

CaSu Projektarbeitsgruppe Substitution

Zwischenbericht

work in progress Stand Oktober 2012

Die Projektarbeitsgruppe (PAG) Substitution wurde auf Anregung der CaSu-AG Drogenhilfe ins Leben gerufen, um Orientierungen und Empfehlungen zur Substitutionspraxis der CaSu zu entwickeln.

Mitglieder der PAG sind: Volker Biermann, SKM Köln · Katharina Braun, AGJ/KOBRA Müllheim · Werner Heinz, JJ/SHZ Bleichstraße & Heroinambulanz Grüne Straße Frankfurt · Richard Lipold, Caritas Substitutionsambulanz München · Andrea Scheiblich, SKM Köln/ Meream Substitutionsambulanz · Pia Sohns-Riedl, JJ/ZJS Hochtaunuskreis Bad Homburg.

Die Projektarbeitsgruppe konstituierte sich am 19.9.2011 und führte insgesamt vier Arbeitstreffen in der Geschäftsstelle JJ in Frankfurt durch.

In einem ersten Schritt wurden Informationen und Erfahrungen zusammengetragen und modellhafte Lösungen aus der Praxis der substitutionsgestützten Drogenhilfe in CaSu-Einrichtungen bzw. den von ihnen versorgten Regionen gesammelt und bewertet.

Am 20.04.2011 in Frankfurt veranstaltete die PAG einen Fachtag „Substitution“ mit 40 Vertreterinnen und Vertretern aus stationären und ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen der CaSu. Auf der Grundlage einer Präsentation praxisrelevanter Ergebnisse der PREMOS-Studie durch Prof. Dr. Bühringer wurden der Entwicklungsstand und Entwicklungsaufgaben der substitutionsgestützten Drogenhilfe aus der Perspektive der Rehabilitation einerseits sowie aus der Perspektive von ambulanter Suchtbegleitung mit dem Focus auf Harm-Reduction und psychosozialer Integration diskutiert.

Der nachstehende Bericht fasst erste Ergebnisse und den Diskussionsstand der Arbeitstreffen sowie des Fachtags zusammen – als Zwischenbilanz eines Klärungs- und Entwicklungsprozesses, der nun in den Fachgruppen der CaSu fortgesetzt werden soll.

Der Text spiegelt die in der PAG diskutierten (d.h. die vor Ort in der Alltagspraxis der Mitglieder relevanten) Themen wider – er erfüllt keineswegs die Anforderungen einer systematischen und umfassenden Stellungnahme zur Praxis der Substitutionstherapie.

Arbeitsauftrag

Aus Sicht der PAG besteht kein Bedarf, die z.T. hervorragenden Standards und Stellungnahmen verschiedener Fachverbände und Institutionen um weitere Grundsatzpapiere zu ergänzen.

Stattdessen wird die PAG Probleme und grundsätzliche Entwicklungsaufgaben benennen und Empfehlungen zur Konzeption und Praxis in CaSu-Einrichtungen erarbeiten.

In Fortsetzung der in der PAG und am Fachtag „Substitution“ geführten Diskussion wird im Herbst 2012 ein weiterer Fachtag „Substitution und Medizinische Rehabilitation“ vorbereitet.

Im Frühjahr 2013 wird der Themenkomplex „Substitution – Chronifizierung – Psychiatrische Comorbidität“ Gegenstand eines dritten CaSu-Fachtags in dieser Veranstaltungsreihe sein.

Die PAG bietet an, für die CaSu den Austausch von Modellen und Beispielen für „best

practice“ sowie geeignete Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Substitutionstherapie und psychosozialen Begleitung tätig sind, zu organisieren.

Frankfurt, den 15.10.2012
Werner Heinz

GRUNDSÄTZLICHES ZUR EINLEITUNG

Opiatabhängigkeit ist eine chronische, besonders komplexe, schwerwiegende und komplikationsreiche Form psychischer Störungen.

Sowohl in der Abstinenztherapie als auch in der Substitutionstherapie besteht zwingend ein langfristiger (bei vielen Patienten möglicherweise lebenslanger) Behandlungs- und Hilfebedarf in zahlreichen Lebens- und Funktionsbereichen – auch jenseits der unmittelbaren Ziele einer abhängigkeitsfokussierten Therapie und unabhängig davon, ob diese auf Abstinenz basiert oder substituionsgestützt durchgeführt wird. In der Regel ist dabei eine abgestimmte Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen (Psychologie, Psychiatrie, Suchtmedizin, Sozialarbeit) unverzichtbar.¹

Die Substitutionstherapie hat sich zur First-Line-Behandlungsoption bei Opiatabhängigkeit entwickelt.

Die Entgegensetzung von Substitutionstherapie versus Abstinenzorientierung ist fachlich obsolet.

Die Opiatsubstitution hat sich seit Anfang der 1990er Jahre, ausgehend von einer im Ausnahmefall bei schwerer Comorbidität und nach gescheiterten Abstinenztherapien indizierten Second-Line-Behandlung zu einer Regelbehandlung der Opiatabhängigkeit entwickelt.

De facto tendiert die Substitutionstherapie inzwischen zur First-Line-Therapie, die zunehmend v o r und anstelle einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird.

Befunde der Suchtforschung

Die Wirksamkeit der Opiatsubstitution ist bestätigt.....

Nach internationalem Forschungsstand wird die Substitutionstherapie als wissenschaftlich gut erprobte, wirksamste und sicherste zugelassene Therapieform der Opioidabhängigkeit betrachtet. (PREMOS-Studie).

Es wird ihr eine hohe Wirksamkeit für die überwiegende Mehrzahl der substituierten Opiatabhängigen bestätigt hinsichtlich

- der Haltequote,
- der primären Behandlungsziele (Sicherung des Überlebens, Gesundheitliche Stabilisierung und die Behandlung somatischer Begleiterkrankungen, Reduktion des Gebrauchs von Opiaten, Reduktion der drogenbezogenen Delinquenz, Verbesserung der Wohnsituation und der basalen Lebensumstände),
- der Verringerung des Schweregrades der Abhängigkeit (ASI) sowie
- Verbesserungen in relevanten Störungsbereichen².

