

**PSYCHOMEDIZINISCH-AMBULANTE
SUCHTBERATUNG UND SUBSTITUTIONS-THERAPIE
(KOOPERATION "PASST")**

**SUCHTBERATUNGSSTELLE DES CARITASVERBANDES, FRITZ-TILLMANN-STR. 8-12, 53113 BONN
TEL. 108 245, FAX 108 250**

**SUCHTBERATUNGSSTELLE DES DIAKONISCHEN WERKES BONN, LESSINGSTR. 24, 53113 BONN
TEL. 21 78 12, FAX 24 20 220**

**V. REICHEL, PRAKT. ARZT - SUBSTITUTIONSTHERAPIE - , LESSINGSTR. 24, 53113 BONN
TEL. 26 28 24, FAX 26 28 58**

Jahresbericht 1998

Medizinischer Teil

Drogenscreening im Urin

als Parameter

für Gestaltung und Erfolg der Methadonsubstitution

Volker Reichel, Tobias Gräßer

Bonn, 16.04.1999

DANKSAGUNG

Zunächst einmal bedanke ich mich bei Herrn Tobias Gräßer, studentischer Mitarbeiter in meiner Praxis, der die wissenschaftlich-statistische Ausgestaltung des Datenbestandes geleistet hat.

Ferner danke ich den Mitarbeitern der Suchtberatungsstellen von Diakonie und Caritas für die kollegiale Zusammenarbeit bei der psychosozialen Betreuung meiner substituierten Patienten.

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE
ZUSAMMENFASSUNG	04
1. ANALYSE DER URINKONTROLLEN	06
1.1 QUERSCHNITTUNTERSUCHUNG	06
1.1.1 Fragestellung: Verhältnis von positiven und negativen Urinkontrollen sowie Art und Anzahl von Substanzkombinationen	07
1.2. DIE 4 FRAGESTELLUNGEN DER LÄNGSSCHNITTUNTERSUCHUNG	09
1.2.1.1 Welche Dauer hat der Beikonsum im Patientenverlauf?	
1.2.1.2 Auswertungen zu Frage 1.2.1.1	10
1.2.2.1 Wie verteilen sich darin die Substanzen über alle Patientenverläufe?	
1.2.2.2 Auswertungen zu Frage 1.2.2.1	11
1.2.3.1 Wie verteilen sich die einzelnen Substanzen auf die Dauer des Beikonsums?	
1.2.3.2 Auswertungen zu Frage 1.2.3.1	11
1.2.3.1 Gibt es "Mono-Beikonsumenten" und welche Substanzen konsumieren sie?	
1.2.4.2 Auswertungen zu Frage 1.2.4.1	13
2. SONSTIGE UNTERSUCHUNGEN	13
2.1 ALLGEMEINMEDIZINISCHE DIAGNOSEN	13
2.2 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN	14
2.3 DURCHSCHNITTTLICHE TAGESDOSIS	14
3. PRÜFUNG DER ERGEBNISSE DER URINKONTROLLEN	15
3.1 Fragestellungen und Ansatz	16
3.2 Auswertung	17
3.3 Ergebnisse	18
3.4 Diskussion	19
4. BEWERTUNG	20
4.1 Unzulänglichkeiten	20
4.2 Bewährungen	21

ZUSAMMENFASSUNG

Über 1 Jahr, nämlich in 1998, wurden durchschnittlich 77 Patienten, zum Zählzeitpunkt des 1. Quartals 66, zum Zählzeitpunkt des 4. Quartals 102 Patienten, im Jahresverlauf insgesamt 152 Patienten, auf ihr Beikonsumverhalten untersucht. Dazu wurden näherungsweise wöchentlich abgenommene Urinkontrollen auf die Parameter Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Benzoyllecgonin (für Kokain) und Opiate außer Methadon analysiert.

Sämtliche Untersuchungen sind deskriptiv, d.h. können im Sinne von Trends oder Tendenzen interpretiert werden. Eine inferenzstatistische Absicherung der Ergebnisse müßte angeschlossen werden.

Ziel der Untersuchung war es, den Erfolgsparameter für die Substitutionsbehandlung schlechthin, das Verhältnis von Beikonsum und Beikonsumfreiheit bzw. von positiven und negativen Urinkontrollen zu bestimmen. Ferner sollten aus den Charakteristika von Beikonsummustern Rückschlüsse für die Gestaltung der therapeutisch-medizinischen Arbeit gezogen werden.

In **Querschnittsuntersuchungen**, die Aussagen zu einem bestimmten Zeitpunkt liefern, wurde im Verlauf des Jahres ein Anstieg der negativen Urinkontrollen von 39% auf 51% festgestellt, der **Mittelwert lag bei 47 % negativer Urinkontrollen in 1998**. Durch Aufnahme des Kreatininwertes in das Analyseschema wurde eine **Kontrolluntersuchung zur Sicherheit** der Untersuchung möglich, also zur Frage des Verhältnisses richtig negativer und falsch negativer Urinkontrollen. Diese wurde über das erste Quartal 1999 geführt. Sie zeigt eine Rate negativer Urinkontrollen von 51 % bei einem Sicherheitsdefizit, also einer nicht sicheren Zuordnungsmöglichkeit, von ca. 2 % und einer Fehlerquote, d.h. einer Rate von falsch negativen Urinkontrollenergebnissen, von ca. 2 %. Die Unsicherheitsrate von 4% konnte durch die Kreatininbestimmung in Kooperation mit anderen Verlaufsparametern wie Patientengespräche auf 2% reduziert werden. **Der Mittelwert aus 1998 von 47% negativer bzw. als beikonsumfrei zu wertender Urinkontrollen wurde damit exakt bestätigt.**

Die Querschnittsuntersuchungen liefern ferner Aufschluß über die Substanzkombinationen der verschiedenen Substanzen des Beikonsums. Amphetamine und Barbiturate spielen eine vernachlässigbare Rolle. Als **konstant** im Vergleich der Zählzeitpunkte bei **niedriger** absoluter Zahl liegt die Anzahl der **Kokain-Mono-Beikonsumenten sowie die Zahl der Kombinationen** von Kokain jeweils mit Heroin und mit Benzodiazepinen. Stark dagegen imponieren die Zahlen der **Mono-Beikonsumenten von jeweils Heroin und Benzodiazepinen** einerseits **sowie** andererseits die Zahlen **der Kombinationen** von Heroin mit Benzodiazepinen und von Heroin mit Kokain und Benzodiazepinen. Die dadurch erkennbare Wahllosigkeit im Beikonsummuster könnte ein Hinweis auf die Verunsicherung von Konsummustern von Drogenabhängigen unter Substitutionsbehandlung darstellen, oder mit anderen Worten ein Hinweis auf die therapeutische Effizienz der Substitutionsbehandlung, eine These, die ja umstritten ist.

In **Längsschnittuntersuchungen**, die Aussagen zu einem bestimmten Zeitraum liefern, wurde der Häufigkeitsanteil der genannten Substanzen am Beikonsum untersucht. Danach zeigt sich, daß **Kokain in weniger als der Hälfte am Beikonsumaufkommen beteiligt ist und Benzodiazepine als Droge mit legalem Quellbereich nahezu zahlengleich neben Heroin rangieren.**

Der Längsschnitt liefert ferner ein Ergebnis zur Frage, wieviel Rückfälle ein Patient im Durchschnitt aufweist, wobei nach Substanzen hier nicht unterschieden wurde. Danach hat jeder Patient im Durchschnitt 2 kurzdauernde Rückfälle von weniger als 3 aufeinanderfolgenden positiven Urinkontrollen und zusätzlich drei von vier Patienten einen längerdauernden Rückfall von mehr als 3 aufeinanderfolgenden positiven Urinkontrollen.

Zur Differenzierung der Verteilung der Substanzen am Beikonsum wurden

4 Patientengruppen definiert:

- 1) Pat., die keinen Beikonsum hatten; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen gleich Null ist.
- 2) Pat. mit geringem Beikonsum; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen maximal 20% erreicht.
- 3) Pat. mit häufigem Beikonsum; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen zwischen 20% und 70% liegen.
- 4) Pat. mit dauerndem Beikonsum; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen 70% übersteigen.

Während der Benzodiazepin-Konsum sich über alle 4 Gruppen nahezu gleich verteilt, zeigt sich beim Kokain-Konsum ein Überwiegen des sporadischen Konsums, beim Heroin-Konsum dagegen eine Tendenz zum Dauerkonsum. Damit und zusammen mit dem Ergebnis aus den Querschnittsuntersuchungen zu den Substanzkombinationen läßt sich **die führende Rolle der Opiate im Bereich der Politoxikomanie** darstellen sowie die Tatsache, daß eine Substitution oder andere ambulante therapeutische Maßnahmen im Bereich anderer Suchtmittel kaum ein sinnvolles Angebot darstellen würden.

Für den Stichmonat Dezember wurde die Anzahl der **allgemeinmedizinischen Dauerdiagnosen außer der Hepatitis C mit 13** und die Anzahl der **psychiatrischen Diagnosen mit 53** ermittelt, wobei letztere zurückhaltend gestellt wurden. Es werden drei psychiatrisch ungewöhnliche Fälle skizziert, womit sich **die Settingschwerpunkte dieser Substitutionspraxis als deutlich psychosomatisch** präsentieren. Allgemeinmedizinische und suchtmmedizinisch begleitende "Kleindiagnosen" wie beispielsweise Abszeßversorgungen, Hautulcera, toxische Ekzeme wurden wegen Geringfügigkeit und mangels geeigneter Erfassungsmöglichkeiten nicht berücksichtigt, Parasitenbefall und HIV-Infektion kamen nicht vor.

Die mittlere vergebene Dosis im Bereich der Zählwochen der Querschnitte betrug im Jahresmittel 5,44 ml bei einer Maximaldosis von 15 ml, ebenso wie bei der Rate der negativen Urinkontrollen konnte eine **Abnahme der Durchschnittsdosis** im Vergleich der **Zählzeitpunkte von maximal 5,60 ml im 2. Quartal auf 4,65 ml im 4. Quartal** festgestellt werden, womit belegt werden kann, daß soziale Versorgungsansprüche im Vordergrund der suchtmmedizinischen Arbeit vor den pharmakologischen rangieren.

Sämtliche Untersuchungen sind deskriptiv, d.h. können im Sinne von Trends oder Tendenzen interpretiert werden. Eine inferenzstatistische Absicherung der Ergebnisse müßte angeschlossen werden.

1. ANALYSE DER URINKONTROLLEN

Der wesentlichste und unter den derzeitigen betriebswirtschaftlichen Bedingungen am ehesten wirtschaftlich überprüfbare Themenkomplex zur Frage des Erfolgs aller therapeutischen Bemühungen sind **Ausmaß und Gestalt des Beikonsums**. Wie schon im Jahresbericht 1996 wurde das Beikonsumverhalten in **Quer- und Längsschnitten** beurteilt. Im Falle positiver Urinkontrollen sprechen wir im Folgenden von Beikonsum, im Falle negativer Urinkontrollen jedoch nicht, da eine negative Urinkontrolle auch falsch negativ sein kann. Trotz der Singularität der Betrachtung läßt sich mit dieser Thematik eine recht genaue **Charakteristik** des medizinischen Betriebs der Institution PASST erstellen.

Die für die vorliegende Untersuchung erforderlichen Daten wurden aus der für diese Praxis im Jahr 1995 entwickelten Software gewonnen, welche die Dokumentation von ausgewählten Stammdaten sowie von variablen Daten wie Dosis, Rezeptvorrat, Urinkontrollergebnissen und inhaltlichen Kurznotizen erlaubt. In einer Tabelle sind die Zeit in einem horizontal angeordneten Kalender, die Patienten in senkrechter Anordnung untereinander aufgeführt, vgl. Abb. 1.

RECHENFELDER grau, KEINE EINGABE!!!			Monat		12												12												Ein gutes neues Jahr 1999 mit BTManage 1.0 und 2.0!!!												1/2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
GESAMTVORRAT #####			Tag		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Pat. A	0	Met (ml)	Dosis		3,0	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	0,0	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	0,0	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6

Abb 1: Patientennamen und Systemcode-Nummern wurden aus Datenschutzgründen ersetzt. Die übrigen Daten stellen einen Ausschnitt aus einer aktuellen Tabelle von BTManage 1.0 in der Verbindung mit BTMed-Concept, der eigens für das dezentrale Netzwerk konfigurierten Programmumgebung, dar. Die Horizontale ermöglicht die Längs-, die Vertikale die Querschnittuntersuchungen. Die hier dargestellten 2 Patienten sind ein Teil einer bis zu 120 Patienten erfassenden Tabelle.

1.1 QUERSCHNITTUNTERSUCHUNG

Da die Urinkontrollen (Uk) einmal wöchentlich durchgeführt werden, wurde, um Angaben zu bestimmten Zeitpunkten zu erhalten, willkürlich für jedes Quartal eine Woche ausgewählt und die Anzahl der Urinkontrollen insgesamt gezählt sowie die Anzahl derer, die Beikonsum und die Anzahl derer, die bei denen kein Beikonsum nachgewiesen werden konnte. **Querschnitte** stellen also den **methodischen Ansatz** dar, durch den sich die Uk-Ergebnisse einer Woche in ihrer Zuordnung zu den Patienten auswerten lassen.

Sofern keine besonderen Fragestellungen zu beantworten waren, wurden als Routine die Parameter Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Benzoylcgonin für Kokain und Opiate außer Methadon analysiert. Es wurde ferner nach auftretenden Kombinationen der Arten des Beikonsums unterschieden und gezählt.

1.1.1 Fragestellung: Verhältnis von positiven und negativen Urinkontrollen sowie Art und Anzahl von Substanzkombinationen

Die Ergebnisse dieser Querschnitte sollen über das Verhältnis von Beikonsum und Beikonsumfreiheit Aussagen zur "Schwelligkeit" der Institution "PASST" zulassen.

