

3. Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKoD)

Brennende Themen der Substitution
am 12.12.2012 in Berlin

Veranstalter: akzept e.V. in Kooperation mit der
Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)
und der Deutschen Aids Hilfe (DAH).



Gefördert durch das Bundes-
ministerium für Gesundheit



Bundesministerium
für Gesundheit

INHALT

Vorwort	
<i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	06
Vorträge	
Substitution, Kinder und Elternschaft– Bestandsaufnahme der Entwicklungen in Bremen und Hamburg	
<i>Dr. Katrin Gabriel, Asklepios Klinik Nord, Hamburg</i>	11
Was sagen uns die Haar-Tests wirklich?	
<i>Prof. Dr. Fritz Pragst, Abteilung Forensische Toxikologie, Charité Berlin, Medizinische Rehabilitation unter Substitution</i>	19
Umgang mit Beigebrauch und Benzodiazepin-Verschreibung: Zwei Seiten einer Medaille	
<i>Dr. Jochen Brack, Hamburg</i>	43
6 Blitzlichter	
Substitution in ländlichen Versorgungsregionen: Nicht hinnehmbare Benachteiligungen einer Patientengruppe	
<i>Prof. Dr. Gundula Barsch, Berlin</i>	56
Substitution und Fahreignung	
<i>Dr. Christine Weimann Schmitz, pima-mpu GmbH Stuttgart</i>	66
Das Arzt-/Patientenverhältnis in der Substitutionsbehandlung. Einblicke aus Patientensicht	
<i>Dirk Schäffer, DAH Berlin, JES Bundesverband</i>	72
Substitution und Recht. Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen!	
<i>Hans-Günter Meyer-Thompson, DGS</i>	79
Fachkunde/Weiterbildung von ÄrztInnen, Arzthelferinnen, PsychologInnen, Pflegepersonal, ApothekerInnen und SozialarbeiterInnen	
<i>Dr. Theo Wessel, GVS, Berlin</i>	84

Neue Optionen in der HCV Behandlung: Was bedeutet das für substituierte Patienten? <i>PD Dr. Markus Backmund, München</i>	89
7 Foren (mit dem Arbeitsauftrag: jeweils 5 Forderungen/Vorschläge für eine Verbesserung der Qualität in der Substitutionsbehandlung)	
PSB – Schwerpunkt: Arbeits- und Beschäftigungsprogramme <i>Max Bitterli, Berner ContactNetz</i>	93
Substitution 50+ - Was brauchen ältere SubstitutionspatientInnen und wie kann ihre Versorgung sichergestellt werden? <i>Dr. Konrad Isernhagen, Köln</i>	96
Die psychosoziale Betreuung in der Substitutions- behandlung – Behandlungspraxis, aktuelle Forschungs- ergebnisse und Entwicklungsaufgaben <i>Dr. Daniel Deimel, Köln</i>	104
Substitution in Haft, Schnittstellenmanagement <i>Dr. Irmgard Render, Justizministerium NRW,</i> <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	111 114
Veränderung der BtmVV- Wie muss sie aussehen, um eine patienten- und arztgerechte Substitutionsbehandlung zu erreichen? <i>Rainer Ullmann, Hamburg</i>	122
Visionen: Leichter Einstieg in eine qualitativ hochwertige Substitutionstherapie <i>Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen, Zürich</i>	129
Anhang	
AutorInnen, ReferentInnen, ModeratorInnen	138
Veranstalter, Programmkomitee	143
Impressum	144

Vorwort →

Vorträge →

3. Nationale Substitutionskonferenz Deutschland (NaSuKoD)
12.12.2012, Berlin
„Brennende Themen der Substitution“

VORWORT

Substitutionsrecht verschlanken, Zugangshürden abbauen, mehr Ärzte und damit bessere Behandlungsqualität erreichen und die Therapie sicherer machen! Das könnten die zentralen Schlagwörter dieser 3. Nationalen Substitutionskonferenz Deutschland (NaSuKoD) mit dem Titel „Brennende Themen der Substitution“ am 12.12.12 in Berlin sein (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit).

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger stellt die Behandlungsform mit der größten Reichweite dar. Sie sollte einer regelmäßigen fachübergreifenden Beobachtung und Bestandsaufnahme unterliegen um die bestehende Qualität zu sichern und weiterzuentwickeln, Probleme anzusprechen und Ansätze der Weiterentwicklung zu erarbeiten. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz:

ÄrztInnen, ArzthelferInnen, psychosoziale BetreuerInnen, Experten aus Verwaltung und Politik müssen zusammen gebracht werden, um die komplexe Erkrankung Opioidabhängigkeit samt Folge- und Begleiterkrankungen und ihre medikamentengestützte Behandlung zu diskutieren.

Auch die 3. Nationale Substitutionskonferenz (nach 2007 und 2009) unternimmt eine aktuelle Bestandsaufnahme zum Stand der Versorgung Opioidabhängiger, zu Bedarfen und neuen Entwicklungen. Schnittstellenmanagement und Vorstellungen von Modellen guter Praxis.

Neuere Forschungsergebnisse – insbesondere der PREMOS-Studie, aber auch weiterer z.T. internationaler Forschungsarbeiten – drängen zu einer weiteren Bearbeitung einer Reihe von Themen, die

aufgrund aktueller Entwicklungen und Ereignisse sowie bereits früher benannter Problematik einer Klärung bedürfen.

Wie kann eine **integrierte Versorgung** gewährleistet werden? Koordination aller beteiligten Akteure wie Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Apotheken, psychosoziale Fach- und Beratungsdienste (Sozialarbeiter, Psychologen/-therapeuten), Selbsthilfe.

Vermeidung von Schnittstellenproblemen:

Übertritte Freiheit-Haft/Maßregel/Therapie/Krankenhaus etc.

Patientenvertretungen/-organisation:

Wie können ‚mündige Patienten‘ gefördert werden, wie können Patientenrechte gestärkt und ihre Kompetenzen und Interessen in der Therapie berücksichtigt werden?

Substitutionsbehandlung und Arbeitsfähigkeit und Fahrtüchtigkeit: Welche neueren Erkenntnisse bestehen zur besseren beruflichen Integration, sozialen Teilhabe und Stärkung der Mobilität von PatientInnen?

Substitutionsbehandlung, Eltern-/Schwangerschaft und Kinder:

Wie kann eine ‚Take-home‘ – Politik und Praxis aussehen, unter Berücksichtigung einer Normalisierung der Lebenssituation für PatientInnen und gleichzeitiger Wahrung des Kinderwohls (Ausbau und bessere Koordination der Hilfen für substituierte Mütter/Väter mit Kindern)?

OST und Arbeits- und Beschäftigungsprojekte: Welche Auswirkungen hat die Instrumentenreform auf die Integrationsprojekte der Suchtkrankenhilfe insbesondere Opioidabhängige?

Weiterbildung von Arzthelferinnen, Pflegepersonal und Sozial-

arbeiterInnen: Welche Bedarfe bestehen, welche Angebote sind erforderlich, welche aktiven Träger gibt es?

Umgang mit Beigebruch und Benzodiazepin-Verschreibung: Wie sieht die Praxis aus zwischen ‚ganz oder gar nicht‘?

Fachkunde/Weiterbildung von Ärzten, Arzthelferinnen, PsychologInnen, Pflegepersonal, ApothekerInnen und SozialarbeiterInnen: Welche Bedarfe gibt es, welche Angebote werden gemacht, welche Träger machen was, mit welchem Erfolg?

Der Versorgung im ländlichen Bereich: Hier werden Beispiele Guter Praxis vorgestellt und auf Übertragbarkeit auf andere Regionen überprüft.

PSB: Welche Unterstützungsbedarfe bestehen wann für wen und wie lange im Verlauf der Therapie? Wie können PSB-Ressourcen besser und zielgenauer eingesetzt werden? Wie muss das PSB-Angebot an den Bedarf angepasst werden? Was wissen wir über den Bedarf (siehe PREMOS-Studie)?

OST und Haft: Gefängnis, Maßregelvollzug, Polizeiarrest: Oftmals werden die in Freiheit durchgeführten Behandlungen bei Haftantritt abgebrochen (siehe IMPROVE-Studie). Wie kann die Versorgung opioidabhängiger Menschen verbessert werden?

Komorbiditäten: Patienten in Substitution gehören nach der PREMOS-Studie mehrheitlich zu den Schwerstkranken mit chronischem Verlauf im Gesundheitssystem.

Das Ziel der Konferenz war es, die kurz- und mittelfristigen Handlungsnotwendigkeiten vor dem Hintergrund langfristiger Krankenbehandlungsperspektiven herauszuarbeiten.

Nach wie vor – durch verschiedene Studien belegt - ergeben sich weiterhin erhebliche Versorgungsprobleme, die in der 3. NaSuKo auf der Tagesordnung standen. Dabei wurden die Kernprobleme herausgearbeitet, um den Fach- und Dachgesellschaften Material und Argumente für künftige Auseinandersetzungen an die Hand zu geben. Dies ist auf dem politischen Terrain schon teilweise

gelingen, mit einer öffentlichen Anhörung zur Substitutionsbehandlung am 05.06.2013 im Deutschen Bundestag:

▶ 17/13230 von Abgeordneten und Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Versorgungsqualität und Therapiefreiheit in der Substitutionsbehandlung stärken“

▶ 17/12181 von Abgeordneten und Fraktion der SPD

“Überlebenshilfe in der Drogenpolitik - Situation der Substitution von Opiatabhängigen verbessern und Substitutionsbehandlung im Strafvollzug gewährleisten“

▶ 17/12825 von Abgeordneten und Fraktion DIE LINKE

„Abhängigen helfen-Substitutionstherapie erleichtern“

Weitere Initiativen sind zur Verbesserung des Zugangs zur Substitutionsbehandlung sind erkennbar

▶ zur Verschärfung des Substitutionsrechts, um sowohl für Ärzte, als auch für Patienten einen klareren Rahmen zu schaffen

▶ und zur Verbesserung der Versorgung Opioidbehandlungen mit Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug.

Weitere Themen wurden auf dem Kongress in Kleingruppen bearbeitet:

▶ Substitution, Alkohol und Harm Reduction – wie sieht eine realistische Perspektive aus?

▶ Substitution 50+ - Was brauchen ältere SubstitutionspatientInnen und wie kann ihre Versorgung sichergestellt werden?

▶ Welche Substanz für welchen Patienten – und wie kann man Diacetylmorphin besser zugänglich machen?

▶ Substitution in der medizinischen Rehabilitation – in wieweit findet eine verzahnte Behandlung statt?

Vielen Dank an alle Beteiligten! Es war ein lebhafter Kongress mit vielen Diskussionen. Der Posterpreis ging an Vista gGmbH für das Poster ‚Beispiele Guter Praxis in der psychosozialen Betreuung Substituierter‘.

Vielen Dank auch an das Programmkomitee: Dirk Schäffer (DAH), PD Dr. Markus Backmund (DGS), Prof. Dr. Norbert Scherbaum (DGPPN), Mathias Häde (JES)

Frankfurt, 31. Mai 2013

Prof. Dr. Heino Stöver

(akzept e.V.)

Substitution, Kinder und Elternschaft – Bestandsaufnahme der Entwicklungen in Bremen und Hamburg

Katrin Gabriel, Ärztin für Psychiatrie, Asklepios Klinik Nord, Hamburg; Klinik für Abhängigkeitserkrankungen; Stellvertreterin des Chefarztes
Hans-Günter Meyer-Thompson, Asklepios Klinik Nord, Hamburg;
Assistenzarzt

Eine Anmerkung vorweg: Der Schrecken über den Tod von Kevin in Bremen und von Chantal in Hamburg ist uns allen – glaube ich – gehörig in die Glieder gefahren. Dass die versehentliche Einnahme von Substitutionsmitteln lebensgefährlich ist für jeden, klein und groß, der an diese Substanzen nicht gewöhnt ist, das ist uns allen bekannt; und nach mehreren Vorfällen zu Beginn der Substitutionsbehandlung in Deutschland ist das Thema sicherer Umgang und Verwahrung von Substitutionsmitteln ein Anliegen in jeder Behandlung.

Kevins und Chantals Tod hat uns aber vor Augen geführt, dass bei der Substitution von Eltern auch das Kindeswohl insgesamt beachtet werden muss. Selbstkritisch möchte ich anmerken, dass da vielfach ein Blinder Fleck bestanden hat.

Was sind die Zahlen über Kinder von Substituierten in Bremen?
→ 103 Gutachten für Kinder unter 14 Jahren, davon 81 positiv; ‚harte‘ Drogen fanden sich bei 65 Proben, bei 16 ausschließlich Cannabis, bei 8 ausschließlich Methadon.

→ 16 Kinder wurden aus der Familie genommen.

→ Substituierende Ärzte melden an das Jugendamt, wenn Kinder vorhanden sind.

→ Die Jugendämter haben ein besonderes Handlungskonzept zur Unterstützung drogenabhängiger Eltern. (Stand 2011)

Die Ergebnisse der Bremer Erhebungen haben im Vorwahlkampf an der Weser zu schnellen, aus meiner Sicht zu voreiligen Entscheidungen geführt. Was die Ergebnisse wirklich aussagen, wird Prof. Pragst von der Abt. Forensische Toxikologie an der Charité Berlin anschließend erläutern. Dem will ich nicht vorgreifen.

Erfreulich ist, dass in der Debatte um Kindeswohl und Substitution die beteiligten Berufsgruppen untereinander sich nicht die Schwarzen Peter und Schuldzuweisungen zugeschoben haben.

Die schrillen Töne kamen von außerhalb, von populistisch agierenden Politikern oder von Vertretern, die wenig bis gar nichts mit Substitutionsbehandlungen zu tun haben.

Die Diskussionen in vielen örtlichen Zirkeln, auf mehreren Kongressen und Fachtagen in den zurückliegenden Monaten und auch in der Politik münden glücklicherweise in die Erkenntnis, dass es keine Patentrezepte gibt und es der Kooperation aller Beteiligten bedarf, um Kinder in gefährdeten Familien mit substituierten Mitgliedern zu schützen.

In Hamburg wurde deshalb ein Runder Tisch einberufen und die Hamburger Behörden haben Anfang des Jahres diesen Überblick vorgelegt.

- In HH wurden im Zeitraum 2011 bei ca. 4.500 opiatabhängigen Personen Substitutionsbehandlungen durchgeführt;
- Ca. 2000 erhielten Psychosoziale Betreuung durch die Suchthilfe, 1000 nahmen Suchtberatung in Anspruch.
- In der Basisdokumentation (Bado) 2010 wurden 600 opiatabhängige Klientinnen und Klienten dokumentiert, bei denen 1000 minderjährige Kinder leben.

Hochgerechnet auf ca. 70.000 Substitutionspatienten im ganzen Land dürfen wir also annehmen, dass bundesweit mindestens 15.000 Minderjährige in deren Umfeld leben. Dies ist in erster Linie einer der großen Erfolge der Substitutionsbehandlung!

Vormals illegale Junkies wurden Patienten, finden ihren Weg in ein nicht von Beschaffung, Kriminalität, Verelendung und Begleitkrankheiten bestimmtes Leben und gründen eben auch Familien, werden Eltern.

In den meisten Fällen ist die Elternschaft nicht nur Ausdruck einer Stabilisierung, sondern wirkt ihrerseits stabilisierend, weil mit Elternschaft auch Verantwortung, geordnete Lebensführung und Lebensplanung einhergehen.

Und dennoch: Abhängigkeitserkrankungen gehen eben auch einher mit psychischen Komorbiditäten, prägen die Alltagstauglichkeit, verhindern Entwicklungsschritte im persönlichen wie im sozialen Bereich, lassen nicht alle Eltern ihre Rolle und Verantwortung so gestalten, wie das zu wünschen wäre.

Schwangere und Neugeborene haben bereits vor vielen Jahren die besondere Aufmerksamkeit in der Suchtmedizin und Substitutionsbehandlung geweckt. Die Zusammenarbeit von Frauen- und Kinderärzten, von Neonatologen und Jugendämtern, von Substitutionspraxen und PSB-Einrichtungen ist etabliert und vielerorts gibt es für diese Patientengruppe – Mütter und Neugeborene bzw. Kleinkinder – bewährte Kooperationen.

Nicht so bei älteren Kindern und Jugendlichen, die in Haushalten mit substituierten Eltern aufwachsen. In Berlin hat man sich da frühzeitig Gedanken gemacht und Konzepte entwickelt, in anderen Städten wie Bremen und Hamburg haperte es damit.

Es bestand Nachholbedarf, und eine besonders ausführliche Diskussion, an der Vertreter aller beteiligten Berufsgruppen, der Ärztekammer, der KV und der zuständigen Behörden teilnahmen, fand in Hamburg statt, nachdem eine Expertenanhörung der Bürgerschaft dazu bereits vor dem Tod von Chantal diese Erkenntnisse erbracht hatte:

- Die Zusammenarbeit zwischen dem substituierenden Arzt und dem Jugendamt ist nicht befriedigend;
- Kinder müssen grundsätzlich vor der Intoxikation mit potentiell schädlichen Substanzen geschützt werden. Gefährdungen durch Take-Home-Dosen des Substituts sind ein bedeutsamer Faktor;
- Das größte Risiko für Kindeswohlgefährdung ist im Zusammenhang mit problematischem Beikonsum zu sehen, weiterhin sind psychische Komorbiditäten, Armut und Verelendung wichtige Faktoren.

Der Blick richtet sich eben nicht nur auf die Kooperation der Fachkräfte und auf die Regelung der Mitgaben, sondern auch auf das soziale Umfeld der Kinder und ihrer Eltern. Der Auftrag der Bürgerschaft an Behörden, Ärzte und PSB lautete deshalb wie folgt:

Bürgerschaftliche Ersuchen

- Risiken für Kindeswohlgefährdungen bei substituierten Drogenabhängigen präventiv und wirksam vorbeugen;
- Kindeswohlgefährdungen bei substituierten drogenabhängigen Eltern frühzeitig wahrnehmen und darauf adäquat zu reagieren;
- Verfahren zur Kooperation festlegen;
- Take Home Verordnungen kritisch prüfen, Verfahrensvorschläge wenn Kinder vorhanden.

und weiterhin...

- Prüfen, ob die Regelbetreuungszeit für substituierte Eltern ausgesetzt werden kann;
- Darstellen, welche betreuten Wohnangebote für substituierte, drogenabhängige Schwangere zur Verfügung stehen;
- Berichten, welche Angebote der Sucht- und Jugendhilfe Kindern zur Verfügung stehen, die suchtkranke Eltern haben.

Ergebnisse sollen dem Gesundheitsausschuss im Juni 2012 vorgelegt werden.

Das Ergebnis der Beratungen lautet kurzgefasst: Das Augenmerk auf diese Kinder richten, Kindeswohl zum Thema in der Behandlung machen, unter den beteiligten Berufsgruppen und für das Kindeswohl Zuständigen miteinander reden, im Notfall alles vorbereitet haben, um schnell reagieren zu können.

In einem offiziellen Dokument liest sich das natürlich anders:

Kooperationsvereinbarung - Präambel

- Vertragspartner/innen erklären ihre gemeinsame Verantwortung und die Bereitschaft zur Kooperation;
- Zieldefinition: Zusammenleben zwischen Eltern und Kindern unterstützen, Intoxikationen vorbeugen und Kindeswohlgefährdungen frühzeitig zu erkennen;
- Verweis auf bestehende Kooperationsvereinbarungen.

Geht das überhaupt? Heißt miteinander reden und kooperieren nicht auch, dass Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes berührt

sind? – das waren die Fragen unter ärztliche Kollegen wie in den PSB-Einrichtungen.

Recht, Datenschutz und Schweigepflicht

- KKG-Kinderschutzgesetz (2012) erlaubt Meldungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung; gleichwohl gebietet insbesondere §4, mit den betroffenen Personen die Situation zu erörtern und eine Beratung durch die Kinderschutzkoordinatoren und den Kinder- und Jugendnotdienst in Anspruch zu nehmen.
- StGB § 34, Rechtfertigender Notstand: nach einzelfallbezogener Gefährdungsabschätzung gegenseitig Information auch ohne Entbindung von der Schweigepflicht.
- Ohne gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung aber Hinweisen für Hilfebedarf mit Einwilligung der Eltern Kontaktaufnahme zum ASD (Allgemeine Soziale Dienste).

Daraus ergeben sich klar abgegrenzte Aufgabenbereiche:

Zuständigkeiten und Kooperationsverfahren

- Hilfen für Substituierte werden durch Ärzt/innen und Suchthilfe geleistet; ASD hat das staatliche Wächteramt für das Kindeswohl und leitet Schritte zur Abwendung ein.
- Voraussetzung für wirksame Hilfeleistung ist die realistische Einschätzung des Hilfebedarfs, deshalb ist die gezielte Absprache aller Beteiligten notwendig.
- Die beteiligten Institutionen verpflichten sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur verbindlichen Kooperation.
- Es leitet die Kooperation ein, wer den Bedarf erkennt.

Wie aber sollen behandelnde Ärzte und betreuende PSB-Kräfte erkennen, worauf sie achten müssen, wie ist eine Gefährdung des Kindeswohls zu erkennen?

Kriterien für Hilfebedarf und Indikatoren für Kindeswohlgefährdung

- Verständigung darauf, sich aus den jeweiligen beruflichen Perspektiven, Kenntnissen und Möglichkeiten mit der Situation der Kinder zu befassen.
- Einigung auf Kriterienkatalog in der Anlage der Vereinbarung und Nutzung im jeweiligen beruflichen Kontext.

Wie sieht nun die praktische Umsetzung aus?

Die Wege der Dreieckskooperation zwischen ASD, also Jugendämtern und Familienhilfe, Ärzten und PSB wurden en detail festgelegt:

Kooperation zwischen substituierenden Ärztinnen und Ärzten und ASD

- Bei Behandlungsbeginn immer in Erfahrung bringen, ob Kinder vorhanden sind, ebenso im weiteren Verlauf;
- Wirken auf Schweigepflichtentbindung hin und informieren ASD wenn von Hilfebedarf ausgegangen werden muss;
- Wenn gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung vorliegen, dann immer Information des ASD;
- Eltern werden einbezogen und informiert, es sei denn dadurch würde das Kindeswohl gefährdet.

Kooperation zwischen substituierenden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen der Suchthilfe

- Wenn Substituierte Eltern sind oder Schwangerschaft besteht, wird immer Kontakt zu PSB hergestellt und bestätigt;
- Vereinbarung über gegenseitige Schweigepflichtentbindung und Information über Therapieziele und Problemlagen;
- Bei gravierenden Veränderungen, die das Kindeswohl betreffen, wird umgehend Informiert - auch bei Abbruch des Kontaktes.

Kooperation zwischen allen beteiligten Institutionen

Entsprechenden des Auftrages nach KKG informieren sich die Kooperationspartner gegenseitig über Beobachtungen und Erkenntnisse, aus denen über Gefährdungen des Wohles eines Kindes geschlossen werden kann.

Um diese Kooperationsvereinbarung mit Leben zu füllen, kamen wir außerdem überein

- Schulungen über Sucht, Substitution und Kindeswohl für die ASD und beteiligten Behördenmitarbeiter anzubieten;
- Das Formularwesen der KV-Meldungen und –Qualitätskontrollen um einen Abschnitt zu erweitern, der nach Kindern im Haushalt fragt und nach der Zusammenarbeit mit der PSB in diesen Fällen;
- Substituierte Eltern können die PSB in Anspruch nehmen bis zum Erreichen des 15 Lebensjahr ihrer Kinder;
- Auf flächendeckende Haartests wird verzichtet.

Dass der Hamburger Kooperationsvertrag damit nicht so ganz falsch liegt, bestätigte sich unlängst, als der Vorstand der Bundesärztekammer seinerseits Empfehlungen zur „Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern“ verabschiedete.

Auf der Grundlage der BtMVV und der Substitutionsrichtlinien der Bundesärztekammer¹ sind laut BÄK folgende Punkte zu beachten:

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

¹ Dtsch Arztebl 2012; 109(47): A-2379 / B-1939 / C-1899

Was nun unterscheidet den Bremer vom Hamburger Weg?

Bremen verpflichtet substituierende Ärzte, Patienten mit Kindern an das Jugendamt zu melden. Zudem sind Haartests verpflichtend.

In Hamburg gibt es keine Verpflichtung zur Meldung. Substituierte Eltern werden allerdings aufgefordert, ihre Zustimmung zum Austausch mit der PSB und mit dem ASD zu geben. Haartests werden lediglich als ein mögliches diagnostisches Mittel in Fällen angesehen, in denen das Kindeswohl gefährdet ist.

Zwei abschließende Anmerkungen:

Es gibt inzwischen die ersten Jugendlichen und Jungerwachsenen aus Familien mit substituierten Eltern, die selbst eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben. In Trinkerfamilien sind derartige Biographien seit Urzeiten bekannt, und eigentlich bedeutet das, dass Kindern aus Suchtfamilien besondere Aufmerksamkeit und Fürsorge gelten sollte – schon aus präventiven Gründen und unabhängig von den konsumierten Substanzen im Elternhaus.

Die Todesfälle in Bremen und Hamburg spiegeln aber auch die Misere der Jugendhilfe hierzulande wider – wo gekürzt und ausgelagert wird kann das eingeforderte staatliche Wächteramt seinen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen. Daran ändert dann auch die beste Suchthilfe wenig.

Was sagen uns die Haartests wirklich? Ergebnisse der Analyse von Kinderhaarproben in Bremen und Bremerhaven 2011-2012

Fritz Pragst, Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin

1. Einleitung

In den Jahren 2011 und 2012 wurden in Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin Haarproben von Kindern aus Bremen und Bremerhaven untersucht, deren Eltern sich in Methadonsubstitution befinden oder bei denen es Hinweise auf den Konsum illegaler Drogen gab.

Hintergrund ist, dass Kinder drogenabhängiger Eltern neben der ständigen Gefahr einer Vergiftung auch von Vernachlässigung, fehlender Erziehung, Fehlernährung, Misshandlung, Armut und sozialer Diskriminierung bedroht sind. Neben der physischen Gefährdung stellt der elterliche Drogenkonsum auch ein besonderes Entwicklungsrisiko für die psychische und psychosoziale Anpassung des Kindes dar. Bei drogenabhängigen Eltern ist daher eine besonders sorgfältige Prüfung erforderlich, ob sie ihre Elternrolle verantwortlich wahrnehmen. Das im SGB III bestehende grundlegende Spannungsverhältnis zwischen Hilfe und Kontrolle muss dabei konstruktiv, im Konfliktfall jedoch zugunsten des gefährdeten Kindes in die Hilfeplanung einfließen.

In Bremen ist die Haaranalyse eingebettet in ein umfassendes System von Hilfsangeboten und Regelungen [1,2] und betrifft sowohl die Eltern/Bezugspersonen als auch die Kinder. Dabei umfasst das Hilfesystem grob unterteilt die drei Hauptbereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und gesundheitliches Versorgungssystem. Beteiligte Institutionen sind das Amt für Soziale Dienste mit 6 Sozialzentren, das Gesundheitsamt, die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, die Kinderkliniken sowie die ambulante Drogenhilfe.

Für eine zielgruppenspezifische Hilfeplanung wurden weiterhin Maßnahmen zur qualifizierten Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärztinnen und Ärzten vereinbart. Diese sehen u.a. in *Bremen* eine Take-

home Abgabe für substituierte Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern im Haushalt nur in begründeten und nachweislich beigebrauchsfreien Einzelfällen als Ausnahmeregelung vor, wobei die Stellungnahme des zuständigen örtlichen Jugendhilfeträgers notwendig ist. Aus Sicht des örtlichen Jugendhilfeträgers der Stadtgemeinde *Bremerhaven* ist auch bei einschlägig stabilisierten und nachweislich beigebrauchsfreien Patientinnen und Patienten eine Take-home Verordnung an Eltern minderjähriger Kinder regelmäßig auszuschließen.

Hinsichtlich der Haaranalyse werden die unterschiedlichen Fallkonstellationen in drei Zielgruppen eingeordnet:

Zielgruppe 1: Substituierte Eltern / Bezugspersonen;

Zielgruppe 2: Eltern / Bezugspersonen, die den Konsum von illegalen Suchtmitteln offenlegen;

Zielgruppe 3: Eltern / Bezugspersonen, bei denen der Verdacht auf Konsum illegaler Drogen / Abhängigkeit besteht.

Die Einleitung einer Haaranalyse zur Untersuchung einer Belastung durch Drogen ist vorrangig bei Eltern/Bezugspersonen vorzunehmen. Bei Zielgruppe 1 erfolgt die Testung im Rahmen der qualifizierten Substitutionsbehandlung und dortigen erweiterten Beigebrauchskontrolle. Je nach Ergebnis werden dann bei positivem Befund die Haare der Kinder untersucht. Grundsätzlich können unter Beachtung bundesgesetzlicher Bestimmungen zum Datenschutz Haarproben nur mit Zustimmung der betroffenen Personen entnommen werden, und auch die Entnahme von Haarproben der Kinder erfordert die Zustimmung des Personensorgeberechtigten. Bei gewichtigen Anhaltspunkten im Sinne des § 8a SGB kann zur Gefahreinschätzung die Haaranalyse bei Kindern auch ohne Vorbefund der Eltern eingeleitet werden. Bei fehlender Bereitschaft der Eltern zur Mitwirkung ist die Anrufung des Familiengerichtes vorgesehen.

In „*Neufällen*“, d.h., bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft, der Geburt oder der Meldung des Aufwachsens eines Kindes in einem Haushalt mit drogenkonsumierenden bzw. substituierten Eltern/Eltern-
teil, wird ein Erststatus erhoben, der Hausbesuch, Dokumentation der Vorgeschichte, Vorstellung in der Wochenkonferenz und Einleitung der Haaranalyse vorsieht. Es wird ein schriftlicher Kontrakt abgeschlossen,

der verbindliche Regelungen zur Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung sowie die Überprüfung dieser Gefährdung und der zu ergreifenden Maßnahmen bei Nichteinhaltung enthält. In einer gesonderten Einwilligungserklärung und Schweigepflichtsentbindung willigt das Eltern teil ein, dass zwischen den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des Ambulanten Sozialdienstes Junge Menschen des Amtes für Soziale Dienste und konkret zu benennenden Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Instituts, dem Frauenarzt/der Frauenärztin, dem Kinderarzt/der Kinderärztin, dem/der behandelnden bzw. substituierenden Arzt/Ärztin, der Drogenberatung, dem betreuten Wohnen, der Kindertagesstätte, der Schule und/oder den ambulanten Sozialdiensten Junge Menschen Informationen ausgetauscht werden, und entbindet die beteiligten Personen diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Das Ergebnis der Haaranalyse wird den Eltern/Bezugspersonen und gegebenenfalls dem Substitutionsarzt mitgeteilt. Es folgt eine Helferkonferenz gemeinsam mit den am Fall Beteiligten. Bei „laufenden Fällen“ findet eine fortgesetzte Statusüberprüfung bzw. anlassbezogene Nachtestung nach 6 Monaten (positiver Vorbefund) und 12 Monaten (negativer Vorbefund) statt.

Die Bewertung unterscheidet zwischen

A Kinder/Familien ohne Befund;

B Kinder/Familien mit Befund;

C Kinder/Familien mit erhöhtem Befund oder Hinweis auf systemische Aufnahme.

Bei positivem Testbefund wird zur weiteren Hilfeplanung eine anonymisierte interdisziplinäre Fallberatung durchgeführt. Dabei wird nicht nur das Ergebnis des Haargutachtens herangezogen, sondern es werden auch die psychosoziale Gesamtsituation der Kinder sowie die Erziehungskompetenz der Eltern eingeschätzt. Daran schließen sich eine Erörterung des Gutachtens mit den Eltern und konkrete altersbezogene Hilfemaßnahmen für die Kinder und gegebenenfalls bei gravierendem Befund eine sozialpädiatrische Begutachtung an. Diese setzt (außer im Fall eines „rechtfertigenden Notstandes“) die Einwilligung des Sorgeberechtigten voraus und ist bei dessen fehlender

Mitwirkung nur durch das Familiengericht durchsetzbar. Über weiterführende Maßnahmen, die sich aus dem Gesamtbild unter Einbeziehung der Haaranalyse ergeben, wird im Abschnitt 6 dieses Beitrages (Konsequenzen und Schlussfolgerungen) eingegangen.

