkeiten sein. Es muss berücksichtigt werden, dass viele Klient*innen nur zwei bis drei Stunden pro Tag aufgrund ihrer Beeinträchtigungen in einem Beschäftigungsprojekt arbeiten können. Ein „Probearbeiten“ von zwei bis drei Tagen hat sich unserer Erfahrung nach bewährt, hier können beide Seiten feststellen, ob die Beschäftigungsmaßnahme geeignet ist.

Die Arbeits- und Beschäftigungsangebote sollten den Bedürfnissen der Teilnehmer*innen entsprechen. Wir haben gute Erfahrungen gemacht, Klient*innen in Fokusgruppen in Bezug auf ihre Wünsche zu befragen. Auch eine Befragung mittels eines kurzen Fragebogens kann Aufschluss darüber geben, welche Angebote ein niedrigschwelliges Beschäftigungsprojekt vorhalten sollte.

Kompetenzen im Umgang mit besonderem Unterstützungsbedarf

Bei der Auswahl des Personals sollte in der Gesamtheit darauf geachtet werden, dass bereits nach Möglichkeit Erfahrungen mit der Zielgruppe vorhanden sind oder dass entsprechende Fortbildungsangebote in Anspruch genommen werden. Der Umgang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen sollte von Beginn an transparent für Mitarbeiter*innen und Klient*innen sein. Auch im Kontext von Arbeitssicherheit kommt diesem Thema eine besondere Bedeutung zu, z. B. beim Bedienen von Maschinen in der Holzwerkstatt.

*Abstimmung mit beteiligten Helfer*innen*

Neben der Teilnahme an einem Beschäftigungsprojekt erhalten substituierte Menschen häufig Unterstützungsleistungen in Form von PSB oder durch das Betreute Wohnen. Im Sinne einer gemeinsamen Hilfeplanung sollte hier ein Austausch in Form von regelmäßigen Gesprächen mit allen betreffenden Personen stattfinden. Oftmals hat das Personal in den Beschäftigungsprojekten einen „anderen Blick“ auf bestimmte Hilfebereiche und kann somit wertvolle Impulse für die Hilfeplanung geben.

Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden zur Behandlung

Dieter Ameskamp¹, Dr.med. Thomas Kuhlmann², Astrid Leicht³,
Hans-Günter Meyer-Thompson⁴, Dr.med. Sibylle Quellhorst⁵,
Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter⁶, Dr. Theo Wessel⁷

(Dieser Text entstand nach dem Treffen zum Thema „Flüchtlinge in Deutschland – eine Herausforderung auch für die Sucht- und Drogenpolitik?“ am 25.Mai 2016, zu dem die Drogenbeauftragte der Bundesregierung eingeladen hatte. Die Weiterverbreitung im Internet ist frei. Berlin, München, Bergisch-Gladbach, Hamburg, 22.Juni 2016)

Unter den Flüchtlingen, die in den zurückliegenden Jahren Deutschland erreicht haben, findet sich eine nennenswerte Gruppe von Menschen mit riskantem, schädlichem oder abhängigem Konsummuster von psychoaktiven Substanzen. Dies betrifft nach unserer Beobachtung sämtliche gebräuchliche legale wie illegale Substanzen.

Für die Suchthilfe ergeben sich hierdurch neue Herausforderungen. Zusätzlich bestehen etliche Hürden, die eine angemessene Behandlung dieser Patienten erschweren.

In besonderem Maße gilt dies für Flüchtlinge mit einer Opioidabhängigkeit.

Hintergrund

Flüchtlinge aus Vorder- und Mittelasien, die seit 2014 nach Deutschland kommen, stammen vielfach aus Herkunftsländern, in denen der Opioidgebrauch endemisch, kulturell akzeptiert oder toleriert ist.

Wir sehen Flüchtlinge aus Afghanistan, die bereits im Säuglings- oder Kleinkindalter mit Opium in Berührung kamen, da es gegen Durchfall und Husten in weiten Teilen des Landes sonst keine wirksamen Medikamente gibt.

-
- 1 Sozialpädagoge bei ASKLEPIOS Hamburg Nord Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona
 - 2 Chefarzt und Ärztlicher Leiter, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
 - 3 Diplom-Pädagogin, Geschäftsführung Fixpunkt Berlin
 - 4 Arzt bei ASKLEPIOS Hamburg Nord Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanz Altona
 - 5 FÄ für Allgemeinmedizin, Koordination der medizinischen Versorgung Flüchtlinge, Gesundheitsamt Hamburg-Altona
 - 6 Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V., 2.Vorsitzender
 - 7 Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) Fachverband der Diakonie Deutschland, Geschäftsführer Korrespondenzadresse: meyerthompson@gmail.com

In Iran wird traditionell bei Schmerzen oder als Einschlafhilfe Opium konsumiert oder aus hedonistischen Gründen. Afghanistan und Iran zählen weltweit zu den Ländern mit dem höchsten Pro-Kopf-Konsum von Opium und Heroin. Die spärlichen Quellen aus Irak und Berichte irakischer Patienten hierzulande weisen auf eine steigende Anzahl von Opioidkonsumenten (Opium/Theriak) hin. Syrien weist wie andere arabische und nordafrikanische Länder eine zunehmende Prävalenz für das synthetische Opiod und Schmerzmittel Tramadol auf. Auch Stimulanziengebrauch wird in diesen Regionen beobachtet.

(Bürger-) Krieg, Vertreibung, Flucht und (Opioid-) Abhängigkeit

Seit 1979 herrschen in Afghanistan Krieg, Vertreibung und Flucht, Iraner fliehen seit den 1960er Jahren nach Europa, und auch Flüchtlinge aus Irak und Syrien bringen seit einigen Jahren nicht selten eine manifeste Opiodabhängigkeit mit. Hintergrund sind häufig Traumata infolge der kriegerischen und/oder tyrannischen Verhältnisse in ihren Heimatländern, unzureichend behandelte Schmerzen nach (Kriegs-) Verletzungen und/oder eine posttraumatische Belastungsstörung.

Gewalterlebnisse, Entwurzelung und Migration sind generell Risikofaktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung, so dass wir auch Patienten aus den aktuellen und anderen Herkunftsländern kennen, die erst hierzulande eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt haben.

Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern und auf der Flucht

Afghanistan bietet lediglich in der Hauptstadt Kabul eine substitutionsgestützte Behandlung an. In Iran existiert ein entwickeltes Drogenhilfesystem mit Prävention, Entzugs- und Behandlungsmöglichkeiten, es werden mehr als 100.000 Patienten substituiert, u.a. in Gefängnissen. In Irak (mit irakisch Kurdistan) gibt es keine Behandlungsmöglichkeiten außer „kalten“ Entzügen. Das syrische Gesundheitswesen ist nahezu völlig zerstört.

Auf den Fluchtrouten nach Europa sind in Iran die Behandlung mit Methadon und Buprenorphin erlaubt, in Libanon und in der Türkei lediglich die Substitution mit Buprenorphin (für Flüchtlinge nicht zugänglich); in Griechenland ist die Zahl der Substitutionsplätze schon für einheimische Abhängige sehr begrenzt, das gilt auch für die nach Norden liegenden Balkanländer. Erst in Wien gibt es niedrigschwellige Zugänge zur Substitutionsbehandlung. Andere Hilfen wie niedrigschwellige Kontakt- und Informationsangebote, frühintervenerende und schadensmindernde Maßnahmen u.a. fehlen auf den Fluchtrouten fast vollständig.

Die aktuelle Lage

Aus den metropolitanen Regionen München, Frankfurt, Köln, Hamburg und Berlin melden niedrigschwellige Kontaktstellen, Drogenberatungsstellen, klinische Entzugsabteilungen und Substitutionspraxen/-ambulanzen spätestens seit der Jahreswende 2015/16 und deutlich früher als erwartet eine merkliche Zunahme von Anfragen zur Beratung und Behandlung von Flüchtlingen mit Substanzstörungen unterschiedlicher Art und Ausprägung:

- Heroinabhängigkeit von Menschen aus Afghanistan, Iran und Irak
- Problematischer Gebrauch von Alkohol unter Flüchtlingen, die aus kulturellen und/oder religiösen Gründen den Umgang mit dieser Substanz nicht gelernt haben und mit dem leichten Zugang zum Alkohol nicht umgehen können
- Problematischer Gebrauch von Schmerzmitteln und Stimulanzien bei Flüchtlingen aus arabischen Ländern
- überwiegend inhalativer Konsum von Opioiden und (Meth-)Amphetamin von jungen Geflüchteten aus Syrien, die teilweise erst in Europa mit dem Konsum begonnen haben
- Konsum von Amphetaminen und anderen Stimulanzien unter Flüchtlingen, die diese Substanzen als aufputschende Kriegsdrogen in regulären oder irregulären militärischen Verbänden kennengelernt haben
- Problematischer Gebrauch von Cannabis unter jugendlichen Einwanderern aus dem Maghreb
- Spielsucht bei Einwanderern der ersten und zweiten Generation mit islamischem Hintergrund

Exakte Zahlen liegen nicht vor.

