

Training manual

Key aspects of substitution treatment for opiate dependence

Schlüsselaspekte der Substitutionsbehandlung
bei Opiatabhängigkeit

Aspects essentiels du traitement de substitution
de la dépendance aux opiacés

Aspectos clave del tratamiento sustitutivo para
la dependencia de opiáceos

ANNETTE VERSTER & ERNST BUNING
EUROMETHWORK 2003



Training Manual

Schlüsselaspekte der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit

Annette Verster & Ernst Buning

Übersetzung: Jeannette Roberts und Hans-Günter Meyer-Thompson

Das Projekt wurde von der Europäischen Kommission, Direktion G der Öffentlichen Gesundheit, projektnummer SPC.2002267, finanziert.

ISBN: 90-77512-08-X

Anmerkung:

Weder die Europäischen Kommission noch andere unter deren Befugnis stehende Personen haften für Handlungen, die der Entnahme von Informationen dieses Dokumentes zugrunde liegen.

Für weitere Informationen: EuroMethwork/Q4Q

Vijzelstraat 77 1017 HG Amsterdam Niederlande
Tel +31 (0)20 - 330 34 49 Fax +31 (0)20 - 330 34 50
info@q4q.nl www.euromethwork.org

INHALTSANGABE

Einführung	4
- Inhalt	
- Zielgruppe	
- Leiter des Trainings	
- Der europäische Kontext	
Modul 1: Allgemeine Einführung in die Substitutionsbehandlung - blaues Etikett	6
- Die Opiatabhängigkeit und ihre Epidemiologie	
- Was ist Substitutionsbehandlung?	
- Die Hauptziele der Substitutionsbehandlung	
- Behandlungsformen	
- Behandlungsrahmen	
Modul 2: Wissenschaftliche Evidenz - oranges Etikett	12
- Kosteneffektivität	
- Chronische oder akute Versorgung	
- Umfassende Behandlung	
- Widerstand	
- Beschränkungen	
Modul 3: Die verschiedenen Ersatzmedikamente - gelbes Etikett	18
- Methadon	
- Buprenorphin	
- LAAM	
- Diamorphin	
- Levomethadon	
- Andere Medikamente	
Modul 4: Klinische Aspekte - grünes Etikett	27
- Indikationsstellung	
- Behandlungskriterien	
- Behandlungsplan	
- Monitoring	
- Induktion	
- Urinkontrollen	
- Überdosis	
- Aufklärung der Patienten	

Modul 5: Spezielle Patientengruppen - rotes Etikett	35
- Schwangere Frauen	
- Eltern von Kleinkindern	
- Jugendliche	
- Patienten mit HIV/AIDS	
- Patienten mit Hepatitis	
- Patienten mit psychischen Problemen	
- Patienten mit polyvalentem Drogenabusus	
- Ethnische Gruppen	
- Abhängige im Strafvollzug	
- Patienten im Krankenhaus	
- Mobile Patienten	
- Schmerzpatienten	
- Der alternde Patient	
- Schnelle Metabolisierer	
Modul 6: Optimierung der Professionalität – graues Etikett	42
- Die Aufgaben	
- Die Rollen	
- Zusammenarbeit zwischen Fachkräften	
- Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patienten	
- Rahmenbedingungen	
Anhang 1: Übungen zu Modul 4, 5 und 6	53
Empfohlene Literatur und nützliche Webseiten	57
Quellenangaben, Berichte	58
Liste der beteiligten Experten	61
Bewertungsformular	62
CD-Rom	
- Eine PowerPoint-Präsentation zu jedem einzelnen Modul	
- Methadonrichtlinien von EuroMethwork	
- Die virtuelle Klinik	
- Helpdesk	
- Briefing für politische Entscheidungsträger	
- Checkliste für das Organisieren des Trainings	

Opiatabhängigkeit ist ein Phänomen, mit dem heute alle europäischen Länder konfrontiert werden. Es hat nicht nur für den Einzelnen und seine Familie negative Folgen, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes. Opiatabhängigkeit trägt wesentlich zu Armut, Kriminalität, Zerfall von Familien und finanzieller Belastung von Kommunen und Staat bei.

Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge bewirkt die substitutionsgestützte Behandlung eine Reduzierung der drogenbezogenen Mortalität und der Infektionskrankheiten sowie eine Verbesserung der physischen, sozialen und psychischen Verfassung des Patienten.

Trotz der Ausweitung der Substitutionsbehandlung in den letzten Jahren in ganz Europa bleiben noch immer einige Herausforderungen, die es zu überwinden gilt, wie u.a.:

- **Mangelnde Qualitätskontrolle:** Monitoring oder Auswertung einzelner Behandlungsangebote ist erforderlich, um die Qualität und Kosteneffektivität der Substitutionsbehandlung insgesamt zu verbessern.
- **Begrenzte Verfügbarkeit:** Der Großteil der opiatabhängigen Menschen befindet sich nicht in Substitutionsbehandlung, entweder weil diese nicht verfügbar ist oder weil bestehende Behandlungen die Bedürfnisse der Patienten nicht erfüllen.
- **Politische Motive:** Obwohl die Effektivität der Substitutionsbehandlung wissenschaftlich belegt ist, überwiegen oft ideologische und politische Überlegungen dagegen.
- **Mangelnder Konsens:** Es herrscht nach wie vor Verwirrung und Uneinigkeit über das Wesen von Abhängigkeit und den Wert der Substitutionsbehandlung.

In den letzten Jahren ist die Zahl der substitutionsgestützten Drogenkonsumenten europaweit stark angestiegen, und mehr Experten denn je engagieren sich im Bereich der Substitutionstherapie. Das vorliegende Manual, das von EuroMethwork entwickelt wurde, will einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität und Anwendung der Substitutionsbehandlung in Europa leisten. Ziel dieses Manuals ist es, Trainern Richtlinien für die Fortbildung von Berufsgruppen auf dem Gebiet der Substitutionsbehandlung zu bieten.

Inhalt

Das Training Manual ist in einzelne Module unterteilt, in denen jeweils die Schlüsselaspekte der 'Guten Praxis' (GP) in der Substitutionsbehandlung besprochen werden. Alle Module sind gleichermaßen strukturiert und enthalten jeweils:

- Informationen zum Thema mit Quellenangaben und einer PowerPoint Dia-Präsentation (auf CD-ROM);
- Vorschläge für Diskussionsthemen in der Gruppe;
- optionale Übungen zu Modul 4, 5 und 6, die in Anhang 1 näher erläutert werden.

Jedes Modul beginnt mit technischen Informationen, u.a. über Lernziele, Dauer des Moduls, Zielgruppe(n), dazugehörige Dia-Präsentationen und Literaturvorschläge.

Zielgruppe

Insgesamt besteht das Training aus einem zwei bis drei Tage dauernden Kurs, in dem die Schlüsselaspekte der Guten Praxis (GP) in der Substitutionstherapie behandelt werden. Obwohl die Module einander ergänzen, können sie auch einzeln angewandt werden, um den spezifischen Bedürfnissen eines Trainings oder der

Teilnehmer gerecht zu werden. Dabei kann es unter Umständen sinnvoll sein, separate Trainings für die einzelnen Berufsgruppen innerhalb einer Einrichtung (z.B. separate Kurse für Ärzte, für Sozialarbeiter etc.) statt eines allgemeinen Gruppentrainings für alle Mitarbeiter einer Einrichtung anzubieten. Separate Trainings haben den Vorteil, dass Kenntnisse des Metiers und der Fachsprache vorausgesetzt werden können. Ein spezieller Kurs für Ärzte könnte sich auf die medizinischen Aspekte des eigentlichen Verschreibens, die technischen Aspekte der Indikation und der Begleitkrankheiten etc. konzentrieren. Ein Kurs für Sozialarbeiter könnte sich weniger auf die medizinischen Aspekte und mehr auf den eigentlichen Behandlungsverlauf, die Fallbearbeitung und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Instanzen der Drogenhilfe etc. richten.

Gruppentraining hingegen kann die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen fördern, wobei die Aufgaben und Verantwortlichkeiten jeden einzelnen Mitarbeiters berücksichtigt werden. Diese Form des Trainings bietet unter Umständen mehr Diskussionsmomente und Möglichkeiten zum Üben fachlicher Kompetenzen.

Leiter des Trainings

Das vorliegende Training Manual bietet Einblicke in die Schlüsselaspekte der Substitutionsbehandlung, ohne diese aber vollständig zu behandeln. Der Trainer muss deshalb ein erfahrener Lehrer sein, der zudem über aktuelle Kenntnisse der verschiedenen Aspekte der Substitutionsbehandlung verfügt. Für bestimmte Programmteile kann man eventuell externe Experten hinzuziehen.

Einige organisatorische Aspekte des Trainings mit praktischen Vorschlägen werden in der 'Checkliste für das Organisieren eines Trainings' auf der CD-ROM beschrieben. Der Trainer ist verantwortlich dafür, dass die Gestaltung und Planung des Programms an die Zielgruppe und die verfügbare Zeit angepasst wird.

Der europäische Kontext

Die gebotenen Informationen beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und der gängigen Praxis. Angesichts der unterschiedlichen historischen, kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen und der unterschiedlichen Organisationsstruktur der Gesundheitssysteme in Europa, haben wir uns bemüht, diese Informationen so allgemein wie möglich zu halten. Dabei muss man nicht nur die Unterschiede in der aktuellen Verfügbarkeit, dem Entwicklungsstand und der Lage der Substitutionsbehandlung innerhalb Europas, sondern auch die Unterschiede zwischen Westeuropa und Mittel- und Osteuropa und selbst regionale Unterschiede innerhalb eines Landes berücksichtigen.

Auch wenn wir mitunter Empfehlungen machen, liegt es nicht in unserer Absicht, bestimmte Behandlungs- oder Verfahrensweisen zu propagieren, sondern lediglich Leitlinien und Vorschläge für Gute Klinische Praxis (GCP) in der Substitutionsbehandlung anzubieten. Letztlich muss jedes Land seinen eigenen Konsens finden. Dieses Training Manual kann bei diesem Prozess als Werkzeug dienen.

Das Training Manual wurde von der Europäischen Kommission finanziert. Zusätzliche finanzielle Unterstützung wurde von Molteni Farmaceutici, Quest for Quality, der International Harm Reduction Association und Itaca Europe gewährt. Die Autoren arbeiteten mit einer internationalen Gruppe von Experten aus verschiedenen Fachbereichen zusammen. Wir danken Andrew Bennett, Hans-Günter Meyer-Thompson, Bill Nelles, Dick Osseman und Edo Polidori für deren Mitwirkung an der Entwicklung dieses Training Manuals.

EuroMethwork wünscht Ihnen viel Erfolg bei dem Organisieren Ihres Trainings und hofft, dass sich dieses Modul dabei als hilfreich erweist!

MODUL 1 - ALLGEMEINE EINFÜHRUNG IN DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

LERNZIEL

Verständnis des Wesens und Umfangs von Substitutionsbehandlung:

- Grundbegriffe der Behandlung
- Unterschied zwischen Agonisten und Antagonisten
- Unterschiedliche Behandlungsformen
- Hauptziele der Substitutionsbehandlung

DAUER

2 Stunden

ZIELGRUPPE

Alle Berufsgruppen

DIA-PRÄSENTATION

Modul 1

EMPFOHLENE LITERATUR

- A Preston (1996). The Methadone Briefing
- M Farrell, S Howes, A D Verster, M Davoli (1999). Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe. EMCDDA project no. CT.98 DR.10
- A D Verster & E Buning (2000). EuroMethwork Methadone Guidelines
- V P Dole and M E Nyswander (1965). A Medical Treatment for Diacetyl-Morphine (Heroin) Addiction. JAMA 193: 646.

.....

A. Allgemeine Informationen

Die Opiatabhängigkeit und ihre Epidemiologie

Opiatabhängigkeit ist ein Problem, mit dem fast alle Länder konfrontiert werden. Im europäischen Raum trat die Drogenepidemie zuerst in den sechziger Jahren in Nordwest-Europa auf und griff in den achtziger Jahren auf den Süden Europas über. Heute verzeichnen die meisten mittel- und osteuropäischen Länder einen Zuwachs der Population mit einer Opiatabhängigkeit.

Opiatabhängigkeit (zumeist von Heroin) ist ein komplexes Krankheitsbild mit einer metabolischen und psychischen Komponente, das mit schwerer Morbidität und einem hohen Mortalitätsrisiko verbunden ist.

Einigen Theorien zufolge handelt es sich bei Opiatabhängigkeit um eine Krankheit, die eine Änderung der neurochemischen Prozesse und der Rezeptoren im menschlichen Gehirn bewirkt, was dazu führt, dass die Opiateinnahme ein biologisches Bedürfnis wird, vergleichbar mit der Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme und Atmung. Obwohl diese Theorie von manchen Forschern bestritten wird, wird heute doch allgemein anerkannt, dass es sich bei Opiatabhängigkeit um ein chronisch wiederkehrendes Krankheitsbild handelt, das aufgrund des zwanghaften Konsums und des Verlangens (Craving) nach Drogen schwer kontrollierbar ist und selbst bei negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen zu anhaltendem Gebrauch führt. Andererseits entwickelt sich Abhängigkeit nicht in allen Fällen zu einer chronischen Krankheit und werden manche, den Kriterien zufolge abhängige Patienten auch ohne Behandlung wieder völlig gesund. Nichtsdestotrotz kommt es bei vielen Suchtpatienten nach erfolgreicher Behandlung mehrfach zu Rückfällen, sodass die Vermutung gerechtfertigt ist, dass diese Menschen jahrelang oder sogar lebenslang rückfallgefährdet bleiben (UNODC, 2003).

MODUL 1 - ALLGEMEINE EINFÜHRUNG IN DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge besteht die beste Form der Behandlung von Opiatabhängigkeit aus einer Kombination von dauerhafter ambulanter Therapie, medikamentöser Behandlung und Monitoring, um Behandlungsabbrüche zu vermeiden und so alle Vorteile der Behandlung zu maximieren und dauerhaft zu erhalten (UNODC, 2003). Substitution hat sich als die effektivste Behandlungsform für den größten Teil von Menschen mit einer Opiatabhängigkeit erwiesen.

Was ist Substitutionsbehandlung?

Die Substitutionstherapie ist eine Form der medizinischen Behandlung von opioidabhängigen Patienten (Heroin oder andere Opiate), bei der Opioidagonisten mit einer heroin- oder morphinähnlichen oder identischen Wirkung auf das Gehirn eingesetzt werden. Dadurch werden die Entzugsserscheinungen unterdrückt und das Verlangen nach illegalen Opiaten 'blockiert'. Beispiele für Opioidagonisten sind Methadon, LAAM, Buprenorphin (ein partieller Agonist-Antagonist) und das in manchen Ländern eingesetzte Diamorphin.

Es werden aber auch Antagonisten, d.h. Substanzen, die die Effekte von Opiaten aufheben, zur Behandlung von Opiatabhängigkeit eingesetzt. Sie besetzen dieselben Rezeptoren/Verbindungsstellen im Gehirn wie Opiate und blockieren somit dessen Wirkung. Das Verlangen nach Drogen (Craving) wird jedoch nicht unterbunden. Nimmt jemand einen Opiatantagonisten ein und konsumiert darauf Opiate/Opioide, werden deren Effekte blockiert, weil sie nicht auf das ZNS wirken können. Nimmt man hingegen einen Antagonisten unter der Wirkung von Opiaten/Opioiden ein, gerät diese Person umgehend in einen Entzug (deshalb sind Antagonisten kontraindiziert bei Patienten, die noch nicht vollständig von Opiaten/Opioiden entzogen haben). Naltrexon ist der gebräuchlichste Opiat/Opioid-Antagonist bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit. Naloxon wird nur eingesetzt in der Notfallbehandlung von Opiatüberdosierungen. Es verdrängt in kürzester Zeit die Opiate an den Rezeptoren und sorgt für eine Behebung der zentralen Atemlähmung. Buprenorphin ist ein partieller Agonist-Antagonist und wird zunehmend bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit eingesetzt.

TABELLE 1: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN AGONISTEN UND ANTAGONISTEN

Agonist	Antagonist
Zur Substitutionsbehandlung	Zur Blockierung oder Aufhebung des Effektes
Wirkt ähnlich wie Opiate	Blockiert den Effekt von Opiaten
Stimuliert die Aufnahme von Opiaten	Blockiert die Aufnahme von Opiaten
Unterdrückt oder stillt das Verlangen nach Opiaten	Erzeugt keine Euphorie (Rush)
Erzeugt keine euphorisierende Wirkung (außer Morphin und Heroin)	Führt nicht zu physischer Abhängigkeit
Kann physische Abhängigkeit erzeugen oder aufrechterhalten	Naltrexon, Naloxon, bei Notfällen (Überdosis)
Methadon, LAAM, Morphin, Heroin	

Der Wert der Substitutionsbehandlung besteht darin, dass sie dem abhängigen Drogenkonsumenten die Möglichkeit bietet, Risikoverhalten zu reduzieren und sein Leben in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht zu stabilisieren, bevor die körperliche Abhängigkeit behandelt wird. Die Substitutionsbehandlung ist generell für abhängige Drogenkonsumenten gedacht, denen es schwer fällt, ganz auf Drogen zu verzichten oder von ihnen zu entziehen. Ersatzmedikamente sollten eine Wirkungszeit (oder Halbwertszeit) haben, die länger als die des Suchtmittels ist, um das Einsetzen von Entzugsserscheinungen zu verzögern und die Frequenz der Verabreichung zu reduzieren. Dadurch kann sich der Abhängige auf normale Aktivitäten des Lebens konzen-

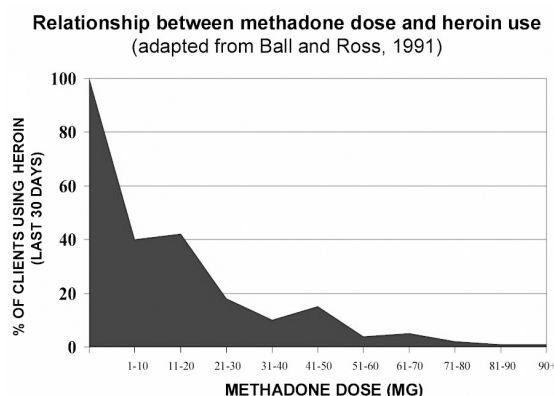
MODUL 1 - ALLGEMEINE EINFÜHRUNG IN DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

trieren, ohne sich auf Drogensuche begeben zu müssen und illegale Drogen zu gebrauchen. Ferner trägt der Ersatz einer illegalen Droge durch ein vom Arzt verordnetes Medikament dazu bei, Beschaffungskriminalität zu reduzieren und Änderungen des Lebensstils zu stimulieren.

Methadon ist nach wie vor das weltweit am häufigsten eingesetzte Medikament in der Substitutionsbehandlung. Methadon ist ein synthetischer Opiatagonist, der bei Menschen ähnlich wirkt wie Morphin, aber eine längere Wirkungsdauer hat. Der Großteil der opiatgestützten Substitution in der Europäischen Union wird mit Methadon durchgeführt. In manchen Ländern werden zudem mit Erfolg andere Ersatzmittel wie LAAM, Morphin und Diamorphin (Heroin) sowie der Agonist-Antagonist-Mischtyp Buprenorphin eingesetzt. Ausführliche Informationen zur Pharmakologie der verschiedenen Ersatzmedikamente sind in Modul 3 enthalten.

In den 60-er Jahren zeigten Dole und Nyswander in den Vereinigten Staaten auf, dass es sich bei Opiatabhängigkeit um 'eine physiologische Krankheit handelt, die sich durch eine chronische metabolische Insuffizienz auszeichnet' und sich am besten dadurch behandeln lässt, dass der opiatabhängigen Person 'eine ausreichend hohe Dosis eines Medikamentes zur Stabilisierung dieser metabolischen Insuffizienz' verabreicht wird. Dole und Nyswander behaupteten ferner, dass hohe Tagesdosierungen oder Dosierungen mit 'blockierendem Effekt' von oral konsumiertem Methadon das Verlangen nach Heroin beseitigen und seine euphorischen Effekte blockieren. Das wiederum würde dem Abhängigen die Möglichkeit bieten, durch Inanspruchnahme der psychotherapeutischen und auf Rehabilitation ausgerichteten Einrichtungen, die einen integralen Bestandteil der Programme bilden, sein soziales Funktionieren zu verbessern (Dole und Nyswander, 1965; Ward *et al.*, 1998).

DIAGRAMM 1: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN METHADONDOSIS UND HEROINKONSUM (BALL UND ROSS, 1991)



Opiatentzug tritt ein, wenn opiatabhängige Menschen den Konsum des Opiates abbrechen. Aufgrund der biologischen und psychischen Abhängigkeit fühlt sich der Betroffene krank, wenn er keine Opiate konsumiert. Entzugserscheinungen äußern sich u.a. durch geweitete Pupillen, Schwitzen, Hitze- und Kältegefühl, 'Heroinhunger', Gänsehaut (Piloerektion), Muskelschmerzen, Durchfall und Erbrechen, Depression, Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit etc.

