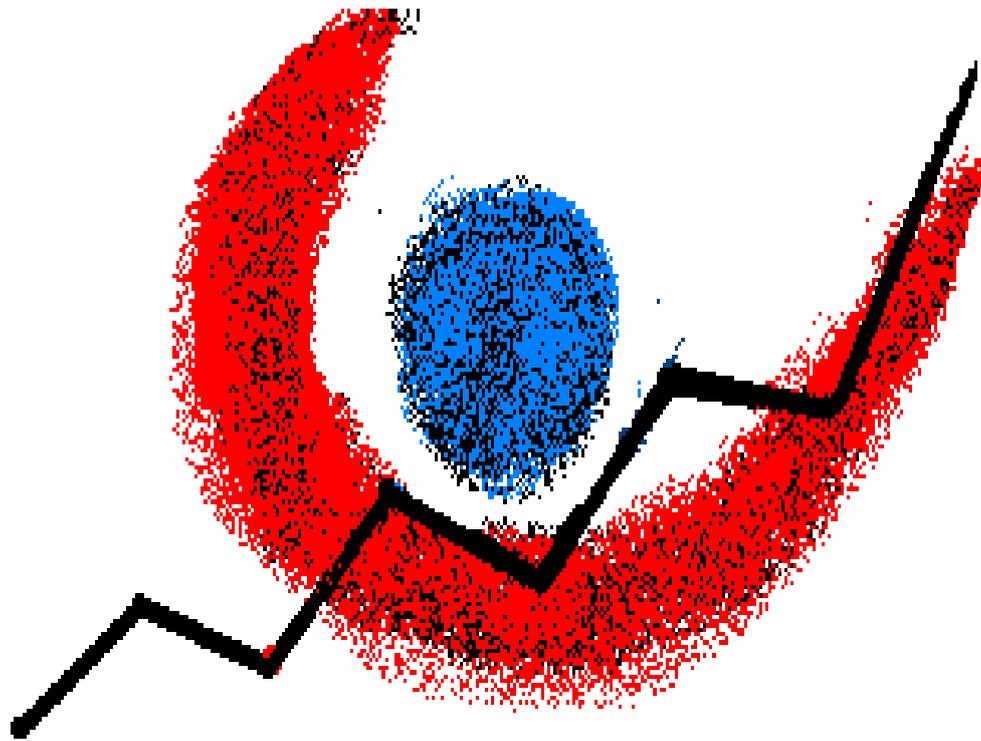


SchwerPunktPraxis
für Suchtmedizin Ravensburg



Jahresbericht

2012

Schwerpunktpraxis für Suchtmedizin
Georgstr. 27
88212 Ravensburg
Tel. 0751/9771250
Fax 0751/97712529
spp.matschinski@web.de

SchwerPunktPraxis

für Suchtmedizin



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen erneut von unserer Arbeit berichten zu können. Auch das Jahr 2012 war turbulent und mit einigen Veränderungen verbunden. Die für uns traurigste Entwicklung war der anhaltende Verlust von Behandlungsplätzen bei HausärztInnen in der gesamten Region. Im Kreis Ravensburg gibt es inzwischen nur noch 2 Hausarztpraxen, im Bodenseekreis gibt es nur noch eine Praxis, die Substitutionsbehandlungen anbieten. Dadurch hat der Aufnahmedruck auf die Schwerpunktpraxis erneut zugenommen und uns an unsere Belastungsgrenze geführt. Inzwischen werden knapp 200 Opiatabhängige bei uns behandelt und die Nachfrage ist ungebrochen. Ebenfalls bedauerlich ist, dass wir nach wie vor keine ärztlichen KollegInnen finden, die bereit sind, uns bei unserer Arbeit zu unterstützen und in der Schwerpunktpraxis mitzuarbeiten. Der Ärztemangel ist im Bereich der Suchtmedizin zumindest in Oberschwaben bereits schmerzlich spürbar.

Umso erfreulicher ist daher die Tatsache, dass Fr. Dr. Vollmer von der Sucht-PIA des ZFP Weissenau inzwischen die Urlaubsvertretung übernimmt und somit wenigstens die Urlaubszeit überbrückt werden kann.

Da unsere Räumlichkeiten dem Ansturm der Patienten nicht mehr gerecht wurden, haben wir die Räumlichkeiten etwas umbauen müssen und bei der Gelegenheit auch versucht, noch mehr Farbe in die Praxis zu bringen, um damit die Enge durch hübsche und freundliche Atmosphäre etwas auszugleichen.

Ebenfalls erfreulich hat sich die Kooperation mit dem Rebuy vom ZFP Weissenau entwickelt. Durch diese Zusammenarbeit konnten mehrere der beschäftigungslosen Pat. über verschiedene Maßnahmen in das Konzept des Rebuy eingebunden werden. Wie bereits im Jahresbericht 2010 dargestellt, ist eine stabile Tagesstruktur und Beschäftigung ein wichtiger Beitrag in der Überwindung des Suchtverhaltens. 6 unserer PatientInnen arbeiten dort regelmäßig unter WfbM-Status und weitere 14 PatientInnen haben dort über Ergotherapie bzw. AGHplus-Maßnahmen eine sinnvolle Tagesstruktur gefunden und trainieren dort unter Anleitung und Betreuung ihre Leistungsfähigkeit. Durch gemeinsame Fallbesprechungen bzw. „Visiten“ im Rebuy werden zusammen mit den PatientInnen die Arbeits- und Behandlungsziele besprochen und in ca. 2-monatigen Abständen resümiert. Vergleichbares Vorgehen bestimmt die Betreuung von PatientInnen, die als Bewohner der Anode im Rebuy ihr Tagesstrukturprogramm absolvieren.

Große Unterstützung erfährt unsere Arbeit inzwischen durch das ausgebaute Wohnangebot der Anode auch für substituierte Personen, die sowohl stationär als auch ambulant von den Anode-Mitarbeitern betreut werden.

Durch diese enge Betreuung konnten einige Patienten in geordnetem Wohnraum untergebracht und bzgl. ihrer Suchterkrankung auf deutlich stabilere Niveaus gebracht

werden. Das z. T. jahrelange Herumsitzen auf Ravensburger Plätzen konnte somit durch einen geregelten Tagesablauf und strukturierte Trainingsmaßnahmen ersetzt werden.

Trotz dieser Bemühungen sind uns 2012 2 Patienten durch Drogenüberdosierungen verstorben. Hier zeigte sich erneut, dass die ersten Wochen der Behandlung zur riskantesten Phase der Behandlung gehören, da in diesem Zeitraum die Patienten häufig ihren Konsum einstellen oder modifizieren und Rückfälle dann bei Veränderungen der Opiattoleranz tödlich verlaufen können. Weitere 6 PatientInnen sind aufgrund von Suchtfolgeerkrankungen wie chron. Hepatitis, Thrombosen oder an suchunabhängigen Erkrankungen (Krebserkrankungen) verstorben. Dies zeigt einerseits, dass nach 25 Jahren Methadonsubstitution in Deutschland einst drogenkonsumierende Menschen inzwischen deutlich älter werden und somit an „altersentsprechenden“ Erkrankungen versterben – aber eben andererseits auch durch ihre Suchterkrankung selbst ein höheres Sterberisiko tragen.