Aus Flüchtlingscamps entlang der Fluchtrouten sind Vorfälle bekannt, bei denen es unter dem Einfluss von Alkohol zu gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen einzelnen ethnischen Gruppen kommt.

Die eingangs geschilderte Prävalenz der Opioidabhängigkeit in den Herkunftsländern lässt erwarten, dass diese Entwicklung in den kommenden Monaten und Jahren zunehmen wird.

Entwurzelung und erschwerte Integration von jungen männlichen Einwanderern bzw. Flüchtlingen sind erfahrungsgemäß der Nährboden für die Entwicklung von kriminellen Strukturen. Aus Flüchtlingslagern und Konsumräumen wurden erste Anhaltspunkte für ethnisch geprägte Konsumentengruppen und Händlerstrukturen berichtet.

Hürden zur Behandlung

- Bei Geflüchteten, insbesondere denjenigen, die erst während oder nach der Flucht eine Substanzstörung bzw. eine Sucht entwickelt haben, ist zu berücksichtigen, dass viele kein Verständnis von ihrer Erkrankung haben und eine Entzugssymptomatik nicht kennen oder nicht als solche deuten. Die meisten geflüchteten Süchtigen haben keine Vorstellung der sozialen und medizinischen Hilfemöglichkeiten jenseits von staatlicher Repression. Generell wird Sucht eher nicht als Krankheit sondern als moralische Verfehlung oder als unglücklicher Schicksalsschlag angesehen.
- Für viele Flüchtlinge (und Migranten der vorherigen Jahre) stehen die hierzulande etablierten Behandlungsmöglichkeiten bestenfalls eingeschränkt zur Verfügung:
- Der „Notfallschein“ (24-Stunden-Kostenübernahmeschein) berechtigt allenfalls zur Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von Opioiden, Alkohol, Benzodiazepinen und anderen Substanzen. Dies führt überdies zu der paradoxen Situation, dass Patienten nach der Entlassung nicht ambulant abstinentenorientiert weiterbehandelt werden können.
- Erst mit der Ausstellung einer Gesundheitskarte für Asylbewerber (in NRW, Bremen, Hamburg und seit kurzem auch in Berlin) ist eine ambulante abstinentenorientierte Therapie bzw. bei Opioidabhängigkeit eine Substitution möglich.
- Abstinentenorientierte stationäre Langzeitbehandlungen stehen generell nicht zur Verfügung, tagesstrukturierende, alltagsorientierte und stabilisierende abstinentenbasierte Hilfen ebenfalls nicht.
- Eine weitere Hürde besteht darin, dass für Anamnese, Untersuchungen und Folgegespräche keine Sprachmittler/Dolmetscher zur Verfügung stehen oder diese nicht von den Kostenträgern bezahlt werden. Benötigt werden nicht nur Sprachmittler mit notwendigen (sub)kultur- und fluchtsensiblen Kenntnissen für den Arzt-Kontakt, sondern auch zur vorbereitenden und begleitenden Motivationsarbeit, damit eine Intervention nicht schon vor oder mit dem Beginn scheitert.
- Es fehlt eine Plattform, auf der bisherige Veröffentlichungen zum Thema, Seminarberichte, Ankündigungen von Veranstaltungen und Fortbildungen, muttersprachliche Materialien u.ä. zur Verfügung stehen.
- Ebenfalls ungeklärt und unvorbereitet ist die psycho-soziale Begleitung hinsichtlich Finanzierung, Kulturkompetenz und sprachlicher Verständigung. Zu klären ist, wie „erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psycho-soziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“ erbracht werden können, wie die BtMVV formuliert. Die KVen sehen das regional durchaus unterschiedlich.
- Es stehen keine Informationsmaterialien in den Sprachen der hauptsächlich betroffenen Konsumentengruppen zur Erkrankung selbst, zu den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten, zur Schadensminderung/safer use, zu Be-

gleiterkrankungen u.a. zur Verfügung. Bei einem nennenswerten Anteil der Geflüchteten handelt es sich um Analphabeten, so dass auch Bilder und gesprochene Informationen (Audiodateien) zur Verfügung gestellt werden müssen.

- Beschaffungskriminalität im Zusammenhang mit der Opioidabhängigkeit und praktisch der Konsum selbst können ein Abschiebegrund sein. Dies hindert Konsumenten am Zugang zur Beratung und Therapie.
- Viele Flüchtlinge sind in ländlichen Regionen untergebracht. Es ist damit zu rechnen, dass substanzabhängige Flüchtlinge auf der Suche nach suchtmmedizinischer Hilfe vom Land in die Städte kommen werden und sich dabei ihre rechtliche, soziale und gesundheitliche Lage zusätzlich destabilisiert.
- Es steht zu befürchten, dass Opioidkonsumenten von Tabletten oder inhalativem Heroinkonsum auf das Spritzen von Heroin umsteigen mit den bekannten Risiken für Infektionskrankheiten.
- Wir beobachten, dass nicht nur einzelne Geflüchtete in die Beratung und Behandlung kommen, sondern diese zu mehreren erscheinen. Teilweise leben sie in einem Zimmer in der Unterkunft zusammen, hausen in einer Notunterkunft oder haben sich zu sozialen Zweckbündnissen zusammengeschlossen. Hier ist zu überlegen, wie mit solchen sozialen Netzwerken und deren hoher Bindungskraft (im Guten wie im Schlechten) umzugehen ist.
- Den sozialarbeiterischen und medizinischen Teams in den Aufnahmestellen ist die Symptomatik einer Opioidabhängigkeit und anderer Abhängigkeitserkrankungen in der Regel nicht bekannt. Deshalb kann dort auch keine gezielte Beratung und Vermittlung stattfinden.

Schlussfolgerungen

Abhängigkeitserkrankungen sind unter Flüchtlingen und Einwanderern kein seltenes, vor allem aber ein jeweils komplexes Phänomen. Drogenpolitik und Suchthilfe haben darauf bisher unzureichend reagiert. Zu entwickeln ist ein Konzept, das alle Formen der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen einschließt. Die Entwicklung der Opioidabhängigkeit in der Gruppe der jüngst nach Deutschland geflüchteten Menschen kann sich zu einem besonderen Problem ausweiten – aus dem Blickwinkel von Public Health wie aus Sicht der Inneren Sicherheit. Die Drogenpolitik in Bund und Ländern, Polizeibehörden, Fachverbände, Drogenhilfeträger sowie die Kostenträger sollten sich deshalb gemeinsam mit diesem Thema beschäftigen und ein aktuelles Lagebild erstellen. Die Hürden zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, vordringlich bei Opioidabhängigkeit, müssen aus den vorgenannten Gründen beseitigt werden. Schnelles, abgestimmtes und kompetentes Handeln kann viel Leid für die Betroffenen und ihre Familien abwenden und Schaden für die Gesellschaft verhindern.