In diesem Beitrag sollen zunächst einige Prinzipien der Haaranalytik dargelegt und dann die Ergebnisse von Kinderhaaren vorgestellt und interpretiert werden. Der Beitrag wird im Wesentlichen auf Kinderhaarproben beschränkt, da hier auch aus wissenschaftlicher Sicht in erheblichem Maße neue Erkenntnisse gewonnen wurden.

2. Besonderheiten der Analyse von Haarproben

Der Unterschied des Haares im Vergleich zu anderen Probenmaterialien besteht einerseits in dem viel größeren Zeitfenster von vielen Monaten bis zu Jahren und andererseits in der Möglichkeit, durch abschnittsweise Untersuchung retrospektive zeitliche Aussagen machen zu können

(Abb. 1).

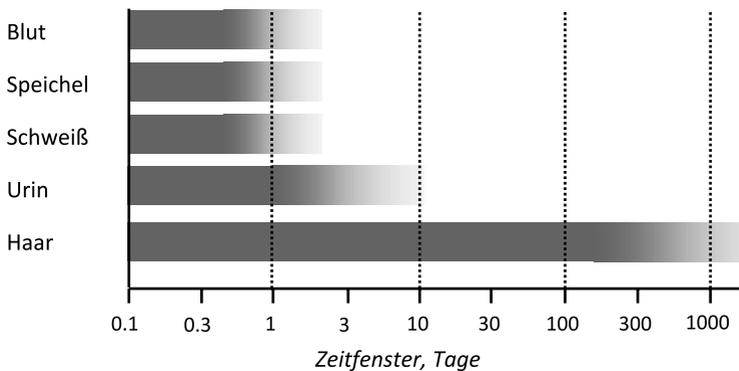


Abb. 1. Zeitfenster für den Nachweis von Drogenmissbrauch

Für eine sinnvolle Interpretation von Haarbefunden sind Kenntnisse über mögliche Einlagerungswege von Drogen ins Haar sehr wichtig. Alternative Möglichkeiten sind in Abb. 2 dargestellt. Grundsätzlich haben wir zwischen Einlagerung aus dem Innern des Körpers

(systemischer Einlagerung) und durch externe Kontamination zu unterscheiden.

Bei der *systemischen Einlagerung* gelangen die im Blut befindlichen Wirkstoffe und Wirkstoffmetabolite in die Haarwurzel und werden dort bei der Keratinisierung der Haarzellen dauerhaft eingeschlossen. Durch das stetige Wachstum von ca. 1 cm/Monat entsteht im Haar ein Längsprofil der Wirkstoffkonzentration im Sinne eines Zeitschreibers des Drogenkonsums. Die Grenzen dieses Prinzips sind in Literaturzitat [3] ausführlich dargelegt. Systemische Einlagerung kann aber auch aus den Geweben, durch eigenen Schweiß und Sebum erfolgen.

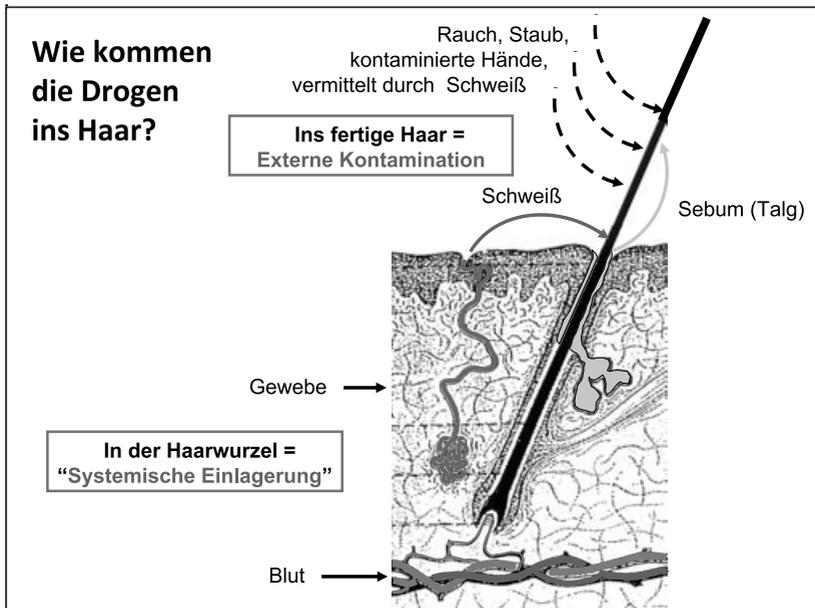


Abb. 2. Wege der Einlagerung von Drogen ins Haar

Bei *externer Kontamination* lagern sich die Drogen aus Rauch, Staub oder durch Berührung mit kontaminierten Händen oder anderen Körperteilen und Gegenständen zunächst als Feststoffe auf der Oberfläche der Haare ab. Sie gehen vermittelt durch Schweiß, Luftfeuchtigkeit oder Sebum in Lösung und diffundieren in das Innere der Haarmatrix, wo sie ebenfalls dauerhaft gebunden werden.

Die Unterscheidung zwischen systemischer Einlagerung und externer Kontamination ist für die Interpretation von großer Bedeutung um nachzuweisen, ob die Droge wirklich durch Konsum, Verabreichung oder akzidentelle Aufnahme in das Innere des Körpers gelangt ist. Waschen der Haare vor der Analyse als Unterscheidungsmethode ist nur kurze Zeit nach der Kontamination sinnvoll und schließt vor allem bei chronischer externer Belastung aus der Umgebung der Kinder die Kontamination als Ursache für positive Befunde nicht aus.

Beweiskräftiger ist der Nachweis von Metaboliten, die nur im Innern des Körpers (Leber) gebildet werden wie z.B. EDDP aus Methadon, Norcocain aus Cocain und THC-COOH aus THC. Andere sog. „hydrolytische“ Metabolite können aber auch durch Zersetzung im Haar gebildet werden, wie z.B. 6-Acetylmorphin und Morphin aus Heroin oder Benzoylcegonin aus Cocain. Hier kann die quantitative Betrachtung der Metabolit/Droge-Verhältnisse hilfreich sein.

Haaranalyse ist wegen des heterogenen Charakters des Probenmaterials relativ arbeitsaufwendig. Die Teilschritte sind in Abb. 3 aufgeführt. Das Haarbüschel muss geordnet am Hinterhaupt entnommen werden, um zeitliche Aussagen zu ermöglichen. Routinemäßig wird der kopfnaher Abschnitt 0-6 cm untersucht, was einer Zeitspanne von ca. 6 Monaten vor Entnahme entspricht. Die Haare werden nach validierten Methoden gewaschen (externe Dekontamination), zerkleinert, extrahiert, gemessen und interpretiert. In dieser Studie wurde auf Methadon, Heroin, Cocain, Amphetamine und Ecstasy, Cannabinnoide und deren Metabolite oder Abbauprodukte sowie ausgewählte Benzodiazepine geprüft. Die Methoden sind in den Literaturzitate [33 und 34] angegeben.



Abb. 3.

Teilschritte der Haaranalyse und in dieser Studie geprüfte Drogen und Metabolite

3. Haarergebnisse aus Bremen und Bremerhaven im Überblick

Es handelt sich um ein laufendes Projekt. Die im Folgenden angegebenen Zahlen beziehen sich auf den Stand am 01.12.2012. Es wurden bislang 193 Kinder im Alter von 1-14 Jahren, 5 Jugendliche im Alter 15-17 Jahren sowie 174 Erwachsene Bezugspersonen untersucht. Darüber hinaus wurden 62 Zweit- oder Drittuntersuchungen (27 Kinder, 35 Erwachsene) durchgeführt. Es wurde sehr großer Wert auf Anonymität gelegt, um das Vertrauen zu den Familien zu wahren. Die Proben waren kodiert, und für das Labor war lediglich das Alter der Probanden ersichtlich. Die Altersverteilung der Kinder ist in Abb. 4 dargestellt.

Man sieht, dass hauptsächlich Kinder im Vorschulalter und in geringerem Maße im Alter bis zu 11 Jahren erfasst wurden. Kinder unter 1 Jahr wurden wegen der Möglichkeit der pränatalen Einlagerung in die Haare nicht einbezogen.

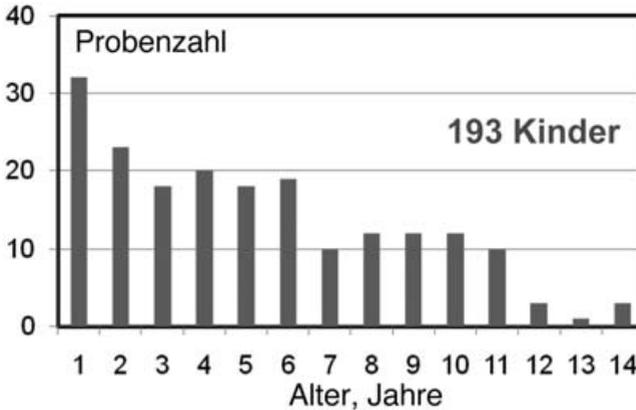


Abb. 4. Altersverteilung der Kinder

Dieser Beitrag beschränkt sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Erstuntersuchungen von Kinderhaarproben. Ein Überblick über die dabei erhaltenen Ergebnisse ist in Tabelle 1 wiedergegeben. Nur in 49 Kinderhaarproben (25%) wurden keine Wirkstoffe festgestellt. In weiteren 29 Proben waren ausschließlich Cannabinoide nachweisbar. Insgesamt wurden in 72 der 193 Proben (37 %) Cannabinoide gefunden, also in 43 Proben gemeinsam mit anderen Drogen.

Tabelle 1. Drogen in Kinderhaaren im Überblick

	Probenzahl	%
Gesamt (Erstuntersuchung)	193	100
Keine Drogen	49	25
Cannabinoide, gesamt	72	37
- <i>Cannabinoide allein</i>	29	
- <i>Cannabinoide + andere Drogen</i>	43	
Methadone gesamt	37	19
- <i>Methadon allein</i>	8	
- <i>Methadon + andere Drogen</i>	29	
+ <i>Heroin</i>	17	
+ <i>Cocain</i>	24	
+ <i>Amphetamin</i>	4	
+ <i>Diazepam</i>	4	
+ <i>Cannabis</i>	9	
Heroin	48	25
Cocain	92	48
Amphetamin oder/und Ecstasy	9	4,7
Diazepam/Nordazepam	8	4,1

Methadon wurde in 37 Proben nachgewiesen, davon nur in 8 Proben alleine. Eine zusätzliche Belastung durch Heroin ergab sich in 17 Proben, von Cocain in 24 Proben, von Amphetamin in 4 Proben, von Diazepam in 4 Proben und von Cannabinoiden in 9 Proben. Insgesamt wurde Heroin 48x, Cocain 92x, Amphetamin und/oder Ecstasy 9x und Diazepam oder Nordazepam 8x in den Kinderhaarproben nachgewiesen.

4. Drogen im Einzelnen

4.1. Methadon

Die Konzentrationen von Methadon und des Hauptmetaboliten EDDP sind für 18 der 37 Methadon-positiven Kinderhaarproben, deren Methadonwert über 0,1 ng/mg lag, in Abb. 5 dargestellt. Zum Vergleich ist der mittlere Konzentrationsbereich für Substitutionspatienten mit 3-19 ng/mg aufgeführt. Der Nachweis von Methadon beweist zunächst

nur Kontakt des Kindes mit Methadon. Dabei zeigt jeder positive Befund die latente Gefahr einer Methadonvergiftung an, und zwar um so mehr, je höher die Konzentration ist.

EDDP wurde zur besseren Veranschaulichung 10-fach überhöht dargestellt und in 12 dieser Proben identifiziert. EDDP beweist systemische Aufnahme von Methadon. Dabei kann die Haaranalyse nicht unterscheiden zwischen:

- Vorsätzlicher Verabreichung;
- Versehentlicher orale Aufnahme;
- Kontamination durch Schweiß der Eltern.

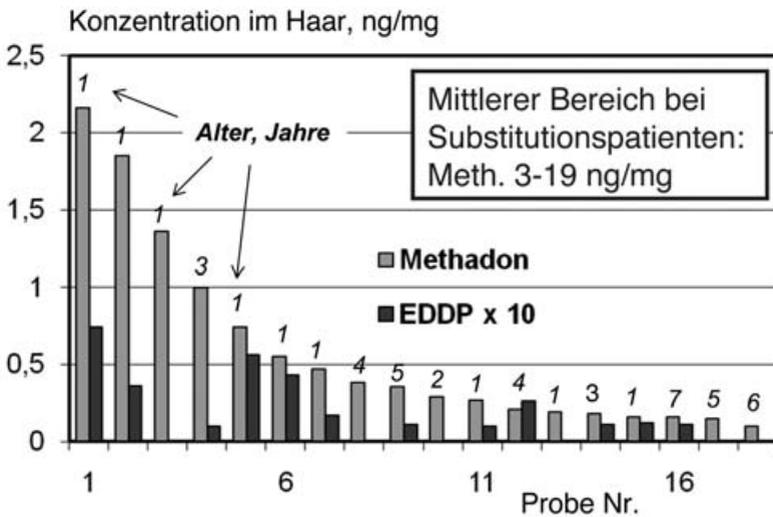


Abb. 5. Konzentrationen von Methadon und EDDP in 18 Kinderhaarproben mit einem Methadonwert $\geq 0,1$ ng/mg

Weitere Untersuchungen müssen hier Aufschluss geben. Es wird von besonderer Gefährdung des Kindes ausgegangen, da Methadon in seinen Körper gelangt ist. Pränatale Einlagerung und Muttermilch sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Entlastung könnte die Erklärung durch Eintragung über den Schweiß der methadonsubstituierten Eltern

geben, da auf diesem Wege Methadon und EDDP auch ohne direkten Kontakt des Kindes mit Methadon in dessen Haar gelangen könnten.

Starkes Schwitzen ist als häufige und lästige Nebenwirkung von Methadon bekannt und die Übertragung könnte z. B. durch Kämmen mit schwitzenden Händen oder durch Schlafen auf dem gleichen Schweißgetränkten Kopfkissen erklärt werden. Allerdings steht ein experimenteller Beweis noch aus, und diese bislang hypothetische Möglichkeit darf nicht zur Verharmlosung des Problems führen.

Bei Betrachtung des ebenfalls in Abb. 5 angegebenen Alters der Kinder fällt auf, dass die höchsten Konzentrationen vor allem bei einjährigen Kindern gefunden werden, die naturgemäß einen engeren Kontakt zu den Eltern haben.

4.2. Heroin

In der Haaranalyse gilt der Nachweis von 6-Acetylmorphin (6-AM) als Beweis, dass in der Umgebung des Kindes mit Heroin umgegangen wurde (Zubereitung oder Konsum in Anwesenheit der Kinder). Die Konzentrationen für 19 der insgesamt 47 positiven Proben mit 6-AM-Konzentrationen $\geq 0,1$ ng/mg sind in Abb. 6 dargestellt. Drei der Proben liegen bereits im mittleren Konsumentenbereich von 2-10 ng/mg und sprechen für eine besonders starke Gefährdung der Kinder. Auch hier sind wieder die jüngeren Kinder am stärksten betroffen.

Da dieses Abbauprodukt 6-AM auch regelmäßig in Heroinzubereitungen vorkommt und durch langsame Hydrolyse im Haar gebildet wird, beweist der Nachweis zunächst nicht die systemische Aufnahme. Die Auswertung des Konzentrationsverhältnisses 6-AM/Morphin im Vergleich zu den erwachsenen Konsumenten in der gleichen Studie zeigte aber sehr deutliche Unterschiede, aus denen auf eine vorwiegende externe Kontamination bei den Kindern geschlossen werden kann. Anteilige orale oder perorale Aufnahme sind aber dennoch nicht auszuschließen.

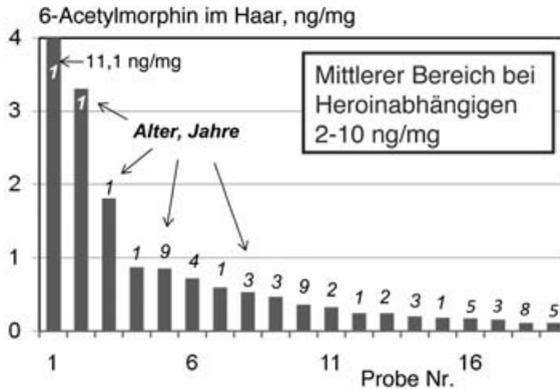
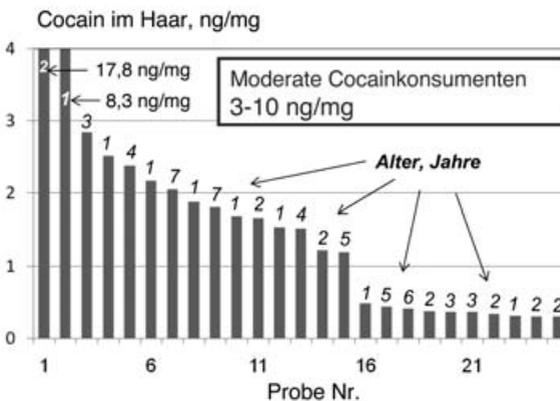


Abb. 6. 6-Acetylmorphin als Heroin-Marker in 19 der 47 positiven Kinderhaarproben

4.3. Cocain

Cocain gehört zu den am effizientesten ins Haar eingelagerten Substanzen. Der Nachweis (92 von 193 Proben positiv) zeigt auch hier zunächst nur an, dass in der Umgebung des Kindes mit Cocain umgegangen wurde. Die Konzentrationen der 25 am stärksten belasteten Proben ($\geq 0,2$ ng/mg) sind in Abb. 7 im Vergleich zu dem bei moderatem Konsumenten auftretenden Bereich (3-10 ng/mg) gezeigt. Zwei Proben weisen extreme Werte auf.



Vorherige Seite: Abb. 6. 6-Acetylmorphin als Heroin-Marker in 19 der 47 positiven Kinderhaarproben

Der Hauptmetabolit Benzoylcegonin wurde in 65 Proben gefunden und bestätigt den Kontakt der Kinder mit Cocain. Da es sich um einen hydrolytischen Metaboliten handelt, kann er aber auch bei externer Kontamination im Haar auftreten. Norcocain ist hingegen typisch für systemische Einlagerung und wurde in 19 der Proben nachgewiesen. In Frage kommen Inhalation durch Passivrauchen bei Crack-Konsum der Eltern in Anwesenheit der Kinder oder Hand-zu-Mund-Übertragung von kontaminierten Oberflächen. Die Haaranalyse kann allerdings generell nicht zwischen diesen Möglichkeiten und vorsätzlicher Beibringung unterscheiden. Aus den Metaboliten/Cocain-Verhältnissen kann auf eine Mischung von systemischer Aufnahme und externer Kontamination geschlossen werden.

4.4. Amphetamin

Amphetamin wurde in 9 Kinderhaarproben nachgewiesen (Abb. 8). Der Ecstasy-Wirkstoff MDMA trat nur einmal auf, und Methamphetamin wurde in keiner Probe festgestellt.

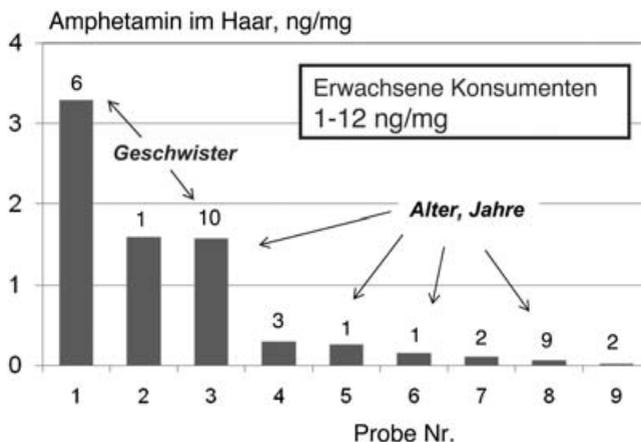


Abb. 8. Konzentrationen von Amphetamin in Kinderhaarproben

Auch hier beweist der Nachweis von Amphetamin nur den Kontakt des Kindes mit der Droge, Eine Unterscheidung zwischen Kontamination und systemischer Aufnahme mittels Haaranalyse ist nicht möglich, da keine hierfür relevanten Metabolite bei der Haaranalyse erfasst werden können. Jedoch ist die Konsumart (orale Einnahme, kein Rauchen) untypisch für Kontamination der Haare. Aus der Literatur zu Methamphetamin geht hervor, dass hohe Konzentrationen vor allem bei Kindern in Wohnungen mit illegaler Herstellung der Droge auftraten. Insofern wäre auch eine Dealerwohnung denkbar. Zwei der Kinder mit der hohen Konzentration waren Geschwister.

4.5. Cannabinoide

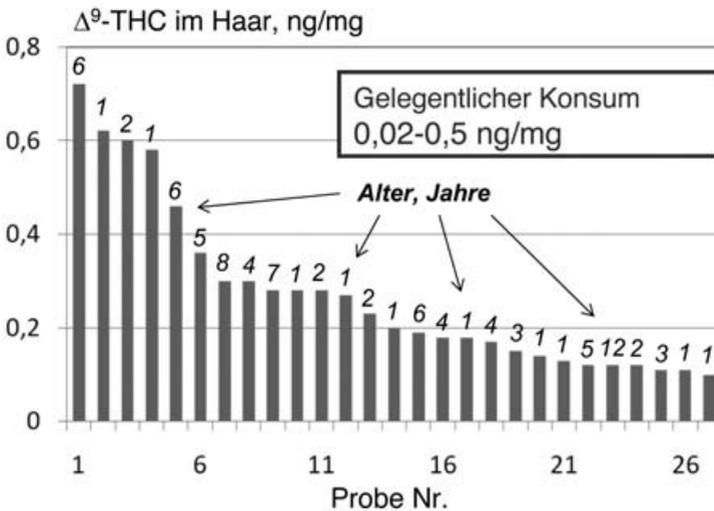


Abb. 9. Δ⁹-Tetrahydrocannabinol in 27 stark belasteten Kinderhaarproben
 Δ⁹-Tetrahydrocannabinol (THC) ist mit 72 positiven Proben die zweithäufigste in den Kinderhaaren festgestellte Droge. Die Konzentrationen liegen fast alle im Bereich für gelegentlichen Konsum (0,02-0,5 ng/mg) und (als Vergleich) über dem Grenzwert von 0,02 ng/mg für Fahreignung bei Erwachsenen. Die Ergebnisse für 27 Proben mit Werten ≥0,1 ng/mg sind in Abb. 9 dargestellt.

THC beweist auch hier zunächst nur den Umgang mit Cannabisprodukten in der Umgebung des Kindes. Zur Klärung wurde in 11 ausge-

wählten Proben auf den Hauptmetaboliten THC-COOH geprüft, wobei in 9 Fällen Konzentrationen im unteren Konsumentenbereich als Beweis für systemische Aufnahme (Passivrauchen) festgestellt wurden. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass bei den positiven Kinderhaarproben in allen Fällen von einer Kombination von externer Kontamination durch Rauch (überwiegend) und systemische Einlagerung nach Inhalation (geringerer Anteil) auszugehen ist.

4.6. Diazepam

Von den untersuchten Benzodiazepinen wurde lediglich Diazepam in 8 Fällen und dessen Metabolite Nordazepam und Oxazepam in je einem Fall nachgewiesen. Die Diazepam-Konzentrationen sind im Vergleich zum mittleren Bereich bei erwachsenen Patienten in Abb. 10 aufgeführt. Die Konzentrationen liegen eher im unteren Bereich der allgemein festgestellten Werte.

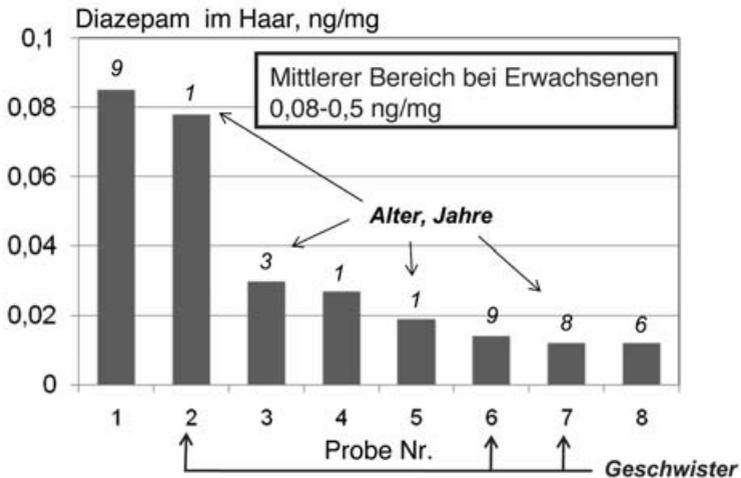


Abbildung 10. Diazepam in Kinderhaarproben

Von den 8 Kindern mit positivem Diazepambefund erwiesen sich drei als Geschwister. Da Diazepam allgemein als Tabletten oder seltener als Tropfen verabreicht wird, ist externe Kontamination aus praktischer Sicht unwahrscheinlich.

Es muss daher von gelegentlicher Verabreichung bzw. bei den älteren Kindern vielleicht auch vorsätzlicher Einnahme ausgegangen werden.

5. Vergleich zwischen Kindern und Bezugspersonen

Zusammenhänge zwischen den Kindern und den Eltern oder anderen Bezugspersonen waren wegen der Anonymität der Proben nicht durchgängig erfassbar sondern wurden nur an Beispielen deutlich, die einer weitergehenden Interpretation bedurften. Drei Beispiele sind in den Tabellen 2-4 dargestellt.

Im Beispiel 1 (Tabelle 2) wurde für die 34jährige in Methadonsubstitution befindliche Mutter aus dem Haarergebnis ein erheblicher Beikonsum von Heroin und Cannabis sowie gelegentlicher Konsum von Cocain und die häufige Einnahme von Diazepam deutlich. Beim einjährigen Kind wurden alle 5 Substanzen bzw. deren Metabolite fast vollständig wiedergefunden. Typisch ist, dass vom Diazepam nur der hydrophilste Metabolit Oxazepam in dieser Kinderhaarprobe auftritt, was die beim Methadon genannte „Schweißhypothese“ unterstützen könnte. Bei dem fünfjährigen Kind waren für Methadon, Heroin und Cocain nur noch die Hauptsubstanzen feststellbar, und THC und Benzodiazepine wurden nicht gefunden. Generell wiesen die Haarproben der jüngeren Geschwister höhere Konzentrationen auf als die der älteren.

Proband	Mutter	Kind 1	Kind 2
Alter	34	1	5
<i>Methadon</i>	12,8	0,16	0,024
EDDP (Methadon-Metabolit)	0,53	0,012	n.n.
Morphin	1,94	n.n.	n.n.
<i>6-Acetylmorphin</i>	5,63	0,59	0,11
Heroin	Pos.	Pos.	n.n.
Codein	0,43	0,006	n.n.
Acetylcodein	0,4	0,055	n.n.
Dihydrocodein	n.n.	n.n.	n.n.
<i>Cocain</i>	1,57	0,24	0,036
Norcocain	Pos.	Pos.	n.n.
Benzoylcgonin	0,7	0,063	0,021
Ecgoninmethylester	n.n.	n.n.	n.n.
Cocäethylen	n.n.	n.n.	n.n.
Amphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
Methamphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
MDMA (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
MDA (Ecstasy-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.
MDE (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)	1,87	0,05	n.n.
Cannabinol (CBN)	0,25	n.n.	n.n.
Cannabidiol (CBD)	0,05	n.n.	n.n.
Diazepam	0,62	n.n.	n.n.
Nordazepam	0,55	n.n.	n.n.
<i>Oxazepam</i>	0,06	0,055	n.n.

Tabelle 2. Familiäre Zusammenhänge in den Haarbefunden. Beispiel 1. Konzentrationen von Methadon und illegalen Drogen und deren Metabolite in den Haarproben einer 34-jährigen Frau in Methadonsubstitution und ihren beiden zwei- und fünfjährigen Kindern. n.n. = nicht nachweisbar, pos. = eindeutig identifiziert aber nicht quantifiziert.

Dieses wird mit Einschränkungen auch im zweiten Beispiel mit beiden Eltern in Methadonsubstitution und Beigebrauch von Heroin und Cocain deutlich (Tabelle 3). Hier wird Methadon nur beim 5-jährigen Kind und Heroin nur beim 4- und 6-jährigen Kind gefunden, während

Cocain bei allen drei Kindern, am stärksten aber beim 6-jährigen Kind auftritt.

Proband	Mutter	Vater	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Alter	36	39	4	5	6
Methadon	5,05	6,88	n.n.	0,016	n.n.
EDDP (Methadon-Metabolit)	0,42	0,42	n.n.	n.n.	n.n.
Morphin	1,88	1,69	0,079	n.n.	0,009
6-Acetylmorphin	3	3,5	0,72	n.n.	0,072
Heroin	Pos.	Pos.	pos.	n.n.	n.n.
Codein	0,49	0,45	n.n.	n.n.	n.n.
Dihydrocodein	0,1	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
Cocain	14,4	14,68	0,068	0,066	0,22
Norcocain	0,17	0,1	pos.	n.n.	pos.
Benzoylcegonin	3,03	2,04	0,022	0,015	0,014
Ecgoninmethylester	1,67	0,1	n.n.	n.n.	n.n.
Cocaethylen	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
Anhydroecgoninmethylester	0.19	0.13	n.d.	n.d.	n.d.

Tabelle 3. Familiäre Zusammenhänge in den Haarbefunden. Beispiel 2. Methadon, Heroin und Cocain in den Haarproben der Methadon-substituierten Eltern und ihrer drei Kinder. n.n.= nicht nachweisbar. n.n. = nicht nachweisbar, pos. = eindeutig identifiziert aber nicht quantifiziert.

Im dritten Beispiel war die Haarprobe der Mutter bezüglich aller untersuchter Drogen negativ, während das zwei- und das dreijährige Kind jeweils einen positiven Methadon- und Heroinbefund, und das zweijährige Kind darüber hinaus auch einen positiven Cocainbefund aufwies. Hier ist eine weitere Bezugsperson im Haushalt in Betracht zu ziehen, deren Drogenkonsum als Quelle für die Befunde bei den Kindern in Frage kommt.

Insgesamt geht aus diesen und einer Reihe weiterer Beispiele hervor, dass Kinder häufig das gleiche Drogenmuster in den Haaren aufweisen wie ihre konsumierenden Eltern, und dass jüngere Kinder allgemein höhere Konzentrationen im Haar aufweisen als ihre älteren Geschwister.

Tabelle 4. Familiäre Zusammenhänge in den Haarbefunden. Beispiel 3. Positive Haarbefunden bei den Kindern einer 25jährigen Mutter mit negativem Haarergebnis. n.n. = nicht nachweisbar, pos. = eindeutig identifiziert aber nicht quantifiziert.

Proband	Mutter	Kind 2	Kind 1
Alter	25	2	3
Methadon	<i>n.n.</i>	<i>Pos.</i>	<i>Pos.</i>
EDDP (Methadon-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.
Morphin	n.n.	n.n.	n.n.
6-Acetylmorphin	<i>n.n.</i>	<i>0,32</i>	<i>0,2</i>
Heroin	n.n.	Pos.	Pos.
Codein	n.n.	n.n.	n.n.
Acetylcodein	n.n.	0,017	0,012
Dihydrocodein	n.n.	n.n.	n.n.
Cocain	<i>n.n.</i>	<i>0,031</i>	<i>n.n.</i>
Norcocain	n.n.	n.n.	n.n.
Benzoylcegonin	n.n.	0,017	n.n.
Ecgoninmethylester	n.n.	n.n.	n.n.
Cocaethylen	n.n.	n.n.	n.n.
Amphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
Methamphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
MDMA (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
MDA (Ecstasy-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.
MDE (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabinol (CBN)	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabidiol (CBD)	n.n.	n.n.	n.n.
Benzodiazepine	n.n.	n.n.	n.n.

Insgesamt geht aus diesen und einer Reihe weiterer Beispiele hervor, dass Kinder häufig das gleiche Drogenmuster in den Haaren aufweisen wie ihre konsumierenden Eltern, und dass jüngere Kinder allgemein höhere Konzentrationen im Haar aufweisen als ihre älteren Geschwister.

