

Workshop „wie geht es weiter.... Behandlung der Opiatabhängigkeit

Zielgruppen und Methoden

Caritas Suchthilfe
Jugendberatung
und Jugendhilfe e.V.
www.drogenberatung-jj.de



Werner Heinz
Suchthilfezentrum
Bleichstraße 20
60313 Frankfurt
werner.heinz@jj-ev.de

Ausgangssituation

- Opiatabhängigkeit ist heute substituierte Opiatabhängigkeit
- Die Opiatsubstitution hat die Lage der Opiatabhängigen „normalisiert“
-schlecht praktizierte Substitution trägt aber auch zur Verstetigung von Randständigkeit und zur Chronifizierung von polytoxikomanen Suchtkarrieren bei
- Opiatsubstitution erhöht die Dauer und Konstanz der Behandlung von Opiatabhängigen im Suchthilfesystemeinerseits
- Substitution separiert aber auch einen großen Teil der Opiatabhängigen vom Suchthilfesystem
- Die Behandlung der Opiatabhängigkeit muss auf Grundlage der Substitutionstherapie weiterentwickelt werden

Ausgangssituation

- **Die Inanspruchnahme des Hilfesystems durch Opiatabhängige ist rückläufig....**

Hessen - Trendanalyse 2007 - 2013

2007 N=4540 33% - 2013 N=4440 27%

Neuaufnahmen

2007 n= 747 18% 2013 n= 421 8%

- **...aber Opiatabhängige verbleiben am längsten im Hilfesystem...und ihre Betreuungsdauer steigt**

Ausgangssituation

- **Vermittlungen von Opiatabhängigen aus der Suchtberatung in Stationäre Rehabilitation sind zur Ausnahme geworden.**

Suchthilfestatistik Hessen 2013 Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit

4 % Vorbereitung einer stationäre Maßnahme = Reha, Übergangseinrichtung; nicht tatsächlich abgeschlossene Vermittlungen).

- **Abstinenzorientierte Rehabilitation bei Opiatabhängigkeit hat marginale Bedeutung**

Suchthilfestatistik Hessen 2013 Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit

2% (n= 116) der opiatabhängigen Klientel nimmt Ambulante Rehabilitation (inkl. Poststationäre Ambulante Rehabilitation und Suchtnachsorge DRV Bund) in Anspruch.

Ausgangssituation

- **Veränderung der Altersstruktur hat Konsequenzen für Hilfebedarf, Betreuungsziele und Rehabilitationschancen**

Suchthilfestatistik Hessen 2013:

Opiatabhängige < 35 Jahre = 28%
> 35 Jahre = 71% / (>45J = 35%)

Dauer der Opiatabhängigkeit 15-30 Jahre

Vertiefung der in Adoleszenz erworbenen Störungen

Die in der Adoleszenz erworbenen psychosozialen Defizite wurden nicht nur nicht überwunden oder kompensiert, sondern haben sich im Verlauf einer 15 Jahre bis zu 30 Jahre andauernden Suchtkarriere weiter vertieft.

Habilitation (statt Re-Habilitation)

Veränderung der Behandlungs- und Betreuungsziele
Erwerbsfähigkeit bei langzeitarbeitslosen Patienten >45?

Die Rolle der Substitutionstherapie

Suchthilfestatistik Hessen 2013

Substituierte gem. BOPS :	7223	100%
Opiatabhängige COMBASS	4757	66%
Opiatabhängige mit Substitutionsbezug	3373	47%

Opiatsubstitution und Suchttherapie

PSB erreicht nur eine Minderheit der Substituierten

PSB ist Suchtsozialarbeit (+ Motivationale Suchtberatung)

Suchttherapie / Rehabilitation hat marginale Bedeutung in der Substitution

Fachkräfte der PSB haben keine suchttherapeutischen Qualifikationen

Opiatsubstitution und Suchttherapie

- **Opiatsubstitution in Arztpraxen trägt nicht zur Bewältigung oder Kompensation von psychosozialen Entwicklungsdefiziten bei**

- **Substitution verhindert medizinische Rehabilitation**

- **Medizinische Rehabilitation sperrt Substituierte aus**

Abstinenzerrreichung unter der Substitution ist selten

Premos-Studie

Das Therapieziel langfristig stabiler Abstinenz (Opiatfreiheit) ist empirisch nicht haltbar - Abstinenz wird bestenfalls bei ca. 4-5% erreicht“

Einrichtungen mit Abstinenzforcierung unter der Substitution erzielen keine besseren, sondern schlechtere Ergebnisse: Erhöhte Mortalität, instabiler Verlauf - erhöhte Zahl massiver Rückfälle und Kontaktabbruch

Psychiatrische Comorbidität

Substitution: das hohe Ausmaß psychischer Störungen wird nicht effektiv behandelt..... (Premos)

....aber auch mit der medizinischen Rehabilitation werden opiatabhängige Patienten mit psychiatrischem Behandlungsbedarf nur sehr begrenzt erreicht.