Schutz vor Gefahr und Verfolgung – Abhängigkeitserkrankte im deutschen Asylverfahren

Dr. Bernward Siegmund
stellvertretender Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung
Psychiatrie und Psychotherapie, Behandlungszentrum für Suchtmedizin
in der LWL-Klinik Lengerich

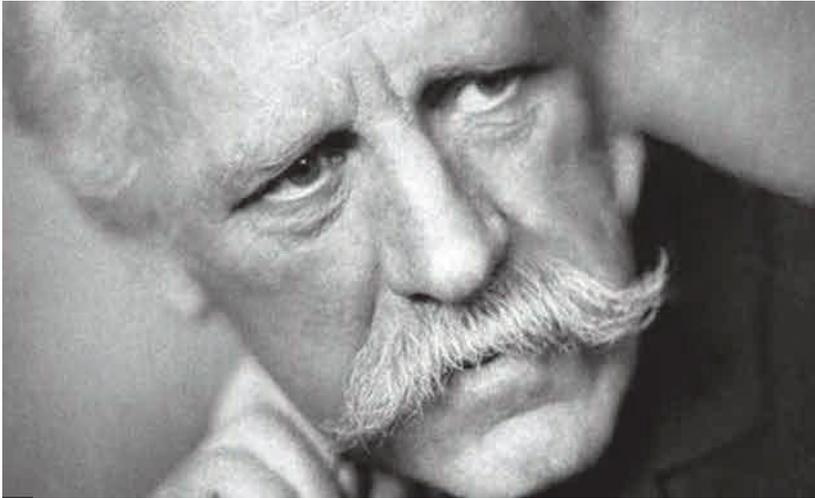
Zum besseren Verständnis der äußeren Rahmenbedingungen für die Betroffenen vermittelte Herr Dr. Siegmund eine Übersicht zum veränderten deutschen und europäischen Asylrecht. Er wies auf die aktuelle Situation hin, die sich seit dem „Asylpaket I und II“ und dem „Datenaustauschverbesserungsgesetz“ in Deutschland 2016 ergeben hat.

Gerade das Wissen um die unterschiedlichen Bleibeperspektiven und die Entwicklung der Asylersantragszahlen sind sowohl für jede individuelle Behandlung als auch für die Etablierung langfristiger Hilfsangebote von Bedeutung. Die grundsätzlichen Entscheidungskriterien des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge wurden übersichtlich dargestellt sowie die unterschiedlichen Ausreisehindernisse erklärt. Insbesondere die Anforderungen an die „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“, die vom Bundesministerium des Inneren und in NRW seit dem 30.08.2016 verbindlich eingefordert werden, wurden erläutert. Für den Kreis Steinfurt stellte Herr Dr. Siegmund die aktuelle Asylzahlentwicklung und die suchtmmedizinische Versorgungslage dar.

Deutlich wurde im Forum 2 der Nachfrage- und damit Versorgungsunterschied zwischen der Großstadt Hamburg und dem ländlich strukturierten Kreis Steinfurt. Ein Auszug aus den Vortragsfolien von Herrn Dr. Siegmund mit Bezug zur Situation im Kreis Steinfurt gibt einen Einblick in die im Forum zusätzlich vermittelten Inhalte.

Schutz vor Gefahr und Verfolgung

Abhängigkeitserkrankte im deutschen Asylverfahren



1 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

Friedtjof Nansen 1861-1930



durchquerte Grönland, war Zoologe, Polarforscher, Diplomat und Friedensnobelpreisträger (1922)

1920 wurden im Auftrag des Völkerbundes 200.000 Kriegsheimkehrer erfolgreich versorgt

1922 kehrten 427.886 Menschen mit dem „Nansen-Pass“ aus rund 30 Ländern heim

als Hochkommissar für Flüchtlingsfragen engagierte er sich für 2.000.000 Flüchtlinge der Russischen Revolution (1917)

1925 engagierte er sich für das vom ersten Weltkrieg betroffene Armenische Volk und gilt damit sogar als Wegbereiter des Marshallplans nach dem Zweiten Weltkrieg

2 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

EU Basis ist das Dubliner Übereinkommen

Deutschland

Asylrecht:

Grundrecht auf Asyl für politisch Verfolgte 1949 (inzwischen Art. 16a Grundgesetz seit 1993), Flüchtlingsrecht,

Rechte auf subsidiären Schutz

- **Asylpaket I 09/2015:** Finanzverteilung Bund und Länder, Sachleistungen statt Bargeldzahlungen in Erstaufnahmeeinrichtungen, Praxis der Abschiebung, Verteilung, Regelung zu Unterkünften, Verringerung Verwaltungsaufwand für Gesundheitsbehandlung, Integrationskurs, Einstufung als sichere Herkunftstaaten (Albanien, Kosovo, Montenegro)
- **Asylpaket II 02/2016:** bundesweit 5 Aufnahmezentren mit Schnellverfahren (keine Mitwirkung, falsche Angaben, Zerstörung von Dokumenten, Wiedereinreiseperrn, sichere Herkunftsländer), Nachzug Angehöriger von subsidiär Geschützten für zwei Jahre ausgesetzt, sichere Herkunftsländer (Marokko, Algerien, Tunesien), strengere Attest-Vorgaben für schwere Krankheiten als Abschiebehindernis
- **Datenaustauschverbesserungsgesetz 01/2016:** Ankunftsachweis und Ausländerzentralregister mit zentralen Stammdaten (AZR)
- **Integrationsgesetz 08/2016** Integrationskurs, Wohnsitzauflage für 3 Jahre

3

30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

Gesundheit für Asylsuchende

Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende

Deutsch, English, Arabic, Kurdish, Pashto, Dari, Farsi



Ablauf des deutschen Asylverfahrens



4

30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

Ankunft und Registrierung

erstellt nach Infos vom Ordnungsamt Kreis Steinfurt, Sachgebiet „Zuwanderung, Aufenthalt, Integration“

Registrierung und Identifizierung der Asylbewerber

PIK Station (Personalisierungsinfrastrukturkomponente) durch Polizei, Außenstelle und Ankunftszentrum des BAMF, Aufnahmeeinrichtungen, Ausländerbehörden

→ Lichtbild

→ Fingerabdrücke ab dem 14 Lebensjahr

medizinische Erstuntersuchung

→ Veranlassung röntgenologischer TBC-Untersuchung, jeder Asylbewerber ab dem 15. Lebensjahr, Vorschrift nach Infektionsschutzgesetz vor Unterbringung in Gemeinschaftsunterkunft

→ Impfangebote werden entsprechend der STIKO gemacht

Aufnahme des formellen Asylantrages (Aktenanlage) im Ankunftszentrum

→ ggf. Verteilung über das EASY-Verfahren (Erstzuweisung von Asylbegehrenden)

→ Anwendung des Königssteiner Schlüssel (für NRW 21,21 %, für Hamburg 2,53 %)

5 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

Ankunft und Registrierung

Mobile Teams unterstützen seit Mitte September 2015 das BAMF.

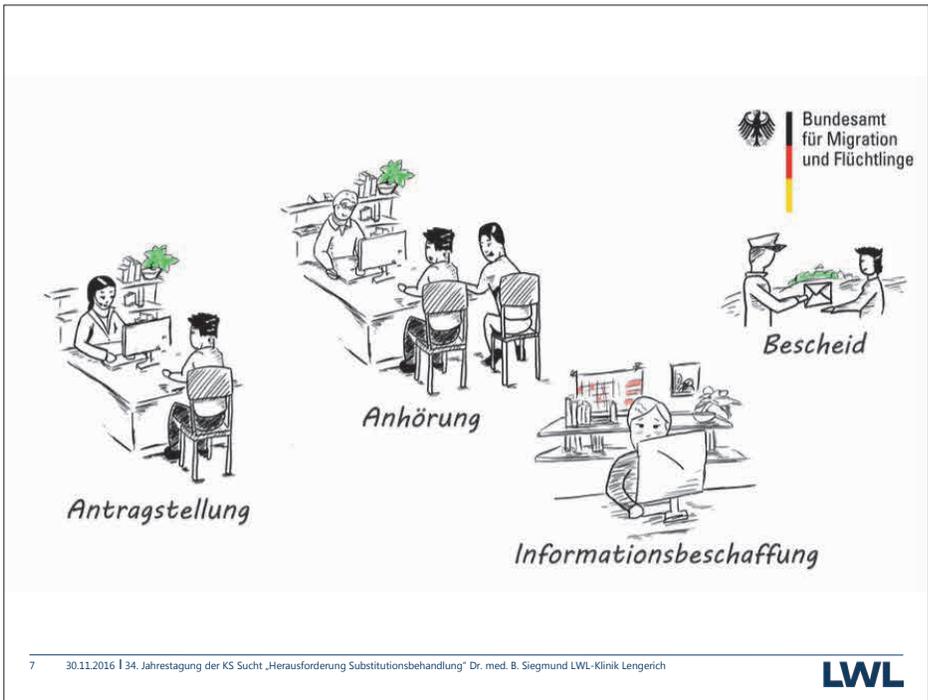
Rund 350 Mitarbeitende – vorwiegend der Bundeswehr und des Zolls – sind in aktuell ca. 170 Teameinheiten bundesweit im Einsatz. Sie registrieren die Asylsuchenden, erstellen Passbilder und Fingerabdrücke – die Daten werden mit dem Bundeskriminalamt abgeglichen. Zudem wird anhand des Fingerabdrucks überprüft, ob jemand bereits in einem anderen EU-Land registriert wurde. Mit den Daten zur Identität, persönlichen Daten sowie Informationen zum Herkunftsland des Asylsuchenden legen die Mitarbeitenden der mobilen Teams sogenannte Vorakten an.

