



EUROPEAN COMMISSION
HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-
GENERAL
Directorate C - Public Health and Risk Assessment

Leitlinien für Interventionen in der Drogenbehandlung – Kurzfassungen (fact sheets)

Deutsche Fassung der Zusammenfassung des Projekts:
Models of good practice in drug treatment in Europe (“Moretreat”)
AGREEMENT NUMBER - 2006329

15. November, 2008

Korrespondenzadresse:

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)

Direktor: Prof. Dr. C. Haasen

Zentrum für psychosoziale Medizin, Universitätskrankenhaus
Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Tel: + 49 40 42803 7901, Fax: + 49 40 42803 8351

haasen@uke.uni-hamburg.de, www.zis-hamburg.de



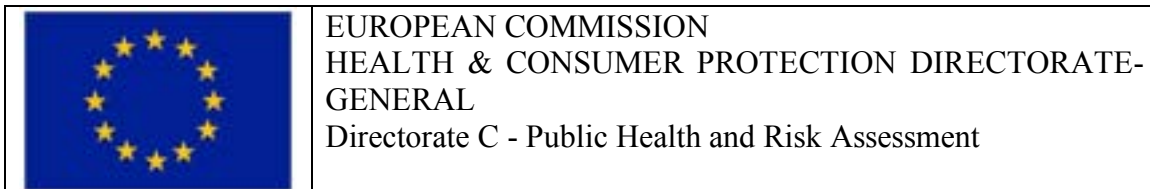
**Projekt: Models of good practice in drug treatment in Europe (“Moretreat”)
Consortium**

**Koordinator und Projektpartner
Koordinator**

| | | |
|--------------------|--|--|
| ZIS Hamburg | Prof. Dr. C. Haasen Dr. P. Degkwitz Dr. H. Zurhold B. Schulte K. Thane Prof. Dr. H Stöver | haasen@uke.uni-hamburg.de p.degkwitz@uke.uni-hamburg.de zurhold@uke.uni-hamburg.de b.schulte@uke.uni-hamburg.de k.thane@uke.uni-hamburg.de hstoever@uni-bremen.de |
|--------------------|--|--|

Projektpartner

| | | |
|---------------------|---|---|
| SU Stockholm | Prof. Dr. B. Olsson M. Lovstrom | borje.olsson@sorad.su.se marikalovstrom@hotmail.com |
| IPiN Warsaw | Prof. Dr. J. Moskalewicz K. Dabrowska | moskalew@ipin.edu.pl dabrow@ipin.edu.pl |
| KCL London | Prof. Dr. M. Gossop Dr. J. Witton | m.gossop@iop.kcl.ac.uk John.Witton@iop.kcl.ac.uk |
| MUW Vienna | Prof. Dr. G. Fischer J. Hoedlmoser M. Galovic | Gabriele.Fischer@meduniwien.at Julia-Hoedlmoser@gmx.at marian.galovic@uv-medizin.at |
| TU Dresden | Prof. Dr. J. Rehm Prof. Dr. A. Uchtenhagen Dr. Dr. A. Samokhvalov | Jtrehm@aol.com <u>uchtenhagen@isgf.unizh.ch</u> avsamokhvalov@yahoo.ca |
| ITACA Rome | Dr. M. Coletti A. Camposeragna R. Accettura | coletti@itacaeurope.org a.camposeragna@itacaitalia.it rita.accettura@gmail.com |



Der Inhalt dieses Berichts gibt nicht notwendig die Meinung der Europäischen Kommission wider. Weder die Kommission noch ihre Vertreter können verantwortlich gemacht werden für jedwede Folgen der Verwendung von Informationen dieser Publikation.

Inhalt

| | |
|---|----|
| <i>Leitlinien für Interventionen in der Suchtbehandlung – Kurzfassungen</i> | 4 |
| 1 Kurzintervention und Kurztherapie für KonsumentInnen illegaler Drogen | 4 |
| 2 Motivierende Gesprächsführung in der Drogenbehandlung | 7 |
| 3 Interventionen für durch Blut übertragbare Erkrankungen | 9 |
| 4 Erhaltungstherapie - Substitutionsbehandlung | 17 |
| 5 Psychosoziale Interventionen | 20 |
| 6 Entzugsbehandlung | 24 |
| 7 Behandlung in der Strafrechtspflege..... | 29 |
| 8 Behandlung von substanzabhängigen Klienten mit komorbiden Störungen..... | 33 |
| 9 Behandlung bei Stimulanzienabhängigkeit | 37 |
| 10. Schwangerschaft und Mutterschaft in der Drogenbehandlung..... | 41 |
| 11 Aspekte des Drogenhilfesystems..... | 43 |
| Literatur..... | 46 |

Leitlinien für Interventionen in der Suchtbehandlung – Kurzfassungen

Im Folgenden werden Kurzfassungen der Leitlinien der wichtigsten Interventionen im Bereich der Drogenbehandlung in deutscher Sprache vorgestellt.

Die detaillierten Leitlinien für die einzelnen Interventionen – “Guidelines for drug treatment improvement” – sind im Endbericht des Projekts “Models of good practice in drug treatment in Europe (‘Moretreat’)” enthalten. Sie sind nur in englischer Sprache verfügbar.

1 Kurzintervention und Kurztherapie für KonsumentInnen illegaler Drogen

A Definition und Ziele

1 Problemdefinition

In den letzten Jahrzehnten ist der Konsum illegaler Drogen zu einem bedeutenden sozialen und medizinischen Problem geworden. Trotz zahlreicher Versuche den Drogenkonsum in Europa zu reduzieren, bleibt die Zahl der DrogenkonsumentInnen hoch, ebenso wie die Zahl der Notfälle, der chronischen und einschränkenden Folgen des Drogengebrauchs. Die weite Verbreitung des Konsums illegaler Drogen und drogenbedingter Störungen führt zu einer starken Behandlungsnachfrage, die nicht allein von auf Abhängigkeit spezialisierten Einrichtungen befriedigt werden kann. Diese Situation führt dazu, dass, obwohl nicht auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert, Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung medizinische Hilfen für Drogenabhängige leisten. Das besondere Behandlungssetting in diesen Einrichtungen erfordert die Einführung von kurzzeitigen, einfachen und kosteneffektiven Behandlungsmodellen als Kurzinterventionen und -therapien.

2 Aufgaben und Ziele der Kurzinterventionen und -therapien

Kurzinterventionen sind kurzzeitige Interventionen klinischer Praxis, die entweder aus einer oder wenigen Sitzungen bestehen, die darauf abzielen, das Problem des PatientInnen einerseits zu analysieren und ihn andererseits dazu zu motivieren, die mit dem Substanzgebrauch einhergehenden Schäden durch Inanspruchnahme einer zusätzlichen Drogentherapie zu minimieren.

Kurztherapie ist ein Prozess systematischer und zielgerichteter Beurteilung, Motivation des Klienten und schnelle Umsetzung von Veränderungsstrategien. Kurztherapien umfassen üblicherweise mehr Sitzungen als Kurzinterventionen und unterscheiden sich

weiterhin in ihrer Zielsetzung, Klienten zu befähigen grundlegende Haltungen zu verändern; sie behandeln außerdem eine Vielzahl von Hintergrundproblemen.

B Evidenzbasierung

1 Datenlage

Gegenwärtig gibt es eine Vielzahl von Forschungen und Meta-Analysen, die eine Wirksamkeit von Kurzinterventionen und –therapien für verschiedene Patientengruppen und Drogenkonsumverhaltensmuster einschließlich Polytoxikomanie belegen. Aufgrund der Tatsache, dass Forschungen bezüglich psycho-sozialer Interventionen sich im wesentlichen auf Cannabis- und Stimulantienkonsum beziehen, ist die Literatur zum Opioidkonsum im wesentlichen auf Erhaltungstherapie fokussiert.

2 Zentrale Ergebnisse

Die Forschung über Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Techniken hat gemischte aber im wesentlichen positive Ergebnisse für Motivationssteigerungstherapien (Motivational Enhancement Therapy/MET), hohe Wirksamkeit für kognitive Verhaltenstherapie mit und ohne MET, positive Effekte von Familien- und Sozialtherapie und die Eignung der Einführung von pharmako-gestützten Interventionen in bestimmten Fällen erbracht.

C Empfehlungen

1 Motivationssteigerungstherapien

Es gibt vielfache und unterschiedliche Belege für die Wirksamkeit von Motivationssteigerungstherapien, meistens präsentiert im Zusammenhang mit Cannabis- und Stimulantien- und weniger für Opioidgebrauch. Während bestimmte Studienergebnisse geringe Wirksamkeit für MET feststellen, zeigen doch die Mehrheit der Studien eine hohe Effektivität. Motivationssteigerungstherapien sollten Informationskomponenten enthalten und auf den folgenden Schlüsselaspekten beruhen:

- Medizinische Komplikationen und damit verbundene Störungen – sie sind bei den meisten Konsummustern verbreitet und berühren die mentale und physische Funktionalität.
- Ökonomische Aspekte des Drogenkonsums – die für Drogen ausgegebene Summen und der wirtschaftliche Vorteil der Abstinenz.
- Soziale Aspekte des Drogenkonsums – soziale, familiäre und Bildungsprobleme, die mit dem Drogenkonsum verbunden sind.

- Rechtlicher Status der Droge. Potentielle rechtliche Konsequenzen des Drogenenerwerbs, -gebrauchs und besitz, sowohl als auch die rechtlichen Folgen illegaler Taten und Notfallsituationen.
- Drogenabhängigkeit und ihre Anerkennung durch den Patienten.

2 Kognitive Verhaltenstherapie

Es gibt viele Belege für die hohe Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie für die Behandlung von Drogenabhängigkeit. Die meisten PatientInnen mit Substanzgebrauch weisen bestimmte Drogenkonsummuster, die bezogen sind auf bestimmte Situationen, Freunde oder Gruppen oder bestimmte Lebensereignisse. Entsprechend treten assoziative psychologische “Trigger” auf, die offensichtlich die PatientInnen in die Versuchung führen, den Drogenkonsum fortzusetzen. Die Analyse dieser Trigger, das bessere Verständnis der psychologischen Hintergründe der Abhängigkeit und die Entwicklung von Bewältigungskompetenzen, führen zu höheren Abstinenzraten in den meisten Studien.

3 Soziale- und Familientherapie

Viele Studien zur Einführung von familien- und/oder sozial-basierten Techniken haben ihre Wirksamkeit in der Bewältigung sozialer Deprivation und Verbesserung des Behandlungsprozesses gezeigt. Deshalb ist es wünschenswert, dass seine/ihre Familie und Freunde in den Behandlungsprozess involviert sind. Die Hauptziele und der potentielle Erfolg Familie und Freunde an der Behandlung zu beteiligen, sind:

- Schaffung einer psychologisch angenehmen Umgebung für eine Behandlung;
- Ermutigung und Inspiration für PatientInnen;
- Vermeidung von “Gelegenheitsrückfällen” und
- Verbesserung der Sozialisation der PatientInnen.

4 Pharmako-gestützte Therapie

Obwohl pharmako-gestützte Therapie kein Bestandteil einer Kurzintervention ist, kann es bestimmte gegenwärtige oder vorhersehbare medizinische Komplikationen und damit verbundene Störungen. Deshalb ist die Nutzung pharmako-gestützter Therapie in einigen Fällen so wichtig, sowohl um mit den gegenwärtigen medizinischen Problemen umzugehen, als auch um zukünftige zu vermeiden.

Pharmako-gestützte Therapie kann und muss genutzt werden, um den medizinischen Allgemeinzustand der PatientInnen zu verbessern.

5 Bestimme Techniken zur Wahl

Alle psychotherapeutischen Techniken, die in diesen Leitlinien beschrieben sind, sind effektiv. Während die klinischen Befunde ihre ergänzende und zusätzliche Wirksamkeit zeigen, empfehlen wir ihre kombinierte Einführung.

6 Anzahl der Sitzungen und Dauer der Behandlung

Auch wenn gegenwärtige Studien die Wirksamkeit von bereits einer einzigen Sitzung belegen, ist die Wirksamkeit bei mehreren Sitzungen höher.

2 Motivierende Gesprächsführung in der Drogenbehandlung

A *Definition & Zielsetzungen*

1 Beschreibung des Problems

Motivierende Gesprächsführung ist eine Beratungsmethode, die auf den folgenden Grundannahmen beruht:

- Ambivalenz zum Substanzgebrauch (sowie zu Veränderungen des Konsums) ist normal und begründet ein wichtiges motivationales Hindernis in der Gesundung/Besserung.
- Ambivalenz kann durch die Arbeit mit den intrinsischen Motivationen und Werten des Klienten aufgelöst werden.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Klienten und dem Therapeuten ist eine gemeinschaftliche Partnerschaft, zu der beide wichtige Expertise beisteuern.
- Ein empathischer, unterstützender und dennoch zielgerichteter Beratungsstil schafft Bedingungen, unter denen Veränderung stattfinden kann (Direkte Argumente und aggressive Konfrontation können eine Verteidigungshaltung des Klienten verstärken und die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung verringern).
- Motivierende Gesprächsführung begann als ein 'transtheoretisches' Modell zum tieferen Verständnis der Motivation zur Veränderung bei Drogen- und Alkoholkonsumenten.

Motivierende Gesprächsführung (und ihre klinische Anwendung) behandelt das Thema der individuellen Einstellung, Aktionen und Reaktionen unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile des Konsums.

2 Aufgaben und Ziele

Die Ansätze der Motivierenden Gesprächsführung basieren auf den folgenden Grundannahmen über die Natur von Motivation:

- Motivation ist ein Schlüssel zur Veränderung.
- Motivation ist multidimensional.
- Motivation ist dynamisch und veränderlich.
- Motivation wird von sozialen Interaktionen beeinflusst.
- Motivation kann geändert werden.
- Motivation wird von dem Stil des Behandlers beeinflusst.

- Die Aufgabe des Beraters/Behandlers ist es, Motivation hervorzurufen und zu fördern.

B Evidenz

1 Allgemeine Beschreibung der aktuellen Situation unter Berücksichtigung des vorhandenen Datenmaterials

Motivierende Gesprächsführung ist eine von Miller und Rollnick entwickelte, bekannte und wissenschaftlich erprobte Methode der Klientenberatung, die als nutzbringende Interventionsstrategie in der Behandlung von Lebensführungsproblemen und Krankheiten gilt.