6. Konsequenzen und Schlussfolgerungen

Die Haaranalyse erwies sich in Bremen und Bremerhaven als ein wertvolles Instrument zur Erkennung der Gefährdung von Kindern in Haushalten mit drogenkonsumierenden Eltern. Die Ergebnisse bildeten durch Klärung des Drogenmissbrauchs der Eltern häufig eine solide Basis für die Planung und Durchsetzung der erforderlichen Hilfemaßnahmen für die Kinder. Aus einer Vorlage für die dritte Sitzung des Jugendhilfeausschusses am 29. Juni 2012 geht hervor, dass bis zu diesem Termin in Bremen folgende Maßnahmen unter Hinzuziehen der Haarergebnisse getroffen wurden:

- In einem Fall die Inobhutnahme des Kindes bereits vor Eintreffen des Gutachtens;
- In einem Fall (4 Kinder) die sofortige Umsetzung eines Schutzkonzepts, u.a. Trennung des konsumierenden Vaters aus dem häuslichen Bereich;
- In 18 Fällen Anrufung des Familiengerichtes (Antrag nach § 1666 StGB auf Herausnahme des Kindes);
- In weiteren 6 Fällen Mitteilung an das Familiengericht gemäß § 8a SGV III;
- In allen Fällen, in denen Benzodiazepine nachgewiesen wurden, Rücksprache mit den behandelnden Kinder- und Jugendärzten.

In Bezug auf die zusätzlich eingeleiteten Maßnahmen ergab sich nach Rückmeldung der Sozialzentren (Stand 30.04.2012) folgendes Bild:

- Insgesamt leben 55 der bis dahin begutachteten 118 Kinder nicht mehr in der Herkunftsfamilie (Inobhutnahme und Fremdplatzierungen).
- Davon sind 2 Inobhutnahmen aufgrund der Ergebnisse der Haaranalyse *der Eltern* eingeleitet worden.
- In 63 Fällen (davon 40 Fälle, in denen das Haargutachten eine Drogenbelastung ausweist) sind die Kinder bei sofortiger Einleitung von unterstützenden Maßnahmen in der Familie verblieben.

Hinsichtlich der in diesem Beitrag behandelten Analyse von Kinderhaarproben kann als Schlussfolgerung allgemein festgestellt werden:

-
- Haartests von Kindern zeigen mit hoher Zuverlässigkeit den Gebrauch von Drogen in ihrer Umgebung an. Stark positive Befunde sind ein deutlicher Hinweis für eine ernste toxische Gefährdung.
 - Der Nachweis und die relative Konzentration von Metaboliten lassen oft zwischen äußerer Kontamination der Haare und systemischer Aufnahme in den Körper des Kindes unterscheiden.
 - Mittels Haaranalyse kann nicht zwischen vorsätzlicher Beibringung, z. B. zur Ruhigstellung, und akzidenteller Aufnahme unterschieden werden.
 - Positive Haarbefunde sind eine solide Grundlage für weitergehende Überprüfungen der Situation der Kinder im Kontakt mit den Eltern.
 - Haarergebnisse sollten nicht isoliert und schematische zu Konsequenzen führen sondern als Teil des Gesamtbildes gesehen werden und erst nach tiefergreifender Überprüfung zu Entscheidungen zum Wohle des Kindes führen.

Dank

An den vorgestellten Ergebnissen sind die Mitarbeiter der Abteilung für Forensische Toxikologie des Instituts für Rechtsmedizin der Charité Berlin sowie Mitarbeiter der Ämter für Soziales beim Senat der Hansestadt Bremen und bei der Stadtverwaltung von Bremerhaven maßgeblich beteiligt.

Literatur

1. Amt für Soziale Dienste Bremen, Fachabteilung Junge Menschen: Fachliche Weisung 01/2009. Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter / Väter bzw. Eltern.

2. Anlage 2 zu Fachliche Weisung 01/2009: Arbeitshilfe Haaranalysen

Die in dieser Studie bearbeitete breite Testung von Kinderhaarproben auf Drogen ist vergleichsweise neu. Zur Vertiefung sei auf die untenstehenden Literaturzitate zu früheren Erkenntnissen über Gefährdung von Kindern durch Drogen und über Drogen in Kinderhaaren sowie zur Haaranalyse insgesamt hingewiesen. Pdf-Files der einzelnen Arbeiten können auf Nachfrage durch den Autor dieses Beitrages per E-Mail (s. Titelseite) zugesandt werden.

-
3. Pragst F, Balikova MA. State of the art in hair analysis for the detection of drug and alcohol abuse. *Clin Chim Acta*. 2006;370:17-49.
 4. Nurco DN, Blatchley RJ, Hanlon TE, et al. Early deviance and related risk factors in the children of narcotic addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999;25:25-45.
 5. Strano Rossi S, Offidani C, Chiarotti M. Application of hair analysis to document coercive heroin administration to a child. *J Anal Toxicol*. 1998;22:75-77.
 6. Joya X, Fríguls B, Simó M, et al. Acute heroin intoxication in a baby chronically exposed to cocaine and heroin: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:288.
 7. Li L, Levine B, Smialek JE. Fatal methadone poisoning in children: Maryland 1992-1996. *Subst Use Misuse*. 2000;35:1141-1148.
 8. Boroda A, Gray W. Hair analysis for drugs in child abuse. *J R Soc Med*. 2005;98:318-319.
 9. Kintz P, Villain M, Dumestre-Toulet V, et al. Methadone as a chemical weapon: two fatal cases involving babies. *Ther Drug Monit*. 2005;27:741-743.
 10. Tiras S, Haas V, Chevret L, et al. Nonketotic hyperglycemic coma in toddlers after unintentional methadone ingestion. *Ann Emerg Med*. 2006;48:448-451.
 11. Riascos R, Kumfa P, Rojas R, et al. Fatal methadone intoxication in a child. *Emerg Radiol*. 2008;15:67-70.
 12. Bailey JE, Campagna E, Dart RC. The underrecognized toll of prescription opioid abuse on young children. *Ann Emerg Med*. 2009;53:419-424.
 13. Palmiere C, Staub C, La Harpe R, et al. Parental substance abuse and accidental death in children. *Forensic Sci*. 2010;55:819-821.
 14. Papaseit E, Corrales E, Stramesi C, et al. Postnatal methadone withdrawal syndrome: hair analysis for detecting chronic exposure. *Acta Paediatr*. 2010 ;99:162-163.
 15. Kintz P, Evans J, Villain M, et al. Interpretation of hair findings in children after methadone poisoning. *Forensic Sci Int*. 2010;196:51-54.

-
16. Marcus SM. Accidental death from take home methadone maintenance doses: A report of a case and suggestions for prevention. *Child Abuse Negl.* 2011;35:1-2.
 17. Schou H, Krogh B, Knudsen F. Unexpected cocaine intoxication in a fourteen month old child following topical administration. *Toxicol Clin Toxicol.* 1987;25:419-422.
 18. Ernst AA, Sanders WM. Unexpected cocaine intoxication presenting as seizures in children. *Ann Emerg Med.* 1989;18:774-777.
 19. Havlik DM, Nolte KB. Fatal "crack" cocaine ingestion in an infant. *Am J Forensic Med Pathol.* 2000;21:245-248.
 20. De Giorgio F, Rossi SS, Rainio J, et al. Cocaine found in a child's hair due to environmental exposure? *Int J Legal Med.* 2004;118:310-312.
 21. Taguchi N, Mian M, Shouldice M, et al. Chronic cocaine exposure in a toddler revealed by hair test. *Clin Pediatr (Phila).* 2007;46:272-275.
 22. Garcia-Algar O, López N, Bonet M, et al. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) intoxication in an infant chronically exposed to cocaine. *Ther Drug Monit.* 2005;27:409-411.
 23. Boomgaarden-Brandes K, Tobias N, Thoben M, et al. Opiate-addiction of the parents as a potential high risk factor for child maltreatment. *Toxichem Krimtech* 2011;78:389-390.
 24. Smith FP, Kidwell DA. Cocaine in hair, saliva, skin swabs, and urine of cocaine users' children. *Forensic Sci Int.* 1996;83:179-189.
 25. Lewis D, Moore C, Morrissey P, et al. Determination of drug exposure using hair: application to child protective cases. *Forensic Sci Int.* 1997;84:123-128.
 26. Joya X, Papaseit E, Civit E, et al. Unsuspected exposure to cocaine in preschool children from a Mediterranean city detected by hair analysis. *Ther Drug Monit.* 2009;31:391-395.
 27. Garcia-Bournissen F, Nesterenko M, Karaskov T, et al. Passive environmental exposure to cocaine in Canadian children. *Paediatr Drugs.* 2009;11:30-32.
 28. Papaseit E, Joya X, Velasco M, et al. Hair analysis following chronic smoked-drugs-of-abuse exposure in adults and their toddler: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:570.

-
29. Mecham N, Melini J. Unintentional victims: development of a protocol for the care of children exposed to chemicals at methamphetamine laboratories. *Pediatr Emerg Care*. 2002;18:327-332.
 30. Farst K, Reading Meyer JA, et al. Hair drug testing of children suspected of exposure to the manufacture of methamphetamine. *J Forensic Leg Med*. 2011;18:110-114.
 31. Bassindale T. Quantitative analysis of methamphetamine in hair of children removed from clandestine laboratories-evidence of passive exposure? *Forensic Sci Int*. 2012;219:179-182.
 32. Garcia-Bournissen F, Asrar F, Verjee Z, et al. Contamination of hair with 3,4-methylene dioxymethamphetamine (ecstasy) in 2 young girls from a "meth lab". *Clin Pediatr (Phila)*. 2008;47:186-188.
 33. Broecker S, Herre S, Pragst F. General unknown screening in hair by liquid chromatography-hybrid quadrupole time-of-flight mass spectrometry (LC-QTOF-MS). *Forensic Sci Int*. 2012;218:68-81.
 34. Nadulski T, Pragst F. Simple and sensitive determination of Delta(9)-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol in hair by combined silylation, headspace solid phase microextraction and gas chromatography-mass spectrometry. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci*. 2007;846:78-85.
 35. Tsanaclis L, Wicks J.F. Patterns in drug use in the United Kingdom as revealed through analysis of hair in a large population sample, *Forensic Sci Int*. 2007;170 :121-128.
 36. Langrod J, Lowinson J, Ruiz P. Methadone treatment and physical complaints: a clinical analysis. *Int J Addict*. 1981;16:947-952.
 37. Caflisch C, Figner B, Eich D. Biperiden for Excessive Sweating From Methadone. *Am J Psychiatry*. 2003;160:386-387.
 38. Al-Adwani A, Basu N. Methadone and excessive sweating. *Addiction*. 2004;99:259.
 39. Fucci N, De Giovanni N. Methadone in hair and sweat from patients in long-term maintenance therapy. *Ther Drug Monit*. 2007;29:452-454.

Umgang mit Beigebrauch und Benzodiazepin-Verschreibung: Zwei Seiten einer Medaille

Dr. med. Jochen Brack, Praxis für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin/ Arzt für Psychiatrie, Suchtmedizin und forensische Psychiatrie

Benzodiazepine sind hoch wirksam: „Die Benzos sind ein Segen für Menschen in einer akuten Krise, mit schweren Angstzuständen oder Suizidgedanken.“ (Martina Peibel, Psychiaterin in der Klinik Wysshölzi, einer Spezialeinrichtung für Abhängigkeitserkrankungen)

Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. sind 1,1 Millionen Menschen von Benzodiazepinen abhängig, der Benzodiazepinmissbrauch ist heute nach dem Alkohol die zweitgrößte Missbrauchsproblematik in der Bundesrepublik Deutschland.

Diese beiden Stellungnahmen beschreiben sehr gut die zwei Seiten der Medaille des Einsatzes bzw. Umganges mit Benzodiazepinen.

Das Problem nicht ignorieren

Es muss zur Kenntnis genommen werden, dass der Beikonsum von Benzodiazepinen bei Heroinabhängigen erheblich ist, ca. 53 % konsumieren neben dem Heroin Benzodiazepine, wobei zu berücksichtigen ist, dass den Benzodiazepinen eine besondere Rolle in den Konsummustern von Heroinabhängigen bereits vor Substitutionsbeginn zukommt. Die Heroinabhängigen gelangen sehr häufig in Substitutionsbehandlung, wenn sie bereits auch schon von Benzodiazepinen abhängig sind. Es müssen die Ursachen und „Rationalität eines solchen Konsumverhalten“ berücksichtigt werden (Peter Raschke, Georg Chorzelski, Rüdiger Brinkmann, 1996).

So leiden zweidrittel der Opiatabhängigen häufig unter Depressionen, 37% leiden unter regelmäßigen Angstzuständen und 30% unter psychotischen Störungen, 40% unternahmen mindestens einen Suizidversuch vor Beginn der Substitutionstherapie. Heroinabhängige leiden somit sehr häufig unter kombinierten psychischen Störungen, nur etwa ein Zehntel der Heroinabhängigen sind von psychischen Belastungen weitgehend verschont.

Interessanterweise entsprechen dreiviertel der Verschreibungen von Benzodiazepinen unter laufender Substitutionsbehandlung dem Grad psychischer Belastungen und in zwei Drittel der Fälle stimmen Selbstmedikation und Selbstdiagnose der Patienten weitgehend überein. Benzodiazepinen stellen somit offenbar eine Art Selbstmedikation dar, bei bisher nicht therapierten psychischen Problemen.

Beigebrauch in die ärztliche Behandlung mit aufnehmen!

Der sogenannte „Beigebrauch“ darf nicht ignoriert werden, wobei sich die Frage stellt, ob es sich überhaupt um einen sogenannten „Beigebrauch“ handelt oder nicht auch um eine zusätzlich im Rahmen von psychischen Störungen entstandene Abhängigkeitserkrankung oder um eine schon vorher bestandene zusätzliche Abhängigkeitserkrankung!

Die Behandlung einer Benzodiazepinabhängigkeit, gleich welcher Ursache gehört in die ärztliche Behandlung aufgenommen und nicht ignoriert, wie dieses in der heutigen Zeit häufig der Fall ist, auch aus Gründen von Ängsten vor einem Regress zur Rückzahlung der Behandlungskosten durch den behandelnden Suchtmediziner, wie ihn insbesondere derzeit die AOK Rheinland/ Hamburg in Hamburg betreibt und letztendlich dazu die behandelnde Ärzte zwingt, eine Behandlung der bestehenden Benzodiazepinabhängigkeit abzulehnen oder aber, was berufsrechtlich nicht erlaubt ist, Privatrezepte über die Verordnung von Benzodiazepinen auszustellen.

Die Psychiatrie ist gefordert!

Es ist mehr ärztlich psychiatrische Kompetenz in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, auch in der Substitutionsbehandlung erforderlich! Gerade bei der hohen psychischen Komorbidität von Abhängigkeitserkrankten ist es zwingend notwendig, dass psychiatrische und psychotherapeutische Fachärzte sich in die Behandlung einschalten. Hierbei ist auch die positive Wirkung der Benzodiazepine aus psychiatrisch fachärztlicher Sicht zu berücksichtigen. Eine Behandlung von schwerst psychisch Kranken, die sich eben auch bei den drogenabhängigen Patienten sehr häufig finden, ist häufiger nicht ohne den

Einsatz von Benzodiazepinen, wie im Übrigen in den USA längst üblich, möglich.

Der Einsatz von Neuroleptika oder Antidepressiva ist bei dieser Patientengruppe häufig nicht ausreichend.

So ist der Einsatz von Benzodiazepinen z. B. bei schweren therapieresistenten Angststörungen, die einer Behandlung mit Anxiolytika bzw. Antidepressiva nicht zugänglich sind, erforderlich. Im Einzelfall kann gerade bei diesen Patienten nur durch den Einsatz von Benzodiazepinen, häufig zusätzlich zu den Antidepressiva bzw. Anxiolytika eine Symptomfreiheit erreicht werden, so dass diese Patienten wieder zu einer gewissen Lebensqualität gelangen.

Des Weiteren ist der Einsatz von Benzodiazepinen bei schweren paranoiden Schizophrenien mit z. B. hohem Angstanteil und auch einer psychotischen Restsymptomatik, die einer Behandlung mit Neuroleptika nicht ausreichend zugänglich ist, unverzichtbar, um bei diesen Patienten Symptomfreiheit zu erreichen. Auch können Benzodiazepine bei schweren therapieresistenten Depressionen unverzichtbar sein, um die Zielsymptomatik entsprechend therapieren zu können. Des Weiteren kann der Einsatz von Benzodiazepinen auch bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit hoher Angst und Aggressivität als Zusatzmedikation gerade auch bei forensisch psychiatrischen Straftätern unverzichtbar sein und wird in diesen Einzelfällen dann auch durchaus von den Krankenkassen toleriert.

Ein weiterer unverzichtbarer Einsatz von Benzodiazepinen können schwere posttraumatische Belastungsstörungen darstellen, die weder einer psychotherapeutischer Behandlung noch einer sonstigen pharmakologischen Medikation zugänglich sind.

Wirkungen/ Nebenwirkungen von Benzodiazepinen

Benzodiazepine haben, dieses ist ihr Indikationsbereich, eine anxiolytische, sedativ- hypnotische, antipsychotische, antiaggressive, schlafinduzierende, muskelrelaxierende und antikonvulsive Wirkung, wobei aufgrund der sehr großen therapeutischen Breite häufig eine gute Verträglichkeit vorhanden ist.

Die Indikationsbereiche von Benzodiazepinen (O. Benkert H. Hippus, Psychiatrische Pharmakotherapie 6. Auflage, 1996):

- Angst, Unruhe, Agitiertheit, Hyperaktivität, Hypervigilanz, motorische Spannung, Gereiztheit, vegetative Übererregbarkeit, unabhängig von ihrer nosologischen Zuordnung;
- Psychosomatische Symptome, emotional affektiv entspannender Effekt;
- Panikstörungen, (generalisierte) Angststörungen;
- Depressionen, insbesondere mit ängstlich agierter Komponente;
- Schlafstörungen;
- Psychiatrische Akutsituationen;
- Persönlichkeitsstörungen.

Ohne Benzodiazepine sind häufig psychisch schwer kranke Patienten nicht zu behandeln. Zu den psychisch schwer kranken Patienten zählt ein nicht unrelevanter Anteil der Abhängigkeitserkrankten.

Keine Stigmatisierung!

Abhängigkeitserkrankte sind nicht von einer psychisch wirkungsvollen psychiatrischen Behandlung auszuschließen, nur weil sie eine Abhängigkeitserkrankung aufweisen. Hinsichtlich einer psychiatrischen Ziel-symptomatik können Benzodiazepine neben anderen Psychopharmaka hoch wirksam sein.

Einmischung in die Behandlung, Druck der Krankenkassen!

„Die Fachinformation besagt, dass Rivotril nicht bei Medikamenten-, Drogen- und Alkoholabhängigkeit angewendet werden darf. Aus diesem Grunde muss für die Verordnung von Rivotril ein Regress ausgesprochen werden.“ Solche und ähnliche Schreiben erhalten in Hamburg, vermutlich auch im ganzen Bundesgebiet auch Psychiater, die entsprechend Benzodiazepine indikationsgeleitet einsetzen, um Patienten überhaupt wirksam therapieren zu können. Es heißt dann

lapidar, dass gegen diesen Bescheid Klage beim Sozialgericht eingereicht werden kann.

In diesem Zusammenhang stellen sich doch aus ärztlicher Sicht die folgenden Fragen:

- Wie sollen wir denn Entzüge bei Benzodiazepinabhängigen durchführen ohne den Einsatz von Benzodiazepinen?
- Wie sollen denn die Psychiater schwerst psychisch Kranke ohne den Einsatz von Benzodiazepinen behandeln ggf. auch über lange Zeiträume?
- Ist es den ethisch und ärztlich vertretbar, einen Personenkreis durch eine/n von einer psychiatrischen Facharzt/ Fachärztin durchzuführende indikationsgeleiteten Behandlung auszuschließen, wenn ggf. nur durch die zusätzliche Verordnung von Benzodiazepinen eine bestehende schwere psychische Symptomatik zu lindern oder zu heilen ist?
- Ist es etwa das Ziel der AOK Rheinland/ Hamburg gerade psychisch schwer Kranke und mehrfach Abhängige von der ärztlichen suchtmittelmedizinischen Behandlung auszuschließen, da sie in der Behandlung zu teuer sind, ähnlich wie dieses Krankenkassen bezogen auf andere chronisch Erkrankte versuchen?

Widersprüchlichkeit in der Fachinformation Benzodiazepine

„Benzodiazepine stellen einen Fortschritt in der Arzneimitteltherapie von schweren Angstzuständen und den meisten medikamentös zu behandelnden Schlafstörungen dar.“ Dieses wird in nahezu allen Fachinformationen Benzodiazepine anbetreffend festgestellt. Es heißt dann weiter, dass über langfristige Benzodiazepinverordnungen (länger als zwei Monate) bislang keine wissenschaftlich allgemein anerkannten Ergebnisse vorliegen.

Es heißt weiter, dass „bei chronischen Krankheitsbildern sich die Dauer der Anwendung nach dem Verlauf richtet“.

In der weiteren Folge heißt es dann unvermittelt völlig widersprüchlich, dass eine maximale Behandlungsdauer von vier Wochen nicht überschritten werden „sollte“. Dieses bedeutet jedoch ausweislich der

Fachinformation nicht, dass eine entsprechende Behandlungsdauer nicht überschritten werden darf.

Die AOK Rheinland/ Hamburg erklärt nun lapidar, dass bei Abhängigkeitserkrankten überhaupt keine Verschreibung von Benzodiazepinen stattfinden dürfe und, dass bei den anderen Patienten, die an keiner Abhängigkeitserkrankung leiden, die Behandlungsdauer von höchstens vier Wochen Dauer nicht überschritten werden darf.

Völlig außer Acht gelassen wird in diesem Zusammenhang, dass es sich bei der psychiatrischen psychopharmakologischen Behandlung immer um eine indikationsgeleitete Behandlung handelt und nicht einfach wahllos Benzodiazepine verschrieben werden. Als Indikationen werden in der Fachinformation Benzodiazepine Folgende genannt:

- Chronische Spannung-, Erregungs- und Angstzustände (z. B. Steigerung auf 30 – 60 mg Diazepam);
- Bei chronischen Krankheitsbildern Dauer der Anwendung nach dem Verlauf (Behandlungsdauer sollte vier Wochen nicht überschreiten);
- Rivotril kann bei Epilepsien des Erwachsenenalters Anwendung finden.

Häufig ist doch der Suchtmediziner und somit auch der Psychiater damit konfrontiert, dass Benzodiazepinabhängige die Praxis aufsuchen und um Hilfe zum Entzug nachsuchen. Eine ambulante oder stationäre Benzodiazepinentzug ist ohne ausschleichenden Einsatz von Benzodiazepinen, über einen langen Zeitraum nicht möglich. Es ist nicht zu tolerieren, dass sich eine Krankenversicherung in ein fachärztliches Therapiekonzept, offensichtlich nicht fachlich sondern ideologisch geleitet einmischt und somit dann verhindert, dass schwer psychisch kranke Patienten oder Benzodiazepinabhängige angemessen behandelt werden. Durch diese Haltung der AOK Rheinland/ Hamburg wird dafür Sorge getragen, dass diese Patienten entsprechend stigmatisiert werden und in ärztlichen Praxen vor dem Hintergrund eines drohenden Regresses abgewiesen werden.

Es ist zu betonen, dass sich nun nicht für den uneingeschränkten, unkritischen Einsatz von Benzodiazepinen ausgesprochen wird. Jedoch ist der Suchtmediziner häufig mit dem Problem konfrontiert, dass sich

bereits von Benzodiazepinen lange Abhängige in Behandlung begeben und nicht das Problem besteht, dass ärztlicherseits eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen durch unkritische Verordnung durch den Suchtmediziner induziert wurde.

Die andere Seite der Medaille soll in diesem Zusammenhang keinesfalls verschwiegen werden.

Es entspricht ebenfalls der Realität, dass es Ärztinnen und Ärzte gibt, die völlig unkritisch Benzodiazepine verschreiben und sich in keiner Weise mit dem Problem der Abhängigkeit auseinandersetzen sondern dabei durchaus Abhängigkeitserkrankungen induzieren.

Diese Ärztinnen und Ärzte verfügen eben nicht über die Schwerpunktbezeichnung Suchtmedizin und bringen mit ihrem unverantwortlichen Handeln diejenigen Kolleginnen und Kollegen in Misskredit, die über die Fachbezeichnung Suchtmedizin verfügen und von daher verantwortlich mit der Verordnung von Benzodiazepinen umgehen und diese indikationsgeleitet einsetzen.

Es soll in diesem Zusammenhang auch nicht verschwiegen werden, dass durch das teilweise sehr rigide Vorgehen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern die Verschreibung von Benzodiazepinen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte deutlich rückläufig ist (vermutlich auch deshalb, weil auf die Verschreibung von Benzodiazepinen auf Privatrezept ausgewichen wird), jedoch das Problem damit natürlich nicht gelöst ist. Viele auch der Benzodiazepinabhängigen werden somit dann dem sogenannten „Schwarzmarkt“ zugeführt und entziehen sich so einer an sich unbedingt notwendigen ärztlichen bzw. suchtmmedizinischen Behandlung. Es dürfen jedoch nicht diejenigen Ärztinnen und Ärzte in Misskredit gebracht werden, die verantwortungsbewusst und indikationsgeleitet auch Benzodiazepine verschreiben, um Benzodiazepinabhängige aus der Sucht herauszuführen oder eine schwere psychische Symptomatik behandeln, der anders nicht beizukommen ist. Gerade nun diese verantwortungsbewusst handelnden Ärztinnen und Ärzte mit Regressforderungen zu überziehen, geht somit letztendlich an der Sache vorbei und führt nur dazu, dass das in der Gesellschaft nun mal existierende Krankheitsbild einer Abhängigkeitserkrankung nicht mehr behandelt wird.

Des Weiteren führt es sicher nicht weiter, eine gesamte Medikamentengruppe, in diesem Fall die Benzodiazepine zu verdammen und zu verteufeln, dieses hat sich schon zu früheren Zeiten, wo dieses mit dem Polamidon zu Beginn der Substitutionsbehandlung zunächst geschehen ist, als fatal und als Irrweg erwiesen.

In der Behandlung mit Benzodiazepinen muss natürlich, wie auch bei jeder anderen Medikamentengruppe die Gefahr von Nebenwirkungen oder Langzeitschäden Berücksichtigung finden.

Nebenwirkungen von Benzodiazepinen

(nach Benkert Hippus)

Es werden für die Behandlung die folgenden zu berücksichtigenden wichtigen Nebenwirkungen benannt:

- Abhängigkeitsrisiko u. entsprechend schwere Entzugssymptomatiken;
- Atemdepression, paradoxe Reaktion;
- Konzentrationsschwäche;
- Einschränkung der Aufmerksamkeit (nach jahrelangem Gebrauch in hohen Dosierungen Möglichkeit von irreversiblen kognitiven Störungen);
- Dysarthrische und ataktische Störungen.

Die Behandlung von Benzodiazepinen gehört somit vor allem in fachpsychiatrische und suchtmmedizinische Hand, wobei insbesondere die Aufgabe besteht, bei Auftreten von entsprechenden psychopathologischen Symptomen die Benzodiazepinen ggf. zu reduzieren oder ganz abzusetzen, sofern entsprechende Nebenwirkungen zu vermieden sind.

Der Einsatz von Benzodiazepinen muss indikationsgeleitet erfolgen

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass Zustände von Unlust, Verstimmungen oder Alltagsprobleme keine Indikation für Verordnung von Benzodiazepinen darstellen.

Die Behandlung muss immer indikationsgeleitet bzw. symptomorientiert durchgeführt werden.

Möglichkeiten des Umganges

Es gibt insgesamt drei Möglichkeiten des Umganges mit Benzodiazepinabhängigen und psychiatrischen schwer kranken Patienten, die ohne zusätzliche Behandlung von Benzodiazepinen nicht zu therapieren sind:

1. Sich nicht mit dem Problem auseinanderzusetzen, den Patienten abweisen.
2. Die inhaltliche Auseinandersetzung vermeiden, ein Privatrezept ausstellen (was berufsrechtlich verboten ist, jedoch die Gefahr des Regresses umgeht).
3. Den Patienten annehmen und in die ärztliche Behandlung aufnehmen und dabei Ziele und Regeln formulieren und ggf. Benzodiazepine zielgerichtet und indikationsgeleitet einzusetzen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch in die Behandlung von substituierten Patienten fachärztliche psychiatrische Kompetenz im Hinblick auf Diagnostik und Therapie heranzuziehen ist.

Benzodiazepine stellen eine hochwirksame psychiatrische Medikation zusätzlich zu Neuroleptika und Antidepressiva dar, insbesondere in Krisensituationen, aber auch über einen längeren Zeitraum bei schwerst Abhängigen mit multiplen psychischen Problemlagen.

Bei der Behandlung von abhängigkeiterkrankten und substituierten Patienten ist zu berücksichtigen, dass wenn Benzodiazepine nicht verschrieben werden, ein erhöhter Konsum anderer Stoffe, insbesondere Alkohol, Kokain und Heroin der Fall sein kann.

Es ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass die ärztliche Verschreibungsstrategien von Benzodiazepinen Einfluss auf das gesamte Beikonsumverhalten von abhängigkeiterkrankten Patienten hat. Eine sich an die psychische Situation des Patienten angepasste Verschreibungsstrategie kann den sogenannten Beikonsum wirksam bremsen, wobei es sich häufig nicht um einen Beikonsum handelt, sondern um eine bereits bestehende Mehrfachabhängigkeit unter Einschluss der Benzodiazepine.

Zusammenfassend ist somit eine unregelmäßige Selbstmedikation durch den Patienten der ärztlichen Verschreibung und Therapiekontrolle zu unterstellen.

Grundsätzliche Herangehensweisen

Die Verschreibung von Benzodiazepinen muss Regeln und Zielen folgen, das bedeutet, keinesfalls den therapeutischen Nihilismus walten zu lassen. Eine Benzodiazepinverschreibung muss indikationsgeleitet wie auch bei anderen Medikamenten erfolgen. Des Weiteren ist wie bei allen anderen von anderen Drogen- oder Alkoholabhängigen Motivationsarbeit zu leisten und sich aus ärztlicher Sicht mit der bestehenden Abhängigkeitserkrankung auseinanderzusetzen und gemeinsam mit den Patienten Schritte aus der Abhängigkeit zu entwickeln.

Die Verschreibung von Benzodiazepinen sollte eine möglichst kurze Verschreibungsdauer umfassen, eine geringst mögliche Dosierung enthalten, dieses beinhaltet auch die Verschreibung von der geringster Packungsgröße.

Des Weiteren hat sich bewährt, dass das jeweilige Substitut, ggf. täglich zusammen mit der Dosis von Benzodiazepinen ausgegeben wird und nicht dem Patienten eine ganze Medikamentenpackung in die Hand gedrückt wird.

Einbeziehung der gesamten Breite von Psychopharmaka in die Behandlung

Aus psychiatrischer Sicht ist vor dem Einsatz von Benzodiazepinen die gesamte Breite der Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva) zum Einsatz zu bringen, um ggf. den Konsum von Benzodiazepinen zu reduzieren oder aber gänzlich zu beenden. Gemeinsam mit dem Patienten sind seine psychischen Probleme bzw. Symptome zu thematisieren und dabei Therapieziele auch bezogen auf die Einnahme von Benzodiazepinen festzulegen. Die Patienten sind somit in ein therapeutisches Setting ärztlicher und psychosozialer Betreuung einzubetten. In diesem Zusammenhang kommt der psychosozialen Betreuung von drogenabhängigen Patienten eine ganz entscheidende Rolle zu.

Es sei in diesem Zusammenhang erneut betont, dass es unärztlich/unethisch ist, opiatabhängige Patienten von einer suffizienten psychiatrischen Behandlung ggf. im Einzelfall auch mit Benzodiazepinen auszuschießen. Im Übrigen bedeutet abweisen von Suchtpatienten, diese

dem „Schwarzmarkt“ zu überlassen mit den damit verbundenen hohen Risiken, auch im Hinblick auf eine mögliche Überdosierung.