...aber wesentliche qualitative Anforderungen werden in der Praxis der Opiatsubstitution überwiegend nicht eingelöst

In der Bewertung der Praxis der Langzeitsubstitution gelangt die PREMOS-Studie jedoch zu einer sehr kritischen Bewertung hinsichtlich

- der Wirksamkeit für die Verbesserung der psychischen Comorbidität und damit assoziierter schlechter Behandlungsverläufe und hochgradiger psychosozialer Belastungen

¹ vgl. PREMOS-Studie: Wittchen, Bühringer, Rehm: **Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments**, veröffentlicht in *Suchtmedizin* Band 13, Nr.5(2011)

download unter:

http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/publikationen/1_PREMOS_sfp_13_5_DRUCK_FinalVersion.pdf

² PREMOS, S. 288

Hier nahm der Anteil der Patienten bei einigen Einzeldiagnosen sogar noch zu und die Werte für die wichtigsten Störungen waren nach sechs Jahren unverändert hoch
Der Anteil von in der Lebensqualität schwer beeinträchtigten Personen aus dieser Gruppe steigt und auch die somatische Morbidität zeigt bis auf eine Besserung der HCV-Symptomatik keine Besserung.

- *der Realisierung einer dem Schweregrad und der Komplexität der überwiegend chronischen Störungsbilder angemessenen Behandlung.*
Die Behandlungsintensität ist angesichts der Komplexität der Problemlagen außerordentlich gering und entspricht nicht dem Bedarf bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten
- *einer Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit und tatsächlicher Nutzung der psychosozialen Betreuung*
Es gelingt offensichtlich besonders in schlecht versorgten Gebieten oft nicht, dem jeweiligen psychosozialen Hilfebedarf in einer mehrjährigen Substitution patientengerecht zu entsprechen.

Konsequenzen und Empfehlungen aus der PREMOS-Studie

Die Autoren der PREMOS-Studie leiten aus ihren Befunden „vordringlich eine Anpassung der Versorgungsstrukturen und -konzepte sowie der gesetzlichen Bestimmungen an die Behandlungsprinzipien einer chronischen Erkrankung“ ab.
Dazu gehören u.a.

- *die Erprobung integrierter Versorgungsmodelle*
- *gezielte Verbesserungen der Behandlung für ausgewählte Störungsbereiche (psychische Störungen) und Problemgruppen*
- *eine Einbindung von Psychiatern/Psychotherapeuten in die Versorgung Opiat-abhängiger mit psychiatrischer Comorbidität sowie*
- *eine Ergänzung der Regelungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, substitions-gestützte Rehabilitation offensiv zu fördern sowie*
- *Regelungen zur langfristigen Betreuung von Substituierten.*³

SUBSTITUTIONSTHERAPIE – BEHANDLUNGSSTANDARDS UND KOOPERATIONS-STRUKTUREN

ENTWICKLUNGSSTAND NACH ZWEI JAHRZEHNEN PRAXIS

Fehlanpassungen in den Versorgungsstrukturen und Finanzierungsgrundlagen führen zu einer suchtmmedizinischen Engführung der Substitutionspraxis.

Mit der Substitutionstherapie etablierte das Gesundheitswesen eine eigene Versorgungsstruktur, weitgehend parallel und unverbunden neben der in medizinischer Rehabilitation und Eingliederungshilfe verankerten Suchthilfe. In der Regie und Verantwortung niedergelassener Ärzte beschränkt sich die Substitutionspraxis überwiegend auf die Vergabe einer Substitutionsmedikation, verbunden mit ärztlicher Beratung und einer deutlich verbesserten allgemeinärztlichen, z.T. auch fachärztlichen medizinischen Versorgung.

Auf diese Weise wird die medizinische Grundversorgung für Opiatabhängige sichergestellt und darüber hinaus eine weitreichende Entdramatisierung in ihrer Lebenssituation erzielt.

Die für eine nachhaltige Verbesserung der psychischen Situation und sozialen Integration von psychiatrisch comorbiden und sozial beeinträchtigten Langzeitabhängigen erforderliche interdisziplinäre Abstimmung von Medizin, Psychiatrie, Suchttherapie und Sozialarbeit wird in dieser Versorgungsstruktur überwiegend nicht geleistet.

³ Bühringer, Vortrag beim CaSu-Fachtag Substitution, 20.4.2012 in Frankfurt

Das Unterlaufen von Leitlinien und Behandlungsstandards ist in substituierenden Arztpraxen eher die Regel als die Ausnahme.

Die Durchsetzung von Behandlungsrichtlinien wird weder von den Ärztekammern noch den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Landesbehörden ernsthaft kontrolliert.

„Graue Substitution“ auf Privatrezept erfolgt gänzlich außerhalb der Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Suchthilfeeinrichtungen berichten über einen weit verbreiteten grenzwertigen Umgang mit den Verschreibungs- und Vergaberegeln.

Substitutionsambulanzen berichten über umfängliche Abwanderung von Patienten in ärztliche „Schwerpunktpraxen“ aufgrund der dort praktizierten „Dumping-Strategien“ im Umgang z.B. mit der Take-Home-Verschreibung von Substitutionsmitteln ohne Beachtung von rechtlichen Vorschriften und Behandlungsstandards / und niedriges Kontrollniveau und hohe Akzeptanz gegenüber Beikonsum)

Die Kooperation von Medizin und Suchthilfe ist defizitär

Zwar verpflichten die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, die Leitlinien der Ärztekammern sowie die Regelwerke der gesetzlichen Krankenversicherungen zur umfassenden Therapieplanung unter Einbezug der notwendigen psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen und Hilfen. De facto erfolgt eine Zusammenarbeit zwischen substituierenden Arztpraxen, professioneller Suchthilfe und der psychiatrischen Versorgungsstruktur jedoch nur in Ausnahmefällen.

Die Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist in der Regel kaum geeignet, Standards einer qualifizierten und kooperativen Behandlungsplanung durchzusetzen. Im Gesundheitswesen selbst entwickelte Initiativen und Maßnahmen zur Sicherstellung einer qualifizierten interdisziplinären Kooperation beschränken sich auf einzelne „Leuchtturmprojekte“ (Beispiel „Clearingstelle Substitution“ bei der Landesärztekammer Berlin).

Nach der Wahrnehmung und den Erfahrungen der PAG gingen und gehen Initiativen zur interdisziplinären Kooperation fast ausschließlich von Trägern und Einrichtungen der Suchthilfe aus und treffen durchgängig auf sehr begrenzte Resonanz bei substituierenden Arztpraxen.

Versuche, eine Infrastruktur für qualifizierte substitutionsgestützte Drogenhilfe durch Kooperationsverbände von Suchtberatungsstellen und Arztpraxen zu entwickeln, sind überwiegend gescheitert.