Substitution: fundamentale Veränderung der Voraussetzungen für Rehabilitation und Psychotherapie

- **Bis 1990er Jahre: stationäre medizinische Rehabilitation als dringlicher Ausweg aus einer prekären Lebenslage (Entzugssyndrom, Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung)**
- **Heute: Entdramatisierung und Beruhigung vor der Therapieentscheidung durch Substitution
...aber auch neue Spielräume für Ambivalenz und „Brücken“ zum Reha-Abbruch**
- **Chance für sorgfältigere Reha-Vorbereitung
...und Veränderung der Ansprüche an Rehabilitation**

Zielgruppen / Verlaufstypen

...unter der Voraussetzung Substitution

- **Opiatabhängige mit Abstinenzorientierung**
- **Substitution als Ausstiegsmedikation**
- **Maintenance-Substitution bei fortschreitender sozialer Integration**
- **Auf Dauer gestellte Ambivalenz**
- **Stagnierende Langzeitsubstitution bei verfestigter sozialer Randständigkeit**
- **Ersatzdrogenvergabe bei chronifizierter Polytoxikomanie**
- **schwerwiegende psychiatrischer Comorbidität**

Zielgruppen - Verlaufstypen

Opiatabhängige mit Abstinenzorientierung

- vorausgehende längere Abstinenzphasen,
- (erfolgreicher) Abschluss von stationären Entwöhnungen in der Vorgeschichte
- Bestehende soziale Ressourcen
- Erfahrungen mit längerfristigen Arbeitsverhältnissen oder noch bestehende Erwerbstätigkeit.
- Familiäre Integration / Partnerschaft.

Abstinenzfähigkeit erlebt – Abstinenzfähigkeit wiederherstellen

Zielgruppen - Verlaufstypen

Substitution als Ausstiegsmedikation:

- Übergangsweise Substitution und Abdosieren zur Abstinenz
- vorausgehende Abstinenz Erfahrung
- stationäre Rehabilitation in der Vorgeschichte – aber aktuell fehlende Abstinenzsicherheit und Abstinenzfähigkeit.
- Erfolgreiche Kontrolle der Entzugssymptomatik / Vorbeugung gegen eine Eskalation des Drogenkonsums
- Soziale Ressourcen – oft auch Arbeitsplatz vorhanden
- Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit und Zuversicht, der Erwerbstätigkeit gewachsen zu sein
- Motivation: Erhalt und Verbesserung der sozialen Ressourcen
- Therapiebereitschaft und Compliance in Therapiegesprächen
- Ablehnung erneuter stationärer Entwöhnung: „Im geschlossenen System der Therapieeinrichtung bin ich erfolgreich – aber draußen schaffe ich es nicht“
- Abdosieren gelingt häufig nicht oder mündet in Rückfälligkeit .

Zielgruppen - Verlaufstypen

Maintenance-Substitution bei fortschreitender sozialer Integration

- Abstinenz Erfahrung & Abschluss von stationärer oder ambulanter Rehabilitation in der Vorgeschichte
- dauerhaft fehlende Abstinenzversicht und Abstinenzfähigkeit.
- Beikonsumabstinenz erlaubt Take-Home-Verschreibung e
- Take Home erlaubt weitgehend freie Gestaltung des Alltagslebens
- Patienten erleben sich als „clean“.
- Episodischer Cannabis- und Alkoholkonsum wird in gesellschaftlichem und persönlichem Toleranzbereich verortet.
- soziale Ressourcen – Partnerschaft, Familie, Freundeskreis.
- oft berufstätig oder in Ausbildung – häufig Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit und Zuversicht, der Erwerbstätigkeit oder Ausbildung gewachsen zu sein.
- **Therapieziel: Teilhabe – Integrationsförderung – Erwerbsfähigkeit**
- **Abstinenz als evtl. langfristige Option ohne Konkretisierung oder „Verpflichtung“**