Die Substitutionsbehandlung in Europa blickt auf eine lange und von Land zu Land verschiedene Entwicklung zurück, wobei veränderte medizinische Auffassungen und Änderungen in der Gesetzeslage dazu geführt haben, dass sich eine unterschiedliche Verschreibungspraxis entwickelt hat. Die Zahl der methadon-gestützten Patienten wird auf ungefähr 300.000 in Europa, 200.000 in den Vereinigten Staaten und 20.000 in Australien geschätzt. Obwohl in vielen Ländern unterschiedliche Formen der Substitution praktiziert werden, findet der Großteil der Methadonbehandlung noch immer in Europa, Nordamerika und Australien statt. Allgemeine Schätzungen lassen darauf schließen, dass weltweit über eine halbe Million Menschen mit diesem Medikament substituiert werden (Farrell *et al.*, 1999; Parrino, 1999).

Die Hauptziele der Substitutionsbehandlung

Obwohl das endgültige Ziel der Behandlung im Erreichen der Abstinenz bestehen kann, sind die Hauptziele der Substitutionsbehandlung in den Konzepten der öffentlichen Gesundheit und Schadensbegrenzung begründet (Harm Reduction). Diese Ziele lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Dem Patienten helfen, gesund zu bleiben, bis er sich mithilfe adäquater Versorgung und Unterstützung ein Leben ohne illegale Drogen aufbauen kann.
- Den Konsum illegaler Drogen oder nicht ärztlich verschriebener Medikamente zu reduzieren.
- Die mit Drogenmissbrauch verbundenen Probleme zu behandeln.
- Die mit Drogenmissbrauch verbundenen Risiken zu reduzieren, insbesondere die Gefahr der Überdosismortalität und die Infektionsgefahr mit HIV, Hepatitis B & C und anderen, durch Blutkontakt bei intravenösem Konsum und Needle-Sharing übertragbaren Krankheiten.
- Die Phasen des Drogenmissbrauchs zu verkürzen.
- Die Risiken eines Rückfalls zu reduzieren.
- Die Notwendigkeit von strafbaren Handlungen zur Drogenbeschaffung (Beschaffungskriminalität) zu reduzieren.
- Den Patienten gegebenenfalls durch Verabreichung eines Ersatzmedikamentes zu stabilisieren, um Entzugserscheinungen zu vermindern.
- Insgesamt die persönliche, soziale und familiäre Funktionsfähigkeit zu verbessern

Behandlungsformen

Neben den verschiedenen zur Auswahl stehenden Ersatzmedikamenten können Behandlungen sich auch im Hinblick auf Dauer, Dosierung und Behandlungsplan unterscheiden. Obwohl viele Studien belegen, dass die Substitutionstherapie bei höheren Dosierungen auf Erhaltungsbasis wirksamer ist, liegt der Schwerpunkt bei vielen Programmen dennoch auf Kurzzeit-Entgiftung mit reduzierten Dosierungen.

In 1990 empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine in vier Kategorien unterteilte Standardterminologie für die Behandlung mit Methadon:

- Kurzzeit-Entgiftung: Reduzierung der Dosis innerhalb eines Monats oder weniger
- Langzeit-Entgiftung: Reduzierung der Dosis in einem Zeitraum von mehr als einem Monat
- Kurzzeit-Erhaltung: stabile Dosis für einen Zeitraum von sechs Monaten oder weniger
- Langzeit-Erhaltung: stabile Dosis über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten

(Siehe Preston, 1996, Seiten 94-97 für eine detaillierte Beschreibung der Indikation und Kontraindikation für diese vier Kategorien der Methadonbehandlung).

MODUL 1 - ALLGEMEINE EINFÜHRUNG IN DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Historisch gesehen war die Methadonerhaltungstherapie (MMT) die erste – und in den Vereinigten Staaten, Australien und Europa nach wie vor am häufigsten angewandte – Form der Opiatsubstitution (oder Ersatztherapie). Später wurde Methadon jedoch auch zunehmend als Teil der *Entgiftungs- oder Entwöhnungstherapie* (warmer Entzug) eingesetzt.

Die Entgiftungstherapie bietet opiatabhängigen Menschen einen kontrollierten Entzug mit Methadon (oft auch mit anderen Medikamenten kombiniert), um die Heftigkeit der Entzugserscheinungen zu minimieren. Nachdem die Entzugserscheinungen ihren Höhenpunkt erreicht haben, wird die Dosis des Ersatzmedikamentes (d.h. Methadon) langsam abgebaut.

Welche Behandlungsform sich für einen Patienten anbietet, hängt von der Verfügbarkeit, der Vorgeschichte des Patienten, seiner derzeitigen Verfassung, dem sozialen Netzwerk und seinen Wünschen ab. Die Entscheidung sollte gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden und auf dem Urteil des Arztes hinsichtlich der erforderlichen Struktur, Überwachung und Unterstützung beruhen.

Behandlungsrahmen

In manchen Ländern wird die Substitutionsbehandlung von der spezialisierten Drogenhilfe durchgeführt, in anderen ist sie Teil der primären Gesundheitsfürsorge und wird von Hausärzten angeboten. Manche Länder setzen Mischformen beider Modelle ein.

Die Programmtypen variieren von Land zu Land von niederschweligen bis hochschweligen Angeboten. Der Unterschied zwischen beiden lässt sich grob wie folgt zusammenfassen:

Niederschwellige Angebote:

- Sind leicht zugänglich
- Sind auf Schadensbegrenzung ausgerichtet
- Streben primär eine Linderung der Entzugserscheinungen und des 'Heroinhungers' und eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten an
- Bieten eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten

Hochschwellige Angebote:

- Sind schwerer zugänglich / können bestimmte Aufnahmekriterien anlegen
- Sind abstinenzorientiert (dies kann auch die Abstinenz von Methadon beinhalten)
- Bieten keine flexiblen Behandlungsmöglichkeiten
- Schreiben regelmäßige (Urin)-Kontrollen vor
- Legen strenge/unflexible 'Hausregeln' an (Entlassung bei Konsum illegaler Drogen)
- Verpflichten zur Teilnahme an Beratung und Psychotherapie

Aufgrund der geringeren Abbruchraten sind niederschwellige Angebote im Allgemeinen erfolgreicher bei der Schadensbegrenzung für den Abhängigen selbst sowie für die Gesellschaft. Geringere Abbruchraten führen zudem zu besseren Behandlungsergebnissen und somit zur Erfüllung der Zielsetzungen der Substitutionstherapie.

B. Diskussion

1. Was sind die Hauptziele und Eigenschaften Ihres Behandlungsprogramms?
2. Was sind die Hauptziele der Substitutionsbehandlung?
3. Fassen Sie die Eigenschaften von Agonisten und Antagonisten zusammen.
4. Was sind die Stärken und Schwächen von nieder- und hochschwelligen Ansätzen?

MODUL 2 - WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ

LERNZIEL

Verständnis der Effektivität der Substitutionsbehandlung, einschließlich:

- der verschiedenen Medikamente
- des Unterschieds zwischen akuter Behandlung und Dauerbehandlung
- der Bedeutung umfassender Behandlungsangebote

DAUER

2 Stunden

ZIELGRUPPE

Alle Berufsgruppen

DIA-PRÄSENTATION

Modul 2

EMPFOHLENE LITERATUR

- A Preston (1996). The Methadone Briefing
- Cochrane Library, systematic reviews on treatment effectiveness
- J Ward, R Mattick, W Hall (1998). Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Niederlande
- A Verster & E Buning (2000). EuroMethwork Methadone Guidelines
- B Stimmel & M J Kreek (2000). Neurobiology of Addictive Behaviours and its Relationship to Methadone Maintenance. In: the Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 67 Nos 5&6
- H Joseph, S Stancliff, J Langrod (2000). Methadone Maintenance Treatment (MMT): A review of Historical and Clinical Issues. In: the Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 67 Nos 5&6

.....

A. Allgemeine Informationen

Da Methadon das am häufigsten angewandte Substitutionsmittel ist, wurde diese Behandlungsform auch am intensivsten wissenschaftlich untersucht. Nach Angaben der American Association for the Treatment of Opioid Dependence ist Methadon sogar die am gründlichsten untersuchte Substanz und Behandlungsform, bezogen auf jede Krankheit weltweit (AATOD, 2002). Eine Fülle von wissenschaftlichen Beweisen belegt, dass die methadongestützte Erhaltungstherapie eine effektive Form der Behandlung von Heroinabhängigkeit ist. Zudem gibt es zunehmend Beweise für die Wirksamkeit anderer Medikamente, insbesondere von Buprenorphin, Diamorphin und anderen Mitteln. In Modul 3 werden verschiedene Medikamente ausführlicher beschrieben. In dem vorliegenden Modul konzentrieren wir uns auf den Nachweis der generellen Wirksamkeit von Substitutionsbehandlungen, die größtenteils auf Methadon basieren.

Die Methadonerhaltungstherapie (MMT) führt nachweislich zu wesentlichem Rückgang in folgenden Bereichen:

- Konsum illegaler Opiate
- Überdosis-Mortalität
- Frequenz des intravenösen Konsums
- Needle-Sharing
- HIV/HCV-Übertragung
- Straffälligkeit

Bei methadongestützten Patienten wurde eine erhebliche Reduzierung des Todesrisikos (einschließlich durch Heroinmissbrauch) nachgewiesen, und zwar im Vergleich zu Opiatabhängigen, die sich nicht in Methadonbehandlung befinden. MMT führt nachweislich zu wesentlichen Verbesserungen:

- der Lebensqualität
- der Gesundheit
- der Erwerbsfähigkeit
- der sozialen Funktionsfähigkeit
- der physischen Funktionsfähigkeit

Die orale Methadonsubstitution hat sich **für den individuellen Patienten und die öffentliche Gesundheit als wirksam und zudem als kosteneffektiv erwiesen.**

Einige positive Auswirkungen der Methadonsubstitution sind nicht dem Medikament selbst zuzuschreiben. Aufgrund der hohen Anziehungskraft, die Methadonprogramme auf abhängige Menschen ausüben, bleiben diese in Kontakt mit Drogenhilfseinrichtungen und anderen Stellen, die Hilfen anbieten wie Spritzentausch, Beratung, soziale Dienste etc. (Dole & Nyswander, 1965; Ball & Ross, 1991; Farrell *et al.*, 1994; Ward *et al.*, 1998; UK Guidelines, 1999; Humeniuk *et al.*, 1999).

Trotz der wissenschaftlich nachgewiesenen Effektivität ist die Methadonsubstitution in Fachkreisen und in der Politik nach wie vor umstritten. Farrell *et al.* (1994) führte eine Übersicht der wissenschaftlichen Evidenz der MMT durch. Einige seiner wesentlichen Schlussfolgerungen lauteten:

- Mögliche Vorteile der oralen Methadonbehandlung reichen von einer Reduzierung des Konsums illegaler Opiate und der mit der intravenösen Einnahme verbundenen Risiken bis hin zu einer Reduzierung der Beschaffungskriminalität und zu anderen positiven sozialen Veränderungen.
- Welches der aktivste 'Wirkstoff' der Substitutionsbehandlung ist, steht zur Debatte: Werden Veränderungen überwiegend durch die kontrollierte Verabreichung eines starken Opioids initiiert oder durch die damit verbundene therapeutische Betreuung und die Programmstrukturen?
- Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass die Effektivität verschiedener Behandlungen erheblich variieren kann.
- Ausschlaggebende Faktoren für das Resultat einer Behandlung sind u.a. die Höhe der verordneten Methadondosis, das Behandlungsziel (Erhaltung oder Abstinenz) und die Verfügbarkeit unterstützender Angebote.
- Operationelle Aspekte sind u.a. das Überwachen des Zusatzkonsums von nicht ärztlich verschriebenen Medikamenten oder illegalen psychoaktiven Drogen, Abfließen des Methadons auf den Schwarzmarkt und die Entscheidung für oral oder intravenös verabreichtes Methadon.

Bei den meisten Forschungen lag der Schwerpunkt auf der Wirksamkeit von Methadon als Substitutionsmittel und in einem geringeren Maß auf der methadongestützten Entgiftungstherapie. Es gibt jedoch verschiedene Studien, die belegen, dass die methadongestützte Entgiftungstherapie in den letzten Jahren zunehmend bessere Resultate verzeichnet, sowohl was die Reduzierung von Entzugssymptomen als auch den erfolgreichen Abschluss der Entgiftung betrifft (Mattick, 1996).

Über zwei Jahrzehnte durchgeführte randomisiert-kontrollierte Studien der Methadonsubstitution haben – auch in unterschiedlichen kulturellen Zusammenhängen – stets positive Ergebnisse aufgezeigt (USA,

Hongkong, Schweden, Thailand). Ferner weisen zahlreiche Beobachtungsstudien in verschiedenen Settings nach, dass die Methadonsubstitution bedeutende positive Veränderungen bewirken kann (WHO, 1998).

Kosteneffektivität

Nach Schätzungen des Center for Substance Abuse Treatment und des National Institute for Drug Addiction verteilen sich die jährlichen Kosten für die Versorgung von Opiatabhängigen in New York im Jahre 1991 wie folgt:

- Ohne Behandlung auf der Straße	\$ 43.000 - € 40.000
- Im Strafvollzug	\$ 43.000 - € 40.000
- In stationärer drogenfreier Behandlung	\$ 11.000 - € 10.000
- In Methadonsubstitution	\$ 2.400 - € 2.250

Quelle: *International Forum*, 1994.

Einer Schätzung der britischen NTORS-Studie (National Treatment Outcome Research Study) zufolge steht jedem Pfund (€ 1,5), das in Behandlung investiert wird, eine Kostenersparnis von über £ 3 (€ 4,5) gegenüber. Das bezieht sich auf Beträge, die andernfalls zu Lasten der Gesellschaft (Opfer und Geschädigte von Beschaffungskriminalität), und der Justizbehörde/Polizei gegangen wären. Die vermehrten Ausgaben von £ 1,6 Millionen (€ 2,4 Millionen) für Behandlungsinterventionen führten zu einer unmittelbaren Ersparnis von £ 4,2 Millionen (€ 6,3 Millionen) bei den Folgekosten von Kriminalität (Opfer und Geschädigte) sowie Einsparungen im Bereich von Justiz und Polizei von ungefähr £ 1 Million (€ 1,5 Millionen). Die tatsächlichen Einsparungen für die Gesellschaft können sogar noch größer sein (Gossop *et al.*, 1998).

Forschungen bestätigen die Vermutung, dass Methadonsubstitution wirksamer als gar keine Behandlung oder die Behandlung mit Placebos ist, wenn es darum geht:

- Patienten in Behandlung zu halten
- den Konsum von Heroin und anderen illegalen Drogen zu reduzieren
- HIV-Infektion zu verhindern
- die gesundheitliche Lebensqualität zu erhöhen
- Straffälligkeit und Inhaftierungen zu reduzieren

Entwöhnung oder Entgiftung allein führt selten zu langfristigen Veränderungen. Erhöhen lässt sich der Nutzen der Methadonbehandlung durch Reduzierung der Behandlungsabbrüche, Verschreiben von höheren statt niedrigerer Dosierungen, erhaltungs- statt abstinentenorientierter Ansätze, Bereitstellung therapeutischer Angebote, Diagnose und Behandlung von psychiatrischer Co-Morbidität sowie durch soziale Angebote. Um den zusätzlichen Konsum anderer Drogen zu reduzieren, haben sich auch schriftliche Vereinbarungen mit Patienten sowie Einzelgespräche als sinnvoll erwiesen (Preston, 1996; Farrell, 1994; Mattick, 1996; Ward, 1998).

Chronische oder akute Versorgung

Angesichts des Langzeitcharakters der meisten opiatgestützten Substitutionstherapien kann man sie mit anderen Behandlungen vergleichen, die sich für die Behandlung von schweren chronischen Krankheitsbildern wie Hypertonie und Diabetes als effektiv erwiesen haben. Genau wie Opiatabhängigkeit erfordern auch diese chronischen Krankheiten eine tägliche Behandlung und sind im Falle eines Behandlungsabbruchs mit hohen Risiken verbunden.

Es ist allgemein anerkannt, dass Drogenabhängigkeit – selbst nach langen Phasen der Abstinenz – ein chronisches Syndrom mit schwerer Rückfallgefahr ist und dass eine wirksame Behandlung von anhaltender Dauer sein muss. Dennoch besteht die Suchtbehandlung allzu oft aus immer wiederkehrenden Episoden mit akuter Behandlung statt aus einer kontinuierlichen Behandlungsstrategie. McLellan und Kollegen verglichen die Effektivität der Suchtbehandlung mit der Behandlung anderer chronischer Krankheiten, wie Hypertonie, Asthma und Diabetes. Eine Behandlung von Hypertonie gilt als erfolgreich, wenn der Patient *während* der Behandlung eine verbesserte Funktionsfähigkeit aufwies, wohingegen die Suchtbehandlung als unwirksam angesehen wurde, weil die *während* der Behandlungsdauer observierten positiven Ergebnisse nach Behandlungsabschluss nicht anhielten. Dieses Beispiel zeigt, dass Mediziner und Wissenschaftler das Syndrom der Abhängigkeit nicht als normales medizinisches Krankheitsbild ansehen, das einer chronischen Behandlung bedarf.

Niemand würde von einem Psychiater verlangen, einem depressiven Patienten das Antidepressivum vorzuenthalten, oder einem Arzt verbieten, einem Patienten ein Herzmittel oder andere lebenswichtige Medikamente zu verabreichen, die ihn stabilisieren und ihm ein normales Leben ohne die destabilisierenden Effekte seiner Krankheit ermöglichen. Ebenso wenig darf man von Methadonpatienten verlangen, dass sie ein Medikament absetzen, das eine wesentliche Verbesserung ihrer Lebensqualität bewirkt.

Manche werden der Methadonsubstitution auch künftig kritisch gegenüberstehen, da das Medikament als pharmakologischer Agonist eigene suchterzeugende Eigenschaften besitzt. Realität ist aber, dass wir nach jahrelanger umfassender Forschung über kein anderes Medikament verfügen (einschließlich Buprenorphin), das wie Methadon in der Lage ist – ohne suchterzeugende Eigenschaften – die Gehirnfunktionen zu normalisieren.

Umfassende Behandlung

Die 1991 veröffentlichte Studie von Ball & Ross 'The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment' weist in der methadongestützten Population eine erhebliche psychiatrische Co-Morbidität nach. Die Studie ermittelte bei 48% der Probanden eine Lebenszeitprävalenz von schwerer Depression und Angststörungen. Psychiatrische Co-Morbidität kann in der Einrichtung behandelt werden, entweder durch die Methadonbehandlung selbst oder durch Überweisung an psychiatrische Dienste. Mit dem Begriff *Doppeldiagnose* werden Menschen bezeichnet, die sowohl unter Abhängigkeit als auch unter psychiatrischen Störungen leiden. Neben psychiatrischen Problemen können Patienten auch viele andere klinische Krankheiten haben, wie HIV/AIDS, HCV, HBV, TBC etc. Deshalb ist es eigentlich korrekter, von *Mehrfachdiagnose* zu sprechen (Broers, 2002).

Die Kombination von physischen, psychischen und sozialen Aspekten macht Drogenabhängigkeit zu einem komplexen Syndrom. Um sie erfolgreich zu überwinden, ist es meistens erforderlich, sowohl die physischen als auch die psychischen Aspekte in Angriff zu nehmen. Für viele abhängige Drogenkonsumenten kann das große Anpassungen im physischen, psychischen Bereich und im Lebensstil bedeuten – ein Vorgang, der typischerweise viel Zeit erfordert.

Die Substitutionsbehandlung muss deshalb nicht nur die Opiatabhängigkeit selbst, sondern auch die psychiatrischen, medizinischen und sozialen Probleme beinhalten. Eine gründliche Indikationsstellung bei

der Aufnahme und die Inangriffnahme dieser Probleme ist ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung.

Abhängig davon, ob die Substitution von einem Hausarzt oder in einer Spezialeinrichtung durchgeführt wird, kann die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen entweder in der Einrichtung selbst oder unter Einbeziehung externer Experten stattfinden.

Das heißt jedoch nicht, dass jeder Patient psychosoziale Betreuung benötigt. Viele Patienten befinden sich seit vielen Jahren in Behandlung und brauchen keine zusätzliche (therapeutische) Hilfe, wenn sie ihr Medikament abholen. Obwohl dies für die Mitarbeiter einer Einrichtung oft schwer akzeptierbar ist, sollte man sich vor Augen halten, dass Patienten mit anderen chronischen Krankheiten wie Hypertonie oder Diabetes auch nicht jedes Mal Beratung oder Psychotherapie angeboten bekommen, wenn sie ihr Rezept abholen.

Widerstand

Trotz der Fülle der wissenschaftlichen Evidenz in Bezug auf ihre Wirksamkeit gibt es dennoch weit verbreiteten Widerstand gegen die Substitutionstherapie. Kreek *et al.* (1996) beschrieben zwei Hauptgründe für diesen Widerstand. In unserer Gesellschaft herrscht ein Wertesystem, in dem Arbeitsethos, Wettbewerbsdenken und Autonomie zentral stehen. Bei drogenabhängigen Menschen dahingegen scheinen Werte zu dominieren, die denen der Gesellschaft genau entgegengesetzt sind: Streben nach Genuss, Passivität, und Abhängigkeit. Somit sieht die Gesellschaft Drogenabhängigkeit eher als Laster statt als Krankheit oder Problem an, was somit die Ablehnung der Behandlung zur Folge hat.