Als Gründe für das Scheitern von Kooperationsinitiativen werden genannt

Kooperationszeiten und Kooperationsleistungen der Arztpraxen werden nicht vergütet – die Kooperation erfolgt nicht als Regelleistung, sondern beruht, wenn sie denn stattfindet, auf „idealistischem“ fachlichem und persönlichem Engagement der kooperierenden Ärzte.

Auch niedergelassene Ärzte, die an eine Kooperation mit psychosozialen Diensten und Fachstellen der Suchthilfe interessiert sind, haben aufgrund der hohen von ihnen zu betreuenden Patientenzahlen kaum Kapazitäten für Kooperation.

Differenzen im Krankheits- und Behandlungsverständnis zwischen Medizin und Suchttherapie erschweren die Zusammenarbeit in der Fallführung.

Referenzmodell Substitutionsambulanz

Eine ernstzunehmende und fachlich angemessene Kooperation von Medizin und Suchthilfe beschränkt sich bisher weitgehend auf spezialisierte Ambulanzen. Substitutionsambulanzen sind insofern derzeit das wichtigste Referenzmodell für eine interdisziplinäre substitutions- bzw. medikamentengestützte Suchtbehandlung.

Allerdings sind Ambulanzen im Gesundheitswesen nur ausnahmsweise zur Sicherstellung der Versorgung vorgesehen und nur unter besonderen Umständen und Kautelen akzeptiert. Aspekte der Qualität spielen dabei eine untergeordnete Rolle.

Mit Unterstützung der Landes- und Kommunalpolitik - teilweise auch in Kooperation oder auf Initiative von Kliniken - war es möglich, in den meisten Großstädten spezialisierte Substitutionsambulanzen zu errichten.

Teilweise wurden diese angegliedert an Psychiatrische Kliniken oder Entgiftungsstationen. In Trägerschaft der Suchthilfe wurden Substitutionsambulanzen integriert in Suchtberatungsstellen, u.U. auch in Suchthilfezentren, die abstinentorientierte Therapie, medizinische Rehabilitation und Opiatsubstitution unter einem Dach zusammenführen. Von besonderer Bedeutung für die Versorgung von hoch belasteten Abhängigen sind Substitutionsambulanzen, die in Einrichtungen der Krisen- und Überlebenshilfen integriert auch den Zugang zu elementaren lebenspraktischen Hilfen herstellen.

KOOPERATIONSSTRUKTUREN UND BEHANDLUNGSSTANDARDS

EMPFEHLUNGEN

Die Entwicklung von Kooperationsstrukturen und die systematische Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Suchthilfe ist eine zwingende Voraussetzung für die qualifizierte Behandlung der komplexen, mit der Opiatabhängigkeit assoziierten somatischen, psychischen und sozialen Störungsbilder.

Darüber hinaus gilt es, der seit Etablierung der Substitution als Regelbehandlung fortschreitenden Separierung der Hilfesysteme entgegenzuwirken.

Die CaSu sollte diesem strategischen Ziel hohe Priorität einräumen.

Aktivitäten der CaSu als Fachverband und Interessenvertretung

Die CaSu sollte in Abstimmung mit weiteren Fachorganisationen der Suchthilfe bei den Fachministerien, Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Aufsichtsbehörden der Länder auf die Umsetzung und Kontrolle der Vorschriften der BtMVV, der Leitlinien der Ärztekammern und Behandlungsstandards der DHS hinwirken

Darüber sollte die CaSu zusammen mit weiteren Fachorganisationen Einfluss nehmen auf eine Anpassung der Versorgungsstrukturen und -konzepte sowie die Anpassung gesetzlicher Bestimmungen an die Erfordernisse einer qualifizierten Substitutionstherapie.

Dazu gehören u.a.

- *die Erprobung integrierter Versorgungsmodelle*
- *gezielte Verbesserungen der Behandlung für ausgewählte Störungsbereiche (psychische Störungen) und Problemgruppen*
- *eine Einbindung von Psychiatern/Psychotherapeuten in die Versorgung Opiatabhängiger mit psychiatrischer Comorbidität sowie*
- *eine Ergänzung der Regelungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, substitutionsgestützte Rehabilitation offensiv zu fördern sowie*
- *Regelungen zur langfristigen Betreuung von Substituierten.⁴*

Zur Vorbereitung könnten Modellprogramme angeregt und umgesetzt werden, die eine Verbesserung der integrierten Versorgung unter der Substitution sowie eine Weiterentwicklung der substitutionsgestützten medizinischen Rehabilitation bei Opiatabhängigkeit erproben und fördern.

⁴ Bühringer, CaSu-Fachtag Substitution, 20.4.2012 in Frankfurt

Aktivitäten der CaSu zur Förderung von Kooperationsstrukturen vor Ort

Auf der Träger- und Einrichtungsebene sollten trotz bestehender Widerstände und Schwierigkeiten entschiedene Aktivitäten zur Entwicklung einer fachgerechten Kooperation von Medizin und Suchthilfe entfaltet und unterstützt werden.

Neben Substitutionsambulanzen wurden beispielhafte Aktivitäten von CaSu-Einrichtungen zusammengestellt:

- *Integration von Substitutionsangeboten in Beratungsstellen und Eingliederungshilfen*
- *Kooperationsmodelle mit substituierenden Arztpraxen im Stadtteil oder in einer ländlichen Region, bei denen die Substitution oder eine gemeinsame Wochenendvergabe der Substitutionsmittel in den Räumen der Suchtberatung durchgeführt wird (Beispiele JJ Merianplatz, SHZ Wiesbaden)*
- *Interdisziplinäre Qualitätszirkel für substituierende Arztpraxen und Suchtberatungsstellen mit Zertifizierung durch die KV/LÄK (Beispiele JJ:ZJS im Wetteraukreis; ZJS im Main-Taunus-Kreis, SHZ Wiesbaden)*
- *Initiativen und Mitwirkung bei der ärztlichen Fortbildung (Akademie für ärztliche Fortbildung Hessen/ Curriculum Suchtmedizinische Grundlagen der LÄK Hessen)*
- *Psychosoziale Sprechstunden der Suchtberatungsstelle in Substitutionspraxen (Beispiele KOBRA/JJ).*

Die CaSu kann diese örtlichen Initiativen unterstützen durch

- *Modellberatung und Vermittlung von Knowhow zur Errichtung von integrierten Substitutionsambulanzen*
- *die Organisation eines Erfahrungsaustausches über Kooperationsverbünde und Kooperationsmodelle, und Organisation*
- *Fortbildungsveranstaltungen und Hospitationen.*

Grundsätzlich ist nicht zu erwarten, dass das Einklagen von Kooperationsbereitschaft oder eine Verbesserung von Kontrollen das Problem der fehlenden Kooperation lösen werden.