Eingesetzt werden die mobilen Teams direkt vor Ort in den Kommunen.

Wenn Asyl beantragt wird, gibt das Bundesamt die aufgenommenen Daten in das Ausländerzentralregister (AZR) ein. Das AZR ist eine bundesweite personenbezogene Datei, die zentral vom Bundesamt geführt wird. Sie enthält Informationen über Menschen aus dem Ausland, die sich in Deutschland aufhalten oder aufgehalten haben. Alle Ausländerbehörden arbeiten mit diesen Daten, wenn sie ihre Aufgaben wahrnehmen.

6 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL



Cluster

Cluster A: sehr gute Bleibeperspektive (Schutzquote ab 50%)

- z.B. Syrien, Eritrea
- Kompletverfahren innerhalb von 48 Std. wäre ein Ziel
- i.d.R. positiver Bescheid

Cluster B: geringe Bleibeperspektive (Schutzquote bis 20%)

- sichere Herkunftsländer (z.B. Westbalkan)
- Kompletverfahren innerhalb von 48 Std.
- Rückkehrberatung
- i.d.R. negativer Bescheid
- Verbleib in der Einrichtung bis zur freiwilligen Ausreise oder Rückführungen

Cluster C: komplexe Fälle

Cluster D: Dublin-Fälle

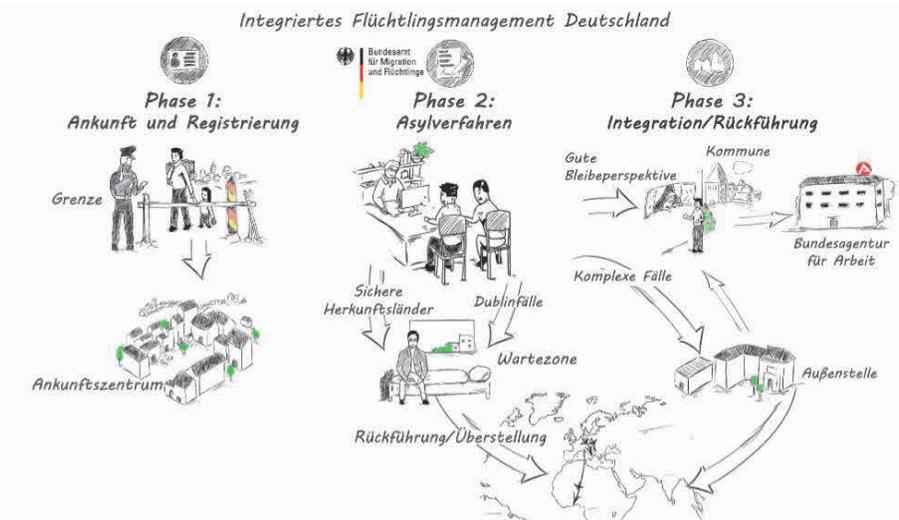
- Weiterleitung zur Bearbeitung in eine BAMF-Außenstelle

Aufenthaltspapier während Asylverfahren



9 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Sigmund LWL-Klinik Lengerich

LWL



10 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Sigmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

Statistik

FlüAG-Statistik Kreis Steinfurt (ohne Rheine) 2016

Stichtag	Lfd. Erstverfahren	Lfd. Folgeverfahren	Lfd. Gesamt
01.01.2012	258	58	316
01.04.2012	283	72	355
01.07.2012	274	58	332
01.10.2012	290	81	371
01.01.2013	367	99	466
01.04.2013	357	91	448
01.07.2013	408	111	519
01.10.2013	448	127	575
01.01.2014	550	145	695
01.04.2014	651	157	808
01.07.2014	695	157	852
01.10.2014	822	204	1026
01.01.2015	1230	296	1526
01.04.2015	1467	334	1801
01.07.2015	1641	328	1969
01.10.2015	2959	357	3316
01.01.2016	5819	377	6196
01.04.2016	5750	352	6102

11 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

Ausreisehindernis

Rechtsweg

Klage beim Verwaltungsgericht innerhalb der Frist (innerhalb 1-2 Wochen)

ggf. Berufung beim OVG und ggf. Revision beim Bundesverwaltungsgericht

außerdem: Antrag auf Änderung der Sachlage oder Folgeanträge nach dem Asylgesetz

fehlende Reisedokumente / Identität

ungeklärte Identität, z.B. fehlende Mitwirkung der Ausreisepflichtigen

fehlende Mitwirkung der betroffenen Staaten

Reiseunfähigkeit / Erkrankung

gesetzliche Verschärfung über das Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren und Erlass vom

30.08.2016

12 30.11.2016 | 34. Jahrestagung der KS Sucht „Herausforderung Substitutionsbehandlung“ Dr. med. B. Siegmund LWL-Klinik Lengerich

LWL

qualifizierte ärztliche Bescheinigung

durch Arzt im Sinne der Bundesärzteordnung (approbiert und befugt)

in Papierform mit Praxisstempel und Uhrzeit

Inhalt:

- tatsächliche Umstände, auf deren Grundlage die Beurteilung erfolgt (Anamnese, Ergebnisse, etc.)
- Methoden der Tatsachenerhebung
- Fachliche Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)
- Schweregrad der Erkrankung
- Darstellung der Folgen im Falle der Rückkehr bzw. einer Abschiebung

Bescheinigung

Insgesamt ist [REDACTED] so schwer psychiatrisch erkrankt, dass eine engmaschige und durchgehende psychiatrische Behandlung unerlässlich ist. Sollte diese unterbrochen werden, ist mit einer raschen Verschlechterung der Symptomatik zu rechnen. Bei Zustand nach Suizidversuch und angesichts des sehr instabilen psychopathologischen Befundes besteht ein hohes Suizid-Risiko und damit eine hohe Eigengefährdung.

Durch die Belastung der drohenden Abschiebung hat sich der Zustand des Patienten erneut so sehr verschlechtert mit deutlicher Zunahme der Suizidalität, dass er heute, am 08.11.2016 erneut [REDACTED] aufgenommen werden musste.

Aus meiner fachpsychiatrischen Sicht ist eine Abschiebung zum jetzigen Zeitpunkt aus medizinischen und ethischen Gründen nicht vertretbar, sofern man nicht den Tod des Patienten billigend in Kauf nehmen möchte.

Amtsermittlungsgrundsatz vor Abschiebung durch AB

Prüfung der Reisefähigkeit

und Einschaltung des Gesundheitsamtes (amtsärztliche Untersuchung)

Organisation und Vorbereitung

Begleitung eines Arztes?

Medikation und Hilfsmittel erforderlich?

Übergabe an den ärztlichen Dienst im Heimatland erforderlich?

→ Ausstellung „fit-to-fly“ durch den begleitenden Arzt im Einsatz

Stichpunkte zur Diskussion

- enge Kooperation und Netzwerkbildung zu Ordnungsbehörden, Ausländerbehörden, zuständigem Gesundheitsamt für Einzelfälle erforderlich und unabdingbar
- Häufung von reaktiven Krisen und besorgniserregender Kommunikation vor Abschiebung ist zunächst einmal nachvollziehbar
- Herausforderndes Verhalten entsteht sowohl durch frustrane Lebenssituation als auch durch Erkrankungen
- Vergütung der Behandlung durch Sozialämter (außerhalb des vereinbarten Budget mit den KK) ist Anreiz
- Flüchtlinge sind häufig ebenfalls gut vernetzt (facebook, twitter)

Wohnhilfen für (alternde) chronifiziert erkrankte Drogenabhängige – Projekt LÜSA Unna

Anabela Dias de Oliveira

Geschäftsführung und Gesamtleitung des Projektes LÜSA, Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e. V., Unna

Das Projekt LÜSA (**L**angzeit **Ü**bergangs- und **S**tützungs-**A**ngebot) begann im Herbst 1997 in Unna seine Arbeit für chronifiziert drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigung, als niedrigschwellige stationäre Einrichtung der Wiedereingliederungshilfe (SBG XII §§53, 54), in Kostenträgerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe als überörtlichem Sozialhilfeträger. Von Beginn an definierte sich der Arbeitsansatz regional (Haupteinzugsgebiet ist die Großregion Dortmund) sowie das Selbstverständnis als Gemeinwesenbestandteil.