Diese Wahrnehmung beruht jedoch auf Irrtümern. Der erste Irrtum ist die Annahme, Heroinsüchtige würden stets Genuss durch die Droge verspüren. Tatsache ist jedoch, dass der Konsum von Heroin Genuss eigentlich nur vor dem Eintreten der körperlichen Abhängigkeit bringt. Danach wiegen die mit der Sucht verbundenen Probleme keineswegs gegen den Genuss auf; der Abhängige muss das Heroin aber weiterhin gebrauchen, um Entzugserscheinungen zu vermeiden.

Der zweite Irrtum, der zur Ablehnung der Substitutionsbehandlung beiträgt, besteht in der Annahme, diese Behandlung würde das Vergnügen des Abhängigen verlängern, indem sie lediglich 'eine Droge durch eine andere ersetzt'. Tatsache jedoch ist, dass methadongestützte Patienten sich in einem völlig normalen Bewusstseinszustand befinden, ohne euphorisierende Wirkung oder 'Drogenrausch', aber auch ohne Entzugserscheinungen oder Perioden, in denen sie sich krank fühlen.

Ein weiterer Irrtum ist die Annahme, es würde keine wirkliche Änderung in der Situation des Abhängigen eintreten, da er ja nach wie vor nicht drogenfrei sei. In dieser Auffassung wird das Ziel der Substitutionsbehandlung komplett missverstanden. Ihren Hauptwert beweist die substituionsgestützte Behandlung in der akuten Phase der Opiatabhängigkeit, also dann, wenn es dem Patienten nicht möglich ist, den Konsum von Opiaten einzustellen. Ersatzmedikamente können einem abhängigen Drogenkonsumenten ermöglichen den Konsum von illegalen Opiaten zu beenden oder erheblich einzuschränken. Auch können sie dazu beitragen, den intravenösen Gebrauch von Drogen zu reduzieren oder zu eliminieren.

Die Entwicklung einer adäquaten Behandlung erfordert nicht nur eine bessere Streuung des Wissens über die Effektivität der Substitutionsbehandlung, sondern auch eine Entmystifizierung der in breiten Kreisen der Gesellschaft herrschenden Vorurteile.

Beschränkungen

Es gibt auch einige negative Aspekte bei der Substitutionsbehandlung. Der größte Nachteil besteht darin, dass bei den meisten Patienten eine Langzeitbehandlung erforderlich ist. Dieser Langzeitaspekt belastet die öffentlichen Ausgaben und hat auch negative Folgen für den einzelnen Patienten.

Der Abhängige wird zum Langzeit-Patienten, der nicht nur von dem Medikament selbst, sondern auch vom Verschreiber abhängig wird. Diese Doppelabhängigkeit kann in manchen Fällen zu einer passiven Einstellung führen.

Die Abhängigkeit von dem Medikament und die damit verbundene Stigmatisierung kann Probleme beim Umzug in eine andere Stadt oder bei der Mitnahme des Medikaments in den Urlaub verursachen.

Bei einigen Patienten treten Nebenwirkungen auf. Zu den häufigsten Nebenwirkungen bei Methadon gehören: exzessives Schwitzen, Obstipation, Schlafstörungen, verminderter Sexualtrieb und Konzentrationschwäche. Diese unerwünschten Nebenwirkungen können über längere Zeit anhalten aber haben meistens keine medizinischen Folgen. Insgesamt treten diese Nebenwirkungen bei weniger als 20% der Methadonpatienten auf.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Substitutionsbehandlung zwar mit einigen negativen Aspekten einhergeht, die aber keinesfalls die Vorteile dieser Behandlungsform aufwiegen.

.....

B. Diskussion

- Welche Faktoren können die unterschiedliche Effektivität der Substitutionsbehandlung erklären?

MODUL 3 - DIE VERSCHIEDENEN ERSATZMEDIKAMENTE

LERNZIEL

Erhöhung des pharmakologischen Kenntnisstands über verschiedene Ersatzmedikamente, u.a.:

- Methadon
- Buprenorphin
- LAAM
- Diamorphin
- Levomethadon
- Andere Medikamente

DAUER

3 Stunden

ZIELGRUPPE

Mediziner

DIA-PRÄSENTATION

Modul 3

EMPFOHLENE LITERATUR

- A Preston (1996). The Methadone Briefing.
- R P Mattick, C Breen, J Kimber, M Davoli (2002). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). The Cochrane Library. 4. Aktualisiert am 28. August 2002 auf <http://www.update-software.com>. ISSN 1464-780X.
- H Joseph, S Stancliff, J Langrod (2000). Methadone Maintenance Treatment (MMT): A review of Historical and Clinical Issues. In: the Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 67 Nos 5&6.
- CSAT, Center for Substance Abuse Treatment (2002). Expert Panel Clinical Guidelines on LAAM.
- A. Kastelic, R Scott et al (1998). Buprenorphine Current Perspectives. In: European Addiction Research, 1998; 18: suppl. 2.

.....

A. Allgemeine Informationen

In der Substitutionsbehandlung werden verschiedene Medikamente eingesetzt. Obwohl sich die überwältigende Mehrheit der wissenschaftlichen Evidenz auf die Substitution mit Methadon bezieht, sollte man grundsätzlich aus einem breiten Angebot von Medikamenten wählen können. Dieses Modul behandelt Agonisten sowie Antagonisten oder 'Blocker'. Am Ende dieses Moduls werden die Eigenschaften der verschiedenen Medikamente in Tabelle 2 und 3 zusammengefasst.

Dieses Training Manual enthält mehr Informationen über Methadonbehandlung - einschließlich Induktionsverfahren und Interaktion mit anderen Medikamenten - als über andere Ersatzmedikamente. Wir haben das verfügbare wissenschaftliche Material gesichtet und planen, in einer späteren Publikation auf Buprenorphin, retardiertes Morphin und andere potenzielle Ersatzmedikamente einzugehen.

Methadon

Pharmakologie

Methadon (Methadonhydrochlorid) ist ein synthetischer Opioidagonist, der ähnlich wie Morphin auf

Menschen wirkt. Methadon wird vom Gastrointestinaltrakt gut absorbiert, egal in welcher Form (z.B. Sirup oder Tabletten) es eingenommen wird. Es hat eine gute Bioverfügbarkeit von 80 bis 95%. Die Halbwertszeit von Methadon wird auf 24 bis 36 Stunden geschätzt, kann aber von Person zu Person stark variieren (von 10 bis 80 Stunden). Die Biotransformation von Methadon findet hauptsächlich in der Leber statt. Dort wird das Methadon als Folge der Biotransformation in der Form von Metaboliten abgebaut und dann über Urin und Kot ausgeschieden (Ward *et al.*, 1998; Humeniuk, 2000). Dieses pharmakologische Profil macht Methadon als Ersatzmedikament für Opioide sehr nützlich, da es eine orale Applikation und eine tägliche Einzeldosis ermöglicht. Nach wiederholter Verabreichung wird bei normaler Dosierung in eintägigen Intervallen eine Stabilisierung des Blutspiegels ohne das Auftreten von Entzugserscheinungen erreicht.

Wie schnell die Wirkung von Methadon nachlässt bzw. wie schnell das Mittel abgebaut wird, hängt davon ab, wie schnell Methadon über das Isoenzym CYP3A4 metabolisiert wird. Die metabolisierende Wirkung des CYP-Enzyms wird durch erbliche Faktoren sowie durch bestimmte Umweltschadstoffe und Medikamente beeinflusst. Es ist außerordentlich variabel, was bei manchen Menschen im Extremfall zu Methadontoxizität und im anderen Extremfall zu Opiatentzug führen kann. Bestimmte Medikamente können durch eine Interaktion mit Methadon den Blutspiegel von Methadon beeinflussen. Daher ist bei Patienten, die andere Medikamente – wie z.B. HIV- und Tuberkulosepräparate, Antibiotika, bestimmte Antiepileptika – sowie Alkohol und Barbiturate gebrauchen, besondere Vorsicht geboten (Preston, 1996; Farrell, 1994; Mattick, 1996; Ward, 1998). Demzufolge muss die Höhe der Methadondosis individuell an die Eigenschaften des einzelnen Patienten angepasst werden.

Nebenwirkungen

Bei manchen Patienten treten Nebenwirkungen auf. Die häufigsten Nebenwirkungen sind u.a. exzessives Schwitzen, Verstopfung, und Schlafstörungen, verminderter Sexualtrieb und Konzentrationsschwäche, sowie potentielle Gewichtszunahme. Diese unerwünschten Nebenwirkungen treten meistens zu Beginn der Behandlung auf und nehmen im Lauf der Zeit ab. Bei manchen Patienten können sie länger anhalten, haben aber meistens keine medizinischen Folgen. Insgesamt sind weniger als 20% aller Methadonpatienten von solchen Nebenwirkungen betroffen (Schweizer Methadonbericht, 1996; Preston, 1996).

Methadon ist ein 'sicheres' Medikament. Entgegen der allgemein verbreiteten Vorstellung bewirkt es keine Schädigungen der Knochen, Zähne oder Organe. Der Entzug von Methadon jedoch gilt allgemein als schwer und langwierig.

Wechselwirkungen

Tabellen 4, 5, 6 und 7 enthalten zusätzliche Informationen zu Medikamenten, die in der Regel bei Methadonpatienten kontraindiziert sind (Tabelle 4), bei denen es zu einer Wechselwirkung mit Methadon kommen kann (Tabelle 7) oder die die Wirkung von Methadon entweder hemmen (Tabelle 5) oder verstärken (Tabelle 6).

Erhaltung oder Entgiftung

Historisch gesehen war die Methadonerhaltungstherapie (MMT – Methadone Maintenance Therapy) die erste- und in den Vereinigten Staaten, Australien und Europa nach wie vor am häufigsten angewandte Form der opioidgestützten Substitution (oder Erhaltungstherapie). In den letzten Jahren wird Methadon jedoch auch zunehmend als Teil der Entgiftungstherapie eingesetzt.

Entgiftungsbehandlungen ermöglichen opiatabhängigen Menschen einen kontrollierten Entzug mit Methadon (oft auch in Kombination mit anderen Medikamenten), um den Schweregrad der Entzugserscheinungen zu minimieren. Methadon wird gewöhnlich oral verabreicht, in einigen Ländern aber auch in injizierbarer Form .

R P Mattick *et al.* (2002) von der Cochrane Collaboration führten eine systematische Evaluation von Vergleichsstudien zur Wirksamkeit der Methadonerhaltungstherapie (MMT) und der Behandlung ohne Ersatztherapie durch, d.h. im Hinblick auf Entgiftung, drogenfreie Rehabilitation, Placebos, Wartelisten. Eine Meta-Analyse der Befunde ergab, dass Methadon in statistischer Hinsicht im Hinblick auf Behandlungsabbrüche ungefähr drei Mal wirksamer ist als Behandlungen ohne pharmakologischen Ansatz (3 RCTs, RR=3.05; 95% CI: 1.75-5.35). Zudem reduzierte MMT den Heroinkonsum um beinahe 70% (3 RCTs, RR=0.32; 95% CI: 0.23-0.44). Die Evaluatoren zogen den Schluss, dass MMT eine wirksame Intervention zur Behandlung von Heroinabhängigkeit ist, da Patienten im Vergleich zu Behandlungen ohne opiatgestützte Substitution länger in Behandlung bleiben und ihren Heroinkonsum stärker reduzieren (Cochrane Library August 2002).

Buprenorphin

Buprenorphin wurde als starkes Analgetikum entwickelt. Es ist in seiner Stärke vergleichbar mit Morphin, hat aber eine geringere Toxizität. Buprenorphin ist ein partieller Agonist-Antagonist. Aufgrund seiner teilweise antagonistischen Eigenschaft sind Nebenwirkungen wie Euphorie, Verstopfung, Schwitzen und Gefühlsdämpfung bei Buprenorphin weniger stark ausgeprägt. Klinische Daten zeigen, dass die Gefahr ernster Atemdepressionen infolge von hohen Dosierungen oder Überdosen bei Buprenorphin kleiner ist als bei anderen Opioiden. Quellen aus Frankreich, wo das Medikament erstmals 1996 zugelassen wurde, bringen Buprenorphin dennoch mit Sterbefällen infolge von Atemdepressionen in Verbindung, vor allem wenn zusätzlich Alkohol oder Beruhigungsmittel konsumiert werden. Seit 1996 ist Buprenorphin in 24 Ländern zur Behandlung von Opiatabhängigkeit zugelassen.

Buprenorphin ist ein partieller Opiatagonist mit hoher Affinität zu Opioidrezeptoren:

- Opiatähnliche Effekte und Nebenwirkungen
- Verhindert Entzugserscheinungen
- Reduziert das Verlangen nach Opiaten
- Hemmt die Effekte anderer Opiate
- Überdosierung ist schwieriger zu bewirken als bei anderen Opiaten
- Hat eine lange Wirkungsdauer
- Mildes Entzugsprofil
- Ist ein sublinguales Tablettenpräparat (das sich im Speichel und Wasser auflöst und somit auch injizierbar ist)

Wissenschaftliche Studien haben bisher nicht gezeigt, dass bestimmte Klienten besser auf Buprenorphin als auf Methadon ansprechen.

Die Entscheidung für Methadon oder Buprenorphin ist abhängig von:

- der Behandlungslogistik
- der Reaktion des Patienten auf die Behandlung
- individuellen Schwankungen in der Absorption, Metabolisierung und der Clearance des Medikamentes
- Nebenwirkungen

- der Schwere des Entzugs von dem Medikament
- den Erwartungen des Klienten (und des Mediziners)
- den Umstiegsmöglichkeiten von Methadon auf Buprenorphin

In einer systematischen Literaturstudie und Meta-Analyse evaluierte die Cochrane Collaboration die unterschiedliche Effektivität der Substitution mit Buprenorphin einerseits und mit Placebos oder Methadon andererseits im Hinblick auf Behandlungsabbrüche und Reduzierung des Zusatzkonsums. Was die Abbruchrate angeht, erwiesen sich flexible Buprenorphin-Dosierungen dabei als viel weniger effektiv als Methadon (RR= 0.82; 95% CI: 0.69-0.96). In niedrigen Dosierungen hat Buprenorphin keine Vorteile gegenüber Methadon. Hoch dosiertes Buprenorphin führt nicht zu weniger Behandlungsabbrüchen als niedrig dosiertes Methadon, unter Umständen aber zu mehr Reduzierung des Heroinkonsums. Unterschiede zwischen hoch dosiertem Buprenorphin und hoch dosiertem Methadon bezüglich der Haltequote wurden nicht festgestellt (RR=0.79; 95% CI: 0.62-1.01). Hoch dosiertes Buprenorphin führte zu schlechteren Ergebnissen in Bezug auf die Reduzierung des des Heroinbeikonsums. In statistischer Hinsicht schnitt Buprenorphin in niedriger Dosierung (RR=1.24; 95% CI: 1.06-1.45), hoher Dosierung (RR=1.21; 95% CI: 1.02-1.44) und sehr hoher Dosierung (RR=1.52; 95% CI: 1.23-1.88) im Hinblick auf Behandlungsabbrüche bedeutend besser ab als Behandlungen mit Placebos. Was die Reduzierung des Beikonsums anbelangt, wurden allerdings nur bei hohen und sehr hohen Dosierungen von Buprenorphin erheblich bessere Ergebnisse als bei Placebos gemessen.

Die Forscher schlossen daraus, dass Buprenorphin eine effektive Intervention zur Anwendung in der substitutionsgestützten Behandlung von Heroinabhängigkeit ist, deren Wirksamkeit aber nicht höher ist als bei Methadon in adäquaten Dosierungen (R Mattick *et al.*, Cochrane Library August 2002).

LAAM

Levo-alpha-acetylmethadol (LAAM) ist ein Agonist und ein Methadon-ähnliches, synthetisches opioidhaltiges Analgetikum der Morphingruppe. In den siebziger Jahren wurde es ausführlich als Alternative zu Methadon untersucht. Seine größten Vorteile gegenüber Methadon sind die längere Halbwertszeit von 48 Stunden und die Möglichkeit von längeren Intervallen zwischen den einzelnen Dosen.

Bei Patienten, die von Methadon auf LAAM umsteigen, sollte die LAAM-Dosis 1,2- oder 1,3-Mal höher als die Methadondosis sein (aber 120 mg nicht übersteigen). Für dreimal wöchentlich durchgeführte Behandlungen empfiehlt es sich, die LAAM-Dosis z.B. montags und mittwochs zu verabreichen und diese freitags um 15% – 40% zu erhöhen.

Während LAAM für manche Patienten Vorteile in Bezug auf die Dosierungsfrequenz bietet, wurde es in letzten Jahren mit kardialen Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen und Akkumulationsproblemen in Verbindung gebracht. Bei manchen Patienten kann LAAM das Q-T-Intervall verlängern. Um medizinischen Komplikationen vorzubeugen, müssen Patienten deshalb vor und während der Behandlung mit LAAM mit EKG's überwacht werden (CSAT, 2002). Aufgrund von unlängst aufgetretenen Problemen darf LAAM in Europa nicht mehr verschrieben werden.

Diamorphin

Heroin oder Diacetylmorphin ist ein opioidhaltiges Analgetikum, das in den meisten Ländern im 'Verzeichnis der Drogen ohne medizinischen Nutzen und hohem Missbrauchspotenzial' aufgenommen ist. Es wird heute

in einigen Ländern zur medizinischen Behandlung von Schwerstabhängigen eingesetzt. Die ersten Untersuchungsergebnisse stammen aus Großbritannien, wo Psychiater seit langem Heroin verschreiben dürfen. In den letzten Jahren fanden in verschiedenen Ländern Modellversuche mit Heroin als Form der Substitutionsbehandlung für schwerstabhängige Heroinkonsumenten statt. In der Schweiz und den Niederlanden sind diese Modellprojekte mittlerweile abgeschlossen und die Ergebnisse publiziert. Wichtigster Befund beider Studien war, dass Methadon plus Heroin bei schwerstabhängigen, älteren Heroinkonsumenten wirksamer ist als die Behandlung mit ausschließlich Methadon. Ähnliche Studien finden derzeit in Deutschland und in den spanischen Regionen Andalusien und Katalonien statt.

Einer der Hauptvorteile von Diamorphin gegenüber einigen anderen opiatgestützten Behandlungsvarianten besteht darin, dass diese Behandlungsform Menschen anzieht, die sich sonst nicht in Behandlung begeben können oder wollen. Ein großer Nachteil ist die kurze Halbwertszeit, wodurch es notwendig ist, den Klienten mehrmals täglich Heroin zu verabreichen. Das alles macht die heroingestützte Substitution zu einer kostspieligen und umständlichen Form der Behandlung.

Levomethadon (L-Polamidon®)

Normalerweise ist Methadon ein racemisches Gemisch (50:50) aus der links- und rechtsdrehenden Form von Methadon mit der chemischen Bezeichnung d,l-Methadon (d = dextro, l = levo). Levomethadon enthält nur das linksdrehende Isomer, das sich an die Opiatrezeptoren bindet und der eigentliche Wirkstoff von Methadon ist. Dies bedeutet, dass sich 100 mg d,l-Methadon aus 50 mg d-Methadon (unwirksam) und 50 mg l-Methadon (wirksam) zusammensetzt. Der Unterschied in der Wirkung scheint gering zu sein, aber das Isolieren von l-Methadon vom rechtsdrehenden Enantiomer (d-Methadon) ist ein teures Verfahren. Levomethadon (L-Polamidon) ist fast zehn Mal teurer als d,l-Methadon. Levomethadon (Polamidon) wird nur in Deutschland als Analgetikum verschrieben und dort erst seit Ende der 80er Jahre zur Substitution bei Opiatabhängigkeit eingesetzt. 1994 wurde auch d,l-Methadon zur Substitutionsbehandlung zugelassen. Manche Patienten fühlen sich besser mit Levomethadon. Zur Zeit wird in Hamburg eine randomisierte Doppelblindstudie zum Vergleich von d,l-Methadon und Levomethadon durchgeführt. Die Ergebnisse werden 2004 publiziert.

Andere Medikamente

Andere Medikamente zur Behandlung der Opiatabhängigkeit sind Lofexidin, Naltrexon und Naloxon. Es handelt sich bei diesen Mitteln jedoch nicht um Ersatzmittel sondern um Präparate, die den Entgiftungsprozess unterstützen. Dennoch werden sie im Folgenden kurz beschrieben.

Lofexidin

Lofexidin wird nahezu ausschließlich in Großbritannien und Irland zur Kurzzeit-Entgiftung eingesetzt. Es ist kein Opiat und hemmt die Ausschüttung von Noradrenalin (einer der wichtigsten chemischen Botenstoffe, der auf das zentrale Nervensystem wirkt), dessen Wirkung durch Opiate unterdrückt wird. Lofexidin kann die Entzugserscheinungen zwar nicht völlig unterdrücken, unterbindet aber den Heroinhunger und vermindert die Unruhe (Preston, 1996).