1.1.2 Auswertungen

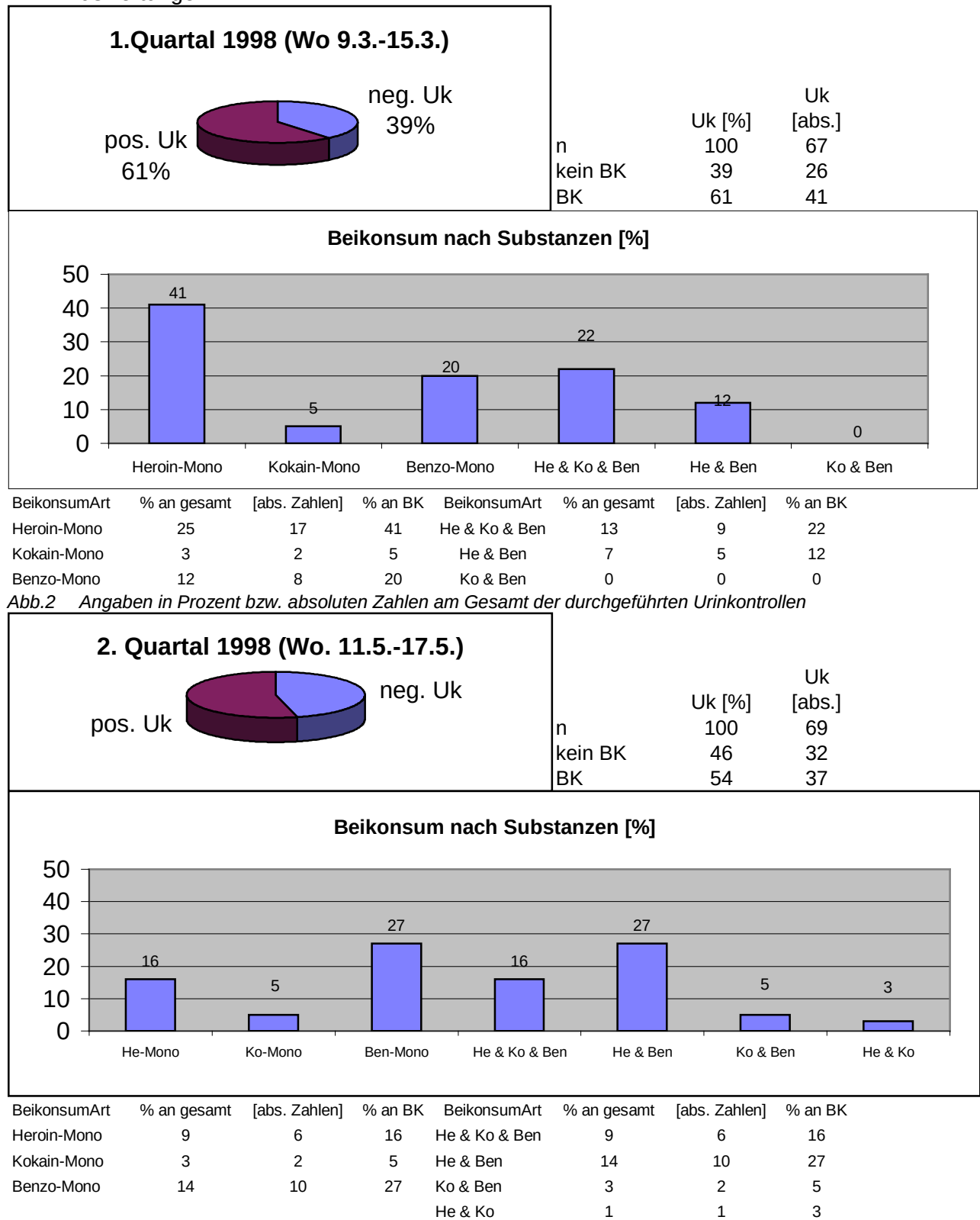
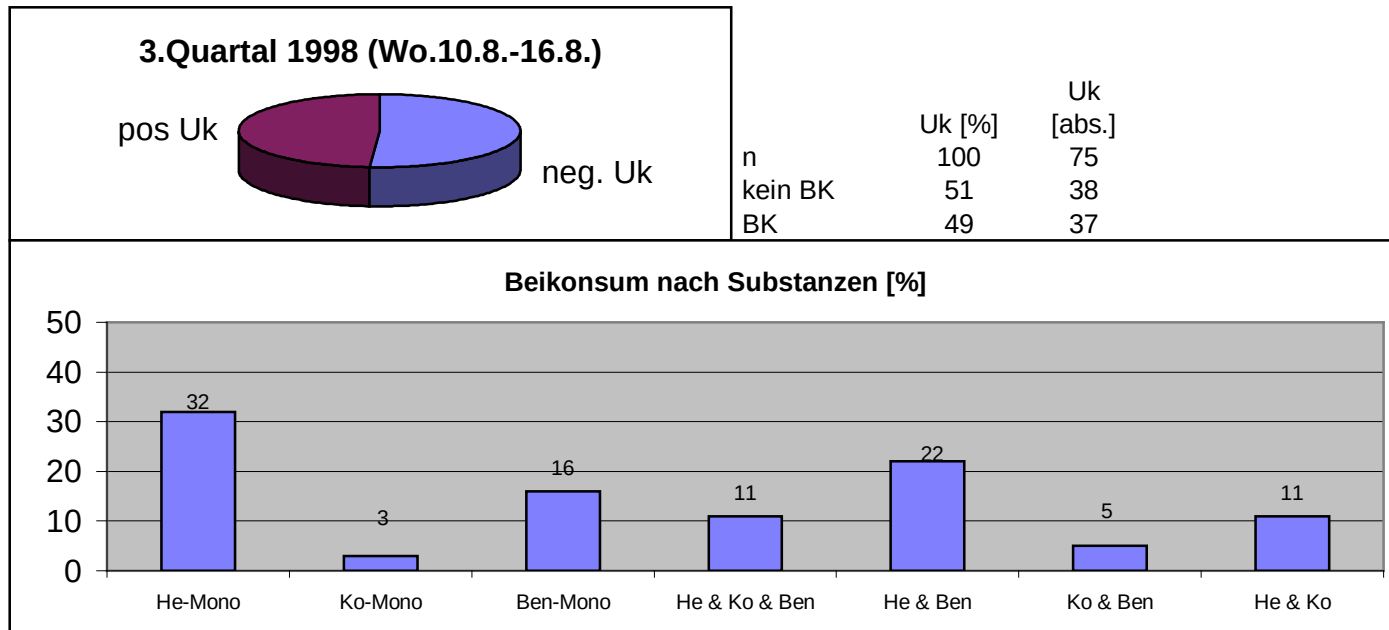
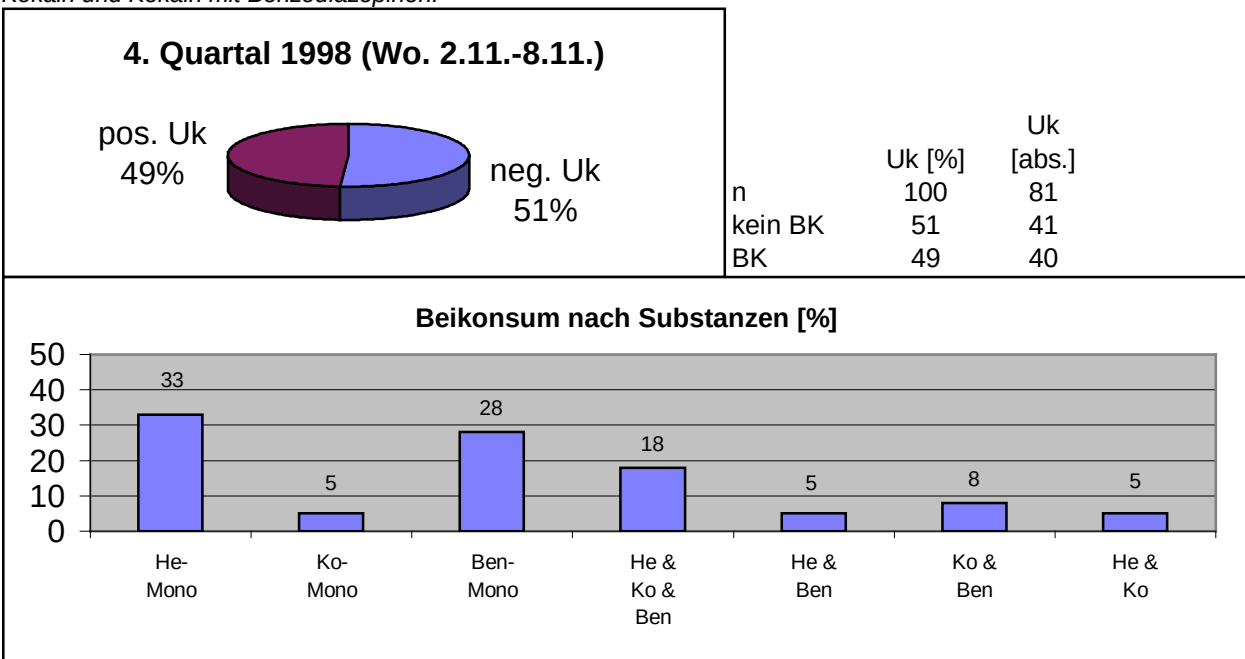


Abb.3 Die Kuchendiagramme zeigen eine konstante Abnahme von positiven Urinkontrollen (Uk).



Beikonsum Art	% an gesamt	[abs. Zahlen]	% an BK	Beikonsum Art	% an gesamt	[abs. Zahlen]	% an BK
Heroin-Mono	16	12	32	He & Ben	11	8	22
Kokain-Mono	1	1	3	Ko & Ben	3	2	5
Benzo-Mono	8	6	16	He & Ko	5	4	11
He & Ko & Ben	5	4	11				

Abb. 4: Als **konstant** im Sinne eines Vergleichs der Balkendiagramme der Abb 2 - 5 bei **niedriger** absoluter Zahl liegt die Anzahl der **Kokain-Mono-Beikonsumenten** sowie die Zahl der **Kombinationen** von Heroin mit Kokain und Kokain mit Benzodiazepinen.



Beikonsum Art	% an gesamt	[abs. Zahlen]	% an BK	Beikonsum Art	% an gesamt	[abs. Zahlen]	% an BK
Heroin-Mono	16	13	33	He & Ben	2	2	5
Kokain-Mono	2	2	5	Ko & Ben	4	3	8
Benzo-Mono	14	11	28	He & Ko	2	2	5
He & Ko & Ben	9	7	18				

Abb. 5 **Variierend** im Sinne eines Vergleichs der Balkendiagramme der Abb 2 - 5 imponieren die Zahlen der **Mono-Beikonsumenten** von jeweils **Heroin** und **Benzodiazepinen** einerseits sowie andererseits die Zahlen der **Kombinationen** von Heroin mit Benzodiazepinen und von Heroin mit Kokain und Benzodiazepinen.

1.1.3 Ergebnisse im Vergleich

1. Die Kuchendiagramme zeigen eine konstante Abnahme positiver Urinkontrollen, (vgl. S. 7 u. 8, Abb. 2 - 5!): Im Jahresdurchschnitt ergibt sich eine Quote von 47% negativer Urinkontrollen, s. u. Abb. 6.

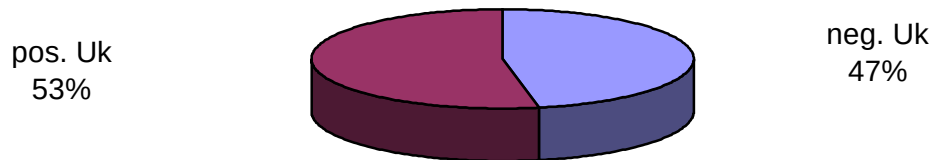


Abb. 6 Durchschnittlicher Beikonsum als Mittelwert der 4 Zählwochen im Querschnitt.

2. Die Differenzierung in die Arten des Beikonsums zeigt folgende Ergebnisse: Als **konstant** im Sinne eines Vergleichs der Balkendiagramme **bei niedriger absoluter Zahl** liegt die Anzahl der **Kokain-Mono-Beikonsumenten** sowie die Zahl der **Kombinationen** von Heroin mit Kokain und Kokain mit Benzodiazepinen.
3. Stark **variierend** im Sinne eines Vergleichs der Balkendiagramme imponieren die Zahlen der **Mono-Beikonsumenten** von jeweils **Heroin und Benzodiazepinen** einerseits **sowie** andererseits die Zahlen der **Kombinationen** von Heroin mit Benzodiazepinen und von Heroin mit Kokain und Benzodiazepinen. Die Ergebnisse zeigen, daß das **Konsumverhalten** hinsichtlich der "Zweitdrogen" und der "komplementären Suchtmittel" aus der Gruppe der Benzodiazepine **instabil** ist und daß Heroin als die Erstdroge und in weitem Abstand folgend Kokain als die Zweitdroge unter den Hauptsuchtmitteln gelten kann und daß sich die Gruppe der Benzodiazepine als komplementäres Suchtmittel verstehen läßt. Die übrigen, als komplementäre Suchtmittel verstehbaren Substanzen, nämlich Barbiturate und Amphetamine, kommen in den Querschnitten nicht vor.

1.1.4 Diskussion

Selbstverständlich ist die Systematik der Einteilung in Erstdrogen, Zweitdrogen und komplementäre Suchtmittel bis zu dieser Stelle der Studie eine suchtmittelmedizinische unter der Diagnosediktion der "Politoxikomanie", die erst im weiteren Verlauf (S. 12, Abs. 1.2.3.4) auch durch die statistischen Ergebnisse gestützt wird.

Die querschnittliche Betrachtungsweise liefert zwar eine klare Aussage zum Verhältnis von Beikonsum und Beikonsumfreiheit und zu Phänomenen der Substanzkombinationen zu bestimmten Zeitpunkten des Praxisbetriebes, hat aber den Nachteil, daß die Geschehnisse in der Zeit zwischen den 4 Jahreszählwochen nicht erfaßt und also Aussagen über den Verlauf des Beikonsums nicht getroffen werden können. Insofern sind alle Ergebnisse allenfalls von kurzlebigem Wert und statistisch durch Längsschnitte zu sichern bzw. zu korrigieren oder zu ergänzen.

1.2. DIE LÄNGSSCHNITTUNTERSUCHUNG UMFASST 4 FRAGESTELLUNGEN

1.2.1.1 Welche Dauer hat der Beikonsum im Patientenverlauf?

1.2.2.1 Wie verteilen sich darin die Substanzen über alle Patientenverläufe? Der Unterschied zur Querschnittsbetrachtung ist vor allem der, daß die Faktizität von Kombinationen nicht im Vordergrund der Betrachtung steht, sondern Aussagen über den Jahresverlauf getroffen werden können, und daß es nicht zu ausschnitthaften Erkenntnislücken kommen kann wie im Querschnitt.

1.2.3.1 Wie verteilen sich die einzelnen Substanzen auf die Dauer des Beikonsums?

Auch hier geht es nicht um Kombinationen, sondern um die patientenbezogene Psychofunktionalität des Beikonsums und damit um wichtige Aspekte für die Therapiegestaltung.

1.2.4.1 Gibt es "Mono-Beikonsumenten" und welche Substanzen konsumieren sie?

Diese Fragestellung hat Konsequenzen für die Gestaltung von Setting und Institution.

Vor der Beantwortung der Frage 2.2.1 sei festgestellt, daß die längsschnittliche Durchsicht aller Patienten nur 5 Mal im Jahr **Amphetamine** nachwies, wobei bei 2 Urinkontrollen der positive Nachweis auf eine von einem anderen Arzt verordnete Medikation zurückzuführen war, 3 Fälle blieben ungeklärt, **Barbiturate** kamen 1 Mal vor. Der Nachweis beider Substanzen ließ in Verbindung mit Patientengesprächen den Schluß zu, daß diese nicht wissentlich mit einem Drogencocktail konsumiert worden waren. Beide Substanzen werden also wegen ihrer **Seltenheit** in den folgenden Diagrammen nicht dargestellt.

1.2.1.2 Auswertungen zur Frage 1.2.1.1 (S. 9), welche Dauer der Beikonsum im Patientenverlauf hat und wieviel Beikonsum auf den einzelnen Patienten entfällt. Es wurde in Pat. mit kurzdauernden und langdauernden **Rückfällen bzw. Dauerkonsum** unterschieden, die erste Uk-Gruppierung wurde definiert als maximal 3 aufeinander folgende positive Urinkontrollen, die zweite Uk-Gruppierung als mehr als 3 aufeinander folgende positive Urinkontrollen.