Obwohl der Bedarf an Behandlung des Substanzgebrauchs weit über das Angebot hinausgeht, wird durch Veränderungen des Gesundheitssystems immer größerer Druck auf die Anbieter und ihre Klienten ausgeübt. Die Geldgeber verlangen vermehrt Nachweise, nicht nur über die Effektivität der angebotenen Programme, sondern auch über deren Kosteneffektivität. Praktiker und Programme sind zunehmend gefordert, wissenschaftlich unterstützte, aktuelle Methoden zu nutzen. Öffentliche Geldgeber sind rar und Drittmittelgeber üben großen Druck aus, kürzere, kostengünstigere und effektivere Behandlungsmaßnahmen zu praktizieren.

Zusammenfassend wird von Behandlern/Beratern mit weniger Mitteln mehr erwartet.

2 Kurzbeschreibung der zentralen Ergebnisse der Studien

Die Eingliederung von motivierenden Ansätzen kann eine wirksame Antwort auf diese Herausforderungen sein. Neuere Studien (Brown und Miller, 1993; Kolden et al., 1997; McCaul und Svikis, 1991) befürworten die Integration von Modulen der Motivierenden Gesprächsführung in Behandlungsprogramme, um Behandlungsabbrüche zu verringern, die Mitwirkung des Klienten zu fördern, und die Erfolge und Erhaltung positiver Verhaltensänderungen zu steigern. Andere Studien haben gezeigt, dass Kurzinterventionen mit Motivierender Gesprächsführung effektiver sind als keine Intervention oder ein Platz auf der Warteliste, und nicht schlechter als einige Arten intensiverer Behandlung (Bien et al., 1993a, 1993b; Noonan und Moyers, 1997). Ein Review über die Kosteneffektivität von Alkoholbehandlung ordnete Motivierende Gesprächsführung als eine der effektivsten Behandlungsarten ein, beruhend auf gewichteter Evidenz aus klinischen Studien (Holder et al., 1991). Unter den 33 evaluierten Studien war Kurze Motivierende Beratung die kostengünstigste und somit kosteneffektivste Behandlungsform. Obwohl diese Annahme vorsichtig betrachtet und noch weiter untermauert werden muss, fand die gleiche Studie eine negative Korrelation zwischen der Effektivität und den Kosten bei den traditionellsten Formen der Alkoholbehandlung, und zeigte einen wachsenden Trend auf, der effektive ambulante Maßnahmen gegenüber weniger effektiven oder weniger erforschten – aber weitaus kostspieligeren – stationären Angeboten befürwortet (Holder et al., 1991).

Wie bereits beschrieben, erhöht Motivierende Gesprächsführung die Effekte anderer Behandlungen, war aber bisher noch nicht selbst Gegenstand einer randomisierten Studie. Kurze, motivationsfördernde Behandlung scheint dieselben Effekte zu haben wie umfangreichere Behandlungsangebote. Die Studien, mit Ausnahme des Projektes MATCH, haben vor allem Patienten mit einem niedrigeren Grad der Alkoholabhängigkeit rekrutiert.

C Empfehlungen

- Motivierende Gesprächsführung wird als große Hilfe für Professionelle in der Drogenhilfe gesehen. Da Motivation zur Verhaltensänderung ein Prädiktor für adäquate Behandlung ist, kann es zur Verhaltens- und Einstellungsmessung der PatientInnen bezogen auf die Behandlung verwendet werden.
- Motivierende Gesprächsführung ist evidenzbasiert und die Resultate können evaluiert werden.
- Motivierende Gesprächsführung kann in eine Reihe von Behandlungsangeboten integriert werden, um deren Resultate zu verbessern.
- Motivierende Gesprächsführung sollte in hochschwelligem Behandlungsangeboten eingesetzt werden
- Der theoretische Hintergrund der Motivierenden Gesprächsführung sollte auch den Praktikern geläufig sein, die nicht direkt mit dieser Interventionsform arbeiten.
- Motivierende Gesprächsführung sollte als ein Modul frühzeitig in der Behandlung eingesetzt werden, um die Bereitschaft der PatientInnen für eine stationäre oder teilstationäre, psychosoziale Behandlung (stationär oder ambulant), im Strafvollzug und generell in der psychosozialen Behandlung zu erheben.

3 Interventionen für durch Blut übertragbare Erkrankungen

A Definition und Zielsetzungen

1 Beschreibung des Problems

Drogenkonsumierende und insbesondere diejenigen, die Drogen intravenös konsumieren (IVDU), weisen das Risiko auf, sich mit durch Blut übertragbaren Krankheitserregern zu infizieren. Diese Krankheitserreger umfassen vor allem das Human Immunodeficiency Virus (HIV) und das Hepatitis C Virus (HCV), aber auch andere Hepatitis-Viren (HBV und HAV) und Tuberkulose. Weitere Infektionskrankheiten kommen ebenfalls durchaus vor. Im Jahr 2005 gab es in der Europäischen Union etwa 3,500 Neuinfektionen mit HIV die auf den intravenösen Drogenkonsum zurückgeführt wurden (EMCDDA 2007a). In der Europäischen Union

variiert die Prävalenz von HIV unter den IVDU von Land zu Land und kann von nahezu 0% bis zu 40% reichen, die Prävalenz von Hepatitis C in der Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden liegt zwischen 30% und 98% (EMCDDA 2007a).

Das Hepatitis C Virus kann potentiell zu verheerenden Komplikationen der Hepatitisinfektion führen, da eine Ansteckung mit HCV bei ca. 80% der Infizierten einen chronischen Verlauf nimmt. Der Virus ist lediglich bei 20% der Infizierten nicht mehr nachweisbar (Wright und Tompkins 2006). Junge i.v. Drogenkonsumierende stecken sich zumeist gleich zu Beginn ihrer Drogenkonsumentwicklung mit Hepatitis C an (EMCDDA 2007a).

Interventionen, die sich auf durch Blut übertragbare Infektionen richten, wurden als ein integraler Bestandteil der Harm Reduction Politik entwickelt und folgen dem allgemeinen Ziel, Gesundheitsschäden zu minimieren und Risiken des Drogenkonsums zu verringern. Die wesentlichen Interventionen zur Prävention von durch Blut übertragbaren Erkrankungen sind

- Nadel- und Spritzentausch-Angebote,
- Drogenkonsumräume,
- Bluttest und Impfung
- Information und Edukation.

2 Aufgaben und Ziele

Im Allgemeinen zielen Interventionen zu durch Blut übertragbaren Infektionen darauf ab, die Übertragung dieser Infektionen bei Drogenkonsumierenden zu reduzieren. Primäres Ziel von Angeboten zum Nadel- und Spritzentausch ist es, die gemeinsame Verwendung von Utensilien zur Drogenbereitung und Injektion zu verringern und somit zugleich die Transmission von HIV, Hepatitis B und C sowie weiterer durch Blutkontakte übertragbarer Infektionen zu senken (Morissette, Cox et al. 2007; Ritter und Cameron 2006; Trimbos instituut 2006). Bluttests und Impfungen verfolgen als wichtigstes Ziel Ansteckungen über Blutkontakte vorzubeugen, indem der Zugang zu Hepatitis B und C-Tests sowie zu HIV-Tests und zur Hepatitis-Immunsierung angeboten wird. Drogenkonsumräume haben das Ziel, drogenkonsumbedingte Überdosierungen und die damit einhergehende Mortalität zu verringern. Zudem zielen diese Angebote darauf ab, den Kontakt zu schwer erreichbaren Klienten herzustellen und die öffentliche Belästigung durch Drogenkonsumierende zu verringern.

3 Klienten, an die sich die Interventionen richten

- Angebote zum Spritzentausch bieten einen niedrigschwelligen Zugang für alle i.v. Drogenkonsumierende.
- Proaktive Angebote zum Test auf drogenbezogene Infektionskrankheiten sowie Impfangebote richten sich an alle Personen mit einem problematischen Drogenkonsum, die überdies möglicherweise Spritzenutensilien gemeinsam nutzen und/oder ungeschützten Sex praktizieren (Trimbos instituut 2006).

- Spezifische Zielgruppen für Test- und Impfangebote und eine entsprechende Beratung sind Drogenkonsumierende, die bereits mit HCV infiziert sind, Neueinsteiger und junge i.v. Konsumierende, Gefangene, drogenabhängige Prostituierte, Migranten etc.
- Zielgruppen für Drogenkonsumräume sind vor allem hoch riskant Konsumierende und marginalisierte Drogenkonsumierende.
- Information und Edukation richtet sich an Drogenkonsumierende, deren Familie, Freunde und auch an das weitere Umfeld.

B Evidenz

Die Evidenz zur Effektivität von Maßnahmen der Harm Reduction ist insgesamt sehr dürftig im Vergleich zu kontrollierten medizinischen Studien. In einigen Aspekten ist die Evidenz von Harm Reduction durch die jeweilige Untersuchungsmethode eingeschränkt.

1 Evidenz für Angebote zum Nadel- und Spritzentausch

Es besteht eine deutliche Evidenz in der Hinsicht, dass die zunehmende Verfügbarkeit von Angeboten zur Vergabe von sterilen Nadeln und Spritzen beträchtlich dazu beigetragen hat, die Ausbreitung von HIV unter IVDUs zu kontrollieren (Henderson, Vlahov et al. 2003; Emmanuelli, Desenclos et al. 2005; Bravo, Royuela et al. 2007).

- Die Nutzung von Angeboten zur Spritzbesteckvergabe geht mit dem eindeutigen Vorteil einher, dass HIV relevantes Risikoverhalten abnimmt und beispielsweise die gemeinsame Nutzung von Spritzutensilien zurückgeht.
- Nadel- und Spritzentauschprogramme scheinen weniger wirksam für die Prävention von Hepatitis C Infektionen zu sein.
- Der schleichende Rückgang der HCV Prävalenz wird verschiedenen Faktoren zugeschrieben wie dem fortgesetzten Risikoverhalten, der seltenen Nutzung der Angebote zur Spritzbesteckvergabe, dem stärkeren Risikoprofil der Klienten dieser Angebote wie z.B. durch das Injizieren von Kokain.
- Es gibt einige Evidenz dafür, dass der zunehmende Zugang zu und die Nutzung von Angeboten zur Spritzenvergabe erfolgreich dazu beigetragen hat, die Konsumfrequenz zu reduzieren, den Umstieg vom intravenösen Konsum zum Rauchen zu fördern und die Aufnahme und Beibehaltung einer Drogentherapie zu steigern.

2 Evidenz für Bluttests und Impfungen

- Es gibt keine eindeutige Evidenz dafür, dass Tests auf Infektionskrankheiten und Testberatungen als einzelne Maßnahmen wirksam sind. Aktuelle Erkenntnisse legen nahe, dass Tests auf durch Blut übertragbare Erkrankungen für die Reduzierung von HIV-Infektionen in dem Sinne effektiv sein können, dass sich das Risikoverhalten als eine Konsequenz des Tests und der damit verbundenen Beratung verringert.

- Bluttests und Testberatungen können dazu beitragen, dass sich mehr Drogenkonsumierende in eine medizinische Behandlung oder eine Drogentherapie begeben (Trimbos instituu 2006; Samet, Walley et al. 2007).
- Eine Impfung gegen eine virale Hepatitis B Infektion hat sich als höchst effektiv erwiesen, um eine Hepatitis B Infektion nach einer vollständigen Immunisierung von dreimaligen Impfungen zu verhindern.
- Eine Impfung gegen Hepatitis B scheint zudem einen günstigen Einfluss auf den Hepatitis C Serostatus auszuüben.

3 Evidenz für Drogenkonsumräume

- Es gibt eine Evidenz dafür, dass sich der Gesundheitszustand stabilisiert und in positiver Richtung verändert.
- (Wieder-)Eingliederung in das Drogenhilfesystem findet statt.
- Drogenkonsumräume bewirken, dass öffentliche Belästigungen in der Nachbarschaft abnehmen.

Forschung zu Information und Edukation

- Information und Edukation können dazu beitragen drogenbezogenen Risiken zu verringern, vor allem wenn diese Interventionen mit weiteren Präventionsstrategien verknüpft werden.

C *Empfehlungen*

1 Standorte

- Um einen leichten Zugang zu Angeboten des Nadel- und Spriztentauchs zu gewährleisten, sollte eine Vielzahl solcher Angebote auf lokaler Ebene inklusive ländlicher Gegenden zur Verfügung gestellt werden.
- Ambulante Drogenhilfen, Drogenbehandlungen, Gesundheitszentren, Haftanstalten, Allgemeinmediziner sowie weitere Hilfeinrichtungen stellen geeignete Standorte dar, um Bluttests, Beratungen, Impfungen gegen virale Infektionen (Matic, Lazarus et al. 2008) sowie Information und Edukation bereitzustellen.
- Seit der Verfügbarkeit von Schnelltests, welche die Zeitspanne zwischen Test und Testergebnis reduzieren, und sofern Tests und Beratungen in einem für Klienten angenehmen Setting angeboten werden, hat sich die Akzeptanz von freiwilligen Tests erheblich erhöht (WHO 2007).
- Zielgerichtete Impfungen für intravenös Drogenkonsumierende scheinen am wirkungsvollsten zu sein, wenn diese im Rahmen von Substitutionsbehandlungen, Spriztentauch-Angeboten oder in anderen ambulanten Einrichtungen angeboten werden, welche sich auf die Prävention von Infektionskrankheiten spezialisiert haben (Edlin, Kresina et al. 2005).

2 Personelle Ausstattung

- In Einrichtungen mit Spritzentauschprogrammen und Drogenkonsumräumen beinhalten professionelle Kompetenzen, über intravenöse Konsumformen Bescheid zu wissen und Ratschläge zur Risikominimierung im Sinne von Safer Use zu geben.
- In spezialisierten Drogenhilfeeinrichtungen oder in Spritzentauschprogrammen sollte medizinisches Personal wie Krankenpfleger eingestellt sein um kleinere Infektionen zu behandeln und um einen allgemeinen Gesundheitscheck anzubieten.
- Personal aus dem Gesundheitsbereich muss das erforderliche Training angeboten werden, damit diese Gruppe ein Verständnis von der Dynamik des Drogenkonsums und der Drogenabhängigkeit erlangt (Edlin, Kresina et al. 2005).
- Im Sinne von “best practice” ist es erforderlich zu gewährleisten, dass ein adäquat ausgebildetes Personal vorhanden ist, welches über die nötigen Fähigkeiten und Kompetenzen verfügt, um Klienten zu durch Blut übertragbare Viren, Test- und Impfangebote sowie zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten zu beraten.