Um riskantes Konsumverhalten zu verhindern, haben wir zusammen mit unserem Labor ein Verfahren entwickelt, das uns Hinweise für einen iv-Konsum von Medikamenten u.a. auch von Substitutionsmitteln anzeigt. Hierdurch konnten wir eine jahrelange Praxis von iv-Konsum von z.B. von Takehome-Dosierungen aufdecken, die regelmäßigen Venenkontrollen gezielter einsetzen und somit diesen Mißbrauch deutlich reduzieren. Neben ausführlicher Aufklärung konnten wir gemeinsam mit den Patienten neue Strategien im Umgang mit diesem Problem entwickeln, wie z.B. den Einsatz von Eptadone®, einem sehr viskösen Fertigmethadon, das deutlich schwieriger zu injizieren ist. Neben dem gefährlichen iv-Konsum von Substitutionsmitteln stand insgesamt die Gesundheitsfürsorge für unsere immer älter werdenden Patienten im letzten Jahr im Vordergrund. Durch die höhere Lebenserwartung sind auch Substitutionspatienten zunehmend von spezifischen Risiken (Qtc-Zeit-Verlängerungen durch Methadon können zu tödlichen Herzrhythmusstörungen führen) aber auch von allgemeinen Erkrankungen wie Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Medikamenteninteraktionen oder Krebserkrankungen bedroht und bedürfen einer hohen hausärztlichen Fürsorge und Behandlung. 6 von 8 Todesfällen sind auf solche Erkrankungen zurückzuführen.

Als innovativen Beitrag konnten wir ein Medikamenten-Umstellungsverfahren zusammen mit Kollegen aus der Schweiz entwickeln, das unter dem Begriff der „Ravensburger Strategie“ bundesweite Beachtung fand. Hierbei können auch Hochdosis-Methadonpatienten sehr komfortabel auf das weniger riskante Buprenorphin umgestellt werden, ohne die Pat. durch eine vorherige Methadonabdosierung destabilisieren zu müssen. Ein weiterer Beitrag, ein gesünderes Älterwerden von Opiatabhängigen zu fördern.

Neben Cure and Care hat sich auch das Suchtpräventionsangebot der Schwerpunktpraxis zunehmender Nachfrage erfreut. Unter Leitung meiner Frau war eine feste Gruppe von Substitutionspatienten in Ravensburger Schulen unterwegs, um in Form von strukturierten Interviews jungen Schülerinnen und Schülern die Entstehungsmechanismen von Suchtverhalten anhand von biographischen Erzählungen sehr hautnah aufzuzeigen. Die Resonanz aus den Schulen und der Elternschaft war so gut, dass dieses Angebot letztes Jahr zum ersten Mal vom Schulamt der Stadt Ravensburg gefördert wurde und auch weiterhin eine hohe Nachfrage besteht. Dieses Projekt stellt auch für die Patienten wegen der Auseinandersetzung mit ihrer Biographie eine wichtige therapeutische Herausforderung dar und unterstützt daher auch die Stabilisierung des Behandlungserfolgs.

Aus diesem Projekt heraus hat Julia Baumann vom Sender RegioTV eine wunderbare Reportage über einen unserer Patienten und die Hintergründe seiner Sucht und seiner Substitutionsbehandlung in der Schwerpunktpraxis gedreht. Eine sehr sehenswerte Reportage, die Ende des Jahres den Landesmedienpreis erhielt.

Trotz der weiterhin präkeren Finanzsituation ist es auch 2012 gelungen, das Angebot der Schwerpunktpraxis weiter auszubauen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Das Spektrum dieser Arbeit reicht von psychotherapeutischen, allgemeinmedizinischen, psychiatrischen Arbeitsfeldern über intensive Netzwerkarbeit (Qualitätszirkeln, Apotheken, Jobcentern, Kliniken, Suchtnetzwerken) bis zu wissenschaftlichen Neuentwicklungen und Forschungsbereichen mit internationalem Austausch. Bedauerlicherweise lassen sich derzeit keine Kolleginnen oder Kollegen für diesen höchst interessanten Arbeitsbereich finden – offensichtlich sind die Rahmenbedingungen für diese Arbeit deutlich zu schlecht.

Aufgrund des oben dargestellten Arbeitsvolumens und deutlichen Abnutzungserscheinungen unserer freien Energie, haben wir dieses Jahr unsere statistischen Auswertungen stark reduziert. Leider – denn die Evaluation der eigenen Arbeit ist ein wichtiger Motor für die Weiterentwicklung des Angebots und der eigenen Motivation.

Wie immer danken wir den Kommunen Ravensburg, Friedrichshafen, Bad Waldsee und Baienfurt für die finanzielle Unterstützung, die wir als klare Wertschätzung unserer Arbeit sehen.

Für das Team der Schwerpunktpraxis

Ihr

Dr. med. Frank Matschinski

2. Konzeptionelle Ausrichtung der Schwerpunktpraxis

Die Schwerpunktpraxis ist ein Teil des Ravensburger Suchthilfeangebots, der versucht, die verschiedenen Professionen, die an der Betreuung und Behandlung von DrogenkonsumentInnen beteiligt sind, in ein gemeinsames medizinisch-psycho-soziales Konzept zusammenzuführen, um ein möglichst ganzheitliches und individuell ausgerichtetes Unterstützungsangebot für die Betroffenen anbieten zu können.

Die Behandlungsziele orientieren sich seitens der SPP an der Zielhierarchie nach Körkel, die von der Sicherung des Überlebens bis hin zu einem selbstbestimmten Leben ohne Drogen reicht.

Neben ambulanten Entgiftungsbehandlungen (substitutionsgestützt, medikamentös, oder akupunkturgestützt) und der hausärztlichen Versorgung von DrogenkonsumentInnen besteht der deutliche Schwerpunkt in der Substitutionsbehandlung mit Substitutionsmitteln. Diese wird in enger Verbindung mit psychosozialer Begleitung durch die SozialarbeiterInnen der Drogenberatungsstellen und der psychiatrischen Mitbehandlung durch die PIA des ZFP Weissenau angeboten.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialarbeit ermöglicht eine neue Dimension der ganzheitlichen Betrachtung von individuellen Problemfeldern. Somit kann patientenbezogen auf die wechselnden Schwerpunkte von „Care“ und „Cure“ mit entsprechenden Hilfs- und Therapieangeboten reagiert werden. Wissenschaftliche Studien, so z.B. die vom ISS über die baden-württembergischen Schwerpunktpraxen durchgeführte Untersuchung belegen eindrucksvoll die Effizienz dieser Arbeitsweise bei der Rehabilitation von Drogenabhängigen. Entsprechend groß ist die Akzeptanz und Haltekraft der von der SPP angebotenen Substitutionsbehandlungen.

Die aktuelle Konzeption sieht eine enge Kooperation zwischen der Caritas Bodensee-Oberschwaben mit der Schwerpunktpraxis in der Weise vor, dass die medizinische und psychosoziale Betreuung in einer Einrichtung stattfindet und sich somit beide Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie eng unterstützen bzw. ergänzen. Interdisziplinäre Fallbesprechungen gewährleisten auf diese Weise eine möglichst ganzheitliche Patientenbetrachtung und einen niederschweligen Zugang zu den Hilfsangeboten. Zusätzlich sind das Krankenpflegeteam, das den intensivsten täglichen Kontakt mit den Patienten pflegt, und die PIA in die Fallbesprechungen integriert. Sie erweitern somit das Spektrum an Diagnostik- und Beziehungsebenen zu den Patienten.

Auf diese Weise entsteht ein integratives Behandlungskonzept, das versucht, den Problemlagen der drogenabhängigen Patienten am besten gerecht werden zu können.

Selbstverständnis und Einschätzung aufgrund der bisherigen Praxiserfahrungen

Die Schwerpunktpraxis wird von den Betroffenen als Einrichtung der Drogenhilfe angenommen.

Neben der medizinischen Behandlung von suchttypischen Begleiterkrankungen und der Substitution wurde von den Patienten in hohem Maße Beratung, sowohl in medizinischen als auch in psychosozialen Fragen, nachgefragt.

