

Bericht
zum Nemexin-Programm
Vorlage: Sozialamt der Stadt
Bonn

Berichtszeitraum 2008

Professor Dr. med. Markus Banger
Axel Klee, Oberarzt
Magdalena Herbst, Dipl. Psychologin
Sabrina Kern, Dipl. Pädagogin

Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie
LVR-Klinik Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn
Fon: 0228-5512211
Fax: 0228-5512491

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Behandlungskonzept des Nemexin-Programms	3
3. Maßnahmen und Möglichkeiten der therapeutischen Qualitätssicherung	6
4. Verlauf und Personelles des Bonner Nemexin-Programms	7
5. Behandlungsergebnisse des Bonner Nemexin-Programms	7
5.1. Aktuelle Behandlungsergebnisse am Stichtag 31. Dezember 2008:	7
5.2. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder des Europ-ASI's	11
5.2.1. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Alkoholkonsum“ und „Drogenkonsum“ des Europ-ASI's	12
5.2.2. Ergebnisse des drogenassoziierten Problemfeldes „Rechtliche Situation“ des Europ-ASI's	14
5.2.3. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Ökonomische Situation“ und „Arbeitszufriedenheit“ des Europ-ASI's	15
5.2.4. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Familie“ und „Sozialbeziehungen“ des Europ-ASI's	16
5.2.5. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Körperlicher Zustand“ und „Psychischer Status“ des Europ-ASI's	17
5.3. Erfassung körperlicher und psychischer Gesundheitszustände (SF-36, SCL-90-R und BDI)	19
5.3.1. Ergebnisse des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36)	19
5.3.2. Ergebnisse des Beck'schen Depressionsinventars	22
5.3.3. Ergebnisse der Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	23
6. Zusammenfassung und Perspektiven	27
6.1. Therapieerfolge	27
6.2. Operante Methoden	29
6.3. Perspektiven	30
Anhang 1: Beschreibung der Skalen des Europ-ASI	32
Anhang 2: Beschreibung der Skalen des Fragebogens zum Gesundheitszustands SF 36 von Bullinger und Kirchberger	33
Anhang 3: Beschreibung der 9 Skalen der Symptom-Checkliste SCL-90-R von L. R. Derogatis	34
Anhang 4: Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Aaron Beck	35

1. Einleitung

Seit April 2002 wird in der Ambulanz der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn das Nemexin-Programm angeboten. Es handelt sich hierbei um ein ambulantes Abstinenzhaltungsprogramm, mit dessen Hilfe ausstiegsorientierte Opiatabhängige aus dem Raum Bonn in ein drogenfreies Leben begleitet werden.