3 Rahmenbedingungen der Interventionen

- Gute Praxis bedeutet nicht, lediglich sterile Nadeln und Spritzen auszuteilen, sondern dieses Angebot mit Angeboten der Beratung, Aufklärung zu Risiken, primären Gesundheitsversorgung, Prävention von Überdosierungen, sowie Beratungen zu Wohnproblemen, sozialen und legalen Belangen zu kombinieren. Drogenkonsumierenden sollte außerdem die Weitervermittlung in Kurzinterventionen und strukturierte Therapieangebote angeboten werden.
- Alle Hilfeeinrichtungen sollten Informationen und Ratschläge zu den Möglichkeiten eines Routinescreenings bezüglich Hepatitis A, B und C sowie zu HIV anbieten. Drogenkonsumierende, die nicht wissen, dass sie infiziert sind, können auch nicht von einer Behandlung und Versorgung profitieren, gleichwohl eine solche Versorgung ihre Lebensqualität und ihre Gesundheit maßgeblich verbessern kann.
- Das Testen auf durch Blut übertragbare Krankheiten erfordert, dass Professionelle die Klienten zuvor sorgfältig auf den Test vorbereiten indem Informationen zu den Auswirkungen des Testens auf Hepatitis und HIV vermittelt werden. Eine Beratung vor und nach dem Test ist ein unentbehrlicher Bestandteil des Bluttests, um mit der betroffenen Person das Testverfahren und weitere Schritte zu besprechen, die nach Erhalt des Testergebnisses ratsam sind.
- Das Testen und die damit verbundene Beratung sollten auf freiwilliger und vertraulicher Basis erfolgen.

4 Zugang

- Um die Test- und Impfbereitschaft zu erhöhen sollten Einrichtungen einen leichten und breit verfügbaren Zugang garantieren, und das Angebot sollte als niedrighschwelliges, kostenfreies und vertrauliches Angebot konzipiert sein.

- Diese offen zugänglichen Angebote haben sensitiv für verschiedenartige Gruppen wie junge Konsumierende, Frauen, Migranten etc. zu sein. Grundsätzlich gilt, dass allen Klienten der gleiche Zugang zu Hepatitis- und HIV-Tests, Beratungen vor und nach dem Test, einer Hepatitis B Impfung oder anderen medizinischen Behandlungen von Infektionskrankheiten angeboten wird (National Treatment Agency 2002).
- Angebote zum Spritzentausch und Drogenkonsumräume sollten so zugänglich wie möglich sein und keine oder nur geringe Zugangsbeschränkungen aufweisen. Offen zugängliche Angebote sind dadurch charakterisiert, einen offenen Kontaktbereich zu bieten, keine Wartelisten zu haben, minimale Anforderungen an die Personenidentifizierung zu stellen und informelle Beziehungen zu dem Personal zu ermöglichen.
- Impfungen gegen Hepatitis B sollten für alle problematischen Drogenkonsumierenden verfügbar gemacht werden.

5 Assessment

- Assessment ist ein wichtiger Bestandteil von Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit einem Test auf virale Infektionen, denn das Assessment liefert Informationen, die für die Planung der Gesundheitsversorgung von elementarer Bedeutung sind.
- Den Klienten sollten zudem regelmäßig Gesundheitschecks und gesundheitsbezogene Informationen angeboten werden. Zudem sollten kontinuierlich schadensminimierende Botschaften zur Risikovermeidung und zu den Übertragungswegen von Infektionen durch Blutkontakte (HIV, HBV, HCV) vermittelt werden. Generell ist zu empfehlen, dass Drogenkonsumierende dahingehend beraten werden, wie sie ein gesundheitsschädigendes Verhalten vermeiden können.
- Im Hinblick auf Angebote zum Spritzen- und Nadeltausch ist es eine gute Praxis, beim ersten Besuch eines Klienten ein Basisassessment durchzuführen. Ein solches Eingangsassessment sollte folgende Informationen abdecken: Drogenkonsummuster, Entwicklung des intravenösen Konsums, Gesundheitsstatus, Risikoverhalten, Erfahrungen mit Behandlungen und anderen Hilfemaßnahmen.
- Im Rahmen von Tests und Impfungen ist ein breiteres Assessment zum Risikoverhalten notwendig. Dieses Assessment muss zusätzliche Informationen abfragen zur Praxis des gemeinsamen Nutzens von Spritzenutensilien, zu einem riskanten Sexualverhalten, zu Hafterfahrungen, Alkoholkonsum, vorherigen Hepatitis- und HIV-Tests und zu vorherigen Kontakten zur Gesundheitsversorgung zwecks Untersuchungen auf Infektionskrankheiten.

6 Management

- Die Implementierung einer umfassenden Konzeption bei der sowohl sterile Spritzutensilien als auch Kondome zur Verfügung gestellt werden, und bei der eine Beratung zur Schadensminimierung, erste Hilfe und die Weitervermittlung in eine strukturierte Behandlung angeboten werden, ist von größter Wichtigkeit (National Treatment Agency 2002).
- Einrichtungen, die explizit die Vergabe von sterilen Spritzen und Nadeln anbieten, sollten in der Lage sein Personen mit körperlichen und schweren psychischen Störungen zu erkennen und in eine geeignete Behandlung zu vermitteln.
- Im Justizvollzug sollten Angebote zur Hepatitis-Immunisierung, Bluttests und Beratung mit den medizinischen Diensten und den Drogenhilfeangeboten verknüpft sein.
- Drogenkonsumierenden sollten Tests auf freiwilliger und vertraulicher Basis angeboten werden, wobei die Tests mit einem klientenzentrierten Beratungsgespräch vor und nach dem Test zu kombinieren sind. Eine solche Beratung muss ein individuelles Assessment des Risikoverhaltens beinhalten.
- Primäre Kompetenzen des Managements bestehen darin, die Hemmschwellen durch Flexibilität in der Terminvergabe und die Möglichkeit von spontanen Besuchen zu senken, um auf diese Weise die Bereitschaft zu Tests, einer Impfung und Behandlung zu erhöhen (Edlin, Kresina et al. 2005).
- Sofern eine Behandlung angezeigt ist, müssen Klienten auch über geeignete Behandlungsmaßnahmen und Nebenwirkungen der Behandlung informiert werden. Der Zugang zu und die Befolgung einer antiretroviralen Therapie kann verbessert werden, wenn Drogenkonsumierende zugleich entweder an einer medikamentösen oder einer psychosozialen Drogenbehandlung teilnehmen (Altice, Springer et al. 2003; Kapadia, Vlahov et al. 2008). Beide Behandlungsarten steigern die Einhaltung einer HIV-Therapie unter Drogenkonsumierenden.

7 Versorgungspfade

- Integrierte Versorgungspfade bedeuten, dass selbstständige Kontaktaufnahmen von Klienten sowie Vermittlungen von einer Vielzahl an Einrichtungen akzeptiert werden. Die Versorgung von Drogenkonsumierenden umfasst eine breite Palette präventiver Interventionen, bestehend aus dem Assessment zum Risikoverhalten, Testberatungen, Weitervermittlungen zu Hepatitis- und HIV-Tests und zu Impfungen gegen Hepatitis A und B.
- Die Koordination der Versorgung erfordert, dass spezialisierte Hilfen für Drogenkonsumierende eng mit nicht-spezialisierten Hilfen kooperieren. Es wird zudem empfohlen, dass eine gute Zusammenarbeit mit psychiatrischen Gesundheitsdiensten besteht, da viele IVDUs komorbide psychiatrische Störungen aufweisen.

- Da Einrichtungen mit Spritzentauschangeboten und Drogenkonsumräumen nachweislich als eine Brücke zu weiteren Behandlungen fungieren, sollte den Klienten die Weitervermittlung in verschiedenartige strukturierte Hilfen wie motivierende Kurzinterventionen, Beratung, Entgiftung, Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung und Entwöhnungsbehandlungen angeboten werden.
- Klienten, die eine Behandlung von Infektionskrankheiten oder anderen gesundheitlichen Problemen benötigen, müssen in geeignete Behandlungsprogramme vermittelt werden.
- Sollten Tests und Impfungen nicht in der eigenen Einrichtung zur Verfügung stehen, ist auf lokale Angebote zu Tests auf HBV, HCV und HIV hinzuweisen. Sofern Klienten einen Test machen wollen, sind diese an einen Allgemeinarzt, Gesundheitszentren, Aids-Hilfen oder andere geeignete Einrichtungen zu vermitteln.
- Klienten mit einer Hepatitis C Infektion haben das zusätzliche Risiko, sich mit Hepatitis B zu infizieren. Aus diesem Grund ist es wichtig zu gewährleisten, dass Klienten, die eine Hepatitis C Infektion jedoch keine Hepatitis B Infektion aufweisen, gegen Hepatitis B immunisiert werden.
- Die Länder sollten den Zugang von Drogenkonsumierenden zu einer antiviralen Therapie erhöhen und dafür Sorge tragen, dass die gleichen Zugangsmöglichkeiten und Therapiestandards unabhängig von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, Drogenkonsum, Inhaftierung oder Migrationsstatus bestehen.
- Information und Edukation sollten in jeglichem Setting für verschiedene Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden.

8 Standards

- Standards meint die Qualität und Effizienz von Angeboten zum Spritzen- und Nadeltausch zu sichern. Eine Maßnahme der Qualitätssicherung besteht darin, Evaluationsergebnisse in die Praxis umzusetzen.
- Für Harm Reduction Angebote wird empfohlen, spezifische Arbeitsstandards und Methoden zu entwickeln - sofern diese nicht bereits bestehen – um somit ein Minimum an Qualitätsstandards einzuhalten.
- Daten sollten auf eine standardisierte Weise gesammelt werden, indem die 5 Schlüsselindikatoren der EMCDDA zum Monitoring von Harm Reduction Maßnahmen übernommen werden.
- Für das Testen und Managen von Infektionskrankheiten gibt es bereits eine Reihe an Leitlinien auf nationaler (Kanada, Schottland) und internationaler Ebene (WHO, UNAIDS). Um sich dem Problem undiagnostizierter HIV-Infektionen anzunehmen, haben die WHO und UNAIDS eine neue Leitlinie herausgegeben, bei der es um den informierten, freiwilligen HIV-Test und eine entsprechende Beratung in Gesundheitszentren geht (WHO/UNAIDS 2007).

9 Durchführung und Ergebnismonitoring

- Gute Praxis bei der Durchführung von Interventionen ist es, durch Blut übertragbare Krankheiten als einen integralen Bestandteil von Behandlung zu dokumentieren und zu managen.
- Durchführung und Ergebnismonitoring von Spritzentauschangeboten umfasst die Sammlung von Basisdaten, und die Auswertung und Evaluation der gewonnenen Informationen.
- Ergebnismonitoring bedeutet, geeignete Evaluationsprotokolle für die angebotenen Harm Reduction Maßnahmen zu entwickeln und zu implementieren (Trimbos institut 2006).

4 Erhaltungstherapie - Substitutionsbehandlung

A *Definition und Zielsetzungen*

1 Was ist Erhaltungstherapie?

Medikamentöse Behandlung von Substanzabhängigkeit durch das Verabreichen eines Substitutionsmedikaments (Agonist oder Antagonist), für welches eine Kreuz-Abhängigkeit bzw. Kreuz-Toleranz besteht, mit dem Ziel, die Einnahme einer bestimmten Substanz zu reduzieren bzw. ganz einzustellen, insbesondere wenn diese Substanz illegal ist, und um die Gefahren eines bestimmten Konsumverhaltens und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken und sozialen Konsequenzen zu minimieren (Aus dem Englischen: Demand Reduction- A Glossary of terms, UNDCP).

2 Aufgaben und Ziele

- Therapie von Opioidabhängigkeit besteht aus pharmakologischer und psychosozialer Behandlung mit der Intention der Einstellung bzw. Reduktion des Opioidkonsums und der damit verbundenen Risiken.
- Die Ziele einer Erhaltungstherapie mit Agonisten sind: Reduktion oder Einstellung des Opioidkonsums; Reduktion oder Einstellung des IV-Konsums und des Risikos für hämatogen-übertragbare Viren; Reduktion des Risikos einer Überdosis; Reduktion der Beschaffungskriminalität und Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit.
- Die Erhaltungstherapie mit Opioiden wird zunehmend als die effektivste Interventionsform Opioidabusus angesehen. Eine Erhaltungstherapie mit Agonisten ist für alle opioid-abhängigen PatientInnen indiziert, für welche keine spezifischen Kontraindikationen bestehen.
- In den vergangenen Jahren wurde auch die Effektivität einer psychosozialen Behandlung bewiesen, insbesondere in Kombination mit medikamentöser Therapie

im Rahmen einer Erhaltungstherapie mit Opioiden, eines Opioid-Entzugs bzw. in der Rückfall-Prophylaxe.

B Evidenz

- Eine Erhaltungstherapie mit Methadon reduziert das Verlangen („Craving“) nach Heroin und anderen Opioiden sowie die mit regelmäßigem Konsum verbundene Morbidität. Außerdem kann das Behandlungsergebnis der Erhaltungstherapie mit Methadon bei hohen Methadon-Dosierungen mit begleitender psychosozialer Unterstützung stark verbessert werden.
- Cochrane Reviews belegen, dass die Effektivität einer Erhaltungstherapie mit Buprenorphin mit jener mit Methadon vergleichbar ist, wobei es in bestimmten Behandlungssettings, bei variabler Tagesdosis, bezüglich des Sicherheitsprofils und der mildereren Entzugssymptomatik Vorteile gegenüber der Methadonbehandlung gibt.
- Slow-release Morphine können eine Alternative zur Erhaltungstherapie mit Methadon oder Buprenorphin darstellen.
- Eine neuere Entwicklung stellt die heroingestützte Therapie für chronisch therapieresistente heroinabhängige PatientInnen in einigen europäischen Ländern dar. Heroin-unterstützte Therapie kann für chronisch abhängige Personen, bei denen andere Therapieformen versagt haben, eine wertvolle Alternative darstellen. Allerdings werden für die Erhaltungstherapie mit Heroin beträchtliche Ressourcen gebraucht, da PatientInnen ca. 3-mal täglich unter Supervision injizieren müssen und die Behandlungseinrichtungen aus diesem Grund lange Öffnungszeiten sowie hohe Kapazitäten an Personal und Sicherheit haben müssen.
- Codein (Dihydrocodein = DHC) ist eine analgetische Substanz, welche für die Erhaltungstherapie in manchen europäischen Ländern eingesetzt wird; allerdings wird hierfür ein engmaschigeres Monitoring benötigt, da Codein aufgrund seiner kürzeren Bioverfügbarkeit im Vergleich zu Opioid-Agonisten mehrmals täglich verabreicht werden muss.
- Das Buprenorphin/Naloxon-Kombinationspräparat enthält Buprenorphin, einen partiellen Agonisten am μ -Rezeptor, sowie Naloxon, einen Antagonisten am μ -Rezeptor. Während derzeit nur eine limitierte Anzahl von Vergleichsstudien vorliegt, scheint Buprenorphin/Naloxon ähnlich effektiv zu sein wie Buprenorphin alleine, wobei das Risiko eines intravenösen Missbrauchs von Buprenorphin/Naloxon wesentlich geringer ist.