Wir sind der Auffassung, dass die Suchthilfe die Substitution, in welcher guten oder schlechten Qualität sie auch durchgeführt wird, als Chance betrachten sollte, eine viel größere Zahl von Betroffenen zu erreichen, als dies ohne die Substitutionsangebote möglich wäre.

Die CaSu Suchthilfe sollte sich deshalb darauf konzentrieren, für die Zielgruppe der Substituierten attraktive Angebote mit hohem Gebrauchswert in ihrer Lebenssituation zu entwickeln.

Dazu gehören psychoedukative Angebote, motivationale Interventionen, Eingliederungshilfen und Rückzugsmöglichkeiten, substitutionsgestützte ambulante und stationäre Rehabilitation, Skills-Training und soziales Kompetenztraining, Praktika zur Arbeitsintegration, Wohnprojekte und Kulturprojekte.

Viele derartige Angebote sind in Einrichtungen der CaSu oder angelehnt an sie, ausprobiert, in Betrieb, längst erprobt. Aufgabe der CaSu wäre es, diese Experimente und das in ihnen gewonnene Erfahrungswissen systematisch zu verbreiten und den Erfahrungsaustausch sowie die erforderliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter zu unterstützen.

SUBSTITUTION ALS STRATEGIE ZUR REDUKTION DER PROHIBITIONSFOLGEN

Positionierung der CaSu zu einer nicht therapeutisch orientierten Substitutionspraxis – Substitution als Variante einer „Kontrollierten Vergabe“ des Suchstoffes

„Soll die CaSu eine drogen- und gesundheitspolitische Einflussnahme auf die Regulierung der Opiatsubstitution anstreben?“

Diskussion

In Fachgesprächen insbesondere mit Vertretern der ausstiegs- und abstinenzorientierten Suchthilfe werden die gering strukturierte Substitutionspraxis von Arztpraxen aber auch „niedrigschwellige“ Konzepte der Opiatsubstitution, die Beigebrauch und schlechte Compliance der Patienten tolerieren, vielfach als institutionalisierte „Dealer-Struktur“ kritisiert, der mit weiteren Regulierungen und Qualitätskontrollen entgegen gewirkt werden müsse.

Nachvollziehbare Argumente aus dieser Perspektive sind, dass die bloße Abgabe von Methadon und eine ohne qualifizierte Suchttherapie/PSB durchgeführte Substitution eine weitere Verfestigung der Abhängigkeit und polytoxikomaner Konsummuster sowie die Chronifizierung der psychischen und sozialen Desintegration weiter verstärken kann und deshalb kontraindiziert sei.

Dieser Kritik kann aus der Perspektive einer „akzeptierenden“ Drogenhilfe und Drogenpolitik entgegengehalten werden, dass die ärztliche Abgabe von Substitutionsmitteln nicht nur als therapeutische Intervention, sondern auch als ein ordnungs- und kriminalpolitisch sinnvoller Modus der kontrollierten Abgabe von Opiaten Sinn machen kann: als Strategie zur Vermeidung oder Minderung von Prohibitionsfolgen durch Reduktion der Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution, Entkriminalisierung der Abhängigen bei der Beschaffung des Suchstoffes.

Empfehlung

Die CaSu sollte die positiven Wirkungen einer auf die Milderung oder Vermeidung der Prohibitionsfolgen zielenden Substitutionspolitik anerkennen – auch wenn diese nicht den Standards einer Suchttherapie gerecht wird.

Sie sollte jedoch betonen, dass der Verzicht auf suchttherapeutische und psychosoziale Interventionen und Betreuung für viele Abhängige die Gefahr der Chronifizierung deutlich erhöhen kann.

CaSu-Einrichtungen sollten komplementäre Projekte und Kooperationen initiieren, die den Anforderungen einer suchttherapeutisch-psychosozial begleiteten Substitutionstherapie gerecht werden. Ziel ist dabei die Verbesserung des Erreichungsgrades und der Wirkung von psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfeangeboten bei den Zielgruppen der „akzeptierenden“ Drogenhilfe.

Analog zu Modellprojekten der achtziger und neunziger Jahren könnten niedrigschwellige und suchtbegleitende Hilfeeinrichtungen auch außerhalb der Suchthilfe (Obdachlosenhilfe, Streetwork, Pflegedienste, Familienhilfen, tagesstrukturierende Hilfen und Beschäftigungsprojekte) qualifiziert werden, den Zugang zu diesen Zielgruppen zu verbessern. Dazu bedarf es Qualifikationen in motivierender Gesprächsführung sowie gezielter Anstrengungen zur Vernetzung von niedrigschwelliger Suchthilfe und lebenspraktischen Hilfen.

Modelle: SKM Köln, JJ: DND Elbestraße, Rödelheimer Bahnweg, Eschenbachhaus

ANFORDERUNGEN AN DIE KOOPERATION VOR ORT

Sollen CaSu-Einrichtungen Bedingungen für die Kooperation mit substituierenden Arztpraxen festlegen?

Sollen CaSu-Einrichtungen eine abgestimmte Kooperation der substituierenden Ärzte zur Bedingung für ihre Mitwirkung bei der psychosozialen Betreuung Substituierter machen?

Empfehlung:

Grundsätzlich stehen die Hilfeangebote von CaSu-Einrichtungen für alle Patienten – unabhängig von ihrer Teilnahme und Compliance in einer Substitutionstherapie – offen.

Auch wenn die durchführenden Ärzte nicht für eine Kooperation mit der Suchthilfe gewonnen werden, kann die Substitution die Chancen für suchtttherapeutische und psychosoziale Interventionen verbessern.

Die CaSu Einrichtungen sollten personelle Kapazitäten, angepasste Qualifizierungen und geeignete Interventionskonzepte bereitstellen, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe und Haltekraft zu verbessern: z.B. Motivationale Interventionen, KISS-Training, Skills-Training etc.)

ABSTINENZMOTIVIERUNG STATT ABSTINENZFORCIERUNG IN DER SUBSTITUTIONSTHERAPIE

Aus einigen Regionen wird berichtet, dass Ärzte, vor allem aber auch Vertreter der Krankenkassen in den Qualitätssicherungskommissionen die Fortsetzung einer Langzeitsubstitution als begründungspflichtige Abweichung von den Standards der Substitutionstherapie betrachten, wenn sie nicht auf das Abstinenzziel orientiert.