Zielgruppen - Verlaufstypen

Auf Dauer gestellte Ambivalenz unter der Substitution

- Versuche der Dosisreduktion wechseln mit Dosiserhöhungen in episodisch heftigen Rückfallkrisen
- Teilnahme an Integrationsprojekten – häufige Abbrüche
- Fehlende Konsistenz und Konsequenz in der Umsetzung der erforderlichen Alltagsorientierungen und Alltagsregeln
- Ressourcen oft unzureichend bzw. Behinderungen bei der Nutzung von Ressourcen
- Häufig psychische Beeinträchtigungen und Belastungen: Depression, Schlaflosigkeit, Ängste, Selbstwertzweifel, Impulskontrollstörungen, Beeinträchtigung der Stressbewältigungskompetenz
- Fixierung auf Substitutionsmedikation als Kompensation von fehlenden oder defizitären psychischen Bewältigungskompetenzen
- **Betreuungsziele: Beikonsumfreiheit und psychosoziale Stabilisierung unter der Substitution - Therapiemotivierung - Therapievermittlung**

Zielgruppen - Verlaufstypen

Stagnierende Langzeitsubstitution & verfestigte soziale Randständigkeit

- Leben mit reduziertem Anforderungsniveau - „Substitutionsmilieu“ als soziales Umfeld
- „randständiges Gleichgewicht“ ohne nennenswerte Kriminalitätsbelastung oder Verelendung
- Suchtfolgeerkrankungen
- Substitution überwiegend mit Methadon –höhere Dosierung mit dämpfender Wirkung - sehr häufig sedierender Cannabis- oder Alkoholkonsum
- Episodischer Beikonsum oder Low-Level-Beikonsum Benzodiazepine oder Kokain
- Reduziertes Aktivitätsniveau: Langzeitarbeitslosigkeit geringe Tagesstruktur - AGHen und Beschäftigungsprojekte, aber keine dauerhafte Erwerbstätigkeit
- „Erlernte Hilflosigkeit“ und ausgeprägte Versorgungshaltungen

Zielgruppen - Verlaufstypen

Ersatzdrogenvergabe und Harm-Reduction bei chronifizierter Polytoxikomanie

- „Schwerstabhängige“: desolate Lebenssituation mit hoher Szenebindung
- Polytoxikomanie: Alkohol/Benzodiazepine, Kokain/Crack, Heroin/Methadon i.v.
- Substitutionsmedikation zur Kontrolle von Entzugserscheinungen und als „Grundversorgung“
- Häufig sehr hohe Dosierung (> 100 / 120 mg) mit dem Ziel einer spürbaren Sedierung
- Häufig sehr geringe Compliance – Vermeidung von psychosozialen Betreuungsangeboten
- **Entgiftungsaufgaben – stationäre Maßnahmen als Krisenintervention – stationäre Rehabilitation - Diamorphinvergabe**

Zielgruppen - Verlaufstypen

Substituierte Opiatabhängigkeit bei schwerwiegender psychiatrischer Comorbidität

- Heroinkonsum – als Selbstmedikation gegen ängstigende und belastende Symptome von psychiatrischen Störungen
- quälenden Zustände von Depression, Ängstlichkeit, Ägiertheit oder hyperaktiver Gedankenflucht und Konzentrationsstörungen
- soziale Isolation, schwere und frühe Beziehungsstörungen
- Traumabelastungen
- Opiate als pharmakologisch induzierte Dissoziation (Luedecke)
- Abhängigkeit als „Erkrankung des Stressbewältigungssystems“ (Luedecke)