Naltrexon

Naltrexon ist ein reiner Opiatantagonist und kommt somit nicht als Ersatzmittel für einen Agonisten in

Betracht. Vor nicht allzu langer Zeit erlangte es jedoch hohe Bekanntheit als Medikament, das bei 'ultraschnellen' Entgiftungen unter Vollnarkose eingesetzt wurde. Neben der Anwendung als schnell wirkendes Entgiftungsmittel wird Naltrexon seit Jahrzehnten auch längerfristig als 'Blocker' in der Substitutionsbehandlung eingesetzt.

Eine Übersichtsstudie der Cochrane Collaboration über die Wirksamkeit von Naltrexon in der Substitutionsbehandlung ergab jedoch keinen Beweis für dessen Effektivität. Bestimmte Zielgruppen (vor allem äußerst motivierte Patienten) scheinen die Behandlung mit Naltrexon vorzuziehen. Dieser Trend wurde bereits in der Literatur beschrieben (Kirchmayer, 2003).

Naloxon

Naloxon ist ein 'Blocker', der eingesetzt wird, um die Wirkung des Opioids bei Überdosen aufzuheben. Da es eine kürzere Halbwertszeit als Heroin hat, ist es wichtig, den Patienten nach der Verabreichung von Naloxon zu observieren. In manchen Ländern wird Naloxon an aktive Drogenkonsumenten und deren Partner oder Angehörige zur Prävention von Todesfällen durch Überdosis verteilt (Italien).

MODUL 3 - DIE VERSCHIEDENEN ERSATZMEDIKAMENTE

TABELLE 2: MEDIKAMENTE, ANGEWANDT IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Mittel	Frequenz	Empfohlene optimale Dosis	Applikation	Handelsname	Überdosis Risiko	Entzug	Anmerkung
Methadon	Alle 24 Stunden	60 –120mg/ Tag	Oral (Sirup, Tabletten), injizierbar	Metasedin®	+++	+++	Optimale Dosis ist individuell verschieden; kann <50 mg und >120 mg betragen, je nach der individuellen Variabilität.
Buprenorphin	Alle 24 oder 48 oder 72 Stunden	8 –16mg / Tag	Sublingual	Subutex®	+ bei Zusatzkonsum	+	Start 6-8 Std. nach dem letzten Heroinkonsum oder bei Eintreten von Entzug. Beim Wechsel von Methadon auf B. muss Methadon bis auf 30 mg/Tag abgebaut werden und es kann Buprenorphin 24 Std. nach der letzten Methadondosis oder bei Entzugssymptomen verabreicht werden.
Diamorphin	2-3 Mal /24 Std.	400-700mg /Tag	Injizierbar Rauchbar		+++	++++	Nur in klinischen Modellversuchen.
LAAM	Alle 48-72 Std.	70-120mg x3/Woche	Oral	Orlaam®	+++	+++	Nicht erhältlich in der EU.
Levomethadon	Alle 24 Std.	40-60mg /Tag	Oral (Sirup)	L-Polamidon®	+++	+++	Nur in Deutschland erhältlich.
Codein			Oral (Sirup, Tabletten)	DHC® Remedacen®	++	+++	Nur in Deutschland zur Substitution angewandt.

TABELLE 3: ANDERE MEDIKAMENTE

Mittel	Frequenz	Empfohlene optimale Dosis	Applikation	Handelsname	Überdosis Risiko	Entzug	Anmerkung
Lofexidin				Brifolex®	-	-	Nur in Großbritannien und Irland erhältlich.
Naltrexon	Alle 24, oder 48 oder 72 Std.	50 mg/Tag, oder 100 mg/ 2 Tage, oder 150 mg/3 Tage	Oral	Antaxone® Nemexin® Trexan® Celupan® Revia® Nalorex®	-	-	Entgiftung ist erforderlich vor Beginn dieser Behandlung.
Naloxon	Bei Überdosis		Injizierbar	Narcan®	-	-	Nur für Patienten in Italien erhältlich

MODUL 3 - DIE VERSCHIEDENEN ERSATZMEDIKAMENTE

TABELLE 4: MEDIKAMENTE MIT KONTRAINDIKATION (KÖNNEN ENTZUGSSYMPTOME HERBEIFÜHREN)

Generische Bezeichnung	Wirkung/Anwendung	Handelsname/Beispiele
Naltrexon	Opioidantagonist, eingesetzt bei der Behandlung von Alkoholismus und/oder zur Blockierung von Opiaten	ReVia™, Nemexin®
Buprenorphin, Butorphanol, Dezocin, Nalbuphin, Pentazocin	Analgetika mit opioidantagonistischer Wirkung	Buprenex®, Stadol®, Dalganr®, Nubain®, Talwin®, Temgesic®, Fortral®
Tramadol	Synthetisches Analgetikum (nicht als Opioidantagonist betrachtet, aber reduziert den Opiatspiegel)	Ultram®, Tramal®
Nalmafen, Naloxon	Hebt Wirkung von Opioiden auf	Revex™, Narcan®, Narcanti®

TABELLE 5: SUBSTANZEN, DIE DEN METHADONSPiegel SENKEN ODER DIE METHADONWIRKUNG HEMMEN KÖNNEN

Generische Bezeichnung	Wirkung/Anwendung	Handelsname/Beispiele
Butabarbital, Mephobarbital, Phenobarbital, Pentobarbital, Secobarbital	Barbiturate, Sedativa, und/oder Hypnotika	Bitosol Sodium®, Mebaral®, Nembutal®, Phenobarbital®, Seconal®
Carbamazepin	Anticonvulsivum bei Epilepsie und trigeminaler Neuralgie	Atretol®, Tegretol®, Tegretal®
Ethanol	Chronischer Gebrauch	Wein, Bier, Whisky, etc.
Phenytoin	Zur Kontrolle epileptischer Anfälle	Dilantin®, Phenydan®
Rifampicin	Behandlung von pulmonaler Tuberkulose	Rifadin®, Rifamate®, Rifater®, Rimacatane®, Rifa®
Harnansäuernde Mittel, Ascorbinsäure	verhindert Ablagerung von Kalzium, zur Behandlung von durch Urin induzierte Hautreizungen, Vitamin C	K-Phos®, Vitamine C (hohe Dosierungen)

**TABELLE 6:
SUBSTANZEN, DIE DEN METHADONSPiegel ERHÖHEN ODER DIE METHADONWIRKUNG VERSTÄRKEN KÖNNEN**

Generische Bezeichnung	Wirkung/Anwendung	Handelsname/Beispiele
Amitriptylin	zur Behandlung von Depression und Angststörung	Elavin, Endep, Etrafon, Limbitrol, Triavil
Cimetidin	den H ₂ -Rezeptor blockierendes Antihistaminikum zur Behandlung von Geschwüren im Magen und Dünndarm, und Refluxösophagitis	Tagamet®
Diazepam	Behandlung von Angststörung und Stress	Dizac™, Valium, Vairelease®
Ethanol	Bei akutem Gebrauch	Wein, Bier, Whisky, etc.
Fluvoxamin	Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zur Behandlung von Depression und Zwangsstörungen	Luvox™
Ketoconazol	Gegen Pilzkrankungen	Nizoral Tabletten®
Harn alkalisierende Mittel	zur Behandlung von Nierensteinen, Gichttherapie	Bicitral®, Polycitra®

MODUL 3 - DIE VERSCHIEDENEN ERSATZMEDIKAMENTE

TABELLE 7: MITTEL, DEREN PHARMAKOKINETIK DURCH METHADON VERÄNDERT WERDEN KANN

Generische Bezeichnung	Wirkung/Anwendung	Handelsname/Beispiele
Desipramin	Trizyklisches Antidepressivum	Narpramin®
Zidovudin	erstes Medikament zur Behandlung von HIV	Retrovir®, AZT-Kombinationen

Quelle: Neuauflage der Ausgabe vom Frühjahr 1997, *Addiction Treatment Forum*. ©1998 Lanmark Group, Inc.

.....

B. Diskussion

- Was sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Arzneytypen (Agonisten, Antagonisten und partielle Agonist-Antagonist-Mischtypen) in der Substitutionsbehandlung?
- Was ist der Vorteil eines Ersatzmedikamentes mit langer Halbwertszeit?
- Was sind gute Gründe, um ein Medikament dem anderen vorzuziehen?
- Stellen Sie fest, welche Medikamente in Ihrer Einrichtung oder Region eingesetzt werden. Finden Sie, dass das Angebot erweitert werden sollte?

.....

Anmerkung für den Trainer

Vor Kursbeginn könnte es wichtig sein, die in der betreffenden Region verfügbaren Behandlungsmodalitäten zu ermitteln und mit den Teilnehmern zu besprechen.

MODUL 4 - KLINISCHE ASPEKTE

LERNZIEL

Erhöhung des Wissensstands über die klinischen Aspekte der Substitutionsbehandlung, u.a.:

- Indikationsstellung
- Behandlungsplan
- Induktion
- Monitoring der Behandlung

DAUER

3 Stunden

ZIELGRUPPE

Alle Berufsgruppen

DIA-PRÄSENTATION

Modul 4

EMPFOHLENE LITERATUR

- A Preston (1996). The Methadone Briefing
- The UK Guidelines (1999).
- S Allsop, A Corry, L Ernst (2002). National Learning Objectives and Assessment Procedures for the Pharmacological Management of Opioid Dependence.
- The Australian Clinical Guidelines (2002).
- R Humeniuk, R Ali, J White, W Hall and M Farrell (2000). Proceedings of the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone. Monograph series no. 39. Adelaide, Australien. ISBN 0642415080.
- J Ward, R Mattick, W Hall (1998). Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Niederlande.
- Eap C B, Buclin T, Baumann P (2002). Interindividual Variability of the Clinical Pharmacokinetics of Methadone. Clinical Pharmacokinetics (2002) 41(14) 1153-1193
- A Verster & E Buning (2000). EuroMethwork Methadone Guidelines.
- S B Leavitt, M Shindermann, S Maxwell, C B Eap, P Paris (2000). When 'enough' is not enough: New perspectives on Optimal Methadone Maintenance Dose. In: the Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 67 Nos 5&6.

.....

A. Allgemeine Informationen

Die Indikationsstellung

Eine genaue Indikationsstellung des Patienten ist für den Behandlungsplan unbedingt erforderlich. Ohne fundierte Indikation, einschließlich der Toxikologie, sollte kein Medikament verabreicht werden. Akute Entzugserscheinungen können jedoch ohne unnötigen Verzug behandelt werden.

Die Ziele der Indikationsstellung bestehen darin:

- Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess;
- Erhebung von akkuraten Informationen, um den optimalen Behandlungsplan zu ermitteln

Aspekte, die bei der Indikationsstellung erarbeitet werden müssen bzw. zur Indikationsstellung gehören,

sind u.a.:

- Behandlung von Notfällen oder akuten Problemen, einschließlich Entzugssymptome
- Nachweis der Opiatabhängigkeit des Patienten (Vorgeschichte, Untersuchung und Urinkontrolle)
- Grad der Abhängigkeit
- frühere Therapieerfahrungen, Behandlungen etc.
- Identifizierung von Intoxikationen, Konsummuster und Risikoverhalten
- Identifizierung von anderen medizinischen, sozialen und psychischen Problemen
- Motivation und Ziele des Patienten
- Notwendigkeit der Verordnung des Ersatzmittels
- Beratung bezüglich Schadensbegrenzung (Zugang zu sterilem Spritzbesteck, Hepatitis- und HIV-Tests, und Schutzimpfung gegen Hepatitis A und B)
- Überweisung zum Zahnarzt und ggf. in gynäkologische Behandlung. Tests auf STDs (sexuell übertragbare Krankheiten) und Tuberkulose

Es ist wichtig, eine gründliche körperliche Untersuchung durchzuführen, um eine gute Diagnose zu erhalten. Der Schwerpunkt muss dabei auf medizinischen Aspekten und Injektionsstellen liegen. Zu beachten ist dabei, dass man Entzugssymptome nicht mit anderen medizinischen Problemen verwechselt.

Behandlungskriterien

Es gibt zwei international anerkannte diagnostische Kriteriensätze zur Diagnostizierung der Drogenabhängigkeit: die von der WHO 1992 veröffentlichte 'zehnte Überarbeitung der Internationalen Klassifikation von Krankheiten' (ICD 10) sowie die vierte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV), herausgegeben von der American Psychiatric Association in 1994. Da sich dieses Training Manual vorwiegend auf Europa richtet, verweisen wir auf das erste Kriterium des ICD 10. Darin wird das Abhängigkeitssyndrom wie folgt definiert: „Eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden' (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1998).

Drogenabhängigkeit gilt als diagnostiziert, wenn im letzten Jahr mindestens drei der folgenden Kriterien zutrafen:

Psychische Auffälligkeiten:

- Starker Wunsch oder Zwang, Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum (Kontrollverlust)

Körperliche Komplikationen:

- Typisches Entzugssyndrom, wenn die Substanz nicht konsumiert wird
- Toleranzbildung und Dosissteigerung zum Erzielen der gleichen Wirkung

Soziale Komplikationen:

- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung von der Drogenwirkung
- Anhaltender Substanzkonsum trotz negativer und schädlicher Folgen

Manche Methadonprogramme legen Aufnahmekriterien an. Im Idealfall wird jeder behandlungsbedürftige opioidabhängige Mensch nach angemessener Indikationsstellung und Behandlungsinduktion in die Methadonbehandlung aufgenommen. Es empfiehlt sich, vor der eventuellen Einführung von Aufnahmekriterien die Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen in Betracht zu ziehen. Andere Faktoren, die man beachten sollte sind: ein Mindestalter, eine bestimmte (Mindest-)Dauer der Abhängigkeit, der physische und psychische Gesundheitszustand und die persönliche Motivation des Patienten. Bestimmte Gruppen - wie schwangere Drogenkonsumentinnen oder Abhängige mit HIV/AIDS oder anderen Krankheiten - sollten Priorität vor der allgemeinen opioidabhängigen Population erhalten. Dies sollte jedoch nicht zu verpflichtenden HIV-Tests der potenziellen Patienten führen.

Behandlungsplan

Der Behandlungsplan hängt von den situationsspezifischen Behandlungszielen sowie von den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten und der Diagnose des Mediziners ab. Eine Zusammenfassung der Behandlungsziele und Behandlungsformen ist in Modul 1 enthalten. Bei der Erstellung eines Behandlungsplans sind u.a. folgende Aspekte in Betracht zu ziehen:

- Zielsetzungen des Patienten
- Aktuelle Situation
- Verfügbare Mittel
- Erwartungen des Patienten an die Behandlung
- Resultate früherer Therapien
- Nachweis der Sicherheit, Effektivität und Wirksamkeit
- Einwilligung des Patienten

Opiatabhängigkeit ist mit einer Reihe von medizinischen, juristischen und psychosozialen Problemen verbunden. Substitutionsbehandlungen eignen sich für Situationen, in denen die individuellen und sozialen Schäden, die dem Abhängigen durch den Opiatkonsum entstehen, durch Aufnahme in die Behandlung wahrscheinlich reduziert werden können. Zusätzliche Probleme sollten von Anfang an in Angriff genommen werden, entweder von der Behandlungseinrichtung selbst oder durch Überweisung an geeignete Stellen.

Für Dosierungen und detailliertere Vorschläge zur Behandlungsform (Kurz- oder Langzeitentgiftung oder Erhaltung) verweisen wir auf das Methadon Briefing und die EuroMethwork Methadone Guidelines (Preston, 1996; Verster, 2000).

Monitoring

Die Faktoren, die zur Erfolgsmessung im Behandlungsverlauf zu beobachten sind, können aus Tabelle 8 übernommen werden.

TABELLE 8: BEWERTUNG DES BEHANDLUNGSERFOLGES

<u>Bereich</u>	<u>Gemessene Variablen</u>
1. Engagement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zeigt kein inakzeptables Verhalten vor/während Terminen 2. Erscheint pünktlich zu Terminen 3. Normales Abholen und Gebrauch des Rezeptes 4. Vereinbart Follow-up-Termine und hält diese ein 5. Erscheint zum Einzelgespräch (Assessment)
2. Drogenkonsum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogenfreiheit 2. Reduzierung der Menge der konsumierten Drogen 3. Abstinenz von illegalen Drogen 4. Reduzierung des Konsums illegaler Drogen 5. Umsteigen von intravenösen auf oralen Konsum 6. Reduzierung der Frequenz des intravenösen Konsums
3. Physische und psychische Gesundheit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbesserung der körperlichen Gesundheit 2. Keine Verschlechterung der körperlichen Gesundheit 3. Verbesserung der psychischen Gesundheit 4. Keine Verschlechterung der psychischen Gesundheit 5. Reduzierung von Needle-Sharing 6. Reduzierung des sexuellen Risikoverhaltens
4. Soziales Funktionieren	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzierung der Beschaffungskriminalität 2. Verbesserung der beruflichen Situation 3. Weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz /Ausbildung/Schule 4. Verbesserung der familiären und persönlichen Beziehungen (einschließlich Kinderversorgung) 5. Verbesserte/stabilisierte Wohnsituation

Quelle: DrugScope

Induktion

Ziel der Induktion ist es, einen sicheren Behandlungsbeginn zu gewährleisten und die Unannehmlichkeiten für den Patienten auf ein Minimum zu reduzieren. Bei der Ermittlung der adäquaten Anfangsdosis sollten folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- Die 'richtige' Dosis ist individuell unterschiedlich und kann im Laufe der Zeit variieren
- Die Reinheit von illegalem Heroin variiert von Ort zu Ort und von Zeit zu Zeit
- Die Eigenschaften der verschiedenen Mittel sind verschieden; Methadon z.B. ist ein lang wirkendes Opiat
- Zu hohe Dosierungen können fatal und zu niedrige Dosierungen ineffektiv sein

Bei Methadon schwankt die Anfangsdosis gewöhnlich zwischen 10 und 30 mg. Bei hoher Opiattoleranz liegt sie gewöhnlich zwischen 25 und 40 mg. Bei niedriger Toleranz oder bei Patienten mit ungewisser Toleranz ist eine Dosis zwischen 10 und 20 mg zu bevorzugen. Wird ein Patient erstmals auf Methadon eingestellt, muss man darauf achten, dass die Dosis hoch genug ist, um Entzugssymptome zu vermeiden. Falls Entzugerscheinungen auftreten, kann die Dosis allmählich erhöht werden.

In der ersten Woche sollte man den Patienten täglich sprechen, um eine Stabilisierungsdosis zu ermitteln. Falls die Dosis in der ersten Woche erhöht werden muss, sollte die Zusatzdosis 5-10 mg pro Tag nicht übersteigen und in der ersten Woche nicht mehr als 20 mg betragen. Im Allgemeinen liegt die optimale Dosis für Patienten in Erhaltungstherapie zwischen 60 und 120 mg. Die Einstellungsphase, bis der Klient stabilisiert ist, kann bis zu sechs Wochen oder länger dauern.

Die meisten Einrichtungen, die Ersatzmedikamente verschreiben, wollen ihre Klienten in der ersten Behandlungsphase täglich sehen, vor allem in der Induktionsphase, wenn die Stabilisierungsdosis ermittelt wird. Manche Ärzte ziehen sogar eine Observation ihrer Patienten in den ersten Tagen oder Wochen vor. Sobald der Patient stabilisiert ist, wird entschieden, ob der Patient täglich erscheinen muss, um das Medikament unter Aufsicht einzunehmen, oder ob es als Take-Home-Dosis oder auf Rezept mit nach Hause gegeben werden kann.

Urinkontrollen

Die Urinkontrollen sind in Fachkreisen umstritten. Obwohl sie ein wichtiger Teil der ersten medizinischen Indikationsstellung sind (zum Nachweis einer vorliegenden Opiatabhängigkeit), werden sie oft zur Kontrolle der Patienten eingesetzt, um zusätzlichen Substanzgebrauch aufzuspüren. Die Effektivität dieser Kontrollen als Faktor, der zum Behandlungserfolg beiträgt, wird von vielen Experten bezweifelt. Man argumentiert, dass diese Information auch durch Befragung des Patienten erlangt werden kann, was viel Zeit und Geld ersparen würde. Natürlich erfordert dies eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patienten, die auf Respekt und gegenseitigem Vertrauen gegründet ist.

Es wird aber auch argumentiert, dass ein positiver Urintest nie ein Grund zum Abbruch der Behandlung sein sollte, da der Zusatzkonsum ja ein Indiz der Symptomatik der behandelten Krankheit 'Drogenabhängigkeit' ist.

Überdosis

Überdosis ist eine der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität unter intravenösen Opiatkonsumenten. Verschiedene Studien zeigen eine hohe Prävalenz von tödlichen sowie nichttödlichen Überdosen unter intravenösen Heroinkonsumenten auf. In Australien wurde nachgewiesen, dass zwei Drittel aller Heroinkonsumenten schon einmal eine Überdosis hatten (Darke, 1996). Loxley und Kollegen stellten fest, dass 53% der befragten Konsumenten von illegalen Drogen schon einmal eine Überdosis hatten, und dass es sich bei 81% dieser Gruppe um eine Heroinüberdosis handelte (Loxley, 1995; Sporer, 2003).