Die Rentenversicherungsträger definieren als Voraussetzung für die übergangsweise substituionsgestützte medizinische Rehabilitation ein realistisches und ggf. mit Abdosierungsplänen verbindlich angestrebtes Abstinenzziel.

In anderen Regionen oder Sektoren des Gesundheitswesens und der Suchthilfe scheint die Abstinenzorientierung als Alternative zur Substitution oder als Ziel in der Substitutionstherapie gänzlich aufgegeben zu sein.

Ist aus den Werthaltungen der CaSu das Abstinenzziel als wesentliches Ziel einer Substitutionstherapie in CaSu-Einrichtungen abzuleiten?

Diskussion

Weder die Vorschriften der BtMVV noch die Richtlinien der Bundesärztekammer machen hinsichtlich der Abstinenzorientierung und Abstinenzerrreichung eine verbindliche Vorgabe. Die Bundesärztekammer formuliert eine Zielhierarchie, die sich an den individuellen Gegebenheiten der Erkrankung und Behandlung zu orientieren hat.

Hinsichtlich der Abstinenzerrreichung gelangt die PREMOS-Studie zu dem Ergebnis:

- „Das Therapieziel langfristig stabiler Abstinenz (Opiatfreiheit) ist empirisch nicht haltbar - Abstinenz wird bestenfalls nur bei ca. 4-5% erreicht“
- „Abbrüche und regelhafte Beendigung werden gehäuft von Einrichtungen mit ausgeprägter ‚Abstinenzorientierung‘ gemacht
- Diese Einrichtungen erzielen keine besseren, sondern schlechtere Ergebnisse Erhöhte Mortalität, instabiler Verlauf - erhöhte Zahl massiver Rückfälle (Kontaktabbruch) und bei Dosisreduzierung erhöhter Beigebrauch – vermehrt kritischer Beigebrauch⁵

Empfehlung

Die Ziele der Substitutionstherapie orientieren sich, wie Behandlungsziele bei allen Erkrankungen, an der Ausprägung der Erkrankung, den Potentialen & Ressourcen sowie der Compliance der Patienten.

Die Zielhierarchie einer Substitutionstherapie reicht von der Krisen- und Überlebenshilfe über die Erhaltung und Verbesserung der somatischen und psychischen Gesundheit, die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität sowie der sozialen Integration zur (Wieder-)Herstellung der Erwerbsfähigkeit bis zur Abstinenz auch vom Substitutionsmittel.

Eine forcierte Abstinenzorientierung in der Substitutionstherapie kann das Mortalitätsrisiko erhöhen, wenn die individuelle Stabilität und Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Abstinenzmotivierung statt forciertes Abstinenzforderung

Die CaSu sollte für ihre mit der Substitution und psychosozialen Betreuung befassten Dienste festlegen, dass die zur Förderung der Abstinenzorientierung erforderliche personelle Ausstattung, Mitarbeiterqualifikation und fachlich indizierte Methoden der Beratung, Psychoedukation und Suchttherapie entwickelt und bereitgestellt werden. CaSu-Einrichtungen sollten die Vernetzung von substitutionsgestützten und abstinenzorientierten Hilfen gezielt fördern. Insbesondere sollten Übergänge von der Substitutionstherapie zur (ggf. substitutionsgestützten) ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation entwickelt werden. Ebenso sollte dringend auch die Substitutionstherapie als qualifiziertes Auffangangebot bei Scheitern der medizinischen Rehabilitation bereitgestellt werden.

Empfohlen wird eine regelmäßige Therapiezielüberprüfung, für die im Rahmen der Hilfeplanung zeitliche Fristen vorgegeben werden könnten.

SUBSTITUTION UND MEDIZINISCHE REHABILITATION

Die Opiatsubstitution wirkt derzeit de facto als Zugangshindernis gegenüber der medizinischen Rehabilitation.

Mit der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen v. 4.5.2001 haben die Leistungsträger zwar eine Option zur übergangsweise substitutionsunterstützten medizinischen Rehabilitation eröffnet. Jedoch bilden die Indikationskriterien und Kautelen für die „übergangsweise substitutionsunterstützte medizinische Rehabilitation“ sowie die häufig unrealistische Anforderung, dass die Patienten während der Rehabilitation durch

⁵ Bühringer, CaSu-Fachtag Substitution, 20.4.2012 in Frankfurt,

Abdosieren des Substitutionsmittels Abstinenz erreichen müssen, ein erhebliches Zugangshemmnis. Es gibt Hinweise auf eine vorsichtige Öffnung einiger Rentenversicherer bei der Kostenübernahme für die medizinische Rehabilitation auch unter Aufrechterhaltung der Substitution – diese beschränken sich bisher jedoch weitgehend auf Einzelfallentscheidungen

Arztpraxen aber auch viele ausschließlich auf die substitutionsbegleitende PSB spezialisierte Beratungsdienste und Eingliederungshilfen verfügen oft weder über ausreichende Kenntnisse und Feldkompetenz hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation. Sie sind nur eingeschränkt in der Lage, ihre Patienten adäquat über medizinische Rehabilitation zu beraten oder auf eine Reha/Suchttherapie vorzubereiten.

Die Mehrheit der Opiatabhängigen selbst gibt zunehmend der Substitution Vorrang gegenüber einer abstinenzenorientierten Rehabilitation. Als Folge einer über zwei Jahrzehnte alternativ und abgrenzend gegenüber der abstinenzenorientierten medizinischen Rehabilitation entwickelten Substitutionstherapie werden die Leistungen und Hilfestellungen der Rehabilitation von substituierten Patienten nicht als Behandlungsoption in Betracht gezogen.

Die Therapeutischen Einrichtungen und Fachkliniken für Drogenabhängige haben den Bedeutungswandel der Opiatsubstitution lange ignoriert und konzeptionell nicht angemessen auf die Fachdiskussion zur Substitutionstherapie reagiert. Dabei werden die Auslastung ebenso wie die Rehabilitationsverläufe in der stationären Entwöhnung zunehmend von der Entwicklung der Substitutionstherapie tangiert:

Je mehr sich die Opiatsubstitution von einer second-line Intervention zur first-line Behandlung wandelt, desto größer wird ihr negativer Selektionseffekt für die stationäre Rehabilitation. Die stationäre Reha wird weniger opiatabhängige Patienten mit guter Prognose erreichen, dafür wird der Anteil der Opiatabhängigen mit gescheiterter Substitutionstherapie steigen.

