

Projektarbeitsgruppe

*Substitutionstherapie
und Caritas-Suchthilfe*

Bestandsaufnahme - Orientierungen - Empfehlungen

(vorläufiger)

Abschlussbericht

an die

CaSu-Mitgliederversammlung 28.11.2012
in Herrsching

Mitglieder der PAG

*Volker Biermann, SKM Köln · Katharina Braun, AGJ/KOBRA
Mühlheim · 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*

*Bericht
Werner Heinz*

Haben unsere Antworten eine Perspektive?

- Sinkende Bedeutung der Opiatabhängigkeit in Suchthilfe
- Veränderung der opiatabhängigen Klientel
Alterskohorten, Lebenslagen, Chronifizierung
- Rückzug der Leistungsträger von der Zielgruppe
- Verlagerung der „Zuständigkeiten“ von der Reha ins Gesundheitswesen

Veränderungen der Landschaft

Substitutionstherapie ist de facto
die First-Line-Behandlungsoption
bei Opiatabhängigkeit

oft *vor* oder *anstelle* der Abstinenztherapie

immer öfter anstelle der medizinischen Reha

Befunde der Suchtforschung

Die Wirksamkeit der Opiatsubstitution ist belegt.....

***Haltequote
primäre Behandlungsziele***

*Überleben, Gesundheit, Behandlung v. Begleiterkrankungen, Reduktion Opiatkonsum,
Reduktion drogenbezogener Delinquenz, Verbesserung Lebensumstände*

Verringerung Schweregrad der Abhängigkeit (ASI)

Verbesserungen in relevanten Störungsbereichen

PREMOS

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

fehlende Wirksamkeit für die Verbesserung der psychischen Comorbidität

Behandlung ist dem Schweregrad und der Komplexität der chronischen Störungsbilder nicht angemessen

Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit und tatsächlicher Nutzung der psycho-sozialen Betreuung

sucht**medizinische** Engführung in der Substitutions**praxis**

Fehlanpassungen der Versorgungsstrukturen & Finanzierungsgrundlagen

- Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen
parallel und unverbunden neben
medizinischer Rehabilitation, Suchtberatung und
Eingliederungshilfe
- Regie und Verantwortung niedergelassener Ärzte
Beschränkung der Substitutionspraxis auf die **Vergabe einer**
Substitutionsmedikation
und **ergänzende medizinische Behandlungen**

Best or Bad Practice?

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

die Umsetzung von Behandlungsrichtlinien wird weder von den Ärztekammern
noch den Kassenärztlichen Vereinigungen noch den Landesbehörden ernsthaft
kontrolliert

- *„Graue Substitution“ gänzlich außerhalb der Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrollen*
- *grenzwertiger Umgang mit den Verschreibungs- und Vergaberegeln (Take Home)*
- *Schwerpunkt-Praxen ziehen Patienten mit „Dumping-Strategien“ und „laisser-faire“ von qualifizierten Behandlungseinrichtungen ab*

defizitäre Kooperation von Medizin und Suchthilfe

Zusammenarbeit
zwischen substituierenden Arztpraxen,
professioneller Suchthilfe und
psychiatrischer Versorgungsstruktur
ist Ausnahme

Kooperationsinitiativen von Suchthilfeeinrichtungen sind oft gescheitert

- *Kooperationszeiten und -leistungen der Arztpraxen werden nicht vergütet*
- *die Kooperation erfolgt nicht als Regelleistung, sondern als „idealistisches“ fachliches und persönliches Engagement der kooperierenden Ärzte.*
- *Auch niedergelassene Ärzte, die an eine Kooperation mit psychosozialen Diensten und Fachstellen der Suchthilfe interessiert sind, haben aufgrund ihrer hohen Patientenzahlen kaum Kapazitäten für Kooperation.*
- *Differenzen im Krankheits- und Behandlungsverständnis zwischen Medizin und Suchttherapie erschweren die Zusammenarbeit in der Fallführung.*

*Soll die CaSu
drogen- und
gesundheitspolitische
Einflussnahme zur
Regulierung
der Opiatsubstitution
anstreben?*

Das Einklagen von
Kooperation
oder die
Verschärfung von Kontrollen
werden das Problem
der fehlenden Kooperation
nicht lösen

Substitution

(in welcher Qualität auch immer)

als **Chance**

eine viel größere Zahl von
Betroffenen zu erreichen,
als dies ohne Substitution
möglich wäre