C Empfehlungen

1 Therapieumgebung

- Pharmakologische Therapie sollten mit anderen medizinischen und psychosozialen Angeboten in ein umfassendes Behandlungsprogramm integriert werden, um PatientInnen den Zugang zu anderen wichtigen Interventionen zu erleichtern.
- Männer und Frauen können in derselben Einrichtung behandelt werden, wenn spezielle kulturelle und geschlechtsspezifische Bedürfnisse berücksichtigt werden.

2 Therapiewahl und Dosierung

- Eine Methadon-Therapie ist heutzutage state-of-the-art, wobei Buprenorphin für PatientInnen, die kein Methadon einnehmen möchten, Methadon nicht indiziert oder ineffektiv ist, oder bei denen Buprenorphin die Lebensqualität verbessern könnte, eine attraktive Alternative darstellt. Buprenorphin könnte die sicherere Option im Vergleich zu Methadon sein, wobei jedoch dies noch nicht klar durch Studien belegt ist.
- Buprenorphin ist effektiv für die Behandlung von Opioidabhängigkeit und sollte, wenn möglich, als Alternative zu Methadon angeboten werden. Mögliche Indikationen für die Wahl von Buprenorphin sind: Ansprechen auf Buprenorphin oder schlechtes Ansprechen auf Methadon in der Vergangenheit; langsame Dauer der Methadonwirkung in der Vergangenheit; Interaktionen zwischen Methadon und anderen Medikamenten; unerwünschte Wirkungen von Methadon; Verfügbarkeit von Buprenorphin; Präferenz der PatientInnen.
- Bei PatientInnen, die mit einer Agonisten-Erhaltungstherapie behandelt werden, sollten Methadon-Dosen von 60-120mg verschrieben werden.
- Bei PatientInnen, die mit einer Agonisten-Erhaltungstherapie behandelt werden, sollten Buprenorphin-Dosen von 8-24mg verschrieben werden.
- Um die Rekrutierung und die Retention im erhaltungstherapeutischen Programm zu maximieren, sollten Regelungen eine flexible Dosisstrukturierung und offene Therapiedauer erlauben.
- Methadon und Buprenorphin sind nicht für PatientInnen mit dekompenzierten Lebererkrankungen (z.B. Leberzirrhose, Ikterus oder Aszites) indiziert, da hepatische Enzephalopathien begünstigt werden können. Außerdem können akutes Asthma und andere Ursachen einer respiratorischen Insuffizienz verschlechtert werden.
- Andere von Herstellern angeführte Kontraindikationen sind: schwere Atemdepression, akuter Alkoholismus, Schädeltraumata, erhöhter intrakranieller Druck, Colitis ulcerosa, Gallenkolik, Nierenkolik.

3 Diagnose

- Die Diagnose einer Opioidabhängigkeit und anderen psychiatrischen Erkrankungen sollte nur erfahrenen ExpertInnen gestellt werden. Falls die Diagnose eine

Erhaltungstherapie indizieren sollte, muss diese von einem erfahrenen Arzt gestellt werden. Soziale Umstände sollen außerdem sozialarbeiterisch evaluiert werden.

- Medizinische Anamnese und Substanzanamnese sind generell verlässliche Methoden, jedoch sollten diese durch andere diagnostische Instrumente ergänzt werden, wie z.B. einer Fremdanamnese von Familie und Freunden, einer klinischen Untersuchung und weiteren relevanten Verfahren, bevor die Diagnose der Substanzabhängigkeit gestellt wird.
- Eine detaillierte individuelle Erfassung der Behandlungsgeschichte muss folgende Punkte enthalten: frühere Behandlungserfahrungen; medizinische und psychiatrische Vorgeschichte; Lebensumstände; rechtliche Aspekte; Arbeitssituation; soziale und kulturelle Aspekte, die einen Substanzkonsum beeinflussen können.
- PatientInnen sollten vor Therapiebeginn einen Lichtbildausweis vorweisen; außerdem müssen die PatientInnen vor der Therapie aufgeklärt werden und der Behandlung muss zugestimmt werden.
- Freiwilliges Testen sollte als Teil der individuellen Intervention angeboten werden, begleitet von Beratungsgesprächen vor und nach dem Test.
- Alle PatientInnen, die nicht mit Hepatitis B infiziert sind, sollten rasch geimpft werden.
- Ein freiwilliger Schwangerschaftstest sollte ebenfalls im Rahmen der individuellen Abklärung durchgeführt werden.

4 Management

- In manchen Fällen kann eine einfache und kurzzeitige Intervention wie eine akute Behandlung von Entzugssymptomen, zu einer raschen und anhaltenden Besserung führen.
- Oft wird eine langfristige oder sogar eine lebenslange Behandlung, mit gelegentlichen Rückfällen, realistisch sein. Das Behandlungsziel sind in solchen Fällen nicht nur die Reduktion bzw. Einstellung des Opioidkonsums, sondern auch eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Komponenten und Reduktion von Risiken des Substanzkonsums.

5 Psychosoziale Interventionen

A *Definition und Zielsetzungen*

1 Beschreibung des Problems

Psychosoziale Interventionen sind ein wichtiger Bereich der Behandlung von Drogenabhängigkeit. Dabei geht es nicht um eine Methode, sondern um verschiedene Formen psychosozialer Interventionsangebote. Es steht eine große Anzahl

psychosozialer Interventionsformen zur Verfügung, die sich auf Drogenabhängigkeit richten; trotz unterschiedlicher Vorgehensweisen haben sie wichtige gemeinsame Aspekte:

- Focus auf Missbrauch/Abhängigkeit
- Die Behandlung ist bezogen auf die PatientInnen strukturiert
- Die Behandlung erstreckt sich über eine längere Zeit
- Focus neben Missbrauch/Abhängigkeit auf psychologische Aspekte (Fridell 2007)

Psychosoziale Interventionen können nach der Tiefe des Eingriffs unterschieden werden in unterstützende, edukative und rekonstruierende oder psychodynamisch orientierte Methoden (Berglund et al. 2001 p. 12).

2 Aufgaben und Ziele

Psychosozialer Behandlungen beruhen auf der Kooperation von Behandler und Patient. Kooperation bedeutet die Vermeidung direkter Konfrontation. Demgegenüber gründet die Zusammenarbeit auf Vertrauen und Verständnis. Ein wichtiger Teil der Behandlung ist, dass der Patient aktiviert wird und Einsicht in ihre oder seine Situation durch Selbsterfahrung und Informationsvermittlung steigert. Diese Informationen sind in den Treffen Grundlage für die Diskussion mit dem Behandler. Die Rolle des Behandlers besteht in der Wissensvermittlung über verschiedene Faktoren, die wichtige Gründe für den Alkohol- oder Drogenmissbrauch sein können. Ziel ist, dass der Patient zu verstehen lernt, warum er bzw. sie die Probleme hat und wie damit umzugehen ist. Ein wichtiger Teil der Behandlung ist, dass problematische Drogengebraucher die negativen Konsequenzen der Abhängigkeit wahrnehmen und dagegen mehr Selbstkontrolle entwickeln, gelassener werden und sich bietende Lebenschancen aktiver nutzen. Verschiedene Formen von Therapien wie Rollenspiel und Training für verschiedene Lebensbereiche und Fähigkeiten, wie Verabredungen einzuhalten, die eigene Grundversorgung zu sichern oder Kontakt mit sozialen Diensten herzustellen.

Stationäre Programme sind für die Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit konzipiert. Deren Ziel ist die Unterstützung der Abhängigen bei der Überwindung ihrer/seiner Drogenbindung und bei der Schaffung eines sozialen Kontextes.

Stationäre Behandlung erfolgt in ganz verschiedenen Settings und umfasst lang- und Kurzzeit Aufenthalte in stationären Behandlungseinrichtungen, Gefängnissen und anderen Einrichtungen der Strafjustiz, Zwangs- und Rehabilitationseinrichtungen.

B Evidence base

- Das Großteil der Übersichten zu psychosozialen Interventionen und ihrer Wirksamkeit beruht auf der Metaanalyse des Schwedischen Kollegiums für Health Technology Assessment (SBU 2001; Berglund et al. 2001). Diese Initiative sollte der Bildung einer Plattform für evidenz-basierte Praxis dienen.
- Eine wichtige Erkenntnis ist, dass psychosoziale Interventionen generell Drogenabhängigkeit positiv beeinflussen, sich dabei aber keine einzelne Form als

überlegen gegenüber einer anderen erweist (vgl. z.B. Socialstyrelsen 2007; Shulte et al. 2006; Berglund 2003).

C *Empfehlungen*

1 Beratung

- Beratung kann wirksam eingesetzt werden in unterschiedlichen Settings zur Reduktion von Drogenkonsum und Verstärkung der Haltekraft in der Behandlung.
- Strukturierte Beratung kann zur Reduktion von Cannabis und Kokain Gebrauch führen.

2 Kognitiv-behaviorale Therapien (Verhaltenstherapie)

- Verhaltenstherapie kann erfolgreich in verschiedenen Settings eingesetzt werden wie zum Beispiel innerhalb der Primärversorgung, von ambulanter und stationärer Versorgung etc.
- Generell sollte jede Behandlung von Drogenmissbrauch eine psychosoziale Komponente beinhalten.
- Die erfolgreiche Erledigung von Aufgaben kann in der Verhaltenstherapie genutzt werden, um das Behandlungsergebnis zu verbessern
- Psychosoziale Behandlung wirkt in der Behandlung von Drogenabhängigkeit, wobei allerdings keine einzelne Form psychosozialer Interventionen sich gegenüber einer anderen als überlegen erwiesen hat. Familiendynamische Therapieansätze und Verhaltenstherapie erweisen sich als effektiver, wenn es zu einer kontinuierlichen Teilnahme an der Behandlung kommt.

3 Belohnungsorientierte Ansätze (“Community reinforcement approach” – CRA)

- Belohnungsorientierte Ansätze können in stationären ebenso wie in ambulanten Programmen in Verbindung mit Anreizen (Vouchers) durchgeführt werden.
- Der “Community Reinforcement Approach (CRA)” in Kombination mit direkten Belohnungen als positiven Verstärkern kann Kokain-Konsum reduzieren.

4 Gruppentherapie

- Bei gruppentherapeutischen Ansätzen ist es wichtig, dass die Beteiligten Mitverantwortung für ihr Problem übernehmen.
- Wenn die beteiligten Gruppenmitglieder sich in einer vergleichbaren Situation befinden, erweist sich die Problemdiskussion und die Sicherung sozialer Unterstützung als einfacher.
- Gruppentherapie erweist sich insbesondere als effektiv, wenn um eine Mitbehandlung von depressiven Problemen erfolgt.

5 Motivierende Gesprächsführung (“Motivational interviewing” – MI)

- Professionelle müssen versuchen, die Reaktionen der Betroffenen vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen als folgerichtig zu verstehen und vor diesem Hintergrund die Differenzen bisheriger Erfahrungen und bestehender subjektiver Ziele der PatientInnen herausarbeiten.
- Die Methoden der motivierenden Gesprächsführung haben sich insbesondere für PatientInnen mit geringer Eingangsmotivation und weniger schwerer Abhängigkeit als erfolgreich erweisen.
- Motivierende Gesprächsführung kann effektiv eingesetzt werden bei der Verstärkung von Motivation, Haltequote und Konsumreduktion.
- Motivierende Gesprächsführung kann die Situation verbessern auch als einmalige Intervention in einer Sitzung.

6 Rückfallprävention

- Hoch strukturierte Rückfallprävention erweist sich für Kokain KonsumentInnen mit zusätzlicher Depression als effektiver im Vergleich mit weniger strukturierten Interventionen.
- Personen mit Rückfall soll eine dringende Abklärung angeboten werden. Unmittelbarer Zugang zur Behandlung sollte gesichert werden.

7 Contingency Management

- Gutscheine und Preise als Verstärker führen kurzfristig dazu, Kokain Konsum zu verringern.
- Die Professionellen müssen trainiert sein in geeigneten, Patienten-nahem Testmethoden sowie im Angebot von “Contingency Management”
- Der Umfang und die Unmittelbarkeit der Verstärkung sind entscheidend hinsichtlich der Wirksamkeit von Gutscheinen.
- “Contingency Management” in Verbindung mit Pharmakotherapie erhöhen die Haltekraft und Bindung bei Opiatabhängigkeit.

8 Zwölf-Schritte-Programm

- Das Zwölf-Schritte-Programm kann in stationären wie in ambulanter Versorgung eingesetzt werden.
- Das Zwölf-Schritte-Programm ist geeignet als Kontrollbedingung für andere Behandlungen.

9 Case Management

- Generelles Case Management ist geeignet zur Förderung von Behandlungsteilnahme und Haltekraft. Es kann kombiniert werden mit anderen Interventionen sowie mit intensiveren oder spezielleren Formen von Case Management.

- Intensives Case Management ist am effektivsten für extrem problematische Drogengebraucher. Es ist ebenso effektiv für die Behandlung von chronischen Alkoholabhängigen und PatientInnen mit Doppeldiagnose.
- Ein starker Einsatz von Case Management kann bei der Förderung von Behandlungsteilnahme und Haltekraft bei Personen mit geringer oder fehlender Änderungsmotivation helfen.

10 Stationäre Behandlungen und Wohngruppen

- Die gleichen Interventionen wie in kommunalen Settings sollen in stationären und Rehabilitationseinrichtungen verfügbar sein.
- Die verschiedenen psychosozialen Behandlungen sollen von ausgebildeten Fachkräften angeboten werden.
- Kurzzeit- und andere weniger intensive Programme sind besser geeignet für weniger problematische Klienten.

