

Konzeption und Aufgabenwahrnehmungen der Methadonambulanzen am Gesundheitsamt des Kreises Steinfurt

1. Ausgangssituation

Als eine der ersten Kommunen ist der Kreis Steinfurt der Methadonvereinbarung für das Land Nordrhein-Westfalen beigetreten. Dadurch erfolgte ein positiver Impuls für die Entwicklung der Methadonsubstitution im Kreis Steinfurt. Seitdem hat sich die Substitutionsbehandlung im Zuge einer differenzierten Drogenpolitik/-behandlung zu einem festen Bestandteil der Drogenkrankenversorgung entwickelt. Sie ist ein wichtiger Schritt in der sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung langjähriger Opiatabhängiger und schafft Möglichkeiten und Voraussetzungen, dass diese Menschen nicht ihrem Schicksal überlassen werden und damit nicht am Rande der Gesellschaft leben müssen.

Im Kreis Steinfurt hat sich die Behandlungsmethode der Substitutionsbehandlung kontinuierlich weiterentwickelt und zählt neben den klassischen, eher abstinenzorientierten Therapien zur Regelversorgung.

In der substituionsgestützten Behandlung rücken daher andere Ziele in den Vordergrund, die auch Entwicklungsschritte auf dem Weg hin zu einer vollständigen Opiatabstinenz sein können. Ziele sind z. B.:

- Steigerung der Überlebenschance gegenüber unbehandelten abhängigen Heroinkonsumenten
- Distanzierung von der Drogenszene
- soziale und berufliche Integration
- Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes auch bei HIV- und Hepatitis-infizierten Konsumenten/Innen
- Verminderung des HIV- und Hepatitis-Infektionsrisikos durch Rückgang des intravenösen Drogengebrauchs
- Rückgang von Beschaffungskriminalität und Prostitution sowie der damit einhergehenden psychischen und sozialen Belastungen.

2. Geschichte der Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung ist in Deutschland eine relativ junge Behandlungsmethode, in anderen Ländern erfolgte sie schon bereits vor 40 Jahren. Die Substitutionstherapie wurde vom Pharmakologen Vincent Dole und der Psychiaterin Mary Nyswander entwickelt, die 1963 am New Yorker Rockefeller-Hospital begannen, Drogenabhängige mit Methadon zu behandeln. Die Erfolge dieses Behandlungsprojektes führten 1970 in den USA zur Anerkennung der Methadonbehandlung als einer zweckmäßigen Behandlungsmethode. Seitdem breitete sich diese Therapieform in den USA rasch aus. In Europa startete das erste Methadonprogramm in Schweden, welches eng an das Dole-Nyswander-Modell angelehnt war. In der Schweiz ist die Substitutionsbehandlung mit Methadon seit ca. 25 Jahren fester Bestandteil des Therapieangebotes für Opiatabhängige. Auch in anderen europäischen

Ländern wurde im Laufe der 70er Jahre die Substitutionsbehandlung eingeführt. Derzeit befinden sich z. B. in der Schweiz und in den Niederlanden mindestens 50 % der Heroinabhängigen in einer Methadonbehandlung. In Kanada, Australien und einigen asiatischen Ländern gibt es ebenfalls schon seit den 70er Jahren strukturierte Methadonkonzepte.

