

**Erwerbsfähig und/oder
abstinent? – Reha für
Substituierte – Leichter
Zugang durch Aufgabe des
Abstinenzziels?“**



Forum: Illegale Drogen: Zugangswege erweitern Aber wie?

Fachverband Sucht, Heidelberg, 15. – 16.. Juni 2016

Gerhard Eckstein, Dipl. Psych.



Gliederung:

- **Die Gesprächspartner**
- **Wirksamkeit der Rehabilitation bei Substituierten.**
- **Erwerbsfähig in der Substitution – braucht es „die Reha“ noch?**
- **Komplexe Erkrankung – schafft „die Reha“ das?**
- **„Einmal take-home - immer take-home“**
- **Der Blick über den Tellerrand: Was braucht „die Reha“ von der Substitution?**
- **Gibt es eine Perspektive?**
- **Hat „die Reha“ ihre Hausaufgaben gemacht?**



Gesprächspartner

„Das Wissen um die Systemlogik der anderen hilft bei der Zusammenarbeit“ (Alves)

→ 3 Niedergelassene Ärzte

Stadt (2), Land (1)

→ 2 Substituierte in Reha

→ 2 Substituierte im Kontaktladen

→ 3 Reha-Einrichtungen

Fragen



- Sind Ihnen und Ihren KollegInnen die Voraussetzungen, Möglichkeiten und die Abläufe in der Med.Reha/Suchtreha bekannt?
- Welchen Umfang nehmen Information und Beratung über sowie Vermittlung in Med.Reha in Ihrer Praxis ein?
- Für den Fall, dass Ihnen die fachlichen und patientenbezogenen Voraussetzungen für eine med. Reha bekannt sind, wie groß (prozentual) schätzen Sie den Anteil der Substituierten ei, für die eine med. Reha – unabhängig von deren Motivation – sinnvoll und bezüglich ihrer persönlichen Voraussetzungen durchführbar ist?
- Welchen „Ruf“ hat die Med. Reha bei Ihnen, Ihren KollegInnen und Ihren PatientInnen?
- Welche Änderungen müßten aus Ihrer Sicht geschaffen werden, das es für Sie leichter ist, überzeugender ist, in eine med. Reha zu vermitteln?

Wirksamkeit der Rehabilitation bei Substituierten



- „Wortmeldung“: (N = 1458)

Rehaerfahrung 50 % ,1 und mehr: 33 % 1 und mehr abgebr..32 %

- Klinik 1: 13, davon reg.: 2, 9 beendet, 2 auf ärztl. Veranlassung

- Klinik 2: Von 14 Beendigungen: 3 regulär

- Klinik 3: Von 40 Aufnahmen: 10 reguläre Beendigungen (bei nicht-subst. Patientinnen: 60 % regulär)

- „Haltequote bei Substituierten auffallend gering“

Erwerbsfähig in der Substitution – braucht es „die Reha“ noch?



N = 724, davon erwerbstätig/selbständig/ALG I: 296 (DH Schwaben)
N = 108, davon.....: 51 (Condrobs, München)
N = 240, davon berufstätig : ca. 30 % (Dr. H.)
davon 50 plus/krank : ca. 30 % (Dr. H.)

Komplexe Erkrankung – schafft „die Reha“ das?



- ...Opiatabhängige mit psychiatrischem Behandlungsbedarf werden nur sehr begrenzt erreicht
- Bei Trauma: Vermittlung in Amb. Psychotherapie oder Klinik (Göttingen), Dr. H.
- „Wichtiger wären intensivere und engmaschiger Ambulante Maßnahmen“ (Dr. A.)
- Modulare ambulante Reha: Selbstfürsorge, Schlaf, Ernährung Umgang mit Geld, Amb. Psychotherapie (Dr. H.)

„Einmal take-home – immer take-home“?



- Der Wechsel in die Reha ist – zahlenmäßig – marginal (Heinz)
- „...weniger als 5 %“ (buss)
- „4 % Vorbereitung in Reha, Übergang.....“, „2% amb. Reha“ (Heinz)
- „Opiatabhängige verbleiben am längsten im Hilfesystem“
- Substitution verhindert medizinische Reha
- Abstinenz wird bestenfalls bei 4 – 5 % erreicht (PREMOS)
- „ein weiter gehendes Abrücken vom Abstinenzgedanken (Klinik 2) bei den subst. Ärzten, versorgende Einstellung zur lebenslangen S.“ (Klinik 1)
- „Patienten müssen Kampf gegen den subst. Arzt führen“ (Klinik 1)
- Vielfältige Angebote, „Ganztagsversorgung“, verhindern Reha (Dr. H.)
- Familien wehren sich gegen Beendigung der Subst. (Dr. H)
- „Tatsache ist, dass 0,001 % der S. eine Reha erhalten“, „in der med.Reha läuft meist viel weniger als erhofft“ (Dr. A)

„Einmal take-home – immer take-home“?