Tödliche Überdosen bei Opiatkonsum erfolgen meist durch Atemdepression (entweder durch den direkten Effekt bestimmter Substanzen wie Opiate oder Opioide oder indirekt durch Blockierung der Atmungsorgane oder behinderte Atemfähigkeit aufgrund von Erbrochenem, Schleim oder Speichel). Dadurch wird die Sauerstoffzufuhr zum Gehirn unterbrochen, was letztlich Herzstillstand zur Folge hat.

Die Wahrscheinlichkeit einer Überdosis ist höher, wenn zwei oder mehrere Substanzen konsumiert werden und Wechselwirkungen auftreten. Dies tritt am häufigsten bei gleichzeitigem Konsum von Opiaten bzw. Opoiden, Alkohol und Benzodiazepinen (oder anderen Sedativen) auf. Auch treten Überdosen viel öfter bei intravenösen als bei rauchenden Opiatkonsumenten auf. Zudem besteht in den ersten Wochen nach einer Haftentlassung eine erhöhte Gefahr einer Überdosis.

Wissenschaftliche Studien belegen, dass die methadongestützte Behandlung zu einem Rückgang der Häufigkeit tödlicher und nichttödlicher Heroinüberdosen führt. Eine kleine randomisierte Vergleichsstudie mit Opiatabhängigen, wobei eine Gruppe von Probanden mit Methadon behandelt wurde und die andere Gruppe keine Behandlung erhielt, ergab ein erheblich geringeres Mortalitätsrisiko bei den Methadon-

patienten. Verschiedene andere Kohortenstudien wiesen ähnliche Befunde auf. Eine Meta-Analyse dieser Studien zeigte, dass die Substitutionsbehandlung das Mortalitätsrisiko von Heroinabhängigen um 75% (Risikoverhältnis 0,25, 95% Konfidenzintervall 0,19 bis 0,33) reduziert. Diese Reduzierung des Mortalitätsrisikos war fast ausschließlich auf einen Rückgang der Überdosis-Mortalität zurückzuführen. Entgiftungsbehandlungen mit Methadon führen nicht zu einer Reduktion der Mortalität und erhöhen das Risiko einer Heroinüberdosis sogar (Caplehorn, 1996; Sporer, 2003).

Auch im französischen Modellversuch mit buprenorphingestützter Substitution durch Hausärzte wurde eine erhebliche Reduzierung der Überdosismortalität festgestellt. Pläne für die Ausweitung der opiatgestützten Substitution für intravenöse Heroinkonsumenten sollten im Hinblick auf deren Effekt auf die Überdosismortalität evaluiert werden (Ling, 2002; Sporer, 2003).

Aufklärung des Patienten

Eine umfassende Aufklärung des Patienten – insbesondere im Hinblick auf die Gefahr einer Überdosis – ist unabdingbar für einen wirksamen Beginn der Substitutionsbehandlung. Ferner sollte der Patient informiert werden über:

- den verzögerten Höhepunkt der Wirkung des Ersatzmittels (bei Methadon nach 2-4 Stunden);
- die zeitspezifische Akkumulation des Ersatzmedikaments, die – auch bei einer festen Dosis – eine verstärkte Wirkung zur Folge hat (bei Methadon über einen Zeitraum von 3 bis 5 Tagen oder länger);
- die Risiken des polyvalenten Drogenkonsums in der Substitutionsbehandlung, insbesondere von anderen Opiaten, Kokain, Benzodiazepinen und Alkohol;
- die potenzielle Wechselwirkung mit anderen Substanzen (siehe Tabelle 4).

Abschließend sei bemerkt, dass jeder Patient eine individuelle klinische Herausforderung darstellt. Es gibt keine goldene Regel für eine optimale Methadondosis, die bei allen Patienten einen bestimmten Methadonspiegel erzeugt. Klinische Symptome, Patientenberichte über Entzugserscheinungen sowie fortgesetzter illegaler Opiatkonsum sind effektive Indikatoren für die Unangemessenheit der Dosis. Die Festsetzung einer Tageshöchstdosis, die als 'genug' bezeichnet werden kann, scheint in der substituionsgestützten Behandlung generell unmöglich zu sein (Leavitt *et al.*, 2000).

DIAGRAMM 2 : STUFEN DER BEHANDLUNG

A. Aufnahme der abhängigen Person in das Programm
B. Begrüßung durch einen Mitarbeiter Aufnahme der persönlichen Daten zu administrativen Zwecken Überprüfung der Aufnahmekriterien (falls erforderlich)
C. Medizinische Anamnese durch den Arzt Evaluation der Substitutionsbehandlung durch: Persönliches Gespräch Medizinische Evaluation Urinkontrolle Evaluation des Abhängigkeitsgrades Behandlungsplan (Erhaltungsbehandlung, Entgiftung) Einleitung und Festsetzung der Anfangsdosis Der Patient wird einige Stunden beobachtet, um festzustellen, ob die Anfangsdosis richtig angesetzt ist Falls Entzugserscheinungen auftreten, wird eine Zusatzdosis verabreicht Der Patient erhält ausführliche Informationen zur Behandlung und zu den Risiken des Beikonsums
D. Psychosoziale Anamnese durch den Sozialpädagogen/Psychologen Evaluation der zu behandelnden Probleme Kontaktaufnahme mit den betreffenden Instanzen Bei Co-Morbidität Kontaktaufnahme mit den betreffenden medizinischen Diensten
E. Einstellungsperiode zur Ermittlung der richtigen Dosis (kann bis zu sechs Wochen dauern)
F. Erhaltungs- oder Entzugsbehandlung Regelmäßige Evaluation zur aktuellen Zielsetzung (abhängig von der Art der Behandlung)

*Quelle: Verster & Buning (2000).
Europäische Methadonrichtlinien.*

B. Diskussion

- Identifizieren Sie die Gründe, weshalb eine Substitutionsbehandlung bei bestimmten Personen womöglich nicht effektiv ist.
- Was sind die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Compliance Kriterien?
- Diskutieren Sie die Rolle der Urinkontrollen.
- Was sind die Vor- und Nachteile der Verabreichung unter Aufsicht?

.....

Anmerkung für den Trainer

Anhang 1 enthält einige Fallstudien, die als Übung zu diesem Modul benutzt werden können.

MODUL 5 - SPEZIELLE PATIENTENGRUPPEN

LERNZIEL

- Besseres Verständnis der heterogenen Zusammensetzung der Patientengruppe
- Erhöhung des Wissensstands über die spezifischen Bedürfnisse von speziellen Patientengruppen

DAUER

2 Stunden

ZIELGRUPPE

Alle Berufsgruppen

DIA-PRÄSENTATION

Modul 5

EMPFOHLENE LITERATUR

- A Preston (1996). The Methadone Briefing
- A Verster & E Buning (2000). EuroMethwork Methadone Guidelines
- J Fountain *et al.* (2002). EMCDDA Scientific Report: Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities.

Zu Beginn dieses Moduls kann man die Gruppe auffordern, spezielle Patientengruppen und deren spezifische Bedürfnisse in Bezug auf physische und soziale Aspekte zu identifizieren.

.....

A. Allgemeine Informationen

Der Großteil der substitutionsgestützten Patienten weltweit sind Männer im Alter von 25 bis 40 Jahren. Frauen sind in der Minderheit, müssen aber insbesondere über den möglichen Effekt von Opiaten auf die Menstruation aufgeklärt werden (z.B. dass ein Ausbleiben der Regel nicht bedeutet, dass kein Eisprung stattfindet). Viele Studien auf diesem Gebiet gibt es jedoch nicht. Es handelt sich hier nicht um eine homogene Gruppe mit denselben Bedürfnissen, sondern um eine Gruppe mit speziellen Bedürfnissen, die in diesem Abschnitt kurz besprochen werden. Zudem wird die Situation von abhängigen Menschen in bestimmten Situationen, wie Krankenhaus, Strafvollzug und Urlaub, angeschnitten.

Schwangere Frauen

Für abhängige schwangere Frauen ist es lebenswichtig, dass sie sich - vorzugsweise mit ihrem Partner - einer Behandlung unterziehen und diese nicht abbrechen. Aufgrund der gesundheitlichen Risiken für sowohl die Mutter als auch das ungeborene Kind empfiehlt es sich, schwangeren Frauen Priorität bei der Aufnahme in die Behandlung beizumessen. Risikoverhalten (intravenöser Konsum, Needle-Sharing) kann bei Schwangeren u.a. zu Frühgeburt, polyvalentem Drogenkonsum, schlechter Ernährung und Infektionen, die auch dem ungeborenen Kind Schaden zufügen können, führen. Bei abhängigen Frauen, die während der Schwangerschaft an einem Methadonprogramm teilnehmen, werden langfristig bessere Resultate im Hinblick auf Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung des Säuglings festgestellt, selbst dann, wenn sie weiterhin illegale Drogen konsumieren. Auch erhalten diese Klientinnen meistens eine bessere Schwangerschaftsvorsorge und sind – auch bei Konsum von illegalen Drogen – in einer besseren gesundheitlichen Verfassung als drogenabhängige Frauen, die sich nicht in methadongestützter Behandlung befinden (Finnegan, 2000).

Sobald das Behandlungsprogramm festgelegt ist, kann die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen

Diensten, insbesondere der Schwangerschaftsvorsorge, angeregt werden. Wir empfehlen, dass ein fester Ansprechpartner (case manager) mit der Koordination der Betreuung von Mutter und Kind beauftragt wird.

Obwohl viele schwangere Frauen gerne entziehen möchten, ist eine methadongestützte Langzeittherapie einem Entzug vorzuziehen. Im letzten Schwangerschaftsdrittel benötigen viele Patientinnen aufgrund von Gewichtszunahme und anderen physiologischen Veränderungen (Metabolismus) höhere Dosierungen. In manchen Fällen ist zu erwägen, die Dosis zu halbieren und zweimal täglich zu verabreichen.

Schwangere, die dennoch entziehen wollen, sollten dies nicht vor der zwölften oder nach der 32. Schwangerschaftswoche tun (Europäischer Rat, 2000). Entzugssymptome sollten in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft aufgrund der Gefahr einer Frühgeburt in dieser Periode vermieden werden. Generell liegt die maximale Reduzierung der Tagesdosis zwischen 2,5 mg und 10 mg pro Woche, die je nach Reaktion der Patientin in zweiwöchentlich oder monatlichen Schritten durchgeführt wird.

Wenn der Entzug misslingt und die Patientin unkontrolliert Drogen konsumiert, sollte die Methadondosis erneut ermittelt werden, bis die Patientin stabilisiert ist und sich wieder einer Erhaltungsbehandlung unterzieht.

Frauen sollten zum Stillen ermutigt werden, nicht nur weil dies generell Vorteile hat, sondern auch weil dabei sehr geringe Mengen Methadon an das Baby weitergegeben werden, was die Entzugssymptome des Neugeborenen reduzieren kann. Bei HCV-Infektion müssen die Vorteile des Stillens gegen die Virusbelastung (Viruslast im Blut) der Mutter abgewogen werden (Europäischer Rat, 2000). Stillen ist kontraindiziert, wenn die Mutter HIV/AIDS-krank ist, hohe Dosen Benzodiazepine gebraucht oder den Konsum illegaler Drogen fortsetzt.

Abschließend sei bemerkt, dass psychosoziale Hilfe und therapeutische Beratung bei schwangeren Frauen und jungen Müttern sehr zu empfehlen ist, da sie unter starken Schuldgefühlen leiden können.

Eltern von Kleinkindern

Drogenkonsum alleine ist kein Grund, das Jugendamt einzuschalten. Die Bedürfnisse kleiner Kinder von drogenabhängigen Eltern müssen jedoch stets im Vordergrund stehen. Deshalb sollte die Betreuung der Kinder in den (sozialen) Behandlungsplan aufgenommen werden, der auch ein gewisses Maß an Überwachung beinhalten muss. In manchen Ländern gibt es spezielle Projekte, in denen die Betreuung von Eltern mit Kleinkindern koordiniert wird. Case management nimmt bei diesen Patienten eine Schlüsselstellung ein und die spezifischen Bedürfnisse der Kinder sollten berücksichtigt werden

Jugendliche

Die Substitutionsbehandlung eignet sich in der Regel nicht für sehr junge Menschen, da sie die nachstehenden Kriterien wahrscheinlich nicht erfüllen:

- Langzeit-Opioidkonsum
- Hohe Toleranz
- Abhängigkeitsproblematik, die nicht mit anderen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen überwunden werden kann.

Falls dennoch eine substitutionsgestützte Behandlung erwogen wird, sind regelmäßig zu evaluierende Spezialbehandlungen zu empfehlen. In den meisten Ländern ist dafür die Zustimmung der Eltern erforderlich.

Patienten mit HIV/AIDS

Bei HIV-positiven Klienten kommt eine Vielzahl von physiologischen Reaktionen und Bedürfnissen vor. Dadurch muss sich das Konsumverhalten des Einzelnen nicht unbedingt ändern, aber es kann zu drastischen Veränderungen – sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht – führen. Prinzipiell ändert sich aufgrund der HIV-Erkrankung nichts an den Möglichkeiten der Methadonbehandlung.

Die Substitutionsbehandlung kann das Risikoverhalten reduzieren, das zu einer weiteren Schädigung des Immunsystems führen könnte. Sie kann Stress reduzieren und den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten verbessern, indem es ihm hilft, ein regelmäßigeres Leben zu führen. Die Methadonsubstitution ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, um Klienten in Behandlung zu halten, was wiederum eine frühe Diagnose und Behandlung von HIV ermöglicht.

Eine Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen, insbesondere mit HIV-Spezialisten, ist unbedingt zu empfehlen. Die Methadonverabreichung sollte in Zusammenarbeit mit dem HIV-Spezialisten erfolgen, um das Risiko von Wechselwirkungen von Methadon und HIV-Präparaten auszuschließen (Humeniuk *et al.*, 2000). Tabelle 9 enthält eine Übersicht der verschiedenen HIV-Präparate und deren Wechselwirkung mit Methadon und umgekehrt. Ebenfalls zu berücksichtigen sind Aspekte, wie die Toleranzsenkung bei HIV-bedingten Krankheitsperioden und die Gefahr von Überdosis bei Patienten mit Gedächtnisschwäche (Preston, 1996).

Patienten mit Hepatitis

Alle substitutionsgestützten Klienten sollten unbedingt auf Hepatitis B getestet und – falls keine Antikörper vorliegen – dagegen geimpft werden. Hepatitis C ist eine ernste gesundheitliche Gefährdung für intravenöse Drogenkonsumenten, sowohl was die Prävalenz als auch die klinischen Effekte anbelangt. Auf diesem Gebiet besteht hoher Bedarf an besseren Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden. Auch ist es notwendig, unter Berücksichtigung der Leberfunktion des Patienten, die Höhe der Dosis des Ersatzmedikamentes zu überprüfen und zu analysieren. Zur Evaluation und möglichen Behandlung von Hepatitis-C empfiehlt sich eine Überweisung an Fachärzte, wobei bei stabilisierten Patienten ein hohes Maß an Compliance erwartet werden kann. Speziell methadongestützte HIV- und Hepatitis-C-Patienten müssen ausdrücklich vor den Gefahren von Needle-Sharing gewarnt werden.

Patienten mit psychischen Problemen

Ein Drittel bis die Hälfte aller Opiatkonsumenten kann unter psychischen Problemen leiden, darunter Angststörung und Depression. Ein Viertel der Opiatabhängigen, die sich bei Beratungsstellen melden, ist suizidgefährdet oder weist selbstzerstörerische Tendenzen auf. Die Teilnahme an einem Methadonprogramm hat einen signifikant positiven Effekt auf die psychische Gesundheit dieser Menschen. Eine Minderheit (ca. 10%) leidet unter schweren psychischen Störungen, die eine enge Zusammenarbeit mit psychiatrischen Einrichtungen erforderlich machen (Marsden *et al.*, 2000).

Patienten mit polyvalentem Drogenabusus

Um den Beikonsum illegaler Drogen (einschließlich Alkohol) ansprechen zu können, muss sich der Betreuer dessen überhaupt erst bewusst sein. Idealerweise ist die Beziehung zwischen dem Klienten und seinem Therapeuten/Arzt so gut, dass offen über dieses Thema gesprochen werden kann. Die Gefahr von Sanktionen – z.B. Entlassung aus dem Programm – infolge von Beikonsum ist einer guten therapeutischen Beziehung,

die auf gegenseitigen Vertrauen beruhen sollte, nicht gerade förderlich.

Strategien zur Reduzierung des Risikoverhaltens beinhalten: Steigerung der Methadondosis und eventuelle Verabreichung anderer Medikamente, Verabreichungsfrequenz, Methadonverabreichung unter Aufsicht, realistische Behandlungsziele und – in manchen Fällen – Unterbrechung der Methadonbehandlung.

TABELLE 9 WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN METHADON UND HIV-MEDIKAMENTEN, VON STANLEY YANCOVITZ, MD

Nicht alle Wechselwirkungen wurden bisher untersucht. Bei den meisten durchgeführten Studien handelt es sich um Kurzzeitstudien mit einer relativ geringen Anzahl von Probanden. Pharmakologische Änderungen - wie AUC 'area under the curve'. Indikation für die Menge des absorbierten Medikaments) - korrelieren nicht immer mit einer aus klinischen Gesichtspunkten angebrachten Änderung der Dosis.

Medikament <i>Die fett gedruckten Namen sind Handelsnamen</i>	Wechselwirkung mit Methadon	Auswirkung von Methadon auf das Medikament
AZT <i>Retrovir, Zidovudin</i>	Keine	Erhöht AZT AUC um 40%; Dosisanpassung ist gewöhnlich nicht nötig;
DDI <i>Videx, Didanosin</i>	Keine	Senkt DDI AUC um 60%; Erhöhung von DDI kann erforderlich sein;
D4T <i>Zerit, Stavudin</i>	Keine	Senkt D4T AUC um 18%; Dosisanpassung ist nicht nötig;
3TC <i>Epivir, Lamuvidin</i>	Keine	Nicht untersucht; normale Dosis anwenden;
Abacavir	Schneller Methadonabbau. Steigerung der Methadondosis kann notwendig sein.	Verzögerung der Spitzenkonzentration; Anpassung der Abacavir-Dosis ist nicht nötig;
Viramune <i>Nevarapine</i>	Entzugssymptome; Methadondosis muss um 25% - 50% erhöht werden.	Anpassung der Nevarapin-Dosis ist nicht nötig;
Sustiva <i>Efavirenz</i>	Senkt Methadonspiegel um 48%; Methadondosis um 40%–50% erhöhen.	Keine Anpassung der Efavirenz-Dosis;
Protease-Hemmer	Alle nachfolgend aufgeführten Medikamente haben komplexe Auswirkungen auf den hepatischen Metabolismus. Sie erzeugen komplizierte Änderungen im Methadon-Plasmaspiegel und in der Bindung von Plasmaproteinen, aber vorkalkulierte Anpassungen der Dosis sind nicht erforderlich. Empfohlen wird die übliche Dosis bei gleichzeitigem Beobachten des Patienten auf mögliche Entzugssymptomatik; falls erforderlich, wird die Dosis nach Bedarf angepasst.	
Nelfinivir	Senkung des Methadonspiegels, aber keine Entzugssymptome; Dosis nur bei Entzugssymptomen anpassen.	Keine Änderung
Ritonivir	Senkung des Methadonspiegels; es ist jedoch unklar, ob die Dosis erhöht werden muss; Dosissteigerung nur bei Entzugssymptomen.	Keine Änderung
Ritonivir/Saquinivir	Komplexe Änderungen bei racemischen Typen von Methadon und Bindung von Methadon an Plasmaproteine. Anpassung der Dosis nur bei Auftreten von Entzugssymptomen.	Keine Änderung
Amprenivir	Senkung des Methadonspiegels, Entzugssymptome wurden nicht berichtet.	Keine Änderung
Lopinivir	Senkung des Methadonspiegels; Dosisanpassung nur bei Entzugssymptomen.	Keine Änderung
Indinivir	Bisher nicht untersucht; Dosisanpassung nur bei Entzugssymptomen.	Keine Änderung

Quelle: *The International Centre for the Advancement of Addiction Treatment, 2002*

Ethnische Minderheitengruppen

Ethnische Minderheitengruppen können bei Drogenbehandlung, -aufklärung und -prävention auf besondere Probleme stoßen. Beispiele dafür sind mangelnde Sensibilität für kulturelle Unterschiede bei der Drogenhilfe, Zweifel an der Vertraulichkeit auf Seiten der Klienten, Sprachschwierigkeiten, Wissenslücken über Drogen und Hilfsangebote, Stigmatisierung von Drogenkonsum innerhalb der eigenen ethnischen Gemeinschaft und das Versäumnis der Drogenhilfe, sich auch auf ethnische Minderheitengruppen zu richten (Fountain *et al.*, 2002).

Die Angebote der Drogenhilfe sind in der Regel auf die Bevölkerungsmehrheit und eigene Kultur zugeschnitten. Auch die Mitarbeiter entstammen meistens dem eigenen Kulturkreis. Um die Angebote der Drogenhilfe auch für die ethnischen Minderheitengruppen attraktiver zu gestalten, sind spezielle Angebote erforderlich, die ihre Kultur berücksichtigen. Zudem sollte die Zusammensetzung der Teams von Drogenhilfseinrichtungen oder Drogenambulanzen die Bevölkerungsstruktur im Zuständigkeitsbereich widerspiegeln.