Abstinenz-
orientierung

Substitution
= Ausstiegs-
medikation

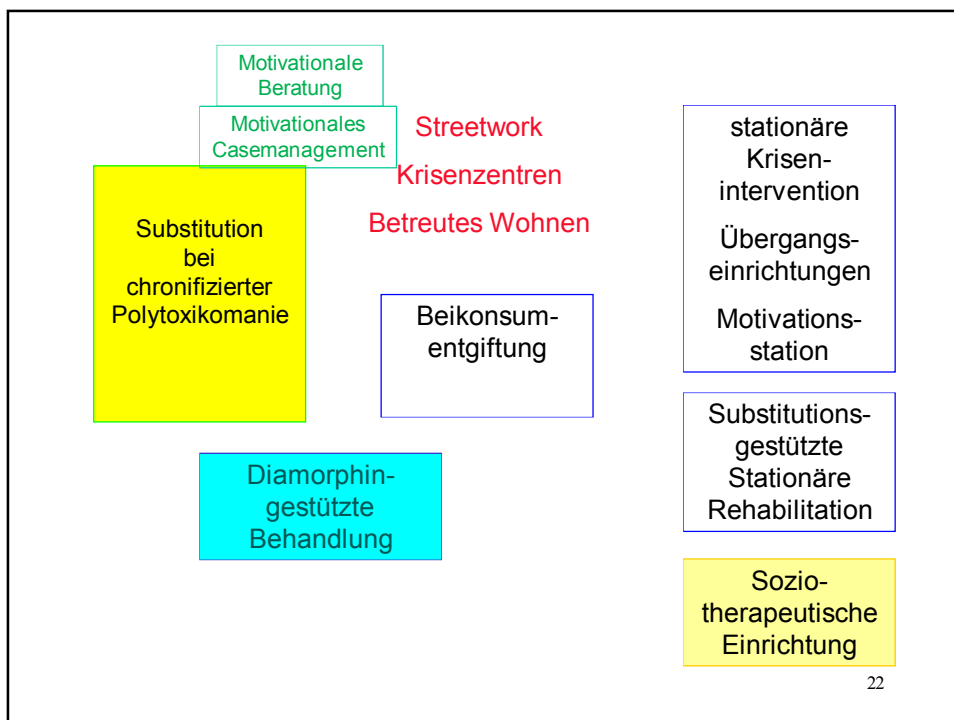
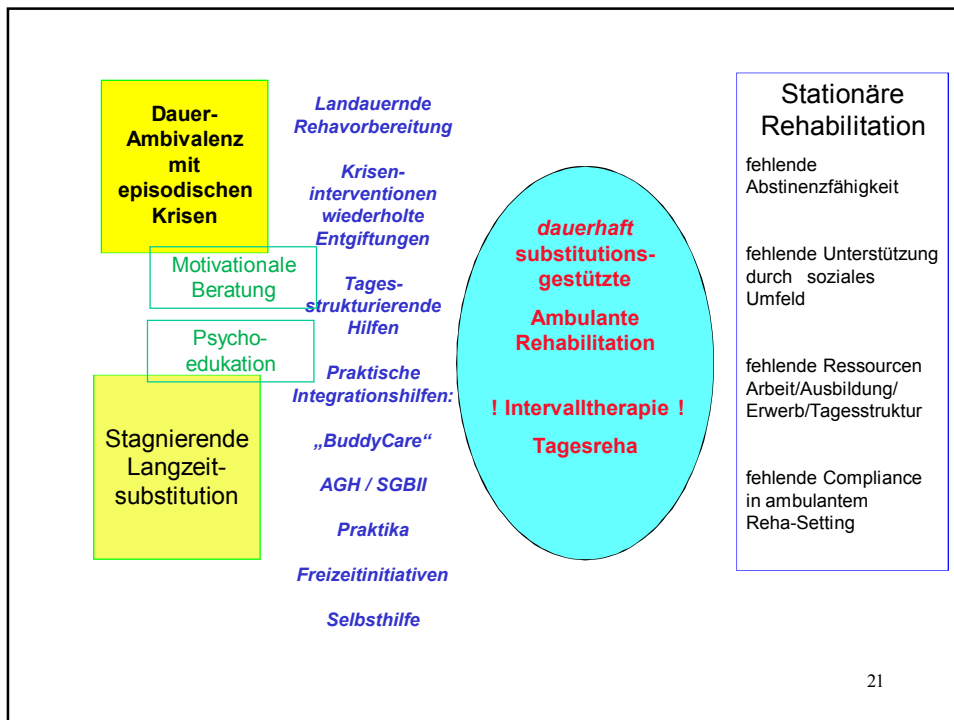
Maintenance
Substitution
& Integration