Reframing Substitution ohne Suchttherapie

missbräuchliche Verschreibung

Verfestigung und Chronifizierung der Sucht?

oder

**„Kontrollierte Vergabe“ des Suchtstoffes
=
Strategie zur Reduktion der Prohibitionsfolgen?**

Empfehlung grundsätzlich

- der Klagemauer den Rücken kehren
- die positiven Wirkungen einer „kontrollierten Vergabe“ anerkennen und fördern
- Gefahr der Chronifizierung sehen und benennen
- Referenzmodelle und –strukturen qualifizierter Substitutionstherapie etablieren und fördern
- Orientierung am Patienten-Nutzen – überzeugende Angebote für Patienten entwickeln

Empfehlung konkret

- Referenzmodell interdisziplinäre Substitutionsambulanz
- Referenzmodelle für gelebte und gelingende Kooperation mit Arztpraxen und Kliniken
- Aktive Vernetzung von Substitution, lebenspraktischen Hilfen und Eingliederung
- Engagement für Infrastruktur und Netzwerke

Empfehlungen praktisch Austausch – Modellberatung - Hospitation

- *Substitution in Beratungsstellen, Krisenzentren und Eingliederungshilfen*
- *Psychosoziale Sprechstunden der Suchtberatungsstelle in Substitutionspraxen*
- *Kooperationsmodelle mit substituierenden Arztpraxen im Stadtteil/Region Wochenendvergabe in der Suchtberatung*
- *Interdisziplinäre Qualitätszirkel mit Zertifizierung durch die KV/LÄK*
- *Initiativen und Mitwirkung bei der ärztlichen Fortbildung*

Konditionen und Kautelen

Bedingungen für die Kooperation mit substituierenden Arztpraxen?

Kooperation mit Arztpraxen als Bedingung für die psychosoziale Betreuung?

Orientierungen CaSu PSB

Grundsätzlich stehen die Hilfeangebote für alle Patienten offen (unabhängig von Teilnahme und Compliance in einer Substitutionstherapie).

CaSu Einrichtungen brauchen personelle Kapazitäten, angepasste Qualifizierungen und geeignete Interventionskonzepte, um ihren Erreichungsgrad und ihre Haltekraft in der Substitutionsbetreuung zu verbessern

z.B. Motivationale Interventionen, KISS-Training, Skills-Training

Therapieziel Abstinenz

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

Bühringer, CaSu-Fachtag Substitution, 20.4.2012 in Frankfurt,

Abstinenzperspektive?

Abstinenzforderung?

PREMOS:

Abstinenzerrreichung aus Langzeitsubstitution
statistisch irrelevant - im Verlauf oft riskant

Konsequenz:

- Abstinenz*motivierung* mit Augenmaß statt Abstinenz*forcierung* als „Erfolgs“parameter
- Abstinenz*vorgaben* sind in der substitutionsgestützten Reha kontraindiziert

Substitution und Abstinenzorientierung praktisch

Übergänge von der Substitutionstherapie zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation (ggf. substitionsgestützt)

Substitutionstherapie als qualifiziertes Auffangangebot bei Scheitern der medizinischen Rehabilitation

Substitution und medizinische Rehabilitation

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

Indikationskriterien & Kautelen der „übergangsweise substitutionsgestützten Reha“ -

fehlende Kompetenz von Arztpraxen für Reha-Motivierung und Vermittlung

Ablehnung der Reha durch Substituierte

Fehlende Anpassung der stationären Reha an Voraussetzungen und Bedürfnisse der substituierten Zielgruppen

Medizinische Reha bei Opiatabhängigkeit: Perspektive

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

Der Anteil der Opiatabhängigen mit gescheiterter Substitutionstherapie und schlechter Prognose wird steigen

Medizinische Reha und Substitution Empfehlung

Strategisches Ziel = Entwicklung einer
substitutionsgestützten / (substitutionsbasierten?)
medizinischen Rehabilitation

- den Zugang von Substituierten zur ambulanten und stationären Rehabilitation aktiv fördern
- unrealistische und fachlich nicht haltbare Indikationskriterien und Anforderungen beseitigen
- Konzepte der medizinischen Rehabilitation an Bedürfnisse und Potentiale von Substituierten anpassen

Entwicklungsaufgaben und Anforderungen I

- 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 differenzieren nach **Verlaufstypen der Substitution**