Erst zum Beginn der 90er Jahre setzte sich in Deutschland über spezielle Erprobungsvorhaben die Methadonsubstitution in einigen Bundesländern durch. Diese Zeitverzögerung ist u. a. auch darauf zurückzuführen, dass in Deutschland jahrzehntelang einseitig das Konzept der stationären Langzeittherapie mit eindeutiger Abstinenzorientierung favorisiert wurde. Diese Abstinenzorientierung fand faktisch ihren Niederschlag in einem therapeutischen Ausschluss der Methadonbehandlung. Es bestanden entsprechende rechtliche und fachliche Restriktionen, die einem Methadonverbot gleichkamen. Der § 13 des BtMG regelt, dass das Verschreiben von Betäubungsmitteln medizinisch begründet sein muss und nur dann erlaubt ist, wenn der beabsichtigte Zweck nicht auf andere Weise erreicht werden kann. Aufgrund dieser Beschränkungen entwickelte sich seit Ende der 70er Jahre eine Behandlung mit Codeinpräparaten, weil diese Medikamente nicht unter das BtMG fielen. Im Sommer 1992 erfolgte eine rechtliche Klarstellung im BtMG, nach der eine Substitutionsbehandlung in medizinisch begründeten Einzelfällen unter strenger ärztlicher Kontrolle zulässig ist. Im Juli 1991 hatte bereits der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter dem Druck der Länderprogramme und einer gewandelten öffentlichen Meinung bundeseinheitliche Richtlinien zur Methadonsubstitution, die sog. NUB-Richtlinien, erlassen. Diese Richtlinien wurden in der Folgezeit fortgeschrieben; und sie sind in ihren Indikationen und Behandlungsanforderungen eher restriktiv ausgelegt. Jahrelang stand in Deutschland nur Levomethadon als L-Polamidon für die Verschreibung zur Verfügung. Erst seit 1994 ist das international verwendete Methadon auch in Deutschland verschreibungsfähig.

Auch die Ausweitung der Substitutionsmittel trug zu einem weiteren Anstieg der Zahl der substituierten Menschen in Deutschland bei. 70 % aller Substitutionsbehandlungen gingen dabei zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Seit dem 01.02.1998 gilt eine neue Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, die einschneidende Veränderungen für die Substitutionstherapie in Deutschland mit sich brachte. Eine weitere Fortschreibung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom Juni 2001 sieht vor, dass substituierende Ärzte/Innen die Fachkunde suchtmedizinische Grundversorgung erwerben müssen und dass ein zentrales Substitutionsregister eingerichtet wird, um Doppelverschreibungen zu erkennen und zu verhindern. Zudem hat die Bundesärztekammer „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung“ im Jahre 2002 verabschiedet, die fachliche Behandlungsstandards setzen.

Im Juli 2002 hat das Bundesministerium für Gesundheit die BUB-Richtlinien geändert, wonach künftig eine substitutionsgestützte Behandlung auch bei einer manifesten Opiatabhängigkeit ohne weitere Begleiterkrankungen möglich ist und auch keiner speziellen Genehmigung mehr bedarf, sondern nur noch anzuzeigen ist. Im Oktober 2002 wurden die neuen BUB-Richtlinien vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedet. Aufgrund dieser kurz skizzierten, prozesshaften Entwicklung scheint der Weg für eine bedarfsgerechte Substitutionsbehandlung frei zu sein.

3. Ziele der Substitutionsbehandlung

Die Zielsetzung der methadongestützten Behandlung wird abgestimmt auf die jeweiligen betroffenen Menschen und lässt sich am ehesten als eine Folge von aufeinander aufbauenden Zielen beschreiben. Exemplarisch werden folgende Ziele genannt:

- Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während Schwangerschaft und Geburt
- Ablösung vom Umfeld der Drogenszene
- Senkung der Beschaffungskriminalität
- Überwindung der sozialen Isolation durch Aufbau oder Reaktivierung drogenfreier Bekanntschaften
- Klärung der strafrechtlichen Situation
- Schuldenregulierung
- berufliche Orientierung, Eingliederung in den Arbeitsprozess
- Erlernen neuer sozialer Kompetenzen und verbesserter Problembewältigungsstrategien
- Erlernen des Umgangs mit freier Zeit
- Hilfen bei Rückfällen bzw. bei Konsum oder bei Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung
- Begleitung im Prozess der Beendigung der Substitution
- dabei wird der Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit als ein länger währender Prozess mit mehreren Etappenzielen verstanden (Ausstieg aus der Szene, Ausstieg aus dem Beikonsum, Ausstieg aus den tradierten Lebensgewohnheiten und eingefahrenen Reaktions- und Handlungsmustern)

4. Kontraindikationen und Ausschlusskriterien

Von der Substitutionsbehandlung ausgeschlossen werden Patienten/Innen – Klienten/Innen:

- die in den Räumen der Methadonambulanz andere als ärztlich verordnete Substanzen konsumieren
- die in den Räumen der Ambulanz mit psychotropen Substanzen handeln
- Gewalt gegen Personen oder Sachen anwenden oder androhen
- die den verordneten Ersatzstoff an andere weitergeben oder verkaufen
- die dauerhaft einen substitutionsgefährdenden Beigebrauch zeigen
- die den Kontakt der psychosozialen Begleitung dauerhaft verweigern.