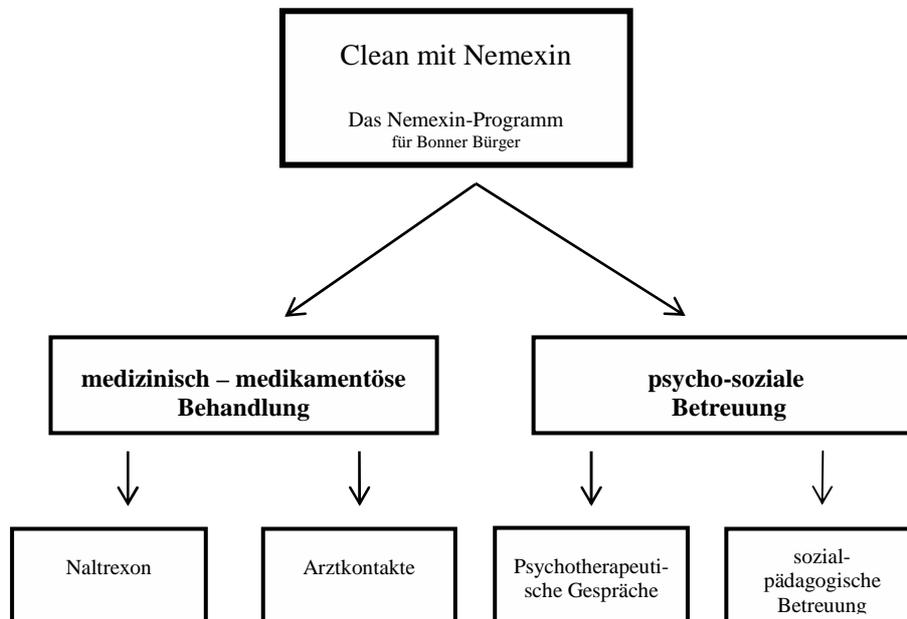
Nach nun fast 7-jähriger Erfahrung hat sich dieses Programm im Bonner Therapieangebot für Opiatabhängige fest etabliert und weist klare positive Ergebnisse auf. Der Therapieerfolg liegt am Stichtag, den 31.12.2008 bei 38 %. Dies ist als eine recht hohe Erfolgsquote in der Behandlung von Drogenabhängigen einzuordnen. Auch die durchschnittliche Behandlungsdauer mit 179 Tagen spricht dafür, dass das Nemexin-Programm von den Patienten angenommen wird und als Abstinenzhilfe akzeptiert und gelebt wird. Je länger ein Patient clean lebt, desto größer wird der Abstand zur Szene, desto mehr abstinente Lebenserfahrung auf den Ebenen des Verhaltens, der Motivation, der Kognition und der Emotionen können gesammelt werden, die dann ihrerseits eine Basis für eine soziale und berufliche Integration bilden. Diese gewünschten positiven Veränderungen in Richtung Reduktion drogenassoziierter Problemfelder spiegelt sich auch in den Ergebnissen der von uns durchgeführten therapiebegleiteten Evaluation wieder. Gemessen wurde anhand von einem semi-strukturierten Interview, dem Europ-ASI und weiteren 3 Fragebögen (BDI, SCL-90-R, SF 36) die Ausprägung der drogenassozierten Problemfelder sowie der körperliche und psychische Gesundheitszustand zu verschiedenen Messzeitpunkten. Im Vergleich zur Ausgangsmessung zu Beginn der Behandlung verringerte sich das Ausmaß der Problemfelder, während zeitgleich eine psychische Stabilisierung zu sehen ist. Insbesondere in den Problemfeldern „körperlicher Zustand“, „Rechtliche Situation“, „Depression“ und „Allgemeine Psychische Belastung“ ist eine deutliche Verbesserung zu erkennen.

2. Behandlungskonzept des Nemexin-Programms

Ziel des Nemexin-Programms ist es, Patienten in ihrem Abstinenzwunsch zu unterstützen, die Abstinenz mit all ihren Hürden zu begleiten und Rückfällen vorzubeugen

bzw. diese zu verhindern. Um diese Ziele zu erreichen, baut sich das Behandlungskonzept auf zwei Säulen auf und lässt sich folgendermaßen darstellen:

Die 2 Säulen des Nemexin-Programms



Auf der einen Seite steht die ärztlich-medizinisch-medikamentöse Behandlung. Die Patienten nehmen regelmäßig, d.h. dreimal wöchentlich in der Ambulanz unter Aufsicht den Opioidantagonisten Naltrexon (Nemexin®) ein. Das Nemexin® entfaltet seine Wirksamkeit über eine kompetitive Blockade zentraler Opiatrezeptoren. Hierdurch wird der euphorisierende Effekt extern zugeführter Opiate geblockt und das Drogenverlangen abgeschwächt. Nemexin® ist daher keine Drogen(ersatz)substanz wie zum Beispiel Heroin oder Methadon®. Es ist also ein pharmakologischer Schutz vor einem akuten Rückfall in die Opioidabhängigkeit. Begleitet werden die Patienten durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Es werden regelmäßig unangekündigte Urinkontrollen durchgeführt.

Die zweite Säule steht für die intensive psychologisch-psychotherapeutische und sozialpädagogische Betreuung der Patienten. Diese besteht aus regelmäßigen Einzelgesprächen und einem verpflichtenden Gruppenangebot. Viel Zeit wird in die therapeutische Beziehungsarbeit investiert, da dies Voraussetzung für eine inhaltliche Auseinandersetzung ist. Thematisiert werden in den Einzelkontakten insbesondere die Abstinenzmotivation, der Umgang mit Konsumverlangen und -gedanken, die

Rückfallprävention und der Aufbau eines cleanen sozialen Umfeldes. Der Patient erhält u. a. Unterstützung bei der beruflichen Integration und bzgl. rechtlicher Belangen sowie bei der Klärung der finanziellen Situation. Generell ist diese psychotherapeutisch-sozialpädagogische Betreuung sehr individuell ausgerichtet, da jeder Patient eine andere Geschichte und Situation mitbringt.