Entwicklungsaufgaben und Anforderungen II

- für psychiatrisch comorbide Opiatabhängigen kann die Substitution eine unverzichtbare unterstützende Medikation in der med.Reha darstellen
- Substituierte Patienten sind wahrscheinlich mit substitutionsgestützten ambulant-stationären Behandlungsintervallen besser und wirksamer für die medizinische Rehabilitation erreichbar als mit einer substitutionsgestützten „Langzeittherapie“
- substitutionsunterstützte Rückfall- und Kriseninterventionen sollten im Rehabilitationsprozess ermöglicht werden

Substitution und psychiatrische Comorbidität

PREMOS: das hohe Ausmaß psychischer Störungen wird nicht effektiv behandelt

- *Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen bleiben überwiegend unbehandelt,*
- *das Ausmaß psychiatrischer Symptomatiken verändert sich nicht positiv im Substitutionsverlauf, sondern nimmt sogar tendenziell zu (z.B. psychotische Störungen)*
- *Patienten mit psychischen Störungen weisen häufig ausgeprägte **somatische Comorbidität** 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%).*

Substitution und psychiatrische Comorbidität Empfehlungen grundsätzlich

PREMOS:

*Intensivierung der einschlägigen Therapie psychischer
Störungen*

*kontinuierliche und fortwährend flexibel angepasste
Behandlung*

Bühringer, CaSu-Fachtag Substitution, 20.4.2012 in Frankfurt

*Substitution und psychiatrische
Comorbidität
Empfehlungen für aktuelle Praxis*

**Austausch über Referenzmodelle für vernetzte
Versorgung**

Qualifizierung der Fachkräfte

DBT, SkillsTraining, psychiatrische Grundqualifikationen: Verständnis
psychiatrische Störungsbilder, Verständnis Wirkung Psychopharmaka

Konsequenzen für den Umgang mit Beikonsum

Benzodiazepine als Selbstmedikation bei Angststörungen, PTBS,
Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Chronifizierte Substitution

Chronifizierung unter der Substitution

- Langzeitsubstitution ü.10
oft in Krisenzentren und mit Streetwork betreut
- Substitution als HarmReduction
- häufig verfestigte Polytoxikomanie mit Alkohol und Benzodiazepinen & ggf. Kokain/Crack
- häufig sehr frühe Suchtentwicklung – häufig sehr frühe Aufnahme in Substitution
- häufig schwere psychische Störungen, häufig Borderline-Persönlichkeitsstörung und Traumatisierung
- Konflikt zwischen Beendigung der Substitution wegen des unkontrollierbaren Beikonsums (QSK) und Substitution als Überlebenshilfe

Chronifizierte Substitution & Chronifizierung der Sucht

Orientierungen und Empfehlungen

- Hilfeplanung orientiert sich hier an den Versorgungssystemen
Obdachlosenhilfe, Pflege, Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie
- Interventionen müssen an die psychische Vulnerabilität
(und somatischen Belastungen) dieser Patienten angepasst sein

Besondere Empfehlung:

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

*Die CaSu sollte sich dafür einsetzen, dass die Substitutionstherapie mit
jungen Abhängigen qualifiziert geplant und durch wirksame Kontrollen
überprüft wird.“*

*Weitere spezielle Themen und
Problemstellungen*

Kindeswohl und Substitution

Substitution und Justizvollzugsanstalten

Wie geht es weiter?

CaSu-Fachtage 2012/2013

- Substitution und Rehabilitation (12.12.12)
- Substitution und psychiatrische Comorbidität
- Chronifizierte Substitution & Chronifizierung der Suchtverläufe

Vertiefung der Analyse – Austausch über Modelle –
Strategieentwicklung – Modellberatung

Überleitung in CaSu-Arbeitskreise

Curriculum für PSB Substitution

- Motivationale Interventionen
- KISS-Training / Skoll-Training
- Psychiatrische Grundqualifikationen
- Anamnese & psychosoziale Diagnostik
- Hilfeplanung – Casemanagement
- Psychoedukation

Austausch und Modellberatung

- **Netzwerktechniken**

Modelle regionaler Vernetzung

Medizin & Suchthilfe /

Substitution & Psychiatrische Versorgung

- **Substitution und Rehabilitation**

Hat die Mühe eine Zukunft?

- Sinkende Bedeutung der Opiatabhängigkeit in Suchthilfe
- Veränderung der opiatabhängigen Klientel
Alterskohorten, Lebenslagen, Chronifizierung
- Rückzug der Leistungsträger von der Zielgruppe
- Verlagerung der „Zuständigkeiten“ von der Reha ins Gesundheitswesen