Indikation zur Behandlung mit Benzodiazepinen

Aus psychiatrischer Sicht gibt es vier Gruppen von Patienten, bei denen eine Indikation zur Behandlung mit Benzodiazepinen besteht:

Erste Patientengruppe:

Patienten, bei denen eine psychiatrische Komorbidität mit einer Symptomatik von z. B. Ängsten, Panik oder psychotischen Erlebnisweisen diagnostiziert wurde und Neuroleptika und/ oder Antidepressiva keinen oder nicht ausreichenden Erfolg gebracht haben oder aber erhebliche andauernde Nebenwirkungen aufgrund des Einsatzes von Neuroleptika oder Antidepressiva vorhanden sind.

Zweite Patientengruppe:

Patienten, die eine Benzodiazepinabhängigkeit aufweisen und durch Benzodiazepine homolog zu entziehen sind. In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass es keine Zulassung eines Medikamentes für den Entzug vom Benzodiazepinen gibt! Nach aller klinischen und ambulanten Erfahrungen ist eine ambulante Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen am sichersten und am besten homolog, also mit Benzodiazepinen, zu bewerkstelligen.

Gerade die Fachinformationen zu Benzodiazepinen sprechen gerade hinsichtlich des Entzuges von Benzodiazepinen von großen Gefahren, bis hin zur Lebensgefahr, die insbesondere durch auftretende cerebrale Krampfanfälle im Entzug bedingt sein können bei zu schnellem Absetzen der Benzodiazepine. Völlig eindeutig ist, dass ein Benzodiazepinentzug keinesfalls über vier Wochen durchführbar ist, schon gar nicht im Rahmen eines ambulanten Settings, sondern nach aller Erfahrung und entsprechenden Studien bis zu einem Jahr andauern kann. Gerade bei schwerst Benzodiazepinabhängigen, die bereits ab Kindheit von Seiten der Eltern mit Benzodiazepinen „gefüttert“ wurden, um sie ruhig zu stellen, ist eine monatelange Entzugssymptomatik zu erwarten, die auch noch nach absetzen der Benzodiazepine noch lange anhalten kann.

Des Weiteren erweist sich ein Benzodiazepinentzug nicht als gradlinig durchführbar, vielmehr ist ein Benzodiazepinentzug auch immer wieder durch Rückschläge und auch Rückfälle gekennzeichnet, wie bei anderen suchterzeugenden Stoffen und Drogen sowie Alkohol auch.

Die Behandlung bzw. Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit ist längerfristig anzulegen und kann häufig ausgesprochen kompliziert verlaufen.

Dritte Patientengruppe:

Es gibt eine kleine Gruppe von polyvalent schwerst abhängigen Patienten, die in ihrer Sucht/ Abhängigkeit durch Verschreibung von Benzodiazepinen in ihrer Sucht zu begrenzen sind und mit einer gewissen Lebensqualität am Leben zu halten sind.

Die Verschreibung von Benzodiazepinen ist in diesen Fällen immer eine Einzelfallentscheidung und sollte von allen Seiten gut abgewogen und erörtert werden und ohne zusätzliches fachpsychiatrisches Know-how nicht erfolgen.

Vierte Patientengruppe:

Um eine Langzeitverordnung von Benzodiazepinen kommt man bei schwerst psychisch kranken Patienten nicht herum!

Patienten mit langjährigen schweren schizophrenen Psychosen, schweren Angsterkrankungen oder auch schweren Depressionen sowie auch schweren Borderline- Persönlichkeitsstörungen, vor dem Hintergrund schwerster Traumatisierungen, die alle gängigen Psychopharmaka ohne wesentlichen Erfolg verordnet bekommen haben, können von der Verordnung von Benzodiazepinen durchaus profitieren. Diese Behandlung muss dem Facharzt für Psychiatrie vorbehalten bleiben!

Z- Medikamente

Die sogenannten Z- Medikamente, nämlich Benzodiazepinanaloga wie Zaleplon, Zolpidem, Zopiclon und Eszopiclon stehen als kurzwirksame Alternativen an Stelle der Benzodiazepine zur Verfügung. Die Z-Medikamente wirken analog den Benzodiazepinen am Gabarezeptor mit einem viel geringerem Abhängigkeitspotenzial, als allgemein postuliert. Sie wurden gerade als Alternative zum Einsatz von Benzodiazep-

pinen geschaffen und sollten aus psychiatrischer Sicht mit diesen keinesfalls gleichgesetzt werden. Eine Stigmatisierung dieser Medikamentengruppe durch die Regressandrohung von Seiten der Krankenkassen ist aus psychiatrischer Sicht völlig unberechtigt, da sie gerade durchaus eine mögliche Alternative mit weit aus geringerem Abhängigkeitspotenzial als Benzodiazepine darstellen, wenn andere schlafantagonisierende Medikamente wie nieder- oder hochpotente Neuroleptika oder sedierende Antidepressiva keine Wirkung gezeigt haben. Auch in diesem Zusammenhang ist der Einsatz der Benzodiazepinanaloga über vier Wochen hinaus fachlich zu rechtfertigen.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass es sich bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten und insbesondere von Drogenabhängigen um eine qualitativ hochstehende und spezialisierte Behandlung von häufig schwerst psychisch kranken Patienten handelt, die häufig ausgesprochen kompliziert verläuft und durch einen hohen Behandlungsaufwand gekennzeichnet ist. Zunehmend steigen insbesondere im Bereich der Substitution Ärzte aus der Behandlung aus, da sie sowohl in der Öffentlichkeit und der Justiz als auch von Seiten der Krankenkassen, genauso wie die Patienten im Übrigen auch, stigmatisiert und ausgegrenzt werden und insbesondere einem hohen Druck auch durch Regressandrohungen ausgesetzt sind.

Das Bild des Suchtmediziners sollte sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in der Öffentlichkeit insgesamt deutlich aufgewertet werden, so wie dieses offensichtlich in einer sogenannten Imagekampagne in Bayern geplant ist, um nicht zuletzt auch weitere ärztliche Kollegen und Kolleginnen für eine Behandlung dieser Patienten zu gewinnen.

Zu verdeutlichen ist in diesem Zusammenhang, dass der Suchtmediziner in der Gesellschaft einen wichtigen Beitrag leistet, um psychisch schwer kranke Patienten zu heilen bzw. durch das Leben zu geleiten und deren Überleben zu sichern.

Wir sind weder „Dealer in weiß“, noch die „Medikamentenschreiber“ oder die „Austeiler“ von Betäubungsmitteln!

Häufig wird offensichtlich vergessen, dass es sich bei einer Abhängigkeit um eine Erkrankung handelt, die fachärztlicher Behandlung zugeführt werden muss.

Substitution in ländlichen Versorgungsregionen: Nicht hinnehmbare Benachteiligungen einer Patientengruppe

Prof. Dr. habil. Gundula Barsch

Zur Versorgung mit Substitution im ländlichen Raum

Für Substitution als eine Behandlungsmethode, die für und in städtischen Strukturen entwickelt und praktiziert wurde, gibt es nunmehr auch in ländlichen Regionen einen Bedarf. Dabei handelt es sich zwar um kleinere Fallzahlen, für die sich jedoch so erhebliche Nachteile bei der Inanspruchnahme dieser Therapie ergeben, dass von einer nicht hinnehmbaren Benachteiligung dieser Patientengruppe gesprochen werden muss.

Die bisherigen Behandlungssettings, die in Deutschland verbindlich vorgeschrieben werden, können in der Regel nicht von praktizierenden Hausärzten, sondern nur von spezialisierten Arztpraxen vorgehalten werden, die sich mehrheitlich in größeren Städten etabliert haben.

Diese Sachlage nötigt Patienten aus einer ländlichen Region für lange Zeit in ein aufwendiges Pendler-Dasein und erzeugt erhebliche und facettenreiche Probleme mit katastrophalen Auswirkungen, die diese effektive Behandlungsmethode zudem in erheblichen Misskredit bringen und deren Erfolg gefährden.

Die verbindlich vorgeschriebenen Behandlungssettings erzeugen eine facettenreiche Bündelung von Problemen, die sich sowohl aus Sicht der Patienten selbst, als auch aus Sicht der behandelnden Ärzten, aus Sicht der Region, in der die Versorgung stattfindet und aus der Region, aus der die Patienten kommen, ergeben. Diese schaukeln sich zudem unproduktiv auf. Diese Sachlage begründet die erhebliche Notwendigkeit einer Änderung der Versorgungsstrukturen, mit denen die sich regelmäßig einstellenden dramatischen Entwicklungen durchbrochen und einer produktiven Lösung zugeführt werden können.

Konzeptionelle Grundidee: Geh-Struktur, statt Komm-Prinzip

Die regelmäßig auftretenden Probleme und Konflikte unterstreichen, dass für Patienten aus ländlichen Regionen mit Bedarf an Substitution bereits eine einzige, jedoch grundlegende Veränderung im Behandlungssetting zu entscheidenden Verbesserungen bei der Mehrzahl der benennbaren Probleme führen kann: Die vorgesehene und regelmäßig praktizierte Komm-Struktur sowohl bei der psycho-sozialen Begleitung als auch bei der suchtmmedizinischen Versorgung muss durch eine Geh-Struktur aufgelöst werden. Nur so können substituierte Patienten von der Auflage entbunden werden, täglich weite Wege zurücklegen zu müssen, um sich in der Arztpraxis vorzustellen und das Substitutionsmittel unter Aufsicht einzunehmen und Kontakt zu ihrem Drogenberater zu halten, der sie psycho-sozial betreuen soll.

Damit wären folgende Vorteile verbunden:

- Substituierte können planbar und kontinuierlich in ihren, in der Regel drogenfreien sozialen Bezügen ihrer Heimatgemeinde verbleiben, wodurch diese sich nicht weiter destabilisieren, sondern sich festigen und ausbauen lassen.
- Substituierte können verlässlich Angebote für Arbeit und Beschäftigung annehmen, die sich in ihren durch Landwirtschaft geprägten Heimatregionen regelmäßig ergeben.
- Substituierten wird erspart, bei ihren regelmäßigen Arztbesuchen ungewollt immer auch Menschen zu treffen, die mit Drogen handeln oder diese konsumieren und oft aktiv Kontakt zu den Patienten aufnehmen.
- Für Substituierte erweitern sich die Möglichkeiten der psycho-sozialen Begleitung und an einer Reintegration zu arbeiten, weil die Patienten dafür mehr Zeit und Ressourcen einsetzen können und sich weniger Unterbrechungen ergeben, durch die fragile Entwicklungen oft zurückgeworfen werden.
- Für Substituierte ergeben sich mehr Chancen, Vorteile ländlicher Lebenswelten und –formen für die Behandlung zu nutzen, auf die

stationäre Einrichtungen mit ihren Angeboten auch gezielt zurückgreifen.

- In summa ergeben sich größere Chancen, bei der Substitutionsbehandlung schneller und mit weniger Störungen voranzukommen und diese erfolgreich zu beenden.
- Für die Herkunftsregionen ergeben sich größere Chancen, die oft jungen Menschen als Mitbürger in den Heimatregionen zu halten, mit positiven Effekten sowohl für den lokalen Arbeitsmarkt als auch für eine Region, die durch Überalterung deutliche negative Folgen für nachbarschaftliches und bürgerschaftliches Engagement hinnehmen muss.
- Die derzeitigen städtischen Versorgungszentren werden von informellen Treffs der täglich zur Behandlung kommenden Patienten entlastet, die regelmäßig Facetten von Drogenszenebezügen annehmen und durch Schmutz, Lärm und Okkupation des öffentlichen Raumes Konflikte mit den Anwohnern erzeugen.
- Den städtischen Versorgungsregionen wird eine notgedrungene zeitweise oder endgültige Übersiedlung Substituierter in die Stadt erspart, die damit auch die soziale, berufliche und bürgerschaftliche Sicherstellung dieser Menschen übernehmen müsste.
- Modernisierungen in der Substitutionspraxis bieten die Chance, die Aushöhlung der Akzeptanz dieser Behandlungsform, der Behandlungsorte, der behandelnden Ärzte und der behandelten Patienten zu verhindern – Entwicklungen, die zu Stigmatisierung führen und einer sozialen Reintegration der Betroffenen entgegenstehen.

Die Zusammenschau der gegenwärtigen Probleme bei der Behandlung Substituierter aus ländlichen Räumen unterstreicht, dass Patienten in Substitutionsbehandlung in ihrem Lebensmilieu zu behandeln sind, gerade weil sich die sozialen Auswirkungen der Erkrankung als so vielfältig darstellen und zu deren Bewältigung offensichtlich eine Beruhigung der Lebenssituation und erhebliche psychosoziale Hilfen nötig sind.

Diese Schlussfolgerung ist keineswegs neu und knüpft an die zentrale Forderung der Psychiatrie-Enquete von 1975 an, psychisch Kranke, also

auch Abhängige, durch eine kommunale Psychiatrie umfassend in ihrem Lebensmilieu zu versorgen.

Ansätze für neue Behandlungssettings bei der Versorgung substituierter Patienten im ländlichen Raum

Um die oben genannten Vorteile einer veränderten Substitutionspraxis für Patienten in ländlichen Versorgungsregionen erschließen zu können, ist das Schaffen von zugehenden Strukturen sowohl für den medizinischen Teil der Substitutionsbehandlung als auch für die psychosoziale Begleitung unumgänglich.

1. Die psychosoziale Begleitung

Die psychosoziale Begleitung fällt in die Zuständigkeit der Kommune. Hier wird bereits an der Idee gearbeitet, das Angebot der im Landkreis zuständigen Drogenberatungsstelle dahin zu verändern, dass Drogenberater regelmäßig zu substituierten Klienten ins Haus kommen, sich einen Eindruck über die Lebensbedingungen und die vor Ort gegebenen Möglichkeiten einer sozialen Integration verschaffen und bei der Neugestaltung des Alltags der Betroffenen aktiv Hilfe und Unterstützung geben. Hierbei kann an die Erfahrungen bei der Versorgung psychisch Kranker angeknüpft werden, die bereits heute schon durch den Allgemeinen Sozialpsychiatrischen Dienst mit ähnlichen Versorgungsmustern betreut werden.

2. Der medizinische Teil der Substitutionsbehandlung

Der medizinische Teil der Substitutionsbehandlung ist durch diverse gesetzliche Regelungen so stark formalisiert, dass sich gegenwärtig kaum Möglichkeiten ergeben, Veränderungen im Behandlungssetting vorzunehmen. Es lassen sich zwar verschiedene Varianten durchdenken, die aber, nach derzeitigem Stand des Wissens, nicht umsetzbar sind, weil gesetzliche und/oder finanzielle Regelungen dies verhindern. Dennoch sollen sie hier mit dem Ziel skizziert werden, Richtungen aufzuzeigen, in die um Veränderungen gerungen werden muss.

Da seit Jahren die Bemühungen, Hausärzte in ländlichen Regionen für eine Behandlung/Mitbehandlung substituierter Patienten zu gewinnen, aus sehr verschiedenen Gründen keinen Erfolg haben, gehen alle Modelle davon aus, dass die unmittelbare Behandlung der Abhängigkeit und der damit einhergehenden weiteren Erkrankungen in den schon existierenden Schwerpunktpraxen stattfinden, die in den Großstädten arbeiten.

Variante 1: Behandlung in Suchtmedizinischer Schwerpunktpraxis, tägliche Vergabe des Substitutionsmittels durch einen (palliativ) Pflegedienst

Die Patienten werden durch erfahrene, in einer Großstadt ansässige Suchtmediziner behandelt, bei denen jedoch keine täglichen Konsultationen nötig sind. Die tägliche Vergabe des Substitutionsmittels erfolgt durch einen *Pflegedienst*. Bereits heute sind Palliativpflege-dienste examiniert, Schmerzmittel, auch wenn sie unter das BtmG fallen, mit sich zu führen und an bedürftige Patienten auszuhändigen. In besonderen Fällen werden Patienten vor Ort durch ein Care-Team betreut, in dem auch ein Arzt mitarbeitet und den allgemeinen Zustand des Patienten sowie die Medikation überwacht.

Vorteile: Für die Patienten ist die Komm-Struktur aufgelöst: Dieser wird regelmäßig zu Hause aufgesucht und mit dem Substitutionsmittel versorgt. Insbesondere in weniger stabilen Phasen wird der Allgemeinzustand des Patienten auch durch einen Arzt überwacht, der ggf. über Telekommunikation den behandelnden Suchtmediziner konsultieren kann.

Machbarkeit: Wegen der finanziellen Regelungen zur Pflege kommt diese Variante nur in Betracht, wenn der substituierte Patient tatsächlich pflegebedürftig ist. Die ist jedoch in der Regel nicht der Fall. Gerade in den neuen Bundesländern sind die substituierten Patienten im Durchschnitt jünger, weniger krank und oft auch noch so belastbar, dass die Integration in Beschäftigung und Arbeit möglich ist. Die fehlenden finanziellen Rahmenbedingungen verhindern leider, diese relativ unkomplizierte und einfache Verfahrensweise zu etablieren.

Variante 2: Behandlung in suchtmedizinischer Schwerpunktpraxis, tägliche Vergabe des Substitutionsmittels durch suchtmedizinisch qualifiziertes Personal (suchtmedizinische Assistenz)

Die Patienten werden durch erfahrene, in einer Großstadt ansässige Suchtmediziner behandelt, bei denen jedoch keine täglichen Konsultationen nötig sind. Die tägliche Vergabe des Substitutionsmittels erfolgt durch suchtmedizinisch qualifiziertes Personal (Schwester, Sprechstundenhilfe) oder durch entsprechend qualifizierte Sozialarbeiter/Drogenberater. Diese Variante greift die positiven Erfahrungen des Modellversuchs „ AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention)“ in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg auf. Zu den Aufgaben der suchtmedizinischen Assistenz gehören die tägliche Vergabe des Substitutionsmittels und die gesundheitliche Überwachung des Patienten. Unterstützt wird diese Arbeit durch telemedizinische Technik, über die bei Bedarf ein direkter Videokontakt zwischen Patient und behandelndem Suchtmediziner hergestellt werden kann. Zusätzlich werden je nach Bedarf und Notwendigkeit verschiedene Kontroll- und Vorsorgemaßnahmen durchgeführt.

Vorteile: Für die Patienten ist die Komm-Struktur aufgelöst: Er wird regelmäßig zu Hause aufgesucht und mit dem Substitutionsmittel versorgt. Insbesondere in weniger stabilen Phasen wird der Allgemeinzustand des Patienten durch suchtmedizinisch qualifiziertes Personal überwacht, das ggf. über Telekommunikation den behandelnden Suchtmediziner konsultieren kann.

Machbarkeit: Die gesetzlichen Regelungen verbieten die Abgabe des Substitutionsmittels über Dritte. Der Einbezug medizinischen Personals in die Vergabe des Substitutionsmittels wird nur toleriert, wenn dies in dem vorgeschriebenen institutionellen Rahmen (z. B. Arztpraxis) erfolgt. Zudem lässt sich ein solches Vorgehen bisher weder aus den EBM noch aus anderen, der medizinischen Substitutionsbehandlung zugehörigen Leistungen finanziell sicherstellen.

Variante 3: Wie oben beschrieben findet die Behandlung weiter in städtischen suchtmedizinischen Schwerpunktpraxen statt, allerdings

werden die Aufgaben der suchtmmedizinischen Assistenz, einschließlich der täglichen Vergabe des Substitutionsmittels von dem, mit der psychosozialen Begleitung betrauten, suchtmmedizinisch qualifizierten Drogenberater übernommen.

Vorteile: Auch in dieser Variante wird für den Patienten die Komm-Struktur aufgelöst: Er wird regelmäßig zu Hause aufgesucht und mit dem Substitutionsmittel versorgt. Insbesondere in weniger stabilen Phasen wird auch der körperliche Allgemeinzustand des Patienten durch den suchtmmedizinisch qualifizierten Berater überwacht, der ggf. über Telekommunikation den behandelnden Suchtmmediziner konsultieren kann. Aus dem täglichen Kontakt ergeben sich zusätzliche Informationen und Ansatzpunkte, durch die auch die psychosoziale Begleitung differenzierter und zielgenauer geplant, durchgeführt und kontrolliert werden kann.

Machbarkeit: Die gesetzlichen Regelungen verbieten die Abgabe des Substitutionsmittels über Dritte. Der Einbezug medizinischen Personals in die Vergabe des Substitutionsmittels wird nur toleriert, wenn dies in dem vorgeschriebenen institutionellen Rahmen (z. B. Arztpraxis) erfolgt. Als eine bisher nicht erbrachte Dienstleistung der von der Kommune zu finanzierenden Drogenberatung ließe sich ein solches Vorgehen allerdings unter bestimmten Umständen finanziell sicherstellen. Problematisch erscheint das damit entstehende Doppelmandat des Sozialarbeiters/Drogenberaters, der einerseits als suchtmmedizinische Assistenz im Auftrag des behandelnden Arztes handelt und andererseits als psychosozialer Begleiter auch mit advokatorischem Auftrag für den Patienten gegenüber dem Arzt agieren muss. Diese doppelte Aufgabenstellung kann zu Widersprüchen und Interessenkonflikten führen, die auf besondere Weise in den Blick zu nehmen sind. Deshalb ist ein solches Modell zumindest supervisorisch zu begleiten.

Variante 4: Auch hier erfolgt die Behandlung in einer suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxis und die tägliche Vergabe des Substitutionsmittels durch suchtmmedizinisch qualifiziertes Personal (suchtmmedizinische Assistenz) oder durch einen suchtmmedizinisch qualifi-

zierten Drogenberater; als Machbarkeitsbrücke dient eine kontrollierte Take-Home-Vergabe.

Nach den gesetzlichen Regelungen ist es gestattet, nach Würdigung der Gesamtumstände der Compliance des Patienten diesem eine Take-Home-Dosis für bis zu sieben Tage mitzugeben. An die Beurteilung der Compliance sind jedoch sehr hohe Anforderungen gestellt, so dass Patienten diese oft erst sehr spät oder aber, in Anbetracht der täglichen Szenekontakte, die sich beinahe folgerichtig bei den täglichen Arztbesuchen zur Vergabe des Substitutionsmittel ergeben, fast nie erreichen. Für diese Fälle wird dennoch eine Take-Home-Vergabe praktiziert, zu der jedoch vereinbart wird, dass die Einnahme des Substitutionsmittels unter Aufsicht der suchtmmedizinischen Assistenz erfolgt, die dafür täglich zum Patienten reist. Für die Umsetzung einer solchen Verfahrensregel wird das Deponieren des Substituts in einem Tresor vereinbart, der dem Patienten nicht zugänglich ist.

Vorteile: Auch in dieser Variante wird für den Patienten die Komm-Struktur aufgelöst: Er wird regelmäßig zu Hause aufgesucht und mit dem Substitutionsmittel versorgt. Insbesondere in weniger stabilen Phasen wird auch der körperliche Allgemeinzustand des Patienten durch den suchtmmedizinisch qualifizierten Berater überwacht, der ggf. über Telekommunikation den behandelnden Suchtmmediziner konsultieren kann.

Machbarkeit: Die Take-Home-Vergabe an Patienten, die mit ihrer Compliance nicht den strengen Voraussetzungen entsprechen, widerspricht den gegenwärtigen vergaberechtlichen Regelungen. Für diese Fälle gibt es gegenwärtig nur die Möglichkeit, zumindest auf die Regelung einer 2-Tages-Take-Home-Vergabe zurückzugreifen. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass diese nicht zu einer wirklichen Verbesserung der Substitutionsbehandlung für den Patienten führt.

Zu bedenken ist zudem, dass dieses Abgabeverfahren zu Kollisionen mit Patientenrechten führt - immerhin muss dem Patienten abverlangt werden, von seinem, ihm eingeräumten Recht der selbstbestimmten Medikamenteneinnahme abzurücken und einer Einnahme unter Kontrolle bzw. sogar einem völligen Verschluss der ihm ausgehändigten Substitutionsmittel zuzustimmen. Schließlich gibt es auch für diese

Variante keine Lösung, die die finanziellen Aufwände für die aufsuchenden Institutionen und die Aufwendungen der weiterhin voll verantwortlichen Substitutionsärzte eines solchen Verfahrens regelt.

Variante 5: Mit dieser Variante wird an die in der BtmVV eingeräumte Möglichkeit angeknüpft, das Substitut an Orten verabreichen zu können, die als zulässig für die Substitutionsvergabe anerkannt werden.

Welche Orte dies jeweils sind, wird durch die jeweiligen Landesbehörden festgelegt. Die sehr unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten in ländlichen Versorgungsbereichen führen dazu, dass es sinnvoll ist, keine allgemeinen Vorgaben zu machen, weil diese die Chancen auf eine lebensnahe Versorgung wiederum sehr einschränken könnten. In bestimmten Fällen kann sich eine Kombination diversifizierter Wege als Chance erweisen, unter den gegenwärtig stark einschränkenden gesetzlichen Regelungen im vorgeschriebenen Behandlungsregime zumindest Milderungen für den Patienten durchzusetzen: Dazu gehören der Rückgriff auf die Regelungen zur zwei-Tages-Take-Home, wo vorhanden die Abgabe bei Hausärzten am Wohnort, die jedoch nicht selbst als Substitutionsärzte agieren wollen, die Abgabe über Drogenberatungsstellen, die in bestimmten Regionen Außenstellen unterhalten, die Abgabe an Stützpunkten von Pflegediensten, die Abgabe über suchtmedizinisch ausgebildetes Personal in bestimmten Räumlichkeiten der Gemeinde (z. B. Gemeindegemeinschaftsstation) u. ä.

In bestimmten Fällen muss sogar eine Patch-Work-Lösung konstruiert werden.

Vorteile: In dieser Variante wird für den Patienten die Komm-Struktur zumindest gemildert, indem die Wege verkürzt werden, zudem ein wechselndes Regime zwischen Kommen und Zugehen organisiert wird und mit der zwei-Tages-Take-Home-Lösung Brückenzeiten geschaffen werden.

Nachteile: Eine solche Regelung setzt eine hohe Kooperationsbereitschaft und ein vernetztes Arbeiten verschiedener Institutionen voraus, das in der Regel nur mit einem koordinierenden Case-Management beispielsweise im Rahmen der psycho-sozialen Begleitung gelingen

kann. Ein Behandlungsregime, das dem Patienten zugleich wechselnde Kontakte zu unterschiedlichen Personen und Institutionen zumutet, widerspricht den besonderen Bedürfnissen vieler substituierter Patienten, die eher von stabilen personalen Beziehungen zu den sie betreuenden Personen profitieren. Für die Umsetzung eines solchen Ansatzes ist eine finanzielle Sicherstellung der Leistungen der daran beteiligten Institutionen völlig ungeklärt. Schließlich widerspricht die Diversifizierung der Abgabe den ökonomischen Interessen der weiterhin verantwortlichen, substituierenden Ärzten, die ohne ein motivierendes Entgelt in diese Verfahrensweise viel Arbeit und Verantwortung einzubringen haben! Umsetzungsversuche scheiterten bisher leider genau an diesen Punkten, so dass es erfolgsversprechender erscheint, sich für die anderen vorgenannten Lösungsansätzen zu engagieren.

Substitution und Fahreignung

Dr. med. Christiane Weimann-Schmitz, pima-mpu GmbH

Fahreignung als „neue Chance“

Wesentlicher Aspekt der Lebensqualität.

Voraussetzung für Wiedereinstieg in das Berufsleben.

Die MPU - verwaltungstechnischer Ablauf

- Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis mit der Untersuchung und wählt eine Begutachtungsstelle für Fahreignung (BfF).
- Das Straßenverkehrsamt schickt die Führerscheineakte an die BfF und der zu Untersuchende wird von dort zur MPU eingeladen.

Gemäß der Fragestellung wird der Klient informiert über:

► Die medizinische Untersuchung

1. Anamnese: Erhebung der gesundheitlichen Vorgeschichte bestehende Krankheiten, Medikamente) und der Konsumgewohnheiten bzgl. Alkohol, ggf. Drogen.
2. Körperliche Untersuchung: organische Funktionsfähigkeit (Herz, Lunge), Organveränderungen (Leber), Hautveränderungen, neurologischer Status (z.B. Gleichgewichtssinn, Reflexe).

► Die Laboranalytik

Zum Ausschluss eines aktuellen Drogenkonsums wird während der Untersuchung eine Urinprobe unter Sichtkontrolle gesichert und am Untersuchungstag an ein Institut für Laboruntersuchungen geschickt, das nach DIN ISO EN 17025 für forensische Zwecke akkreditiert ist. Die Probe wird auf Abbauprodukte folgender Substanzen untersucht: Amphetamine, Benzodiazepine, Cocain, Cannabis, Methadon, Buprenorphin, Opiate, opioide Analgetika.

► Psychometrische Testverfahren

In der Verkehrspsychologischen Begutachtung sind vor allem folgende Leistungsbereiche relevant, die mit Tests erfasst werden können (z.B. Corporal, Wiener Determinationstest):

-
- Aufmerksamkeit
 - Konzentration
 - Belastbarkeit
 - Visuelle Auffassung und Orientierung
 - Reaktionsschnelligkeit und –sicherheit.

Hinweise für angemessene Problembewusstsein/Veränderung:

Erkenntnis, dass früheres Problemverhalten unangemessen und somit korrekturbedürftig war;

Wissen um die in der eigenen Persönlichkeit verankerten Ursachen für das unangemessene Verhalten;

Angemessene Veränderung in Richtung unproblematischen Verhaltens
Verhaltensänderung hat nachvollziehbare/erlebnisnahe Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche;

Wissen um zukünftige "Glatteisstellen" / realistische Einschätzung des Gefährdungspotentials.

Begleitende Literatur

Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft 115, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2000;

SCHUBERT, W., SCHNEIDER, W., EISENMENGER, W., STEPHAN, E. (Hrsg.) Kommentar zu den Begutachtungsleitlinien, Kirschbaumverlag Bonn, 2009, 2. Auflage;

SCHUBERT, W., R. MATTERN (HRSG.): Beurteilungskriterien, Kirschbaumverlag Bonn 2008, 2. Auflage.

Substitution und Fahreignung BLL

Wer als Heroinabhängiger mit Methadon substituiert wird, ist im Hinblick auf eine hinreichend beständige Anpassungs- und Leistungsfähigkeit in der Regel *nicht geeignet*, ein KFZ zu führen.

Nur in *seltenen Ausnahmefällen* ist eine positive Beurteilung möglich, wenn u.a.

- eine durch forensisch gesicherte Laboranalysen belegte Zeit von mindestens einem Jahr ohne Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen (incl. Alkohol) vorliegt, wenn eine Therapie mit aus-

reichender Compliance durchgeführt wird,

- wenn eine psychosoziale Integration vorliegt,
- und Störungen der Gesamtpersönlichkeit fachärztlich ausgeschlossen sind.

Neben den körperlichen Befunden kommt in diesen Fällen den Persönlichkeits-, Leistungs-, verhaltenspsychologischen und den sozialpsychologischen Befunden erhebliche Bedeutung für die Begründung von positiven Regelausnahmen zu.

Kriterium zur Substitution

Kriterium D 1.4 N:

Klient, bei dem eine primäre Opiatabhängigkeit vorlag, nimmt bereits ausreichend lange zuverlässig an einer lege artis durchgeführten Substitutionstherapie teil, ist frei von Beikonsum anderer Drogen, sozial integriert und weist hinreichendes Anpassungs- und Leistungsvermögen auf.

Indikatoren zu D 1.4 N:

Substituierender Arzt besitzt erforderliche Qualifikation und ausgewiesene Ermächtigung zur Substitution.

Substitution wird entweder mit Methadon oder Buprenorphin über stabile Zeit von mindestens 12 Monaten ohne Rückfall durchgeführt. Substitution erfolgt ausschließlich durch bestimmungsgemäße Dosierung und Einnahme des Substitutionsmittels

Kontraindikator:

Konsum von Codein, opioidhaltigen Schmerzmitteln (z.B. Tramadol, Tilidin oder Phentanyl), Benzodiazepinen oder Substitution erfolgt mit Diamorphin.

Der nach Kriterium D 1.3 N beschriebene Abstinenznachweis erbrachte ausschließlich Nachweis des Substitutionsmittels.

Nicht ärztlich verordnete psychotrop wirkende Medikamente werden nicht eingenommen.