6 Entzugsbehandlung

A *Definition und Zielsetzungen*

1 Beschreibung des Problems

Eine Entzugsbehandlung ist durch eine Reihe von Interventionen gekennzeichnet, die auf das Management einer akuten Sucht und deren Entzugserscheinungen abzielen, so dass die Drogenwirkung bei dem Abhängigen in einer sicheren und effektiven Weise gemindert oder beseitigt wird. Die Entzugsbehandlung stellt oftmals der erste Schritt in der Drogenbehandlungskarriere von PatientInnen dar. Die Behandlung hat das primäre Ziel, eine Linderung der Entzugssymptomatik herbeizuführen indem die körperliche Abhängigkeit von Drogen behoben wird. Entzugsbehandlungen werden in verschiedenen Settings angeboten wie z.B. in spezialisierten stationären Abteilungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit, in Abteilungen einer psychiatrischen Klinik, in stationären Drogentherapien, in ambulanten Settings und im Justizvollzug. Die verschiedenen Settings können für verschiedene Drogenkonsumierende in unterschiedlichen Lebensumständen oder für die gleiche Person in verschiedenen Stadien der Drogenkarriere passend sein. Dessen ungeachtet ist zu bedenken, dass eine Entzugsbehandlung oftmals nicht erfolgreich ist, insbesondere beim ersten Mal.

Opiate, Kokain, Benzodiazepine stellen die Hauptdrogenprobleme dar, auf die sich Entzugsbehandlungen richten. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) schätzt, dass in Europa und Norwegen die Prävalenz eines problematischen Opiatkonsums durchschnittlich bei 4 bis 5 Fällen pro 1.000 Einwohner im Alter von 15-64 Jahren liegt. Auf Grundlage dieser Rate schätzt die EMCDDA

schätzt weiterhin, dass etwa 1,5 Millionen Personen in Europa einen problematischen Opiatkonsum aufweisen. Ähnliche Schätzungen existieren nicht für den Kokainkonsum in ganz Europa, sondern lediglich für die drei Länder Italien, Spanien und Großbritannien. In diesen drei Ländern gibt es schätzungsweise zwischen 3 und 6 problematische Kokainkonsumierende pro 1.000 Einwohner im Alter von 15-64 Jahren. Während Klienten in einer Behandlung nur sporadisch von einem Benzodiazepinkonsum berichten, ist diese Substanz unter problematischen Konsumierenden weit verbreitet. Etwa 25% der Klienten in Behandlung, die in der englischen Studie „Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS)“ erfasst wurden, berichteten von ihrem Benzodiazepinkonsum (Home Office 2007).

2 Aufgaben und Ziele

Das Ziel von Entzugsbehandlungen besteht darin, die Schwere der Entzugserscheinungen auf eine sichere und effektive Weise zu lindern oder zu beseitigen, sobald der körperlich abhängige Konsument den Drogenkonsum eingestellt hat (WHO 2006). Entzugsbehandlungen sollten folgende Elemente beinhalten:

- Das Assessment des psychischen, psychiatrischen, sozialen und physiologischen Zustands der PatientInnen auf Basis eines festgelegten Zeitplanes für die Assessments.
- Das Assessment zum Schweregrad der Sucht und/oder Abhängigkeit bezogen auf relevante Drogenarten, insbesondere was Opiate, Stimulanzien, Alkohol und Benzodiazepine betrifft.
- Die Festlegung des Versorgungsablaufes und die Entwicklung eines Hilfeplans, um ein Risiko-Assessment vorzunehmen.
- Die sichere und effektive Verschreibung von Medikamenten, um das Ziel der Entgiftung von psychoaktiven Drogen zu erreichen.
- Die Identifikation von Risikoverhaltensweisen und das Angebot einer geeigneten Beratung, um gesundheitliche Schäden zu minimieren.
- Die Abschätzung von langfristigen Behandlungsbedarfen der PatientInnen sowie die Verfügbarkeit eines angemessenen Hilfeplans zur Entlassung.
- Die Einschätzung zur Notwendigkeit weiterer Behandlungsmaßnahmen sowie die Weitervermittlung der PatientInnen.
- Die Beobachtung und Evaluation der Wirksamkeit und Effektivität der medikamentösen Behandlung.
- Die Vermittlung zu anderen Hilfemaßnahmen falls das angezeigt ist (NTA).

B Evidenz – die Durchführung eines Opiatentzugs

1 Methadon

Die am häufigsten untersuchte Medikation für den Opiatentzug ist Methadon, ein lang wirkender Opiatantagonist. Entzugsbehandlungen mit einer abnehmenden Dosierung

von Methadon führen zu geringeren Entzugssymptomen und selteneren Therapieabbrüchen als die Vergabe eines Placebos. Es hat sich herausgestellt, dass Methadon im Vergleich zu Clonidin ein besseres Profil an Nebenwirkungen hat, vor allem in Bezug auf eine Hypotonie, und verglichen mit Lofexidin zu einer besseren Rate an Therapiebeendigungen führt. In den vorhandenen Studien findet sich kein Hinweis darauf, dass zwischen Buprenorphin und Methadon ein Unterschied im Hinblick auf die Beendigung der Entzugsbehandlung besteht. Allerdings sind keine Daten verfügbar, die einen Vergleich Abstinenzraten nach Behandlungsende erlauben.

2 Buprenorphin

Verfügbare Untersuchungen lassen darauf schließen, dass die Wirksamkeit von Buprenorphin in Bezug auf die Haltekraft, den Konsum illegaler Drogen und die Unterdrückung von Entzugserscheinungen mit der Wirksamkeit von Methadon vergleichbar ist. Zugleich kann eine Entzugsbehandlung mit Buprenorphin schneller als mit Methadon durchgeführt werden. Wiederum gibt es keine signifikanten Unterschiede in der regulären Beendigung der Behandlung.

3 Dehydrokodein

Die vorhandene limitierte Evidenz lässt darauf schließen, dass Dehydrokodein im Vergleich zu Buprenorphin tendenziell seltener zur Abstinenz und Beendigung der Entzugsbehandlung führt.

4 Clonidin und Lofexedin

Den Ergebnissen einer neueren und bedeutenden Literaturübersicht zufolge gibt es keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass Clonidin effektiver als Lofexedin für die Bewältigung des Opiatentzugs ist. Überdies wird empfohlen, Clonidin aufgrund der nachweislich stärkeren Nebenwirkungen nicht routinemäßig in der Praxis einzusetzen. Lofexedin hat eine vergleichbar klinische Wirksamkeit wie Clonidin, bietet aber zugleich den leichten Vorteil geringerer Nebenwirkungen, insbesondere im Hinblick auf eine geringere orthostatische Hypotonie.

5 Buprenorphin und Naloxon

Es konnte nachgewiesen werden, dass ein schneller Entzug mittels Vergabe von Buprenorphin und Naloxon sicher und für die PatientInnen gut verträglich ist, und dass eine solche Behandlungsform positive Ergebnisse in Bezug auf die Haltekraft und Beendigung der Behandlung sowie die Abstinenzraten zeigt.

6 Weitere Medikamente zur Behandlung von Symptomen

Üblicherweise kann der Opiatentzug ohne bedeutende Beschwerden für die PatientInnen erfolgen, sofern die Behandlung richtig durchgeführt wird. Dessen ungeachtet kommt es vor, dass selbst diejenigen PatientInnen über

Entzugerscheinungen wie Durchfall oder Schlaflosigkeit klagen, die eine adäquate Dosierung der Entzugsmedikamente erhalten. Solche Symptome können mit der Vergabe zusätzlicher Medikamente behandelt werden. Allerdings gibt es keine systematische Evidenz dafür, dass eine weitere Medikamentenvergabe den Behandlungserfolg verbessert.

7 Psychosoziale Interventionen in Kombination mit einer Entzugsbehandlung

Ein Großteil der Studien, die psychosoziale Interventionen in Verbindung mit einer Entzugsbehandlung untersucht haben, stellen psychotherapeutische Techniken des Contingency Managements während der ambulanten Entzugsbehandlung besonders heraus. In diesen Studien wird das Contingency Management normalerweise nach der Stabilisierung initiiert und während des Entzugsprozesses bis zum Behandlungsende fortgeführt. PatientInnen, die Contingency Management erhalten haben, sind zum Ende der Behandlung eher abstinent und schließen die Behandlung eher vollständig ab als PatientInnen, die diese Intervention nicht erhalten haben. Diese Ergebnisse wurden sowohl in Kurzzeit- als auch in Langzeit-Entzugsbehandlungen vorgefunden.

8 Management von Entzugssymptomen, die aus dem Benzodiazepinkonsum resultieren

Die wenigen verfügbaren wissenschaftlichen Belege unterstützen das schrittweise Vorgehen bei dem Benzodiazepin-Entzug. PatientInnen mit einer geringen Dosierung von Benzodiazepinen benötigen normalerweise keine spezielle Behandlung. Während der frühen Abstinenzphase sollte diesen PatientInnen Unterstützung angeboten und die Gewissheit vermittelt werden, dass die Entzugssymptome bald nachlassen oder verschwinden. Sollte eine minimale Intervention scheitern, dann kann ein medizinisch überwachter gradueller Entzug eingeleitet werden. Das Behandlungsziel beim Entzug von Benzodiazepinen sollte darauf ausgerichtet sein, Medikamente für eine zeitlich begrenzte Periode nach einem Reduktionsschema zu verschreiben. Zusätzliche Therapiemaßnahmen wie strukturierte psychosoziale Interventionen, Beratung, Gruppeninterventionen und Entspannungstechniken können hilfreich sein, um negative Wahrnehmungen im Blick auf die Beendigung der Medikation zu verändern. Auch die Aufklärung des Patienten und das Angebot von kognitiven und verhaltenstherapeutischen Techniken zur Reduzierung von Angst und Schlafproblemen können während des Entzugs sinnvoll sein.

9 Management der Entzugsbehandlung bei Stimulanzien

Antidepressiva wie Fluoxetine sind eingesetzt worden, um mit depressiven Episoden im Zusammenhang mit dem Entzug von Stimulanzien umzugehen. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass sich Antidepressiva, egal welches dieser Medikamente eingesetzt wird, auf die Entzugerscheinungen auswirken, die aus dem Konsum von Stimulanzien resultieren.

C *Empfehlungen*

Aufgrund der begrenzten Evidenz für eine Entzugsbehandlung bei Kokain und Benzodiazepinen betreffen die nachfolgenden Empfehlungen in weiten Teilen den Entzug von Opiaten.

1 Zugang zur Versorgung

Eine Entzugsbehandlung sollte eine jederzeit verfügbare Option für Personen sein, die drogenabhängig sind und den gut informierten und angemessenen Bedarf geäußert haben, abstinent werden zu wollen. Informationen zu den Zugangskriterien für eine Entzugsbehandlung sollten zur Verfügung gestellt werden. Das entsprechende Material sollte beschreiben, auf welche Personen die Behandlung abzielt und mit welcher Wartezeit bis zur Aufnahme gerechnet werden muss.

2 Dauer der Behandlung

Die meisten Opiat-Entzugsbehandlungen mit Methadon verwenden ein Ablaufschemata, das auf einer linearen Reduktion basiert, wobei die Dosierung regelmäßig gleichmäßig von einer individuell festgelegten Eingangsdosierung bis Null abfällt. Die Behandlung dauert typischerweise 10-28 Tage. Zwar legt die Forschung nahe, dass eine längere Verweildauer in Behandlung mit der kritischen Zeitspanne von 28 Tagen zu einem besseren Behandlungserfolg führen kann. Dennoch gibt es wenig Evidenz im Hinblick auf eine Empfehlung, den Zeitraum der Entzugsbehandlung auszudehnen, denn das könnte dazu führen, dass einige Symptome nach dem Ende der Behandlung fortbestehen.

3 Setting

Ein stationärer Entzug von Opiaten sollte auf Basis einer 24-Stunden Kontrolle, Beobachtung und Unterstützung derjenigen PatientInnen durchgeführt werden, die intoxikiert sind oder Entzugserscheinungen erleiden.

Ambulante Behandlungsprogramme sollten für Personen angeboten werden, die eine Entgiftung in Betracht ziehen. Ausnahmen bestehen für solche Personen, die:

- Nicht von vorherigen ambulanten Entzugsbehandlungen profitiert haben.
- Eine medizinische oder pflegerische Versorgung benötigen, da gravierende komorbide psychische oder psychische Probleme bestehen.
- Eine komplexe Entzugsbehandlung von einer Mehrfachabhängigkeit benötigen.
- Unter erheblichen sozialen Problemen leiden, die den Nutzen einer ambulanten Entzugsbehandlung begrenzen (NICE 2007).

Eine stationäre Unterbringung sollte eigentlich nur für Personen in Erwägung gezogen werden, die ein hohes Maß an medizinischer oder pflegerischer Versorgung für erhebliche und schwere komorbide körperliche oder psychische Probleme benötigen oder die eine parallele Entgiftung von Alkohol oder anderen Drogen (inklusive Benzodiazepine) brauchen, die ein hohes Maß an medizinischen Fachwissen erfordern

(NICE 2007). Eine stationäre Entzugsbehandlung kann auch bei denjenigen in Betracht gezogen werden, die eine weniger schwere Abhängigkeit aufweisen, bzw. die erst kürzlich mit dem Drogenkonsum begonnen haben oder die von einem stationären Setting während und nach der Entgiftung profitieren.

4 Assessment

Bei Personen, die einen Opiatentzug beginnen wollen, sollten das Vorhandensein und die Schwere der Opiatabhängigkeit sowie des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von anderen Substanzen inklusive Alkohol, Benzodiazepine und Stimulanzien festgestellt werden.

Das Assessment sollte beinhalten:

- Eine Urinanalyse zur Bestätigung des Konsums von Opiaten und anderen Substanzen.
- Ein klinisches Assessment zu den Anzeichen der Entzugserscheinungen, falls diese vorhanden sind.
- Die Aufzeichnung der Entwicklung des Drogen- und Alkoholkonsums sowie der Erfahrungen mit vorherigen Behandlungen.
- Eine Übersicht zu den aktuellen und vorangegangenen körperlichen und psychischen Problemen.
- Ein Risiko-Assessment zur Selbstschädigung, dem Verlust der Opiattoleranz, dem Missbrauch von Drogen oder Alkohol als eine Reaktion auf die opiatbezogenen Entzugserscheinungen.
- Ein Assessment der gegenwärtigen sozialen Situation und der persönlichen Umstände.
- Die Berücksichtigung der Auswirkungen des Drogenmissbrauchs auf die Familienmitglieder und andere Abhängige.
- Die Entwicklung von Strategien zur Vermeidung des Rückfallrisikos.