Festzustellen ist, daß 4/5 unserer Arbeitkapazität in die Behandlung und Betreuung der SubstitutionspatientInnen fließt. Unserer Erfahrung nach weisen unsere PatientInnen zu einem hohen Anteil strukturelle Persönlichkeitsdefizite auf, die in den biographischen Live-Events und Entwicklungsstörungen begründet sind (hoher Anteil von broken-home und Heimerziehungssituationen). Hier fallen vornehmlich Störungen des Selbstbildes und des Selbstgefühls (ausgeprägte Depressionen), sowie narzistische Störungen auf. Diese äußern sich in einer z.T. extrem niedrigen Frustrationstoleranz im Umgang mit den alltäglichen Anforderungen bzw. deren Bewältigung und in einer ständig vorhandenen und sich zum Teil mit Gewaltausbrüchen realisierenden Aggressivität.

Obwohl sicherlich nicht die Mehrzahl der PatientInnen solch ausgeprägte psychosoziale Störungen aufweisen, benötigen gerade diese PatientInnen ein hohes Maß an Betreuung.

Diese konzentriert sich vornehmlich auf Krisenintervention, Haltearbeit und psychosoziale Stützung. Diese muß für die PatientInnen unmittelbar zugänglich und rasch verfügbar sein und zwar bevor das bisher praktizierte Krisenmanagement, sprich Drogenkonsum, erneut einsetzt und der bisher erreichte Realitätsbezug wieder verloren geht.

Wir unterteilen die Behandlung in verschiedene Phasen, wobei die erste Phase der funktionellen „Beelterung“ sicherlich am wichtigsten für die Haltekraft und das weitere outcome ist. Diese Phase ist bestimmt durch Kurzinterventionen auf verschiedensten Beziehungsebenen und schafft idealerweise das Vertrauen in die Institution „Praxis“, die 365 Tage im Jahr Anlaufpunkt sein kann, wo sich die Patienten aufgenommen fühlen und ihren Kummer, Ärger und ihre Anliegen anbringen können. Diese Phase ist bestimmt durch eine Sicherung der Grundbedürfnisse nach Nähe und Zugehörigkeit ebenso wie das Bedürfnis nach sicherem Wohnraum oder finanzieller Absicherung und stärkt im Verlauf die Objektkonstanz im Leben der Betroffenen. In einer zweiten Phase (nach Monaten oder Jahren) geht es um die Stärkung der Ich-Funktionen, die zunehmend durch das Ordnen der Lebenswelt und der inneren psychischen Funktionen in psychotherapeutischer Arbeit trainiert werden.

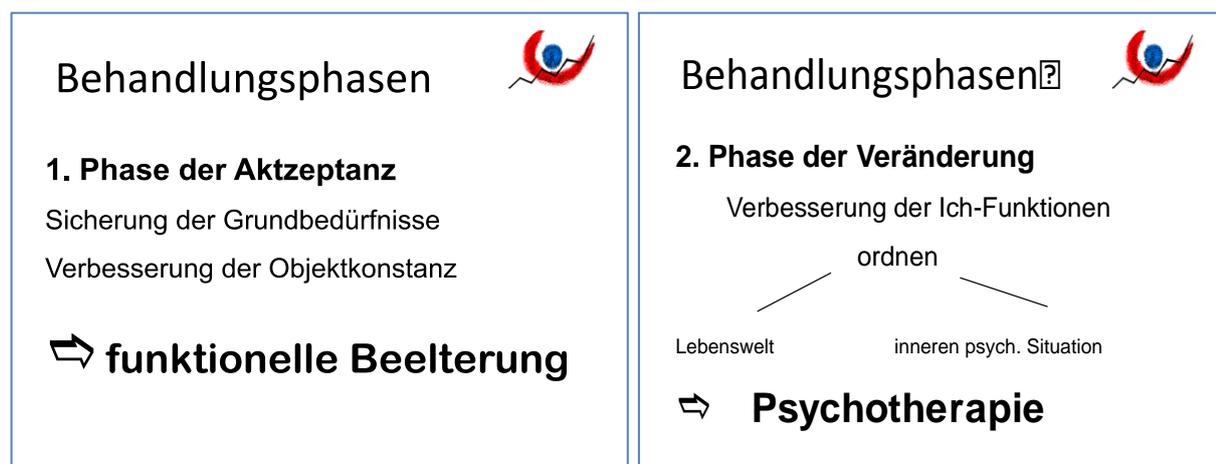
Aus Sicht der Schwerpunktpraxis zeigt sich eindeutig, daß selbstverständlich auch in der Betreuung von Substituierten ein psychosomatischer bzw. ganzheitlicher Behandlungsansatz zwingend ist, um die multiplen Verschränkungen und Wechselwirkungen zwischen dem sozialen Erleben, psychischem Befinden, körperlichem Empfinden aufzudecken und damit für die PatientInnen nachvollziehbar und schlußendlich veränderbar zu machen.

Entsprechend diesen Wechselwirkungen äußern sich Krisen entweder als körperliche, psychische oder soziale „Katastrophen“ bzw. als eine Mischung aus diesen.

Dies macht es notwendig, sowohl auf medizinischer als auch auf sozialarbeiterischer Ebene den PatientInnen ein Angebot machen zu können, daß möglichst keine dieser Dimensionen ausgrenzen muß. Dies benötigt eine breite gemeinsame Kompetenz, die nur durch enge Zusammenarbeit entstehen kann.

Da die PatientInnen täglich unsere Praxis besuchen, erleben wir diese Krisen meist sehr unmittelbar mit bzw. sehen uns in der Situation, auf diese Krisen reagieren zu müssen. Von daher ist es notwendig, hier vor Ort mit einem multiprofessionellen Angebot diesen Krisen begegnen zu können.

Gleichzeitig macht dies eine enge Kooperation mit anderen Betreuungspersonen notwendig, um zum einen, mögliche psychodynamischen Ursachen der Krise besser erfassen zu können, bzw. zum anderen, das Krisenmanagement außerhalb der Praxis nicht abrechnen zu lassen.



Phase 1 → Phase 2

Akzeptanz → Selbstakzeptanz



Umstellung von Methadon / Polamidon auf Buprenorphin - die Ravensburger Strategie

Dr. med. Frank Matschinski; SchwerPunktPraxis Ravensburg

Viele langjährig zum Teil hochdosierte Methadon/Polamidon-PatientInnen trauen sich nicht zu, nach der üblichen Empfehlung sich abzdosieren und nach entsprechenden Karenztagen auf Buprenorphin umzusteigen. Entsprechend der "Berner Methode" (Hämmig, R 2010*) wird unter Beibehaltung der Methadon/Polamidondosis langsam überlappend Buprenorphin aufdosiert, bis Methadon/ Polamidon abrupt abgesetzt werden kann. Anhand von 4 Beispielen wird die "Ravensburger Strategie" dargestellt.

Beispiel 1: 34 jähr. Patientin., verheiratet, 15 jähr. Tochter; seit 2000 in Polamidonsubstitution, stationäre Umstellung 10/10 auf Bupr. gescheitert. Erhofft sich von Buprenorphin mehr Fitness und weniger Müdigkeit; seit ca. 4 J. Depression bekannt, aktuell mit Duloxetin 60 mg behandelt. Die letzten Monate vor Umstellung mit tägl. **30 mg Polamidon** behandelt. Dosierschema:

Umstellungstag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Bupr. in mg	0,4	0,8	1,2	1,6	2	2,8	2	2,8	4	6	8	10	12	14	16	16

Am Tag 6 Entzugszeichen mit Unruhe, etwas Schwitzen und Schlafstörung - nach Dosisreduktion am Folgetag problemlose weitere Aufdosierung. Polamidon am Tag 11 auf Null gesetzt. Im weiteren unauff. Verlauf mit tägl. 16 mg Buprenorphin.