Es liegt kein Alkoholmissbrauch vor, Klient verzichtet weitestgehend auf Alkoholkonsum (vgl. D 1.3 N)

Auf Basis von Krankheitseinsicht liegt Behandlungscompliance vor.

Betroffener kennt für ihn problematische Risikosituationen und verfügt über adäquate Bewältigungsstrategien.

Es erfolgt begleitende unterstützende suchtspezifische oder psychotherapeutische Maßnahme.

Es besteht soziale Integration.

Im Zeitraum der Substitution ist kein deviantes und delinquentes Verhalten aufgefallen.

Zuverlässige Asservierung/Weitergabe des Untersuchungsmaterials

1. Urinabgabe unter direkter Sichtkontrolle durch einen Arzt oder in akkreditierten Einrichtungen durch autorisiertes Personal mit geeigneter Fachausbildung.
2. Kontrolle des Kreatinin- und pH – Wertes.
3. alternativ Sicherung von mindestens 2 Haarbündeln in Bleistiftstärke mit geeigneter Dokumentation.
4. Geeigneter Versand und Lagerung der Haarprobe.
5. Beaufsichtigung des Probenmaterials zum Ausschluss von Verfälschung.
6. Sofortige Überführung des Untersuchungsmaterials in vorbereitete Versandbehältnisse und eindeutige Kennzeichnung.
7. Befragung und Dokumentation von möglichen Medikamenteneinnahmen, ethanolhaltigen Lebensmitteln, Hanf- oder Mohnprodukten oder Passivaufnahme.
8. Eindeutige Fragestellung an das Labor und Definition des Substanzspektrums.

Untersuchung in einem für forensische Zwecke nach DIN ISO EN 17025 akkreditierten Labor

1. Eine Akkreditierung für forensische Zwecke ist ab dem 31.12.2010 zu verlangen.
2. Leitung des Labors durch einen Forensischen Toxikologen, GFTCh oder ggf. Forensischen Chemiker, GFTCh.
3. Vorlage der Akkreditierungsurkunde für alle Untersuchungsmethoden im Rahmen der Beauftragung.
4. Teilnahme an Ringversuchen.

-
5. Bei positivem Nachweis in einem Hinweis gebenden Verfahren ist eine Bestätigung mit einem beweisenden Verfahren erforderlich.
 6. Grundsätzlich polytoxikologisch angelegte Analyse auf Cannabinoide, Opiate, Kokain(metabolite), Amphetamine und Benzodiazepine, Buprenorphin, Tilidin und Tramadol, zukünftig erweitertes Spektrum.
 7. Ggf. Erweiterung auf weitere Medikamentengruppen.
 8. Restmengen der Untersuchungsmaterialien werden ausreichend lange asserviert. Bei positivem Nachweis mindestens 6 Monate.

cave

Drogenschnelltests als analytische Verfahren sind im Rahmen einer Fahreignungsdiagnostik als Drogenverzichtsnachweise nicht verwertbar.

Erweitertes Opiatpanel

- Tabelle 4: Targetanalyten und Cut-off-Werte (Entscheidungsgrenzen) für chromatographische, identifizierende Verfahren (Urin und Haare) im Rahmen der Fahreignungsbegutachtung.
- Substanzklasse Urin Haare bzw. Targetanalyt [ng/ml] [ng/mg]
- Cannabinoide
- THC-COOH 10 (nach Hydrolyse) THC 0,02
- Opiate
- Morphin (Codein, Dihydrocodein und 25 0,1 in Haaren 6-Monoacetylmorphin) (nach Hydrolyse)
- Cocain
- Benzoylcegonin 30 Cocain 0,1
- Amphetamine
- Amphetamin und Designer-Amphetamin 50 0,1
- Methadon
- EDDP 50 Methadon 0,1
- Benzodiazepine
- Diazepam (50) 0,05 Nordiazepam 50 0,05 Oxazepam 50 0,05 Alprazolam 0,05 Hydroxy-Alprazolam 50 Bromazepam (50) 0,05
- Hydroxy-Bromazepam 50 Flunitrazepam 0,05 7-Aminoflunitrazepam 50 Lorazepam 50 0,05

-
- Bei Hinweis auf früheren Opiatkonsum erfolgt eine Erweiterung der Analysen zumindest auf folgende

Opioide (incl. Metabolite)

Buprenorphin 1 0,02

Norbuprenorphin 1 Tilidin 50 0,05 Nortilidin 50 Tramadol 50 0,05

Fentanyl 10 0,02

Norfentanyl 10 Erweitertes Opiatpanel

„Lappen weg?“



Das Arzt-/Patientenverhältnis in der Substitutionsbehandlung. Einblicke aus Patientensicht

Dirk Schäffer, Deutsche AIDS-Hilfe, JES Bundesverband

Seit der Gründung des JES Netzwerks im Jahr 1989 bildet die Substitutionsbehandlung einen Kernbereich der Arbeit von JES als Selbsthilfverband und Interessenvertretung von aktuellen und ehemaligen Drogengebrauchern sowie Substituierten.

Mit der von März bis November 2011 in Kooperation mit der Deutschen AIDS Hilfe durchgeführten Befragung, galt es den Blick auf das Arzt/Patientenverhältnis in der Substitutionsbehandlung zu richten.

- 702 aktuell substituierte Patienten
- JES Bundesverband/ Deutsche AIDS-Hilfe - 2011
- fragebogengestützt, multizentrisch, anonym

Mit dieser Befragung gilt es dazu beizutragen die Bedingungen der erfolgreichsten Behandlungsform für OpiatkonsumentInnen weiter zu verbessern.

Damit OpiatgebraucherInnen umfassend von der Substitution profitieren können ist eine intakte und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient eine wesentliche Grundlage. Rückmeldungen von Patienten aus unterschiedlichen Regionen in Deutschland spiegeln sowohl Potentiale als auch Defizite in der Beziehung zwischen Arzt und Patienten.

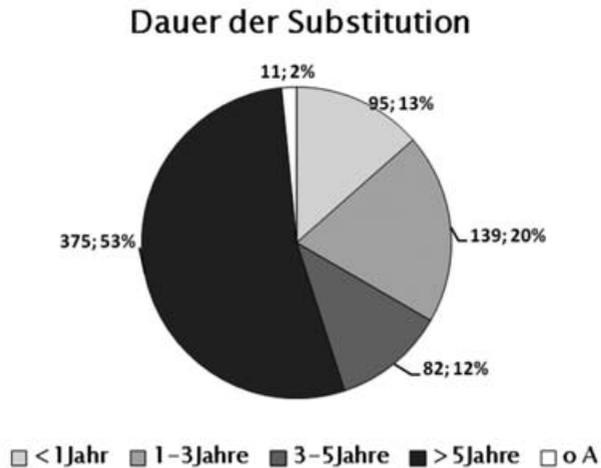
Für uns als Interessenvertretung von Opiatkonsumenten galt es daher einen detaillierten Einblick in das Ausmaß dieser beschriebenen Problembereiche im Praxisalltag zu erhalten.

Geschlecht, Alter und Behandlungsdauer

Insgesamt konnten 702 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

Nimmt man das in vielen Studien beschriebene Geschlechterverhältnis auf offenen Drogenszenen als Grundlage, so nahmen an dieser

Befragung mit 35% (245) überdurchschnittlich viele Frauen teil. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 39,2 Jahre (19-66 Jahre). Mehr als die Hälfte (53%) der TeilnehmerInnen gaben an, dass sie seit mehr als 5 Jahren substituiert werden, während 13% (95) angaben, dass sie sich weniger als 1 Jahr in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden. 135 Teilnehmende (20%) werden 1-3 Jahre und weitere 82 Personen (12%) werden 3-5 Jahre behandelt.



Wohn- und Behandlungsort

Fast $\frac{3}{4}$ (73%) der Teilnehmenden leben in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern (Großstadt). Lediglich $\frac{1}{4}$ der Teilnehmer(24%) leben in einer Kleinstadt bzw. im ländlichen Kontext (4%).

Entsprechend werden 69% der Substituierten in ihrem Wohnort substituiert. Aus der Vor- Ort- Arbeit wissen wir, dass einer wohnort-nahen Substitution eine große Bedeutung zukommt. Allerdings müssen 98 TeilnehmerInnen (14%) Anfahrtswege von mehr als 10 km überwinden. Hiermit verbunden sind zumeist hohe und in der Regel nicht rückerstattbare Fahrtkosten.

Zielsetzung der Behandlung und verordnete Medikamente
Für den JES Bundesverband und der Deutschen AIDS-Hilfe galt es auch einen Einblick in die selbst- oder fremdbestimmten Zielsetzungen der Behandlung und Informationen zum verordneten Substitut zu erhalten. Eine realistische und selbstbestimmte Zielsetzung ist ein wesentlicher Indikator für eine erfolgreiche Substitution und kann auch Kennzeichen für die gute Arzt-Patientenbeziehung sein. Die Ergebnisse machen deutlich, dass über 50% der Befragten für sich selbst eine Abstinenz vom Substitut als Ziel definieren, während 36% der Befragten für sich eine dauerhafte Substitution als Ziel sehen. Erfreulich ist, dass lediglich 20 Substituierte angaben, dass die Abstinenz als fremdbestimmtes Behandlungsziel durch den Arzt festgelegt wurde.

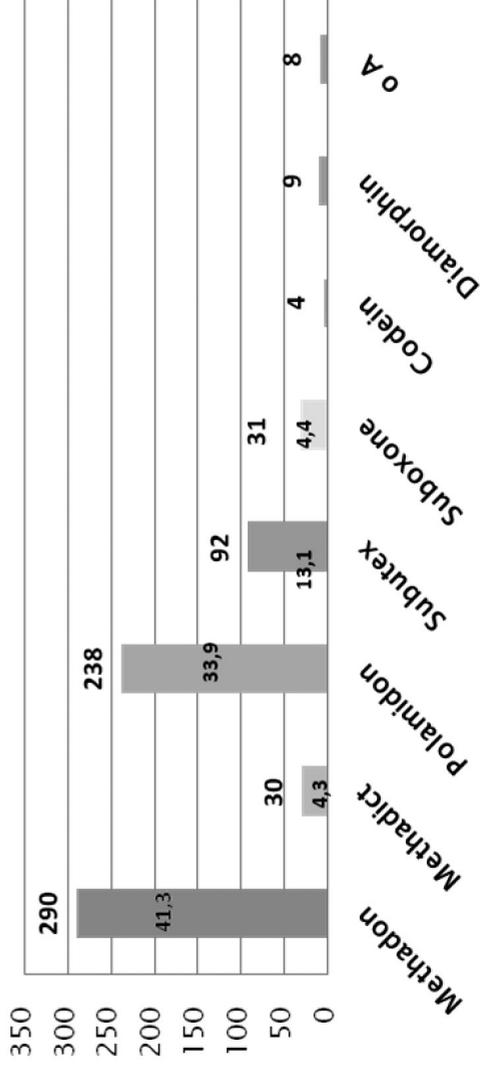
Verordnete Medikamente

Wie zu erwarten, werden etwa $\frac{3}{4}$ der Teilnehmenden mit Methadon (41%) oder Polamidon (34%) behandelt. 17% geben an mit Subutex (13%) oder Suboxone (4%) behandelt zu werden. Die Erhebung machte zudem deutlich, dass die Verordnung von Methadict regional begrenzt ist (*siehe Abb.2*).

Der Wahl des richtigen Medikaments kommt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung zu. Vor dem Hintergrund, dass in Deutschland heute eine breite Palette von Medikamenten zur Substitution zur Verfügung steht, ist das Ergebnis, dass etwa $\frac{1}{4}$ (24%) der Befragten nicht das Medikament der Wahl erhalten, sehr kritisch zu bewerten.

Abb.2

Verordnetes Medikament



Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit stellt einen wesentlichen Faktor für den erfolgreichen Verlauf der Substitutionsbehandlung dar. Aber wie ist es um die Zufriedenheit der Patienten bestellt?

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen bei dieser Frage deutliche Möglichkeiten der Verbesserung. So wird die Zufriedenheit mit den Kontakt zum Arzt mit 6.2 Punkten (von 10) als durchschnittlich beurteilt. Im Hinblick auf die Zufriedenheit der Begleitbehandlung (HIV- und Hepatitistests, Impfungen, körperliche Untersuchungen etc.) zeigt der Durchschnittswert von 5,9 Punkten (max. 10), ebenfalls deutlich Raum für Verbesserungen.

Auch wenn über die Gründe nur Vermutungen angestellt werden können, so berichten viele Patienten, dass die Belange des Einzelnen aufgrund der Größe der Gesamtgruppe mit vielfach 50-150 Patienten zu kurz kommen.

- 71% der Befragten geben an, dass Fehlverhalten (*u.a. Beikonsum, ungebührliches Verhalten*) mit Sanktionen (*keine Vergabe, Dosisreduktion*) bestraft wird. 53% haben selbst bei versäumten Vergabezeiten mit Sanktionen zu rechnen.
- Zufriedenheit: Anzahl der Arztkontakte Ø 6.2 von 10 Punkte.
- Zufriedenheit: Begleitbehandlung Ø 5,9 von 10 Punkte.
- 33 % schätzen Praxisatmosphäre als unfreundlich oder gleichgültig ein.
- Datenschutz genießt keinen hohen Stellenwert (25%).

Umgang wenig motivierend, empathisch und selbstwertsteigernd.

Wunsch nach *wirklicher* „Behandlung“ von Erkrankungen wird nicht erfüllt.

Atmosphäre in der Praxis

Schließlich galt es von den Befragten einen Eindruck zur Gesamtatmosphäre in der Praxis zu erhalten. Zwar schätzen mit 74% fast $\frac{3}{4}$ der TeilnehmerInnen die Praxisatmosphäre als „freundlich“ ein, aber nur 36% bezeichnen die Praxisatmosphäre als „vertrauensvoll“. Das allerdings insgesamt 33% die Atmosphäre als unfreundlich oder gar gleichgültig einschätzen muss nachdenklich stimmen.

Resümee: Eine stärkere Individualisierung ist erforderlich

Eine Gesamteinschätzung der Befragung fällt nicht einfach. Insgesamt kann der Substitutionsbehandlung oder besser dem Arzt/Patientenverhältnis resümierend nur ein sehr durchschnittliches Zeugnis ausgestellt werden. Aber ist Durchschnitt ausreichend wenn es um eine ärztliche Behandlung geht?

Sowohl aus dem Blickwinkel des Arztes als auch von Seiten des Patienten sollte das Bestreben dahingehen eine substantielle Verbesserung der Behandlung von Opiatkonsumenten herbeizuführen.

In vielen Gesprächen mit Patienten wurde deutlich, dass es den Wunsch nach einer stärkeren Individualisierung der Behandlung gibt – und dies in beide Richtungen.

Nach Ansicht der Patienten sollte es Möglichkeiten einer wirklich niedrigschwelligen Substitution geben, die eher klassische Versorgungsaspekte hat. Hiermit würde man auch jenen Patienten die positiven Effekte der Substitution zu teil werden lassen, die aufgrund von Beikonsum und geringer Compliance bereits Behandlungen abgebrochen haben.

Die Individualisierung sollte aber auch jenen Patienten einen Gewinn bringen, die sozialintegriert sind, berufstätig sind und keinerlei Beikonsum haben. Die jetzigen Rahmenbedingungen der Behandlung bieten für diese Patienten nur sehr wenig Gewinnbringendes. So gilt es für diese Patienten neben einer Flexibilisierung der Öffnungszeiten auch eine längere Take Home Dosierung zu realisieren.

► Niedrigschwellige Substitution: anforderungsarm, langfristig /lebenslang, wenige Dosisänderungen.

► Flexible Take Home Regelungen und Öffnungszeiten der Praxis für berufstätige, stabile Patienten.

Da die Effekte der psychosozialen Betreuung eher durchschnittlich beurteilt werden liegt u.a. darin begründet, dass viele Patienten eine wirkliche Kooperation zwischen Arzt- PSB und Patienten vermissen. Der fehlende Austausch zwischen Arzt und PSB gereicht den Patienten oftmals zum, Nachteil. Fehlende Zielvereinbarungen, die von alle 3 Akteuren getragen werden, sowie eine zeitlich begrenzte psychosoziale

Betreuung könnten dazu beitragen den Patienten wirklich ernst zu nehmen und Ressourcen zu schonen.

Die Gesamtergebnisse der Befragung sind in der Ausgabe 2./2012 des DROGENKURIER zu finden: www.ies-bundesverband.de/drogenkurier



Substitution und Recht

Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen!

Hans-Günter Meyer-Thompson, Hamburg

Guten Morgen!

Wer von Ihnen hat die BtmVV schon einmal von vorn bis hinten durchgelesen, insbesondere den Paragraphen 5?

Das ist keine erbauliche Lektüre - vielmehr findet sich ein Sammel-surium von praxisfremden Vorschriften!

Immer mal wieder erweitert um Indikationen und zusätzliche Buchstaben auf dem Rezept,

zu lesen ist eine völlig unpassende Mischung aus formalen Vorschriften und medizinischen Inhalten, hochgehalten wird ein veraltetes Therapieziel, es wird mit Strafen gedroht, die völlig unangemessen sind, Misstrauen und Kontrollbedürfnis lauern an allen Ecken und Enden, und es schimmert ein untergründig negatives Verständnis von Substitution durch, das von den vormaligen Gegnern der Substitution da noch reinformuliert wurde, als angesichts der Ausbreitung des AIDS-Virus und eines höchstrichterlichen Beschlusses diese Behandlung Anfang der 1990er Jahre nicht mehr zu verhindern war - kurz: Ein unglaublicher Schrott hat sich da über zwei Jahrzehnte angesammelt in Sachen Substitutionsrecht, der wiederum Grundlage ist für Verfahren gegen Ärzte, aktuell in Niederbayern und im Allgäu, zuvor auch in anderen Bundesländern, jederzeit und überall drohend.

Es sind nicht die Substitutionsärzte zwischen Ostsee und Alpen, die besondere kriminelle Energie aufweisen (in keinem anderen Land mit entwickelter Substitutionsbehandlung stehen so viele Ärzte vor Gericht wie in Deutschland) - es ist das Substitutionsrecht selbst, das Ärzte zu "Dealern in Weiß" macht.

Was sind die Kernpunkte der Kritik, was muss geändert werden?

Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2012 mit drei Beschlüssen die Bundesärztekammer beauftragt, Abhilfe zu schaffen, da es einer „deutlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen für substituierende Ärzte“ bedürfe, „um die medizinische Versorgung Opiatabhängiger mittel- und langfristig sicherzustellen“.

1. „So entspricht das in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) festgeschriebene Abstinenzparadigma (§ 5 Abs. 1, Nr. 1 BtMVV) nicht mehr den internationalen Behandlungsstandards, die die Opiatabhängigkeit als chronische Erkrankung einstufen.“

2. „Die Strafandrohungen des § 29 Abs. 1 Nr. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) für die Überlassung eines Betäubungsmittels (bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe) sind sowohl für die palliativmedizinische Versorgung als auch die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger zu revidieren.“

3. „Um die Versorgung der Betroffenen in ländlichen Gebieten an Wochenenden und Feiertagen sicherzustellen, muss anstelle der rechtlich hierfür vorgesehenen Verordnung des Substituts durch den Arzt und der anschließenden Einlösung des Rezeptes durch den Patienten in der Apotheke auch eine Mitgabe durch den behandelnden Arzt ermöglicht werden. Dazu bedarf es entsprechender Anpassungen des BtMG und der BtMVV.“

Ein vierter Beschluss bezieht sich auf den EBM und fordert eine angemessene Vergütung, um die Arbeit überhaupt leisten zu können, die nach den Richtlinien und der BtMVV vorgeschrieben ist.

Die DGS hat sich diesen Beschlüssen des Ärztetags angeschlossen und darüber hinaus nach einer mitgliederweit geführten Diskussion Punkt für Punkt weitere Änderungen vorgeschlagen. So fordern wir vor allem, den ärztlich zu verantwortenden Teil der Substitution aus der BtMVV rauszunehmen – Behandlungsindikationen beispielsweise - und dafür die Richtlinien der Bundesärztekammer von 2010 zum Maßstab zu erklären:

Bereits die Vorläufer-Richtlinien von 2002 waren ja weitaus besser als ihr Ruf, immerhin so gut, dass sie der WHO als eine Blaupause für deren internationale Empfehlungen dienten. Und mit der Formulierung, dass ein neben der Substitutionsbehandlung vorhandener Konsum von anderen Substanzen nur dann zur Beendigung der Behandlung führen kann, wenn eben diese Substitution gefährdet ist, (und darüber hat der behandelnde Arzt zu entscheiden, nicht ein Jurist!) fehlen den Staatsanwaltschaften und Gerichten eigentlich die Grundlagen für Urteile wie die jüngsten in Bayern.

Einige Beispiele aus dem Änderungskatalog der DGS:

Bei Patienten in stabiler Behandlung ist eine wöchentliche Konsultation nicht immer notwendig. Überdies werden pro Quartal lediglich vier Konsultationen honoriert.

Aushändigung von Rezepten an Patienten mit „Sichtbezug“ soll ermöglicht werden.

Die Vergabe über Pflegedienste, in Heimen und in Rehabilitationseinrichtungen muss erleichtert werden.

Die Kontrolle von Substitutionsmitteln in Apotheken obliegt den Apothekerkammern und den Gesundheitsämtern, nicht den substituierenden Ärzten.

Die Rezeptgültigkeit/Verordnungsdauer bei langjährigen und stabilen Patienten auf 2-4 Wochen, evtl. mit jew. Aushändigung von nur einer Wochendosis. Dass 65jährige Großeltern nach 25 Jahren Substitutionsbehandlung jede Woche in die Praxis dackeln müssen, um ihr Rezept abzuholen, ist ein Unding.

Die Regelung für Urlaube im Inland muss geändert werden. Wir dürfen Patienten für Reisen ins Ausland in die hintersten Winkel der Welt mit Medikamenten für 4 Wochen ausstatten - eine Kanutour über die Mecklenburgische Seenplatte darf nur eine Woche dauern, oder die Patienten müssen sich in entsprechenden Abständen vor Ort jeweils Ärzte suchen.

Zugelassen werden sollten auch Diamorphin-Tabletten (Diamorphin = Diacetylmorphin = DAM = "Heroin") sowie Morphin-Tabletten in retardierter Form. Wenn die Hersteller keine Anträge auf Zulassung stellen, dann muss auf politischer Ebene geprüft werden, ob diese

Darreichungsformen von Substitutionsmitteln auf andere Weise zugelassen werden können. Es kann nicht angehen, dass hierzulande Heroin weiter gespritzt werden muss in den Ambulanzen, wenn in der Schweiz die weniger schädlichen Heroin-tabletten mittlerweile sogar für zwei Tage mitgegeben werden dürfen.

Schließlich: Die in der BtMVV aufgeführten Ordnungswidrigkeiten gehören allesamt auf den Prüfstand, um der Ärzteschaft (und auch der Justiz) Sicherheit zu verschaffen, was erlaubt ist und was nicht.

Das grundlegende Übel besteht ja darin, dass verfolgungswütige Ermittlungsbehörden Anklagen vorlegen können, die sich unter dem Strich zu einer Kette von hunderten von Vergehen summieren, obwohl die Kolleginnen und Kollegen nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und nach Guter Medizinischer Praxis sich nichts zuschulden kommen ließen.

Deshalb führt kein Weg an einer Änderung des Substitutionsrechts vorbei. Und dies ist keine Außenseitermeinung: Im Deutschen Ärzteblatt hieß es Ende November in einem Artikel von Petra Bühring zum Substitutionsrecht unter der Überschrift "Keine Angst vor Strafe": "Ärzte dürfen grundsätzlich nicht kriminalisiert werden."

Soweit das Blitzlicht, es folgt der Donner:

Umso unverständlicher ist, dass das Gesundheitsministerium von sich aus nichts getan hat, diesem Missstand ein Ende zu bereiten: Weder wurden die Richtlinien der Bundesärztekammer von 2010 zum Anlass genommen, die BtMVV auf den Prüfstand zu stellen; noch wurden 2011 die Hinweise aus den Ergebnissen der PREMOS-Studie aufgegriffen, dass der rechtliche Rahmen neu angepasst werden könnte; und schließlich wurden die Beschlüsse des Ärztetages nicht sicht- und hörbar aufgegriffen und die Änderungsvorschläge der DGS ebenfalls nicht. Nebulös heißt es aus dem BMG, dass "die in verschiedenen Schreiben vorgebrachten Anregungen zum Substitutionsrecht hier aufmerksamen Eingang in die weiteren Bewertungen erhalten haben".

Na super!

Was sich hinter diesen „weiteren Bewertungen“ verbirgt, lässt sich nur ahnen: Dass sich die Suchtferentinnen und –referenten der Bundes-

länder mit dem Thema beschäftigen, dass die Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder bei den Ärztekammern anfragen, was geändert werden soll, dass gerüchteweise Anfang 2013 Expertenrunden in Berlin zusammenkommen sollen – das ist alles schön und gut. Sichtbar ist bislang nur der Vorschlag aus dem BMG, das Substitutionsregister aufzublähen.

Wir brauchen ein Zeichen:

Die substituierende Ärzteschaft will wissen, was das Bundesgesundheitsministerium zu tun gedenkt. Und wann endlich.

Fachkunde/Weiterbildung von ÄrztInnen, ArzthelferInnen, PsychologInnen, Pflegepersonal, ApothekerInnen und SozialarbeiterInnen

Dr. Theo Wessel, Berlin

Es existieren keine einheitlichen Bildungstraditionen in der Suchthilfe (unterschiedliche Ausbildungsstrukturen, berufspolitische Interessensvertretungen, Erstqualifikation reicht nicht aus).

Es gibt Kompetenzdefizite, z.B.

► Studie Charité (Raupach, Krampe 2012) mit 20.000 Medizinstudenten an 27 Medizinfakultäten: nur wenig Kompetenzen zur Erkennung und Therapie von Suchterkrankungen.

► Versorgungsforschung (Bühringer 2010): 12.000 Psych. Psychotherapeuten und 6.500 ärztliche Psychotherapeuten erreichen 300.000 Patienten, davon 4.500 mit Alkoholdiagnosen (1,5%).

► Mutiprofessionalität (Bio-Psycho-Sozial) im Gesamtbehandlungsprozess.

► Schnittstellenmanagement;

► Frühere und intensivere Erreichbarkeit der Zielgruppen als Herausforderung.

Verstärkte Berücksichtigung substanzbezogener Störungen in der Aus- und Fortbildung der verschiedenen in der Suchtkrankenversorgung tätigen Berufsgruppen (Praxis und Theorie).

Zusatz-Weiterbildung "Suchtmedizinische Grundversorgung,, Rahmenkonzept/Kursbuch der Bundesärztekammer (2003, 2010)

Die Zusatz-Weiterbildung "Suchtmedizinische Grundversorgung" umfasst alle Suchterkrankungen und stellt somit ein integratives Konzept für den Bereich legaler wie illegaler Drogen dar. Sie ist die Voraussetzung zur Durchführung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gemäß Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), den Richtlinien der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Erwerb setzt die Teilnahme an einem Kurs von

50 Stunden auf der Basis des entsprechenden Kursbuches der Bundesärztekammer voraus.

Baustein I Grundlagen:

10 (Std.) Grundlagen 1: Aufgaben der Sozialversicherungen und Sozialhilfeträger in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter, Aufgaben und Arbeitsweisen des Suchthilfesystems, Grundlagen 2: Kultur und Sucht, Bedingungsfaktoren der Suchtentstehung, Epidemiologie, Diagnostik, Behandlungsmotivation, Behandlungsziele.

Baustein II – Alkohol und Tabak:

(8 Std.) Früherkennung, Diagnostik, Entzugssyndrome, Folge- und Begleitprobleme, Anticraving, Rückfallprophylaxe.

Baustein III – Medikamente:

(4 Std.) Pharmakologie, Verschreibungspraxis, Diagnostik, Entzugssyndrom.

Baustein IV – Illegale Drogen:

(8 Std.) Pharmakologie der illegalen Drogen, Substitutionsmedikamente und Opiatantagonisten, Beikonsum und Drogenscreening, Polytoxikomanie, körperliche und psychosoziale Begleitprobleme des Konsums, Entzugssymptome, abstinenzorientierte und substitutionsgestützte Behandlung;

Wahlthema (Substitution mit Diamorphin oder Vertiefung bezogen auf Baustein II, III oder IV) (6 Std.).

Baustein V – Motivierende Gesprächsführung, Praktische Umsetzung (14 Std.)

Für die Substitution mit *Diamorphin* bedarf es einer zusätzlichen Qualifikation im Umfang von 6 Stunden, die über eigens von den *Landesärztekammern* angebotene Fortbildungsveranstaltungen erworben werden kann oder integriert im Rahmen der 50-Stunden Zusatz-Weiterbildung angeboten wird.

In ihr werden folgende Themen vermittelt:

- Pharmakologie des Diamorphins (DAM);
- Ergebnisse der Evaluationsstudie zu den Modellprojekten „Heroin-gestützte Behandlung Opiatabhängiger“;

Besonderheiten der Substitution mit DAM auf Grundlage des BtMVV, der Richtlinien der BÄK und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung;

- Besonderheiten des Beigebrauchs bei einer Substitution mit DAM;
- Besonderheiten in der Patientenaufklärung und Dokumentation;
- Notfälle in der Substitution;
- Begleitende Hilfen;
- Erfordernisse an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin.

Aufbau des Weiterbildungscurriculums Suchtpsychologie/-psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie mit 4 Basis-Modulen in 50 Stunden (2002)

Basis-Modul I: Grundlagen

Kulturgeschichte des Gebrauchs von Suchtmitteln;

Menschenbilder über Suchtmittelkonsumenten;

Diagnosekriterien (ICD-10, DSM-IV);

Psychologische Differentialdiagnostik;

Epidemiologie von riskantem Gebrauch und substanzbezogenen Störungen:

Legale und illegale Substanzen,

Geschlechteraspekt,

Altersgruppenaspekt,

Prävalenz von problematischem Suchtmittelkonsum in psychosozialen Handlungsfeldern.

Ätiologische Faktoren (bio-psycho-soziale Bedingungen/Theorien);

Verlaufsmuster,

Phasenbezogenes Veränderungsmodell, inklusive Ambivalenz-Dynamik, Bedeutung der Familie und des sozialen Umfeldes,

Ethik und Präventionsziele/Therapieziele,

Nichtsubstanzgebundene Suchtstörungen,

Die Versorgungssysteme für Menschen mit substanzbezogenen Störungen,

Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention,

Suchtkrankenhilfesystem (inkl. Selbsthilfegruppen und betriebliche Suchtkrankenhilfe, medizinisches Hilfesystem,

Komplementäre Hilfen.

Rechtliche Grundlagen.

Aufgaben der Leistungsträger und Leistungserbringung.

Auswirkungen der Zuständigkeit verschiedener Leistungsträger auf die Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen.

Unterschiede im Aufgabenspektrum von Suchtmedizin und Suchtpsychologie,

Belastungen durch Suchtarbeit und deren Bewältigung.

Aufbau des Weiterbildungscurriculums Suchtpsychologie/-psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie mit 4 Basis-Modulen (50 Stunden)

- Basis-Modul II: Alkohol (Allgemeine Grundlagen, Screening und Diagnostik, Intervention);
- Basis-Modul II: Medikamente (s.o.);
- Basis-Modul II: Tabak (s.o.);
- Basis-Modul II: Illegale Drogen (s.o.);
- Basis-Modul III: Motivierende Gesprächsführung (10 Stunden);
- Basis-Modul IV: Rückfallprävention (10 Stunden).

Curriculares Fortbildungsangebot „Suchtbehandlung“
(20.12.2006)

Die Akademie Sucht in Hamburg hat gemeinsam mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg, dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung des UKE (ZIS) und der Suchtambulanz der Asklepios Klinik Nord ein neues curriculares Fortbildungsangebot „*Suchtbehandlung“ für Psychologische Psychotherapeuten/innen*“ entwickelt, das im Frühjahr 2007 beginnen wird. Ziel der Fortbildung ist die Vertiefung von Kenntnissen sowie der Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der Suchtbehandlung, welche sich an der sog. „Fachkunde Sucht“ orientieren. Die Lehr- und Lerninhalte werden an 12 Terminen, davon drei Samstage, sieben Abendveranstaltungen und zwei Praxis-

tagen vermittelt. Das aktuelle Programm ist zu finden unter <http://curriculum-sucht.blogspot.com/index.html> .