Abhängige im Strafvollzug

Inhaftierte Abhängige sollten Zugang zu denselben Behandlungsmöglichkeiten haben, wie sie auch in Freiheit verfügbar sind. Die 'Konferenz zu Gefängnis und Drogen', die 1998 in Oldenburg stattfand, präsentierte Empfehlungen für Angebote der Drogenhilfe in Justizvollzugsanstalten. Es wurde empfohlen, für Inhaftierte ein breites Angebot bereitzustellen, einschließlich Substitutionsbehandlungen (sowohl Entgiftungs- als auch Erhaltungstherapie) und Justizvollzugsbeamten Fortbildungsmaßnahmen über Drogen und drogenspezifische (Gesundheits-)Probleme anzubieten.

Abhängige, die vor der Inhaftierung mit Methadon substituiert wurden, sollten – auf Wunsch – auch in der Haft Methadon erhalten. Bei Abbruch der Methadonsubstitution besteht die Gefahr von erhöhtem Risikoverhalten (Schweizer Methadonbericht, 1996). Bei substitutionsgestützten Inhaftierten sollte die Methadonbehandlung auch nach der Entlassung aus der Haft fortgesetzt werden. Die Gefahr einer (tödlichen) Überdosis ist besonders hoch, wenn Abhängige zum Zeitpunkt der Entlassung abstinent sind (Darke, *et al.*, 1996). Die Entscheidung, ob die Substitution fortgesetzt wird, sollte nach Rücksprache mit der Drogenberatung oder dem Hausarzt, der den Klienten nach der Entlassung betreut oder behandelt, getroffen werden (Europäische Empfehlungen, 1998).

Ein vor kurzem in der französischen Fachpresse erschienener Artikel evaluierte die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung von drogenkonsumierenden Ex-Häftlingen. Dabei wurden Häftlinge, die während der Haft eine Substitutionsbehandlung erhalten hatten, mit einer Kontrollgruppe verglichen, denen keine Ersatzmittel verabreicht worden waren. In dem Artikel wurde die Bedeutung einer Substitutionsbehandlung im Strafvollzug unter nahezu identischen Bedingungen wie in Freiheit betont. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Inhaftierung bei methadongestützten Häftlingen mit 19% nur halb so hoch war als bei Häftlingen, die lediglich entgiftet wurden. Deren Rückfallquote betrug 39% (Levasseur *et al.*, Ann. Med. Interne 2002. 153 Supplement zu Nummer 3, Seiten 1514-1519).

Patienten im Krankenhaus

Es ist wichtig, dass das Klinikpersonal erkennt, ob neue Patienten opiatabhängig sind. Nach gründlicher Untersuchung und Kontaktaufnahme mit der Substitutionsambulanz/-praxis des Patienten sollte die Substitutionsbehandlung so fortgesetzt werden, dass die Durchführung der medizinischen Behandlung, die der eigentliche Grund für die Krankenhausaufnahme war, gewährleistet ist. Krankenhäuser dürfen sich nicht

als Entzugskliniken sehen oder angesehen werden. Die Krankenhausaufnahme dient lediglich der Behandlung und Heilung des medizinischen Problems.

Die Notaufnahme eines Krankenhauses wird meistens mit den beiden folgenden Situationen konfrontiert:

- schwere Entzugssymptome oder Überdosis
- andere drogenbezogene Probleme

Um die notwendige Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe und Notaufnahme eines Krankenhauses zu gewährleisten, sollten gemeinsame Richtlinien auf lokaler Ebene entwickelt werden.

Mobile Klienten

Methadonkonsumenten sollten wie jeder andere Bürger auch das Recht haben, zu privaten oder geschäftlichen Zwecken zu verreisen und ihre Medikamente mitzunehmen. Für Klienten in der täglichen Methadonverabreichung müssen Vereinbarungen mit Drogenberatungsstellen oder Ärzten am Reiseziel getroffen werden. Es gibt verschiedene Webseiten mit Informationen über Drogenberatungsstellen oder Einrichtungen, die bereit sind, methadongestützten Klienten aus anderen Ländern Methadon zu verabreichen. Siehe: The European Methadone Assistance Point (MAP) von EuroMethwork <http://www.euromethwork.org> und die internationale Organisation INDRO aus Deutschland <http://www.home.muenster.net/~indro/>.

Faktoren, die Methadonverabreichungsstellen und Drogenberatungen berücksichtigen müssen, sind u.a.:

- Welcher Arzt trägt die Verantwortung (der Arzt am Wohnort des Klienten oder der Arzt im Urlaubsland/am Reiseziel)?
- Kontinuität der Versorgung;
- Zusammenarbeit, vor allem innerhalb des eigenen Landes;
- Überlegen, wie man den Klienten an die Drogenambulanz oder Arztpraxis am Reiseziel überweisen könnte;
- z.B. durch Mitgabe eines Standardbriefs (siehe MAP <http://www.euromethwork.org>).
- siehe Text: Substitutionspatienten auf Reisen – was gilt es zu beachten? (www.indro-online.de/reiseinfo.pdf und <http://www.dgsuchtmedizin.de/search.output/?entry=page.aktuell.83>)

Schmerzpatienten

Chronischer Schmerz ist ein komplexes Syndrom, das schwer zu behandeln ist. Im Gegensatz zu akuten verletzungsbedingten Schmerzen können langwierige Gewebe- oder Nervenverletzungen von hartnäckigen chronischen Schmerzen begleitet sein. In vielen Ländern werden zur Linderung chronischer Schmerzen Opiate und auf Opioiden basierende Medikamente wie Morphin und Methadon eingesetzt. Die Grundprinzipien der Behandlung von Schmerzpatienten lauten: Fortsetzung der Methadonsubstitution und Verabreichung von Narkotika mit kurzer Halbwertszeit in höheren Dosierungen, und zwar so oft wie nötig und nach einem festen Schema. Zusätzlich können noch Analgetika eingesetzt werden, unter keinen Umständen aber Opiatantagonisten (Scimeca *et al.*, The Mount Sinai J of Medicine Vol. 67 Nos. 5 & 6 Oktober/ November 2000)

Alternde Patienten

Da Substitutionspatienten durchschnittlich immer älter werden, sollten auch geriatrische Krankheiten wie Herz- und Lungenbeschwerden und andere altersbedingte Probleme (Wechseljahre) berücksichtigt werden.

Schnelle Metabolisierer

Eap *et al.* (2002) publizierten eine umfassende Übersicht der Literatur zu Methadondosierungen in der klinischen Praxis mit Einzelheiten über Wechselwirkungen, Methadonspiegel, schnelle Metabolisierung etc. Die Autoren sind in ihrer Schlussfolgerung zurückhaltend und weisen darauf hin, dass die Evidenz für die Effektivität der Methadonsubstitution bei Tagesdosierungen um 100 mg überzeugend und unumstritten ist. In Bezug auf die klinische Praxis und schnelle Metabolisierung kommen sie zu folgendem Schluss:

- Bei den meisten Methadonpatienten liegt die Halbwertszeit bei 22 Stunden, bei einer Minderheit jedoch ist sie wesentlich kürzer oder länger und sind erheblich niedrigere oder höhere Dosierungen als die üblichen 60-100 mg erforderlich.
- Bei der Mehrheit der Patienten kann man sich auf die klinischen Faktoren verlassen, ohne eine Methadonspiegelbestimmung zur Ermittlung der Dosis durchführen zu müssen.
- Die Methadonspiegelbestimmung ist ein nützliches diagnostisches Mittel, wenn ein Patient trotz Dosissteigerungen nicht gut auf Methadon anspricht. Das Messen des Methadonspiegels ermöglicht dem Mediziner eine genauere Einschätzung der notwendigen Dosis für den betroffenen Patienten.
- Es gibt eine Vielzahl von Medikamenten (wie Phenytoin, Fluvoxamine und AZT) oder Situationen (z.B. Schwangerschaft), die die Metabolisierung von Methadon beeinflussen können und eine neue Ermittlung der Dosis erfordern.

.....

B. Diskussion

- Sollte die Behandlung der Opiatabhängigkeit den anderen Bedürfnissen von Patienten untergeordnet werden?
- Wer sollte die generelle Versorgung eines substitutionsgestützten AIDS-Patienten koordinieren?

MODUL 6 - OPTIMIERUNG DER PROFESSIONALITÄT

LERNZIEL

- Besseres Verständnis der verschiedenen Aufgabenbereiche in der Substitutionstherapie;
- Definition der Rollen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Disziplinen;
- Besseres Verständnis des multidisziplinären Ansatzes;
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Teamarbeit;
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Mitarbeitern;
- Verständnis der Bedeutung der baulichen Behandlungsumgebung.

DAUER

3 Stunden

ZIELGRUPPE

Alle Berufsgruppen

DIA-PRÄSENTATION

Modul 6

EMPFOHLENE LITERATUR

- A Preston (1996). The Methadone Briefing
- A Verster & E Buning (2000). EuroMethwork Methadone Guidelines
- ADAT (2000)
- The UK Guidelines (1999).

.....

A. Allgemeine Information

In diesem Modul werden verschiedene organisatorische Aspekte der Guten Praxis (GP) in der Substitutionsbehandlung besprochen: Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Mitarbeiter, Zusammenarbeit mit Kollegen, Kommunikation zwischen Patienten und Mitarbeitern und bauliche Aspekte der Behandlungseinrichtung.

Die Aufgaben

Management

Gutes Management umfasst Faktoren, die vermutlich auf jede Betriebsform zutreffen, in der Kollegen zusammenarbeiten und Patienten bzw. Klienten beteiligt sind. Diese Faktoren sind u.a.:

- Klare Funktions- und Aufgabenbeschreibung
- Regelmäßige Supervision
- Regelmäßige Teamsitzungen
- Fallbearbeitung (Case Management)

Klare Verfahrensweisen innerhalb einer Einrichtung sind nicht nur wichtig für die Mitarbeiter, sondern wirken sich auch positiv auf die Behandlungsergebnisse bei Klienten aus.

Aktenführung

Jede Intervention sollte sorgfältig protokolliert werden. Die Registrierung der Dosis der einzelnen Patienten sollte entweder mithilfe gut lesbarer handschriftlicher Notizen oder durch Eingabe in den Computer erfolgen.

Von Patienten verfasste Notizen, die von Mitarbeitern gegengezeichnet werden, können eine sinnvolle Ergänzung zur Behandlung sein. Andere medizinische Mitarbeiter, die bei der Behandlung der Patienten eine Rolle spielen, sollten stets über den aktuellen Behandlungsstand der Patienten informiert werden.

In Europa gibt es beträchtliche Unterschiede bei den Datenschutzbestimmungen. In manchen Regionen werden Zentralregister geführt, in denen alle Methadonpatienten gespeichert werden. Dieses Zentralregister darf keine Informationen an nichtmedizinische Instanzen erteilen, und die Datenerfassung darf keine negativen Folgen für den Patienten, wie z.B. Verlust seiner Bürgerrechte, haben. Der Hauptzweck des Zentralregisters sollte darin bestehen, die behandelnde Stelle, deren Klienten und Träger zu schützen, Doppelverabreichungen auszuschließen und Forschungen sowie Subventionsanträge zu erleichtern (Irish Guidelines, 1997).

In Regionen ohne Zentralregister sollte es zumindest eine andere Form der Kontrolle und Überwachung der Verabreichung und des Methadonvorrates geben, wobei der Datenschutz der Klienten gewährleistet sein muss.

Monitoring und Evaluation

Das Monitoring und die Evaluation von Leistungen und Substitutionsbehandlungen sind essenzielle Komponenten der Guten Praxis (GP). Die meisten Einrichtungen führen vermutlich bereits ein System zum Monitoring ihrer Tätigkeiten: wie viele Patienten behandelt wurden, mit welcher Frequenz, wie viel Methadon verschrieben wurde etc. Jedoch wird nur selten eine Evaluation der Behandlungsergebnisse oder eine Kosten-Nutzen-Analyse der Behandlung durchgeführt. Wie bereits aufgezeigt wurde, ist es entscheidend für den Erfolg einer Behandlung, wie diese angeboten wird. Darum sollte jede Einrichtung oder Methadonverabreichungsstelle mit einem öffentlichen Angebot ein System zur Messung der eigenen Effektivität haben. Ferner sind Monitoring-Systeme erforderlich um zu beurteilen, ob die einzelnen Berufsgruppen effektiv arbeiten und ob individuelle Patienten, die in ein bestimmtes Programm aufgenommen werden, auch wirklich für diese Form der Behandlung geeignet sind.

- Evaluation muss eine Komponente jeder Behandlung sein
- Definition der Ziele
- Ermittlung der Notwendigkeit der Intervention
- Aktenführung
- Überwachung von Tätigkeiten
- Analyse der Daten
- Berichterstattung

Das Monitoring der verschiedenen Tätigkeiten sollte zur normalen Praxis jeder Methadonverabreichungsstelle gehören. Notizen/Aufzeichnungen der Tätigkeiten sind essenziell, noch wichtiger ist aber die Analyse dieser Daten. Das Monitoring der Aktivitäten bietet immer Möglichkeiten zur deskriptiven Analyse, und mithilfe einer Kosten-Nutzen Analyse kann die Kosteneffizienz einer Intervention ermittelt werden.

Es ist wichtig, bei jeder Form der Evaluation einer Intervention eine deutliche Frage zu formulieren, die Zielstellungen *im Voraus* zu definieren und den Bedarf einer solchen Intervention zu ermitteln. Notwendig ist zudem eine Verifizierung der Befunde, um sicherzustellen, dass tatsächlich das gemessen wird, was man erfahren möchte.

Zusätzlich zu den bekannten quantitativen Auswertungsmethoden, wie Monitoring von Tätigkeiten und Erstellen einer Kosten-Nutzen Analyse, können auch andere Instrumente in Erwägung gezogen werden, z.B. Umfragen unter den Klienten mithilfe von Fragebögen, um einen Eindruck zu erhalten, ob die Klienten mit dem Angebot und seiner Gestaltung zufrieden sind.

Die Qualität einer Leistung kann mit qualitativen Mitteln gemessen werden, z.B. mit Fokusgruppen oder ausführlichen Gesprächen mit Mitarbeitern, Patienten, Patientengruppen, Nachbarn, Gemeindevorstehern, Polizei etc.

Bei dieser Art der Evaluation kann die Hinzuziehung externer Experten sinnvoll sein. Marktforscher, Managementberater oder Patientenorganisationen können willkommene Verbesserungsvorschläge für die medizinischen, therapeutischen oder sozialen Angebote einbringen.

Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung erfolgt durch Ärzte, Psychiater und Krankenpflegekräfte.

Ungeachtet der Zusammensetzung des Teams einer Drogehilfseinrichtung oder Methadonverabreichungsstelle ist der Arzt, der das Rezept ausstellt, für die Verabreichung von Methadon in letzter Konsequenz verantwortlich. Diese Verantwortlichkeit ist nicht übertragbar.

Im Hinblick auf einen verantwortlichen Umgang mit Verabreichung und anderen klinischen Aspekten müssen Ärzte, die an Substitutionsbehandlungen mitwirken, über grundlegende Kenntnisse der Pharmakologie, der Toxikologie und der klinischen Indikationen für die Anwendung des Medikaments, sowie seiner Dosierung und therapeutischen Überwachungsstrategie verfügen.

Es ist Aufgabe des gesamten medizinischen Teams, dem Patienten Hilfe für seine allgemeinen gesundheitlichen Bedürfnisse und drogenspezifischen Probleme zu bieten, auch wenn dieser seinen Drogenkonsum nicht einstellen will. Der Mediziner muss ferner gewährleisten, dass der Patient eine angemessene Dosis erhält, und darauf achten, dass der Patient das Medikament nicht zu anderen Zwecken – z.B. um damit zu handeln - missbraucht. Besondere Vorsicht ist bei der Festsetzung der Anfangsdosis geboten, vor allem wenn die Höhe dieser Dosis alleine auf den Angaben des Patienten über seinen bisherigen Drogenkonsum beruht. Klinische Untersuchungen sollten regelmäßig – mindestens alle zwei oder drei Monate – stattfinden. Dies gilt insbesondere für Patienten, deren Drogenkonsum weiterhin instabil bleibt.

Gesundheitsförderung

Die Gesundheitserziehung ist einer der Grundpfeiler der Substitutionsbehandlung. Die Mitarbeiter der Einrichtung sollten die Möglichkeit ergreifen, Klienten wiederholt über Risikoverhalten und dessen Vermeidung und Reduzierung zu informieren. Diese Informationen können dem Klienten sowohl bei der ersten Indikationsstellung (Aufnahme) als auch später, wenn er stabilisiert ist, in regelmäßigen Abständen erteilt werden. Diese Aufklärung sollte Aufgabe aller Mitarbeiter sein, mit Ausnahme des Leiters der Einrichtung oder Methadonverabreichungsstelle und dem Leiter der Verwaltung.

Beratung

Die Arbeit von Sozialarbeitern bzw. Drogenberatern füllt den wohl größten Teil des breit gefächerten Spektrums des psychosozialen Angebots aus, das für eine umfassende Behandlung erforderlich ist.

Sozialarbeiter können Unterstützung, Ratschläge und einfache Beratung bieten und als Ansprechpartner oder fester Betreuer des Klienten fungieren. Zu den Hauptaufgaben eines Drogenberaters gehören:

- Beratung
- Hilfe bei familiären und Beziehungsproblemen
- Hilfe bei Kinderbetreuung
- Hilfe bei Wohnungssuche
- Hilfe beim Beantragen von Sozialleistungen
- Hilfe bei juristischen Schwierigkeiten

Die fachliche Kompetenz und klinische Effektivität ist eng mit dem Ausbildungsstand, der Verfügbarkeit kompetenter Supervision, der formalen Zuständigkeit und den persönlichen Fähigkeiten verbunden.

Psychosoziale Hilfe

Psychologische Techniken sind in den meisten Ländern zum Hauptbestandteil der Guten Klinischen Praxis (GCP) in der Drogenbehandlung geworden und bilden eine wichtige Ergänzung zur Pharmakotherapie. Die klinische Psychologie bietet Behandlungsmodelle für Drogenabhängige, wobei soziale und neurobiologische Theorien kombiniert werden. Motivationstechniken können zum Beispiel eine wichtige Rolle im Evaluationsverfahren spielen, um Drogenkonsumenten für eine Behandlung zu motivieren, aber auch bei der Rückfallprävention bei Klienten in Entgiftungstherapie. Methadongestützte Patienten, die neben Drogenabhängigkeit auch unter psychischen Problemen leiden, können von speziellen Therapien, wie z.B. der kognitiven Verhaltenstherapie, profitieren.

Die fachlichen Fähigkeiten und der ideologische Ansatz des Therapeuten sind wichtige Faktoren, die das Behandlungsergebnis beeinflussen. Es gibt Hinweise darauf, dass psychosoziale Therapie in Kombination mit pharmakologischen Ansätzen zu besseren Resultaten führt, wenngleich diese Vermutung bisher noch nicht wissenschaftlich bestätigt ist (Gowing *et al.*, 2001).

Aufsuchende Sozialarbeit (Outreach Work)

Aufsuchende Sozialarbeit spielt vor allem beim Erstkontakt mit Abhängigen, die sich nicht in substitions-gestützter Behandlung befinden, eine zentrale Rolle. Zu den Aufgaben der aufsuchenden Sozialarbeit gehören u.a.:

- Knüpfen von Kontakten
- Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu Abhängigen
- Motivierung von Abhängigen für die Substitutionsbehandlung
- Aufklärung über Maßnahmen zur Schadensbegrenzung
- Verteilen von Material über Risikobegrenzung
- Vermittlung von Interessenten an Methadonverabreichungsstellen bzw. Einrichtungen der Drogenhilfe

Die Rollen

Leiter der Drogenhilfe / Methadonverabreichungsstelle

Gutes Management ist eine Voraussetzung für das reibungslose Funktionieren der gesamten Einrichtung. Deshalb ist es wichtig, einen Mitarbeiter mit dem Management zu beauftragen. Zu den Managementaufgaben gehört u.a.:

- Zustand der Räumlichkeiten
- Personalbeschaffung
- Professionelle Führung der Mitarbeiter
- Arbeitsbeziehung zwischen den einzelnen Mitarbeitern
- Regelmäßige Mitarbeiterkonferenzen
- Bereitstellung von Materialien
- Finanzielle Aspekte

Verwaltungsmitarbeiter

Verwaltungsmitarbeiter sind für die administrativen Aspekte der Behandlung verantwortlich. Zu ihren Aufgaben gehören u.a.:

- Erstkontakt mit dem Klienten
- Vereinbarung von Terminen mit Mitarbeitern
- Aktenführung
- Vereinbarung von Terminen mit externen Stellen

Hausarzt

In manchen Ländern dürfen Hausärzte Opiatsubstitution im Rahmen ihrer Praxis anbieten. Dabei empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und der Apotheke, die das Medikament an den Klienten abgibt. Zudem sollten Hausärzte Beratungsangebote von Drogenzentren und anderen Fachstellen in Anspruch nehmen.