Sicht der Patienten:

- Niemand hat mich auf die Reha angesprochen, erst als ich im Knast war, habe ich davon was gehört
- Niemand weiß, dass es hier so was gibt
- Kein Drogenberater, kein Arzt.
- Es gibt keine Informationen über die Möglichkeit der Reha, weder mit noch ohne Substitution
- Wenn ich Probleme mit dem Arzt und der Substitution habe, werde ich immer nur in die Entgiftung geschickt.
- Wenn ich zum Arzt während der Reha gehe, ist das schon heftig, wenn ich da im Wartezimmer so lange warten muß und die anderen Konsumenten immer sehe.

„Einmal take-home – immer take-home“?



Sicht der Patienten (2):

- Ich kann erst hier mit der Substitution Tagesstruktur lernen und ausprobieren.
- Die meisten nehmen mich gut auf.
- Einige sagen auch, Du schaffst es nur, weil Du substituiert wirst.
- Es ist gut dass ich nicht gezwungen werde, abzudosieren.
- Ich muß bereit sein
- Wenn alle meine anderen Probleme mal geregelt sind, dann ist es für mich erst möglich, die Substitution zu reduzieren oder zu beenden.

Der Blick über den Tellerrand: Was braucht „die Reha“ von der Substitution?



Ärzte sollen aufgeschlossener gegenüber Reha sein.
Kooperation mit subs. Ärzten findet kaum statt,
verbesserungswürdig.

Ärzte ziehen die Möglichkeit einer Reha unter Substitution nicht in Betracht

Aus Sicht der zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) sollte die Arbeit am Konsum mit dem Ziel einer Veränderung desselben eine zentrale Aufgabe niedrigschwelliger Drogenarbeit darstellen (Körkel)

Hat „die Reha“ ihre Hausaufgaben gemacht?



- **Zugangskriterien und Voraussetzungen**
- **Fachkliniken und Ambulanzen: Erweiterte Konzepte**
- **39 stat. Einrichtungen**
- **9 ganzt.-amb. Einrichtungen**
- **63 amb. Reha Einrichtungen**
- **Einzelfallentscheidung über Fortsetzung der Subst. nach Beendigung der Reha**
- **Eine vollständige Abdosierung gelingt nicht in allen Fällen, sie darf nicht gegen den Willen der Betroffenen durchgesetzt werden.**
- **Wirksamkeitsüberprüfung**
- **Beibehaltung der Beikonsumregel**

Gibt es eine Perspektive? (1)



Suchtmedizin (Mayer-Thompson):

- Abdosierung keine Vorgabe/Bedingungen
- Substitution **und** Nicht-Substitution sind Voraussetzungen zur Teilhabe
- Beikonsum = komorbider Substanzgebrauch
- Beikonsum = Symptom einer Mehrfachabhängigkeit (Suchtmedizin)
- Abstinenzforcierung führt zu schlechten Ergebnissen (PREMOS)
- Unrealistische, eng gefasste Anforderungen aufgeben
- Erhaltung statt Entzug
- Jeder, auch ein seit Jahrzehnten subs. Patient, kann möglicherweise Abstinenz erreichen (Kuhlmann)
- Qualifikation der Mitarbeiter
- Vernetzung (bisher überwiegend bilateral)

Gibt es Perspektiven? (2)



- In der S. braucht es mehr Thematisierung der Abstinenz mit dem Ziel einer Veränderung (Alves)
- „Reha bei Substitution oder Substitution bei Reha“
- „Substitution verhindert medizinische Reha – Medizinische Reha sperrt Substituiert aus“ (Heinz)
- Herausbildung einer neuen Zielhierarchie: Nicht mehr der Ausstieg, sondern die Erreichung einer bestmöglichen Gesundheit und Lebensqualität in der Abhängigkeitsstörung steht im Vordergrund (Wortmeldung; Meilli zit. nach Kemper).
- **Wie gelangen positive Botschaften über die Erreichbarkeit der Reha in die Substitution?**



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**