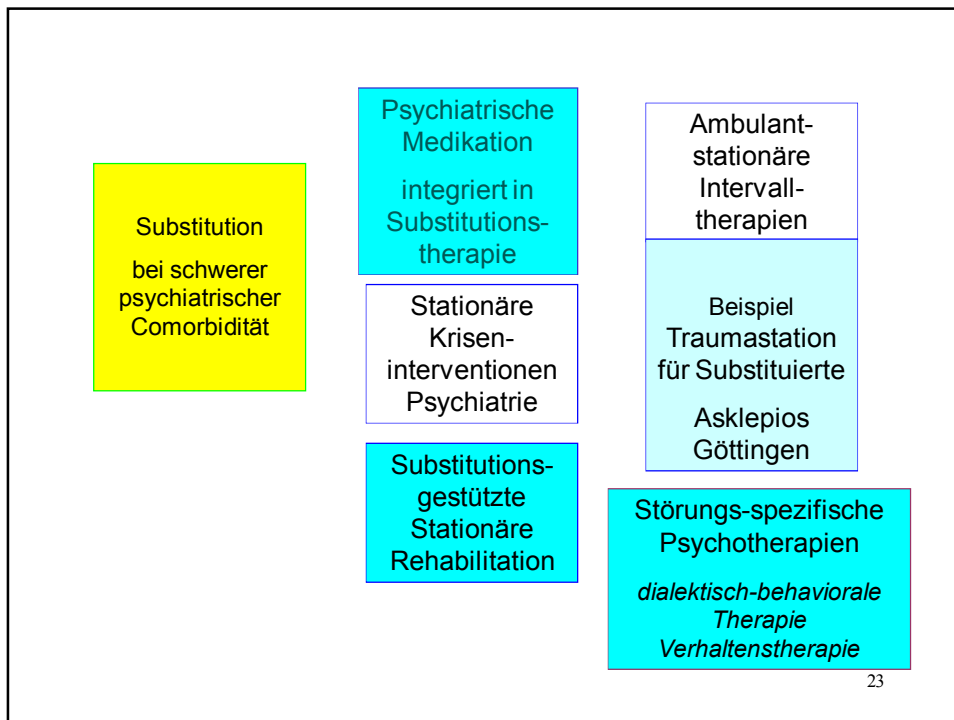


Psychotherapie
unter Substitution
möglich

Ambulante
Rehabilitation

- Abstinenzfähigkeit
- Unterstützendes soziales Umfeld
- Ressourcen Arbeit/Ausbildung/ Erwerb/Tagesstruktur
- Therapiefähigkeit






Entwicklungsbedarf

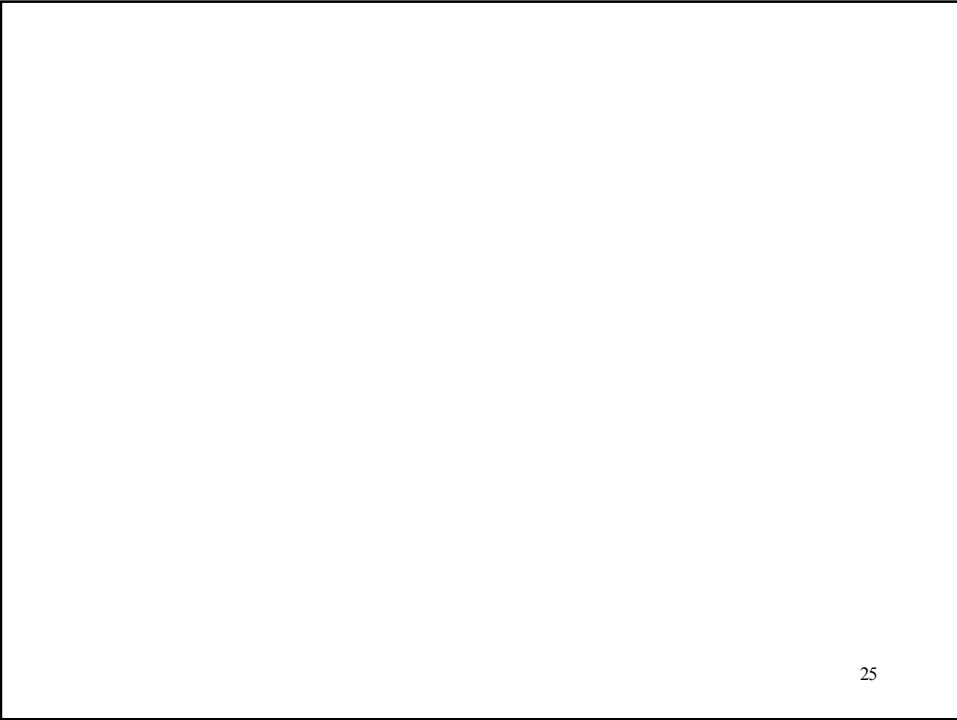
Leistungsträger:
Substitutionsgestützte medizinische Rehabilitation als Regelbehandlung