5 Personelle Ausstattung

Eine ambulante Entzugsbehandlung sollte durch einen kompetenten Allgemeinarzt oder einen Facharzt koordiniert werden. Eine stationäre Entzugsbehandlung sollte mit einem multidisziplinären Team ausgestattet sein, wobei der Schwerpunkt auf dem medizinischen und pflegerischen Personal liegen sollte.

7 **Behandlung in der Strafrechtspflege**

A *Definition und Ziele*

Mehr als eine halbe Million Menschen sind in den 27 EU-Ländern gegenwärtig inhaftiert. Die Prävalenz von Drogenabhängigkeit in den Haftanstalten einzelner Länder

variiert von 10-48% unter männlichen und 30-60% unter weiblichen Gefangenen. Deshalb müssen Fragen der Gesundheit der Gefangenen auch in Hinblick auf ihre wichtige Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit diskutiert werden.

Das Ziel dieser Leitlinie ist die Analyse und Darstellung der evidenz-basierten Best-Practice-Modelle für die Behandlung Drogenabhängiger in Gefängnissen.

Sie bezieht sich auf KonsumentInnen illegaler Drogen und insbesondere auf „problematische DrogenkonsumentInnen“, die die Zielgruppe sind von Prävention, Behandlung und Schadensminimierungsprogramme im Rahmen der Strafrechtspflege.

Der Begriff „Gefängnis“ wird für alle Haftenrichtungen verwendet, sei es, dass Menschen sich in Polizeigewahrsam, Untersuchungshaft oder in Strafhaft befinden.

B Evidenzbasierung

Zusammenfassend zeigen die in dieser Leitlinie vorgestellten Forschungsergebnisse, dass die Mehrheit der in Freiheit angebotenen Behandlungen nach nötigen Abänderungen auch im Setting Gefängnis genutzt werden können – einschließlich drogenfreier Behandlungen, Behandlung von Infektionskrankheiten, Opioidsubstitutionsbehandlungen (Opioid substitution Treatment/OST) und Maßnahmen zur Schadensminimierung.

Eine Reihe von Studien belegen, dass sowohl OST als auch Schadensminimierungsprogramme keine ernsthaften, unbeabsichtigten Nebeneffekte produzieren, die von Justizverwaltungen befürchtet oder angenommen wurden.

Allerdings müssen die Besonderheiten des settings „Gefängnis“ in Betracht gezogen, die Bedürfnisse der Gefangenen respektiert und ihr soziales Kapital im Behandlungsprozess genutzt werden.

Die Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung ist von größter Bedeutung.

C Empfehlungen

1 Tests auf Infektionskrankheiten

Tests auf Infektionskrankheiten und Impfung sind sehr wichtige Instrumente um die Gesundheit im Gefängnis zu fördern und zu sichern. Die Hepatitis-A/B-Impfung für Gefangene ist stärkstens zu empfehlen.

2 Drogentests

Obwohl Drogentests eine wichtige Rolle in der Umsetzung von Drogenstrategien in Gefängnissen spielen können, sollten obligatorische Drogentests nur vorsichtig angewandt werden, weil sie zum einen sehr teuer sind und zum anderen kontraproduktiv sein können, aufgrund einer steigenden Spannung zwischen Gefangenen und Bediensteten.

3 Behandlung von Infektionskrankheiten

Justizverwaltungen sollten sicherstellen, dass Gefangene Pflege, Unterstützung und Behandlung erhalten, die der in Freiheit entspricht, einschließlich anti-retrovirale Therapie (ART). Die Behandlung HIV-infizierter Gefangener mit ART wird nicht nur einen Effekt auf die Gesundheit des Einzelnen haben, sondern auch bedeutsam sein für die Öffentliche Gesundheit in Freiheit. Es konnte gezeigt werden, dass die Behandlung von HCV ebenfalls möglich und erfolgreich in Gefängnissen angewendet werden kann.

4 Abstinenz-orientierte Programme

Abstinenz-orientierte Programme sollten für all die Gefangenen angeboten werden, die mit großer Wahrscheinlichkeit einen drogenfreien Ansatz akzeptieren. Allerdings ist es für Verantwortliche in Gefängnissen wichtig, besonderen Strategien für Drogenbehandlungen zu entwickeln (z.B. drogenfreie Zonen), statt lediglich in Freiheit bestehende Strategien zu übernehmen.

Allgemein gibt es eine wachsende Übereinkunft darüber, dass Behandlungsprogramme in Gefängnissen nur effektiv sein können, wenn sie die Bedürfnisse und Ressourcen der Gefangenen berücksichtigen und von ausreichender Dauer und Qualität sind.

5 Entzug

Es gibt nicht genügend Literatur über dieses Thema um Empfehlungen zu formulieren. Im allgemeinen ist ein Entzug mit angemessener Medikation nur selten in europäischen Gefängnissen erhältlich.

6 Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen wird stärkstens empfohlen. Sie kann dazu führen, dass der Tausch von Spritzgegenständen und der Opioidkonsum reduziert, dass drogen-bezogene Gewalt in Gefängnissen ebenso vermindert wird, wie auch die Kriminalität nach Haftentlassung.

In mehreren Studien wird belegt, dass die von Gefängnisbediensteten oft befürchteten negativen Nebeneffekte, wie Schwarzmarktbildung für Substitutionspräparate, nicht auftreten. Eine ausreichend hohe Dosierung (mehr als 60mg) scheint wichtig für einen anstieg der Haltequote zu sein. Gefangene in Substitutionsbehandlungen setzen ihre Behandlung nach Entlassung mit größerer Wahrscheinlichkeit fort und ihre Wiederinhaftierungsrate ist deutlich geringer.

7 Spritzenumtauschprojekte

Spritzenumtauschprojekte in Gefängnissen (Prison needle exchange programmes/PNEP) sollten all jenen angeboten werden, die keine drogenfreie Behandlung oder Substitutionsbehandlung wünschen. Eine Reihe von Übersichtsarbeiten haben Belege für die Wirksamkeit von Spritzenumtauschprojekten zusammengetragen, obwohl noch weitere Diskussionen über die Umsetzung nötig sind.

Belege zeigen, dass die Einführung solcher Projekte möglich und machbar ist, und nicht zu Sicherheitsproblemen oder Problemen mit einem Anstieg von injizierendem Drogenkonsum oder Drogenkonsum im Allgemeinen führen.

8 Vergabe von Desinfektionsmitteln (bleach)

Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der Desinfektion kontaminierten Spritzmaterials in Freiheit und daher scheint es sehr unwahrscheinlich, dass sie in Gefängnissen wirksam sind.

Desinfektion als ein Mittel der HIV-Prävention variiert in der Effizienz und wird nur als Sekundärstrategie nach Spritzenumtauschprojekten betrachtet.

9 Vergabe von Kondomen

Kondome sind wahrscheinlich die effektivste Methode der Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. Keine ernsthaften negativen Wirkungen der Kondomvergabe in Gefängnissen konnten festgestellt werden und die Vergabe von Kondomen scheint in einem weiten Spektrum von Gefängnissen machbar zu sein.

10 Fallmanagement

Die vorhandenen Daten zeigen keine zwingenden Beweise der Wirksamkeit von Fallmanagement. Trotzdem können einige positive Effekte belegt werden: reduzierter Drogenkonsum und Rückfallquote, gesteigerte Behandlungsteilnahme und Haltequote und weniger Verletzungen richterlicher Auflagen.

11 Die Bedürfnisse der Klienten

In Gefängnissen angebotene Programme sollten auf den Bedürfnissen und individuellen Ressourcen der Klienten und ihren Zielen basieren. Unabhängig von Zielen wie Suchtbegleitung oder Abstinenz sollen sie angemessene Unterstützung leisten. Die Bedürfnisse der weiblichen Gefangenen müssen besonders behandelt werden.

12 Kontinuität in der Behandlung

Nachhaltigkeit im Erfolg von Drogenbehandlungen erfordert eine Kontinuität der Behandlung, die den drogenkonsumierenden Gefangenen von der Hafteinrichtung überführt in den Prozeß der Reintegration durch die in Freiheit stattfindenden Behandlungen.

Die Verbesserung persönlicher Kontakte zwischen Gefangenen und potentiellen Behandlungseinrichtungen nach Haftentlassung wird stärkstens empfohlen.

13 Kompetenzen der Bediensteten

Gefangene haben ein Recht darauf Behandlungen zu erhalten, die dem aktuellen Stand der Medizin entsprechen. Um dieses Recht sicherzustellen, sollte das Personal in Hafteinrichtungen professionelles Training nicht nur in medizinischen oder

therapeutischen Fragen erhalten, sondern auch in den Haltungen DrogenkonsumentInnen gegenüber.

8 Behandlung von substanzabhängigen Klienten mit komorbiden Störungen

A Definition und Zielsetzung

1 Beschreibung des Problems

- Komorbide Störungen oder Doppeldiagnosen bedeuten das gleichzeitige Vorhandensein von Störungen durch den Gebrauch (Missbrauch oder Abhängigkeit) von psychoaktiven Substanzen und einer anderen psychiatrischen Störung.
- Eine Diagnose komorbider Störungen liegt vor, wenn sich mindestens eine Störung von einem Typ unabhängig von der anderen entwickelt hat.

2 Aufgaben und Ziele

- Das gleichzeitige Auftreten einer schweren psychischen Störungen und des Substanzkonsums ist sehr weit verbreitet; etwa die Hälfte aller PatientInnen in einer psychiatrischen Behandlung und in einer Drogenbehandlung leiden unter beiden Störungen.
- Klienten mit einer Doppeldiagnose stellen ein gravierendes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, denn diese Problematik geht aufgrund der Therapiedisziplin bei der medikamentösen Behandlung, der körperlichen Komorbidität, schlechten Gesundheit, sozialen Dysfunktion und der geringen Lebensqualität mit einem geringen Behandlungserfolg einher.
- Klienten mit einer komorbiden Störung zeigen schlechtere Behandlungserfolge im Hinblick auf höhere Rückfallraten, Hospitalisierung, Depression, und das Suizidrisiko.
- Die Raten psychischer Störungen steigen mit der Zunahme von Störungen durch den Substanzkonsum, und sie erschweren eine weitere Behandlung.

B Evidenz

- Die gegenwärtige Forschung deutet darauf hin, dass zumindest drei Interventionstypen wahrscheinlich für drogenabhängige Klienten mit einer Doppeldiagnose effektiv sind; Gruppenberatung, Contingency Management und stationäre Langzeittherapien.
- Die Wirksamkeit von Gruppenberatung ist konsistent für verschiedene Arten von Gruppen. Das deutet auf eine Wirksamkeit hin, die nicht auf spezifischen sondern

auf generellen Elementen basiert wie zum Beispiel auf kognitiv-behaviouralen Interventionen, Edukation, Stärkung von Kompetenzen und Peer Support.

- Interventionen des Contingency Managements tendieren dazu, stark auf den Substanzkonsum fokussiert zu sein. Zugleich zeigen die Ergebnisse offenbar, dass sich auch andere Lebensumstände wie die Wohn- und Arbeitssituation verbessern. Die durch das Contingency Management erzielten Verbesserungen sind wahrscheinlich nicht auf die Motivation und andere kognitive Faktoren zurückzuführen, was ein Vorteil für Klienten mit Doppeldiagnosen sein kann.
- Stationäre Langzeitdrogentherapien sind effektiv im Hinblick auf die Reduktion des Drogenkonsums und der Kriminalität.
- Andere Interventionen haben sich zwar als weniger wirksam für die Veränderung des Substanzkonsums herausgestellt, führen jedoch oftmals zu Verbesserungen in anderen Bereichen. Beispielsweise ist intensives Case Management effektiv, um Klienten mit Doppeldiagnosen in einer ambulanten Behandlung zu engagieren und zu halten. Assertive Community Treatment bzw. eine gemeindepsychiatrische Versorgung ist ein viel versprechender Ansatz in der Behandlung von psychischen Störungen, da eine solche Intervention die Rehospitalisierung reduziert und die Lebensqualität steigert.

C Empfehlungen

1 Leitlinien für Kernelemente von Interventionen

Die folgenden Prinzipien reflektieren die Evidenz und Erfahrung von Konzepten, wie die Behandlung von Komorbidität am besten in Einrichtungen der Drogenbehandlung integriert werden kann.

- Zugang anbieten: Eine “no wrong door” Politik sollte für alle Klienten mit einer Doppeldiagnose beim Erstkontakt mit dem Versorgungssystem implementiert werden.
- Vervollständigung des Screenings und des umfassenden Assessments: Das Assessment zielt darauf ab, ein umfassendes Bild zu den Bedarfen und Problemen im Prozessverlauf zu erhalten. Screening ist ein formaler Prozess des Testens um festzustellen, ob ein Klient zum gegenwärtigen Zeitpunkt die weitere Aufmerksamkeit für eine bestimmte Störung –hier die Möglichkeit einer gleichzeitig vorhandenen Substanzabhängigkeit und psychischen Störungen – rechtfertigt oder nicht. Ein grundlegendes Assessment besteht in der Sammlung von Informationen, mit denen eine Komorbidität und eine Diagnose psychischer Störungen und substanzkonsumbedingter Störungen eindeutig nachgewiesen wird, und mit denen Problembereiche, Einschränkungen und Stärken und die Bereitschaft zur Änderung festgestellt werden. Des Weiteren werden mit einem Assessment Daten gesammelt, um auf dieser Grundlage Entscheidungen über das notwendige Maß an Versorgung treffen zu können.