Empfehlungen

Die CaSu sollte die Entwicklung einer substitutionsgestützten medizinischen Rehabilitation und die Verbesserung des Zugangs von Substituierten zur ambulanten und stationären Rehabilitation zu einem strategischen Ziel erheben.

In Verhandlungen mit den Leistungsträgern müssen unrealistische und fachlich nicht mehr haltbare Indikationskriterien und Anforderungen beseitigt werden.

Mit ihren ambulant-stationären Netzwerken verfügt die CaSu über gute Voraussetzungen, die Kompetenz des substitutionsgestützten Hilfesystems für Reha-Motivierung und Reha-Vorbereitung zu verbessern.

Die CaSu sollte mit ihren Mitgliedseinrichtungen in einen Prozess der Konzeptentwicklung und Anpassung der medizinischen Rehabilitation an die Bedürfnisse und Potentiale von Substituierten eintreten.

Dabei sollten die folgenden Entwicklungsaufgaben und Anforderungen geklärt und in Angriff genommen werden:

- *Das prolongierte Entzugssyndrom nach einer Langzeitsubstitution muss bei der Aufnahme in stationäre Rehabilitation berücksichtigt werden*
- *Die psychische Funktionalität des Substitutionsmittels und die Psychodynamik der Substitution müssen in der Behandlung wahrgenommen und thematisiert werden*
- *Die Behandlungskonzepte und spezifischen Hilfebedarfe müssen sich an Verlaufstypen der Substitution orientieren*
- *Bei der Rehabilitation von psychiatrisch comorbiden Opiatabhängigen kann die Substitution eine unverzichtbare unterstützende Medikation darstellen*
- *Substituierte Patienten sind wahrscheinlich mit substitutionsgestützten ambulanten-stationären Behandlungsintervallen besser und wirksamer für die medizinische*

Rehabilitation erreichbar als mit einer substitutionsgestützten „Langzeittherapie“

- *Im Rehabilitationsprozess sollten substitutionsunterstützte Rückfall- und Kriseninterventionen geprüft werden.*

SUBSTITUTION UND PSYCHIATRISCHE COMORBIDITÄT

Problemanzeige

Die Behandlung der psychiatrischen Comorbidität beschränkt sich, wenn sie überhaupt erfolgt, überwiegend auf die Verordnung von Antidepressiva durch den substituierenden Arzt, nicht selten ohne vorausgehende fachärztliche Diagnostik und Behandlungsplanung sowie psychiatrische, psychotherapeutische oder psychologische Mitbehandlung. Ausufernde psychiatrische Medikation ohne begleitende Therapie führt zu neuartigen Mustern des Medikamentenmissbrauchs.

Zu den wesentlichen Befunden der PREMOS-Studie gehört, dass in der Praxis der Substitutionstherapie auch nach 7 Jahren Beobachtungszeit von Behandlungsverläufen weiterhin ein hoher Behandlungsbedarf bezüglich psychischer Störungen bestand. In der Bewertung von Langzeitverläufen der Opiatsubstitution gelangt die Studie zum Ergebnis, dass das hohe Ausmaß psychischer Störungen nicht effektiv behandelt wird.

- *Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen bleiben überwiegend unbehandelt,*
- *das Ausmaß psychiatrischer Symptomatiken verändert sich nicht im Substitutionsverlauf, sondern nimmt sogar tendenziell zu (z.B. psychotische Störungen)*
- *Patienten mit psychischen Störungen weisen häufig ausgeprägte somatische Komorbidität und gehäuft psychosoziale Krisen auf - 20% vs. 5% haben einen extrem hohen (ungünstigen) ASI-Wert; ein hoher Anteil dieser Patienten hat eine schlechte Lebensqualität (35% vs. 20%).*

Als Fazit fordert die Studie

- *eine Intensivierung der einschlägigen Therapie psychischer Störungen*
- *eine kontinuierliche und fortwährend flexibel angepasste Behandlung.⁶*

Empfehlungen

Psychiatrische Sprechstunden in der Ambulanz oder Suchthilfeeinrichtung

Die psychiatrische Mitbehandlung comorbider psychischer Störungen unter der Substitution setzt eine enge Abstimmung von substitutionsführendem Arzt, psychiatrischer Praxis oder Klinik und suchttherapeutisch-psychosozial betreuender Suchthilfe voraus. Die besten Voraussetzungen für eine psychiatrische Mitbehandlung bietet die Einrichtung psychiatrischer Sprechstunden in Sucht- und Substitutionsambulanzen. Auf diese Weise wird die Compliance der Patienten erhöht, die psychiatrische Diagnostik, Medikation und Behandlungsplanung mit der Substitutionstherapie abgestimmt – und darüber hinaus werden die Kosten von Mehrfachbehandlungen in unterschiedlichen Arztpraxen vermieden.

Beispiele/Modelle:

In Frankfurt konnten durch Kooperationsvereinbarungen mit dem Träger der ambu-

⁶ Bühringer, CaSu-Fachtag Substitution, 20.4.2012 in Frankfurt

lanten Sozialpsychiatrischen Versorgung sowie über Honorarverträge mit Fachärzten psychiatrische Sprechstunden in allen größeren Ambulanzen eingerichtet werden, soweit diese nicht psychiatrisch geleitet werden. Auf diese Weise ist die fachärztliche Diagnostik bei allen Neuaufnahmen sowie die abgestimmte Behandlungsplanung und Medikation in den Substitutionsambulanzen sichergestellt. Die Kassenärztliche Vereinigung konnte davon überzeugt werden, dass eine Erweiterung der Ermächtigung der Substitutionsambulanzen auf die Abrechnung interkurrenter psychiatrischer Behandlungen Kostenersparnisse gegenüber einer meist ineffektiven Doppel- und Mehrfachbehandlung in unterschiedlichen Arztpraxen erzielt.

Qualifizierung von Fachkräften der Suchtberatung und psychosozialen Betreuung
Die Fachkräfte der psychosozialen Betreuung und Suchttherapie erfüllen oft Case-managementfunktionen bei der Koordinierung von Behandlungen und Hilfestellungen und haben häufig großen Einfluss auf die Compliance der psychiatrisch comorbiden Patienten. Sie benötigen dazu psychiatrische Grundqualifikationen: Kenntnisse über Symptomatik und Dynamik der häufig auftretenden psychiatrischen Störungen, Verhaltensorientierungen und Grundkenntnisse zum Einsatz von psychiatrischer Medikation.