Darüber hinaus ist es uns als multiprofessionelles Team wichtig, den Patienten ganzheitlich zu sehen und zu behandeln. Da alle Patienten mit einer chronifizierten Opiatabhängigkeit kommen, ist eine gewissenhafte Diagnostik einschließlich der Feststellung der Komorbiditäten wichtig. Oftmals verbergen sich hinter der Suchterkrankung andere psychiatrische und psychische Grunderkrankungen oder Traumatisierungen, die eine Sucht begünstigen bzw. aufrechterhalten. Auch die Beachtung des körperlichen Zustandes ist elementar, da die Patienten so von uns zu einer Behandlung der somatischen Erkrankungen motiviert werden können. In dieser engen Zusammenarbeit im multidisziplinären Team liegt eine große Behandlungschance, die den verschiedenen Aspekten und Folgen der Suchterkrankung gerecht wird. Dementsprechend können zeitnah individuell erforderliche Maßnahmen ergriffen werden, die einen Rückfall in den Drogenkonsum verhindern, ohne dass der Patient seinem unterstützenden sozialen Umfeld entzogen wird. Die erfolgreiche Behandlung mit Nemexin® ist daher nicht nur von einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme abhängig, sondern erfordert den integrativen und multidisziplinären Einsatz aller therapeutisch relevanten Kompetenzbereiche, wie sie im Rahmen einer professionellen Suchtbehandlung erforderlich sind.

Auch außerhalb dieses therapeutischen Rahmens versuchen wir, den Patienten in weiteren Lebensbereichen zu unterstützen. So besteht seit dem 1. Januar 2005 eine Zusammenarbeit mit der ARGE (Arbeitsgemeinschaft von Bundesagentur für Arbeit und Sozialamt) in Bonn. Hier kann im Rahmen der Eingliederungsvereinbarung das Nemexin-Programm als Unterstützungsangebot mit aufgenommen werden. Darüber hinaus halten wir engen Kontakt zu den Entzugsstationen der LVR-Klinik Bonn oder zum VfG Bonn, zur Substitutionsambulanz in der Heerstr. und zu vielen anderen Suchthilfeangeboten. Dies ermöglicht, dass Patienten noch in der Entzugsbehandlung über das Nemexin-Programm aufgeklärt werden und somit nahtlos ins Programm aufgenommen werden können. Auf diesem Wege kann ein Rückfall nach der Entzugsbehandlung abgefangen werden. Oder im umgekehrten Fall kann ein Patient im Falle eines Rückfalls zeitnah in die Entzugsbehandlung aufgenommen werden.

Ebenso wichtig ist die Zusammenarbeit mit stationären und teilstationären Wohneinrichtungen, da die Faktoren Wohnen, Tagesstruktur und soziale Kontakte wichtige Elemente im Teufelskreis der Sucht darstellen und diese entsprechend auch in der Behandlung einbezogen werden müssen.

3. Maßnahmen und Möglichkeiten der therapeutischen Qualitätssicherung

Neben der therapeutischen Begleitung erfolgt zudem eine Qualitätskontrolle des Behandlungskonzeptes. Hierzu werden zu Beginn (t0) und im Verlauf (t1, t2.....tn) regelmäßig im Abstand von ca. drei Monaten folgende aussagekräftige psychologische Testverfahren eingesetzt.

Die deutsche Version des Addiction Severity Index, der Europ-ASI: Dieses ursprünglich amerikanische Interview wurde seit 1993 überarbeitet und für den deutschen Raum adaptiert mit dem Ziel, Alkohol- und Drogenkonsumenten mithilfe dieses Messinstrumentes vergleichen zu können. Er zielt darauf ab, Informationen über jene Lebensbereiche zu erfassen, die im Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit stehen. So werden sieben potentielle Problembereiche erfragt: Körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkohol- und Drogengebrauch, Rechtliche Probleme, Familie und Sozialbeziehungen sowie Psychischer Status.