Zielgruppe

Die LÜSA-Hilfeangebote richten sich an wiedereingliederungsfähige, chronisch mehrfachschwerstgeschädigte drogenabhängige Frauen und Männer, die nicht in der Lage sind, selbständig am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und von den herkömmlichen Drogenhilfeangeboten nicht mehr, oder auch noch nicht erreicht werden.

Ein Großteil unserer Klientinnen und Klienten haben in den 60-er/70-er Jahren begonnen Drogen zu konsumieren und den Ausstieg aus diesem drogenbezogenen Lebensstil aus vielfältigen Gründen nicht geschafft oder/und gewollt. Dank einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe und -politik wurden die Überlebenshilfe-/“Harm Reduction“-Ansätze möglich gemacht. Diese überlebenden Drogenkonsumentinnen und -konsumenten und konfrontieren nun das Gesundheits-/Drogenhilfesystem mit ihrem Alterungsprozess.

Wohnhilfen

Die LÜSA-Hilfen wurden von Beginn an den unterschiedlichen Hilfebedarfen der Nutzerinnen und Nutzer angepasst. Wir bieten derzeit in differenzierten

Wohnhilfen 43 stationäre Plätze und darüber hinaus Tagesstrukturangebote und „Ambulant Betreutes Wohnen“:

- *Haupthaus*

Das *Haupthaus* ist Vereinssitz, zentrale Anlaufstelle und bietet fußläufig zur Fußgängerzone, in einer großen, denkmalgeschützten Jugendstilvilla 16 Wohn-Plätze, die meisten als Einzelzimmer und darüber hinaus seit 2008 in einem barrierefreien Neubau fünf Wohn-Plätze für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen.

- Außenwohngruppe – „AWG“

Die „AWG“ ist für Bewohnerinnen und Bewohner, die sich stabilisieren konnten und in der „AWG“ diesen Ablösungsprozess fortsetzen (4 Plätze).

- *Stationäres dezentrales Einzelwohnen – „SEWO“*

Dieses Angebot ist für Bewohnerinnen und Bewohner (insbesondere mit psychotischen Störungen), die einen hohen Hilfebedarf haben, jedoch von Grupsituationen schnell überfordert sind. Ihnen bieten wir in Einzel- oder Zweier-WGs engmaschig stationär betreut geschützten Rückzugsraum (4 Plätze).

- *Ambulant Betreutes Wohnen – „BEWO“*

Das Angebot zielt auf drogenabhängige Menschen aus dem Kreis Unna, sowie auf die LÜSA-Absolventinnen und Absolventen, die ausreichend Ressourcen zum selbständigen Leben haben, jedoch einen verlässlichen Betreuungsrahmen benötigen, um die erreichte Stabilisierung halten zu können.

- *Dauerwohneinrichtung – „DAWO“*

Für Bewohnerinnen und Bewohner, die auch perspektivisch umfassende Hilfe benötigen, haben wir 2015 das „DAWO“ – eine Wohnhilfe für alternde chronifiziert mehrfachgeschädigte Drogenkonsumentinnen und -konsumenten eröffnet.

Mit 14 Plätzen, in Unna am Stadtrand ländlich gelegen, bietet es Ruhe, einen großen Garten, Barrierefreiheit und Weitläufigkeit in den Einzelzimmern und Gemeinschaftsräumen. Hier enden die Ähnlichkeiten, weder juristisch noch formell ist das „DAWO“ ein „Altenheim“.

Insbesondere wird dies bei dem tatsächlichen Lebensalter der DAWO-Bewohnerinnen und Bewohnern (ca. 45 – 50 Jahre) deutlich. Auch die Gestaltung von Alltag und Zusammenleben unterscheidet sich stark und ist von ihrem Leben in der Subkultur geprägt:

- Illegalität, Kriminalisierung, Stigmatisierung,
- Prostitution & Beschaffungskriminalität,

- andere Sprache & anderer Humor,
- anderer Lautstärke und anderer Musik,
- anderer Rauscherfahrung,
- anderer Wohnstil und Raumbedarf.

Kurz: andere Fähigkeiten, Unzulänglichkeiten, Hilfebedarfe und Gewohnheiten müssen beachtet werden.

Die „best practice“–Grundlagen (Substitutionsbehandlung, Risikominimierung, Einzelbetreuung, Tagesstruktur etc.) wurden auf das neue Hilfeangebot übertragen und angepasst. Die langjährige Erfahrung, die Netzwerke und die daraus entstehenden Synergie-Effekte waren für uns hilfreich beim „Betreten“ des fachlichen Neulandes.

Nach zwei Jahren sind wir überzeugt:

Grundlegendes ist an den Schnittstellen zwischen stationärer Wiedereingliederung und Pflegezuerarbeiten, Verständnis muss wachsen für die unterschiedlichen Arbeitsansforderungen von Alten- und Drogenhilfe sowie für die spezifischen Problemlagen der Hilfenutzerinnen und –nutzer. Ein Austausch ist unerlässlich, um fachlich adäquate Angebote zu entwickeln.

So groß die Unterschiede sind, das Bedürfnis in Würde zu leben und alt zu werden, in einer gewohnten und vertrauten Umgebung, das Gefühl von Zugehörigkeit und „Gebrauchtwerden“ und die Zuversicht, möglichst lange „Zuhause bleiben zu können“ unterscheidet sich nicht.

Arbeitsansatz

LÜSA bietet niedrighschwellige „Nischen zum Leben und Arbeiten“, Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Der in **allen** LÜSA-Hilfeangeboten angewandte lösungsorientierte Arbeits-Ansatz basiert als „Hilfe zur Selbsthilfe“ auf vier Säulen:

Ein Zuhause

ist für uns ein Menschenrecht: sicher, empathisch. Wir fordern von unseren Bewohnerinnen und Bewohnern Beteiligung, Verantwortung, Respekt und sozial verträgliches Verhalten.

Behandlung

Als wesentliches Basis-Angebot dient das Vorhalten von Substitutionsbehandlung und fortlaufender medizinische Begleitung durch einen Hausarzt und ei-

nen Psychiater. Darüber hinaus pflegen wir die Kooperation mit Anbietern von Qualifizierter Entzugsbehandlung, Ergotherapie-Praxen, AIDS-Hilfe, Ambulanten Pflegediensten, sog. „Wundmanagern“, Hospizen, die z.T. auch ins Haus kommen.

Betreuung

Wir orientieren uns auf die Gegenwart und stärken die Selbstbestimmung unserer Klientinnen und Klienten. Wir arbeiten lösungsorientiert und leiten bei den Dingen an, die sie nicht mehr bzw. noch nicht können. Wir arbeiten *mit* ihnen zusammen, aber wir übernehmen nicht die Alltagsbewältigung.

Auf diesem Hintergrund haben der Selbstversorgungsansatz wie das Tagesstrukturangebot einen zentralen Stellenwert.

Wir erwarten von den Bewohnerinnen und Bewohnern *Respekt* und einen demokratisch-toleranten Umgang untereinander und mit anderen Bürgerinnen und Bürgern.

Wir konfrontieren unsere Klientinnen und Klienten mit (bürgerschaftlichen) Rechten und Pflichten und versuchen, einen Blick für die Welt um sie herum und weiter weg zu schaffen.

Tagesstruktur/Beschäftigung

Neben dem Selbstversorgungsansatz stellen Alltagstraining und die Beschäftigungsbereiche Druck-, Holz-, Fahrrad- und Kreativwerkstatt, der Second-hand-Verkaufsbereich und der „Versorgungsbereich“ mit Garten-, Renovierungs-, Hauswirtschaftstätigkeiten, sowie die differenzierten Freizeitangebote, die allen Nutzerinnen und Nutzern offen stehen, in unserer Arbeit einen großen Wert dar.