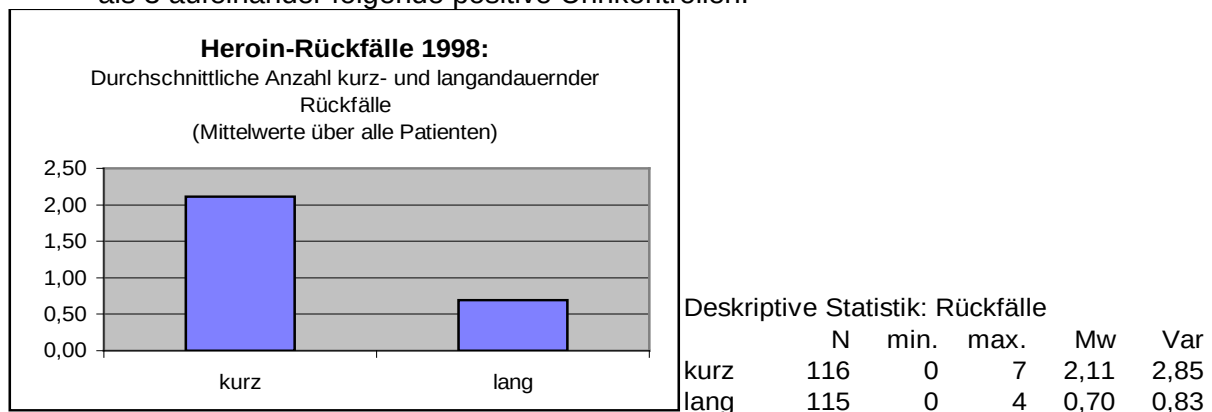


Abb 7: kurzdauernde Rückfälle und Dauerkonsum im Verhältnis von 3 zu 1

1.2.1.3 Ergebnisse:

Es zeigten sich folgende Relationen untereinander: Im Durchschnitt hatte jeder Patient mit einem Mittelwert von 0,7 weniger als einen langdauernden Rückfall, oder anders formuliert, **von 4 Patienten haben knapp 3, bzw. 70% einen langdauernden Rückfall**. Ferner hat jeder Patient durchschnittlich 2 kurzdauernde Rückfälle während seines Verlaufs. Der Zeitraum der Dosisfindungsphase nach Neuaufnahme wurde bei dieser Betrachtung nicht ausgeschlossen. Es handelt sich um die Zeit der ersten ca. 3 Wochen nach Neuaufnahme, in der noch die Reste des Konsums aus der Zeit vor Beginn der Substitution nachweisbar sind und in der es in den ersten Tagen nach Beginn der Substitution fast immer noch zu Beikonsum kommt.

1.2.1.4 Diskussion:

Es muß darauf hingewiesen werden, daß ein Durchschnittspatient freilich nicht existiert, sondern daß es sich um eine rechnerische Gruppenbildung handelt, welche willkürlich die Grenze von 3 aufeinander folgenden positiven Urinkontrollen als Grenze von 2 Gruppen festlegt, während in der Realität eine solche Grenze nicht existiert. Eine andere Art von Gruppenbildung wäre aber weitaus aufwendiger und wurde aus diesem Grund hier unterlassen.

1.2.2.2 Auswertungen zu Frage 1.2.2.1 (S. 9) Substanzverteilung über alle Patientenverläufe

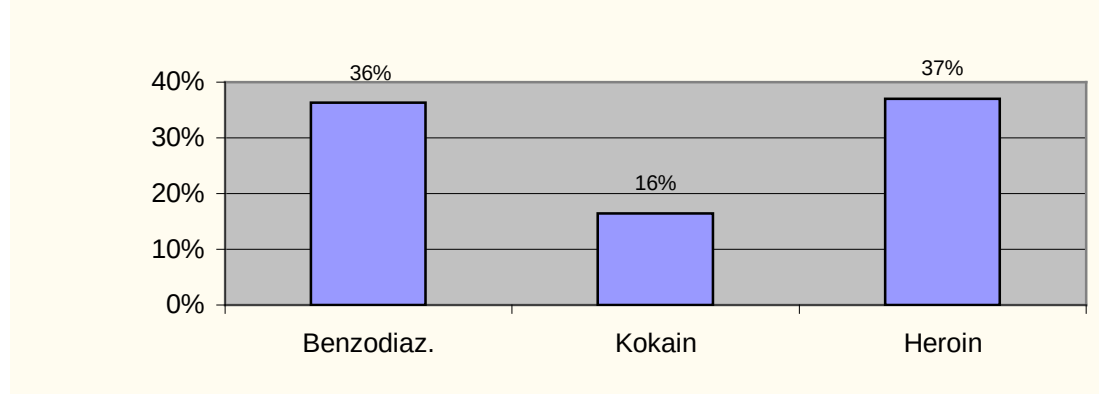


Abb 8: Anteil positiver Urinkontrollen an insgesamt durchgeführten Urinkontrollen in Prozent

1.2.2.3 Ergebnisse

Hier zeigt sich, daß **Kokain in weniger als der Hälfte am Beikonsumaufkommen beteiligt ist und Benzodiazepine als Droge mit legalem Quellbereich nahezu zahlengleich neben Heroin rangieren.**

1.2.3.2 Auswertung zu Frage 1.2.3.1 (S. 9), der Längsschnittbetrachtung zur Verteilung der einzelnen Substanzen auf die Dauer des Beikonsums: Es wurde untersucht, mit welcher Häufigkeit die jeweiligen Substanzen in den Uk des Patientenverlaufs nachgewiesen werden konnten. Es wurden 4 Patientengruppen definiert:

- 1) Pat., die keinen Beikonsum hatten; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen gleich Null ist.
- 2) Pat. mit geringem Beikonsum; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen maximal 20% erreicht.
- 3) Pat. mit häufigem Beikonsum; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen zwischen 20% und 70% liegen.
- 4) Pat. mit dauerndem Beikonsum; es handelt sich um Patienten, deren Anzahl kontaminierter Urinkontrollen 70% übersteigen.

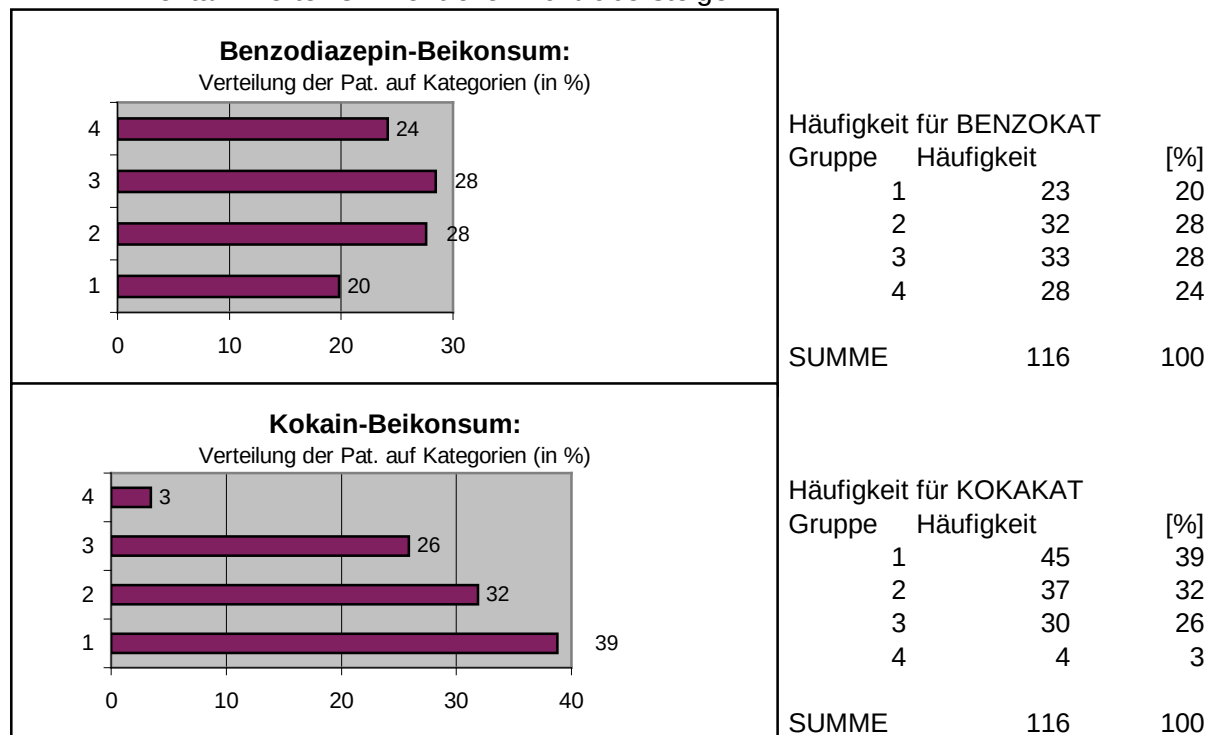


Abb. 9a: Suchtmittel in ihrer Häufigkeit am Beikonsum des Patienten. "BENZOKAT" meint Kategorien von Benzodiazepin-, "KOKAKAT" Kategorien von Kokain-Bekonsumern.

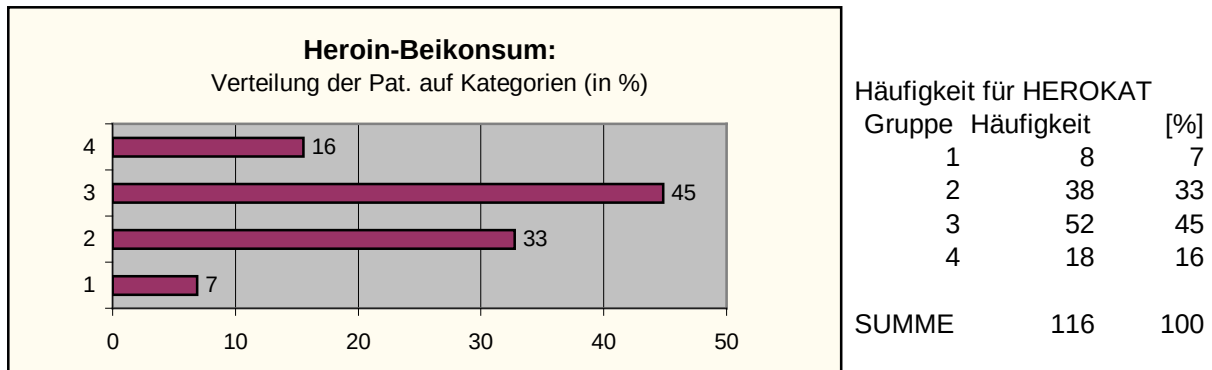


Abb 9b: Suchtmittel in ihrer Häufigkeit am Beikonsum des Patienten. "HEROKAT" meint Kategorien von Heroin-Bekonsumenten.

1.2.3.3 Ergebnisse

Die einzelnen Substanzen verhalten sich völlig unterschiedlich. Während der Benzodiazepin-Konsum sich über alle 4 Gruppen nahezu gleich verteilt, zeigt sich beim Kokain-Konsum ein Überwiegen des sporadischen Konsums, vgl. S. 11, Abb. 9a), beim Heroin-Konsum dagegen eine Tendenz zum Dauerkonsum, vgl. oben Abb. 9b), Zum einen läßt sich dies pharmakodynamisch interpretieren, zum andern lassen sich daraus Schlüsse zur Pathologie des Klientels ziehen.

1.2.3.4 Diskussion

Benzodiazepine dürften angesichts ihrer sedierenden Wirkung bei den Dauerkonsumenten der Gruppen 3 und 4 eine entsprechende Funktion erfüllen, also eine Funktion, die ihrem Befund der Unruhezustände entspricht, wobei es sich um Unruhezustände handeln kann, welche auf der primären psychischen Grundstörung ebenso beruhen können wie auf einer drogeninduzierten sekundären Störung des Antriebsverhaltens. Die pharmakodynamischen Eigenschaften der langen Halbwertszeit und der großen Toleranzbreite wirken sich eher nicht im Vordergrund der Statistik aus. Diese Funktionen sind bereits von Heroin besetzt, s. dort. Ihre Einnahme könnte als Selbstbehandlungsversuch interpretiert werden.

Kokain wird eher sporadisch genommen. Nach dem, was man immer wieder zur Motivation zum Kokain-Konsum von den Drogenabhängigen berichtet bekommt, dürfte die wesentliche Motivation im "Kick" liegen, den die Opiat-Substituierten durch Opiatkonsum nicht mehr und durch soziale euphorisierung noch nicht erreichen können. Das Verteilungsmuster entspricht ferner am ehesten der Pharmakodynamik in Form der kurzen Halbwertszeit, rein pharmakodynamisch betrachtet ist es somit möglich, Kokainkonsum kurzfristig wieder aufzugeben.

Heroin muß mit 61% Anteil der Gruppen 3 und 4 am Gesamtkonsum als die Droge verstanden werden, die trotz Substitution nicht so einfach aufgegeben wird. Pharmakodynamisch hat sie eine hohe Affinität zum Rezeptor. Das statistische Verteilungsmuster reflektiert ihre zentrale Bedeutung im Beikonsumverhalten.

Nicht also nur aufgrund von soziologischen und suchtmmedizinischen Bedingungen (S. 9, Abs. 1.1.4), sondern auch aufgrund dieser Zahlenverhältnisse sprechen wir also in dieser Abhandlung von der **Erstdroge Heroin, der Zweitdroge Kokain, von Heroin und Kokain als den Hauptsuchtmitteln und von den übrigen Suchtmitteln als komplementäre Suchtmittel.**

1.2.4.2 Auswertungen zur Frage 1.2.4.1 (S. 9), zur Häufigkeit von "Mono-Beikonsumenten": Eine einfache längsschnittliche Durchsicht der Verläufe erübrigt eine graphische Darstellung.

1.2.4.3 Ergebnisse

Es gab 0 Mono-Beikonsumenten von Kokain, 2 Mono-Beikonsumenten von Diazepam und 11 Mono-Beikonsumenten von Heroin, entsprechend knapp 10 % von 116 Fällen in 1998.

1.2.4.4 Diskussion

Es besteht kein Gegensatz zu den Ergebnissen der Querschnittsuntersuchungen in 1.1, S. 6 - 9, da diese keine Verlaufsaussagen über das Konsumverhalten wie beispielsweise Mono-Beikonsum liefern können.

2. SONSTIGE UNTERSUCHUNGEN

2.1 ALLGEMEINMEDIZINISCHE DIAGNOSEN

2.1.1 Fragestellung

Im Dezember 1998 wurden neben der Haupt-Erstdiagnose "Drogenabhängigkeit einschl. Opiate" und der Haupt-Zweitdiagnose "Hepatitis C" Patienten mit folgenden **allgemein-medizinischen Diagnosen** betreut:

2.1.2 Auswertung durch einfache Notierung und Addition, Ergebnisse

Diabetes mellitus Typ I (insulinpflichtig)	1
zu Magengeschwür neigende Magenschleimhautentzündung:	4
Bronchialasthma	3
Ehlers-Danlos-Syndrom	1
Schwangerschaft	4
im Verlauf des Jahres 98	
SUMME	13

2.1.3 Diskussion

Eine Auszählung der Patienten, die *keine* Hepatitis C haben, wurde nicht durchgeführt. Man weiß aus der Literatur, daß ca. 95 % aller i.v.-Drogenabhängigen mit Hepatitis C infiziert sind. Für den medizinischen Beratungsaufwand, auf den ja durch diese Auszählung geschlossen werden soll, spielt dies ohnehin keine Rolle, da die präventive Beratung kaum weniger Zeit erfordert als die kurative und das Zahlenkontingent der präventiven Patienten eben klein ist.