Beispiel 2: 36 jähr. Patientin, seit 15 Jahren in Substitution, zuletzt mit **70 mg L-Polamidon**, 12 jähr. Tochter, die bei der Oma lebt; rezid. Beikonsum von Pregabalin und Alkohol, erhofft sich durch Umstellung Besserung der Depression (bei Borderline-PKS), aktuell mit Mirtazapin 30 mg behandelt; 2011 erfolgreich Interferontherapie bei chron. Hep. C abgeschlossen. Dosierschema:

Umstellungstag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Bupr. in mg	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8	0,8	1,2	1,6	2	2,8	3,2	3,6	4	4,8	0

Am Tag 5 und Tag 15 Entzugssymptome, die Dosisanpassung notwendig machten, ab Tag 20 Polamidone langsam abdosiert, am Tag 30 von 50 mg auf Null gesetzt. Im weiteren unauffälliger Verlauf mit stabiler Dosierung von 16 mg Buprenorphin.

Beispiel 3: 50 jähr. Patientin, ca. 7 jähr. inhal. Heroinkonsum, seit 8/09 in Substitution mit zuletzt **55 mg DL-Methadon 1%**, Ehepartner ebenfalls in Substitution, Umstellungswunsch wegen perspektivischer Abdosierung; zusätzl. Behandlung wegen art. Hypertonie und Migräne, sonst keine Begleiterkrankungen. Dosierschema:

Umstellungstag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Bupr. in mg	0,4	0,8	0,8	0,8	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,6	1,6	2	2,4	2,8	4

Umstellungstag	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Bupr. in mg	4	6	6	8	8	10	12	14	16	20	20	16	16	16	12

Keine gravierende Entzugssymptomik, Methadon am Tag 25 abrupt abgesetzt. Pat. toleriert die Umstellung rel. gut, ist jedoch über die rasche Veränderung ihrer Wahrnehmungsfähigkeiten und über den klaren Kopf "erschrocken", hat sich 6 Mon. nach Umstellung erfolgreich ausdosiert.

Beispiel 4: 33. jähr. Pat., ca. 16 J. Codein und inhal. Heroinkonsum; seit 3 J. Depression und Angstzustände, seit 1 J. Substitution mit zuletzt **120 mg DL-Methadon 1%**, vor 2 Mon. Einstellung auf Abilify 10 mg wg. atyp. Psychose; erhofft sich von Umstellung Vigilanzsteigerung und bessere Arbeitsfähigkeit. Dosierschema:

Umstellungstag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Bupr. in mg	0,4	0,4	0,8	1,2	2	2,4	2,8	4	4,8	6	4	4	4	5	5	5	6	6	8

Umstellungstag	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Bupr. in mg	8	10	6	8	8	8	8	10	10	12	12	12	14	14	16

Am Tag 10 u. 21 wegen Entzugszeichen Dosisanpassung, sonst toleriert der Pat. die Umstellung gut. Er berichtet von ca. 30 Min. "Unwohlsein" ca. 2 h nach Bupr.-Einnahme, das dann jedoch wieder verschwindet. Methadon am Tag 34 von 120 mg auf Null gesetzt. Seit der Umstellung stabil auf 12 mg Buprenorphin.

Fazit:

Es ist möglich, auch relativ hochdosierte Methadon/ Polamidon-PatientInnen behutsam und ohne gravierende Entzugssymptomatik und ohne vorherige Abdosierung des γ -Agonisten auf Buprenorphin umzustellen. Die in 0,4 mg-Schritten erfolgte Eindosierung von Buprenorphin mit langsamer Dosissteigerung unter Beibehaltung der Methadon-/ Polamidon-Dosis ging mit sehr geringen Nebenwirkungen einher. Diese Strategie eröffnet für langjährig mit Methadon/Polamidon substituierte PatientInnen eine Veränderungsmöglichkeit, die die Ängste vor Destabilisierung durch Abdosierung reduziert und den PatientInnen die Entzugsphase erspart. Die auftretenden Nebenwirkungen sind für die PatientInnen gut tolerabel und durch tägl. Dosisabstimmung gut steuerbar.

(*) Hämmig R (2010): Einleitung einer Substitutionsbehandlung mit Buprenorphin unter vorübergehender Überlappung mit Heroinkonsum: ein neuer Ansatz ("Berner Methode"); Suchttherapie 3/2010, 129-132.

Arzt stößt bei Behandlung von Suchtkranken an seine Grenzen

Ravensburger Substitutionspraxis braucht dringend Verstärkung – Dr. Frank Matschinski gehen die Kollegen aus

Von Ruth Aulicher

RAVENSBURG. Eigentlich liebt er seinen Job: Das Substitutionspraxis des Suchtkranken in der Ravensburger Georgstraße 27 zu leiten. „ist medizinisch anspruchsvoll und sehr spannend“, sagt Dr. Frank Matschinski. Denn es geht dabei um mehr als darum, Epi-Jules Medizin zu verabreichen. Weil Mat-schinski darüber hinaus ganz nor-maler Hausarzt für seine Patienten ist, muss er auch eine Menge Inten-sionskrankheiten wie Hepatitis C oder HIV behandeln. Und immer wieder – bei Spritzenabszessen be-spielsweise – auch chirurgisch Hand anlegen. Natürlich gehören viele Gespräche zu einer erfolgrei-chen Behandlung von Menschen, die sich auf den Weg machen, sich Schritt für Schritt von ihrer Sucht zu verabschieden. Trotzdem ist Mat-schinski kurz vor der Frustration. Es bricht um als Bericht der Ge-nück, dass wir kein zusätzliches ärzt-liches Personal finden.“



Dr. Frank Matschinski, Foto: RUF

184 Opialabhängige
Im Gegenteil: Die wenigen Kolle-gen, die in der Vergangenheit in ih-ren Hausarztpraxen noch Drogen-abhängigen behandelt hatten, warten das Handlück. Im Bundeskreis hören vergangenes Jahr drei Ärzte auf, dort kümmern sich nur noch Sil-ke Steinhilf um 50 Substitutionspa-

tienten. Ma-tschinski be-trachtet 184 Opialabhän-gige, 45 da-von aus dem Bodenseer-Kreis. Weil eine normale Hausarzt-praxis 600 bis 800 Pa-tienten ver-sorgen ver-mögen, ist Dr. Frank Matschinski „be-nachteiligt“, erklärt Matschinski. Diesen jedem kommunale Zu-schüsse zwar ein wenig ab, demnach kommt Matschinski, obschon er 150 Prozent arbeitet, im Vergleich zu vielen Kollegen gerade mal so finan-ziert über die Runden, wie er sagt. Auch ärztliche Verstärkung oder Vertretung lässt sich in Anbetracht des beschriebenen Verdienstes nur extrem schwer finden. Zumal der Verrentungsarzt ob der speziellen Aufgaben in die Georgstraße kom-men muss und viele Kollegen laut Matschinski noch immer große Be-zugshürden gegenüber Heron-abhängigen haben. Weil Kanadischen immer wieder kurzfristig abge-sprungen sind, musste Matschinski in den letzten Jahren den Urlaub mit seiner Familie häufig in letzter Mi-

ttelien abgeben. Und hat er nicht ge-nug, mal für Wochen am Stück durchzuschlafen – inklusive Sonntag und Sonntag – in der Substitu-tionspraxis. „Meine Behandlungsmittel brauchen und autonom sind“, weiß er auch zu berücksichtigen. „Weil viele Opialabhängige un-ter Depressionen, Persönlichkeits-störungen oder Psychosen leiden.“ „Weil Drogen nimmt, versucht der-mit Drogen seine Persönlichkeit zu stabilisieren“, weiß Matschinski. Daher geht es nicht nur darum, den