Es ist uns wichtig, auch mit den Beschäftigungsangeboten Gemeinwesenbestandteil zu sein. Das Selbstverständnis kann wie folgt knapp zusammengefasst werden: wir legen Wert auf eine selbstverständliche Partizipation auf „Augenhöhe“. Wir helfen und bekommen Hilfe, LÜSA wirkt mit auf vielfältigen bürgerschaftlichen Ebenen („Runder Tisch gegen Gewalt und Rassismus“, Spendensammeln für Flüchtlinge, Renovier-/Reparaturhilfe für das Frauenhaus, Stadtteil-Jugendhäuser, Auf-/Abbau-Unterstützung für Feste im sozialen Netzwerk der Stadt“). Wir sind unseren Klientinnen und Klienten parteiische Lobby, da wo ihre Stimme nicht gehört wird.

Das LÜSA-Team

Das interdisziplinäre Team bietet - mit Heil-, Erziehungs-, und Gesundheitspflegerinnen und -pflegern, „Ex-Userinnen und -Usern“, Heil-, und Diplompä-

dagoginnen und -pädagogen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hauswirtschafterinnen und -wirtschaftern, Verwaltungsangestellten sowie den handwerklichen Anleiterinnen und Anleitern in den Tagesstrukturangeboten - eine breite und vielschichtige Qualifikation und Sicht auf die Problemlkomplexität der Projekt-Nutzerinnen und -Nutzer und mögliche Lösungswege. Wir sind multikulturell und familienfreundlich und bieten mit Überzeugung individuelle Arbeitszeitmodelle.

Umgang mit Tod und Sterben

Die Mehrheit unserer Bewohnerinnen und Bewohner kämpft gegen vielfältige schwere somatische Erkrankungen, so dass wir immer wieder mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Zu unserem Verständnis von „Sterben in Würde“ gehört, dass sie auf ihrem letzten Weg nicht in anonymes Sterben „abgeschoben“ werden, sondern dass wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als „professioneller Familienersatz“ sowie ihre Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, sie begleiten, trösten, unterstützen, nicht allein lassen: im Krankenhaus, im Hospiz und selten (aufgrund der schweren Krankheitsverläufe) auch in ihrem Zuhause – bei LÜSA. Wir nehmen von den Verstorbenen in einer gemeinsamen Trauerfeier Abschied. Seit 2016 hat das Projekt LÜSA auch die schöne Möglichkeit an unserem „Gemeinschafts-Baum“ in einem nahegelegenen Ruheforst zu bestatten. Wir veröffentlichen eine individuelle Trauerannonce in der Tageszeitung (jedoch immer mit dem Zusatz: „wider das anonyme Sterben drogenabhängiger Menschen“).

Wir bewahren das Gedenken an die Gegangenen durch Gedenktafeln an einem Ort unseres Gartens und beteiligen uns seit vielen Jahren mit öffentlichen Aktionen und Gedenkfeiern an dem jährlichen „Nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige – 21. Juli“: Traditionell läuten am 21. Juli die örtlichen Kirchen die Glocken für unsere Verstorbenen, wir essen an einer schön gedeckten Tafel mit unseren Klientinnen und Klienten, sowie Gästen aus der Bürgerschaft, Politik und Verwaltung und pflanzen zum Abschluss in unserem Garten ein Gedenkbäumchen.

Unsere Haltung „Keinen verderben zu lassen, auch nicht sich selber – Jeden mit Glück zu erfüllen, auch sich, das ist gut“¹ ist uns seit der Eröffnung Orientierung; im kollegialen Umgang, wie in der Arbeit mit unseren Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Anpassung am individuellen Hilfebedarf ist prägendes Merkmal des LÜSA-Alltags - anstrengend und lohnend zugleich.

1 Berthold Brecht (1967), Der gute Mensch von Sezuan, S. 1553.

Schlussbemerkung

In den vergangenen Jahren haben über 400 Menschen bei LÜSA gelebt, gelacht, geweint, den Alltag gemeistert, ihren Beitrag zur Gemeinschaft geleistet, gerungen um eine Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Viele konnten wir unterstützen bei dem Aufbau einer selbstbestimmten Wohnperspektive, einige sind in ihrem „Zuhause“, wie wir denken und hoffen, gut von uns begleitet würdevoll verstorben. Diesen Ansatz und die dahinterliegende Haltung werden wir in die Dauerwohneinrichtung mitnehmen.

Literatur

Akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES Bundesverband (Hrsg.) (2014): Alternativer Sucht- und Drogenbericht. PDF über <http://www.akzept.org>.

Brecht, B. (1967): Der gute Mensch von Sezuan, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

JES (Junkies Ex-User Substituierte) (Hrsg.) (2013): „Meine Behandlung – meine Wahl“ <http://www.meinebehandlungmeinewahl.eu>.

Schuller, K. & Stöver, H. (1990): Akzeptierende Drogenarbeit, Freiburg: Lambertus.

Schwoon, D. R. & Kausz, M. (Hrsg.) (1994): Psychose und Sucht.

Freiburg: Lambertus.

Trautmann, F. & Barendregt, C. (1994): Europäisches Peer-Support Handbuch, NIAD Project, Aids en Druggebruik'. Utrecht: Trimbo-Instituut.

Vogt, I. (Hrsg.) (2011): Auch Süchtige altern, Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag.

Wessel, T. & Westermann H. (2002): Problematischer Alkoholkonsum – Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. In: Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen, 3, 2.

Schwangerschaft und Substitutionsbehandlung

Dr. Thomas Poehlke, Münster

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis, Mitglied der Beratungskommission Sucht und Drogen der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Jennifer Jaque-Rodney, Bochum

Selbständige Familienhebamme, Studium der Hebammenwissenschaften an der Universität Caledonian, Glasgow

In Deutschland gibt es bis zu 200.00 Konsument/innen von illegalen Drogen. Unter ihnen befinden sich etwa $\frac{1}{3}$ Frauen im gebärfähigen Alter. Kommt es zu einer Schwangerschaft, dann sind sie selbst und das Ungeborene durch typische Komplikationen des Konsums von Drogen und legalen Substanzen gefährdet. Insbesondere die Opioidabhängigkeit stellt dabei eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung von Mutter und Kind dar.

Die Therapie der Drogenabhängigkeit muss interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichtet sein, da unter anderem humangenetische, internistische, gynäkologische, psychiatrische und perinatalogische Fragen zu berücksichtigen sind. Bereits seit langer Zeit stellt dabei die Opioid-Substitutionstherapie die Methode der Wahl dar, obwohl mögliche Entzugssymptome des Neugeborenen durchaus kritisch zu sehen sind. Zusammen mit der ärztlichen Begleitung kann dabei, und bis zu einem Jahr nach der Geburt, die Unterstützung durch eine Familienhebamme mit spezieller Ausbildung zur Begleitung drogenabhängiger Frauen eine wesentliche Voraussetzung zur Stabilisierung der Elternschaft darstellen.

Seit über zwanzig Jahren leisten Familienhebammen als aufsuchende gesundheitsorientierte Begleitung einen positiven Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention für viele Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Insbesondere Frauen mit einer seelischen Veränderung oder einer psychisch diagnostizierten Erkrankung können von dieser Unterstützung in der Schwangerschaft von Anfang an profitieren. Die Berufsgruppe der Familienhebammen wird gezielt für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgebildet und begleitet Frauen und ihre Familien mit ihren individuellen Fragen, Sorgen und Ängsten in dieser Zeit.

Die Arbeit der Familienhebamme kann als ein zeitlich und thematisch erweitertes Tätigkeitsspektrum der originären Hebammentätigkeiten betrachtet werden. Im Mittelpunkt steht die psychosoziale Begleitung vor und nach der

Geburt eines Kindes von Frauen, die sich in vulnerablen oder unsicheren Lebenslagen befinden. Einerseits soll für diese Frauen ein komplikationsloser Verlauf der Schwangerschaft und Geburt gefördert und sichergestellt werden. Andererseits soll verhindert werden, dass gesundheitliche oder materielle Sorgen der Familie den Zugang für eine positive Einstellung gegenüber dem Kind blockieren.

Die Ziele der Begleitung der Frauen (Familien) durch die Familienhebamme sind u. a.:

- Früh Kontakt zu den vulnerablen und unsicheren Frauen (Familien) herzustellen, um nachhaltig und kontinuierlich Vertrauen aufzubauen,
- Frauen/ Familien in problematischen Situationen zu unterstützen und vorhandene Ressourcen zu stärken,
- über medizinische und soziale Versorgungsangebote aufzuklären und dorthin zu vermitteln,
- den Frauen (Familien) zu helfen, die körperlichen und seelischen Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und zu beachten.