- Fortbildungskurse „Suchtmedizin“ für Arzthelferinnen/Medizinische
- Fachangestellte (LÄK, z.B. Sachsen-Anhalt).
- Fachkunde Suchtpharmazie der LAK Baden-Württemberg (Apotheker).
- Fachpflegeausbildung Psychiatrie.
- Sozialpsychiatrische Zusatzausbildungen DGSP, AgpR.
- WfbM Fachkräfte: Suchtmodul in der Ausbildung (GVS,BeB, BAG WfbM).
- Sozialtherapie Sucht (Gruppen- und Einzeltherapeuten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (GVS und 15 weitere von der DRV-Bund/ehemals VDR anerkannte berufsbegleitende Weiterbildungsgänge): Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, -pädagogen.
- Fachkunde Soziale Suchtarbeit (Zertifizierungskurs KatHo Köln) u.a. Masterstudiengänge Sucht mit integrierter suchttherapeutischer Zusatzausbildung (KatHo Köln in Köln, München und Berlin).

Schnittstellen qualifizieren:

- Sucht im Alter (8 durch das BMG geförderte Projekte Altenhilfe-Suchthilfe);
- *Jugend Sucht Hilfe* und *Jugend Sucht Hilfe* (Landschaftsverband Westfalen-Lippe mit Landsjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht LWL);
- Freiwillige Mitarbeit in der Suchthilfe – nach GVS Standards (Selbsthilfegruppen, Betrieb).

Fachkraft PSB Substitution, z.B. Motivational Case Management (Schmid, Schu, Vogt 2012) und/oder Community Reinforcement Approach (CRA) (Verein für gemeindeorientierte Psychotherapie, Bielefeld).

Neue Optionen in der HCV Behandlung: Was bedeutet das für substituierte Patienten?

PD Dr. Markus Backmund

Praxiszentrum im Tal, LMU München; 1. Vorsitzender der DGS

Hepatitis C und IDUs

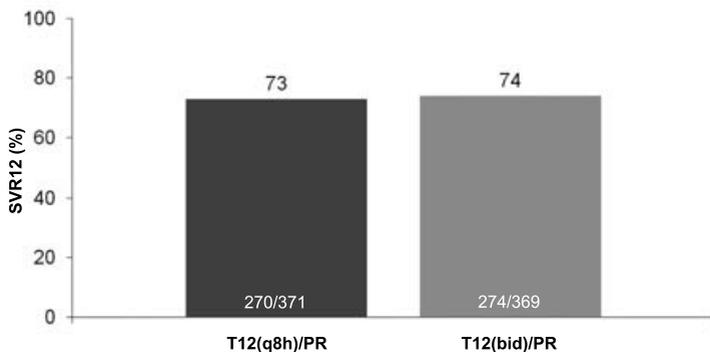
Nach Überwindung der Diskriminierung... nun die Frage, ob die komplizierte Tripletherapie funktioniert.

Herausforderungen durch die Tripletherapie:

- Koppelung der drei Medikamente an Substitutionsmittelgabe nicht möglich;
- Essen zur Einnahme kostet Geld;
- Nebenwirkungen;

Confidential: Data embargoed until after presentation at AASLD

Primary endpoint: SVR12



- T12(bid)/PR was non-inferior to T12(q8h)/PR for SVR12
 - Difference (95% CI): 1.5% (-4.9%, 12%)

Full analysis population

Erste Ergebnisse PIT

	Boceprevir	Telaprevir	Beide
Weiblich	3 (37,5%)	2 (16,7%)	5 (25%)
Genotyp 1b	1 (12,5%)	3 (25%)	4 (20%)
Infektionsweg i.v.	8 (100%)	12 (100%)	20 (100%)
Substitutionsbeh.	4 (50%)	8 (66,7%)	12 (60%)
Viruslast < 800000	4 (50%)	6 (50%)	10 (50%)
Woche 4 / 8 negativ	4 (50%)	4 (20%)	8 (40%)
Woche 4 / 8 < 15	2 (25%)	5 (41,7%)	7 (35%)
Wo 4 neg. oder < 15	6 (75%)	9 (75%)	15 (75%)
Wo 12 (5 erst Wo 8)	3 (37,5%; 6:75%)	9 (75%;11:91,7%)	12 (60%;17:85%)
Abbruch	2 (25%)	1 (8,33%)	3 (15%)
Wo 24 / 28 negativ	3 (37,5%)	9 (75%)	12 (60%)

Voraussetzung für Diagnostik und Therapie somatischer und psychischer Erkrankung ist die bei Opiatabhängigkeit als Therapieoption erster Wahl anerkannte Substitutionsbehandlung - ...doch diese ist gefährdet.

BtMG und BtMVV müssen geändert werden:

Das Abstinenzparadigma entspricht nicht mehr dem wissenschaftlichen Standard.

Die Strafandrohung für die Überlassung eines Betäubungsmittels sind für palliativmedizinische Versorgung und substituionsgestützter Behandlung Opiatabhängiger zu revidieren.

Evidenced based Medicine

Opiat-Abhängigkeit ist eine chronische, oft tödliche Krankheit - kein moralischer oder selbstverschuldeter Defekt.

Opioid-Substitutions-Therapie (OST) ist ein Menschenrecht - Grundrecht auf bestmöglichen Gesundheitszustand.

OST ist Goldstandard - Evidenzbasierte, sehr effektive Behandlungsmethode.

Die Substitutionsbehandlung ist effektiv und erfolgreich wie fast keine andere Therapie:

- Verbesserung Lebensqualität
- Demenz: „kein Durchbruch in Prävention und Therapie“ (BMFSFJ),
- Diabetes: wesentliche Verbesserung möglich,
- MS: keine dauerhafte Verbesserung möglich.

- Opiatabhängigkeit
- Schnelle und dauerhafte Verbesserung möglich, in wenigen Fällen sogar Heilung (Abstinenz).

«Eine analog wirksame somatisch-medizinische Behandlung würde das Prädikat SEHR GUT erhalten»



7 Foren →

PSB – Schwerpunkt: Arbeits- und Beschäftigungsprogramme

Max Bitterli, Betriebsleiter Zentrum Ambulante Suchtbehandlung des Contact Netz

Substitution und Arbeit – ein Beispiel aus der Schweiz

Substitution und die darin integrierte psychosoziale Betreuung und Arbeit sind in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen in der Schweiz seit 20 Jahren untrennbar miteinander verbunden und voneinander abhängig.

Beispiel Bern

In der Stadt Bern führt die Stiftung Contact Netz im ZAS (Zentrum für ambulante Suchtbehandlung) Substitutionprogramme (Methadon, Subutex und Sevre Long) für 270 PatientInnen zusätzlich werden 180 PatientInnen in der kontrollierten Drogenabgabe KODA 1 mit Heroin substituiert.

Das heisst wir können von 450 PatientInnen ausgehen deren Konsumproblem mehr oder weniger gelöst ist und die eine intensive psychosoziale Betreuung erhalten. Zusätzlich zu diesen Programmen erhalten in der Stadt Bern 650 PatientInnen ihr Methadon via Hausarzt. Die Mehrzahl dieser PatientInnen werden nicht psychosozial betreut. Die Alternative zur täglichen Stoff- und Geldbeschaffung heisst Arbeit und Tagesstruktur. Aus diesem Grund werden die PatientInnen der Substitutionsbehandlungen aktiv an und in Arbeit hineingeführt.

Die 1100 PatientInnen der Stadt Bern teilen sich in Bezug auf Arbeit wie folgt auf:

26% arbeiten regelmässig in der Privatwirtschaft (Vollzeit und Teilzeit)

37% arbeiten in Arbeits- und Beschäftigungsangeboten für Menschen mit Suchtproblemen

5 % sind in einer Ausbildung oder als Hausfrau/Hausmann tätig.

32 % Anderes (keine regelmässige Beschäftigung)

Die Arbeits- und Beschäftigungsangebote in der Stadt Bern sind darauf ausgerichtet den suchtmittelabhängigen KlientInnen, wovon 90% in

einem Substitutionsprogramm sind, realistische Arbeitsbedingungen zu bieten. Dies äussert sich darin, dass sämtliche Produkte (Möbel, Textilien, Lebensmittel) und Dienstleistungen (Bau- und Gartenarbeiten, Recycling) auf dem freien Markt angeboten und verkauft werden. Die KlientInnen erhalten einen Lohn der ihrer Arbeitsleistung entspricht und zwischen 5 Euro und 12 Euro pro Stunde liegt. Diese Löhne werden wie der Materialaufwand durch die erzielten Preise auf dem freien Markt erwirtschaftet. Finanziert durch den Staat ist die Betreuung der KlientInnen am Arbeitsplatz.

Wechselwirkung Substitutionsprogramme Arbeitsangebote

Wie eingangs erwähnt sind Substitutionsprogramme und Arbeitsangebote eng miteinander verbunden und unterliegen einer intensiven Wechselwirkung. Das Substitutionsprogramm als stoffgebundenes Suchttherapie mit der integrierten psychosozialen Betreuung in welcher Sozialarbeit und therapeutische Ansätze miteinander verbunden werden, sind angewiesen auf Informationen aus den lebenspraktisch orientierten Angeboten, wie Wohnen und eben Arbeit.

Aufgrund der gemachten Erfahrungen in der Schweiz Kommen wir zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Die Wirkung der Substitutionsbehandlungen wird mit der gleichzeitigen Integration von lebenspraktischen Angeboten wie Arbeit und Wohnen verbessert.
- Durch eine gute Substitutionsbehandlung (Substitutionsdosis, Abgabemodalitäten, Mitgaben etc.) können PatientInnen für eine Tagesstruktur motiviert und in Arbeitsprozesse integriert und eingebunden werden.
- Die Vernetzung und der Informationsaustausch zwischen den Fachleuten der Substitution und den Fachleuten der Arbeitsangebote ist von zentraler Bedeutung. So liefern die Fachleute der Arbeitsangebote wichtige Information in den Bereichen Sozial- und Arbeitskompetenz welche in der psychosozialen Beratung der Substitutionsbehandlung eingebaut werden. Umgekehrt erhalten die

Arbeitsangebote Informationen über Beratungsprozesse in der Substitutionsbehandlung, psychiatrische Diagnosen und Umstellung von Medikamenten bei den Patienten.

- Das Ziel der Arbeitsangebote ist nicht mehr die Integration in den ersten Arbeitsmarkt, sondern sorgt als Teil einer ambulanten Suchttherapie für Beschäftigung und Tagesstruktur bei Menschen mit Suchtmittelproblemen.

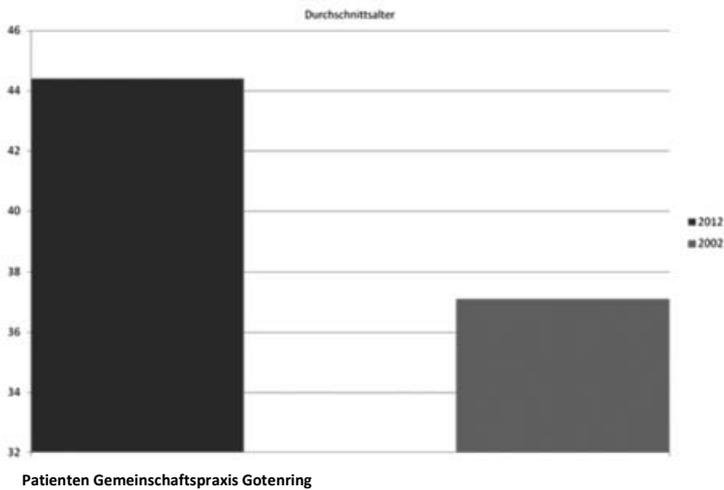
Das Forum benannte fünf Forderungen/Vorschläge für eine Verbesserung der Qualität in der Substitutionsbehandlung

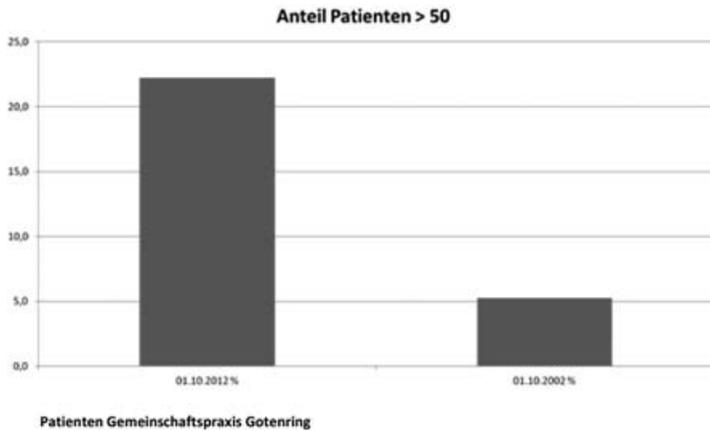
- 1) PSB hat die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zum Ziel.
- 2) Tagesstrukturierende Angebote auch für substituierte Menschen müssen geschaffen oder ausgebaut werden.
- 3) Die Kooperation von PSB und Arbeitsangeboten muss gewährleistet sein.
- 4) Arbeitsangebote müssen in ihrer Dauer an den individuellen Bedarf angepasst werden.
- 5) Die Behandlungskonzept muss mit Arbeit vereinbar sein (Vergabezeiten und Vergabemodalitäten, bedarfsgerechte Dosierung).

Substitution 50+ - Was brauchen ältere SubstitutionspatientInnen und wie kann ihre Versorgung sichergestellt werden?

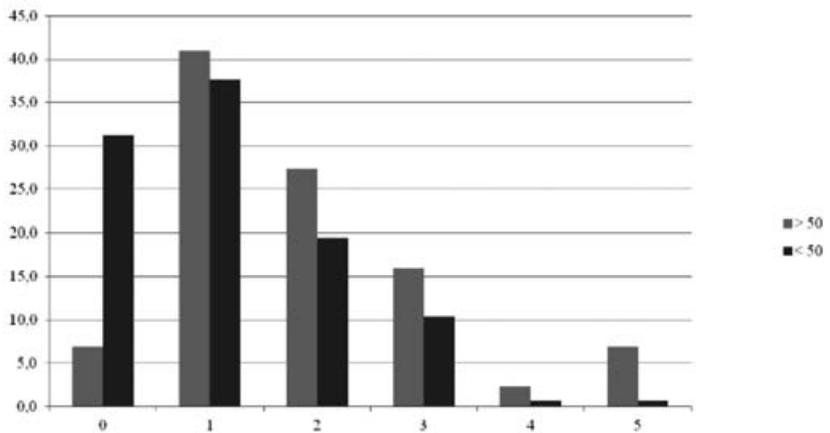
Dr. Konrad Isernhagen, Köln,
Georg Preitler, Sucht- und Drogenkoordination Wien

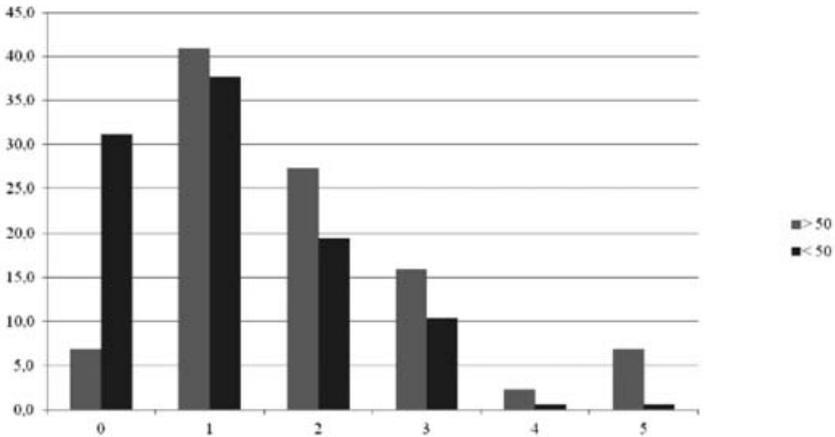
Vortrag Dr. Konrad Isernhagen



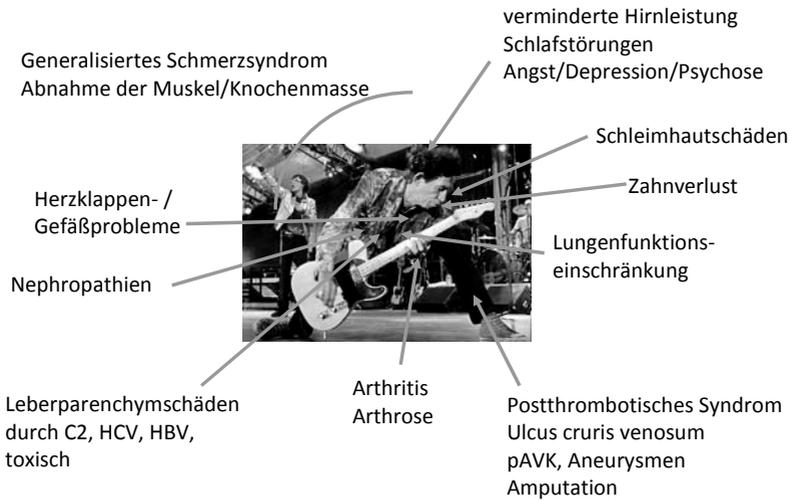


Anzahl der Dauerdiagnosen





Der alternde Suchtpatient





Strategien in Wien – Bericht aus der AG Ältere Suchtkranke Georg Preitler

Das mittlerweile steigende Alter zahlreicher Suchtkranke ist durchaus als Erfolg diverser psychosozialer und medizinischer Maßnahmen in der Beratung, Behandlung und Betreuung von Suchtkranken zu sehen. Dennoch sind wegen der Folgen des Konsums, aber auch aufgrund der vielfach ungesunden Lebensweise, viele der älteren Suchtkranken multimorbid, desintegriert und unter Umständen auch auf Pflege und Betreuung angewiesen. Daraus ergab sich in den letzten Jahren eine neue Herausforderung für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk, aber auch für die Pflege und andere Bereiche des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems.

Um sich dieser Herausforderung zu stellen, wurde 2011 die Arbeitsgruppe „Ältere Suchtkranke“ installiert, in der nahezu der gesamte Wiener Gesundheits- und Sozialbereich vertreten ist.

Das Ziel der Arbeitsgruppe ist bzw. war..

...eine *gemeinsame Wissensbasis* über die Größe der Zielgruppe, die Lebensumstände und die Gesundheitssituation von älteren DrogenkonsumentInnen und Substituierten sowie ihre Behandlungs- und Versorgungsbedürfnisse zu erarbeiten. Aufgrund der festgestellten Problemlagen und Bedarfe sollen *Richtlinien, Empfehlungen, Vereinbarungen, Kooperationen und Modelle* für die Praxis entwickelt werden.

Ältere Suchtkranke wurden von der Arbeitsgruppe folgendermaßen definiert:

Menschen über 40 und/oder mit einer langjährigen Suchtgeschichte (illegale Substanzen und/oder Substitution), deren Situation durch soziale Desintegration gekennzeichnet ist, die meist auch physisch und/oder psychisch belastet sind und daher einen Unterstützungs- bzw. Betreuungsbedarf haben.

Mit den in der Arbeitsgruppe bzw. in den Unterarbeitsgruppen erarbeiteten Ergebnissen soll eine möglichst weitgehende *Integration der Zielgruppe in bestehende Angebote* des Gesundheits- und Sozialsystems erreicht werden (z.B.: Spezialfallbearbeitung / Clearing, standardisiertes Zuweisungsformular älterer Suchtkranker an die Beratungszentren Pflege und Betreuung, Liste mit den wichtigsten Telefonnummern in Bezug auf ältere Suchtkranke, Brief an Ausbildungsstätten für Pflege und Betreuung mit Bildungsangeboten des SDHN, Fortbildung für MitarbeiterInnen des SDHN zum Thema Sucht und Pflege, Grobkonzept -suchtspezifische medizinische und psychosoziale Versorgung nicht-mobiler älterer Suchtkranker).

Neben der AG „Ältere Suchtkranke“ wurde in einer eigenen Arbeitsgruppe, vom Dachverband Wr. Sozialeinrichtung in Kooperation mit der Sucht- und Drogenhilfe und den zuständigen Magistratsabteilungen das Qualitätshandbuch Sucht und Pflege ambulant erstellt.

Darüber hinaus hat das Fachberatungsangebot des Liaisondienstes Konnex der SDW eine wesentliche Rolle im Sinne einer integrativen Suchtpolitik, wie davor schon im Wohnungslosenbereich, auch im Bereich der Pflege und Betreuung übernommen.

Mit einer Schwerpunktsetzung auf Tagesstruktur wird die AG „Ältere Suchtkranke“ fortgesetzt. Darüberhinaus werden auch 2013 v.a. im Bereich Schulung, Fortbildung und Fachberatung weiter intensiviert Angebote gesetzt.

Weiters wird die Kooperation zwischen Dachverband Wr. Sozialeinrichtungen, der Sucht- und Drogenhilfe und den zuständigen Magistratsabteilungen zur Erstellung eines Qualitätshandbuches Sucht und Pflege stationär fortgesetzt.

Protokoll des Forums

In Anbetracht der Tatsache, dass das Durchschnittsalter von Substituierten ansteigt und durch mögliche chronische Entzündungen das biologische Alter erheblich höher ist, stellt sich die Frage nach einer angemessenen Versorgung. Ein weiterer wichtiger Grund dafür, die Situation älterer Substituierter zu thematisieren ist eine wahrscheinlich auftretende Multimorbidität. Als zu besprechende Überpunkte sollen „Therapie bei chronischen Erkrankungen“, „Versorgung bei Pflegebedürftigkeit“ und „Sterbebegleitung“ die Diskussion anregen.

Georg Preitler unterrichtet die Anwesenden über die integrativen Strategien in Wien. Diese werden in koordinierter Zusammenarbeit, gegenseitiger Beratung, Unterstützung und Schulungen umgesetzt. Er berichtet von Pflegeeinrichtungen in Wien, die für Pflegebedürftig über 40 Jahre vorgesehen sind, um deren sozialer Desintegration entgegen zu wirken und ihnen ein selbstständiges, selbstbestimmtes, beschwerdefreies, würdevolles Leben zu ermöglichen.

Den Anwesenden erscheinen die Behandlungsmöglichkeiten in Wien flexibler als die, mit denen sie selbst in Deutschland Erfahrungen gesammelt haben. Bei einer ambulanten Versorgung durch den Pflegedienst und die ambulante Betreuung, deren Zeit nur begrenzt und lediglich auf die Versorgung ausgelegt sind, kann es durch die fehlende Integration zu Vereinsamung kommen.

Im Falle einer Substitutionsbehandlung wird der Patient durch geschultes Pflegepersonal substituiert. Eine ambulante Betreuung durch den Arzt bedeutet einen hohen zeitlichen und damit finanziellen

Aufwand. Hinzu kommt bei manchen Patienten der Wunsch nach sozialer Integration. Durch die Suchterkrankung leiden die Patienten unter einer Stigmatisierung, die ihnen die Aufnahme in ein reguläres Altenheim erschwert.

In Wien existiert für die Koordination im sozialen Netzwerk zwischen Wohnungslosenhilfe, Drogenhilfe und Pflege Konnex als Liaisondienst der Sucht- und Drogenkoordination, der auch bei der Einhaltung des Datenschutzes unterstützt.

Für eine stationäre Unterbringung ist bei den Patienten eine Pflegestufe erforderlich. Die Anwesenden formulieren gemeinsam als Forderungen, dass eine Suchterkrankung mit deren Folgeerkrankungen als Kriterium für die Pflegestufe zählen sollten, dass vergleichbar zu Demenzerkrankungen ein erhöhter Kommunikationsaufwand berücksichtigt werden sollte und dass der Wegaufwand als Mehraufwand für den Pflegedienst finanziert werden sollte.

Bei der Überlegung ob die Unterbringung von Substituierten in Einrichtungen mit umfassender Pflegebetreuung wie in Wien integrativ oder spezialisiert adäquater ist, gibt es unterschiedliche Haltungen. Einerseits wird die Integration als Mittel gegen Isolation und soziale Vereinsamung als unbedingt nötig angesehen. Andere dagegen empfinden eine Integration in ein Altersheim nach 30 Jahren als viel zu spät und in der Praxis schwer umsetzbar. Eine Kategorisierung sollte durch eine Unterscheidung der Bedürfnisse der Klienten erfolgen. Die Forderung nach einer erhöhten Autonomie des Patienten wird formuliert, demnach soll der Klient, wenn er will, möglichst lange im betreuten Wohnen bleiben können.

Angesichts des enormen bürokratischen Aufwands bei einer stationären Unterbringungen sollten einerseits die Strukturen vereinfacht und transparent gemacht werden, andererseits sollten Sozialarbeiter, Berater und auch das Personal der Pflegeberatungsstellen für die Sonderfälle der Unterbringung von Substituierten besser geschult werden. Außerdem scheint die Schulung von Pflegekräften im Bezug auf Sucht und Substitution unzureichend. Der Umgang wird teilweise sogar als diskriminierend beschrieben. Beim Umgang mit Suchterkrankten sollte die Lebensgeschichte, die oft durch Kriminalität,

Gefängnisaufenthalte und ein Leben in der „Szene“ geprägt ist, berücksichtigt werden. Oft ruft dieser lebensgeschichtlicher Hintergrund Überforderung im Umgang hervor. Außerdem ist eine bessere Informationslage bezüglich Infektionskrankheiten unbedingt erforderlich um diskriminierenden Handlungen seitens des Pflegepersonals vorzubeugen.

Neben der Unterbringung sollte auch die Arbeit und die Gestaltung der Tagesstruktur bedacht werden. Da die 50+ Angebote des Jobcenters wie z.B. das Bewerbungstraining als realitätsfern angesehen werden und bei einem tatsächlichem Jobangebot Diskriminierung ein großes Problem darstellt, werden Tagelöhnerprojekte und Werkstätten als mögliche Lösungen angesehen. Eine Integration in den 3. Arbeitsmarkt wird als wünschenswert empfunden. Suchterkrankten sollte ein gleicher Zugang zu Sozialleistungen ermöglicht werden wie seelisch und geistig Behinderten.

Folgende Punkte wurden in der Diskussionsrunde konkret als Forderungen formuliert:

- ▶ Eine Suchterkrankung mit deren Folgeerkrankungen sollte als Kriterium für die Pflegestufe zählen.
- ▶ Vergleichbar zu Demenzerkrankungen sollte ein erhöhter Kommunikationsaufwand berücksichtigt werden.
- ▶ Der Wegaufwand sollte als Mehraufwand für den Pflegedienst finanziert werden.
- ▶ Spezielle Schulung im Umgang mit Sucht, Substitution und Infektionskrankheiten.
- ▶ Eigenständigkeit, wenn Klient will, sollte er möglichst lange im betreuten Wohnen bleiben können.
- ▶ Schaffung bzw. Zugang zu einem 3. Arbeitsmarkt.
- ▶ Suchterkrankten sollte ein gleicher Zugang zu Sozialleistungen ermöglicht werden wie seelisch und geistig Behinderten.

Protokoll: Eva-Maria Hoffmann

Die psychosoziale Betreuung in der Substitutionsbehandlung – Behandlungspraxis, aktuelle Forschungsergebnisse und Entwicklungsaufgaben

Fünf Vorschläge zur Optimierung der Psychosozialen Betreuung

Dr. phil. Daniel Deimel, Fachhochschule Köln

Einführung

Ausgehend von aktuellen Untersuchungen (Deimel, 2009, 2012a, 2012b) werden fünf Vorschläge für eine Optimierung der psychosozialen Betreuung Substituierter dargestellt.

In den Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung heißt es:

„Gegenstand der psychosozialen Maßnahmen ist es, die Erreichung der individuellen 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.“ (Bundesärztekammer, 2010, S. 512)

Offen bleibt jedoch welche Zielsetzung im Detail eine psychosoziale Betreuung verfolgt und wie sich eine gute Qualität in der Betreuung auszeichnet. Zudem konnte sich die Drogenhilfe bisher auf keine gemeinsamen Standards einigen.

Innerhalb dieser Situation hat sich eine äußerst heterogene Behandlungspraxis entwickelt. Diese ist durch eine differente Refinanzierung der psychosozialen Betreuung durch unterschiedliche Kostenträger und einer Trägerpluralität gekennzeichnet. Beispielhaft sei die Situation in Köln benannt. Die substitutionsgestützte Behandlung findet hier in den

folgenden Strukturen statt:

Substitutionsambulanzen

Hier findet die medizinische und psychosoziale Behandlung integriert statt und wird durch ein gemeinsames medizinisches und psychosoziales Behandlungsteam erbracht. Die psychosoziale Betreuung wird im Rahmen der Einzelfallfinanzierung durch das Sozialamt der Kommune finanziert.

Niedergelassener Arzt und Suchtberatungsstelle

Die Substitutvergabe erfolgt bei einem niedergelassenen Arzt². Die psychosoziale Betreuung wird durch eine Suchtberatungsstelle erbracht. Diese Leistung wird in der Regel im Rahmen einer Einzelfallfinanzierung durch die Kommune finanziert.

Niedergelassener Arzt und Betreutes Wohnen

Auch hier erfolgt die medizinische Versorgung über niedergelassene Ärzte. Die Betreuung wird über ambulant betreutes Wohnen durch den überörtlichen Sozialhilfeträger (hier der Landschaftsverband Rheinland) finanziert. Inzwischen hat sich eine eigene Trägerlandschaft in diesem Gebiet etabliert.

Schwerpunktpraxen

Diese Arztpraxen stellen eigenes Personal, welches eine psychosoziale Betreuung sicherstellt.

Justizvollzugsanstalten

Eine Substitutvergabe wird durch den Anstaltsarzt realisiert. Die psychosoziale Betreuung entspricht nicht entsprechend den Möglichkeiten in Freiheit angeboten. Teilweise wird bei der Übernahme der Aufgabe auf den Justizvollzugsdienst verwiesen. Im geringen Umfang wird eine Betreuung durch externe Suchtberater realisiert.

Neben diesen heterogenen strukturellen Bedingungen, findet die psychosoziale Betreuung in einer Behandlungspraxis statt, die durch eine große Trägerpluralität gekennzeichnet ist. Diese durchaus wünschenswerte Behandlungsvielfalt geht jedoch mit unterschiedlichen Vorstellungen bei den Akteuren einher, was unter eine psychosozialen

² Zur besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Es sind damit explizit Personen beider Geschlechter angesprochen.

Betreuung zu verstehen ist und welche Methodik, Umfang und Art der Betreuung bei spezifischen Klientengruppen angezeigt ist. Dies wird an dem folgenden Beispiel deutlich:

In der Untersuchung zur psychosozialen Betreuung wurden die Fachkräfte nach den Begriffen gefragt welche aus ihrer Sicht eine psychosoziale Betreuung am besten beschreiben. Mitarbeitende, die in Substitutionsambulanzen eine psychosoziale Betreuung durchführten, fokussierten in der Beschreibung auf die therapeutische Arbeit. Mitarbeitende aus Suchtberatungsstellen beschrieben die Betreuung als Case Management mit dem Ziel des harm reduction. Eine Übereinstimmung besteht bei beiden Mitarbeitergruppen in der Ansicht, dass es sich bei einer psychosozialen Betreuung als eine Form der sozialen Unterstützung handelt.

Zu einer Professionalisierung und Weiterentwicklung der psychosozialen Betreuung ist ein konstruktiver Austausch von Praktikern wünschenswert. Es sollten Erfahrungen in der Arbeit mit spezifischen Klientengruppen, unterschiedliche methodische Zugänge sowie bestehende Kooperationen und Vernetzung mit anderen Fachdiensten auf lokaler Ebene benannt werden. Diese Identifikation von Modellen Guter Praxis kann im Sinn eines Benchmarkings zu einer qualitativen Weiterentwicklung der psychosozialen Betreuung führen.

1. Vorschlag: Die heterogene Behandlungslandschaft der PSB erfordert die Identifikation von Best Practice Konzepten!

Die Psychosoziale Betreuung ist ein etabliertes Therapiesegment, welches bisher nicht ausreichend evaluiert wurde. Wir wissen zu wenig über die Effekte der psychosozialen Betreuung.