5. Behandlungsrichtlinien und Indikation einer Substitutionsbehandlung

Die Behandlungsrichtlinien, nach denen eine Substitutionstherapie erfolgen muss, sind durch die Bundesärztekammer und im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch die BUB-Richtlinien vorgegeben. Gesetzliche Grundlage jeder Behandlung mit Opioiden sind außerdem BtMG und BtMVV. Der/die Patient/In wird über diese Vorgaben und Rahmenbedingungen im Rahmen einer sog. Behandlungsvereinbarung unterrichtet. Im Einzelnen sollte die Behandlungsvereinbarung informieren über:

- die Voraussetzungen der Substitutionsbehandlung und über Risiken und Gefahren des Beigebrauchs von Suchtmitteln
- die Grundregeln der Behandlung (Vergabemodalitäten, Mitarbeit, Urinkontrollen)
- Sanktionen bei Verstößen gegen die Behandlungsregeln
- die Art der Behandlungsdokumentation und die Weitergabe von Informationen

Die BUB-Richtlinien, die die Kostenübernahme zur Substitutionsbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen regeln, sagten in früherer Zeit aus, dass die Methadonsubstitution alleine keine Behandlung der Drogensucht ist. Neu ist nun, dass auch Drogenabhängigkeit alleine eine Voraussetzung zur Substitution im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes sein kann. Indikationen sind demnach:

1. Die Behandlung einer manifesten Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes, unter folgender Voraussetzung:
 - wenn Abstinenzversuche unter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben oder
 - wenn eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann oder
 - wenn die substitutionsgestützte Behandlung im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung oder Besserung bietet.
2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. Verringerung der Risiken der Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

6. Finanzierung

Die Kosten für medizinische Leistungen im Rahmen der Substitution können von der Krankenkasse, privat oder bei Anspruch auf Krankenhilfe durch das Sozialamt übernommen werden. Die nach dem BtMVV vorgesehene psychosoziale Betreuung fällt nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Ein Antrag an die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht mehr erforderlich. Die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ist an zwei Voraussetzungen geknüpft:

- Vorgehen nach dem BUB-Richtlinien
- Zulassung des behandelnden Arztes für die Durchführung auf Grund von Substitutionsbehandlungen durch die Kassenärztliche Vereinigung der suchttherapeutischen Qualifikation: Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“.

7. Methadonambulanzen am Gesundheitsamt des Kreises Steinfurt

Der Kreis Steinfurt ist Träger der Methadonambulanzen in den Dienststellen des Gesundheitsamtes Ibbenbüren, Rheine und Steinfurt. Es stehen entsprechende

Räumlichkeiten sowie deren fachlich adäquate Ausstattung zur Verfügung. Die Methadonambulanzen sind an 7 Tagen in der Woche geöffnet. In jeder Region erfolgt eine enge Kooperation mit der/dem Sozialarbeiter/In der Suchtberatungsstellen, die die psychosoziale Begleitung leisten. Konzeptionell stehen die Methadonambulanzen für einen integrierten medizinisch-psychozialen Behandlungs-/Betreuungsansatz unter medizinischer Verantwortung und Leitung. Die vor Ort tätigen Teams setzen sich somit aus den Berufsgruppen Arzt/Ärztin, MTA – Sekretariat und Sozialarbeiter/In zusammen. Die Methadonambulanzen des Gesundheitsamtes sind eine fachliche Ergänzung zu der Methadonambulanz der WKPPN Lengerich sowie zu den Behandlungsangeboten der niedergelassenen Ärzteschaft.