Die Schwangere hat im Verlauf ihrer Abhängigkeit ausgeprägte Unlustgefühle und innere Leere verspürt, so dass es zu persönlichen Krisen, verbunden mit Enttäuschung, Depression, Wut oder Ohnmacht und Einsamkeit, kam. Die Droge ist aber nicht nur als Substanz gegen eine innere psychische Gefahr zu sehen, sondern sie bringt gleichzeitig Lustgewinn. Somit mindern unterschiedliche Erlebensphasen die Motivation zur Abstinenz. Somit bilden emotionale Überlastungen und/oder hedonistische Ursachen den subjektiven Anlass für den Drogenkonsum. Im Verlauf der Schwangerschaft lassen sich diese Verhaltensweisen wiederholt reflektieren, die Suchtanamnese kann nochmals deutlicher werden und die Zukunftsperspektive ist intensiv zu bearbeiten, da sich die Patientin in einer persönlichen Neuorientierung befindet. Überwiegend finden sich in der Biographie der Patientinnen frühe psychische Traumata, die meist in kritischen Phasen frühkindlicher Entwicklung stattfanden. Schwangerschaft und Mutterschaft bilden daher die Chance, den geschilderten inneren Gefahrenzustand zu entschärfen und über die Sorge um ein Kind eine Nachreifung zu vollziehen. Die Schwangerschaft kann in diesem Sinne als „integrative Krise“ interpretiert werden.

Neben der Drogenabhängigkeit werden dabei Schwangerschaft, Geburt und Sorge um das Kind als Phasen weiblicher Entwicklung angesehen, in denen alle bisherigen psychischen Entwicklungsstufen, die Persönlichkeitsstruktur und das daraus resultierende Verhalten neu gesehen und in Frage gestellt werden können.

Es besteht sowohl die Gefahr einer Destabilisierung der Persönlichkeit mit psychischer und funktioneller Symptomatik (Erbrechen, Angstsymptome, vorzeitige Wehen, Geburtskomplikationen, Wochenbettdepression, Stillprobleme) als auch die Aussicht auf eine Neubearbeitung alter unerledigter Konflikte, wie z. B. die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit. Neben dem Konsum von illegalen Drogen spielen vor allem die weitaus häufiger konsumierten Substanzen Alkohol und Tabak eine entscheidende Rolle für die Gefährdung des Ungeborenen.

Alkoholstörungen werden heute als Fetale-Alkohol-Spektrumsstörungen (FASD) bezeichnet. Sie führen zu Kleinwuchs, äußeren und inneren Missbildungen verschiedenen Grades, geistiger Behinderung und verschiedenen psychischen Störungen. Der Alkohol gelangt über die Nabelschnur in den Blutkreislauf des ungeborenen Kindes und verteilt sich rasch im ganzen Körper. Innerhalb weniger Minuten haben Mutter und Kind denselben Alkoholspiegel. Die schädigende Wirkung des Alkohols hält beim ungeborenen Kind länger an als bei der Mutter, weil der noch nicht vollständig entwickelte Organismus des Kindes den Alkohol langsamer abbaut. Deshalb ist der Blutalkoholspiegel bei einem Neugeborenen eine Zeit lang sogar höher als bei der Mutter. Das Risiko für gesundheitliche Schäden steigt mit der Menge des getrunkenen Alkohols.

Wird ein Embryo oder Fetus während seiner Entwicklung Nikotin und anderen im Tabakrauch enthaltenen Giften ausgesetzt, so wird er in seiner Entwicklung beeinträchtigt und erfährt weitere Entwicklungsschädigungen, die sich im gesamten späteren Leben negativ bemerkbar machen können. In Extremfällen können diese Schädigungen sogar zur Früh- oder Fehlgeburt führen. Die nachgeburtlich diagnostizierbaren Schäden fasst man unter dem Begriff „Fetales Tabaksyndrom“ zusammen. In Deutschland treten jährlich 500 bis 600 Todesfälle durch den plötzlichen Kindstod (SIDS) auf, wovon bis zur Hälfte der Fälle dem Passivrauchen zugeschrieben werden. Sowohl durch das Rauchen während der Schwangerschaft als auch nach der Entbindung ist das Risiko hierfür deutlich erhöht. Raucht eine Schwangere täglich mehr als zehn Zigaretten, so erhöht sich das Risiko für SIDS auf das Siebenfache. Das Risiko von SIDS bei elterlichem Tabakkonsum ist um das Zwei- bis Vierfache höher als in rauchfreien Haushalten.

Als komplikationsreich ist die Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft zu sehen: Beruhigungs- und Schlafmittel gehen direkt über die Plazenta in den kindlichen Blutkreislauf über und belasten das Ungeborene. Nach der Geburt droht dem Kind ein neonatales Abstinenzsyndrom (NAS), das sich durch starkes Zittern, anhaltende Nervosität, Blutdruckstörungen, Temperaturabfall, Erbrechen, Durchfall etc. bemerkbar macht. Um ein NAS beim Kind

hervorzurufen, reichen bereits die im Rahmen von therapeutischen Verschreibungen üblichen Dosierungen aus - also ohne Vorliegen einer Abhängigkeit bei der Mutter. Der Entzug von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei Neugeborenen kann viele Wochen dauern und epileptische Anfälle beim Kind auslösen. Es gibt Hinweise darauf, dass hoher und regelmäßiger Konsum körperliche und geistige Schäden des Kindes zur Folge hat. Hierzu zählen Fehlbildungen wie Lippen/Gaumenspalte, der Fingerendglieder, Herz- und Gefäßfehlbildungen und geistige Entwicklungsverzögerungen. Die Beratung der Schwangeren erfordert es, über die Eigenschaften der Drogen, die Art des typischen Konsums und die Intoxikations- und Entzugssymptome informiert zu sein. Hier kann die Arbeit der Familienhebamme als kompetente Vertrauensperson eine ganz entscheidende Möglichkeit der kontinuierlichen Begleitung während der Schwangerschaft und in den Monaten danach leisten.

Mit Blick auf die konsumierten Stoffe und dem Wissen, dass Drogenkonsum unter größtenteils hygienisch bedenklichen Umständen verläuft, werden die möglichen Komplikationen verständlich. Insbesondere der Kokainkonsum kann zu hirnorganischen Schäden des Kindes, zu Herzfehlern oder Fehlbildungen der ableitenden Harnwege führen. Es lässt sich für Kokain keine spezifische Embryopathie nachweisen, dennoch kann Kokain für Schwangere und Fetus besonders wegen kardiovaskulärer und zentralnervöser Effekte lebensbedrohlich sein. Die gefäßverengende Wirkung des Kokains hat Durchblutungsstörungen der Gebärmutter und der Plazenta zur Folge. Dadurch wird das werdende Kind schlechter mit Sauerstoff und Nährsubstanzen versorgt, und es kann zu einer vorzeitigen Plazentaablösung (Fehlgeburt) und zu vorzeitigen Wehen (Frühgeburt) kommen. Die Kokain-exponierten Kinder zeigen vor allem in der kognitiven Entwicklung und der Entwicklung von Gefühlen negative Veränderungen.

Ganz im Vordergrund der Sorge um Mutter und Kind steht der Konsum von Heroin, das als Medikament eingesetzt wurde und dessen abhängig machenden Eigenschaften erst zwanzig Jahre nach Markteinführung allgemein anerkannt wurden. Konsumiert die Mutter Opioide während der Schwangerschaft, gehen diese in den Blutkreislauf des Kindes über. Es ist davon auszugehen, dass Heroin allein keine fruchtschädigende Wirkung hat, also nicht mit Fehlbildungen beim Baby zu rechnen ist. Allerdings besteht das Risiko eines geringeren Geburtsgewichts, und es kommt häufiger zu Fehl- und Frühgeburten.

Bei opioidabhängigen schwangeren Frauen zählt die Opioid-Substitutions-Therapie (OST) zu den anerkannten Behandlungsmethoden. Die rechtliche Grundlage für die Substitution bildet das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) – dort ist festgelegt, welche Substanzen von einem Arzt verschrieben werden dürfen.

