

Nationale Substitutions-Konferenz NASUKO 2007
6. und 7. September 2007, Bern

Workshop

Substitution in stationärer Suchttherapie und Rehabilitation: geglückte Kombinationsbehandlung?

Susanne Schaaf lic.phil, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich
 Othmar Rist, Co-Leitung DIE ALTERNATIVE, Sozialtherapeutische Gemeinschaft Ulmenhof, Ottenbach/ ZH

1. Vorstellungsrunde (Bezug zum Thema, Erwartungen)
2. Zur Verbreitung von Suchtbehandlung in stationärer Suchttherapie in der Schweiz
3. Diskussion ausgewählter Ergebnisse und Thesen

2. Zur Verbreitung von Suchtbehandlung in stationärer Suchttherapie in der Schweiz

Abb. 1: Institutionen mit substituierten und nicht-substituierten Klient/innen - act-info-FOS 2006

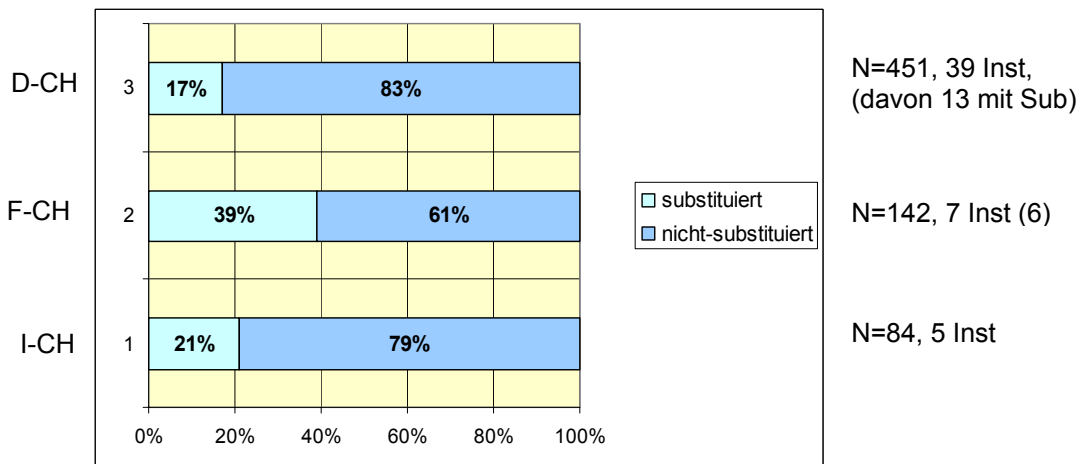
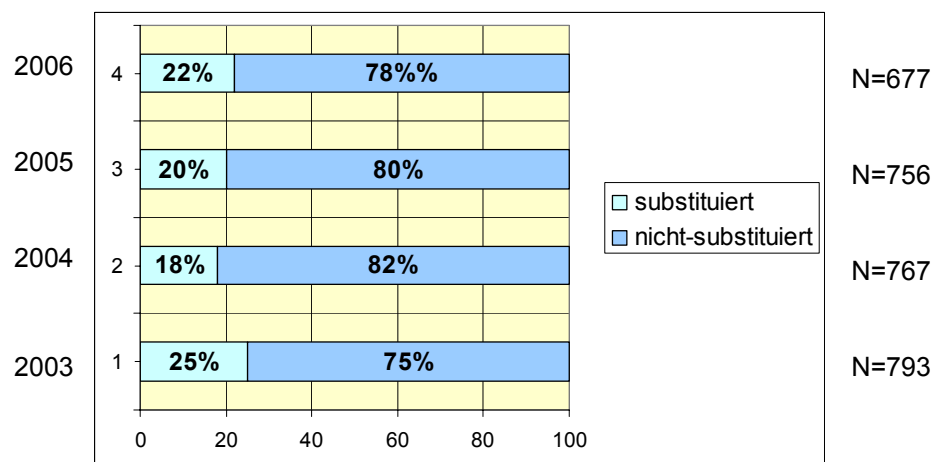


Abb. 2: Klient/innen bei Eintritt mit und ohne Substitution - act-info-FOS Behandlungsjahre 2003-2006



Im Zusammenhang mit der Einführung der Kombinationsbehandlung kam die Frage auf, ob die Aufnahme von substituierten Klient/innen nicht einfach auch aus Belegungsdruck erfolgte? Ein Einrichtungsvertreter berichtet, dass sein Therapiezentrum mit Substitutions-

behandlung eher zufällig begann, nämlich als es darum ging, schwangere Frauen bis zur Geburt im stationären Schonraum halten zu können. Das Kombinationsangebot erweise sich seither als geeignete Lösung.

Der hohe Anteil substituierter Klient/innen in Therapiezentren der Westschweiz könnte auf die Tradition der engen Zusammenarbeit zwischen Therapeut/innen und Suchtmediziner/innen zurückzuführen sein.