Ärztliches Personal

Zum Aufgabenbereich des Arztes gehören u.a.:

- Aktualisierung des Kenntnisstands über klinische Aspekte;
- Aktualisierung des Kenntnisstands über pharmakologische Aspekte des Ersatzmedikamentes;
- Aktualisierung des Kenntnisstands über potenzielle Wechselwirkungen mit verschiedenen Medikamenten;
- Übernahme der Verantwortung für die Verabreichung von Medikamenten;
- Übernahme der Verantwortung für die medizinische Versorgung.

Gute Klinische Praxis (GCP) bedeutet auch, dass der Arzt den Zusammenhang zwischen den medizinischen Problemen des Patienten und seiner sozialen Situation erkennt.

Krankenpflegepersonal

Die fachlichen Kompetenzen und Techniken von Krankenpflegekräften reichen von der Aufnahme des Drogenkonsumenten bis zur Beratung, Gesundheitserziehung und Verabreichung von Medikamenten auf ärztliche Anordnung. Manche Krankenpfleger und –schwestern sind auf die Pflege von Wunden und Säuberung von Abszessen spezialisiert. In den meisten Methadonverabreichungsstellen sind sie für die Kontrolle der Medikamenteneinnahme durch die Patienten verantwortlich und koordinieren die Fallbearbeitung. In einigen Einrichtungen trägt ein Krankenpfleger bzw. eine Krankenschwester die Verantwortung für die Behandlung (Loth, 1998). Zu den Aufgaben der Krankenpflegekräfte gehören u.a.:

- Indikationsstellung
- Beratung
- Gesundheitserziehung

- Verabreichung von Medikamenten und Bestandsführung
- Pflege von Wunden, Säubern von Abszessen
- Fallbearbeitung (case management)

Apotheker

Mancherorts wird das Methadon vom Arzt verschrieben und direkt vom örtlichen Apotheker an den Patienten verabreicht. In dieser Situation sollten Arzt und Apotheker regelmäßig Kontakt über den Patienten und die Höhe der Dosis unterhalten. In manchen Ländern muss das verschriebene Methadon unter Aufsicht des Apothekers eingenommen werden. Verabreichungswillige Apotheker müssen eine spezielle Zusatzausbildung absolvieren und erhalten zudem Orientierungshilfen. Selbstverständlich muss die Privatsphäre des Patienten stets respektiert werden. Das verschriebene Medikament wird auf professionelle Weise verabreicht und der Methadonpatient genauso behandelt wie jeder andere Kunde auch.

Die Aufgaben des Apothekers beinhalten u.a.:

- Überprüfen der (Methadon-)Rezepte auf Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten
- Führen einer Patientendatei
- Prüfung des Rezepts auf Gültigkeit und Fehler
- Tausch oder Verkauf von Spritzen und Nadeln
- Erteilen von Informationen und Ratschlägen
- Vermittlung an Drogenbehandlungseinrichtungen

Zusammenarbeit zwischen Fachkräften

Jede Drogeneinrichtung oder Methadonverabreichungsstelle muss dafür sorgen, dass der Kontakt zwischen den Mitarbeitern untereinander sowie zwischen Mitarbeitern und Patienten respektvoll verläuft und dass angemessene Arbeitsbedingungen herrschen. Die Einrichtung sollte ihren Mitarbeitern angemessene Schulungsangebote, Unterstützung und Supervision bieten (ADAT, 2000).

Spezialeinrichtung oder Primärversorgung

In den verschiedenen europäischen Ländern ist die Substitutionsbehandlung unterschiedlich organisiert. Mancherorts erlaubt der Gesetzgeber Substitution nur in spezialisierten Drogenkliniken, während anderenorts Hausärzte und Apotheken Substitutionsbehandlungen durchführen dürfen. Die entscheidende Frage dabei ist, ob die Substitutionsbehandlungen als spezialisierte medizinische Leistung oder als Teil der primären Gesundheitsfürsorge angesehen wird. Das hängt ebenfalls von der Gesetzeslage und der Organisationsstruktur des Gesundheitswesens in der Region ab. Auch spielt es eine Rolle, ob das Ersatzmittel per Rezept verschrieben oder täglich verabreicht wird.

Teamarbeit

Obwohl der Arzt, der das Medikament verschreibt und das Rezept unterzeichnet, alleinverantwortlich ist, darf die Verabreichung nicht als isolierter Akt angesehen werden. Die Behandlung von Drogenabhängigen erfordert einen multidisziplinären Ansatz. Falls die Substitution von einem Hausarzt durchgeführt wird, müssen die Sprechstundenhilfe und eventuell die Apotheke in die Behandlung einbezogen werden.

Spezialeinrichtungen, die Substitutionsbehandlungen durchführen, beschäftigen in der Regel Krankenpflegekräfte und Verwaltungsangestellte, oft aber auch Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und eventuell Psychotherapeuten oder sie arbeiten mit anderen Fachdiensten zusammen. Eine umfassende Evaluation des Patienten muss alle beteiligten Fachkräfte einbeziehen.

Zusammenarbeit mit externen Experten

Sowohl in der primären Gesundheitsfürsorge als auch in Spezialeinrichtungen ist eine Zusammenarbeit mit externen Berufsgruppen unerlässlich.

Die Kooperation zwischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen muss stets die angemessene und kontinuierliche Betreuung des Patienten zum Ziel haben. Die beteiligten Experten sollten stets darauf bedacht sein, ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der drogenspezifischen Problematik, der Suchtbehandlung und Betreuung von Abhängigen anderen Experten mittels einer systematischen Methodik zugänglich zu machen (ADAT, 2000).

Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patienten

Ethischer Ansatz

Die nachfolgende Liste mit ethischen Forderungen an die Drogenhilfe stammt aus einem im Jahre 2000 durchgeführten Projekt der Organisation 'Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care' (ADAT):

- Alle Menschen müssen Zugang zur Gesundheitsfürsorge haben
- Die individuellen Menschenrechte müssen respektiert werden
- Es darf keine Diskriminierung stattfinden
- Es müssen niederschwellige Behandlungsangebote bereitgestellt werden
- Die Inanspruchnahme der Angebote muss freiwillig erfolgen
- Die Arbeit muss auf den Grundsätzen der Vertraulichkeit und Einwilligung des Patienten beruhen
- Informationen für potenzielle Patienten müssen verfügbar und leicht erhältlich sein
- Es müssen diversifizierte Leistungen und Behandlungsformen angeboten werden
- Professionelle Standards müssen definiert und befolgt werden
- Der Patient muss die Behandlung wählen können

Jeder Drogenkonsument hat ein Recht auf professionelle Behandlung und Betreuung nach den gängigen Qualitätsstandards.

Drogenkonsumenten sind Bürger mit den gleichen (Leistungs-)Ansprüchen, Rechten und Pflichten wie andere Bürger auch, ungeachtet dessen ob sie sich aufgrund des Drogenkonsums in Behandlung befinden oder nicht. Sie sollten ohne jegliche Diskriminierung ihre Rechte in Anspruch nehmen können .

Alle Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens sollten jedem Bürger zu gleichen Bedingungen und ohne Diskriminierung zur Verfügung stehen. Niemand sollte aufgrund bestimmter Merkmale - wie Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, ethnische oder geographische Herkunft, politische Überzeugung, physische oder psychische Verfassung, Zukunftsperspektive oder Art der konsumierten Droge - von

Behandlung und Betreuung ausgeschlossen werden. Schwerkranke Patienten mit einer langen chronischen Heroinabhängigkeit und einer kurzen Lebenserwartung sollten eine palliative Behandlung mit Heroin, Methadon oder anderen Ersatzmitteln erhalten.

Bei Zwangsbehandlung sind die Gründe für diese Maßnahme darzulegen. Zwangsmaßnahmen bedürfen stets einer klaren juristischen Grundlage und müssen im Hinblick auf ihre Effektivität evaluiert werden.

Regeln und Richtlinien

Mitarbeiter müssen die folgenden Charaktereigenschaften besitzen:

- Eine offene Einstellung
- Professionalität
- Respektvolles Verhalten gegenüber anderen
- Vorurteilslosigkeit
- Sich ihres Wertesystems und ihrer moralischen Einstellungen bewusst sein

Vorurteilslosigkeit bei den Mitarbeitern ist eine sehr wichtige Eigenschaft. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Abbruchquote in Einrichtungen mit überwiegend abstinentorientierten Mitarbeitern höher ist als in Methadonprogrammen mit erhaltungsorientiertem Personal. Dieser Unterschied in der Abbruchquote blieb auch nach Anpassung der Methadondosis bestehen (Vosseberg, 1998).

Die Behandlung sollte auf der Basis von klaren Regeln und Richtlinien erfolgen, die den Klienten genau erklärt werden. Jeder Klient muss prinzipiell eine Einwilligungserklärung unterzeichnen.

Regeln für den Klienten können u.a. beinhalten:

- Kein inakzeptables Verhalten vor oder während des Termins
- Pünktliche Einhaltung der Termine
- Regelmäßiges Abholen und regelmäßige Einnahme des Medikaments (Rezeptes)
- Vereinbarung und Einhaltung von Follow-up-Terminen
- Teilnahme am Evaluationsgespräch

Jede Einrichtung muss eigene Kriterien und Verfahren zur Aufnahme und Entlassung von Klienten entwickeln, die sowohl den Klienten als auch den Mitarbeitern deutlich mitgeteilt werden.

Urinkontrollen

Die Frage der Urinkontrollen wird in Fachkreisen stark diskutiert. Obwohl sie ein wichtiger Teil der ersten medizinischen Indikationsstellung sind (zum Nachweis einer vorliegenden Opiatabhängigkeit), werden sie oft zur Kontrolle der Patienten eingesetzt, um zusätzlichen Substanzgebrauch aufzuspüren. Die Effektivität dieser Kontrollen als Faktor, der zum Behandlungserfolg beiträgt, wird von vielen Experten bezweifelt. Man argumentiert, dass diese Information auch durch Befragung des Patienten erlangt werden kann, was viel Zeit und Geld sparen würde. Natürlich erfordert dies eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patienten, die auf Respekt und gegenseitigem Vertrauen gegründet ist.

Es wird aber auch argumentiert, dass ein positiver Urintest nie ein Grund zum Abbrechen der Behandlung sein sollte, da der Zusatzkonsum ja ein Indiz der Symptomatik der behandelten Krankheit 'Drogenabhängigkeit' ist.

Aggression

Bei aggressiven Patienten müssen die Gründe für das aggressive Verhalten erforscht werden. Generell kann man drei Kategorien von Gründen unterscheiden:

- Aggression ist eine Folge des Drogenkonsums
- Es liegt eine psychische oder psychiatrische Problematik vor
- Aggression ist eine Reaktion auf die Art und Weise, wie der Patient von den Mitarbeitern behandelt wird.

Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter konsequent auf aggressives Verhalten reagieren, sowohl im Hinblick auf die Regeln als auch auf die Zeit, die man diesem Problem widmet.

Körperliche Aggression oder Drohungen dürfen nicht toleriert werden. Jede Einrichtung sollte eigene Regeln aufstellen und diese den Patienten deutlich machen. Falls es nach einer ersten Verwarnung und eventuellen Sanktion zu weiteren Verstöße kommt, entscheidet der Leiter der Einrichtung über das weitere Vorgehen.

Frustration

Wie bei vielen anderen Berufsgruppen besteht auch in der Drogenhilfe die Gefahr, dass Mitarbeiter an dem so genannten 'Burn-out-Syndrom' erkranken. Gerade in diesem Beruf muss man aufgrund des hohen Rückfallrisikos und der (tödlichen) Überdosen von Patienten viele Enttäuschungen verarbeiten. Dazu kommt womöglich Frustration über Nichteinhaltung von Behandlungsvorschriften oder Terminen durch den Patienten. Unrealistische Zielsetzungen können ebenfalls zu Enttäuschungen führen, woraus dann wiederum Frustration, Zynismus, Krankheit und Burn-out entsteht. Wie können die Mitarbeiter einer Drogenhilfs-einrichtung mit diesen Aspekten fertig werden?

Ein wichtiger Faktor zur Vorbeugung von Burn-out unter Mitarbeitern ist die Formulierung realistischer Ziele für die Behandlung, die bei Arbeitsbeginn klar ausgesprochen werden. Teammitglieder sollten auch auf ihre Kollegen achten und eventuelle Probleme unverzüglich ansprechen. Insbesondere neue Kollegen sollten zu Beginn unterstützt und beobachtet werden.

Beschwerdeverfahren

Jede Einrichtung sollte Regeln aufstellen, die klare Aussagen zu Themen wie Vertraulichkeit, Aggression oder Diskriminierung beinhalten. Für Patienten muss es formelle Beschwerdemöglichkeiten geben. Beschwerden sollten aber auch dann von Mitarbeitern angehört werden, wenn sie nicht formell eingereicht wurden. Für den betreffenden Mitarbeiter kann das 'Beschwerdeverfahren' eine positive Lernerfahrung im Behandlungsprozess darstellen, da man dadurch erfährt, was die Klienten als negativ erfahren.

Patientenpartizipation

Patienten sollten ein Mitspracherecht bei der Entwicklung und Organisation eines Methadonprogramms haben, ebenso wie für Patienten von medizinischen Angeboten und Leistungen Möglichkeiten zur Evaluation dieser Angebote bestehen sollten. Heutzutage gibt es Klientenvertretungen in vielen Einrichtungen in Europa, die eng mit den medizinischen Mitarbeitern zusammenarbeiten. Diese Klientenvertretungen sollten eine wichtige Stimme in praktischen und strategischen Fragen erhalten. Am Beispiel von Organisationen wie NAMA (National Alliance of Methadone Advocates) in den Vereinigten Staaten und The Methadone Alliance in Großbritannien, die Methadonpatienten unterstützen und ihnen die Teilnahme an der breiteren Debatte

über die Drogenbehandlung ermöglichen, hat sich der Wert solcher Gruppen durchaus bewiesen. Solche Initiativen ermöglichen auch eine engere Kommunikation zwischen Patienten und Berufsgruppen sowie ein besseres gegenseitiges Verständnis und Anteilnahme. Manche Einrichtungen beteiligen ihre Patienten auch an der Entwicklung von Behandlungsprotokollen und fördern den Zugang zu Organisationen für Patientenrechte.

Nach der Verabschiedung der 'Patient's Charta' in Großbritannien ist es heutzutage üblich, Patienten der Gesundheitsfürsorge an der Entwicklung und Gestaltung von medizinischen Angeboten zu beteiligen (Nelles, 2000).

Rahmenbedingungen

Die Weltgesundheitsorganisation definierte 1998, dass die Entwicklung eines Gesundheitssystems zur Behandlung gesundheitlicher und sozialer Probleme in einem Land einen integralen Teil des sozialen Angebots bilden sollte und bevölkerungsorientiert sein sollte (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1998).

Eine gute Infrastruktur fördert nicht nur die professionelle Arbeitsweise, sondern auch die Einhaltung der Richtlinien.

Zugänglichkeit

Neben der Schaffung stabiler Rahmenbedingungen sind auch saubere Räumlichkeiten eine Grundbedingung für medizinische Einrichtungen. Es empfiehlt sich, alle an der Behandlung von abhängigen Menschen beteiligten Mitarbeiter gegen Hepatitis-B zu impfen und auf Tuberkulose zu untersuchen.

Die Umgebung der Methadonverabreichungsstelle muss bestimmte Bedingungen erfüllen. Da die Klienten die Einrichtung regelmäßig – in vielen Fällen täglich – aufsuchen müssen, sollte sie zentral gelegen sein, wenn möglich in der Nähe von öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus- oder U-Bahnhaltestelle).

Die Öffnungszeiten sollten flexibel sein, um auch arbeitenden Klienten Zugang zu gewähren. Idealerweise ist die Einrichtung oder Methadonambulanz auch vor oder nach den üblichen Bürozeiten geöffnet, sodass Klienten ihr Medikament außerhalb ihrer Arbeitszeit abholen können.

Um Stigmatisierung zu vermeiden, sollte die Einrichtung unauffällig gestaltet werden, zum Beispiel mit einem neutralen Namensschild, das 'Gesundheitsdienst' statt 'Methadonverabreichungsstelle' anzeigt.

Es empfiehlt sich, Kontakt mit der örtlichen Polizeidienststelle aufzunehmen, um den Beamten deutlich zu machen, wie wichtig es ist, drogenabhängige Menschen zur Behandlung zu motivieren, ohne dass sie die Justiz fürchten müssen. Wenn möglich sollten mit der Polizei Absprachen getroffen werden, dass Beamte nicht vor der Einrichtung oder in deren Umgebung 'Posten beziehen', damit Klienten nicht abgeschreckt werden, die Einrichtung aufzusuchen.

Akzeptanz durch die Anwohner

Viele neue Projekte stoßen auf Widerstand der Anwohner, sobald bekannt wird, dass es sich um eine Drogeneinrichtung handelt. Generell herrscht die Meinung, dass Drogenhilfseinrichtungen unerwünschte Elemente anziehen, die herumlungern, Drogen und Alkohol konsumieren und Einbrüche begehen. Der Widerstand ist in der Regel vor der geplanten Eröffnung am stärksten. Sobald die Einrichtung einmal ihre Türen geöffnet hat, wird sie von den Anwohnern zumeist doch akzeptiert. Drogenhilfseinrichtungen müssen dafür sorgen, dass jegliche Belästigung der Anwohner, die von ihr ausgeht, vermieden wird.

Vor der Eröffnung einer neuen Einrichtung empfiehlt es sich, Kontakt mit Bewohnergruppen und Stadtteilorganisationen aufzunehmen. Ein Informationsabend kann dazu beitragen, die Nachbarn über die Regeln und Richtlinien der Einrichtung aufzuklären. Die potenziellen Vorteile der neuen Einrichtung, insbesondere die Reduzierung der Kriminalität in der Nachbarschaft infolge der Methadonverabreichung, sollte dabei betont werden. Für die Klienten sollten Hausregeln und Vorschriften erstellt werden, um Ordnungsprobleme in der Umgebung zu vermeiden. Eine wichtige Regel kann z.B. darin bestehen, Klienten zu verbieten, vor der Einrichtung 'herumzulungern'.

In verschiedenen Ländern, wie den Niederlanden, Italien und der USA (Boston), wurden mobile Vergabestellen (Busse) eingesetzt, wenn die Einrichtung einer festen Methadonverabreichungsstelle nicht möglich war. Mobile Abgabestellen haben zudem den Vorteil, dass mehrere Gebiete in einem bestimmten Umkreis bedient werden können.

.....

B. Diskussion

- Die Teilnehmer erstellen eine Liste mit den Aufgaben und Verantwortlichkeiten ihres eigenen Berufs sowie eine Liste mit den Aufgaben aller anderen Beteiligten.
- Es folgt eine Diskussion über diese Listen und deren Kompatibilität.
- Sollten aggressive Patienten aus der Behandlung entlassen werden?
- Gelten auf dem Gebiet der Drogenbehandlung andere Versorgungsnormen als in anderen medizinischen Behandlungen?

.....

Anmerkung für den Trainer

In Anhang 1 haben wir einige Fallstudien geschildert, die als Übung bei diesem Modul eingesetzt werden können.

Modul 4

Übung 1

Anamnese

Der Arzt sieht den Klienten zum ersten Mal. Es handelt sich um einen 24-jährigen Alleinstehenden, der seit seinem 18. Lebensjahr täglich Heroin gebraucht und das Mittel seit vier Jahren intravenös einnimmt. Neben Heroin nimmt er täglich Kokain. Er ist bleich, hat eine leicht gelbliche Hautfarbe und ist stark abgemagert. Er hat mehrere Abszesse an Armen und Beinen. Er hat keinen Hauptschulabschluss und jobbte lediglich hin und wieder am Bau. Er wohnt nach wie vor bei seinen Eltern, die zwar über seine Sucht Bescheid wissen, aber sich nicht sonderlich darum kümmern (sie haben genug eigene Probleme). Der Klient war zweimal im Gefängnis (wegen kleinerer Delikte) und war noch nie in Behandlung. Seine Motivation, sich gerade jetzt an die Drogenhilfe zu wenden, erklärt er damit, dass sein Dealer verhaftet wurde und es jetzt sehr schwer ist, Drogen zu einem annehmbaren Preis zu bekommen.

Nehmen Sie die Behandlungsmöglichkeiten mit dem Klienten durch und ermitteln Sie, inwiefern er sich bewusst ist, dass sein derzeitiges Verhalten seiner Gesundheit ernststen Schaden zufügen kann.

Fragen: Hepatitis? HIV-Infektion? Mögliche Risiken für andere? Ernährungsverhalten? Andere gesundheitliche Risiken?

Übung 2

Die gleiche Situation wie in Übung 1. Der Sozialarbeiter erörtert Möglichkeiten der sozialen Wiedereingliederung. Wie realistisch ist die Motivation des Klienten, sobald er einen anderen Dealer findet?

Übung 3

Derselbe Klient, 3 Monate später.

Er spricht gut auf die Behandlung an und hat seinen illegalen Drogenkonsum reduziert. Er nimmt nur noch gelegentlich Kokain. Er hat gehört, dass sein Dealer bald aus dem Gefängnis entlassen wird, und fürchtet, dass er in das alte Muster zurückfallen wird. Welche Optionen gibt es hier?