Problematisch ist die geringe Studienlage sowie die Reduktion des Therapieerfolges auf einige Kriterien der Versorgungsforschung sowie einzelne suchtmmedizinische Faktoren (Erreichquote, Haltekraft, Reduktion der Mortalitätsquote, Reduktion des Drogenkonsums etc.).

Entscheidende psychosoziale Zielkriterien sind in den Untersuchungen in der Regel nicht zu finden.

In der bereits benannten Untersuchung konnte gezeigt werden, dass substituierte Opiatabhängige einer signifikant geringeren psycho-

sozialen Belastung ausgesetzt waren, als Opiatabhängige, die sich in keiner psychosozialen Behandlung befunden haben. Zudem ging bei den Patienten eine positiv wahrgenommene soziale Unterstützung mit einer signifikant geringeren psychischen und psychosozialen Belastung sowie einem geringeren chronischem Stressniveau einher (Deimel, 2012b).

Für eine spezifische und zielgerichtete psychosoziale Betreuung sind Forschungsarbeiten zwingend nötig, um weitergehende Aussagen über ihre Wirksamkeit treffen zu können.

2. Vorschlag: Evidenzbasierte Forschung zur Psychosozialen Betreuung ist nötig! Daher müssen in diesem Bereich entsprechende Mittel für die Forschung bereitgestellt werden.

Betrachtet man Aussagen der substituierten Klienten zu ihrer Behandlungszufriedenheit, zeigt sich ein ungleiches Bild:

Grundsätzlich wurde die psychosoziale Betreuung von den 100 befragten Substituierten als gut bis sehr gut bewertet. Den größten Verbesserungsbedarf sahen die Klienten in der Qualität der Betreuung, der Art der psychosozialen Betreuung sowie einer stärkeren Fokussierung auf ihre Bedürfnisse. Die Zufriedenheit mit der psychosozialen Betreuung ging mit einem signifikant geringerem chronischem Stressniveau sowie einer geringeren psychischen und finanziellen Belastung einher. Im Rahmen eines Regressionsmodells konnte gezeigt werden das die Betreuungszufriedenheit durch das Geschlecht der Klienten (Männer sind zufriedener als Frauen), dem Alter (jüngere sind zufriedener als ältere Klienten) sowie durch die Betreuungsform (Betreuung in Beratungsstellen und Betreutem Wohnen) positiv beeinflusst wird. Negative Zufriedenheitskriterien waren chronischer Stress, Gedanken an den Tod sowie die soziale Integration der Klienten (Deimel, 2012b).

Nimmt man die Ergebnisse dieser Untersuchung ernst, folgt daraus, dass sich die psychosoziale Betreuung stärker an den Bedürfnissen einzelner Klienten und Klientengruppen orientieren sollte.

3. Vorschlag: Die Behandlungspraxis sollte sich stärker an den Lebenssituationen und Bedürfnissen der Klienten orientieren!

Mit der Einführung der substitutionsgestützten Behandlung vollzog sich ein Paradigmenwechsel von der abstinenzorientierten Behandlung hin zur Überlebenssicherung. Diese Zeit war vor allem durch das Aufkommen von HIV/AIDS und damit höheren Mortalitätsquoten geprägt. Etablierte abstinenzorientierte Therapieangebote reichten nicht aus, um eine möglichst hohe Zahl der Abhängigen zu erreichen. Die substitutionsgestützte Therapie stellt inzwischen auf Grund ihrer hohen Erreichquote die Regelbehandlung Opiatabhängiger dar. Im Zuge dessen ging die Mortalitätsquote zurück und die Klienten werden älter. Somit verändert sich mit der Zeit das Klientel der psychosozialen Betreuung spürbar. Der Schritt von der Überlebenssicherung hin zu einer (lebens-)langen substitutionsgestützten Behandlung ist für viele Patienten real geworden. Diese veränderten Klientengruppen erfordern angepasste (neue) Zielperspektiven.

Es stellt sich die Frage, wie Menschen im Alter zufrieden unter Substitution leben können? Welchen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf haben sie, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können? Und in welchem Umfang sind wir bereit, diese Unterstützung zu gewähren? Diese Fragen haben eine starke ethische und gesellschaftspolitische Dimension und müssen daher sehr breit zusammen mit den Vertretern der Klienten diskutiert werden. Die Suchtkrankenhilfe muss sich dieser Diskussion stellen und Position beziehen.

4. Vorschlag: Wir benötigen einen offenen Diskurs über die Perspektiven einer substitutionsgestützten Behandlung im Alter!

Die Versorgungsstruktur mit Angeboten zur psychosozialen Unterstützung Opiatabhängiger unterliegt deutlich regionalen Gegebenheiten. Es lassen sich dabei folgende Konfliktlinien identifizieren:

► Es existieren unterschiedliche Refinanzierungsstrukturen. Diese begründen den differenten Umfang und die jeweilige Art der psychosozialen Behandlung. Eine Orientierung an den Bedarf der Klienten ist dabei sekundär.

► Die Segmentierung der Sozialgesetzgebung erschwert den Zugang zu psychosozialen Hilfen, wenn diese ausschließlich als Einzelfallhilfe für einzelne Personengruppen mit entsprechenden sozialrechtlichen Ansprüchen vorgehalten wird.

► Diese Situation führt zu einer Exklusion bereits marginalisierter Personengruppen wie Inhaftierte, illegalisierte Menschen oder Asylbewerber.

► Es ist eine divergente Versorgungslage zwischen dem urbanen und ländlichen Raum zu verzeichnen. Spezialisierte psychosoziale Betreuungsangebote sind für Substituierte in ländlichen Regionen schwer zu erhalten.

Diese Situation steht im Widerspruch zu den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2009). Hier heißt es:

Recommendation (Minimum standard)

Psychosocial support should be available to all opioid dependent patients, in association with pharmacological treatments of opioid dependence. At a minimum, this should include assessment of psychosocial needs, supportive counselling and links to existing family and community services.

Recommendation (Best Practice)

A variety of structured psychosocial interventions should be available, according to the needs of the patients. Such interventions may include - but are not limited to – different forms of counselling and psychotherapy, and assistance with social needs such as housing, employment, education, welfare and legal problems.

Recommendation (Best Practice)

Onsite psychosocial and psychiatric treatment should be provided for patients with psychiatric comorbidity.

Von diesen Standards sind wir bisher weit entfernt. Daher müssen sich die Zugänge zu psychosozialen Unterstützungsangeboten deutlich verbessern. Eine einheitliche Refinanzierung dieser Leistung durch die gesetzlichen Krankenkassen könnte hier ein Ansatz sein, eine flächendeckende Versorgung sowie einen verbesserten Zugang zu

ermöglichen.

5. Vorschlag: Es muss ein Zugang zur psychosozialen Unterstützung für alle Substituierten ermöglicht werden!

Literatur:

Bundesärztekammer (2010) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010. In: *Deutsches Ärzteblatt*. 107. Jahrgang. Nr. 11. S. 511-516.

Deimel, D. (2009) Die psychosoziale Situation und Behandlung substituierter Opiatabhängiger. Eine Analyse der psychosozialen Betreuung Substituierter. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 22. Jahrgang. Nr. 85. S. 207-211.

Deimel, D. (2012a) Die Versorgungspraxis der psychosozialen Behandlung substituierter Opiatabhängiger – die PSB-Studie. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 25. Jahrgang. Nr. 90. S. 88-97.

Deimel, D. (2012b) Drogenabhängigkeit, psychische Inkongruenz und soziale Unterstützung. Eine Analyse der psychosozialen Betreuung Substituierter. Marburg: Tectum. Im Druck.

WHO (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment for Opioid Dependence. Geneva: WHO.

Substitution in Haft, Schnittstellenmanagement

Dr. Irmgard Render, Justizministerium Nordrhein-Westfalen

Mit Runderlass vom 01.03.2007 wurde die Suchtberatung im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen neu akzentuiert. Der Erlass hat die bisherigen Regelungen ergänzt und schreibt sie fort.

Wesentliche Aspekte der Neuakzentuierung:

- Das *rehabilitative* Angebot wurde neu strukturiert. Alle drogenabhängigen Gefangenen erhalten eine Basisinformation über die Möglichkeiten der Therapievermittlung und sind in der Folge aufgefordert, sich aktiv an dem Prozess zur Therapievermittlung zu beteiligen.

Nur jugendliche Gefangene werden nach wie vor im Rahmen einer aufsuchenden und motivierenden Suchtberatung in Einrichtungen der Drogenlangzeittherapien vermittelt.

- Neben dem rehabilitativen Angebot ist ein umfangreiches Angebot *präventiver* Maßnahmen getreten.

Hierzu gehören Aufklärungsangebote im Umgang mit Drogen und Schutz vor Infektionskrankheiten. Es werden Informationsveranstaltungen über die Aspekte einer gesunden Lebensführung angeboten. Wichtig ist das Angebot von Impfungen, insbesondere im Hinblick auf die Hepatitis B.

Im Rahmen der Neuakzentuierung der Drogenberatung sind für die stark wachsende Zielgruppe von suchtkranken Gefangenen, die mit abstinenzorientierten Behandlungsangeboten nicht mehr erreicht werden können, die entsprechenden vollzuglichen Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten erweitert worden. Hierbei handelt es sich um den „palliativen“ Betreuungsansatz.

Zur palliativen Betreuung gehören die Entgiftungsbehandlung bei Drogenabusus, die Unterbringung in abstinenzorientierten Abteilungen sowie die Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Gefangenen. Anstaltsärzte, der Ärztliche Direktor des Justizvollzugskrankenhauses Nordrhein-Westfalen, Vertreter der Ärztekammern Westfalen –Lippe und Nordrhein sowie Vertreter des Justizministeriums Nordrhein-

Westfalen angehörten. Die Behandlungsempfehlungen geben Richtlinien zur Durchführung der Substitutionsbehandlung für den Justizvollzug vor, die in Übereinstimmung stehen mit den Ausführungen der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ vom 19.02.2010.

Die Ärztlichen Behandlungsempfehlungen wurden im Rahmen eines Workshops unter Beteiligung der beiden genannten Ärztekammern den Anstaltsärzten bekannt gemacht.

Die Leitgedanken der Behandlungsempfehlungen lauten wie folgt:

- Die Opioidabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung.
- Sucht besteht auch im Vollzug fort.
- Substitution reduziert subkulturelle Aktivitäten.
- Substitution fördert das Vollzugsziel.
- Vermeidung von Todesfällen während der Haft und nach der Entlassung.

Die Umsetzung der Behandlungsempfehlungen wurde anhand von halbjährlichen Datenerhebungen verfolgt. Dabei wurden an den Stichtagen zum einen die Zahl der Substituierten, zum anderen die Substitutionsquote (Verhältnis der substituierten Gefangenen zu den opiatabhängigen Gefangenen) erhoben.

31.10.2010: 596 Substituierte / Quote 15 %

31.10.2011: 1209 Substituierte / Quote 26 %

30.04.2012: 1309 Substituierte / Quote 27 %

31.10.2012: Quote ca. 30 %

Die gemäß BtMVV erforderliche psychosoziale Betreuung der substituierten Gefangenen wurde durch eine Stellenausweitung der Fachdienste im Haushalt 2011 sowie die Erhöhung der Sachmittel für Maßnahmen externer Suchthilfeeinrichtungen sicher gestellt.

Für den zu leistenden Aufwand im medizinischen Dienst wurden bei Erfordernis zusätzlich Vertragsärzte verpflichtet.

Zur Weiterführung der im Vollzug eingeleiteten Maßnahmen nach der Entlassung ist in solchen Fällen, in denen die äußeren Rahmenbedingungen besonders ungünstig sind, ein Übergangsmanagement in Form eines Case-Management durchzuführen.

Für die abzuschließenden Einzelverträge zwischen Drogenberatungsstellen und Justizvollzugsanstalten ist als Grundlage die Rahmenvereinbarung „Grundsätze für das Übergangsmanagement im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener“ zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen - vertreten durch das Justizministerium Nordrhein-Westfalen - und den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, des Städtetages, des Städte- und Gemeindebundes sowie des Landkreistages Nordrhein-Westfalen am 07.04.2011 unterzeichnet worden.

Danach soll zukünftig ein Vertrag über konkret zu erledigende Behandlungsmaßnahmen aus einem vordefinierten Maßnahmenkatalog abgeschlossen werden. Die Drogenberatungsstelle verpflichtet sich, das individuell Erforderliche zu veranlassen. Die Beratungs- und Behandlungsangebote umfassen die Sicherstellung der Gesundheitsfürsorge (medizinische Weiterbehandlung, Kostenübernahme, Klärung des Versichertenverhältnis) und der psychosozialen Betreuung (Wohnungssituation, sonstige soziale Eingliederung, Schuldsituation etc.) Die Einzelmaßnahmen werden anhand einer Checkliste zwischen der Justizvollzugsanstalt und der externen Suchtberatungsstelle festgelegt.

Substitutionsbehandlung in Haft, Schnittstellen-/ Übergangsmanagement

Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Irmgard Render, Justizministerium NRW

Einleitung

Da der Anteil von Drogenkonsumenten in Haft um ein Vielfaches über dem in der Allgemeinbevölkerung liegt (Jakob/Pfeiffer-Gerschel/Stöver 2013), spielt die drogenbezogene Gesundheitsversorgung in Haft und danach eine wichtige Rolle im Bereich der medizinischen Versorgung. In den Handlungsempfehlungen „Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings“ (Kastelic et al. 2008), die unter internationaler Autorenschaft entstanden und von der WHO und den Vereinten Nationen herausgegebenen wurden, wird im Zusammenhang mit Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung in Haft auf die Besonderheiten des intramuralen Settings eingegangen (für das deutschsprachige Europa: Pont, Kastelic, Stöver, Ritter & Knorr, 2012). Nicht nur in internationalen Erklärungen, sondern auch in nationalen und regionalen Dokumenten wurden Empfehlungen für die medizinische Behandlung in Justizvollzugsanstalten verschriftlicht. So wird z.B. der positive Effekt von Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige (OST) im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels in den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen betont (Justizministerium Nordrhein-Westfalen & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein, 2010). Vor diesem Hintergrund und angesichts der großen Zahl potentiell betroffener Inhaftierter benennen die Behandlungsempfehlungen daher das Ziel, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Auch in einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt (Justizministerium Baden-Württemberg, 2011). Darin sind klare Aussagen über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss,

Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der Substitutionsbehandlung enthalten. Darüber hinaus ist in Baden-Württemberg seit Inkrafttreten der überarbeiteten und ergänzten Version der Verwaltungsvorschrift am 15.07.2011 auch die Substitution mit Diamorphin möglich. In Niedersachsen ist die Grundlage für eine Substitutionsbehandlung in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben und die BUB-Richtlinien bezieht (Niedersächsisches Justizministerium, 2003). Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der Substitution geregelt. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die Substitution nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien. Gemäß desselben Prinzips gelten darüber hinaus auch intramural die 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2010). Diese gelten für alle Ärzte, die eine Substitutionsbehandlung durchführen. Demnach ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung kontinuierlich fortgeführt wird.

Die Substitutionspraxis variiert zum Teil deutlich zwischen den Bundesländern. Die Zahl der Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Gefangener hat sich in den letzten Jahren jedoch wesentlich erhöht. Ging man vor 10 Jahren noch von etwa 500 Gefangenen aus, so muss man heute etwa 2.500 Gefangene dazu rechnen. Laut den Ergebnissen einer Studie von Schulte und Kollegen (2009) war zum damaligen Zeitpunkt etwa in 75% der untersuchten Justizvollzugsanstalten (n=31) eine Substitutionsbehandlung möglich. Erschwerend kommt hinzu, dass Ergebnisse der IMPROVE-Studie (Stöver 2011) darauf hindeuten, dass die Behandlung vormals substituierter Patienten bei Haftantritt in 70% der Fälle abgebrochen wurde. Die Befragung der DBDD (Jakob & Pfeiffer-Gerschel, 2011) ergab, dass in allen 14 Bundesländern, von denen Informationen eingingen, sowohl eine medikamentengestützte Entgiftung als auch eine Substitutionsbehandlung in Haft angeboten wird. Eine aufrechterhaltende OST ist Ergebnissen dieser Erhebung zufolge in 11 Bundesländern möglich, wobei die durchschnittliche Dauer dieser Behandlung stark variiert: Aus drei Bundesländern liegt

die Information vor, dass OST lediglich als Abdosierung beim Zugang eingesetzt werde. In Rheinland-Pfalz werde der Beginn einer OST kurz vor Haftentlassung angeboten, in fünf Bundesländern sei eine Dosissteigerung des Substituts vor Entlassung möglich.

In Baden-Württemberg erhielten im Jahr 2010 524 Gefangenen eine Substitutionsbehandlung, in einigen Fällen allerdings nur zur medikamentengestützten Entgiftung (Reber, 2011). In den Berliner Justizvollzugsanstalten befanden sich im Mai 2011 etwa 120 Gefangene in einer Substitutionsbehandlung (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin 2011, persönliche Mitteilung). In Hessen wurden Substitutionsbehandlungen überwiegend als Weiterführung bereits in Freiheit begonnener Behandlungen (500 Fortführungen in 2009) und in geringer Anzahl auch als Neubeginn in Haft durchgeführt (20 Fälle in 2009) (Kötter, 2010). Im Jahre 2014 werden derzeit ca. 214 Strafgefangenen substituiert (pers. Kommunikation). In Nordrhein-Westfalen hat sich nach der Einführung der Behandlungsempfehlungen zur Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug Anfang 2010 die Zahl der Substitutionspatienten verdreifacht: im April 2011 lag die Anzahl der inhaftierten Substitutionspatienten bei ca. 1.000, im August 2012 bei ca. 1.300 (akzept e.V., 2010; Husmann & Render, 2010; Justizvollzugsschule NRW, persönliche Mitteilung 2012) und dürfte gegenwärtig etwa bei 1.500 liegen. In Bremen werden seit mehr als 20 Jahren ca. 100 Patienten substituiert (pers. Kommunikation). Aus den anderen Bundesländern liegen keine validen Daten über die Zahl der Behandlungsplätze bzw. die tatsächlich Substituierten vor.

Das zeigt also, dass NRW die treibende Kraft bei der Zunahme der Zahl der Substitutionsbehandlungen in Deutschland ist.

Übergangsmangement

Der REITOX-Bericht 2013 schildert die gesetzlichen Absichten: „Der rechtliche Rahmen der Entlassvorbereitung von Strafgefangenen definiert, dass den Inhaftierten Hilfen zur Entlassung zu gewähren sind (§ 74 StVollzG in Verbindung mit § 15 StVollzG), deren Ziel die gesellschaftliche Integration nach der Haftentlassung ist.

Zur Erlangung dieses Ziels soll der Vollzug ressortübergreifend kooperieren (§ 154 StVollzG).

Auch die Träger der Sozialhilfe sollen mit Vereinigungen gleicher Zielsetzung und den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und auf eine gegenseitige Ergänzung hinwirken (§ 68 Abs. 3 SGB XII und § 16 Abs. 2 SGB II). Entsprechende Strategien und Maßnahmen werden unter dem Begriff Übergangsmanagement entwickelt und umgesetzt. Auf der einen Seite wird versucht, die Entlassenen in und nach Haft möglichst nahtlos in Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu bringen, auf der anderen Seite, den mit der Inhaftierung sowie kriminellen Karrieren verbundenen Problemlagen zu begegnen. Hauptaufgabe der Arbeit im Übergangsmanagement ist die Verbesserung der Lage der Klienten durch Beratung,

Betreuung, aber auch durch Qualifizierung und Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Obwohl es historisch betrachtet mit der Einführung der „Straffälligenhilfe“ vor über 150 Jahren und der Einführung der Bewährungshilfe in den 1950er Jahren schon seit langem entsprechende Bemühungen gibt, besteht bei der Diskussion und Umsetzung eines Übergangsmanagements nach wie vor großer Entwicklungsbedarf.“

Gerade für chronisch Kranke, und dazu zählen langjährige opiatabhängige Gefangene mit z.T. erheblichen komorbiden Störungen, ist eine Kontinuität ärztlicher Versorgung von größter Wichtigkeit. Sie benötigen vom ersten Tag der Haftentlassung an eine qualifizierte ärztliche Versorgung. Dem steht allerdings oftmals entgegen, dass die Gefangenen nach Haftentlassung einige Zeit benötigen, um wieder bei der letztmaligen Krankenkasse aufgenommen und damit Versicherungsschutz genießen. Dies ist die Voraussetzung jeglicher weiterer Krankenbehandlung – sowohl für die medizinische Rehabilitation, als auch für die Substitutionsbehandlung und die Therapie weiterer v.a. Infektionskrankheiten, wie etwa Hepatitis- oder HIV-Behandlungen. Es besteht also eine große Notwendigkeit Therapien lückenlos fort zu führen.

Medizinische Rehabilitation

Der Beginn einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke nach Haftentlassung gestaltet sich für viele ehemalige Gefangene schwierig. So ergab eine Umfrage in stationären Suchthilfeeinrichtungen, dass ein Großteil der gerade Entlassenen keinen Krankenversicherungsschutz aufwies (Bürkle, Koch, Leune, Weissinger & Wessel, 2010): In den befragten Einrichtungen (n=141) kamen knapp 30% der Patienten aus dem Indikationsbereich Drogen direkt aus der Haft. Über 75% von ihnen waren ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf bei der Regelung des therapiebezogenen Übergangs zwischen Haft und Freiheit. Und einige Veränderungen zeichnen sich bereits ab: Beispielsweise haben drogenabhängige Gefangene seit einem Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom November 2010 Anspruch auf die feste Zusage der Kostenübernahme einer Drogentherapie durch die Rentenversicherung (Agence France-Press (AFP), 2010). Dies gilt, wenn eine vorzeitige Haftentlassung von der Zusicherung des Therapieplatzes abhängt.

Auch in einzelnen Bundesländern gibt es Bemühungen, den Übergang zwischen Haft und Freiheit bzgl. Gesundheitsversorgung zu optimieren. So gibt es in Hessen seit Oktober 2011 eine Integrationsvereinbarung, deren Ziel es ist, zum Zeitpunkt der Entlassung eines Strafgefangenen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine geordnete Reintegration in die Gesellschaft geschaffen zu haben. Beispielsweise sollten zu diesem Punkt die Sozialleistungen geklärt sein (Kötter, 2010). Auch in Nordrhein-Westfalen besteht seit April 2011 eine Rahmenvereinbarung zum sogenannten Übergangsmanagement für suchtkranke Gefangene. Sie sichert suchtkranken Gefangenen ein umfassendes Hilfe- und Beratungsangebot zu, um sie besser vor den Gefahren eines Rückfalls zu schützen (Justizministerium Nordrhein-Westfalen, 2011).

Laut Antwort des niedersächsischen Landtags vom August 2010 auf eine große Anfrage (Drucksache 16/2755) sind die Mitarbeiter des Sozialdienstes in Niedersachsen im besonderen Maße in die Aufgaben der Entlassungsvorbereitung eingebunden (Niedersächsischer Landtag, 2010). Seit dem Jahr 2012 erhält der Kriminologische Dienst in Niedersachsen Daten zu verschiedenen Strategien und Maßnahmen,

die den Übergang von der Haft in die Freiheit erleichtern und eine Eingliederung fördern sollen. Darüber hinaus ist die Evaluation einer Trainingsmaßnahme geplant, die drogenabhängige Inhaftierte auf eine stationäre Drogenentwöhnung (im Rahmen des § 35 BtMG) vorbereiten soll. Ergebnisse hierzu liegen gegenwärtig (Oktober 2012) noch nicht vor. Das in Baden-Württemberg ins Leben gerufene Nachsorgeprojekt „Chance“ (Kaiser, 2010) wendet sich an Straftentlassene ohne Bewährungshelfer und bietet den Teilnehmern sowohl vor als auch bis zu sechs Monate nach der Entlassung eine intensive Betreuung an. (Institute für Kriminologie der Universitäten Heidelberg und Tübingen, 2010).

In Bayern hat die Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" aus dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz empfohlen, suchtkranke Gefangene zu einer an den Justizvollzug anschließenden Langzeittherapie zu motivieren und zu befähigen (Arbeitsgruppe "Übergangsmanagement" 2012). Ergänzt werden diese Maßnahmen durch Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zum Thema „Drogenmissbrauch“. Die Aufklärung über die medizinischen und sozialen Folgen des Missbrauchs bezieht auch solche Gefangene mit ein, die bisher keine oder nur wenig Erfahrung mit Drogen haben oder gefährdet erscheinen. Die Arbeitsgruppe geht des Weiteren davon aus, dass die Entlassungsvorbereitung bei denjenigen Gefangenen als gut bezeichnet werden kann, die Kontakt mit der externen Suchtberatung oder den Fachdiensten der Anstalten haben. Letztlich geht es an dieser Stelle aus Sicht der Arbeitsgruppe vor allem darum, auch diejenigen Gefangenen mit Suchtproblematik zu erreichen, die während ihrer Inhaftierung keinen Kontakt zu externer Suchtberatung, Fachdiensten der Anstalt oder sonstigen externen Beratungsstellen aufnehmen.

Substitutionsbehandlung

Auf die Anfrage der DBDD berichteten sechs Bundesländer (Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz), dass für Opioidkonsumenten im Rahmen der laufenden OST eine Dosissteigerung vor Haftentlassung angeboten werde. Berlin, Sachsen-Anhalt, Schleswig-

Holstein und Thüringen gaben an, dass Inhaftierte an externe Suchttherapien, u.a. für eine OST, vermittelt würden. In Bremen sei eine Übergangssubstitution nach Haftentlassung für Inhaftierte möglich und Rheinland-Pfalz biete allgemeines Übergangsmanagement an (Jakob & Pfeiffer-Gerschel, 2011).

Aus der Not genügend substituierende Ärzte aus dem Vollzug bereits anzusprechen wurde in manchen Städten eine Übergangspraxis entwickelt, wo eine zeitlich befristete Substitution entweder in der JVA (am Tor), oder beim Gesundheitsamt angeboten wird (Köln).

Kann eine Substitution nicht lückenlos fortgeführt werden oder hat sie trotz medizinischer Notwendigkeit in Haft nicht stattgefunden gibt es ein deutlich gesteigertes Mortalitätsrisiko. Etwas einfacher wird es zwar nicht versicherungsrechtlich aber wenigstens lebenspraktisch dann, wenn schon während der Haft eine Mitbetreuung durch externe HIV-/Hepatitis-Spezialisten und Suchtmediziner und externe Beratungsstellen wie z.B. die Aidhilfen stattgefunden hat.

Hier wäre mit den Ministerien das Gespräch zu suchen, ob nicht doch eine sozialversicherungsrechtliche Lösung versucht werden kann. Dies würde die Probleme deutlich entschärfen. Eine Sozialversicherungspflicht für Gefangene würde auch die Sozialhilfeleistungen im Alter – auf die wohl alle langjährig Inhaftierten nach heutiger Rechtslage angewiesen sein werden - verringern.

Literatur

Agence France-Press (AFP) (2010). Sozialgericht stärkt drogenabhängige Häftlinge. Therapie-Träger muss zur vorzeitigen Haftentlassung beitragen. Zugriff am 06.07.2011 <http://www.123recht.net/article.asp?a=79796&ccheck=1>

akzept e.V. (2010). Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven. Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.04.2010 in Berlin. Berlin: akzept e.V..

Bundesärztekammer (2010). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19.Februar 2010 verabschiedet. Berlin: Bundesärztekammer.

Husmann, K. & Render, I. (2010, November). Die suchtmmedizinische Behandlung inhaftierter Drogenabhängiger. Vortrag auf der Fachtagung von akzept e.V. „Drogen und Haft“, 20.04.2010, Berlin.

Kastelic, A., Pont, J., & Stöver, H. (2008). Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. Oldenburg: BIS-Verlag.

Jakob, L. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Aggregierte Auswertung des „Kurzfragebogen über die gesundheitliche Situation Gefangener“. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD).

Jakob, L.; Stöver, H., Pfeiffer-Gerschel, T. (2013): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. In: Sucht 1/2013

Justizministerium Baden-Württemberg (2011). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495. Die Justiz 2011.

Justizministerium Nordrhein-Westfalen (2011). Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen, und dem Städtetag NRW, dem Landkreistag NRW, dem Städte- und Gemeindebund NRW sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen über Grundsätze für das Übergangsmangement im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener. Düsseldorf: Justizministerium Nordrhein-Westfalen.

Justizministerium Nordrhein-Westfalen & Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (Hrsg.) (2010). Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft. Düsseldorf.

Pont, J., Kastelic, A., Stöver, H., Ritter, C. & Knorr, B. (2012). Substitutionsbehandlung im Strafvollzug - Ein praktischer Leitfaden. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Reber, B. (2011). Gesundheitsberichterstattung 2010 über die Gefangenen in Baden-Württemberg. Stuttgart: Justizministerium Baden-Württemberg.

Stöver, H. (2011). Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. European Addiction Research, 17 (1), 44-54.

Veränderung der BtMVV- Wie muss sie aussehen, um eine patienten- und arztgerechte Substitutionsbehandlung zu erreichen?

Rainer Ullmann

Es bestehen 2 Probleme: das 1. ist eine BtMVV, die weit in die ärztliche Behandlung eingreift und eine individuelle, den Bedürfnissen des Patienten angepaßte Behandlung nicht immer erlaubt.

Das 2. Problem sind Staatsanwälte und Richter, die – ignorant oder böswillig – diese Regelungen so auslegen, daß praktisch jeder substituierende Arzt dagegen verstoßen muß.

Der Zweck des BtMG ist in §5 Abs. 1 Nr. 6 beschrieben: „die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Mißbrauch von Betäubungsmitteln ... sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen.“

Die Substitutionsbehandlung ist die notwendige medizinische Versorgung Heroinabhängiger mit Opiaten. Sie zu beschränken – wie es durch den §5 geschieht - ist nicht gerechtfertigt.

Die Einführung eines speziellen Paragraphen für die Regelung der Substitutionsbehandlung jährt sich gerade zum 20. Mal. Am 23.12. 1992 hat die Bundesregierung die Einführung des §2a in die 4. BtMÄndV mit 620 Wörtern verordnet.

Dazu sagte 1996 der ehemalige Frankfurter OStA Körner „Der deutsche Gesetzgeber hat anstelle Strafrecht als ultima ratio zu begreifen, im Betäubungsmittelrecht unserer Gesellschaft eine Überdosis an Strafrecht verschrieben. Das gesetzliche Herunterdosieren erweist sich aber als schwierig und langwierig.“ Nun heißt er §5 und enthielt 1998 schon 943 Wörter, jetzt sind es 2772.

Stellen Sie sich einmal vor, es gäbe keine strafrechtliche Regelung der Substitutionsbehandlung und *heute* müßte neu überlegt werden, was

an der Substitutionsbehandlung strafrechtlich geregelt werden muß, um Schaden zu verhüten.

Wir reden über die *Standardbehandlung* der Abhängigkeit von illegalem Heroin. Vor weit über 100 Jahren gab es ein Problem mit der Abhängigkeit von verschriebenen Opiaten, aber jetzt vermindert die ärztliche Verschreibung von Opiaten die Schäden der Abhängigkeit von illegalem Heroin.

Eine primäre Abhängigkeit von Substitutionsmedikamenten ist so selten, daß sie in den Polizeistatistiken nicht gesondert erfaßt wird. Während die Zahl der Substitutionspatienten auf etwa 70.000 stieg, ist die Zahl der Erstkonsumenten von Heroin von etwa 10.000 im Jahre 1992 auf weniger als 3000 im Jahr 2011 gesunken. Ein Risiko für die Ausbreitung der Opiatabhängigkeit durch die Substitutionsbehandlung ist aus diesen Zahlen nicht zu erkennen.

Es gibt 2 Straftaten nach §16 der BtMVV:

1. Verschreibung anderer Substitutionsmedikamente als der ausdrücklich erlaubten – das ist wissenschaftlich allerdings Unsinn. Wegen der Kreuztoleranz der Opiate untereinander sind alle Opiate geeignet, die Entzugssymptome und die Gier nach Heroin zu verhindern – auch legales Heroin kann das. Die Behandlung mit Buprenorphin war in Deutschland noch eine Straftat, als in Frankreich bereits mehrere 10.000 Patienten damit behandelt wurden.