Sucht ist chronische Krankheit
Mit dem Umstand, dass sich Jo-bauch gesellschaftlich nicht un-be-dingt zu den angesehensten gehört, hat Matschinski hingegen kein Pro-blem. Vielmehr macht er immer wieder die Erfahrung, dass das Thema Sucht „sehr akzeptiert ist und von vielen Bürgern lieber to-leriert“ wird. „Dabei hält Matschinski die Arbeit, die in der Praxis im Verbund mit Caritas-Suchttherapeuten, Sozialarbeitern und ZP-Psychiatern gemacht wird, nicht nur für nötig und sinnvoll, sondern auch für erfolgreich. Wo-bei er klarstellt, dass „Sucht eine chronische Erkrankung ist“, deren Behandlung Jahre, wenn nicht Jäh-re dauern kann. Sein Ansatz daher: Die Ressourcen seiner Pa-tienten durch intensive „Be-

helfs- und Motivationsarbeit“ mil-dert eine „therapeutische“ Ge-sundheitskonzeptions langfristig so mobilisieren, dass sie im Idealfall irgendwan „keine Behandlungsmittel brauchen und autonom sind“.

Polizeichef Uwe Stürmer: Beschäftigungskriminalität ist rückläufig
Die von Dr. Matschinski behandel-ten Patienten sind zwischen 22 und 59 Jahre alt, das Durch-schnittsalter liegt bei 35 Jahren. 42 Prozent der Behandelten gehen einer regulären Beschäftigung nach. Seit Einführung der Schwere-punktpraxis für Suchtkranken im Sommer 2007 wurden dort insgesamt mehr als 750 Patienten behandelt.

Die Stadt Ravensburg greift der Schwerepunktpraxis bislang jähr-lich mit 15.000 Euro unter die Arme aus. Friederichstein gibt 5.000 Euro, Bahrenfurt steuert 1500 Euro bei. Bei Weidsee gibt wieder 3000 Euro dazu, nur Weingarten

patienten „Ersatzdrogen“ wie Me-thadon oder Buprenorphin zu ver-abreichen, um ihr Überleben zu se-chern und ihnen die weite Be-schäftigungssuche zu nehmen. „Das-sie sich rechtshilfen und entgegen-nehmen haben können.“ Was wir-mischen, ist Therapie „gülicher die-Hilfer Ärzte Dr. Silke Steinhilf ih-rem Ravensburger Kollegen bei.

stellt seinen bisherigen 5000 Euro-Zuschuss in Frage. Seitens der Stadt Ravensburg wird die Arbeit der Substitutionspraxis Dr. Matschinski als „sehr erfolgreich“ eingeschätzt. Beim Kunden Tisch zu dem sich außer Arzt und Stadt auch Caritas, Polizei und Staats-anwalt regelmäßig treffen, sei man sich laut Sprecher Alfred Oswald einig, „dass die Drogen-kriminalität seit Einführung der Schwerepunktpraxis stark zurück-gegangen ist.“

Das sieht Uwe Stürmer, Leiter der Polizeidirektion Ravensburg, ge-nauso. „Wir sind froh, dass es die Schwerepunktpraxis gibt.“ Denn die

besten. Sie besorgt darüber hinaus, dass vier mal Heroin geprügelt hat, eine Menge Heroin rauchen muss, eine Ersatzdroge vom Arzt ver-schieden bekommen – ohne Teilent-zugung, Suchtberatung, eigenes Ein-gesetzene sowie den Verdacht auf Betrugsum gelte gar nichts. In ver-len Füllen greift die Therapie laut Matschinski mit der Zeit fruchtbar-gut, „dass man 60 Prozent der Pa-tienten nicht zementiert, wenn man sie wundert als im Praxisambulanz trifft.“

Abgabe von Substitutionsmittel vier trägt dazu bei, den Beschäftigungs-druck von Opialabhängigen zu mindern – was sich in einem deut-lichen Rückgang der Beschäfti-gungskriminalität niederschlägt. so Stürmer: Er betont förmlich auch, dass man den Betroffenen Bus- und Bahnhof sowie die dort-igen Sekundärstraßen und des städti-schen Gebiete im Auge hat, „da dort immer wieder versucht werde, zu deshalb im Übrigen sagt Stürmer, der Polizei sei daran gelegen, „dass es auch im Bundeskreis eine angemessene Substitutions-versorgung gibt.“ Anderenfalls befürchtet er „Verlagerungen“ derjenigen nach Ravensburg. (ruf)

ST 34.5.12

Zeitungsartikel Schwäbische Zeitung vom 31.5.2012

3. Auswertung

Wohnort

Seit Eröffnung der Praxis im September 2007 bis Dezember 2012 haben bisher 712 PatientInnen die Schwerpunktpraxis aufgesucht. 482 PatientInnen wurden substitutionsgestützt behandelt. Im Verlauf des Jahres 2011 wurden 226 Pat. mit einem Ersatzopioide behandelt. Am Stichtag, dem 31.12.2011, befanden sich noch 170 PatientInnen in einer Substitution, 13 Pat. mehr als zu Beginn des Jahres. Die folgenden Daten beziehen sich auf die Stichtagserhebung am 31.12.2011. Im Quartalsdurchschnitt befanden sich 228 Patienten pro Quartal in Behandlung, davon ca. 160-170 in Substitution. Die restlichen Pat. kamen zu Beratung, hausärztl. Behandlung oder Suchtbehandlung bei anderen stoffgebundenen Suchterkrankungen. Einige Pat. kamen über den ärztlichen Notfalldienst, an dem die Praxis ebenfalls teilnimmt.

Der Einzugsbereich der SubstitutionspatientInnen erstreckt sich über den gesamten Landkreis Ravensburg, südliche Teile des Landkreises Biberach sowie den gesamten Bodenseekreis (siehe Abb.1). Einzugsbereich der SubstitutionspatientInnen siehe Abb. 3.

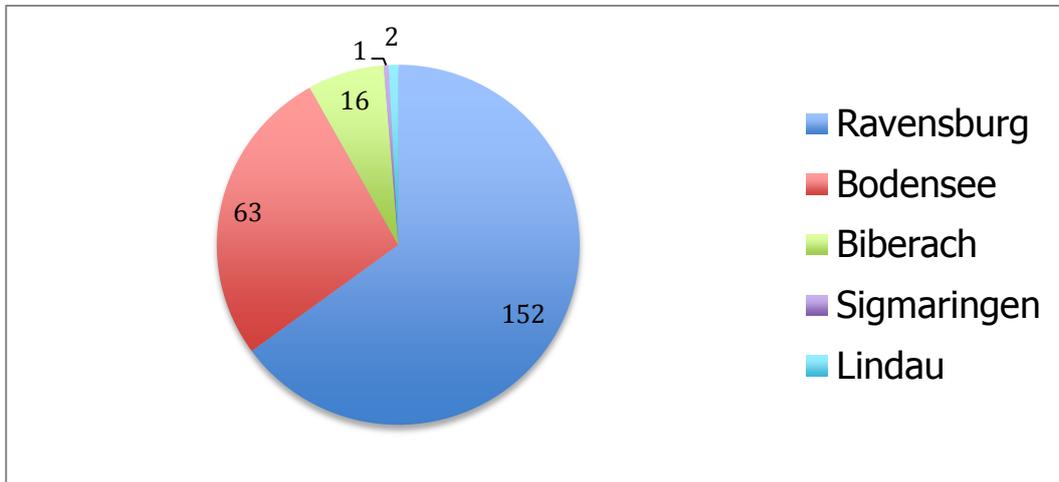


Abb.1 Verteilung der SubstitutionspatientInnen auf die Landkreise 2012

Geschlecht

Der Anteil an Männern überwiegt bekanntermaßen in diesem Patientenkollektiv. Im Vergleich zu 2011 hat der Anteil der Frauen von 29 % auf 26% leicht abgenommen.