"Kleinere" Diagnosen des Hausarztbereiches wie banale Erkrankungen wurden für diese Untersuchung nicht erfaßt. Andere typische Suchtbegleiterkrankungen wie Abszesse und ihre chirurgische Versorgung oder auch den Themenbereich von Hygiene und Verwahrlosung tangierende Diagnosen wie Parasitenbefall wurden aus Gründen der Vereinzelung nicht erfaßt. Ferner existiert für solche Diagnosen insgesamt kein EDV-gestütztes Berichtswesen. Manuelle Sucharbeit würde den Rahmen des für diese Untersuchung verantwortbaren Zeitaufwandes sprengen.

2.2 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

2.2.1 Ansatz der Fragestellung

Im Dezember 1998 wurden ferner neben der Diagnose "Politoxikomanie" folgende **psychiatrische Diagnosen** bzw. Befunde einander ausschließend gestellt bzw. erhoben.

2.2.2 Auswertung durch einfache Notierung und Addition, Ergebnisse

Asthenische oder abhängige Persönlichkeitsstörungen (Sucht komplizierende)	32
paranoide Psychosen/Borderline-Störungen (emotional heftig wechselnde Ei	10
depressive Syndrome (reaktiv und endogen)	7
einfache Strukturierung davon 1 mit Hörbehinderung	3
Anorexia nervosa	1
SUMME	53

2.2.3 Diskussion

Besonders bei den Persönlichkeitsstörungen wurde auf zurückhaltende Diagnosestellung bzw. Befunderhebung geachtet, indem nur dann Diagnose oder Befund notiert wurden, wenn in Patientengesprächen die Symptomatik als eine die Sucht komplizierende dokumentiert werden konnte.

Psychiatrische Notfälle, die zu einer Zwangseinweisung geführt haben, wurden wegen Vereinzelung nicht notiert. Ferner existiert für solche Diagnosen insgesamt kein EDV-gestütztes Berichtswesen. Manuelle Sucharbeit würde den Rahmen des für diese Untersuchung verantwortbaren Zeitaufwandes sprengen.

Suizide oder Todesfälle kamen nicht vor.

2.2.4 Besondere Fälle

In zwei Fällen unter den paranoiden Psychosen kam es zu Erstmanifestationen unter therapeutischer Opiatabdosierung bzw. -ausdosierung. Die Zwangseinweisungen wurden nicht von der Praxis veranlaßt. Die stationäre Entlassung aus der RLK führte im einen Fall in die psychiatrisch-ambulante, hochdosierte Neuroleptikagabe und zu unvollständiger Symptomremission zusammen mit dem typischen Nebenwirkungsbild des extrapyramidal-motorischen Syndroms, die andere zurück in die medizinische Praxis der "PASST", wo es unter der alleinigen Gabe von 5 ml L-Polamidon täglich beikonsumfrei zu vollständiger Symptomremission ohne jede Nebenwirkung kam.

Ein dritter "Fall" einer paranoiden Psychose brach unter einer Tagesdosis von 14 ml Methadon-HCl-Lsg. (10mg/ml) und andauerndem Beikonsum die Behandlung von einem Tag auf den andern ab, entgiftete ambulant in der **Betreuenden Einrichtung E.-von Tadden (Malcharek)** des Diakonischen Werkes und kehrte in die Praxis zurück, wo er sich zu einer Urinkontrolle unter Sicht überreden ließ, in welcher keiner der oben genannten Routineparameter nachweisbar war.

2.3 DURCHSCHNITTliche TAGESDOSIS

2.3.1 Fragestellung und Ansatz

In den in 1.2 aufgeführten Zählwochen wurde nach dem Muster des Querschnitts die durchschnittlich vergebene Dosis ermittelt. Als maximale Patienten-Tagesdosis werden in dieser Praxis 15 ml vergeben.

2.3.2 Auswertung

Dazu wurde die an den 7 Tagen der Zählwoche vergebene Menge von Methadon und Polamidon addiert und durch 7 sowie die Patientenanzahl dividiert.

2.3.3 Ergebnisse

Zählwoche	mittlere Wochendosis	/ Anzahl Patienten	= mittlere Tagesdosis
1. (für 1. Quartal):	364,54 ml	066	= 5,52 ml
2. (für 1. Quartal):	369,77 ml	066	= 5,60 ml
3. (für 1. Quartal):	450,88 ml	075	= 6,01 ml
4. (für 1. Quartal):	474,75 ml	102	= 4,65 ml

Der Mittelwert beträgt 5,44 ml durchschnittliche Patienten-Tagesdosis. Der Wert des 4. Quartals unterschreitet die Ausgangsdosis ebenso deutlich wie die Durchschnittsdosis.

2.3.4 Diskussion

Wie schon in den obigen Querschnitten erhält man auch hier Aussagen zur Institution der med. Praxis der Kooperation "PASST". Die Tatsache, daß die mittlere Patienten-Tagesdosis nahe der Grenze zwischen unterem und mittlerem Dosisdrittel liegt, spricht ebenfalls für Hochschwelligkeit bzw. präziser für die Zurückstellung pharmakologischer hinter die soziale Versorgung.

Der Anstieg im 3. Quartal ist gut erklärbar. In dem betreffenden Quartal wurde die Praxis erstmals von der Szene der emigrierten Rußland-Deutschen aufgesucht, welche mit 10 - 20 Patienten das Klientel verstärkten. Sie kamen alle aus einer Substitution, welche durch illegale Mitgabep Praxis zu suchtmedizinischen Dekompensationen der Patienten beigetragen hatte. Sie alle brachten Tagesdosiserwartungen von bis zu 20 ml, einige sogar von bis zu 60 ml mit (!), wobei die Konzentration des Methadons anamnestisch nicht geklärt werden konnte. So kam es bei einigen Patienten vorübergehend zu Überschreitungen der in dieser Praxis gepflegten Obergrenze von 15 ml Methadon / Tag. Gerade dieses Klientel zeigt aber im Gegensatz zur suchtmedizinischen Verwahrlosung eine hochgradige soziale Integration, die meisten leben in ihren Elternfamilien oder in eigenen Hausständen und sind in Handwerksberufen, in Berufen des Dienstleistungsgewerbes oder in ungelernten Arbeitsverhältnissen erwerbstätig. Es war ein Leichtes, sie in niedrige Dosisbereiche zurückzuführen. So erklärt sich der Abfall der durchschnittlichen Patienten-Tagesdosis im 4. Quartal.

Hier wie auch durch die Ergebnisse zum Beikonsumverhalten in den Querschnitten vermittelte sich der Eindruck eines Anstiegs der "Schwelligkeit". Ferner scheint sich die Tatsache der gezielten Nachfrage gut sozialisierten Klientels nach einer hochschwelligen Einrichtung zu manifestieren.

3. PRÜFUNG DER ERGEBNISSE DER URINKONTROLLEN

Das Beeindruckendste aller Ergebnisse ist sicherlich die Abnahme der positiven Urinkontrollen im Laufe des Jahres 1998. Wie gerade erwähnt, fand sich unter den Mitarbeitern der Praxis auf der Suche nach den Ursachen am ehesten der Eindruck, daß es im Laufe des 2. Halbjahres zu einer Änderung des Klientels hin zur Hochschwelligkeit gekommen wäre, was das Ausbleiben eben jener niederschweligen Szenephänomene wie szenorientiertes Outfit, lautstarke oder tätliche Auseinandersetzungen, Dealen und Betrugereien betrifft. Andererseits stellte sich die Frage, ob nicht gerade die Zunahme von Betrugereien im Bereich der Urinkontrollen die Ursache für die Verbesserung der Ergebnisse sein konnte.

Insofern wurde an die vorliegende Untersuchung eine Prüfung der Ergebnisse angeschlossen. Dabei war der Wechsel des Labors von Bedeutung, da das Labor, welches ab dem Jahr 1999 mit dem Drogenscreening im Urin beauftragt war, auch die Kreatininbestimmung im Standard anbot. Liegt der Kreatininwert unter 0,3 mg/dl, muß von einem Fälschungseffekt ausgegangen werden. Dieser kann 3 Ursachen haben:

- 1) Die abgegebene Flüssigkeit ist kein Urin.
- 2) Der Urin wurde außerhalb des Körpers mit Wasser verdünnt.
- 3) Alkohol-Beikonsum hat zur körpereigenen Verdünnung des Urins geführt.
- 4) Ein anderer körpereigener Verdünnungseffekt liegt vor, beispielsweise kann der Pat. vor der Urinkontrolle viel harntreibenden Tee zu sich genommen haben. Dies kann geschehen, wenn seine Urinkontrolle schon seit Tagen vereinbart, aber immer wieder verschoben wurde und er nun Angst hat, sonst keinen Urin lassen zu können, vielleicht war gleichzeitig außerdem seine Proteinaufnahme rückläufig, deren Resultat ja das Kreatinin im Urin ist.

Schließt man den Alkohol-Beikonsum aus, bleiben die gelegentlich nicht klärbaren körpereigenen Verdünnungsursachen und die Betrugsversuche übrig.

Betrug kann auch bei normalen Kreatininwerten dann vorliegen, wenn negative Urine von nicht Drogenabhängigen abgegeben werden. Eine einfache Möglichkeit zu Realisierung dieser Art des Betrugs haben vor allem Eltern von Kindern.

3.1 Fragestellungen und Ansatz

Es galt also, 3 Fragestellungen zu beantworten:

1. Wieviel trägt der Kreatininwert zur Sicherung der negativen Uk-Ergebnisse bei?
2. Wieviel Sicherheit läßt sich aus der Hinzuziehung anderer Verlaufsparmeter erzielen?
3. Wie hoch ist die Rate falsch negativer Urine und wie hoch fällt die Korrektur der Querschnittsuntersuchungen aus?

Es wurde erneut ein Querschnitt vorgenommen, die Zählwoche wurde diesmal jedoch nicht willkürlich ausgewählt, sondern danach, wann sich die meisten Urinkontrollen mit einem Kreatinin von $<0,3$ mg/dl im Urin fanden. In der Notierung des Beikonsums wurde nicht zwischen Substanzen unterschieden.

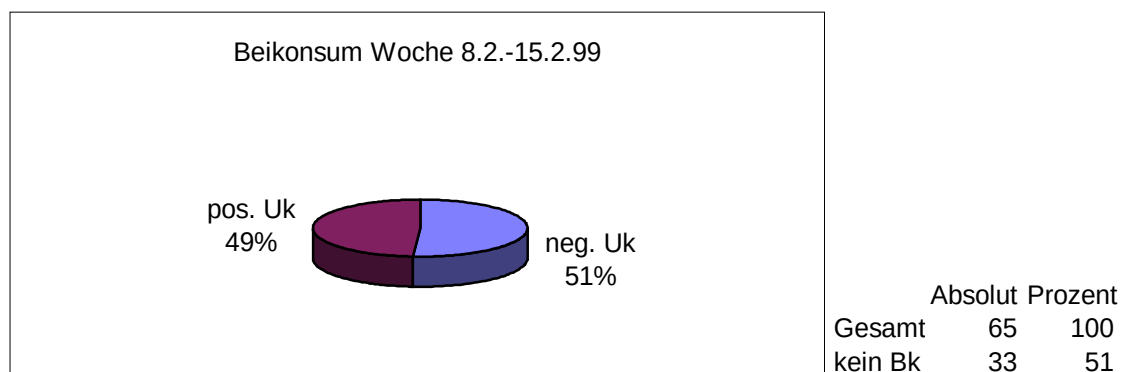


Abb. 10: Beikonsumfreiheit in der Zählwoche mit den meisten Urinkontrollen mit einem Kreatinin $< 0,3$ mg/dl vor Revision

Nach Feststellung der Relationen zwischen negativen und positiven Urinkontrollen ohne Differenzierung von Substanzen wurden alle Urinkontrollen mit einem Kreatinin von $<0,3$ mg / dl notiert. Es handelte sich um 9 Urinkontrollen. Davon waren 3 positiv, wiesen also Beikonsum auf, waren also schlechtestenfalls mißglückte Betrugsversuche und somit im Sinne der Fragestellung sichere und richtige Ergebnisse.

Bei den verbleibenden 6 negativen Urinkontrollen war also das Kreatinin als *alleiniges* Kriterium im Rahmen *einer* Zählwoche unzureichend, um die Frage der Richtigkeit des Uk-Ergebnisses zu klären. Da aber die Beurteilung eines einzelnen Kreatininwertes ohnehin kaum eine Aussage zur Frage der Richtigkeit eines Uk-Ergebnisses liefern kann, sondern höchstens ein Vergleich von mehreren Werten, wurden diese unsicheren Ergebnisse zu je drei voraufgehenden und nachfolgenden Urinkontrollen in Beziehung gesetzt.

3.2 Auswertung

Pat. 1	22.01.	28.01.	04.02.	12.02.	19.02.	26.02.	05.03.
	uk1	uk2	uk3	uk4	uk5	uk6	uk7
Amp (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Bar (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Ben (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	p
Kok (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	p
Opi (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Krea [mg/dl]	0,600	1,700	0,100	0,200	0,200	0,000	0,500
Pat. 2	12.01.	27.01.	03.02.	10.02.	19.02.	25.02.	04.03.
	uk1	uk2	uk3	uk4	uk5	uk6	uk7
Amp (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Bar (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Ben (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Kok (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Opi (> 0,3)	p	n	p	n	p	p	p
Krea [mg/dl]	0,400	1,900	1,500	0,300	0,700	2,000	1,000
Pat. 3	21.01.	28.02.	04.02.	11.02.	18.02.	25.02.	04.03.
	uk1	uk2	uk3	uk4	uk5	uk6	uk7
Amp (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Bar (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Ben (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Kok (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Opi (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Krea [mg/dl]	0,200	0,300	0,300	0,300	0,200	0,200	0,900
Pat. 4	13.01.	27.01.	04.02.	10.02.	17.02.	24.02.	04.03.
	uk1	uk2	uk3	uk4	uk5	uk6	uk7
Amp (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Bar (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Ben (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Kok (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Opi (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Krea [mg/dl]	0,200	0,200	0,300	0,300	0,200	0,200	0,900
Pat. 5	07.01.	15.01.	21.01.	08.02.	17.02.	22.02.	01.03.
	uk1	uk2	uk3	uk4	uk5	uk6	uk7
Amp (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Bar (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Ben (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Kok (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Opi (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Krea [mg/dl]	0,500	0,500	1,700	0,300	0,600	0,500	1,100
Pat. 6	08.01.	22.01.	29.01.	08.02.	22.02.	02.03.	08.03.
	sk1	uk2	uk3	uk4	sk5	uk6	uk7
Amp (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Bar (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Ben (> 0,3)	n	n	n	n	p	p	n
Kok (> 0,3)	n	n	n	n	p	p	p
Opi (> 0,3)	n	n	n	n	n	n	n
Krea [mg/dl]	0,200	0,100	0,100	0,300	1,500	1,200	0,200

Abb 11: Die Tabelle stellt einen Ausschnitt aus BTManage 1.0 dar, alle Daten, die im Original den Patienten über die Uk-Ergebnisse hinaus zugeordnet sind oder angesichts des beschränkten Platzes für die Darstellung auf einer Seite verzichtbar sind, wurden gelöscht. Die Urinkontrollen der Zählwoche sind grau unterlegt. Sk bedeutet "uk unter Sicht, Sichtkontrolle"

3.3 Ergebnisse

Pat. 1:

zu Frage 1: Die Kreatininbestimmung trägt zur Sicherung der Urinkontrollergebnisse bei. Die Probe 6 zeigt ein Kreatinin von 0,0 mg/dl, es kann sich somit nicht um Urin handeln. Wir sehen ferner 2 weitere Proben < 0,3 mg/dl, welche somit als falsch negativ gewertet werden können. 3 Proben können dagegen gewertet werden, davon weist eine Beikonsum bei einem Kreatinin von 0,5 mg/dl auf, womit die Proben Nr. 1 und 2 als richtig negativ gewertet werden können. Die in Frage stehende Probe Nr. 4 kann zwar nicht gewertet werden, es wird jedoch deutlich, daß der Pat. in etwa der Hälfte der Zeit Beikonsum hat.

zu Frage 2: Zum Verlaufsparemeter Patientengespräch zeigt die Dokumentation wenig verwertbare Inhalte und trägt nicht zur Sicherung der Ergebnisse bei.

zu Frage 3: Es wurde eine falsch negative Urinkontrolle nachgewiesen.