Bei den ambulanten Methadonbehandlungen hat sich der Anteil behandelter Personen auf ein Niveau von schweizweit rund 18'000 eingependelt. Wird es beim stationären Kombinationsangebot ebenfalls zu einer Sättigung des Anteils Substituierter kommen? Schwer zu sagen; allenfalls wird sich der Anteil Substituierter in Deutschschweizer Einrichtungen in Richtung des Anteils in welschen Institutionen entwickeln.

3. Diskussion ausgewählter Ergebnisse und Thesen

I. Substituierte Klient/innen bleiben durchschnittlich kürzer in Therapie als nicht-substituierte Klient/innen (191 Tage vs. 277 Tage; gesamt 261 Tage; FOS 2003/2004).

Substituierte Klient/innen brechen nicht häufiger ab, treten aber häufiger in eine Anschlussbehandlung, oft in ein Substitutionsprogramm über.

- Ihre Erfahrungen?
- „Luxusvariante“ oder sinnvolle Stabilisierungsphase?
- Gibt es spezielle Wirkungsziele für diese Personengruppe?
- Was bedeutet das für die Indikation/ Aufnahme/ Therapieplanung?

Für Therapieeinrichtungen mit Substitutionsangebot steht weniger die Frage im Zentrum, ob Substitution ja oder nein, sondern ob die Klient/innen *Entwicklungspotenzial* mitbringen. Bei den Wirkungszielen sollte genauso differenziert werden, wie es auch beim breiten Spektrum der Suchthilfeangebote getan wird. Wirkungsziele für substituierte Klient/innen sind z.B. die Förderung der Wohnfähigkeit, die Einsicht in die eigenen Suchtstrukturen und die Wiedereingliederung. Die Unterschiede zwischen den Betroffenen sind sehr gross, viele haben bereits langjährige Behandlungserfahrung.

Stationäre Therapie generell und auch ein Kurzaufenthalt sind keine Luxusvariante. Sie dienen der Stabilisierung des Klienten. Auch in Kurzaufenthalten können Ressourcen erschlossen und aufgebaut werden. Möglicherweise waren diese Personen früher teuer im Notfall versorgt. Substitution in stationärer Therapie ist eine Behandlungserweiterung mittels medizinischer Fachperson.

Es gibt durchaus auch lange stationäre Suchttherapien mit Substitutionsbehandlungen - stationäre Suchttherapie setzt nicht in jedem Fall den Abbau und Entzug einer Substitutionsbehandlung voraus.

Kurzaufenthalte hängen möglicherweise mit einer vorliegenden Komorbidität zusammen – komorbide Personen können sich häufig schlechter in die Gruppe integrieren. Es besteht der Eindruck, diese Personen seien in der Psychiatrie unerwünscht, können in der ambulanten Behandlung nicht gehalten werden und seien auch in der stationären Therapie z.T. nur beschränkt tragbar. Sollen sich die Einrichtungen spezialisieren oder ihr Angebot erweitern (Kiosk)?

II. Substituierte Klient/innen verfügen über eine schlechtere Ressourcenlage und sind auch in klinischer Hinsicht ein komplexes Klientel (psychosoziale Zusatzproblematik, Komorbidität).

- Ihre Erfahrungen?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für die Behandlung? Emotionale Erreichbarkeit im therapeutischen Prozess?
- Unterschiede zwischen Methadon- und Benzo-Substitution?
- Welche zusätzliche Unterstützung braucht es für die Behandlung dieser Personengruppe?
- Soll dieses Kombinationsangebot gefördert werden? Grenzen?

Unter den substituierten Klient/innen befindet sich ein hoher Anteil von Personen mit Zusatzproblematik (Komorbidität). Die Substitutionsbehandlung als solche stellt dabei kaum ein Problem dar, aber die schwerwiegenden Zusatzstörungen wie z.B. Borderline. Sind die Klient/innen im Laufe der Jahre tatsächlich kränker geworden oder wurde die Wahrnehmung auf diese Problematik geschärft?

Bei einer *korrekten Einstellung* auf Methadon sind die substituierten Klient/innen durchaus therapiefähig. Auch bei einer Dosierung von bis zu 200mg Methadon seien die Betroffenen sehr wach und können an einer 90minütigen Gruppenarbeit teilnehmen, berichtet ein Einrichtungsvertreter. Gute Erfahrungen habe man mit Subutex gemacht, da seien die Klient/innen clean und wach. Ist Subutex Substitution für Hochmotivierte?

Probleme mit der Therapiefähigkeit zeigen sich allenfalls im Zusammenhang mit anderen Medikamenten und Neuroleptika – hier seien die Klient/innen benommen.