Perspektivisch sollt hinaus von einer Qualifizierung der Fachkräfte für die Durchführung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan), Skills-Training und Stressbewältigungstraining qualifizieren.

CHRONIFIZIERTE SUBSTITUTION – CHRONIFIZIERUNG VON SCHWEREN STÖRUNGSBILDERN UNTER DER SUBSTITUTION

Ein Großteil der in Krisenzentren oder mit Streetwork in der Drogenszene erreichten Langzeitabhängigen befindet sich - oft mit Unterbrechungen – bereits seit vielen Jahren in Substitutionsbehandlung. Bei der Mehrzahl besteht ein über Jahre verfestigtes polytoxikomanes Bei-Konsummuster von Alkohol und Benzodiazepinen, oft auch Kokain/Crack. Die Substitution erfolgt als Strategie der HarmReduction: Eine weitreichende Veränderung der Lebensumstände und Lebensführung ist bei dieser Klientel nicht mehr wahrscheinlich. Trotz der eingeschränkten Wirkung der Substitution gelingt i.d.R. eine Begrenzung des Opiatkonsums. Der regelmäßige Kontakt zum substituierenden Team kann genutzt werden, um eine gewisse gesundheitliche Stabilisierung und Regulierung des Alltags anzustreben.

Bei vielen Patienten aus dieser Gruppe liegen schwere psychische Störungen vor, häufig Borderline-Persönlichkeitsstörung und Traumatisierung. Von anderen Patienten wissen wir, dass die Suchterkrankung in der frühen Adoleszenz einsetzte – oft auch bereits sehr früh eine Substitutionstherapie aufgenommen wurde.

Empfehlungen

Teilweise konnte diese Patientengruppe von der diamorphingestützten Behandlung besser profitieren als von der Methadonsubstitution.

Übergangseinrichtungen, Möglichkeiten zur substitutionsgestützten stationären Krisenhilfe (Time-Out) und Betreute Wohneinrichtungen, die auf die besondere Instabilität und psychische Vulnerabilität dieser Patienten Rücksicht nehmen, sind in der psychosozialen und psychiatrischen Betreuung unverzichtbar.

Die Hilfeplanung orientiert sich hier an den Vorgehen der Versorgungssysteme Pflege, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie.

Eine Beendigung der Substitution wegen des Beikonsums muss sehr sorgfältig gegenüber den damit verbundenen Risiken abgewogen werden und ist in der Regel kontraindiziert – auch wenn die Qualitätssicherungskommissionen immer wieder die Beendigung des konkomitanten Suchtmittelkonsums zum Maßstab einer korrekten Substitutionsbehandlung erheben.

Mit Blick auf die häufig bereits früh „entgleisende“ Substitutionstherapie sollte allerdings insbesondere bei jungen Opiatabhängigen auf Milieuwechsel und Integration in ggf. substitutionsgestützte rehabilitative Milieus hingewirkt werden.

Die CaSu sollte sich in besonderer Weise dafür einsetzen, dass die Substitutionstherapie mit jungen Abhängen qualifiziert geplant und durch wirksame Kontrollen überprüft wird.

Anhang 1 - Spezielle Problemstellungen

KINDESWOHL UND SUBSTITUTION

Thema: Kinderschutz
 Unterstützungsmöglichkeiten für substituierte Eltern
 Grenzen der Hilfeangebote
 Einbeziehung des Jugendamtes

Problemanzeige

Viele Substituierte leben mit Kindern, ohne dass sie in eine regelmäßige PSB eingebunden sind. (Zahlen aus der Rückmeldung der Beratungsstellen an die Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg)

Die Perspektive der Drogenberatungsstellen ist häufig auf die Problemlagen der suchtmittelabhängigen Eltern zentriert. Die Situation und die Bedürfnisse der Kinder geraten leicht in den Hintergrund, zumal die Kinder in der Suchthilfeeinrichtung oder Substitutionsambulanz häufig nicht persönlich bekannt sind.

Drogenberatungsstellen haben meist keinen Einblick in die häusliche Situation. Da Eltern und Kinder kaum gemeinsam erlebt werden und aufgrund fehlender Hausbesuche die Lebensumstände nicht unmittelbar beurteilt werden können, ist weder die Situation der Kinder noch die Beziehungsgestaltung der Eltern verlässlich einzuschätzen.

Vor allem Kinder unter 3 Jahren sind bei mangelnder elterlicher Kompetenz und fehlendem unterstützenden Umfeld stark gefährdet. Substitutionsmittel beeinflussen die Wahrnehmungsfähigkeit und die emotionale Schwingungsfähigkeit der substituierten Person direkt und können dadurch eine verlässliche Bindung deutlich erschweren.

Der Informationsaustausch innerhalb des medizinischen Behandlungssystems (substituierende Ärzte und Kinderärzte) ist oft mangelhaft. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen können Informationen von/an andere/n Stellen (Kindergarten, Schule) nur mit Zustimmung der Eltern bzw. bei akuter Gefährdung erfragt bzw. weitergegeben werden.

Unter diesen Voraussetzungen werden die bei verschiedenen Personen und Stellen vorliegenden Informationen nicht zusammengetragen.

Das Jugendamt wird seitens der Eltern oft vorrangig als Bedrohung statt als unterstützende Behörde erlebt, was die Annahme und Vermittlung von Hilfen erschwert.

Empfehlungen

Routinemäßiges Erfassen der familiären Situation/des Elternstatus bei allen substituierten Menschen.

Einführung von Hilfsmitteln zur Abschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung.
 Bsp.: AGJ Filterbogen/Checkliste

Verbesserung der Kooperation von medizinischem System (Bereiche: Substitution, Kinderärzte, Hebammen) und Suchthilfe.

Schulungen/Fortbildungen für MitarbeiterInnen, die mit Substituierten arbeiten.

Gute Arbeit der Drogenberatung verfolgt Ziele:

Eine stabile Substitution ohne Beikonsum und eine Stabilisierung der materiellen, psychischen und sozialen Situation der Familie erreichen.

die Eltern für die Situation ihrer Kinder sensibilisieren und Akzeptanz für Hilfen für Eltern und Kinder erzielen.

Eltern in ihrer erzieherischen Kompetenz fördern und Anregungen für die Gestaltung eines positiven familiären Alltags geben.

den Kindern bei Bedarf altersentsprechende Hilfeangebote vermitteln.