Pat. 2:

zu Frage 1: Die Kreatininbestimmung trägt nicht zur Sicherung der Urinkontrollergebnisse bei, da es nur ein einziges Urinkontrollereignis zu sichern gilt. Da die in Frage stehende Urinkontrolle in einem Zusammenhang mit positiven Urinkontrollen steht und der Pat. an seinem Problem arbeitet, besteht auch kein Klärungsbedarf. Dieser Pat. ist also dieser Gruppe nicht zuzuordnen.

zu Frage 2: Der Verlaufsparemeter Patientengespräch zeigt die Thematisierung des Beikonsums.

zu Frage 3: Es wurde keine falsch negative Urinkontrolle nachgewiesen.

Pat. 3 und 4, es handelt sich um ein Paar:

Zu Frage 1: Die Kreatininbestimmung trägt nicht zur Sicherung der Urinkontrollergebnisse bei, da alle Werte <0,3mg/dl betragen.

Zu Frage 2: Der Verlaufsparemeter Patientengespräch zeigt die Thematisierung des Beikonsums, trägt aber nicht zur Sicherung der Ergebnisse bei, da die Übereinstimmung der Kreatininwerte zwischen den beiden Pat. keine anamnestiche Erklärung findet.

zu Frage 3: Es wurde keine falsch negative Urinkontrolle nachgewiesen.

Pat. 5:

Zu Frage 1: Die Kreatininbestimmung trägt zur Sicherung der Urinkontrollergebnisse bei, da der Wert <0,3mg/dl ein Einzelfall darstellt und Zweifel an der Richtigkeit aufkommen läßt.

Zu Frage 2: Der Verlaufsparemeter Patientengespräch liefert die Sicherung: ein Pat. mit Kindern gab einer schweren Belastungssituation durch einen einmaligen Rückfall nach. Sie gab Urin ihrer Kinder ab, weil sie nach langer Zeit der Beikonsumfreiheit fürchtete, daß Privileg der Mitgabe zu verlieren, ohne die eine Versorgung ihrer Kinder nicht möglich ist.

zu Frage 3: Es wurde eine falsch negative Urinkontrolle nachgewiesen.

Pat. 6:

Zu Frage 1: Die Kreatininbestimmung trägt zur Sicherung der Urinkontrollergebnisse bei, da der Wert <0,3mg/dl ein Einzelfall darstellt und Zweifel an der Richtigkeit aufkommen läßt.

Zu Frage 3: Die Verlaufsparemeter Patientengespräch sowie die psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Befunde liefern die Ursache: der Pat. ist exzessiver Alkoholiker, der Parameter "Sichtkontrolle" in der Probe 987 zeigt, daß er keinen Falschurin abgibt, sondern daß es sich um körpereigene Verdünnung handelt.

zu Frage 3: Es wurde keine falsch negative Urinkontrolle nachgewiesen.

3.4 Diskussion

Das Kreatinin trägt in 2 Fällen, entsprechend 3%, nicht zur Sicherung der Uk-Ergebnisse bei, allerdings auch nicht die übrigen bisher zur Anwendungen kommenden Verlaufsparemeter. Die Pat. 3 und 4 bilden eine Kategorie, deren Verhalten allenfalls durch die Bestimmung des Methadons im Urin und durch häufigste Sichtkontrollen einschätzbar werden kann.

Das Kreatinin trägt in 3 Fällen zur Sicherung der uk-Ergebnisse bei. Unter Hinzunahme anderer Verlaufsparemeter läßt sich in einem Fall suchtmedizinische Differentialdiagnostik - des Alkoholproblems - betreiben. In den 2 übrigen Fällen entsprechend 3% wurden Betrugsversuche nachgewiesen und im Rahmen der Patientengespräche gesichert.

Diese Statistik wird jedoch dadurch verfälscht, daß im Bereich der Zählwoche im Quartal 1/99 die Urinkontrollen nicht bei allen 102 Patienten durchgeführt wurden und diese gezielt nach der Anzahl der meisten Kreatininwerte $<0,3\text{mg/dl}$ ausgesucht wurde.

Zählt man wiederum willkürlich ausgesucht 2 Wochen früher, finden sich 102 Urinkontrollen bei 102 Pat., davon haben 42 Beikonsum, und man findet die gleiche Anzahl nachgewiesener Betrugsfälle, jedoch nicht personengleich, sowie unklarer Fälle personengleich, also insgesamt 4%.

Die Querschnitte zum Verhältnis von negativen und positiven Urinkontrollen müssen somit um gerundet 4 % zugunsten der positiven Urinkontrollen korrigiert werden, da den nachgewiesenen Betrugsfällen ja im Sinne des worst case auch die nicht klärbaren Fälle der Pat. 3 und 4 hinzugerechnet werden müssen.

Korrigiert man nun das Diagramm in Abb. 10 (S. 16) zum Quartal 1/99 entsprechend dem Maß der Betrugsversuche, so bleibt eine Rate von 47%, exakt zahlengleich dem Durchschnittswert aus 1998, Abb. 6 (S. 9), die wir ab dieser Stelle als Beikonsumfreiheit bezeichnen dürfen, über alle 4 Zählwochen aus 1998 und in deutlichem Abstand zu den 39% vom ersten Quartal 1998.

Somit ist die Beobachtung richtig, das Klientel habe sich zur Hochschwelligkeit verändert, es bestehe eine gezielte Nachfrage des Klientels nach einer hochschwelligen Einrichtung und die Ergebnisse der Querschnitte im 3. und 4. Quartal von einer nahezu 50%igen Beikonsumfreiheit dürfen als gesichert gelten.

4. BEWERTUNG

4.1. Unzulänglichkeiten

Die derzeitigen Dokumentationsbedingungen lassen Auswertungen zu Parametern wie beispielsweise die Anzahl der Beratungsgespräche zu bestimmten Thematiken, Arbeitszeiterfassung für diese und demgegenüber für administrative Tätigkeiten u. ä. in vertretbarem Aufwand nicht zu. Stattdessen wurde an der Programmierung eines EDV-Programmes gearbeitet, welches solche Auswertungen ab dem Jahr 2000 aus der Dokumentation heraus ermöglichen dürfte.

Sämtliche Untersuchungen sind deskriptiv, d.h. können im Sinne von Trends oder Tendenzen interpretiert werden. Eine inferenzstatistische Absicherung der Ergebnisse bräuchte jedoch völlig andere Art von Dokumentation und Auswertung. Dies soll die Entwicklung befindliche EDV ebenfalls leisten.

Testungen auf Cannabis wurden standardmäßig nicht durchgeführt. Die Kostenträger verlangen eine Beschränkung auf 5 Prüfparameter, Cannabis als - im Vergleich zu den getesteten - medizinisch vergleichsweise eher unproblematisches Suchtmittel wurde nicht in das Standard-Prüfprofil aufgenommen.

Urinkontrollen wurden nur stichprobenartig unter Sicht geleistet. Die Kongruenz von Urinkontrollergebnissen und Gesprächsinhalten, in denen der Pat. also sagt, was er konsumiert, kann ebenfalls nicht belegt werden, obwohl sie ein wesentliches Thema der täglichen Diagnostik darstellt. Auch dies hat seinen Grund im Fehlen entsprechender, betriebswirtschaftlich nicht belastender, EDV-gestützter Auswertungsmöglichkeiten. Wir konnten aber zeigen, daß allein über die Kreatininbestimmung im Urin schon ein hoher Wert von Sicherheit der Aussagen erreicht werden kann, wenngleich durchaus technische Lösungen denkbar sind, die beispielsweise mit Hilfe einer Kameraüberwachung die Sicherheit auf Werte nahe 100% bringen könnten. Es wird derzeit noch kontrovers diskutiert, ob diese Lösung auch therapeutisch verantwortbar ist und ob man es sich nicht auch im Bereich der Suchttherapie leisten kann, mit der Unsicherheit zu leben, die allen menschlichen Phänomenen anhaftet und auch ein kleines Stück sich zu bewährende Freiheit garantiert.

An dieser Stelle soll die Begrifflichkeit von der "Schwelligkeit" besprochen werden. Im Fall des Begriffs "Hochschwelligkeit" meint sie in Bezug auf das Klientel das Fehlen oder - im Fall des Begriffs "Niederschwelligkeit" - das Vorhandensein von Szenemerkmalen und bezüglich der betreuenden Einrichtung, daß eine niederschwellig arbeitende nur wenig, eine hochschwellige hohe Anforderungen an das Klientel stellen kann, um den Zugang zu ihr zu ermöglichen. Die Begrifflichkeit ist unwissenschaftlich, hat sich jedoch derart eingebürgert, daß man kaum daran vorbei kommt, sie zu gebrauchen. Ihr Nachteil besteht darin, daß sie impliziert, setze man die Zugangsschwelle nur hoch genug an, stehe dies für Behandlungsqualität.

Eine Einrichtung sollte sich aber erstens nicht über die Merkmale ihres Klientels definieren und sie sollte zweitens nicht ein allzu kompliziertes Regelwerk aufbauen, das den Zugang des Klientels zu ihr erschwert oder die Haltedauer beeinträchtigt. Im Grunde sollte sie so niederschwellig wie möglich sein, aber sie sollte das psychiatrisch-psychotherapeutische Manual bereithalten, um Kriminalität von Behandlungsbedürftigkeit zu trennen und dann individuell abgestuft auf den Patienten reagieren zu können, und es sollten keine Schwellen mit Verhinderungscharakter aufgebaut sein, sondern verschieden hohe, an der Belastungskondition des Patienten orientierte Stufen eines Treppenweges aus der Drogensucht weisen. Im Sinne solch kritischer Distanz haben wir uns der genannten Begrifflichkeit wegen ihrer Verbreitung angepaßt.

4.2. Bewährungen

4.2.1 Formalia

Die vorliegende Untersuchung bietet im Bereich der Urinkontrollen kaum wiederholbare Bedingungen. Es wurde ein Standardschema während eines Jahres lang an durchschnittlich 77 Patienten (63 im 1. Quartal, 102 im letzten Quartal 1998) und an Patienten 153 Pat. insgesamt in wöchentlichem Abstand getestet. Schon jetzt wird dies im Rahmen der Kostenträgereinschränkungen im Bereich der Labordiagnostik nicht mehr möglich sein.

4.2.2 Inhalte

Die hier vorliegenden Ergebnisse untermauern verschiedene Arbeitshypothesen der medizinischen Arbeit der PASST.

Beikonsum ist nur bedingt ein Ausschlußkriterium, er ist Teil der psychotherapeutisch angehbaren Thematik und es kann getrennt werden von solchem, der die kriminelle Konstitution eines Pat. begleitet.

Ferner gibt es ein bescheidenes Regelwerk in der Patientenbegegnung: Bürgerliche Umgangsformen sind Hausordnung und Ausdruck von gegenseitigem Respekt, die Anrede erfolgt mit Sie, Arbeitende und Mütter haben Vortritt, Mitgabe erfolgt mit therapeutischer Begründung, die Dosis darf auch zu disziplinarischen Zwecken herabgesetzt werden, zuvor jedoch müssen alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sein. Die Vergabe ausschließlich im Arzt-Patienten-Kontakt bietet die Möglichkeit sofortiger Reaktion auf Anforderungen durch den Patienten.

Es zeigt sich ferner, daß die Arbeitsweise und ihre theoretische Fundierung Modellcharakter haben. Jede Substitutsvergabe ist nach wie vor nur in einem direkten Arzt-Patienten-Kontakt möglich, es wird ohne Dosierautomat gearbeitet, was den Vorteil hat, daß der Vorgang der Vergabe sich ritualisiert und nicht im Zentrum der Begegnung steht, sondern die menschliche Beziehung, welche nahezu täglich therapeutisch genutzt werden kann, aber nicht muß. Obwohl der Vorgang für den einmaligen Betrachter äußerlich zunächst umgekehrt zu sein scheint, steht im Vordergrund der Versorgung die soziale und nicht die pharmakologische. Dies geschieht in einem zwanglosen Klima ohne jede, für die Arbeit mit diesem Klientel kontratherapeutische autoritäre Übertragungsfälle. Auf diese Weise glauben wir, die soziale Euphorisierung anstelle der pharmakologischen zu setzen und eine pathologische Kausalität umkehren zu können.

Die im Jahr 1998 um 61,75% gesteigerte Patientenzahl belegt eine beeindruckende Nachfrage nach einer effizient arbeitenden ambulanten therapeutischen Einrichtung des beschriebenen Charakters. Sie ist auch ein echtes Dokument für das äußere Erscheinungsbild der Schwerpunktpraxis für Politoxikomanie einschließlich Opiate, der Diagnose F11.2 des ICD 10 "Abhängigkeit von Opiaten", sowie des Opiatmißbrauchs. Die Ergebnisse zeigen auch die Stimmigkeit einer unvoreingenommenen therapeutischen Haltung gegenüber der Drogenabhängigkeit als einer Erkrankung, welche mit Rezidiven und symptomfreien Phasen verläuft und der man mit den Wissenschaftsgebieten Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie und zusammen mit der psychosozialen Betreuung nach dem Vorbild interdisziplinärer Teamarbeit der psychiatrischen Klinik sehr wohl auch ambulant begegnen kann.

PSYCHOMEDIZINISCH-AMBULANTE
SUCHTBERATUNG UND SUBSTITUTIONS-THERAPIE
(KOOPERATION "PASST")

SUCHTBERATUNGSSTELLE DES CARITASVERBANDES, FRITZ-TILLMANN-STR. 8-12, 53113 BONN
TEL. 108 245, FAX 108 250

SUCHTBERATUNGSSTELLE DES DIAKONISCHEN WERKES BONN, LESSINGSTR. 24, 53113 BONN
TEL. 21 78 12, FAX 24 20 220

V. REICHEL, PRAKT. ARZT - SUBSTITUTIONSTHERAPIE - , LESSINGSTR. 24, 53113 BONN
TEL. 26 28 24, FAX 26 28 58

Jahresbericht 1998

Psychosoziale Betreuung

Strukturierte Einzel- und Gruppen- bezogene Betreuung im Netzwerk mit der Schwerpunktpraxis für Opioid- Substitution

Suzanne Prochnow, Diakonisches Werk

Inhaltsverzeichnis

1. Statistik.....	S. 4
2. Kriterien zu den Maßnahmen während der Betreuung / Behandlung.....	S. 15
3. Klientenentwicklung im Rahmen der Substitutions- behandlung.....	S. 19
4. Perspektiven.....	S. 21

Einführung

Wir freuen uns, den Jahresbericht der Psychomedizinisch-Ambulanten Suchtberatung und Substitutionstherapie (PASST) für das Jahr 1998 veröffentlichen zu können.