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ist ein psychodiagnostisches Screening-Verfahren zur Erfassung der psychischen Belastung. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.

Das Beck'sche Depressions-Inventar (BDI) ist ein allgemein anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptomatik.

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität. Er erfasst 8 Dimensionen, die sich konzeptionell in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen.

Diese Testverfahren, deren Erhebung im Einzelfall zwei Stunden pro Patient und Erhebungszeitpunkt in Anspruch nehmen können, erlauben einen weit reichenden Einblick in die Schwere der Suchterkrankung und der damit verbundenen Probleme in

unterschiedlichen Bereichen, eine Erfassung körperlicher und seelischer Zustände und Erkrankungen sowie die Zufriedenheit mit dem individuellen Gesundheitszustand. Die Erhebung dieser Parameter ist nicht nur für die Einschätzung der Ausgangssituation, sondern insbesondere zur Kontrolle des Behandlungsverlaufes im Sinne einer Qualitätskontrolle geeignet.

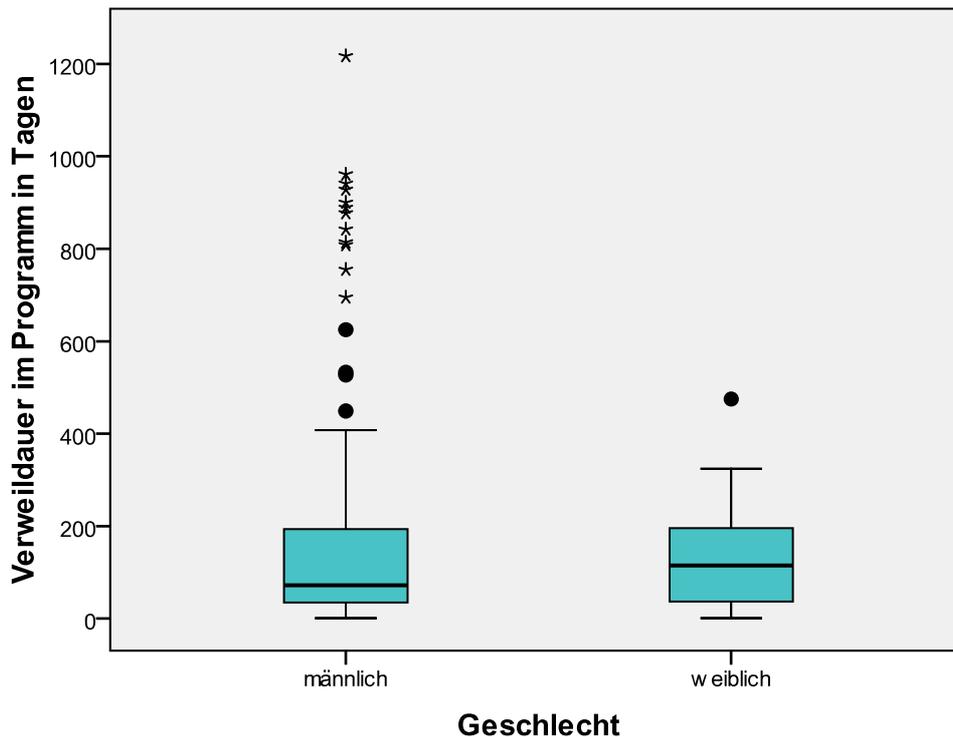
4. Verlauf und Personelles des Bonner Nemexin-Programms

Das Bonner Nemexin-Programm begann mit der ersten Einstellung von Patienten im April 2002. Nach Komplettierung des Behandlungsteams konnte ab dem 01.08.2002 mit der verstärkten Aufnahme von Patienten in ein mittlerweile etabliertes Behandlungskonzept begonnen werden. Im Oktober 2007 ging Frau Dipl. Psych. Röschl-Heils in den Mutterschutz und in anschließende Elternzeit, so dass Frau Dipl. Psych. Herbst ins Team kam. Kurz danach wechselte Herr Hartmann in einen anderen Arbeitsbereich, so dass Frau Kern als Dipl. Pädagogin das Team verstärkte. Im Sommer 2008 verließ Dr. Hotz die Ambulanz, für ihn besetzt seit Dezember 2008 Herr Klee die ärztliche Stelle im Team.