- Adaption einer auf die Mehrfachbelastung und individuellen Bedarfe maßgeschneiderten, schrittweisen Vorgehensweise: Da Menschen mit Doppeldiagnosen grundsätzlich eine Vielzahl an Beeinträchtigungen im Hinblick auf die psychische Gesundheit, medizinische Probleme, Substanzmissbrauch, familiäre und soziale Probleme aufweisen, sollten Behandlungsangebote zu einer integrierten Versorgung in der Lage sein um den multidimensionalen Problemen gerecht zu werden. Die Fortschritte von Klienten verlaufen empirisch in identifizierten Phasen oder Stadien, die die Motivation, Stabilisierung, Behandlung und Nachsorge oder eine durchgehende Versorgung beinhalten. Die Nutzung dieser Phasen ermöglicht es, effektive, den Phasen angemessene Behandlungsprotokolle zu erstellen und anzuwenden. Da komorbide Störungen im Zusammenhang mit persönlichen und sozialen Problemen auftreten, sind Hilfeansätze von Bedeutung, die sich spezifischen Lebensproblemen zu einem frühen Therapiezeitpunkt widmen. Hilfen für Klienten mit ernsthafteren psychischen Störungen müssen auf die individuellen Bedarfslagen und Funktionsweise zugeschnitten sein.
- Ein angemessenes Maß an Versorgung zur Verfügung stellen – Zuweisung zur Behandlung: Rahmenbedingungen für eine begünstigte Sprechstunde, Zusammenarbeit und Integration von Versorgungssysteme für die Behandlung von Substanzmissbrauch und von psychischen Störungen sollten etabliert werden, um eine angemessene Versorgung für jeden Klienten mit Komorbidität bereit zu stellen (bezogen auf die Kombination und den Schweregrad des Problems).
- Gewährleistung der Versorgungskontinuität: Da die Gesundung von Komorbidität ein Langzeitprozess darstellt, unterliegen die Heilungsperspektiven dem folgenden Prinzip: Ein Behandlungsplan muss erarbeitet werden, der über einen Zeitraum die Behandlungskontinuität gewährleistet. Es ist von wesentlicher Bedeutung, die langfristige Teilnahme in diesen fortlaufenden Behandlungssettings zu stärken.

2 Leitlinien für Interventionen und Programmbestandteile

Interventionen für Störungen durch den Substanzkonsum sowie für psychische Störungen zielen auf das Management oder die Linderung akuter Symptome, eine kontinuierliche Behandlung und Rückfallprävention ab oder auf die Rehabilitation von einer Einschränkung, die mit einer oder mehreren Störungen verbunden ist – unabhängig davon, ob diese Störung psychischer Natur ist oder auf den Substanzkonsum zurückzuführen ist.

- Bewahren der therapeutischen Allianz: Leitlinien zur Thematik der therapeutischen Beziehung sollten ein Bestandteil aller Interventionen sein.
- Motivierende Gesprächsführung: Verschiedene gut entwickelte und erfolgreiche Strategien für eine motivierende Gesprächsführung aus dem Bereich des Substanzmissbrauchs sollten für die Behandlung von komorbiden Störungen übernommen werden.

- Contingency Management (Anreizsysteme): Ansätze die auf Anreizen oder Belohnungen basieren, wie das Contingency Management (CM), bestätigen, dass die Ausprägung oder Häufigkeit eines Verhalten durch die Einführung eines planvollen und organisierten Systems von positiven und negativen Konsequenzen verändert werden kann.
- Kognitiv-behaviourale Therapie: Die kognitiv-behaviourale Therapie macht sich die kognitiven Einstellungen des Klienten in dem Sinne zunutze, dass diese als eine Grundlage für die Verordnung von Aktivitäten zur Förderung von Veränderung dienen.
- Rückfallprävention (RP): Rückfallprävention (RP) hat sich als eine teilweise sinnvolle Strategie in der Suchtbehandlung erwiesen und scheint für komorbide Klienten adaptierbar zu sein.
- Gewährleistung einer korrekten Verabreichung von Medikamenten: Die Anwendung einer sachgerechten Verschreibung von Medikamenten ist ein essentieller Bestandteil des Programms, denn es hilft den Klienten, sich zu stabilisieren, ihre Symptome zu kontrollieren und dadurch ihre Empfänglichkeit für andere Behandlungen zu erhöhen.
- Ambulante Programme mit den Kernelementen des Assertive Community Treatment (ACT) bzw. der gemeindepsychiatrischer Versorgung oder des Community Reinforcement Approach (CRA) bzw. der Einsatz positiver Verstärker: Ambulante Behandlungsprogramme werden von einem größten Anteil der Klienten genutzt und sollten das best mögliche Behandlungsmodell anwenden, um die größtmögliche Anzahl an Personen mit komorbiden Störungen zu erreichen. ACT und CRA sind durch extensive Aktivitäten der aufsuchenden Sozialarbeit, ein aktives und kontinuierliches Engagement für die Klienten und eine starke Intensität der Angebote gekennzeichnet. Diese Ansätze sollten in Europa eingeführt werden.
- Intensives Case Management (ICM): Die Ziele des ICM sind, Individuen zu einer vertrauensvollen Beziehung zu motivieren, Hilfestellung bei Grundbedürfnissen (z.B. Wohnen) zu bieten und Unterstützung bei dem Zugang zu und der Nutzung von kommunalen Hilfen zu leisten. Ein Grundelement von ICM besteht in der geringen Fallzahl pro Fallmanager, was in eine intensivere und konsistentere Hilfe für jeden einzelnen Klienten mündet.
- Modifikationen in stationären Settings: Die Prinzipien und Methoden stationärer Hilfen (siehe dazu die spezifische Leitlinie zu psychosozialen Interventionen) müssen an die Umstände des Klienten angepasst werden, wobei die folgenden Änderungen vorzunehmen sind: zunehmende Flexibilität, eine stärker individualisierte Behandlung und eine geringere Intensität. Eine Reihe von Optionen für die fortgesetzte Behandlung (Aftercare) sollten für Klienten mit einer komorbiden Störung zur Verfügung stehen, wenn sie die Behandlung beendet haben.
- Unterstützung zur Selbsthilfe: Solche Ansätze verwenden ein breites Spektrum an Prinzipien der persönlichen Verantwortlichkeit und des Peer-Supports, wobei oftmals

12-Schritte-Programme eingesetzt werden, die ein schrittweises Vorgehen zur Änderung vorsehen.

- Förderung von Koordination und Kontinuität in der Versorgung: Eine kontinuierliche Versorgung beinhaltet die Koordination der Hilfen, da sich Klienten zwischen verschiedenen Behandlungssystemen hin und her bewegen. Kontinuität ist gekennzeichnet durch eine Beständigkeit innerhalb der primären Behandlung und den ergänzenden Hilfen sowie einen nahtlosen Übergang zwischen dem jeweiligen Ausmaß der Versorgung und der Koordination von gegenwärtigen und vorhergehenden Behandlungsepisoden.
- Implementierung integrierter Interventionen: Integrierte Interventionen sind spezifische Behandlungsmethoden oder therapeutischen Techniken, bei denen Interventionen für beide Störungen in einer einzelnen Sitzung oder Interaktion oder in einer Reihe von Interaktionen oder mehreren Sitzungen miteinander kombiniert sind. Integrierte Interventionen können eine Bandbreite an Techniken beinhalten.

9 Behandlung bei Stimulanzienabhängigkeit

A Definition und Zielsetzungen

1 Beschreibung des Problems

StimulanzienkonsumentInnen sind solche, die Kokain(pulver), Crack und Amphetamine konsumieren. Zur Zeit existiert kein umfassendes Behandlungspaket für diese Konsumentengruppe, welches Abstinenz und Rückfälligkeit erreicht. Die Behandlung von KonsumentInnen von Stimulanzien sollte mithin eine Eingangsphase mit der Beendigung des Stimulanzkonsums beinhalten, eine zweite Phase, die sich mit Rückfallprävention und eine dritte Phase, in der es um die Aufrechterhaltung der Abstinenz mittels neu erlernter Fähigkeiten geht. Stimulanzkonsumenten können, wie andere Drogenkonsumenten auch, eine Reihe von medizinischen Problemen, Notfällen, psychiatrischen Problemen oder Krisen sowie verschiedene soziale, rechtliche oder Arbeits-Probleme erfahren, die eine Reihe von Hilfsangeboten jenseits der Drogenhilfe nötig machen.

Einschätzungen über das Ausmaß des Problems des Kokainkonsums in Europa sind nur für drei Länder erhältlich; Italien, Spanien und Großbritannien. Hier geht man von drei bis sechs problematischen KokainkonsumentInnen pro 1000 Einwohner zwischen 15 und 64 aus.

Die EMCDDA beschreibt mit Hilfe des "Treatment Demand Indicators" bei ca. 15% aller ambulanten Klienten Kokain als zweitrangiges Drogenproblem. Die meisten europäischen Länder berichten von einem kleinen Anteil an KokainkonsumentInnen

unter allen Klienten, wobei die Niederlande und Spanien hohe Anteile mit 35% bzw. 42% in 2004 verzeichnen.

2 Aufgaben und Ziele

Behandlung von StimulanzkonsumentInnen zielt auf die Beendigung des Konsums, Rückfallverhinderung und Aufrechterhalten der Abstinenz durch das Erlernen neuer Kompetenzen. Programme zur Behandlung von Stimulanzabhängigkeit sollte folgende Punkte umfassen:

- Eine Einschätzung des psychologischen, psychiatrischen, sozialen und physischen Status' der PatientInnen mit Hilfe von festgelegten Assessment Instrumenten.
- Eine Beurteilung des Grades der Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen, insbesondere Opioide, Stimulanzien, Alkohol und Benzodiazepinen.
- Festlegung eines Behandlungsprogramms und Entwicklung eines Behandlungsplans inklusive einer Risiko-Einschätzung.
- Sichere und effektive Medikamentenverschreibung zur Bekämpfung von Entzugssymptomen.
- Identifikation von Risikoverhalten und Beratungsangeboten zur Schadensminimierung.
- Identifikation von längerfristigen Behandlungsbedarfen des Patienten und Erstellung eines angemessenen Entlassungsplans.
- Einschätzung und Überweisung der PatientInnen in andere, angemessene Behandlungsangebote.
- Überprüfen und evaluieren der Effektivität und Effizienz der verschriebenen Interventionen.
- Überweisung in andere Behandlungsformen, wenn dies angemessen und zweckdienlich ist.

B Evidenz

1 Vorhandenes Datenmaterial

PatientInnen mit Kokain- oder anderen Stimulantienproblemen benötigen in der Regel keine stationäre Behandlung, da Entzugssymptome nicht schwerwiegend oder medizinisch komplex sind. Eine limitiert vorhandene Evidenz deutet darauf hin, dass die meisten PatientInnen in intensiven ambulanten Programmen effektiv behandelt werden können. PatientInnen, denen ein schneller Behandlungsbeginn angeboten wird, erscheinen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu den ersten Terminen.

2 Verschreibung bei Stimulanzabhängigkeit

Antidepressiva (insbesondere Desipramine und Fluoxetine), Dopaminagonisten (insbesondere Amantamide, Bromocriptine und Pergolide), Antikonvulsiva (insbesondere Carbamazepine und Phenytoin) sowie Stimmungsaufheller (insbesondere

Lithium) sind in der Behandlung von Kokainabhängigkeit eingesetzt worden, ohne dass es Evidenz für ihre Wirksamkeit gefunden wurde. Andere Medikamente inklusive Modafinil, werden derzeit getestet.

3 Erhaltungstherapie

Es gibt keine Evidenz für eine Erhaltungstherapie bei Stimulanzien. Studien haben gezeigt, dass eine Erhaltungstherapie mit Methadon oder Buprenorphin bei Opiatabhängigkeit mit Kokainbeigebrauch zu einer Reduktion des Kokainkonsums führen kann, dieser Effekt wird durch die Kombination mit Techniken des Kontingenzmanagements oder mit Disulfiram verstärkt.

4 Contingency management

Forschungsergebnisse zeigen Evidenz, dass der Kontingenzansatz von den PatientInnen akzeptiert wird, zu ihrer Haltequote beiträgt und effektiv die initiale Abstinenz fördert.

5 Psychotherapeutische Interventionen inklusive kognitiv-behaviouraler Therapie
Die Ergebnisse der Studien zu kognitiv-behaviourale Therapie zu Behandlung von Kokainabhängigkeit sind nicht konsistent. Während eine Studie bessere Langzeitergebnisse als für klinische Behandlung fand, konnten andere Studien keine lang- oder kurzzeitigen positiven Effekte für kognitiv-behaviourale Ansätze finden. Eine neuere randomisierte kontrollierte Studie zu Kurzintervention auf kognitiv-behaviouraler Basis für Amphetaminkonsumenten stellte fest, dass die Anzahl der Behandlungstermine einen signifikanten Einfluss auf den Grad von Depression hatte, ebenso war die Abstinenzrate bei denjenigen PatientInnen besser, die mindestens zweimal an dem Programm teilgenommen hatten (Baker et al. 2005).

6 Rückfallprävention und Kompetenztraining

Verschiedene Studien konnten keine größere Effizienz von Kompetenztrainings oder Rückfallpräventionsprogrammen gegenüber den Kontrollgruppen zeigen. PatientInnen im Kompetenztraining in Kombination mit ihrer Behandlung kürzere und weniger schwerwiegendere Rückfälle.

7 Motivierende Gesprächsführung

Studien haben gezeigt, dass Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) insbesondere PatientInnen mit geringerer Anfangsmotivation oder Behandlungsambivalenz hilft.

C *Empfehlungen*

Es existiert eine begrenzte Evidenz für verschiedene Behandlungen.

1 Zugang zur Behandlung

Behandlung sollte rasch verfügbar sein für die KonsumentInnen von Stimulanzien, die ein Problem mit dem Konsum haben und Hilfe wünschen. Informationen über Behandlungsmöglichkeiten sollen verfügbar sein, und auch Auskunft geben über Zugangskriterien, Wartezeiten und Zielgruppen. Erstgespräch und Aufnahme in die Behandlung sollten möglichst zeitnah erfolgen.

2 Programmdauer

Es gibt limitierte Daten und klinische Erfahrung, dass 12-24 Wochen Programmdauer in der Regel bei Stimulanzienabhängigkeit eingesetzt werden. Studien über stationäre Therapeutische Gemeinschaften fanden den größeren Nutzen bei denen, die mindestens drei Monate in Behandlung blieben.

3 Setting

Die Mehrheit der KonsumentInnen von Stimulanzien wird in ambulanten Settings behandelt, während Krisenmanagement für PatientInnen in akuten Krisen nötig sein kann. Von intensiver stationärer Rehabilitation profitieren insbesondere PatientInnen mit mehrfachen Bedarfen

4 Assessment

Bei denjenigen mit problematischem Stimulanzienkonsum sollte die Schwere der Abhängigkeit sowie der Konsum anderer Substanzen, inklusive Alkohol, beurteilt werden. Das Assessment sollte kurz und fokussiert sein, um für die KonsumentInnen, die einen schnellen Einstieg in die Behandlung wünschen, keine Barriere für die weitere Behandlung zu sein. Das Assessment sollte folgende Punkte umfassen:

- Urinalyse, um den Befund des Konsums von Stimulanzien und anderen Substanzen zu bestätigen
- Dokumentation der Geschichte des Substanzkonsums und früherer Behandlungseinheiten.
- Eine Übersicht über aktuelle und vergangene physische und psychische Gesundheitsprobleme.
- Risikoeinschätzung für Selbstverletzungen.
- Eine Einschätzung der aktuellen sozialen und persönlichen Umstände.
- Berücksichtigung des Einflusses von Drogenkonsum auf Familienmitglieder und andere Abhängige..
- Angebot von HIV und HCV Tests, sowie von sexuell übertragbaren Krankheiten.
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung des Rückfallrisikos.