Ein ganz herzliches Dankeschön sprechen wir im Trägerverbund Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werks, Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes, Praxis Volker Reichel, der Stadt Bonn aus, ohne deren gute Kooperation und Unterstützung wir nicht so erfolgreich hätten sein können.

Die 1998 erreichten Erfolge im Rahmen der PASST liegen im wesentlichen in der mit der Kommune vertraglich klar geregelten und engmaschig durchgeführten guten medizinischen und psychosozialen Versorgung begründet.

Die aussagekräftigen Ergebnisse konnten nur durch den Behandlungsvertrag mit der Ambulanz erreicht werden, in welchem klare Standards durch intensive qualitätssichernde Maßnahmen entwickelt wurden. Die Erfolgskontrolle von 50 % Behandlungserfolgen wird nun im Jahresbericht transparent dargestellt.

Suzanne Prochnow
Leiterin der Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werks

1. STATISTIK 1998

Träger: Kooperation PASST

Einrichtung: Medizinische Ambulanz, Suchtberatungsstelle des CV, Suchtberatung des DW

A. Angaben zur Ambulanz

- Fragen 1 bis 4 nur, soweit Veränderungen gegenüber den Vorjahresangaben vorliegen -

1. Zielgruppe(n) der Ambulanz

- a) Opiatabhängige Patienten/innen mit noch vorhandenen sozialen Bezügen, die unter die Indikationskriterien nach den NUB-Richtlinien fallen.
- b) Opiatabhängige Patienten/innen mit noch vorhandenen sozialen Bezügen, die unter die Indikationskriterien nach dem BSHG, hier Eingliederungshilfe nach §§39/40 BSHG fallen.
- c) Opiatabhängige Patienten/innen, die aus ihren sozialen (berufliche Situation/ Wohnsituation) gerade herausgefallen sind (§§ 39/72 BSHG).

Für alle Zielgruppen: Mindestalter 16 Jahre, manifeste Opiatabhängigkeit seit mindestens sechs Monaten, nachvollziehbares Streben der Patienten/innen nach gesundheitlicher und sozialer Rehabilitation und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit im Rahmen der Behandlung

2. Abgrenzung zur Arbeit anderer Ambulanzen und Arztpraxen

- patientenzentrierte Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit therapeutischer Zusatzausbildung) auf dem Hintergrund allgemeingültiger Behandlungsstandards bzw. Behandlungsregeln
- vertraglich festgelegte psychotherapeutisch und/oder pädagogisch orientierte psychosoziale Betreuung/Behandlung
- Behandlung von Patienten/innen mit schweren psychischen und/oder körperlichen Begleiterkrankungen, die in den Praxen niedergelassener Ärzte nicht ausreichend versorgt werden können
- Behandlung von Patienten/innen mit Therapieauflagen nach Maßgabe der §§ 35 ff. BtMG

3. Zielsetzung bei der Betreuung/Behandlung der o. g. Zielgruppe(n)

- klare Ausstiegsorientierung aus Drogenkonsum und Szene mit dem Ziel der Abstinenz
- körperliche, soziale und psychische Stabilisierung/Wiederherstellung der Gesundheit
- Wiederherstellung und Verbesserung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie, zu PartnerIn, Kindern und Freunden
- Unterstützung bei der emotionalen Bewältigung von Krankheits- /Behinderungsfolgen
- Befähigung zur möglichst eigenständigen Bewältigung der Alltagsanforderungen
- Stabilisierung der Wohnsituation und Herausführung von Behinderten aus Obdachlosigkeit
- Wiederherstellung und Verbesserung der elementaren Lebensbedingungen
- Motivation zu beruflichen Aktivitäten bzw. entsprechenden Rehabilitationsangeboten
- Unterstützung bei der Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben
- Vermittlung in Angebote der medizinischen Rehabilitation
- Vermittlung in komplementäre Angebote der Bonner Suchtkrankenhilfe oder andere Hilfesysteme
-

4. Durchschnittliche Dauer der Betreuung/Behandlung pro Klient/Zielgruppe

Generell ist eine maximale Betreuungs- /Behandlungsdauer auf zwei Jahren angelegt. In begründeten Ausnahmen (Schwangerschaft, Alleinerziehende, zusätzliche schwere psychische und/oder körperliche Begleiterkrankung) ist eine Verlängerung möglich.

5. Stellenbesetzung der Fachambulanz

Fachkräfte: 8,25 Stellen 6 Stellen (Psychosoziale Betreuung)
 (Stellenaufteilung s. unten) 2,25 Stellen (Medizin)

Die Zusammensetzung des Teams der medizinischen Fachambulanz ist multidisziplinär ausgerichtet, um in allen Versorgungsbereichen ein optimales Behandlungsangebot erzielen zu können.

Aufteilung der o. g. Stellen:

Aufgabengebiete	Stellenumfang	Stelleninhaber
Leitung Suchtberatung DW Psychosoziale Behandlung	Mutterschutz seit 14.10.98 38,5 Std	Suzanne Prochnow Dipl. Sozialarbeiterin
Stellv. Leitung Psychosoziale Behandlung	38,5 Std	Ralph Braun Dipl. Sozialpädagoge
Psychosoziale Behandlung	seit 01.06.1998 38,5 Std	Martina Lexis Dipl. Sozialpädagogin
Psychosoziale Behandlung	38,5 Std.	Renate Bellon-Senk Dipl. Pädagogin
Leitung Suchtberatung CV	38,5 Std	Achim Schaefer Dipl. Sozialarbeiter
Psychosoziale Behandlung	38,5 Std.	Bernd Uellendahl Dipl. Sozialarbeiter
Psychosoziale Behandlung	seit 01.07.1998 38,5 Std	Sabine Blank Dipl. Sozialpädagogin
Psychosoziale Behandlung	19,25 Std.	Marlies Piepers-Hennen grad. Sozialarbeiterin
Niedergelassener Arzt Medizin	60 Std.	Volker Reichel Prakt. Arzt
Medizin	Mutterschutz seit 6.7.1998 19,25 Std	Ursula Marquardt Dr. Med.
Medizin	seit 1.8.1998 25,5 Std	Ewa Zrodlewska Ärztin

B. Klientenstatistik**1. Fallzahlen**

insgesamt	152
-----------	-----

2. Fallzahlen differenziert nach Kostenträger

Amt für Soziales und Wohnen (ASW)	103
Kassenärztliche Vereinigung (KV)	47
Sonstige	2

3. Psychosoziale Behandlung

aus Vorjahr übernommen	43
Wiederaufnahme	36
Neuaufnahme	73

männlich	116
weiblich	36

3.1 Altersstruktur

unter 18 Jahren	0
19 - 25 Jahre	29
26 - 40 Jahre	112
41 - 60 Jahre	11

3.2 Familienstand

ledig	116
verheiratet	12
geschieden, getrennt, verwitwet	24

3.3	Erwerbstätigkeit		
	erwerbstätig	63	
	erwerbslos	64	
	Schüler/Student	1	
	Hausfrau/Hausmann	3	
	sonstige	21	(Vermögen, keine Angaben, Unterhalt sonstige Angehörige)

3.4	Schulausbildung	abgeschlossen	derzeit	abgebrochen
	Sonderschule	3	0	11
	Hauptschule	86	0	17
	Realschule, Gymn., FOS	41	1	3
	FH, Uni	0	0	0
	keine Angaben	0		

3.5	Einkommen	
	Erwerbstätigkeit	63
	Unterhalt	11
	Rente etc.	0
	Sozialhilfe	64
	Sonstiges/keine Angaben	14

Schulden	
keine Angaben	17
ohne Schulden	46
unter 5.000 DM	24
5.000 DM bis 10.000 DM	28
10.000 DM bis 50.000 DM	30
50.000 DM und mehr	7

3.6	Art der Kontaktaufnahme	
	eigener Antrieb	61
	Bezugsperson(en)	35
	Schule, Lehrer	0
	Arzt, Krankenhaus	36
	Justiz, Bewährungshilfe	1
	Arbeitgeber, Betrieb	1
	sonst. Vereine, Verbände	18

3.7	Maßnahmen während der Betreuung/Behandlung (Mehrfachangaben möglich)	
	psych. / med. Gutachten	132
	Krisenintervention	81
	Entschuldungshilfen	20
	Beistand vor Gericht / Polizei	22

Hilfen beim Umgang mit Behörden / Antragshilfen	63
Hilfen im Bereich Wohnen	39
Hilfen im Bereich Arbeit / Schule	45
Hilfen im Bereich soziale Beziehungen	60
Seelsorge / Sterbebegleitung	0
Aufsuchende Betreuung (z.B. Hausbesuche / während einer Entgiftung)	35
Vorbereitung einer Beikonsum- / Dosisreduktionsentgiftung	61
Vorbereitung einer stationären Entwöhnungsbehandlung	26
Vorbereitung sonstiger Vermittlungen (in teilstationäre Einrichtungen / betreutes Wohnen / ambulante Therapie etc.)	10
Psychosoziale Behandlung (über Einzelkontakte hinaus):	
- Einbeziehung des Lebenspartners	21
- Einbeziehung von Familie	12
- Einbeziehung von Freunden / Bekannten	3
- in Gruppen:	
• Motivationsgruppe	0
• Freizeitgruppe	22
• Doppeldiagnosegruppe	2
• Mutter-Kind-Gruppe	7
• § 35 BtMG	6
• sonstige Gruppen	7

3.8	Betreuungs-/ Behandlungsstand	
	übernommen ins nächste Jahr	77
	Behandlung insgesamt beendet	75
	davon:	
	• Behandlung planmäßig beendet	39
	• Abbruch Klient	16
	• sonstige (Inhaftierung etc.)	20
	• Tod	0

3.9	Behandlung planmäßig beendet:	
	■ ambulante Ausdosierung	15
	■ stationäre Entgiftung	6
	■ stationäre Entwöhnungsbehandlung	12
	■ Vermittlung in teilstationäre Einrichtung	0
	■ Vermittlung in betreutes Wohnen	0
	■ Vermittlung in ambulante Therapie	0
	■ Vermittlung in andere Substitution	2
	■ disziplinarische Ausdosierung	4

3.10	Verweildauer	
	<i>beendete Fälle</i>	

bis 3 Monate	16
3 bis 9 Monate	40
9 bis 24 Monate	14
24 und mehr Monate	5

4. Angebote der Ambulanz (Therapieformen, Gesprächsgruppen, Veranstaltungen etc.)

siehe Konzeption und Jahresbericht

Statistikinterpretation

Zu 2. Fallzahlen differenziert nach Kostenträger

ASW 103

Im Rahmen der psychosozialen Behandlung als vertraglich festgelegter Bestandteil der Substitutionsbehandlung im Rahmen der medizinischen Ambulanz mit Allgemeinmedizin und Psychotherapie für Suchtkranke (PASST) konnte im April 1998 gegenüber dem Amt für Soziales und Wohnen (ASW) aufgrund des gestiegenen Patientenaufkommens ein Bedarf nach der Einstellung zweier weiteren Fachkräfte nachgewiesen werden. Die Förderung dieser Stellen seitens der Stadt Bonn setzte zum 1.6.1998 in der Suchtberatung des Diakonischen Werkes bzw. seit 1.7.1998 in der Suchtberatungsstelle des Caritas Verbands ein.

Seit diesem Zeitpunkt war es uns möglich, bis zu 60 Patienten (d.h. 30 Fälle / Beratungsstelle) unter der Kostenträgerschaft des ASW zu betreuen. Die Kostenträgerschaft bezieht sich hierbei auf den Personenkreis nach den §§ 39/40 ff. BSHG.

Sonstige 2

In zwei Fällen konnte die Kostenträgerschaft aufgrund der örtlichen Zuständigkeit und der vorzeitigen Beendigung nicht geklärt werden.

Zu 3. Psychosoziale Behandlung

In Abgrenzung zum Begriff der Psychosozialen "Betreuung", der ein eher sozialarbeiterisches Vorgehen in der Arbeit mit den Klienten/innen beinhaltet, wählen wir ausdrücklich den Begriff "Behandlung", um auf das therapeutische Konzept unserer Ambulanz hinzuweisen.

Vgl. auch A. Angaben zur Ambulanz

Zu 3.3 Erwerbstätigkeit

Erwerbstätig 63

Hierunter ist die Klientel aufgeführt, welche Einkommen aus nicht selbständiger bzw. selbständiger Arbeit, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld erhält.

Der Bereich der erwerbstätigen Patienten/innen mit ein 41,4% weist zunächst auf eine überraschend gute berufliche Integration hin. Die Situation der Erwerbstätigen ist jedoch durch häufig wechselnde Arbeitsplätze, Saisonarbeit, befristete Arbeitsverhältnisse, Umschulungsmaßnahmen und Arbeitslosigkeit geprägt.

Gleichzeitig liegt der Anteil der Erwerbstätigen knapp unter dem der Erwerbslosen.

Erwerbslos 64

Hierunter ist das Klientel aufgeführt, welches Sozialhilfe erhält.

Sonstige**21**

An dieser Stelle werden die Patienten/innen aufgeführt, die von der Unterstützung von Familienangehörigen oder sonstigen Personen leben bzw. keine genauen Angaben machen können.

Zu 3.4. Schulausbildung

Mit 79,6% ist der Anteil der Patienten/innen mit Schulabschluß erfreulich hoch. Des weiteren lassen sich bei dieser Patientengruppe, sofern sie nicht in Arbeit sind, gute berufliche Perspektiven entwickeln.

Zu 3.5. Einkommen**Schulden (ab 5.000 DM) 65**

Bei 42,8% der Betreuten waren Entschuldungshilfen nötig. Bei insgesamt 13,2% mußte diese in erheblichen Maße z.T. unter zusätzlicher Einbeziehung der Schuldnerberatungsstelle geleistet werden.

Vgl. auch 3.7 - Entschuldungshilfen 20

Zu 3.7 Maßnahmen während der Betreuung/Behandlung

An dieser Stelle sind lediglich die durchgeführten Maßnahmen am/an der Patienten/in aufgeführt. Die Statistik weist keine Zahlen über erzielte Erfolge auf. Wir werden jedoch an anderer Stelle dieses Jahresberichtes auf die Behandlungskriterien eingehen. **(Siehe auch Gliederungspunkt 2. Kriterien zu den Maßnahmen während der Betreuung / Behandlung)**

Zu 3.8 Betreuungs-/ Behandlungsstand**Behandlung beendet 75**

Im Jahr 1998 ist die Zahl der Klientel, die unsere Angebotspalette für sich nutzen konnte und abgeschlossen werden konnte, mit 49,3% über unseren Erwartungen liegend hoch. Die Zahl bekommt ein zusätzliches Gewicht, wenn man sie mit der Verweildauer in Relation setzt. Danach konnten 93,3% der Patienten/innen innerhalb der zweijährigen Behandlungsfrist abgeschlossen werden.