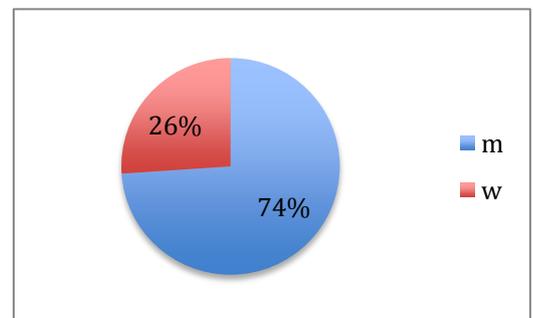


Abb. 2 Geschlechtsverteilung 2012

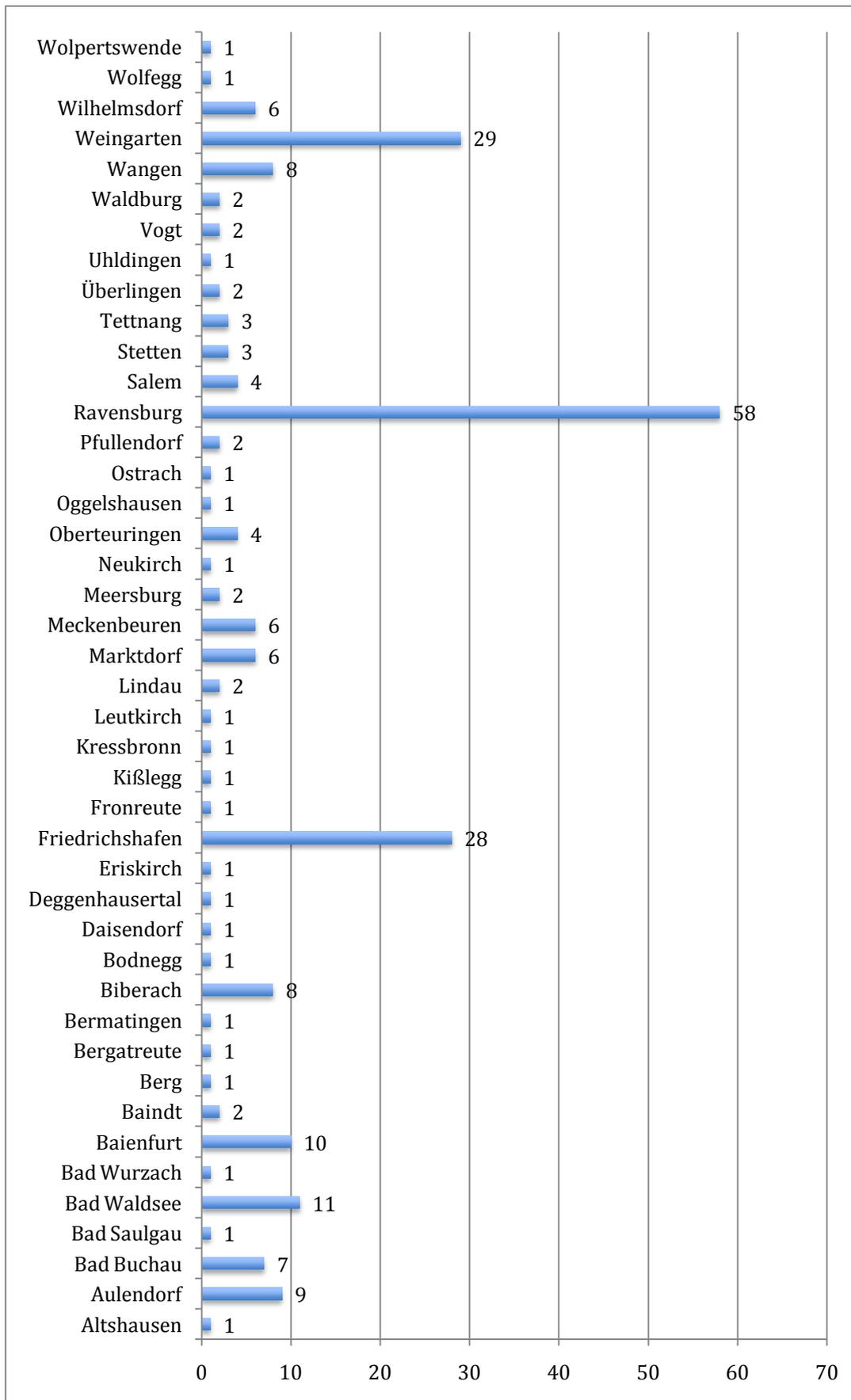


Abb. 3 Wohnorte der SubstitutionspatientInnen 2012

Alter

Das Alter schwankt von 23 Jahre bis 60 Jahre. Die Verteilung über diese Spanne zeigt keine besonders betroffene Altersgruppe. Das Durchschnittsalter beträgt 38 Jahre und ist innerhalb eines Jahres um 3,5 Jahre gestiegen.

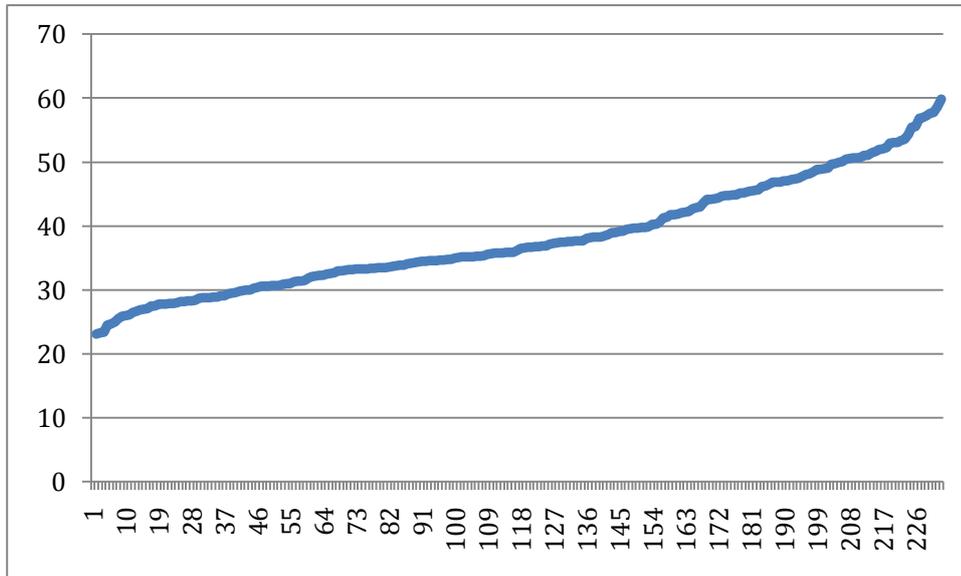


Abb. 4 Altersverteilung der SubstitutionspatientInnen

Neuaufnahmen 2012

2012 wurden insges. 64 Pat. neu in die Behandlung aufgenommen, 37 waren zuvor unbehandelt, 27 wurden entweder von anderen Praxen (22), aus der Haft (4) oder aus einer Klinik (1) übernommen.