Der Kreis Steinfurt ist Träger folgender Methadonambulanzen:

1. Gesundheitsamt
Dienststelle Ibbenbüren
Oststr. 30, 49477 Ibbenbüren
Tel.: 05451/9913-0 / Fax: 05451/9913222
verantwortlicher Arzt: Herr Dr. Cordel
psychosoziale Begleitung:
Herr Fehlker – Caritasverband Tecklenburger Land Ibbenbüren
Labor: Frau Thomes / Frau Becher
2. Gesundheitsamt
Dienststelle Rheine
Münsterstr. 55, 48431 Rheine
Tel.: 05971/16131-0 / Fax: 05971/1613110
verantwortlicher Arzt: Herr Dr. Holwitt
psychosoziale Begleitung: Frau Moers – Aktion Selbsthilfe Rheine
Labor: Frau Immink / Frau Flüthmann
3. Gesundheitsamt
Dienststelle Steinfurt
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Tel.: 02551/692820 / Fax: 02551/692800
verantwortlicher Arzt: Herr Dr. Kirchner-Homoet
psychosoziale Begleitung: Frau Melzer – Caritasverband Steinfurt
Frau Langkamp – Caritasverband Emsd.-Greven
Labor: Frau Lange / Frau Schiwiek

7.1 Zielgruppe der Substitutionsbehandlung

Zielgruppe sind betroffene, opiatabhängige Menschen, bei denen die Diagnose manifeste Opiatabhängigkeit medizinisch gesichert ist. Bei dieser Zielgruppe ist durch eine langjährige Drogenabhängigkeit die soziale und gesundheitliche Problematik häufig weit fortgeschritten. Die daraus resultierenden Folgen können sein:

- Schulden
- Verlust des Arbeitsplatzes

- Beziehungsverluste
- drohender Wohnungsverlust bzw. Obdachlosigkeit
- mangelndes Selbstwertgefühl
- geringe Frustrationstoleranz
- körperliche Erkrankungen wie Hepatitis, HIV etc.

7.2 Aufgaben der medizinischen Behandlung und der psychosozialen Begleitung

7.2.1 Aufgaben des Arztes / der Ärztin

Der Arzt/die Ärztin der Methadonambulanz stellt verantwortlich die Vergabe des Ersatzstoffes, einschließlich der dazu notwendigen Nebenarbeiten sicher. Die Aufgaben liegen im Einzelnen:

- medizinisch-körperliche Untersuchung
- Ausgabe des Ersatzstoffes
- Überwachung der korrekten Einnahme
- Sichtprüfung der Patienten/Innen auf Intoxikationszustände, die der Ausgabe des Ersatzstoffes entgegenstehen
- Organisation und Durchführung der Urinkontrollen
- Durchführung von Alkoholkontrollen
- Organisation und Assistenz von Blutentnahmen
- Aktenführung und allgemeine Organisationsaufgaben
- ggf. Hausbesuche im Krankheitsfall.

Darüber hinaus stehen sie als tägliche Ansprechpartner/Innen für die betroffenen Menschen zur Verfügung.

Praktische Erfahrungen mit Ersatzstoffbehandlungen zeigen, dass Rückfälle in den Heroinkonsum sowie der Beigebrauch anderer psychotroper Stoffe vorkommen. Erneuter Heroinkonsum und zeitweiser Beigebrauch sind allerdings kein automatisches Ausschlusskriterium von der Substitution, sofern sie nicht eine vitale Bedrohung für die Betroffenen darstellen. Fortgesetzter Beigebrauch macht die Entwicklung differenzierter und einzelfallbezogener Lösungsansätze von Seiten der professionellen Behandler/Innen notwendig. Dabei sind medizinische und psychosoziale Aspekte gleichermaßen in Betracht zu ziehen und aufeinander abzustimmen. Die Beikonsumentwicklung wird durch unregelmäßige Urinscreenings kontrolliert. Gleichwohl muss den Betroffenen klar sein, dass ein dauerhafter Beikonsum im Widerspruch zur Substitutionsbehandlung steht.