Hilfe- und Rehabilitationssystem:
konzeptionelle und strukturelle Anpassung der Reha an die Realität und Dynamiken der Substitutionstherapie
Integration von störungsspezifischen Behandlungsmethoden bei psychiatrischer Comorbidität

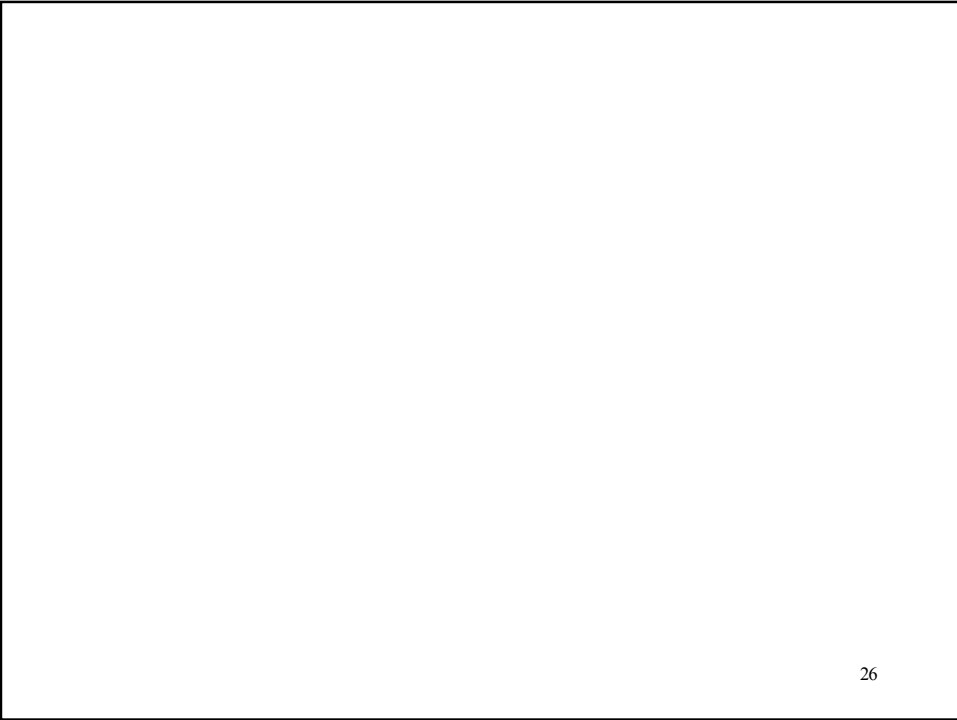
Drogenpolitik
Effektive Förderung der Integration von Behandlungssystemen statt Verschieben von Zuständigkeiten
Kombination von Pauschalfinanzierung und Leistungsabrechnungen
Förderung von Best-Practice-Modellen

 Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

24



25



26

Behandlung und Behandlungspfade

Die Opiatsubstitution wirkt de facto als Ausschlussgrund gegenüber der medizinischen Rehabilitation

Leistungsträger:

- Unrealistisch eng gefasste Indikationskriterien
(in Bewegung = „Einzelfallentscheidungen“)
- Unrealistische Anforderung Abstinenzerrreichung
während der Rehabilitation (Modifikation möglich?)

Klientel und Ärzte/Berater:

- Substitution als vorrangige oder ausschließliche
Motivationale Orientierung

Hilfe- und Rehabilitationssystem:

- Unzureichende konzeptionelle und strukturelle
Anpassung an Bedeutung und Wirkung der Substitution

Fragestellung

Wie kann die medizinischen Rehabilitation für Substituierte nutzbar gemacht werden?

Zugänge öffnen

- = Kompetenz des substitutionsgestützten Hilfesystems für
Motivierung und Reha-Vorbereitung verbessern
- = Unrealistische Anforderungen aufgeben:
 - Abgeschlossene Entgiftung vor der Rehabilitation ist unrealistisch
 - Abdosieren während der Rehabilitation nur als selbstbestimmte
Entscheidung der Patienten

Haltekraft der Rehabilitation verbessern

- = Erhaltung statt Entzug der stützenden Funktion der
Substitutionsmedikation in der Krise der Veränderung
- = Substitution als Rückfallintervention auch in der Medizinischen
Reha