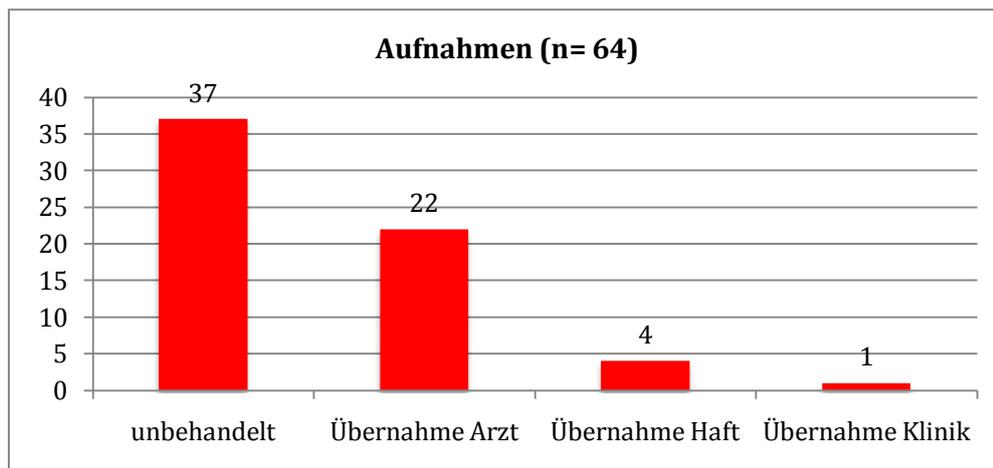


Abb. 5 Herkunft der neu aufgenommenen PatientInnen

Beender 2012

42 PatientInnen haben 2012 die Behandlung beendet. 8 Pat. sind in Praxen außerhalb Oberschwabens gewechselt, 17 wurden stationär entgiftet, 8 davon gingen danach in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. 5 Pat. wurden inhaftiert, 2 Pat. haben die Behandlung von sich aus abgebrochen, 2 Pat. mußten wegen fehlender Mitarbeit aus der Behandlung entlassen werden. 8 Pat. verstarben, zwei davon wahrscheinlich an Medikamentenüberdosierungen (Pregabalin).

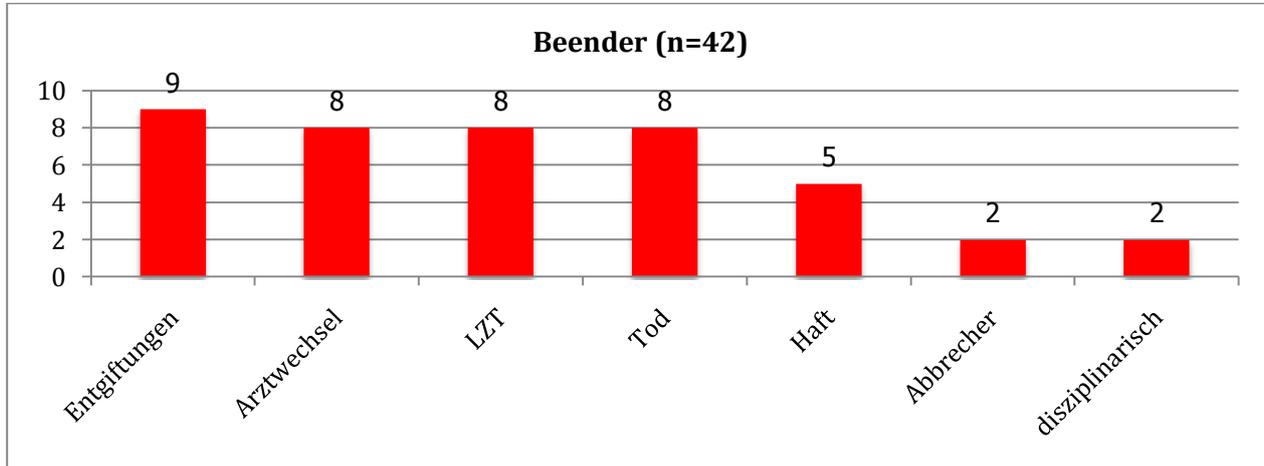


Abb. 6 Gründe für das Ende der Behandlung

Beikonsum

Bei der Analyse der letzten 4 Urinkontrollen zeigte sich, dass 62 % der Pat. in den letzten 4 Monaten keinerlei Beikonsum hatten. 13% hatten in diesem Zeitraum jeweils einen Rückfall. 8 % hatten regelmäßigen Zusatzkonsum mit psychoaktiven Substanzen. 17% hatten zumindest in jeder 2. bzw. 3. Urinprobe eine oder mehrere psychoaktive Substanzen nachweisbar.

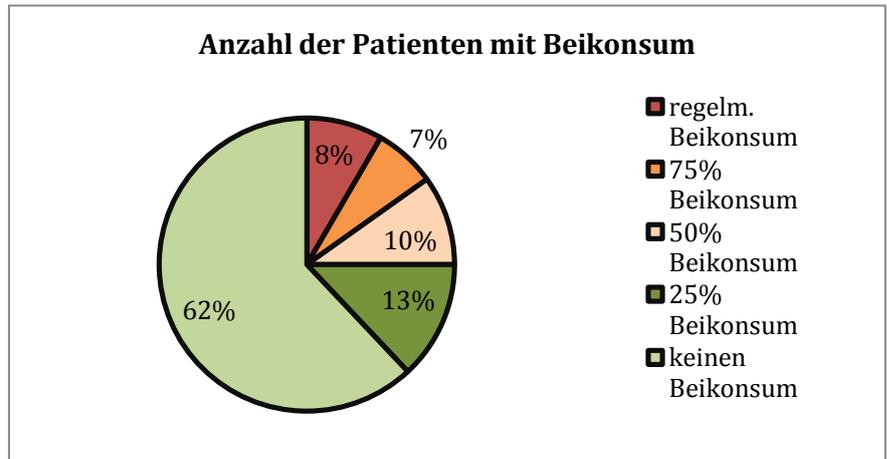


Abb.7 Analyse der letzten 4 Urinkontrollen am Stichtag (31.12.12)

In den positiven Urinproben zeigten sich bei 57 % der Beikonsum von einer Substanz. 31 % zeigten den Konsum von 2 zusätzlichen Substanzen und 12 % zeigten den Konsum von zusätzlich 3 Substanzen an.