Eine Studie von Lukas Boesch (PUK, Zürich) zur ambulanten Methadonbehandlung aus Sicht der Patient/innen zeigt, dass 50% der befragten Methadonbezüger/innen *abbauorientiert* sind. Aber wann soll wieviel abgebaut werden? Der Methadonabbau soll variabel gehandhabt werden und setzt eine gute Vorabklärung voraus. Viele Klient/innen glauben, das Helfersystem (Einrichtung, Familie) erwarte einen Dosisabbau, und sind erstaunt, wenn sie erfahren, dass es nicht so ist. Die Fachpersonen sollen die Wünsche der Klient/innen anerkennen – darunter fällt aber auch der Wunsch nach Dosisabbau und Methadonentzug. Für jeden Klienten braucht es eine individuelle Planung, auch eine Individualisierung (insbesondere bei komorbiden Klient/innen) innerhalb des Gruppenprozesses.

Vor Therapieabschluss haben viele Klient/innen Angst vor dem selbständigen Leben danach und vor möglichen Rückfällen. So wird teilweise gegen Ende der Therapie noch einmal aufdosiert, um die Angst des Klienten zu mindern. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Frage nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Betroffenen nach Austritt aus der stationären Therapie.

Für die nicht-substituierten Klient/innen ist eine gemischte Gruppe in der Einrichtung kaum ein Problem – sie können gut akzeptieren, dass ihre Kolleg/innen noch Methadon brauchen. Schwierigkeiten ergeben sich allenfalls bei Ungleichbehandlung aufgrund psychischer Störungen der substituierten Klient/innen, welche sich z.B. aus Gruppentherapiesitzungen ausklinken dürfen.

Widerstände gegenüber der Einführung der Substitutionsbehandlung in der stationären Therapie, berichtet ein Institutionsvertreter, fanden sich eher im Behandlungsteam, das unterschiedliche Meinungen zum Umgang mit Substitution vertrat, als bei den Klient/innen.

III. Qualitätssicherung: Als Rahmenbedingungen für eine gelungene Integration von Substitutionsbehandlung in stationäre Therapie werden genannt: qualifiziertes Personal, präzise Zusammenarbeit der Fachpersonen, Anpassung der Unternehmenskultur, strukturelle und räumliche Massnahmen.

- Ihre Erfahrungen?
- Wie funktioniert die interdisziplinäre Verständigung? Rollenkonflikte?
- Welche Anpassungen müssen konzeptuell und in der Unternehmenskultur vorgenommen werden?
- Wie funktioniert die Anpassung der Unternehmenskultur (Widerstände)?

Die Aufnahme von substituierten Klient/innen mit Zusatzstörungen hat dazu geführt, dass die Einrichtungen tiefgreifende Umstellungen durchführen mussten (z.B. Psychiatriefachpersonal anstellen). Sollte sich das nicht auf den Tagessatz auswirken?

Als problematisch wird die Schnittstelle zwischen ambulanter Behandlung und stationärer Therapie beschrieben: die stationären Einrichtungen wünschen sich mehr Informationen zum behandelten Klienten, stossen aber an Grenzen des Datenschutzes und Schwierigkeiten in der Koordination mit vorbehandelnden Stellen. Wie kann dieser Übergangsprozess besser

gestaltet werden? Zuständigkeit? Die zentralen Sozialdienste seien oft nicht auf dem Laufenden, wenn man nachfragt. Kleine Einrichtungen reagieren hier viel flexibler. Die Vernetzung soll verbessert werden. Eine Institution macht gute Erfahrungen mit regelmässigen Standortgesprächen, an denen die involvierten Akteure teilnehmen.

IV. Vertreter der ambulanten Substitutionsbehandlung sind teilweise der Ansicht, dass Abstinenz- oder Ausstiegsorientierung in stationärer Therapie für die Klient/innen problematisch oder gar lebensgefährdend sein kann.

- Ihre Erfahrungen?
- Wie können Missverständnisse ausgeräumt werden?
- Wie können Anliegen und Angebot kommuniziert werden?

Dass stationäre Therapie und Suchtbehandlung generell heikel sein können, ist den stationären Suchtfachleuten bewusst. Todesfälle nach Entzugsbehandlung oder stationärer Rehabilitation wurden bisher nicht systematisch untersucht. Möglicherweise haben diese Ereignisse mit dem Krankheitsbild der Klient/innen (Komorbidität) zu tun.

Im schweizerischen Vier-Säulen-Modell ist die medizinische Substitutionsbehandlung der Säule Therapie zugeordnet und nicht der Säule Schadensminimierung. Einfache Methadonabgabe ist nicht mit einem Methadonprogramm gleichzusetzen. Der palliativ-medizinische Ansatz ist durchaus wichtig, aber er ist nicht der einzige. Viele Klient/innen schätzen die *Entwicklungsorientierung* in der stationären Suchttherapie und streben auch einen schrittweisen Abbau der Methadondosis an. Ideologische Gräben zwischen Fachrichtungen sollen vermieden werden. Es gibt durchaus Beispiele von interdisziplinären Fachgruppen mit Vertreter/innen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe. Konstruktive Zusammenarbeit ist möglich.