2. Abstinenz nicht anzustreben (es heißt in der Begründung der 10. BtMÄndV: „Eine bloße Opiaterhaltungstherapie, die darauf beschränkt ist, die jeweiligen gesundheitlichen Störungen zu behandeln, ohne jedoch die Abstinenz zu fördern, ist unzulässig“):

das ist für Ärzte 1. bei chronischen Krankheiten nicht verständlich: wir können diese Krankheiten zwar nicht heilen, wir lindern aber gern die Symptome

2. ist es so, daß die nicht befristete Opiaterhaltungstherapie die einzige Therapie ist, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien bewiesen ist.

Die damalige Drogenbeauftragte Frau Caspers 2007 erläutert:

„Dagegen sind große Teile der Substitutionsvorschriften sanktionslos, wie etwa die Vorschriften über die Take home-Vergabe. Allerdings müssen substituierende Ärztinnen und Ärzte auch die allgemeinen, nicht nur für die Substitution geltenden Verschreibungsgrundsätze des ... §13 BtMG beachten.“ Darin steht, daß die Verschreibung begründet sein muß.

Ich habe das geglaubt. Substitutionsbehandlung ist begründet, wie im §13 BtMG gefordert, weil der beabsichtigte Zweck bei der Heroinabhängigkeit nicht anders erreicht werden kann.

Ich hätte es besser wissen müssen. Schon 1979 hatte der BGH im Verfahren gegen Kapuste entschieden, dass die betäubungsrechtliche Zulässigkeit der Behandlung rückwirkend entfällt, wenn der Arzt die eigenverantwortliche Einnahme von Polamidon ermöglicht. Das ist für einen Arzt nicht zu begreifen: medizinisch besteht eine Indikation zu einer Behandlung oder sie besteht nicht. Dann kann die Behandlung gut oder schlecht durchgeführt werden, aber auch bei schlechter Durchführung bleibt die Indikation – die Begründung – bestehen.

Der BGH hat die fremdkontrollierte Einnahme - die Überlassung zum unmittelbaren Verbrauch - gefordert. Die gab es damals aber noch gar nicht, sie wurde erst 1981 in das BtMG aufgenommen. 1979 durfte ein Arzt nur verschreiben. Kapuste wurde verurteilt, weil er etwas nicht getan hat, was im damaligen BtMG nicht vorgesehen war. Gilt der Grundsatz: „Keine Strafe ohne Gesetz“ auch für substituierende Ärzte?

2008 hat der BGH etwas, was wie eine ärztliche Behandlung aussah (approbierter Arzt, in einer öffentlich angezeigten Praxis, Verordnung auf BtM-Rezepten zu Lasten der Krankenkasse, Belieferung der Rezepte durch eine Apotheke) kurzerhand zu einer Nichtbehandlung erklärt („Ein Arzt kann sich nicht dadurch von der Erlaubnispflicht des § 3 BtMG (für die Abgabe von BtM) befreien, dass er *unter dem Deckmantel einer ärztlichen Behandlung* mit Betäubungsmitteln verkehrt, ohne dass die Voraussetzungen ... einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Substitutionsbehandlung vorliegen.“

Dazu brauchte der BGH keinen Gutachter. Dann hat er die Abgabe einzelner Tagesdosen an die behandelten Patienten – das, was der Ambulanzarzt, der den Arzt angezeigt hatte, ebenfalls machte - wie Straßendealerei beurteilt. Überall sonst auf der Welt ist die Abgabe aus der Behandlungseinrichtung üblich. 2007 sollte das in einer 21. BtMÄndV legalisiert werden. 2008 verurteilt der BGH das wie Straßendealerei. Begreifen Sie das?

Das LG Bayreuth schreibt:

„Alleine die Inkaufnahme langer Anfahrtswege, das Interesse der Patienten an der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes oder die Gefahr eines Wiederabgleitens in das Drogenmilieu rechtfertigen es nicht, von den genannten Regeln abzuweichen. Die Methadonsubstitution beinhaltet ein hohes Gefährdungspotential und ist nur unter enger ärztlicher Kontrolle und Begleitung zulässig.“

Wesentliche Behandlungsziele sind also nicht so wichtig wie das Einhalten formaler Regeln – das ist grotesk! Das hohe Gefährdungspotential besteht nicht durch die Substitution, sondern durch die unbehandelte Heroinabhängigkeit – das hat sich offensichtlich bis in die deutsche Justiz noch nicht herumgesprochen und ist auch bei Politikern noch unbekannt, wie aktuelle Äußerungen der bayerischen Justizministerin Frau Merk zeigen.

Wie wäre es mit Fortbildung für Juristen und Politiker?

Das letzte BGH-Urteil stammt vom 12.2.12. Dort heißt es:

„Eine Substitutionsbehandlung ist nach § 13 BtMG nur als ultima ratio zulässig.

... Nur mit einer regelmäßigen oder gar wöchentlichen Konsultation hätte „der Fortschritt der Substitutionstherapie *und die weiter unabdingbare Verschreibung von Substitutionsmitteln überprüft werden können.*“

Das ist aus ärztlicher Sicht schwer zu fassen: Heroinabhängigkeit dauert jahrelang, aber die Indikation zur weiteren Verschreibung von Substitutionsmitteln muß wöchentlich überprüft werden?

Dann führt der BGH aus, der fehlende wöchentliche Kontakt könne doch bestraft werden, obwohl er in der BtMVV nicht strafbewehrt ist:

„Einer Strafbarkeit nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG (nicht begründete Verschreibung) wegen einer unzureichenden ärztlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung steht nicht entgegen, dass eine Verschreibung unter Missachtung des § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 BtMVV (in der Regel wöchentlicher Kontakt) nicht nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 BtMG (Verstoß gegen die BtMVV), § 16 Nr. 2 Buchst. a BtMVV (die 2 Straftaten) bestraft werden kann.

§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 BtMG in Verbindung mit der BtMVV sanktioniert Verstöße gegen formelle Voraussetzungen der Substitutionsbehandlung.“

„Materielle Zuwiderhandlungen, zu denen es gehört, wenn der Arzt Substitutionsmittel verschreibt, obwohl er sich nicht fortlaufend ... über die Fortschritte der Behandlung unterrichtet, sind nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG strafbar, ohne dass § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 BtMG Sperrwirkung entfaltet“

Das haben Sie sicher verstanden und ich sage Ihnen hoffentlich nichts Neues, denn der BGH schließt seine Ausführungen mit den Worten:

„Diese Maßgaben einer zulässigen Substitutionsbehandlung sind aus den §§ 29, 13 BtMG, § 5 BtMVV ohne weiteres ersichtlich, so dass für den Arzt als Adressaten der Strafnorm - den verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechend - klar erkennbar ist, unter welchen Voraussetzungen er sich durch das Verschreiben eines zur ärztlichen Medikation zugelassenen Substitutionsmittels strafbar macht.“

Dann ist die Schlußfolgerung zwingend: „Der das Substitutionsmittel entgegen § 13 BtMG verschreibende Arzt handelt vorsätzlich, wenn er zumindest billigend in Kauf nimmt, dass seine Verschreibung nicht den gesetzlichen Vorschriften entspricht.“

Propagandistisch ist es wichtig, den Gegner mit eingängigen Begriffen zu belegen: „Dealer in Weiß“ und „Ersatzdrogen“ haben sich sehr bewährt, die Anwendung von Strafrecht zu legitimieren. Bei „Dealer“ und „Drogen“ wird jedem klar: hier hilft nur Strafrecht!

Lüneburger Zeitung am 10.4.2007: „Alle drei Mediziner sollen sich bei der Abgabe des Methadons nicht an gesetzliche Vorgaben gehalten haben. Die Staatsanwaltschaft wirft ihnen deshalb illegalen Rauschgifthandel vor.“

„Laut Staatsanwaltschaft sollen die Ärzte die monatlichen Rezepte für Suchtpatienten so ausgestellt haben, dass sich die Verschreibungszeiträume überlappten. Nach Berechnungen der AOK könnten so in den Jahren 2004 und 2005 rund 38 Liter Methadon illegal ausgegeben worden sein. Da der illegale Verkauf etwa einen Euro pro Milliliter bringen könnte, sei von einem Schaden in Höhe von 38 000 Euro auszugehen.“

Wem ist dieser Schaden entstanden? Muß die AOK das Methadon auf dem Schwarzmarkt kaufen?

Was war tatsächlich? Einige Patienten brauchten eine höhere Dosis als bei Ausstellung des Rezeptes erwartet, und der Arzt stellte vor Ablauf von 30 Tagen ein neues Rezept aus.

Warum die Strafverfahren gegen substituierende Ärzte? Müssen sie, wenn kein Schaden bewiesen werden kann, tatsächlich ruiniert werden? Solche Verfahren gibt es in Europa sonst nicht.

Gilt auch für substituierende Ärzte das verfassungsrechtlich verankerte Verhältnismäßigkeitsprinzip? Danach wird Strafrecht „als ‚ultima ratio‘ des Rechtsgüterschutzes eingesetzt, wenn ein bestimmtes Verhalten über sein Verbotensein hinaus in besonderer Weise sozialschädlich und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich, seine Verhinderung daher besonders dringlich ist.“ Schaden substituierende Ärzte der Gesellschaft so sehr?

Die Anwendung von Strafrecht ist nur dann verhältnismäßig, wenn Verwaltungsmaßnahmen nicht ausreichen, um Schaden zu verhüten.

Falls die Juristen es nicht wissen: einem Arzt kann man die Substitutionsgenehmigung entziehen, dann darf er die Behandlung nicht durchführen. Einem Straßendealer können Sie keine Genehmigung entziehen, er hat keine.

Würde es nicht reichen, wenn unsorgfältig arbeitenden Ärzten (die gibt es genau wie unsorgfältig arbeitende Politiker, Juristen und

Journalisten) die Substitutionsbehandlung verboten wird, nach Prüfung durch ein sachlich zu dieser Prüfung befähigtes Gremium?

Wie muß die BtMVV also aussehen? So, daß auch Juristen sie *sinngemäß* auslegen können. D.h., der §5 muß gestrichen werden: er ist in seiner Regelungswut nicht zu verstehen und wird von einigen Staatsanwälten und Richtern mißbraucht, um Substitutionsbehandlungen zu verhindern. Die Substitutionsbehandlung ist begründet. Wie auch sonst üblich, soll die Qualitätssicherung von der ärztlichen Selbstverwaltung übernommen werden.

Sanktionen können z.B. sein: Forderung nach Fortbildung, Begrenzung der Patientenzahlen, engere Anbindung an einen suchtmmedizinisch erfahrenen Arzt (wie bei der Konsiliarregelung), Entzug der Genehmigung zur Substitutionsbehandlung, engmaschige Kontrolle der BtM-Rezepte, Entzug der Betäubungsmittelrezepte durch die Bundesopiumstelle.

Vision:

Leichter Einstieg in qualitativ hochstehende Substitutionsbehandlung

Ambros Uchtenhagen

Zusammenfassung

Gefragt wurde nach meiner Vision einer optimalen Substitutionsbehandlung. Hier ist sie, und sie beruht auf der Arbeit ungezählter Forscher und Kliniker, die hier nur ansatzweise gewürdigt werden kann. Die Qualität setzt Kenntnis und Berücksichtigung der einschlägigen Forschungsergebnisse voraus, aber auch die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse, um die besten Ergebnisse zu ermöglichen. Die Erleichterung des Einstiegs stellt ebenfalls Forderungen an die Therapieeinrichtungen und an die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten, aber sie muss auch die Erfahrungen und Vorbehalte der potentiellen Patienten berücksichtigen. Ein Konzept also, das sowohl die Interessen der Patienten wie auch die Interessen des öffentlichen Gesundheitswesens im Auge hat.

Was heisst: Qualitativ hochstehend ?

Zunächst heisst es optimale Chancen für eine befriedigende Entwicklung beim Patienten und für das Wohlergehen aller, gemessen an den Resultaten der Therapie. Also evidenzbasierte gute Praxis einerseits, patientenfreundliche Ausgestaltung andererseits.

Evidenzbasierte gute Praxis

die Zahl der Forschungsarbeiten zu OST ist unübersichtlich geworden, und die einzelnen Arbeiten sind auch von Qualität und Praxisrelevanz her sehr unterschiedlich. Das schuf ein Bedürfnis nach zusammenfassenden kritischen Darstellungen der belegten Kenntnisse. Im Bereich der Substitutionsbehandlungen beschränke ich mich hier auf die von einer internationalen Expertengruppe der Weltgesundheitsorganisation WHO erarbeiteten Richtlinien (WHO 2009) sowie auf die von der

Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin publizierten Richtlinien (SSAM 2012). Methodisch anspruchsvolle Reviews von Suchtbehandlungen finden sich auf den Internetseiten der Cochrane Collaboration (Cochrane library) und der Campbell Collaboration (Campbell library). Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass es auch Darstellungen der Minimalanforderungen für eine gute Praxis gibt, da die Maximalanforderungen nicht überall erfüllbar sind; Beispiele dafür stammen von der WHO sowie von einem Europäischen Forschungsprojekt (Uchtenhagen & Schaub 2011).

Die WHO Richtlinien (WHO 2009) enthalten 25 ‚best practice‘ Empfehlungen und 24 Minimalanforderungen sowie eine Zusammenfassung der Standardanforderungen und besonders wichtigen Empfehlungen. Ausserdem gibt es Hinweise auf die jeweilige Evidenzbasis und deren Qualität. Die Minimalanforderungen wurden im Hinblick darauf formuliert, dass nicht überall ausreichend Ressourcen für eine optimale Versorgung vorhanden sind. Wer sich um eine evidenzbasierte gute Praxis in der Substitutionsbehandlung bemüht, kommt nicht darum herum, sich dieses Werk anzusehen.

Als Beispiel einer neueren deutschsprachigen Therapierichtlinie sei diejenige der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin genannt (SSAM 2012). Sie geben eine detaillierte Übersicht über alle Aspekte der Behandlung, ihre wissenschaftlichen Unterlagen und ethischen Aspekte. Die Empfehlungen beruhen auf der neueren Forschung seit 2007 und gelten bis 2017, dann wird eine Aktualisierung fällig. Diese Richtlinien dienen einer flächendeckenden, qualitativ optimalen medizinischen Versorgung Opioidabhängiger, der Weiterentwicklung kantonaler Richtlinien, der Koordination medizinischer und nichtmedizinischer Unterstützungsmassnahmen sowie einer angemessenen Finanzierung durch die Krankenversicherung.

Zu den wichtigsten Standards gehören ausreichende Dosierung des Substitutionsmittels, ausreichende individuelle Dauer der Behandlung und institutionelle Vernetzung mit anderen Diensten, um alle Therapie- und Beratungsbedürfnisse abdecken zu können.

Der jüngste Versuch, Minimalanforderungen an die Suchtbehandlung allgemein zu erarbeiten, wurde in einem Projekt der Europäischen Kommission unternommen. Aus den relevanten nationalen und internationalen Richtlinien wurden Listen von Standards für Interventionen, Therapieeinrichtungen und therapeutische Netzwerke/Systeme erstellt mit Angabe ihrer Evidenzbasis. Diese Listen wurden in einer breiten Vernehmlassung Experten aus allen Europäischen Ländern unterbreitet mit der Aufforderung Angaben zu machen darüber, ob die einzelnen Standards als Minimalstandards gelten sollen, ob sie bereits im jeweiligen Land akzeptiert sind oder ob ihre Einführung möglich wäre. Zustimmung durch mindestens 80% der befragten Experten führte zu einer Liste von insgesamt 22 Minimalstandards für die Behandlung und Rehabilitation. Von besonderem Interesse ist hier, dass fast durchwegs weniger als die Hälfte der Länder diese Minimalanforderungen bereits eingeführt haben und dass ein Drittel der Minimalanforderungen für die Behandlung im Gefängnis nicht akzeptiert sind (Uchtenhagen & Schaub 2011).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sehr wohl bekannt ist, wie Substitutionsbehandlungen wissenschaftlich und ethisch korrekt durchzuführen sind, dass es aber um die Umsetzung in die Praxis noch nicht zum Besten steht. Es gibt noch viel zu tun! Und bei ca. 670'000 Substituierten in Europa (EMCDDA 2010) ein dringliches Anliegen!

Patientenfreundlichkeit

Die evidenzbasierte gute Praxis ist aber nur die eine Seite der Medaille. Es gibt Aspekte der Patientenfreundlichkeit, die ebenso zu berücksichtigen sind, wenn die Behandlung unter verantwortbaren Bedingungen durchgeführt werden und zu guten Resultaten führen soll. Dazu gehören einerseits die Patientenrechte, andererseits Erkenntnisse dazu, was für die Patientenzufriedenheit von Belang ist.

Für die Rechte von Substitutionspatienten gibt es eine umfassende Darstellung unter dem Titel „Medication Assisted Treatment Patient's Rights“; sie beruhen auf den Richtlinien für die Akkreditierung von Substitutionsbehandlungen in den USA (SAMHSA 2012). Ihre Prinzipien

betreffen nicht nur umfassende Information und schriftliche Zustimmung zur Behandlung, die Ausrichtung auf individuelle Bedürfnisse und Situationen (auch für Reisen), sondern auch die Vertraulichkeit der Patientendaten und sogar das Einholen und Berücksichtigen von Erfahrungen und Stellungnahmen der Patienten. Darauf gestützt werden 14 detaillierte Rechte formuliert, die von einer Reihe von Organisationen anerkannt sind. Zu den Rechten gehören z.B. minimale Einschränkungen bei der Abgabe, regelmässige gemeinsame Revision des Behandlungsplans, ein Recht auf Kopie der Krankenakten, Überweisung an eine andere Stelle bei Nichtaufnahme oder bei Ausschluss.

Die Berücksichtigung von Patientenzufriedenheit gehört heute zu den Elementen guter Praxis in der Medizin (Cleary & Edgman-Levitan 1997, Sitzia & Wood 1997) Untersuchungen zur Zufriedenheit von Substitutionspatienten haben eine Relevanz der folgenden Faktoren festgestellt: empathische Einstellung der Mitarbeitenden, flexible Öffnungszeiten und Abgabemodalitäten (De los Cobos et al 2002), Teilhabe an therapeutischen Entscheidungen (Kehoe & Wodak 2004; Trujols et al 2012), umfassende Abklärung der individuellen Bedürfnisse und deren Berücksichtigung (Friedman et al. 2004), genügend Zeit für die einzelnen Patienten (Casalboni & Saponaro 2004). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Verweildauer und Therapieergebnissen ist noch nicht sicher nachweisbar, wohl aber spielt die Zufriedenheit eine grosse Rolle für die Lebensqualität der Betroffenen.

In diesem Zusammenhang sind auch die Äusserungen zu beachten, die von Substitutionspatienten stammen. Dazu gehören die systematische Erhebung von Patientenerfahrungen in England (NHS 2011), Berichte aus Fokusgruppen mit Patienten in Kanada (Fischer et al 2002) und der eindrückliche Band „User Voices“ (EMCDDA 2012). Nachdenklich machen Zitate von der website AddictionTreatment Forum: „als Methadonpatient fühlt man sich bestraft“ oder „eine Dosis Erniedrigung wird mit dem Methadon mitgeliefert“ (ATF 1999).

Zusammenfassend lässt sich auch hier feststellen: es ist wohl bekannt, was eine Substitutionsbehandlung patientenfreundlich macht, aber die

Umsetzung in die Praxis bedarf vielenorts noch und fortlaufend grosser Anstrengungen.

Was heisst: Leichter Einstieg?

Hier ist das Ziel eine optimale Erreichung derer, die eine Substitutionstherapie brauchen. Dazu gehört wiederum zweierlei: entsprechende Voraussetzungen seitens der Therapieeinrichtungen und ihrer Rahmenbedingungen einerseits, das Ernstnehmen von Patientenbedenken und Informationsmängeln andererseits.

Niederschwelligkeit

Substitutionstherapie soll keine unnötigen Zugangshemmnisse aufweisen. Lange Wartezeiten bis zur Aufnahme sind kontraproduktiv; Patienten verlieren ihre Motivation oder erleben den Zeitpunkt der Aufnahme gar nicht mehr (Maddux et al 1995). Diskriminierende Aufnahmebedingungen (nicht während der Schwangerschaft, keine psychiatrische Komorbidität, keine Delinquenz, keine Mehrfachabhängigkeit, keine vorherig gescheiterten Abstinenztherapien, hohes Mindestalter etc.) entbehren jeder wissenschaftlichen Begründung und sind nicht vertretbar. Die Behandlung soll auch nicht an finanziellen Hürden scheitern.

Psychosoziale Begleitbetreuung muss angeboten werden für jeden Patienten, der es braucht, soll aber keine Bedingung sein. Medizinisch stabilisierte und sozial ausreichend integrierte Patienten beispielsweise riskiert man bei einem Obligatorium zu verlieren. Bewährt haben sich auch für Einsteiger Substitutionsformen ohne Betreuungsaufgaben und sogar ohne obligate Urinkontrollen, wenn dafür auf Mitgaben verzichtet wird; hat sich ein Vertrauensverhältnis eingestellt, kann auf ein strukturiertes Programm übergegangen werden.

Ein positives Image der Substitutionsbehandlung in Öffentlichkeit und Politik ist eine weitere Voraussetzung für die Akzeptanz und Nutzung durch Patienten sowie für die Akzeptanz der Substitutionspatienten als Nachbarn, Arbeitnehmer, Kollegen. Dazu bedarf es einer aktiven Informationspolitik, der Umsetzung von Behandlungserfahrungen für

Behörden und Medien, insbesondere braucht es ein Angehen weit verbreiteter Vorurteile und Fehlmeinungen.

„Abholen“ der Patienten

Es ist ein Fehler, nur darauf zu warten, bis sich jemand zur Therapie meldet, und sich nicht um die anderen zu kümmern. Eine Mehrzahl der Suchtkranken ist ambivalent; sie haben unter den Folgen zu leiden, aber sie haben nicht den Mut sich einer Therapie zu stellen, oft auch aufgrund früherer negativer Erfahrungen. Gassenarbeit – „outreach work“ – mit aktivem Aufsuchen unbehandelter Suchtkranker kann den auch auf der Gasse oft zu hörenden negativen Einstellungen zur Substitution entgegenwirken und durch einfache Hilfeleistungen Vertrauen herstellen. Menschen mit gescheiterter Therapie finden sich auf der Gasse viel häufiger als erfolgreich Behandelte. Gute Sachinformation und andere vertrauensbildende Massnahmen müssen dem entgegenwirken (siehe auch McCance-Katz et al. 2002).

Aber auch das genügt nicht. Einfache Dinge wie eine freundliche Atmosphäre und gute Stimmung im Warteraum, ein Minimum an bürokratischen Aufnahmeverfahren, das Beantworten aller Fragen eines Neulings können entscheidend sein, wenn der Betreffende erst einmal den Weg in die Einrichtung gefunden hat. Bei der Abklärung haben die Anliegen bezüglich Unterkunft und Beschäftigung einen besonders hohen Stellenwert für die erfolgreiche Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen (Friedman et al. 2004). Und natürlich ist es unumgänglich alle Therapieoptionen vorzustellen und zu diskutieren, nicht nur die eigenen Angebote.

Zusammenfassend sind alle Vorkehren und Bemühungen, dem Patienten den Entschluss in Therapie zu gehen, als Ergänzung durch qualifizierten Durchführung der Behandlung von grosser Bedeutung – im Interesse der Patienten und ihres Umfeldes ebenso wie im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens.

Literatur

ATF (1999). Addiction Treatment Forum vol. VIII (www.atforum.com)

Campbell library (www.campbellcollaboration.org/library)

Casalboni D, Saponaro A (2004). Come gli utenti valutano un servizio tossicodipendenze. Cinque anni di dati a confronto. Unpublished research report.

Cleary PD, Edgman-Levitan S (1997). Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA* 278:1608-1612

Cochrane library www.thecochranelibrary.com

De los Cobos JP, Fidel G, Escuder G, Haro G, Sanchez N, Pascual C, Valderrama JC, Valero S, Trujols J (2004). A satisfaction survey of opioid dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Dependence* 73:307-313

EMCDDA (2010). Annual Report of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon

Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D (2002). Canadian Illicit Opiat User's Views On Methadone And Other Opiate Prescription Treatment: An Exploratory Qualitative Study. *Substance Use & Misuse* 27:495-522

Friedman PD, Hendrickson JC, Gerstein DR, Zhang Z (2004). The effect of matching comprehensive services to patient's needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction* 99:962-972

Kehoe P, Wodak A (2006). Patient satisfaction in a NSW public opioid pharmacotherapy clinic: measurement and responses. NDARC Technical Report No. 194

McCance-Katz

Maddux JF, Desmond DP, Esquivel M (1995). Rapid admission and retention on methadone. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 21:533-547

NHS (2011). National Health Service Patient Experience Framework. NHS National Quality Board, Department of Health, Gateway Reference Number 17273

SAMHSA (2012). CSAT Guidelines for the Accreditation of Opioid Treatment Programs (www.samhsa.gov)

SSAM (2012). Medizinische Empfehlungen für substituionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, Bern

Sitzia J, Wood N (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 45:1829-1843

Trujols J, Garijo I, Siñol N, Del Pozo J, Portella MJ, Pérez de los Cobos J (2012). Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: the relevance of participation in treatment and social functioning. *Drug Alcohol Dependence* 123:41-47

Uchtenhagen A, Schaub M (2011). Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUS. Final Report. www.isgf.ch

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organisation, Geneva

Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D (2002). Canadian Illicit Opiat User's Views On Methadone And Other Opiate Prescription Treatment: An Exploratory Qualitative Study. *Substance Use & Misuse* 27:495-522

Friedman PD, Hendrickson JC, Gerstein DR, Zhang Z (2004). The effect of matching comprehensive services to patient's needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction* 99:962-972

Kehoe P, Wodak A (2006). Patient satisfaction in a NSW public opioid pharmacotherapy clinic: measurement and responses. NDARC Technical Report No. 194

McCance-Katz

Maddux JF, Desmond DP, Esquivel M (1995). Rapid admission and retention on methadone. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 21:533-547

NHS (2011). National Health Service Patient Experience Framework. NHS National Quality Board, Department of Health, Gateway Reference Number 17273

SAMHSA (2012). CSAT Guidelines for the Accreditation of Opioid Treatment Programs (www.samhsa.gov)

SSAM (2012). Medizinische Empfehlungen für substituionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin, Bern

Sitzia J, Wood N (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 45:1829-1843

Trujols J, Garijo I, Siñol N, Del Pozo J, Portella MJ, Pérez de los Cobos J (2012). Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: the relevance of participation in treatment and social functioning. *Drug Alcohol Dependence* 123:41-47

Uchtenhagen A, Schaub M (2011). Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS. Final Report. www.isgf.ch

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organisation, Geneva

Anhang

ReferentInnen und ModeratorInnen

Priv. Doz. Dr. med. **Markus Backmund**

1. Vorsitzender der Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) e.V.

Tal 9, Rgb; 80331 München

Tel.: 089/4522856-0; Fax: 089/4522856-22;

markus.backmund@p-i-t.info

Prof. Dr. oec. Dr. phil. habil. **Gundula Barsch**

Hochschule Merseburg, Fachbereich „Soziale Arbeit, Medien und Kultur“

Geusaer Strasse; 06 217 Merseburg

gundula.barsch@hs-merseburg.de

Max Bitterli

Berner Contact-Arbeitsprojekte

Monbijoustr. 70; CH-3000 Bern 23

Tel 0041313808481; Fax 031 378 22 25

www.contactnetz.ch ; max.bitterli@contactmail.ch

Dr. med. **Jochen Brack**

Praxis für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Forensische Psychiatrie
und Suchtmedizin;

Grubessallee 1; 22143 Hamburg-Rahlstedt

Tel.: 040 – 643 08 44; Fax: 040 – 643 99 91;

info@np-rahlstedt.de

Dr. phil. **Daniel Deimel**

Fachhochschule Köln; Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

Ubierring 48; 50678 Köln;

daniel.deimel@fh-koeln.de

Dr. med. **Katrin Gabriel**

Psychologin/Psychotherapeutin; Asklepios Klinik Nord/Ochsenzoll

Langenhorner Chaussee 560; 22419 Hamburg

Tel. 040 – 1818 8725 24; 040/1818-870;
k.gabriel@asklepios.com

Mathias Häde

JES Bundesverband
Kurze Str. 25, 33613 Bielefeld;
mhaede@jesbielefeld.de

Max Hopperdietzl

Mudra e.V.,
Sturmstraße 8, 90478 Nürnberg;
Tel. 0911 8150-200;
max.hopperdietzel@mudra-online.de; www.mudra-online.de/

Dr. Konrad Isernhagen

Gemeinschaftspraxis Gotenring;
Gotenring 27; 50679 Köln
isernhagen@pfa-koeln.de

Urs Köthner

akzept Vorstand; Dipl.-Sozialpädagoge
Wisthoffweg 28; 45139 Essen;
ukoethner@aol.com

Hans-Günter Meyer-Thompson

dgs-info, Redaktion
p.a. Ambulanz Altona, ProVivere Hamburg GmbH, Ärztlicher Leiter
Holstenstrasse 115; D 22765-Hamburg;
MeyerThompson@AOL.com

Dr. Thomas Peschel

FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Heroinambulanz
Wackenbergrasse 84; 13156 Berlin
Tel: 030/475 316 82
thomas.peschel@email.de

Dr. Thomas Poehlke

Bohlweg 66; D-48147 Münster
0251- 6743833 (Praxis); praxis.poehlke@web.de

Prof. Dr. Fritz Pragst

Institut für Rechtsmedizin, Abt. Forensische Toxikologie
Turmstraße 21, Haus N, 10559 Berlin
Tel.: +49 30 450 525041; Fax: +49 30 450 525904;
fritz.pragst@charite.de

DSA Dipl.-Päd. Georg Preitler

Sozialarbeiter, Leitung Konnex Sucht- und Drogenkoordination Wien
GmbH. Abteilung Liaisondienste, Modecenterstraße 16 / Erdgeschoß
Eingang: Döblerhofstraße 10A, 1030 Wien
Tel.: (+43 1) 4000 87386; Fax.: (+43 1) 4000 99 87380
www.drogenhilfe.at ; georg.preitler@sd-wien.at

Dr. Irmgard Render

Justizministerium Nordrhein-Westfalen - Referat IV B 2 -
Martin-Luther-Platz 40; 40190 Düsseldorf
Tel.: 0211/8792-400, Fax: 0211/8792-455
www.jm.nrw.de ; irmgard.render@jm.nrw.de

Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Referent für Drogen und Strafvollzug;
Abteilungsleitung Strukturelle Prävention 2
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin; Tel. 030 690087-56
www.aidshilfe.de ; dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. Heino Stöver

akzept Vorstand;
Fachhochschule Frankfurt, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt
T.: +49 69 1533-2823 oder /-2819
www.isff.de ; www.fh-frankfurt.de/stoever ; hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Prof. Dr. **Ambros Uchtenhagen**
Konradstr. 32. CH-8005 Zürich
Ambros.uchtenhagen@isgf.uzh.ch

Dr. **Rainer Ullmann**
Ophagen 15, 20257 Hamburg;
r.ullmann@gmx.de

Dr. med. **Christiane Weimann-Schmitz**
Gebietsleiterin pima-mpu GmbH
Königstr. 20; D-70173 Stuttgart
Telefon 0711 2846863; Telefax 0711 2539528
dr.weimann-schmitz@web.de

Dr. **Theo Wessel**
GVS Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Altensteinstraße 51, 14195 Berlin-Dahlem;
Wessel@sucht.org

Veranstalter

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)



Programmkomitee

Dirk Schäffer (DAH), PD Dr. Markus Backmund (DGS), Prof. Dr. Norbert Scherbaum (DGPPN), Mathias Häde (JES Bundesverband), Prof. Dr. Heino Stöver (akzept e.V.)

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit

Impressum

Herausgeber
akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und
humane Drogenpolitik

Redaktion
Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

Umschlag und Innentitel
Katja Fuchs, Mainz

Gestaltung und Satz
Christine Kluge Haberkorn

Druck
Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Inh. René Dressler, Berlin

Bestellungen:
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.org

© Alle Rechte bei den Autoren bzw. akzept
Berlin, März 2013

ISBN 978-3-98 13890-5-0