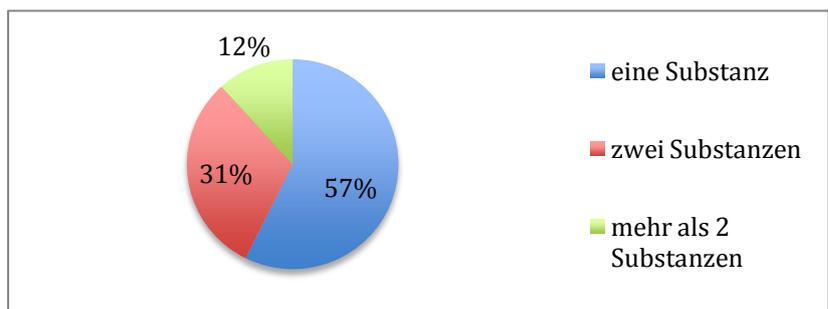


Abb. 8 Anzahl der Substanzen beim Beikonsum 2012

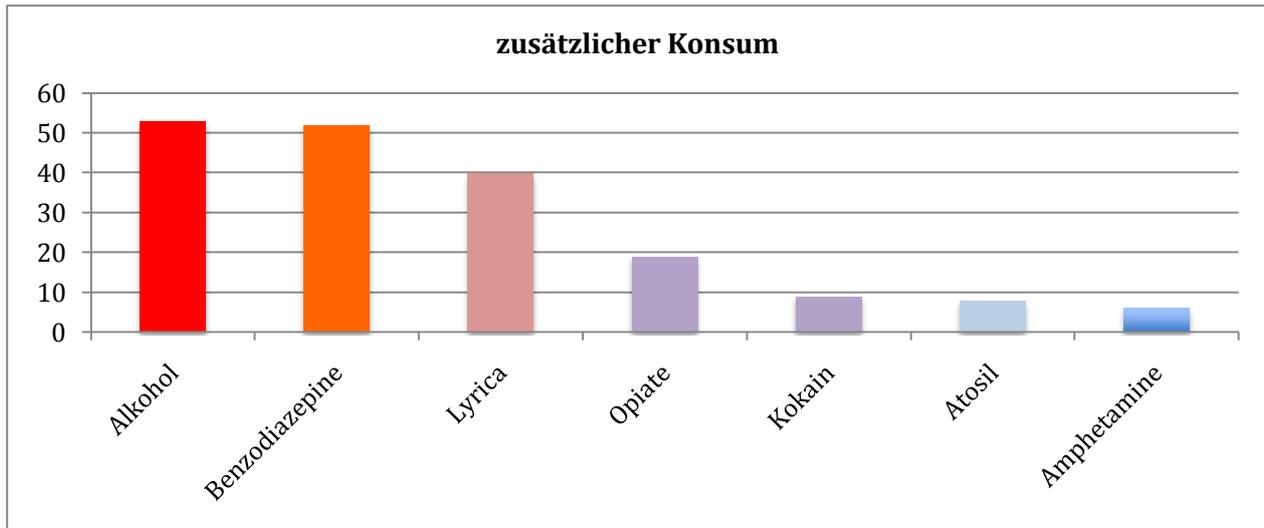


Abb. 9a Anteil der psychoaktiven Substanzen am zusätzlichen Konsum 2012

Substanzen, die zusätzlich zu den Substitutionsmedikamenten mißbräuchlich eingenommen werden, sind typischerweise Alkohol oder legal erhältliche bzw. ärztlich unkritisch verschriebene Psychopharmaka. Dauerhaft an Nummer 1 liegen die Tranquilizer (Benzodiazepine), das Medikament Lyrica (Pregabalin), ein Mittel gegen neuropathische Schmerzen und gegen Angstzustände (euphorisiert in hoher Dosierung). Alkohol hat verglichen zum Vorjahr wieder an Bedeutung gewonnen. Das früher beliebte Promethazin (Atosil) ist inzwischen anhaltend auf den vorletzten Platz hinter den illegalen Drogen Heroin und Kokain zurückgedrängt. Amphetamine spielen bisher eine nur sehr geringe Rolle.

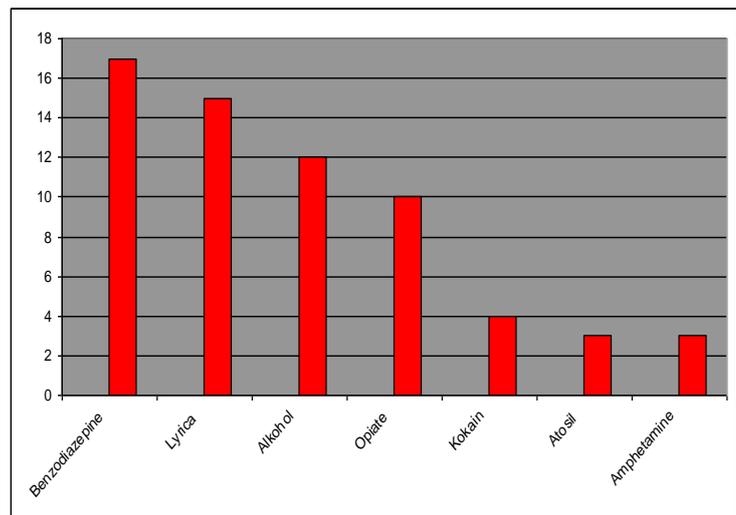


Abb. 9b Zusatzkonsum 2011

Sowohl die Anzahl der mißbrauchten Substanzen als auch die Häufigkeit des Mißbrauchs stehen in klarer Korrelation zur Anzahl und Schwere der psychischen Belastungen (siehe Auswertung Jahresbericht 2010) und somit zur psychiatrischen Komorbidität. Vor allem der Mißbrauch von Psychopharmaka stellt eine oft mißlungene Selbstbehandlung dar, die für die Patienten oft mit hohem Mortalitätsrisiko einhergeht und zu zusätzlichen Substanzabhängigkeiten führt.

Kooperationen

Die Schwerpunktpraxis kooperiert mit dem gesamten medizinischen Versorgungssystem, sowie vielen anderen sozialen oder suchtherapeutischen Einrichtungen.

In regelmäßigen Abständen ist die SPP in den suchtmmedizinischen Qualitätszirkeln in Ravensburg, Wangen, Friedrichshafen und Biberach präsent. Hier werden allgemeine suchtmmedizinische Themen besprochen und Fallbesprechungen mit den Beratungsstellen durchgeführt.

Im Rahmen des Beratungs- und Behandlungszentrums Georgstraße finden fast tägliche Übergabebesprechungen mit der PIA und der PSB statt. Zusätzlich werden monatliche Fallkonferenzen durchgeführt, bei denen einzelne PatientInnen intensiv besprochen werden.

Es finden regelmäßige Fallbesprechungen mit den Drogenberatungsstellen der Caritas in Ravensburg, Wangen, Biberach und der Diakonie in Friedrichshafen statt.

Konzeptionelle Gespräche finden zwischen den Anbietern von betreutem Wohnen (Anode) und der SPP statt. Vereinzelt werden auch hier Fallbesprechungen durchgeführt.

Die Schwerpunktpraxis ist Mitglied des "Netzwerk Sucht Oberschwaben".

Die SPP arbeitet mit über 20 Apotheken in den Landkreisen Bodensee, Ravensburg, Lindau und Biberach zusammen. Durch die suchtmmedizinische Betreuung dieser Apotheken konnte ein weites Versorgungsnetz über die Region ausgebaut werden. 2012 verschickte die SPP erstmals einen suchtmmedizinischen Newsletter an alle kooperierenden Apotheken.

Die SPP arbeitet an der Arbeitsgruppe zur Betreuung substituierter Eltern mit. Neben den Erziehungsberatungsstellen, den PSBs arbeitet auch das Jugendamt RV und die Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZFP Weissenau an diesem Projekt mit.

In Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, den PSBs und den Kinderkliniken RV und FN wurden Fallkonferenzen organisiert, um die Betreuung von Neugeborenen und die Unterstützung ihrer substituierten Eltern zu koordinieren.

Die SPP kooperiert mit der Bewährungshilfe und deren Wohneinrichtungen.

In enger Zusammenarbeit mit dem ZFP Weissenau konnte dort für Substitutionspatienten ein Beschäftigungsangebot im "Rebuy" in Ravensburg mit arbeitstherapeutischer Anleitung und dem Angebot der Belastungserprobung entwickelt werden. Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) des ZFP Weissenau konnte für substituierte Patienten als Beschäftigungsmaßnahme oder Berufsbildungsmaßnahme geöffnet werden.

All diese Kooperationsarbeit wird von den Krankenkassen nicht vergütet !

Finanzierung

Neben den Kasseneinnahmen erhielt die Schwerpunktpraxis im Jahr 2012 von folgenden Kommunen Zuschüsse:

Ravensburg	15 000 Euro	(58 Pat.)
Friedrichshafen	5 000 Euro	(28 Pat.)
Bad Waldsee	3 000 Euro	(11 Pat.)
Baienfurt	1 500 Euro	(10 Pat.)

Weingarten (29 Pat.) hat 2012 bedauerlicherweise die Förderung eingestellt.
Die Kommunen der restlichen 127 Pat. haben sich bisher nicht finanziell beteiligt.

Die Schwerpunktpraxis erzielte keine Einkünfte über die Abrechnung von Selbstzahler bzw. Privatpatienten (die es bei dieser Patientengruppe nicht gibt !)