Vgl. 3.10 Verweildauer

Abbruch Klient 16

Die Abbruchrate von 10,5% im Jahre 1998 erscheint auf den ersten Blick hoch, dürfte aber landesweit auf NRW bezogen im Normbereich liegen. Dort wird die Abbruchrate insgesamt mit 10,2 % angegeben. Die Hauptschwierigkeiten, vergleichbare Zahlenwerte zu bekommen, liegen in den unterschiedlichen Konzepten mit unklaren Kriterien der Psychosozialen Begleitbetreuung und den unterschiedlichen Behandlungszeiten mit bis zu 5 und mehr Jahren. Ein intensives, auf zwei Jahre ausgerichtetes Behandlungskonzept, wie es die PASST vorhält, ist nach nun mehr als 10 Jahren Methadon- Substitution wiederum ein "Modellprojekt".

Unserer Erfahrung nach finden Abbrüche v.a. in den ersten 4 bis 6 Monaten statt und reduzieren sich deutlich in der Zeitspanne von 6 bis 9 Monaten. In dem Zeitraum danach bis zum Ende der Behandlung kommen Abbrüche nur noch selten vor.

Tod 0

Die Vorwürfe aufgrund der negativen und undifferenzierten Berichterstattung in den Medien über "Methadontote" bzw. die damit einhergehende Diskreditierung des Behandlungsansatzes weisen wir entschieden zurück. Der von uns praktizierte Behandlungsansatz stellt eine deutliche Überlebenshilfe in der Behandlung von Opiatabhängigen dar.

sonstige (Inhaftierung etc.) 20

Hierunter ist fast ausschließlich die Patientengruppe zu verstehen, die aufgrund Verstöße gegen das BtMG inhaftiert wurde.

Zu 3.9 Behandlung planmäßig beendet

insgesamt planmäßig beendet 39

Unter den Patienten/innen, deren Beendigung der Behandlung als erfolgreich zu werten ist, liegt die Quote mit 52% alle Erwartungen übertreffend hoch.

ambulante Ausdosierung 15

In der Gruppe der planmäßig beendeten Patienten/innen verdient die Klientel, die das Ziel der Abstinenz alleine mit Hilfe der Substitutionsbehandlung erreicht hat, besondere Beachtung. Mit 20% liegt die Zahl landesweit überdurchschnittlich hoch und hält jedem Vergleich auch mit stationären Einrichtungen stand. Im letztgenannten Bereich geht man von einer Abstinenz- Erfolgsquote von durchschnittlich 10% aus.

stationäre Entgiftung 6
stationäre Entwöhnungsbehandlung 12

24% beendeten die Behandlung mit Vermittlung in eine weiterführende stationäre Maßnahme. Bei dieser Patientengruppe lassen sich in der Regel keine Aussagen über den Erfolg der vermittelten Maßnahme treffen.

Vermittlung in teilstationäre Einrichtung 0
Vermittlung in betreutes Wohnen 0

Ein Vermittlungsbedarf in teilstationäre Einrichtungen oder betreutes Wohnen hat sich 1998 nicht ergeben. Unserer Erfahrung nach verfügen die Patienten/innen entweder über eine stabile Wohnsituation oder ihre gesamte soziale Situation ist so instabil, daß eine stationäre Maßnahme (Entgiftung und Langzeittherapie) erforderlich ist. Ein weiterer Grund liegt jedoch auch im Fehlen von ausreichenden Plätzen - insbesondere für Frauen - im Bereich des betreuten Wohnens, so daß die Patienten/innen gezwungen sind, sich mit den Gegebenheiten zu arrangieren.

Vermittlung in ambulante Therapie 0

Hiermit ist die Weitervermittlung an niedergelassene Therapeuten/innen nach Beendigung der Substitutionsbehandlung gemeint. In der Regel wünschen die ehemaligen Patienten/innen jedoch keine Weitervermittlung sondern nehmen stabilisierende abstinente Angebote der Beratungsstellen wahr.

Vermittlung in andere Substitution 2

Ein Patient wurde aufgrund seines Umzugs an seinen neuen Wohnsitz, ein weiterer Patient wechselte in Absprache zu einer niedergelassenen Arztpraxis innerhalb Bonns.

disziplinarische Ausdosierung 4

Die disziplinarische Ausdosierung wird als planmäßig beendet gewertet, weil sie auf ärztliche Veranlassung geschieht. Hintergrund ist häufig fortgesetzter Beigebrauch von Drogen, körperliche Gewalt und/oder Delinquenz. Die disziplinarische Ausdosierung wird von uns als letztes Mittel der therapeutischen Intervention verstanden und dient v.a. dem Schutz von MitarbeiterInnen und der Patientenschaft.

2. Kriterien zu den Maßnahmen während der Betreuung / Behandlung

1. Krisenintervention

Im Laufe der Betreuung/Behandlung gibt es immer wieder aktuelle Konflikte/Situationen, die eine umgehende Auseinandersetzung erfordern (Krisen in der Arbeit, Partnerschaft, existentielle Krisen, Lebenskrisen, psychische Belastung, Kontakte mit Staatsanwaltschaft u.a., finanzielle Angelegenheiten). Sofortige umgehende intensive Hilfe trägt mittel- und langfristig zur Stabilisierung der persönlichen Entwicklung bei. Wir sprechen von Kriseninterventionen, die erfolgreich verlaufen sind, wenn die Krise akut bewältigt werden konnte und darüber hinaus ein Hilfeplan zur Bewältigung von krisenhaften Situationen initiiert werden konnte.

Einem überwiegenden Teil der Patienten/innen gelang die Umsetzung sehr erfolgreich, was in der Darstellung durch die geringen Abbruchzahlen, Inhaftierungen oder mögliche Zwangseinweisungen zum Ausdruck kommt.

2. Entschuldungshilfen / Schuldnerberatung

Ein großer Teil der Klienten/innen lebt aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit mit großen finanziellen Belastungen, wie die Zahlen des Jahresberichtes deutlich machen (private Schulden, Kredite, Gerichtskosten etc.). Die intensive Betreuung ist dann oft eine der ersten Möglichkeiten, sich darüber eine persönliche Entlastung zu schaffen. Wir sehen einen positiven Ansatz für die Patienten/innen bereits darin, dass sie unser Hilfsangebot dazu nutzen, sich einen ersten Überblick zu schaffen, um dann ggf. weitere Schritte umzusetzen. Zu weiteren Schritten im Rahmen des individuellen Behandlungsangebotes gehören dann beispielsweise die Kontaktaufnahme zu Gläubigern, Motivation zur selbständigen oder gemeinsamen Kontaktaufnahme zur Schuldnerberatung und Aufbau und Überprüfung von Ratenzahlungsvereinbarungen.

3. Beistand vor Gericht/Polizei

Durch die Aufnahme der Behandlung werden oft Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Suchtentwicklung/Lebensgeschichte deutlich. Zur Vermeidung von Unsicherheiten und zur Entwicklung eines individuellen Hilfeprozesses bzw. einer -planung für jeden Betroffenen ist ein adäquater Umgang mit diesen Behörden und ihren Strukturen notwendig. Das bedeutet für die gemeinsame Arbeit, Unsicherheiten und eigene Ängste abbauen und eine Strategie zu entwickeln, sich aktiv dieser Interessen anzunehmen. Kontaktaufnahme zu einem Rechtsanwalt, Beantragung/Unterstützung im Rahmen des § 35/36 ff BtMG, Berichtswesen im Kontakt mit der Staatsanwaltschaft, Stellungnahmen bei Verhandlungen, persönliche Begleitung bei Verfahren, Beistand vor Gericht, individueller Kontakt auch während einer möglichen Inhaftierung, kennzeichnen diesen Betreuungsprozeß.

4. Hilfe im Umgang mit Behörden/Antragshilfen

Oft ist für die Patienten/innen der Umgang mit Behörden und damit zusammenhängende Konsequenzen deutlich negativ besetzt, z.B. durch Schwellenängste oder deutliche Vorbehalte aufgrund negativer persönlicher Erfahrungen. In der weiteren intensiven persönlichen Betreuung der Patienten/innen dienen diese Schritte der Erhöhung des eigenen Selbstwertes und der eigenen Belastbarkeit.

Oft wird ein Teil der neuen Informationen zur Durchsetzung von eigenen Rechten und Ansprüchen genutzt. Aufklärung undurchschaubarer rechtlicher Situationen (mit Unterstützung eines Rechtsanwaltes) bis hin zum Austausch mit involvierten Behörden bzw. anderweitiger Unterstützung zur Umsetzung der Bedarfslagen und Interessen der Patienten/innen sind fester Bestandteil des Betreuungsprozesses.

5. Hilfen im Bereich Wohnen

Wohnen ist für die meisten Patienten/innen ein wichtiger Faktor zur Stabilisierung und Motivation für die eigene zukünftige Lebensperspektive. Darauf aufbauend lassen sich weitere stabilisierende Elemente umsetzen, wie z.B. Haushaltsführung, Integrationshilfen im Bereich Arbeit, Freizeit und soziale Kontakte. Es geht überwiegend um Wohnraumerhaltung und/oder die Schaffung von akzeptablen Wohnmöglichkeiten.

Es werden zusammengestellte Informationen über Wohnformen/-möglichkeiten weitergegeben. Es werden Aktivitäten im Umgang mit potentiellen Vermietern ausprobiert. Alle Möglichkeiten der Wohnraumerhaltung werden erörtert und an den Bedingungen und individuellen Voraussetzungen des Patienten entwickelt und eingerichtet, wie z.B. Mietzuschüsse, Mietzahlungsabsicherung, säumige Zahlungen.

6. Hilfe im Bereich Arbeit/Schule

Ähnlich wie der Wohnbereich nimmt die Bedeutung einer geregelten Arbeit im Laufe der Behandlung deutlich zu. Hier ist die physische Stabilisierung und die Stärkung des eigenen Selbstbewußtseins wichtig. Eine zufriedenstellende Gestaltung des Alltags nimmt mit Beginn der medizinischen Behandlung ebenfalls deutlich zu. Außerdem dient die Arbeit/Beschäftigung letztlich auch der längerfristigen existentiellen Sicherung. Daher geht es sowohl um die konkrete Entwicklung beruflicher Perspektiven (Umschulung, berufliche Weiterbildung, als auch um Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitsplatzerhaltung.

Hinzu kommt als individuelle Perspektivenentwicklung , das Aufzeigen der Möglichkeiten am Arbeitsmarkt und die Unterstützung bei der Zusammenstellung von entsprechenden Antragsunterlagen.

Es werden Kontakte zu Ausbildungsstätten, Lehrinstituten, dem Arbeitsamt, dem Amt für Soziales und Wohnen - Fachbereich Arbeit - und interessierten Ausbildern als unterstützende Begleitung angeboten.

7. Hilfen im Bereich soziale Beziehungen

Nach dem Einstieg und im Verlauf der Behandlung wird den Patienten/innen die durch die jahre- oder jahrzehntelange Drogenabhängigkeit entwickelte eigene Isolation deutlich. Die Reduzierung bisheriger Szenekontakte kann dazu führen, die eigene Beziehungsfähigkeit zu hinterfragen und Möglichkeiten des Beziehungsaufbaues in einem "cleanen" Rahmen (z.B. Selbsthilfegruppe u.a.) zu entwickeln. Die Behandlung fokussiert zielgerichtet die Förderung noch vorhandener Ressourcen und den Ausbau sozialer Kompetenzen.

8. Vorbereitung einer Beikonsums- / Dosisreduktionsentgiftung

Oft wird durch die Behandlung ein langjähriges Konsummuster und Verhaltensstrategien nicht automatisch unterbrochen. Das wird im Beikonsumverhalten der Patienten/innen deutlich. Da das Konzept der PASST eine klare Ausstiegsorientierung vorsieht, bekommt die Beigebrauchsentgiftung eine übergeordnete Bedeutung. Dabei kann das dauerhafte Thematisieren in den Einzelgesprächen zu einer Beigebruchsveränderung führen oder motivationale Hilfe sein zur Durchführung einer stationären Entgiftungsbehandlung. Zur Unterstützung der Patienten/innen werden die Aufrechterhaltung des Kontaktes während des stationären Aufenthaltes (aufsuchende Arbeit), weitere individuelle Hilfeplanung in Absprache mit der Medizin der PASST und individuelle Hilfeplanung nach Beendigung der Entgiftung in Absprache mit den Stationen der Krankenhäuser durchgeführt.

9. Vorbereitung einer stationären Entwöhnungsbehandlung

Ähnlich wie im Bereich der ambulanten Beigebrauchsentgiftung kann eine stationäre Therapiemaßnahme als realistische Ausstiegsperspektive eingebracht werden, sofern der ambulante Behandlungsrahmen im Einzelfall an seine Grenzen gelangt. Das kann z.B. durch eine massive instabile soziale Situation im Umfeld der Patienten/innen ausgelöst werden und als weiteres protektives Hilfesinstrument von den Patienten/innen genutzt werden.

10. Vorbereitung sonstiger Vermittlung

Sollte eine positive Entwicklung oder Stabilisierung im vorgegebenen Behandlungsrahmen nicht mehr oder nur sehr schwierig umgesetzt werden können, gibt es die Möglichkeit, andere Behandlungsalternativen zu überprüfen, z.B. niedergelassene Ärzte, andere Fachkrankenhäuser, Betreute Wohnformen u.a.

**11. Psychosoziale Betreuung und Behandlung
(Einbeziehung von bestehenden sozialen Kontakten)**

Neben dem intensiven Kontakt mit dem Suchtmittelabhängigen ist die Einbeziehung noch bestehender sozialer Kontakte, wie z.B. Patienten/innen, Kinder, Eltern u.a. zwingend erforderlich.

Die Behandlung der Patienten/innen kann nicht völlig losgelöst von diesen Beziehungen gesehen werden, sondern berücksichtigt auch, dass eben dieses Umfeld mit erkrankt ist. Über diese Form der Behandlung, die deutlich zeitaufwendiger, aber - wie vorliegende Zahlen beweisen - auch wesentlich erfolgreicher ist, lernen die Patienten/innen und die Bezugspersonen wieder vertrauensvollen Umgang miteinander. Letztlich fördert das dann die langfristige Abstinenzmotivation.

12. Aufsuchende Betreuung (z.B. Hausbesuche /während einer Entgiftung)

Volker Reichel

13. Körperlichkeit (Essen, Hygiene etc.)

Volker Reichel

14. Freizeitgruppe

Bei der Freizeitgruppe handelt es sich um ein begleitendes, einmal wöchentlich stattfindendes 1,5-stündiges Hilfsangebot in der Substitutionstherapie.

Mit einer Substitutionsbehandlung wird für drogenabhängige Klienten zunehmend Zeit und Energie frei, die zuvor für die Beschaffung von Drogen aufgewendet wurde. Drogenkonsum und -beschaffung bestimmten die Struktur des Alltags dieser Klienten, so daß Fähigkeiten, den Alltag aktiv und kreativ zu gestalten, oft jahrelang brach lagen.

Mit der Teilnahme an der Freizeitgruppe erhalten Klienten ein erlebnisorientiertes Hilfsangebot, mittels welchem sie verschüttete Fähigkeiten der eigenen Aktivität und Kreativität wieder entdecken und erleben können und welches ihnen Anregungen bietet, wie sie ihre eigene freie Zeit strukturieren und selbst organisieren können. Da es sich bei diesem Angebot um ein Gruppenangebot handelt, welches die verschiedenen Fähigkeiten und Bedürfnisse jedes einzelnen Teilnehmers berücksichtigt, werden die Klienten herausgefordert, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz und Toleranz gegenüber den Wünschen und Bedürfnissen Anderer, als auch Spaß und Lebensfreude am gemeinsamen Tun zu entwickeln.