Transparenz hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, incl. der Grenzen der Schweigepflicht schaffen.

Bei Hinweisen auf mögliche Kindeswohlgefährdung und bei mangelnder Compliance der Eltern zügige Einschaltung des JA entsprechend den Richtlinien.

Themenkatalog im Betreuungsverlauf:

Aufmerksamkeit bzgl. von der Substitution ausgehende Gefahren für die Kinder schaffen (Lagerung Substitutionsmittel, Szenekontakte, Gefährdungspotential Substitutionsmittel, wann und wie wird konsumiert etc.)

Aufmerksam sein für Anzeichen einer möglichen Gefährdung (Instrumente: Filterbogen, Checkliste, Intervision, SV nutzen)

Wie wird Familienleben gestaltet? Welche Rituale gibt es?

Familienalltag, Tagesablauf, konkrete Aktivitäten, Erziehungsfragen in Partnerschaft

Was braucht mein Kind? Geborgenheit aus Blick des Kindes (Rollenwechsel), Eindruck über emotionale Beziehung zw. Eltern und Kind verschaffen

Emotionalen Umgang mit Kindern lernen/entwickeln

Thematisierung Sucht in Familie, dabei nicht nur Droge im Fokus

Familienzusammenhalt, soziale Unterstützungspersonen (Großeltern, Freunde, Bekannte etc.)

Krisensituationen/stressige Situationen identifizieren und Lösungsstrategien entwickeln

Substitution offen? Geheimnis vs. Offenheit

...

Anlagen: AGJ QM Unterlagen: Handbuch Zentral

B 5.3 Richtlinien zum Umgang mit möglicher Kindeswohlgefährdung

Filterbogen

Checkliste Kindeswohlgefährdung

weitere Arbeitsschritte:

Zusammenfassung von: Team KOBRA, Stand 05.07.2012

Kontaktdaten:

KOBRA Kontakt- und Beratungsstelle für Drogenprobleme

Moltkestr. 1

79379 Müllheim

07631 5017

www.drogenberatung-kobra.de

katharina.braun@agj-freiburg.de

Anhang 2 - Spezielle Problemstellungen

SUBSTITUTION UND JUSTIZVOLLZUGSANSTALTEN - BEISPIEL BADEN-WÜRTTEMBERG

Grundlage: Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg über Substitution im Justizvollzug vom 15. Juli 2011 - Az.: 4550/0495 -

Die Substitution in den JVAen in D hängt grundsätzlich von der Bereitschaft des einzelnen Arztes, ab dieses Behandlungsangebot in der Haft vorzuhalten oder nicht. Auch die Anstaltsleitung kann die Substitution nicht einfordern, sondern sie sich nur wünschen. Gleiches gilt für die Umsetzung der Substitution, also die Wahl des Medikamentes, die Bedingungen, die an die Substitution geknüpft sind und der Umgang mit möglichem Beikonsum.

Insofern ist eine gute Kooperation mit den Medizinerinnen sehr von deren Einstellung gegenüber der Substitution abhängig. Zum Beispiel gibt es in Freiburg ein „Arbeitsgebot“ für Substituierte (wer substituiert werden will muss einen Arbeitsplatz haben, diese sind begrenzt). Außerdem gibt es die Regel, dass bei Beikonsum sofort abdosiert und eine Sperrfrist von 3 Monaten verhängt wird. Erst nach dieser kann der Gefangene einen Neuantrag auf Substitution stellen. Es findet leider keine Prüfung der Gründe für den Beikonsum oder dessen Bearbeitung statt.

In der Struktur einer JVA haben die Themen Bestrafung/Abhängigkeiten einen besonderen Stellenwert und es liegt unserer Ansicht nach eine besondere Gefahr darin, diese unreflektiert auf die Substitution zu übertragen.

Wir sind natürlich grundsätzlich sehr froh, dass in Freiburg substituiert wird und formulieren unsere weiteren Interessen entsprechend vorsichtig.

Leitlinie ist für uns hierbei die Umsetzung der bekannten fachlichen Standards der Substitution auch innerhalb der JVA. Die besonderen Strukturen der JVAen können hier besondere Regelungen erfordern und brauchen viel mehr Zeit bei der Implementierung.

Lösungen/ Vorschläge

CaSu-Einrichtungen, die aufsuchende Suchtberatung im Vollzug anbieten, arbeiten bei der Implementierung und Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in der JVA in einem Arbeitskreis Substitution mit.

Dieser sollte multiprofessionell besetzt sein (Anstaltsarzt, Vollzugsleiter, Psychologen, Sozialdienst und Suchtberatung).

Die Einrichtungen sind über die Landesstellen mit anderen Anbietern der Aufsuchenden Suchtberatung vernetzt und die zu implementierenden Standards sind landesweit abgestimmt. Dies erleichtert die Kooperation/Verhandlung mit den für die Finanzierung der Aufsuchenden Suchtberatung zuständigen Justizministerien der Länder.

Weitere mögliche Arbeitsschritte:

Durchgängige fallbezogene Mitarbeit im AK Substitution bei Neuanträgen zur Aufnahme in Substitutionsbehandlung führt die Suchtberatung

Indikationsgespräche mit den Betroffenen durch, die Entscheidung über die Aufnahme trifft dann der AK.

psychosoziale Betreuung durch Suchtberatung oder ggf. Sozialdienst
begleitend psychoedukative Angebote in Form von Gruppen/Einzelgesprächen
Unterstützung durch die Suchtberatung bei der Entlassvorbereitung, insbesondere bei
Substitution über die Haftzeit hinaus

es gibt einen Behandlungsvertrag

Schweigepflichtentbindung besteht gegenüber allen an der Substitution Beteiligten

es gibt klare Regelungen bezüglich Beikonsum und Entgiftungsangeboten

Hinweis: In der JVA Freiburg wird die psychosoziale Begleitung der Substitution vom Sozialdienst der JVA in Form von Gruppenarbeit angeboten. Wir machen ausschließlich die Abklärungsgespräche bei Substitutionsantrag der Gefangenen und schreiben eine Stellungnahmen für den AK Substitution in dem die JVA KOBRA Kollegen aktiv mitarbeiten.

JVA Team KOBRA, Stand 09.07.2012

Ergänzungen 23.10.2012 K. Braun

Kontaktdaten:

KOBRA Kontakt- und Beratungsstelle für Drogenprobleme

Moltkestr. 1, 79379 Müllheim

07631 5017

www.drogenberatung-kobra.de

katharina.braun@agj-freiburg.de