Modul 5

Schwangere Frauen

Die Klientin ist im sechsten Monat schwanger. Sie ist allen Mitarbeitern der Einrichtung gut bekannt und sowohl bei den Mitarbeitern als auch bei den anderen Klienten beliebt. Dennoch scheint sie ihre Schwangerschaft nicht allzu ernst zu nehmen. Sie raucht nach wie vor Zigaretten. Ihre Urinproben sind negativ, seit sie weiß dass sie schwanger ist. Ihr Freund hat sie vor kurzem verlassen, und sie wohnt in einer kleinen Wohnung ohne soziale Unterstützung.

Diskussion:

Sollte das Jugendamt eingeschaltet werden?

Gibt es irgendeine Möglichkeit, sie aktiv bei der Vorbereitung auf die Mutterschaft zu unterstützen?

Gibt es Angebote der Familienhilfe, die sie in Anspruch nehmen kann?

Was könnte man in Bezug auf das Rauchen unternehmen?

Ethnische Gruppen

Der Klient ist ein 32-jähriger Mann, seine Eltern stammen aus Nordafrika. Er fühlt sich generell diskriminiert und beschuldigt die Mitarbeiter der Methadonambulanz, ihn anders als die anderen Klienten zu behandeln. Wegen Ramadan möchte er Take-Home-Dosen mit nach Hause bekommen, sodass er das Methadon nach Sonnenuntergang einnehmen kann. Aufgrund seines anhaltenden Konsums illegaler Substanzen willigt der Arzt jedoch nicht ein. Dies führt zu einem großen Konflikt zwischen Klient und Arzt. Einige der Mitarbeiter ergreifen Partei für den Klienten.

Fragen zur Diskussion:

Sollten alle Mitarbeiter den gleichen Standpunkt vertreten?

Falls der Klient Take-Home-Dosen erhält, würde das von anderen Klienten als Präzedenzfall gesehen werden?

Modul 6

Fallstudie Ablehnung in der Nachbarschaft - Rollenspiel (1 Stunde)

Instruktionen

Der Trainer erörtert die Ausgangssituation und das Verfahren: Jedem Teilnehmer wird eine Rolle zuerteilt, entweder am Tisch, unter den Zuschauern oder als Beobachter.

Jede Rolle wird auf einen Zettel geschrieben, der dann zusammengefaltet wird. Die Zettel werden in eine Schachtel getan, und jeder Teilnehmer nimmt sich einen heraus. Sie haben 5 Minuten Zeit, um sich auf die Rolle vorzubereiten. Das Rollenspiel dauert 20 Minuten. Danach geben die Beobachter ihre Kommentare ab (jeder hat 3 Minuten Sprechzeit) und es findet eine allgemeine Diskussion statt (maximal 30 Minuten)

Die Situation

Eine Stadt hat der Eröffnung einer neuen Methadonambulanz zugestimmt. Die Nachbarschaft ist dagegen. Das Rathaus hat entschieden, dass vor der Eröffnung der Einrichtung eine Pressekonferenz angesetzt wird, um Presse und Öffentlichkeit über die Pläne zu informieren.

Am Tisch

Der Bürgermeister

Der Bürgermeister hat genug von dem Tumult, den die Eröffnung der Methadonambulanz verursacht hat. Es kann ihn Stimmen bei den Wahlen kosten, und er würde das Problem am liebsten vom Tisch haben. Er wird sich in dieser Sache zurückhalten und das Wort dem Leiter des Gesundheitsamtes überlassen. Fragen aus dem Publikum wird er wenn irgend möglich an andere Leute am Tisch weiterleiten.

Pressesprecher des Rathauses

Er ist noch nicht lange im Amt und sieht seine Chance, sich bei der Presse zu profilieren. In Bezug auf die Drogeneinrichtung hat er keinen Standpunkt, Hauptsache er kann die Aufmerksamkeit der Presse auf sich lenken.

Leiter des Gesundheitsamtes

Er steht voll hinter der Drogeneinrichtung. Es besteht Bedarf für diese Einrichtung und sie wird helfen, die Verbreitung von HIV und Hepatitis einzudämmen. Er kann nicht verstehen, weshalb die Anwohner gegen eine solche Einrichtung in ihrer Nachbarschaft sind, da sie doch zur Reduzierung der Probleme beiträgt.

Vertreter der neuen Drogeneinrichtung

Er ist noch nicht lange in der Drogenhilfe tätig und ist etwas unsicher. Als er sich für den Job bewarb, ahnte er nicht, dass es so viel Ablehnung geben würde. Er befürwortet die Einrichtung und findet, dass sie so schnell wie möglich ihre Arbeit aufnehmen sollte.

Polizeivorstand

Er findet, dass Drogenabhängige ins Gefängnis gehören und nicht als Patienten behandelt werden sollten. Seiner Meinung nach sind die Mitarbeiter im Gesundheitsbereich 'Softies', die sich auf die Seite der Drogenkonsumenten schlagen und keine Vorstellung von den Problemen der 'öffentlichen Ordnung' haben.

Wenn es nach ihm ginge, würde die Drogeneinrichtung nicht eröffnet und das Geld für mehr Ordnungshüter ausgegeben.

Unter den Zuschauern

Ein Drogenkonsument

Er nimmt seit mindestens 10 Jahren Opiate und hat auch schon Methadon auf der Szene gekauft. Er hat sehr gut auf das Methadon angesprochen und die Eröffnung einer Methadonambulanz würde ihm helfen, wieder ein normales Leben zu führen. Er findet es nicht schlimm, auf der Pressekonferenz über seine Drogenkarriere zu erzählen.

Vater oder Mutter eines Drogenkonsumenten

Er bzw. sie hat 2 abhängige Kinder. Eines der Kinder verstarb kürzlich an AIDS. Er/sie macht sich große Sorgen über das Wohlergehen des anderen Kindes und hofft, dass die Einrichtung das Kind in seinen Bemühungen, sich weniger Risiken auszusetzen, unterstützen wird.

Vertreter der Anwohner

Er ist sehr wütend über die Pläne. Die Leute im Viertel haben bereits jetzt schon viel mit Armut, Arbeitslosigkeit und Kriminalität zu kämpfen. Eine Drogeneinrichtung wird die Situation weiter verschlimmern. Er wird alles versuchen, um die Eröffnung der Einrichtung zu verhindern. Warum ziehen sie nicht in ein wohlhabendes Viertel?

Der 'feindliche' Journalist

Er vertritt eine konservative Zeitung, die Recht und Ordnung propagiert. In seinen Augen ist die Verabreichung von Methadon an Drogenkonsumenten lediglich der Ersatz einer Droge durch eine andere. Drogenkonsumenten sollten zum Entzug gezwungen und nicht mit Samthandschuhen angefasst werden.

Der 'freundliche' Journalist

Er vertritt eine progressive Zeitung. Er sorgt sich um die Menschenrechte und sieht, dass die Polizei und der Nachbarschaftsvertreter die Rechte der individuellen Drogenkonsumenten verletzen. Er wird einen kritischen Artikel über diese Haltung schreiben.

Beobachtung

Beobachter 1

Beobachten Sie die Teilnehmer am Tisch, ermitteln Sie deren Standpunkte und wie sie diese übermitteln. Achten sie vor allem auf die nonverbale Kommunikation.

Beobachter 2

Beobachten Sie die Zuschauer, ermitteln Sie deren Standpunkte und wie sie diese übermitteln. Achten Sie vor allem auf die nonverbale Kommunikation.

EMPFOHLENE LITERATUR UND NÜTZLICHE WEBSEITEN

Alle Literaturangaben in diesem Training Manual und im Literaturverzeichnis beziehen sich auf die Thematik der Methadonbehandlung bei Opiatabhängigkeit. Einige Studien und Arbeiten sind jedoch besonders nützlich, weil sie eine deutliche und praxisbezogene Übersicht des Themas bieten. Siehe u.a.:

A Preston (1996). The Methadone Briefing. Island Press, GB.

R Humeniuk, R Ali, J White, W Hall and M Farrell (2000). Proceedings of the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone. Monograph series no. 39. Adelaide, Australien. ISBN 0642415080.

J Ward, R Mattick, W Hall (1998) Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Niederlande.

The UK Guidelines (1999). Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management. Department of Health. The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Irland. 1999.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). WHO Technical Report Series, Genf, Schweiz.

Europäischer Rat (1999). 12555/2/99 Cordrogue 64 rev 2. European Union Drugs Strategy (2000-2004).

L A Marsch (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. Addiction. Apr; 93(4): 515-32.

M Farrell, S Howes, A D Verster, M Davoli (1999). Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe. EMCDDA project no. CT.98 DR.10.

Ärztammer Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2001). Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger.

Internationale Webseiten:

<http://www.aatod.org>

<http://www.drugtext.org>

<http://www.euromethwork.org>

<http://www.Update-software.com/cochrane/>

<http://www.opiateaddictionrx.info/>

<http://www.substancemisuse.net/practitioners/pmonthlynews/medical.htm#top>

<http://www.lindesmith.org/homepage.cfm>

Nationale Webseiten:

<http://www.dgsuchtmedizin.de/>

<http://www.trimbos.nl>

<http://www.archido.de>

<http://www.doh.gov.uk/drugdep.htm>

<http://www.nta.nhs.uk>

<http://www.drugscope.org.uk>

AATOD (2002). <http://www.aatod.org>

ADAT (2000). Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe. Eds. A Uchtenhagen , L Guggenbuhl, Schweiz.

S Allsop, A Corry, L Ernst (2002). National Learning Objectives and Assessment Procedures for the Pharmacological Management of Opioid Dependence.

J C Ball and A Ross (1991). The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York: Springer Verlag.

Broers (2002). Presentation at Conference, Zürich, Schweiz, September 2002.

J R M Capelhorne , O H Drummer (1999). Mortality Associated with New South Wales Methadone Programmes in 1994: lives lost lives saved. Medical Journal of Australia, 170, 104-109.

J R M Caplehorn, M S Y N Dalton, F Haldar, A M Petrenas, J G Nisbet,(1996). Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. Substance Abuse & Misuse 1996, 31: (2) 177-196.

CSAT, Center for Substance Abuse Treatment (2002). Expert Panel Clinical Guidelines on LAAM.

Europäischer Rat (1999). 12555/2/99 Cordrogue 64 rev 2. European Union Drugs Strategy (2000-2004).

Europäischer Rat (2000). Pompidou Group. Pregnancy and Drug Misuse - Proceedings. Strassburg, 29, 30 Mai, 2000. In Druck.

S Darke, J Ross, W Hall (1996). Overdose among Heroin Users in Sydney, Australia. I. Prevalence and Correlates of Non-Fatal Overdose, Addiction, 91,405-411.

V P Dole and M E Nyswander (1965). A Medical Treatment for Diacetyl-Morphine (Heroin) Addiction. JAMA 193: 646.

B Dowds, L Owens (2000). Joint Investment and Integration Project for People in Liverpool who misuse Drugs and Alcohol. 11th International Conference on the Reduction of Drug related harm, Jersey, 2000.

C B Eap, T Buclin, P Baumann (2002). Interindividual Variability of the Clinical Pharmacokinetics of Methadone. Clinical Pharmacokinetics 2002: 41(14) 1153-1193.

M Farrell, J Ward, R Mattick, W Hall, G Stimson, D des Jarlais, M Gossop, J Strang (1994). Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a Review. BMJ 309: 997-1001.

M Farrell, S Howes, A D Verster, M Davoli (1999). Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe. EMCDDA project no. CT.98 DR.10.

L P Finnegan (2000). Challenges in the Assessment and Treatment of Drug Dependent Women of Child Bearing Age. Odvisnosti 2000;1:33-35.

L P Finnegan (2000). Women, Pregnancy and Methadone. Heroin Addiction and Related Clinical problems;2(1): 1-8.

B Fischer (1999). Opiate Addiction Treatment, Research and Policies in Canada. Past, Present and Future Issues. International Symposium: 'Heroin-Assisted Treatment for Dependent Drug Users: State of the Art and New Research Perspectives. Discussion of Scientific Findings and Political Implications'. Swiss Federal Office of Public Health and University of Bern, März 1999.

G Fischer, P Etzersdorfer, H Eder, R Jagsch, M Langer, M Weninger (1998). Buprenorphine Maintenance in Pregnant Opioid Addicts. European Addiction Research;4 (suppl 1):32-36.

J Fountain et al (2002). EMCDDA Scientific Report: Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities.

- M Gossop, J Marsden D Stewart (1998). NTORS - At One Year. The National Treatment Outcome Research Study. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake (<http://www.doh.gov.uk/ntors.htm>).
- R Grol (1998). Dissemination of guidelines: Which sources do physicians use in order to be informed? *Journal for Quality of Care Research* 10: 135-140.
- A Haycox, A Bagust, T Walley (1999). Clinical guidelines. The hidden costs. *BMJ* 318: 391-393.
- A Healey, M Knapp, J Astin, M Gossop, J Marsden, D Stewart, P Lehmann, C Godfrey (1998). Economic burden of drug dependency. Social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry*. Aug;173:160-5.
- S Henry-Edwards, L Gowing, J White *et al.* (2002). Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of heroin dependence.
- R Humeniuk, R Ali, J White, W Hall and M Farrell (2000). Proceedings of the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone. Monograph series no. 39. Adelaide, Australia. ISBN 0642415080.
- International Forum (1994). The National Methadone Conference 1994, National Institute of Drug Abuse (NIDA). Methadone Maintenance Treatment Research in the United States. Rockville, MD.
- The Irish Guidelines (1997). Report of the Methadone Treatment Services Review Group. Department of Health and Children. Irland, 1997.
- R E Johnson, E C Strain (1999). Other medications for Opioid Dependence. In: *Methadone Treatment for Opioid Dependence*, E C Strain, M L Stizer. Johns Hopkins University Press, USA.
- A. Kastelic, R Scott et al (1998). Buprenorphine : Current Perspectives. *European Addiction Research*, 1998 ;18 :suppl.2.
- Kirchmayer U, Davoli M, Verster A (2003). Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2003. Oxford: Update Software.
- B Lebeau (1997). Methadone in France: the big Change. *Euro-Methwork Newsletter*, Issue 10.
- Levasseur *et al.* (2002). *Ann. Med. Interne* 2002. 153 Supple. to no. 3, Seiten 1514-1519.
- W Ling, D Smith (2002). Buprenorphine: blending practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23: 87.
- J Lomas (1998). Do practice guidelines guide practice? *New England Journal of Medicine* 321: 1306- 131.
- C Loth (1998). Nursing care in out-patient methadone maintenance clinics in the Netherlands. *Euro-Methwork Newsletter*, Issue 14.
- J Lowinson, I Mariaon, H Joseph, V Dole (1992). Methadone Maintenance. In: *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Ed. Joyce Lowinson, Pedro Ruiz, Robert Millman, John Langrod. Williams & Wilkins pub., USA..
- I Maremmani, M Shinderman (1999). Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication? *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 1(2): 7-13.
- I Maremmani, O Zolesi, M Aglietti, G Marini, A Tagliamonte, M Shinderman, S Maxwell (2000). Methadone Dose and Retention in Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity. *Journal of Addictive Diseases* 19(2): 29-41.
- J Marsden, M Gossop, D Stewart, A Rolfe, M Farrell (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry*. 2000 Mar;176:285-9.
- L A Marsch (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. Apr; 93(4):515-32.

R Mattick and W Hall (1993). A treatment Outline for Approaches to Opioid Dependence: Quality Assurance Project. Australian Government Publishing Service, Canberra, Australien.

R Mattick and W Hall (1996). Are detoxification Programmes effective? *The Lancet* 347:97-100.

R P Mattick, J Kimber, C Breen, M Davoli (2003). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2003. Oxford: Update Software.

A T McLellan, I O Arndt, DS Metzger, GE Woody, C P O'Brien (1993). The effects of Psychosocial Services in Substance Abuse treatment. *JAMA* 269 (15):1953-59.

Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 1999; Statistics for 1997 (1997). International Narcotics Control Board of the United Nations (INCB/UN), Wien, Österreich.

B Nelles, C Ford, G Sutton, A Duncan (2000). The Methadone Alliance. Drug Users and Professionals working together to improve Treatment Options for Dependent Drug Users. 11th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Jersey, 2000.

R. Newman (1998). Prescribing methadone, pursuing abstinence. Lecture delivered at the International Congress of Toxicology, Juni, 1992 Florence, Italien.

MW Parrino (1999). News from the Front. AMTA News Report 1.

L Patrício, N Miguel, R Coutinho, J Câmara, A Costa, M Pimenta, D Duran, R Lucena, P Perestrelo (1996). LAAM. The Experience at Centro das Taipas. Col. Textos Taipas, Vol. IX :12 – 29.

L Patrício, A Costa (2000). Buprenorphina (Subutex) em Portugal. Colectânea de Textos das Taipas XII Vol:159-167. Lissabon, 2000.

A Preston (1996). *The Methadone Briefing*. Island Press, GB.

Prison and Drugs: European Recommendations (1998). Euro-Methwork Newsletter, Issue 16.

C R Schuster (1989). Methadone maintenance – An adequate dose is vital in checking the spread of AIDS. *NIDA Notes*, Spring/Summer, USA.

P G Shekelle, S H Woolf, M Eccles, J Grimshaw (1999). Developing guidelines. *BMJ* 318:593-596.

K A Sporer (2003). Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ* 2003;326:442-444.

The Swiss Methadone Report (1996). Swiss Federal Office of Public Health, Switzerland; Addiction Research Foundation, Kanada.

R Thomson, M Lavender, R Madhok (1999). Fortnightly review: how to ensure that guidelines are effective. *BMJ* 311: 237-242.1995.

A Uchtenhagen, A Dobler-Mikola, T Steffen, F Gutzwiller, R Blattler, S Pfeiffer (1999). Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main results of the Swiss national cohort study.

C Uehlinger, J J Deglon, S Livoti, S Petitjean, D Waldvogel, D Ladewig (1998). Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence. Swiss multi-centre Study. *European Addiction Research* 4 (suppl 1):13-18.

The UK Guidelines (1999). Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management. Department of Health. The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Nordirland. 1999

UNODC (2003). Investing in drug abuse treatment. A discussion paper for policy makers.

A Verster, E Buning (2000). European Methadone Guidelines. EuroMethwork, Amsterdam

P Vossenbergh (1998). Staff Attitude towards Methadone Maintenance and Methadone Patients. Euro-Methwork Newsletter, Issue 14.

J Ward, R Mattick, W Hall (1998). Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Niederlande.

J Ward, W Hall, RP Mattick (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. The Lancet 1999; 353: 221-26.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). WHO Technical Report Series, Genf, Schweiz.

H Woolf (1992). Practice guidelines: a new reality in medicine II. Methods of developing guidelines. Archives of Internal Medicine 152:946-952.

Liste der beteiligten Experten

Andrew Bennett, HIT, Liverpool, GB

Hans-Günter Meyer-Thompson, Drogenambulanzen Hamburg GmbH, Deutschland

Bill Nelles, The Methadone Alliance, London, GB

Dick Osseman, EATI, Amsterdam, Niederlande

Edo Polidori, Sert Faenza, Faenza, Italien

Danksagung

Wir danken den folgenden Sachverständigen für ihre Beiträge und Vorschläge zum Schlusssentwurf dieses Training Manuals:

Holly Catania (USA)

Maurizio Coletti (Italien)

Michael Farrell (GB)

Andrej Kastelic (Slowenien)

Luis Patricio (Portugal)

Andrew Preston (GB)

Icro Maremmani (Italien)

Robert Newman (USA)

Emilis Subata (Litauen)

Marta Torrens (Spanien)

Marc Reisinger (Belgien)

Die Anwendung dieses Manuals und die PowerPoint- Präsentation wurden in einem versuchsweisen Training in Newcastle (GB) durch Bill Nelles und in Urbino (Italien) durch Edo Polidori und Franco Celeste Giannotti getestet. Ein erster Kurs für Ärzte aus verschiedenen EU-Ländern hat im Frühjahr 2003 in Porto/Portugal stattgefunden. Trainer: Ernst Buning und Hans- Günter Meyer-Thompson

BEWERTUNGSFORMULAR FÜR TEILNEHMER AM TRAINING

Wir würden gerne Ihre Meinung über dieses Training erfahren. Wir wären Ihnen deshalb sehr dankbar, wenn Sie diesen kurzen Fragebogen ausfüllen und an uns zurücksenden würden. Per E-mail: Info@q4q.nl oder per Fax: +31 - 20 - 330 34 50.

Bitte bewerten Sie die folgenden Fragen mit einer Zahl zwischen 1 (negativ) und 5 (positiv)

Gesamtbewertung

- Persönliche Zufriedenheit
- Deutlichkeit der besprochenen Themen
- Novität der Elemente
- Anwendbarkeit der erlernten Fähigkeiten
- Interesse an einer Vertiefung des Themas

Schwierigkeitsgrad des Trainings?

- Bewertungsskala von 1=schwierig bis 5=leicht

Der/die Trainer

- Präsentation
- Kompetenz
- Kommunikationsfähigkeiten
- Deutlichkeit
- Methodik

Gab es etwas, das Sie an dem Training vermissten?

- Ja Nein

Falls ja, was?

.....
.....
.....
.....

Danke für Ihre Kooperation!