6 Personelle Ausstattung

Das Personal in der Behandlung von Stimulanzien Klienten sollte Krankenpflege und Ärzte umfassen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen und (Einzelfall-) Berater

umfassen. Das Personal sollte für Krisenmanagement, speziellen Beratungstechniken und in Themen der psychischen Störungen ausgebildet und trainiert sein.

10. Schwangerschaft und Mutterschaft in der Drogenbehandlung

A Definition und Zielsetzungen

- Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft kann für die schwangere Frau, den Fötus und das Neugeborene unterschiedliche schädliche Auswirkungen haben: direkte gesundheitsschädigende Auswirkungen auf Grund von Substanzgebrauch oder -missbrauch, sowie indirekte negative Folgen, die sich aus den mit Substanzmissbrauch verbundenen Lebensumständen ergeben.
- Es ist schwierig, während der Schwangerschaft Abstinenz von Opioiden zu erreichen bzw. zu erhalten, wenngleich dies das ideale Ziel darstellt. Eine Erhaltungstherapie mit Opioiden wird daher in der Schwangerschaft empfohlen; es scheint dadurch kaum schädliche Langzeitfolgen oder andere negative Effekte für die Entwicklung der Kinder zu geben.
- Eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch von legalen oder illegalen Substanzen während der Schwangerschaft kann beim Neugeborenen zur Entwicklung eines Neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS) führen. Die Inzidenz von NAS bei Neugeborenen von opioid-abhängigen Frauen liegt zwischen 70% und 95%. NAS ist charakterisiert durch eine Vielzahl von Symptomen mit unterschiedlicher Ausprägung: Niesen, Gähnen, hyperaktiver Moro-Reflex, kaum Schlafen nach dem Füttern, Tremor, erhöhter Muskeltonus, myoklonische Zuckungen, schrilles Schreien, Hautabschürfungen durch ständiges Kratzen, Fieber, Schwitzen, Verstopfung der Nase, Tachypnoe, Rückzug, geringe Nahrungsaufnahme, Erbrechen, Durchfall, Wachstumsstörungen, überhöhte Erregbarkeit und in seltenen Fällen Krampfanfälle.

B Evidenz

- Eine Methadontherapie im Rahmen eines umfassenden Betreuungsprogramms ist mit besserer pränataler Versorgung verbunden, sowie einem erhöhten fetalen Wachstum und einer niedrigeren Neugeborenenmorbidity und -mortality als eine Fortsetzung des Opioidmissbrauchs.
- Obwohl Methadon klare Vorteile hat, brauchen etwa 60-87% der Neugeborenen von Frauen in einer Methadon-Erhaltungstherapie eine Behandlung für NAS.
- Buprenorphin, in Europa seit 1999 für die Behandlung von nicht-schwangeren opioidabhängigen Erwachsenen zugelassen, könnte die Inzidenz und Ausprägung von NAS reduzieren. Buprenorphin scheint sicher für Frau und Kind zu sein und

erwies sich als effizient bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit bei Schwangeren, wobei derzeit jedoch nur eine limitierte Anzahl an Daten aus kontrollierten Studien vorliegt.

- NAS kann jederzeit während der ersten 24 Stunden bis hin zu 10 Tagen postpartal auftreten, wobei dieser Zeitpunkt von der im Rahmen der Schwangerschaft verabreichten Medikation bzw. des letzten Substanzkonsums abhängig ist. Bei einer Erhaltungstherapie mit Methadon bilden sich die Symptome generell nicht früher als 48 postpartal aus. Ein noch späterer Beginn der Entzugssymptomatik kann beobachtet werden, wenn das Neugeborene Buprenorphin, Benzodiazepinen oder Barbituraten in utero ausgesetzt wurde.
- Auf Grund von wenigen doppelblinden, kontrollierten Studien ist es derzeit nicht leicht festzustellen, welche Substanzen den größten Vorteil bei der Therapie von NAS erzielen. Die Effektivität und Sicherheit von einer Opioidtherapie bei Neugeborenen wurde in einem rezenten Cochrane Review überprüft. Der Überblicksartikel kommt zu dem Schluss, dass Opiode die bevorzugte initiale Therapie für NAS darstellen, insbesondere bei Neugeborenen von Müttern, die während der Schwangerschaft Opiode konsumiert haben.

C *Empfehlungen*

1 Erhaltungstherapie während der Schwangerschaft

- Die Erhaltungstherapie mit Methadon ist der Goldstandard der pharmakologischen Therapie. Es gibt jedoch zunehmend Hinweise für einen Vorteil von Buprenorphin, welches sich in neueren Studien als effektiv erwiesen hat.
- Methadon ist der Goldstandard der Erhaltungstherapie bei Schwangeren, weil es derzeit mehr Daten betreffend der Sicherheit von Methadon als von Buprenorphin gibt. Wenn Frauen gut mit Buprenorphin behandelt werden können, sollte das Risiko einer Therapieumstellung mit der Sicherheit bzw. den bekannten Wirkungen von Methadon aufgewogen werden.
- Frauen, die sich in einer Behandlung befinden, sollten ermutigt werden auch während ihrer Schwangerschaft in der Behandlung zu bleiben.

2 Management von NAS

- Zur Behandlung von NAS sollten Opiode und Barbiturate verwendet werden. Unbehandeltes NAS kann für Neugeborene starken Stress auslösen und in seltenen Fällen sogar Krampfanfälle verursachen. Cochrane Reviews fanden, dass Opiode und Barbiturate effektiver sind als Placebo oder Benzodiazepine. Von beiden Substanzen sind Opiode vermutlich effektiver als Barbiturate.

3 Zugang zur Behandlung

- Jede Einrichtung sollte sicherstellen, dass sie für substanzabhängige schwangere Frauen zugänglich ist und eine hochwertige, nicht-verurteilende Behandlung anbieten kann, welche die schädlichen Auswirkungen des Substanzkonsums der Mutter auf das Neugeborene reduzieren soll.
- Jede Behandlungseinrichtung sollte eine Kontakte zur medizinischen Primärversorgung, Sozialarbeitern, und anderen Einrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen haben, damit den Kindern auch langfristig die geeignete Behandlung zukommen kann.

4 Stillen

- Für Frauen ist Stillen während einer Erhaltungstherapie mit Methadon oder Buprenorphin sicher und sollte nicht verhindert werden. Wenn eine Mutter in Erhaltungstherapie ihr Kind stillen möchte, sollte dies gefördert werden: es kann die Mutter-Kind-Bindung begünstigen und es könnte NAS-Symptome mildern.
- Stillen ist nicht empfohlen, wenn die Mutter mit HIV infiziert ist. Bei einer vorliegenden Hepatitis C Virus Infektion liegt die Entscheidung, ob gestillt werden soll, beim behandelnden Pädiater.

5 Hämato-gen-übertragbare Viren

- Substanzabhängige schwangere Frauen sollten nach ihrer Aufklärung und Zustimmung auf HIV, Hepatitis B und Hepatitis C getestet werden. Es sollte eine adäquate klinische Betreuung angeboten werden einschließlich einer Hepatitis B Immunisierung aller Neugeborenen von substanzabhängigen Frauen bei bekanntem IV-Substanzkonsum. Eine Übertragung dieser Viren von der betroffenen Mutter auf ihr Kind kann während der Schwangerschaft oder der Geburt bzw. beim Stillen stattfinden.
- Ein Kaiserschnitt kann das Übertragungsrisiko von HIV stark reduzieren.

11 Aspekte des Drogenhilfesystems

A *Definition und Zielsetzungen*

In den europäischen Ländern werden insgesamt erhebliche Mittel für Drogenbehandlung auf gewandt. Ihr Anteil auf Gesamtausgaben für Drogenpolitik variiert von etwa 50% in Irland bis zu rund 90% in Portugal, Ungarn und Frankreich. Unabhängig davon scheint die Verteilung dieser Mittel zwischen verschiedenen Behandlungs-Modalitäten ohne Bezug auf pragmatische evidenz-basierte Standards zu erfolgen. Die erhebliche Variation in der Mittelverteilung kann nicht wesentlich der unterschiedlichen epidemiologischen Situation geschuldet sein. Wahrscheinlicher ist,

dass die sich voneinander abhebenden finanziellen Prioritäten Gewohnheitsrechte, Machtverhältnisse sowie Behandlungstraditionen der einzelnen Länder reflektieren.

Von daher besteht ein dringender Bedarf zur Ausarbeitung an Empfehlungen für Drogenbehandlung als ein System miteinander verbundener Interventionen, die eine Balance bieten zwischen individuellen Behandlungsbedarfen und zu erwartenden individuellen Behandlungsergebnissen. Über die Perspektiven auf der individuellen Ebene hinaus, geht es auf der Ebene der öffentlichen Gesundheit um die Sicherung des ausreichenden Zugang zu Behandlungsmaßnahmen, hohe Erreichungsquoten, optimierte Kosten-Nutzen Verhältnisse von verschiedenen Behandlungsmodalitäten, niedrige Rückfallraten sowie um verringerte Mortalität und mit dem Drogenkonsum verbundene Morbidität.

Zusätzlich gilt es soziale Faktoren wie Sozialausgaben und Kriminalitätsraten zu berücksichtigen.

B Evidenz

Es sind wenige Untersuchungen vorhanden, die sich mit systemischen Aspekten von Drogenbehandlung befassen. Die Schwerpunkte der Forschung liegen mehr in der Untersuchung verschiedener Behandlungsgruppen, speziellen Behandlungsansätzen, von mit dem Drogenkonsum verbundenen individuellen Probleme in geringerem Ausmaß auf individueller Beurteilung und Fallplanung. Gleichwohl gibt es sowohl einige Studienergebnisse, die sich auf systemische Aspekte konzentrieren, als auch von internationalen Organisationen sowie national vorgelegte Leitlinien, die als Grundlage für eine Reihe von Empfehlungen dienen können.

C Empfehlungen

1 Evidenz-basierte Behandlungspolitik

Drogenbehandlungspolitik sollte erarbeitet und festgelegt werden von den jeweils zuständigen Verantwortlichen auf dem nationalen, regionalen und lokalen Ebene. Die jeweilige Behandlungsplanung sollte zum einen in eine umfassende Drogenpolitik integriert sein, zum anderen in eine umfassende Behandlungspolitik. Anstatt der Förderung der jeweils vorherrschenden Behandlungsansätze, sollte die Drogenbehandlungspolitik die Entwicklung umfassender Behandlungssysteme fördern, die auf nationaler wie lokaler Ebene auf einem abgestimmten Netzwerk von offen zugänglichen und strukturierten Einrichtungen beruhen. Behandlungspolitik sollte starker auf erwiesener Wirksamkeit und Kosteneffektivität beruhen als auf bestehenden Traditionen und Überzeugungen.

2 Umfassende Bedarfsklärung

Bedarfsklärungen auf der nationalen wie lokalen Ebene sollten Entscheidungen hinsichtlich der Ausweitung oder Verbesserung bestehender Behandlungssysteme vorangehen. Bedarfsklärungen sollten methodisch aussagekräftig und politisch partizipatorisch sein – einschließlich der verpflichtenden Teilnahme der örtlichen Verantwortlichen wie der aktuellen und potentiellen Klienten. Umfassende Bedarfsklärung umfasst nicht nur epidemiologische Daten, sondern auch Erwartungen potentieller Nutzer des Behandlungssystems, der verfügbaren Behandlungsressourcen mit Berücksichtigung der vorhandenen Beschäftigten, ihren Kompetenzen, Einstellungen und ihrem Engagement.

3 Implementierung eines differenzierten Behandlungssystems

Das Behandlungssystem soll eine Palette von Interventionen und Leistungen anbieten und zugeschnitten auf verschiedene spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen. Das System muss Dienste anbieten, die breit zugänglich sind, unterschiedlich stark strukturiert sind und eine unterschiedliche Einbindung von Klienten erfordern. Klientenbedarfe gehen meist über Gesundheitliche Bedarfe hinaus und beinhalten soziale, legale und finanzielle Dimensionen. Deshalb soll sich das Behandlungssystem auf verschiedene Bereiche erstrecken: Gesundheit, soziale Wohlfahrt, Rechtspflege, Beschäftigung und weiteres.

4 Versorgungskoordination

Die Koordination zwischen verschiedenen Elementen des Systems einschließlich der Koordination mit anderen Versorgungsbereichen ist entscheidend. Dazu gehört auch eine auf die Systeme bezogene Koordination – das umfasst die angemessene Verteilung von Aufgaben und Ressourcen ebenso wie die personenbezogene Koordination der Versorgung. Schließlich geht es um die Sicherung effektiver Kommunikationsstrukturen, um eine effiziente Weitervermittlung sowie Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten.

5 Evaluation und Forschung

Forschung zu Drogenbehandlung als einem System sollte zu den Prioritäten von EU Forschungsprogrammen ebenso wie zu den nationalen und regionalen Forschungsvorhaben gehören. Einzelne Forschungsansätze sind sinnvoll und erbringen nützliche Informationen zur Nachfrage nach Behandlung, Bedarfsabklärungen, Adäquatheit von Behandlungen, Machbarkeit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität. Neue Ansätze müssen entwickelt werden, um die Kontinuität von Behandlung, das Ausmaß von Integration und Reichweite von Behandlungsangeboten auf die Gesamtpopulation zu untersuchen.

6 Anpassung an besondere Bedarfe

Der Einfluss und Reichweite des Drogenbehandlungssystems auf die Zielpopulation sollte kontinuierlich untersucht werden. Das umfasst den Anteil der Drogenabhängigen mit Bedarfen und den Anteil derer, die Behandlungen erhalten (Deckungsrate), Erkrankungen und drogenbezogene Sterblichkeit in Verbindung mit HIV, Hepatitiden, Überdosierung, sozialer Ausgrenzung (wie Wohnungs- und Arbeitslosigkeit) sowie Delinquenzraten.

Literatur

Alle Literaturverweise finden sich in den ausführlichen Versionen der Leitlinien im Endbericht des „Moretreat“-Projekts.