Das Therapiekonzept schließt ausdrücklich die psychosoziale Betreuung (PSB) ein. Dabei ist eine engmaschige ärztliche Begleitung und idealerweise die Unterstützung durch eine Familienhebamme notwendig und sinnvoll. Diese Maßnahmen ermöglichen oft einen normalen Schwangerschaftsverlauf und bieten noch andere Vorteile im Vergleich zum weiteren Konsum illegaler Substanzen: so entfällt der Beschaffungsstress.

Zwar leiden auch die Babys substituiertter Mütter unter Entzugssymptomen (NAS), die Mütter leben aber meist in stabileren Verhältnissen und kümmern sich mehr um ihre Kinder als nicht substituierte Frauen. Die Entzugssymptomatik des Kindes nach einer Opioid-Substitutionstherapie lässt sich nicht eindeutig auf die Dosis beziehen, allerdings sind komplikationsreiche Verläufe ausnahmslos bei Kindern von Müttern zu beobachten, die über 50 mg Methadon-Racemat am Tag erhielten. Frühmanifestation des NAS sind rasches Einsetzen der Symptomatik nach Geburt, Beginn 12-72 Std. p.p.¹, mit neurologischen (Tremor, Krämpfe), vegetativen (Schwitzen, Tachycardie²), gastrointestinalen (Durchfälle, Trinkschwierigkeiten) und respiratorischen³ (Schniefen, Tachypnoe⁴) Merkmalen.

Immer noch diskutiert wird in Deutschland, im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten und den USA, die Möglichkeit des Stillens: nach einschlägiger Erfahrung fördert es den Aufbau der Mutter-Kind Beziehung und die Bereitschaft der Mutter zur Übernahme und Einhaltung einer verbindlichen und verlässlichen Versorgung des Kindes.

Dem Stillen wird ebenso ein positiver Einfluss auf das neonatale Abstinenzsyndrom zugesprochen. Größere retrospektive Datenanalysen legen nahe, dass die Muttermilchfütterung mit einem abgeschwächten, verzögert auftretenden neonatalen Abstinenzsyndrom einhergeht, welches weniger Pharmakotherapie bedarf, unabhängig vom Gestationsalter⁵ und von der Art der Drogenaufnahme.

Die Gruppe der Mütter, die gestillt haben, unterscheidet sich von den Müttern, die Formulanahrung gefüttert haben durch bessere pränatale Vorsorge, weniger polytoxikomanen Konsum und weniger Kontakte zu bzw. Bedarf an sozialpädagogischer Familienhilfe. Es besteht bei ihnen ein bereits pränatal besseres bonding⁶.

1 post partum = nach der Geburt

2 = umgangssprachlich ‚Herzrasen‘

3 = die Atmung betreffend

4 = Atemfrequenz schneller als normal (> 20 Atemzüge pro Minute in Ruhe)

5 Das Gestationsalter ist der Zeitraum vom 1. Tag der letzten Regelblutung der Mutter bis zur Geburt des Kindes. Es entspricht der Schwangerschaftsdauer.

6 Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind

Retardiertes Morphin – Einsatz und Umgang in der Praxis

Dr. Hans-Georg Heinemann

Facharzt für Innere Medizin und Vorsitzender des Vereins zur Prävention und Rehabilitation von Suchterkrankungen (PUR e. V.), Dortmund

Seit der Einführung vor 50 Jahren haben weltweit Hunderttausende von opiatabhängigen Patienten von der Substitutionsbehandlung profitiert.

Während eine neue Generation von opiatabhängigen Menschen erstmals in eine Substitutionsbehandlung eintritt, nimmt am anderen Ende des Spektrums die Gruppe der langjährig substituierten älteren Patienten zu.

Fataler Trend: Die Zahl der Drogentoten steigt merklich. Lange sank in Deutschland die Zahl der Drogentoten, doch der positive Trend ist seit 2014 gebrochen. Der aktuelle Drogenbericht des BKA bezogen auf das Jahr 2015 weist eine Steigerung der Todesfälle um 18,8% aus.

Diese Zahlen belegen die Bedeutsamkeit einer effizienten und damit Menschenleben rettenden Substitutionsbehandlung.

Ziele der Substitutionsbehandlung sollen sein:

- Minderung schädlicher Folgen des Substanzkonsums im nichtmedizinischen Setting und in der Folge Reduktion von Folgeerkrankungen,
- Senkung von Mortalität und Morbidität,
- Integration der Betroffenen in das Gesundheits- und Betreuungssystem,
- Individuelle gesundheitliche (psychische, somatische, soziale) Stabilisierung der Betroffenen,
- Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit,
- Steigerung der Lebensqualität und gesellschaftlichen Teilhabe.

Das einst primäre Ziel der Substitutionsbehandlung, die Abstinenz, ist für eine Vielzahl der Substitutionspatienten und –patientinnen nicht realisierbar, vielmehr gilt für eine wachsende Zahl der älter werdenden, multimorbiden und durchschnittlich biologisch um 15-20 Jahre gegenüber der Allgemeinbevölkerung vorgealterten Substitutionspatienten und -patientinnen schlichtweg die Sicherung des Überlebens in Substitution.

Für die Messung der Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Substitute gelten weiterhin die Dauer des Verbleibs in Behandlung und die Reduktion des Konsums von Heroin als einzige Endpunkte.

Unter dieser Prämisse ist Substitol als retardiertes Morphin seit 2015 in Deutschland verfügbar. Substitol wurde in Österreich bereits im letzten Jahrhundert (1998) als Substitutionsmittel zugelassen und ist dort Substitutionsmittel Nr. 1. Belastbare Studien belegen, dass die Haltequoten deutlich besser als vergleichsweise bei Methadon und Buprenorphin sind.

Substitol hat gegenüber anderen Substitutionsmitteln folgende Zusatznutzen:

- Die Verträglichkeit ist besser wie z. B. weniger belastendes Schwitzen.
- Die Substanz wird im Gegensatz zu Methadon nicht über das CYP 450-System der Leber metabolisiert. Dadurch entstehen keine schwerwiegenden Interaktionen (wie z. B. unerwünschte Wirkungsabschwächung oder Wirkungsverstärkung) mit Medikamenten, die bei AIDS-, Herz-, Stoffwechselerkrankungen und anderen Krankheiten verschrieben werden müssen.
- Keine QT-Zeit-Verlängerung
- Positive Selbsteinschätzung des eigenen Wohlbefindens der Substitutionspatientinnen und -patienten und weniger Depressionen
- Zwei von drei Studienteilnehmer bevorzugten die Therapie mit retardiertem Morphin gegenüber Methadon

Bezüglich der im Vergleich zu den anderen Substitutionsmitteln höheren Therapiekosten von Substitol gilt:

Nach § 35 Abs. 5 Satz 1 SGB V sind „Festbeträge (...) so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten.“

Da Substitol zum Festbetrag verfügbar ist, kann das Produkt als wirtschaftliches Arzneimittel eingestuft werden.

Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist bei der Verschreibung von Substitol wegen der höheren Kosten im Vergleich zu Methadon oder Buprenorphin auf die Indikation zu achten.

Mögliche Indikationen sind:

- Bei zu erwartenden möglichen Interaktionen mit anderen Medikamenten, Patienten mit schweren Abhängigkeitserkrankungen und psychiatrischen Begleiterkrankungen,
- Bei Therapieversagen mit anderen Substituten,
- Bei Nebenwirkungen durch andere Substitute,

- Bei persistierender gleichzeitiger Benutzung anderer psychotroper Substanzen,
- Bei begründetem Wunsch der Patienten.

Hinsichtlich des Missbrauchspotentials von Substitol wird auf die vorliegenden Daten des verbotenen bzw. potentiell fremdschädigenden Gebrauchs von Substitol in Wien verwiesen:

Sicherstellung des verschriebenen Substitols in Wien:

0,10% (2009)

0,15% (2010)

0,14% (2011)

0,16% (2012)

0,09% (2013)

0,06% (2014)

Zusammenfassend liegt der Anteil an sichergestelltem Substitol im Bereich des illegalen Handels mit Substitutionsmitteln in Wien im Promillebereich.

Drogenschnelltests (6-MAM-Test) ermöglichen eine Differenzierung zwischen retardiertem Morphin und Straßenheroin im Praxisalltag und sind ein zuverlässiger Parameter für den Verlauf einer erfolgreichen Substitutionstherapie mit Substitol.

Für Ihre Notizen

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 27.600 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org