Unser Angebot umfaßte sportliche Aktivitäten wie z.B. Segeln, Ballspiele, Billard und Bowlen, Schwimmen, Minigolf, als auch diverse Museenbesuche, Ausstellungsbesuche, gemeinsames Kochen und Backen, Basteln, Besuch einer

Bundestagsdebatte, Spaziergehen, Gesellschaftsspiele, Kinobesuche und Fahrradtouren.

15. Mutter-Kind-Gruppe

Ziel dieser Gruppe ist die aktive Entlastung und Unterstützung der substituierten Mütter in ihrer vielfach belasteten Alltagssituation. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt dieser Gruppenarbeit ist die Förderung einer vertrauensvollen und verantwortungsvollen Beziehung zwischen den Müttern und ihren Kindern. Somit soll den Kindern eine möglichst stabile und geregelte Lebenssituation ermöglicht werden, um sich physisch und psychisch gesund entwickeln zu können. Die Gruppe soll zusätzlich die Kontaktfähigkeit und die sozialen Kompetenzen der Mütter und ihren Kindern stärken.

Diese Ziele haben wir mit Hilfe verschiedener Aktionen wie z. B. Schwimmbadbesuche, Besuch einer Kinderfarm, einer gemeinsam gestalteten Weihnachtsfeier, Bastelnachmittage und anderen themenzentrierten Gruppentreffen erreicht.

16. Gruppenangebot für "Doppeldiagnose"- Patienten

Bei entsprechender Indikationsstellung können Patienten/innen, die im Rahmen der PASST substituiert werden, an diesem seit März 1998 in Kooperation mit dem Elisabeth-von-Thadden-Haus (ETH) organisierten Gruppenangebot teilnehmen. Die Gruppe wird von je einem Mitarbeiter des ETH und der Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werks geleitet und findet einmal wöchentlich statt.

Die maximale Gruppengröße beläuft sich auf 10 Personen.

Die Gruppe arbeitet nach dem Konzept einer klientenzentrierten Problemlösegruppe und verfolgt als übergeordnete Behandlungsziele die Stabilisierung der PatientInnen hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankung und ihrer Suchterkrankung, die Erarbeitung von Möglichkeiten der Identifikation mit beiden Krankheitsbereichen, sowie die Entwicklung von Perspektiven für eine soziale und berufliche Wiedereingliederung.

Im Vordergrund steht hierbei das Erkennen der individuellen Frühsymptome und das Aufarbeiten von (Beikonsum-) Rückfällen bzw. das Erarbeiten einer adäquaten Rückfallprophylaxe.

Weitere Schwerpunkte sind Kriseninterventionen, die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, sowie die Motivation zu einer dauerhaft abstinenten Lebensführung.

In diesem Zusammenhang soll gelernt werden, die eigene Konfliktfähigkeit zu erhöhen, emotionale Erlebnisinhalte adäquat wahrnehmen und verbal ausdrücken zu können und das eigene Selbstwertgefühl in allen Bereichen zu verbessern. Hierbei werden vor allem eigene Ressourcen bewußt gemacht und gestärkt sowie Möglichkeiten geboten, die eigene Suchtgeschichte angemessen aufzuarbeiten.

17. Gruppe für Teilnehmer mit Therapieauflagen nach §§ 35 ff. BtMG

Die ambulante Therapie für Klienten/innen mit Auflagen nach §§ 35ff. BtMG (Therapie statt Strafe) hat sich zu einem stabilen Baustein unseres Angebotes entwickelt. Es bietet eine mittlerweile seitens vieler Staatsanwaltschaften akzeptierte Alternative zur stationären Drogentherapie und ist auch für substituierte Patienten/innen offen.

Bei diesem Gruppenangebot handelt es sich um ein einmal wöchentlich stattfindendes, 1,5-stündiges, verbindliches Angebot zur Ergänzung der ebenfalls wöchentlich stattfindenden Einzelgespräche.

Durch die regelmäßige Gruppenteilnahme beugen die Patienten/innen einer weiteren Strafverfolgung vor. Mit Hilfe des klar definierten Rahmens erlernen sie Vertragsfähigkeit und die Einhaltung von Regeln.

Neben dem wichtigsten Ziel, die Verhinderung von (erneuter) Straffälligkeit, stehen die Resozialisierung, das Erlangen von physischer, psychischer und sozialer Stabilität sowie das Erarbeiten einer dauerhaften Abstinenz im Vordergrund der Behandlung.

Weiter werden mit Methoden der Verhaltenstherapie Problemlöse- und Kommunikationsstrategien sowie Elemente des Selbstsicherheitstrainings (ATP) und des Trainings sozialer Kompetenzen vermittelt. Mit Hilfe verschiedener Rollenspielsituationen werden Beispielsituationen aus dem Alltag der Patienten/innen bearbeitet und alternative Verhaltensweisen eingeübt.

3. Klientenentwicklung im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Als die Substitutionsfachambulanz PASST am 13.03.1996 die Arbeit aufnahm, ging sie von einem Volumen von 30 PatientInnen aus, die ausschließlich nach NUB-Indikation substituiert werden konnten. Im Laufe des Jahres wurde diese Zahl auf 50 PatientInnen erhöht. Nachdem neben den medizinischen Indikationen, gemäß den NUB-Richtlinien, eine Erweiterung des Patientenkontingentes durch die Kostenübernahmeregelung mit der Stadt Bonn im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 39/40 BSHG vereinbart wurde, konnte die Zahl der Behandlungsplätze ab dem 01. Juli 1998 auf insgesamt 90 Plätze erhöht werden. Das bedeutete, dass bei voller Auslastung jeweils 45 KlientInnen beim Caritasverband für die Stadt Bonn e.V. und dem Diakonischen Werk der Kirchenkreise Bonn und Bad Godesberg betreut und behandelt werden konnten. Ein weiterer wichtiger Schritt war in diesem Zusammenhang die Zustimmung und der Beitritt der Stadt Bonn zur Methadonvereinbarung NW, um auch Landesförderungen in den Finanzierungsrahmen dieses Angebotes einfließen lassen zu können.

Eine Auslastung des Patientenkontingentes wurde durch die hohe Nachfrage nach diesem Angebot schnell erreicht. Es wurde u.a. deutlich, dass der Umfang und die Qualität dieses Behandlungsangebotes auf eine hohe Akzeptanz bei den PatientInnen gestoßen ist und mit dieser Form der Behandlung für diese Zielgruppe eine Versorgungslücke geschlossen werden konnte. Das Angebot wurde mit den bereits vorhandenen Behandlungsangeboten des VfG und den Praxen der in Bonn niedergelassenen, substituierenden Ärzten so abgestimmt, dass es keine Doppelbetreuungen gegeben hat.

Im Berichtsjahr 1998 wurde deutlich, dass die psychosoziale und medizinische Gesamtproblematik der PatientInnen immer umfangreicher wurde. Das bedeutete für die Arbeit mit den KlientInnen eine deutlich zeitaufwendigere Beratungs- Betreuungs- bzw. Behandlungsdauer.

Dabei nahmen die Problemfelder zur Sicherung der existenziellen Grundlagen gerade in der Anfangsphase einen immer breiteren Raum ein. Danach und oft auch begleitend, je nach physischem und psychischem Gesamtzustand, wurden dann zielgerichtet die psychischen Ursachen behandelt.

In 1998 wurde die vorgesehene maximale Behandlungsdauer von 2 Jahren bei allen PatientInnen eingehalten. Perspektivisch könnte die o.a. Veränderung der Gesamtproblematik jedoch in Einzelfällen eine Auswirkung auf die Gesamtbehandlungsdauer der Substitution haben.

Die Erhöhung der Anzahl der zu behandelnden PatientInnen insgesamt hatte keinen Einfluss auf die vorhandene Qualität der Behandlung im Rahmen der PASST. Grundvoraussetzungen bleiben Ausstiegsmotivation und Vertragsfähigkeit.

Zielgruppe der Maßnahmen waren auch nach der Erhöhung der Patientenzahl überwiegend Abhängige, die diese Voraussetzung erfüllen konnten und die in ihren bisherigen herkömmlichen Versuchen, aus dem Suchtkreislauf auszusteigen, gescheitert waren (Therapie, Entgiftung, lange Cleanphase, gelegentliche Rückfälle, abgeschlossene Substitutionen u.a.).

Hinzu kam, dass im Verlaufe des Berichtsjahres durch entsprechende Aufstockung um 2 Fachkräfte (jeweils 1 Vollzeitkraft beim Caritasverband, als auch beim Diakonischen Werk) die gute Versorgungsstruktur und die Qualität weiter entwickelt und ausgebaut werden konnte.

Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung

Im Interesse unserer suchtkranken PatientInnen ist es notwendig, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass fachliche und inhaltliche Aspekte über die Auswahl der jeweiligen Behandlungsform und der Behandlungsziele entscheiden. Die Bewußtheit über die eigenen Stärken und Grenzen unseres medizinischen Behandlungsspektrums stellt eine zentrale Voraussetzung für eine gelungene Kooperation und Vernetzung dar. Unsere Zielsetzung ist es, eine möglichst hohe Qualität unserer Dienstleistung im Interesse der PatientInnen zu erbringen. Wesentliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmerkmale werden im Folgenden kurz aufgeführt;

□ Strukturqualität

Die medizinische Behandlung muss im Sinne einer Behandlung auf den Wissenschaftsgebieten Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie in der Lage sein, auf die unterschiedlichen sozialen, medizinischen und psychischen Problembereiche der PatientInnen einzugehen.

Häufig finden sich bei PatientInnen beispielsweise neben der eigentlichen Suchterkrankung auch Depressionen, Ängste, Suizidalität, Doppeldiagnosen sowie massive körperliche suchtmittelbedingte Folgeerkrankungen. Dieser Komplexität des Krankheitsbildes begegnen wir mit besonders qualifizierten MitarbeiterInnen.

Das patientenübergreifende Informationsmanagement ist über ein einheitliches Patientenverwaltungsprogramm sowie über eine direkte Vernetzung durch PC gesichert. Damit ergibt sich für die Behandler jederzeit ein unkomplizierter Zugang zum aktuellen Entwicklungsstand oder aktuellen Entwicklungsverlauf. Darüber hinaus können Termine und aktuelle Informationen jederzeit abrufbar dargestellt werden.

Es finden regelmäßig gemeinsame Fallteams und Supervisionen statt. Darüber hinaus werden einmal monatlich von allen Kooperationspartnern die vorhandenen Standards der medizinischen Behandlung überprüft und ggf. ergänzt und/oder weiterentwickelt. Der Rahmenvertrag mit dem Amt für Soziales und Wohnen der Bundesstadt Bonn sichert über ein gemeinsames Berichtswesen und einen gemeinsam besprochenen Behandlungsvertrag sowohl den Behandlungsrahmen als auch die Behandlungsziele.

□ Prozeßqualität

Um den Behandlungsprozeß optimal zu steuern, wurde der Einsatz einer Routinediagnostik einschl. entsprechender Indikationsprognoseverfahren standardisiert. Der bisherige Sozialbericht wurde abgelöst von einem eigenen Berichtswesen mit dem Ziel, die Individualisierung der Behandlung weiter zu fördern.

Eine Individualisierung der medizinischen Behandlung ist dadurch sicher gestellt, dass PatientInnen im Rahmen der festzuschreibenden Zielplanungen inhaltliche Entscheidungskompetenz eingeräumt wird. Diese Zielvereinbarungen werden regelmäßig überprüft und entsprechend fortgeschrieben oder weiter entwickelt.

Die Behandlungszeiten sind individuell der adaptiven Indikationsstellung angepaßt. Die Durchführung von Einzeltherapie ist neben den gruppentherapeutischen Angeboten und tagesstrukturierenden Maßnahmen für uns Voraussetzung für ein individualisiertes Behandlungsangebot.

Neben der Förderung der Abstinenz und Ausstiegsmotivation sind Rückfall-prävention und -bewältigung gleichrangige Behandlungsziele.

□ Ergebnisqualität

Die Ergebnisse unserer Arbeit überprüfen wir durch Rückmeldung über die PatientInnen in Form von regelmäßig stattfindenden Kundenbefragungen. Katamnestiche Erhebungen liegen im Rahmen dieser Darstellung zum ersten Mal detaillierter vor. Ziel ist es, längerfristige katamnestiche Daten der PatientInnen zu evaluieren mit dem Ziel, die im Vorfeld beschriebenen Behandlungsstandards weiter zu optimieren. Darüber hinaus ist es unser Ziel, Qualitätszirkel oder Konsensuskonferenzen

mit spezifischen Fragestellungen zur Weiterentwicklung der Behandlungsqualität und der Standards dauerhaft zu initiieren.

4. Perspektiven

Der Therapieverbund der PASST hat sich innerhalb der Bonner Suchtkrankenhilfe etabliert und gilt als verlässlicher Kooperationspartner der Stadt Bonn. Im Jahre 1999 wollen wir unser Angebot in bewährter Weise fortführen und gegebenenfalls erweitern.

Mit ca. 100 Patienten/innen täglich ist im medizinischen Bereich die Grenze einer vernünftigen Durchführung der Behandlung in den begrenzten Räumlichkeiten im Souterrain der Suchtberatung des Diakonischen Werkes erreicht. Zudem kommt es aufgrund dieser Zahl fast zwangsläufig zu Szenebildungen, die dem Ansehen der Praxis und der Beratungsstelle schaden.

Die Unterbringung der Praxis in den Räumlichkeiten der Suchtberatung war von Anfang an als eine Übergangslösung geplant. Bei entsprechender finanzieller Grundlage war bereits 1997 daran gedacht, mit der Praxis umzuziehen.

Diesen von allen Kooperationspartnern gewünschten Umzugsplänen stehen jedoch bislang fehlende finanzielle Absicherungen entgegen. So hat seit Bestehen der Praxis die Finanzierung im Bereich der Substitution zu Lasten der Krankenkassen kontinuierlich abgenommen. Zuletzt kam es Anfang 1998 zu weiteren Einschränkungen der Leistungen z.B. bei der Abrechnung von notwendigen Urinkontrollen. Eine weitere Verunsicherung stellt die "geplante" Ausweitung der NUB-Richtlinien zu den "AUB-Richtlinien" dar, die möglicherweise zu erheblichen Veränderungen der Finanzierung und der Kostenträger führen wird.

Vordringlichstes Ziel des Kooperationspartner für 1999 wird die langfristige Sicherung der PASST sein, nicht zuletzt um den geplanten Umzug der medizinischen Praxis zu realisieren. In der Außenwirkung wollen wir uns auch zukünftig als verlässlicher Partner und als qualifizierter Anbieter innerhalb des Suchtkrankenhilfesystems einbringen.

Mit einem neuen Standort würden sich sowohl die Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals in der Praxis als auch der MitarbeiterInnen im Team der Suchtberatung des Diakonischen Werkes deutlich verbessern. Ebenso positiv würden attraktive Räumlichkeiten sich auf die Patienten/innen auswirken.

Eine weitere positive Auswirkung des Umzugs wäre eine stärkere Dezentralisierung und somit die einhergehende Entzerrung der Drogenszene.

Prognostisch könnte bei entsprechender Finanzierungssicherheit sogar über einen weiteren Standort nachgedacht werden.