7.2.2. Aufgaben MTA / Sekretariat

Die Aufgaben umfassen insbesondere:

- Abfüllen des Methadons
- Dokumentation
- Vergabe
- persönlicher Kontakt zu den Drogenabhängigen
- Abrechnung der Arzt- und Laborleistungen

7.2.3 Aufgaben des/der Sozialarbeiters/In der psychosozialen Begleitung

Die Abklärung zur Notwendigkeit der psychosozialen Begleitung von Substituierten ist zwingender Bestandteil einer Substitutionsbehandlung. Die psychosoziale Begleitung wird geleistet vom/von der Sozialarbeiter/In der Suchtberatungsstellen in den jeweiligen Sozialräumen und stellt ein umfassendes und differenziertes Begleitangebot für die Substituierten sicher. Die Arbeit basiert auf der Erfahrung, dass durch die Wirkungsweise des Opiatersatzstoffes eine Distanzierung von der Drogenszene erst ermöglicht wird und somit Angebote zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung leichter wahrgenommen und angenommen werden können.

Behandlungsziele können grundsätzlich nur mit dem Betroffenen festgelegt werden. Sie stellen jeweils den individuellen Ausschnitt von Fähigkeiten und psychosozialen Voraussetzungen dar, die ihre Wirksamkeit zur Überwindung von Abhängigkeit in der Praxis bewiesen haben.

Psychosoziale Begleitung bietet Unterstützung in folgenden Bereichen:

- Entwicklung von Zielen und Perspektiven – Welche Veränderungen sollen mit der Substitutionsbehandlung angestrebt werden?
- Klärung der juristischen Situation (z. B. offene Strafverfahren, drohende Haft)
- Sicherstellung der finanziellen Basisversorgung (Krankengeld, Sozialhilfe, Wohngeld)
- Unterstützung und Begleitung bei Behörden- und Ämtergängen
- Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Schuldenregulierung
- berufliche Rehabilitation
- Ausstiegshilfen (Reduzierung von Beikonsum, Vermittlung in die Entgiftung, Entwöhnung oder betreute Wohnform)
- Krisenintervention (bei der Alltagsbewältigung, in problematischen Lebenssituationen)
- Freizeitgestaltung (Erlernen neuer Tagesstrukturen, Umgang mit der Langeweile)
- Rückfallprophylaxe
- Stabilisierung der Persönlichkeit – Stärkung des Selbstwertgefühls.

8. Das besondere Profil der Methadonambulanzen

Medizinische Behandlung und psychosoziale Betreuung sind nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern als sich ergänzend und gleichermaßen wichtig anzusehen. Deshalb ist eine enge Verzahnung zwischen psychosozialer Betreuung und medizinischer Behandlung unabdingbar. Insbesondere werden durch diese verbindlichen Kooperationsformen diejenigen Zielgruppen erreicht, die aufgrund der Schwere der Erkrankungen vom herkömmlichen Versorgungssystem nicht erreicht werden. Es geht somit darum, nicht wartezimmerfähige betroffene Menschen zu erreichen. Durch die Niedrigschwelligkeit der Methadonambulanz wird den Patienten/Innen der Zugang zur Substitutionsbehandlung erleichtert. Eine Methadonambulanz ordnet sich als zusätzliches Element ein in das bereits bestehende Netz drogen- und substitutionsunterstützender Angebote, insofern sind sie keine Konkurrenz zu den bestehenden Angeboten sondern eine Ergänzung.

9. Ausblick

Mit der Etablierung der Methadonambulanzen ist es gelungen, eine differenzierte, flächendeckende Versorgung für die Zielgruppe der opiatabhängigen Menschen zu erreichen. Im Kreis Steinfurt hat somit jeder betroffene Mensch, bei dem eine Indikation für eine Substitutionsbehandlung besteht, die Möglichkeit einer Behandlung.