5. Behandlungsergebnisse des Bonner Nemexin-Programms

5.1. Aktuelle Behandlungsergebnisse am Stichtag 31. Dezember 2008:

In diesem Zeitraum wurden insgesamt 150 Patienten (29 Frauen, 121 Männer) in das Programm aufgenommen. Das Alter der Patienten reichte von 19 bis 51 Jahren, bei einem Durchschnittsalter von 33 Jahren. Am Stichtag 31. Dezember 2008 betrug die durchschnittliche Verweildauer im Programm 179 Tage, wobei sich wie der folgenden Abbildung entnommen werden kann, ein erheblicher Streubereich ergab.

Abbildung: Boxplot-Diagramm zur Verweildauer im Nemexin-Programm

Dieses Diagramm sagt aus, dass wenige Patienten nur für wenige Tage innerhalb des Programms verweilten und dann die Behandlung abbrachen. Der Großteil der Patienten zeigte eine durchschnittliche Verweildauer. Auf der anderen Seite gab es einige Patienten, die deutlich über die durchschnittliche Verweildauer hinaus ambulant betreut werden mussten, insbesondere im Klientel der männlichen Patienten.

Interessant ist eine genauere Analyse: Vergleicht man die Verweildauer der Patienten, die die Behandlung abgebrochen haben, und der Patienten, die das Programm erfolgreich beendet haben, so sieht man, dass bei den „Abbrechern“ die Verweildauer mit durchschnittlich 112 Tagen deutlich kürzer ist als bei den „Erfolgreichen“, die durchschnittlich 290 Tage behandelt wurden (siehe Tabelle1). So kann schon angenommen werden, dass eine länger andauernde Behandlung dem Patienten eine größere Chance auf einen erfolgreichen Abschluss der Therapie ermöglicht, d.h. ein drogenfreies Leben zu führen. Eine längere Verweildauer gibt dem Patienten die Chance, stabiler zu werden bzw. anstehende Krisen ohne Rückfall zu bewältigen. Dennoch ist die Verweildauer nicht das einzige Kriterium für eine erfolgreiche Therapie. Entscheidend ist auch, ob die Patienten die Behandlung auf eigenen Wunsch abbrachen oder aber erfolgreich beendeten. Von einer erfolgreichen Beendigung

kann dann ausgegangen werden, wenn die Patienten in Übereinstimmung mit dem Behandlungsteam in eine anderweitige ambulante oder stationäre Betreuung überführt wurden oder aber in ein stabiles, drogenfreies Umfeld entlassen werden konnten.

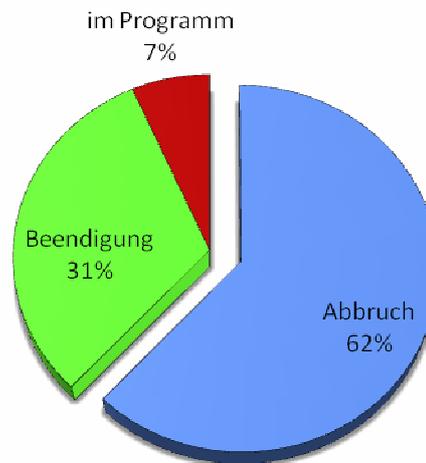
Tabelle: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen, aufgesplittet nach Therapieerfolg des Nemexin-Programms

Therapieerfolg	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Anzahl	
Abbruch	112	93 (62 %)	
Beendigung	290	47 (31,3 %)	Therapieerfolg 57 (38 %)
Im Programm	299	10 (6,7 %)	

Zum Stichtag wurden 10 Patienten aus Bonn im Nemexin-Programm betreut.

Der Erfolg des Programms setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Einerseits einer positiven Entlassung im gegenseitigen Einverständnis, sprich in einer gefestigten, drogenfreien Entlassung oder in einer Überführung in eine Weiterbehandlung. Andererseits rechnen wir die aktuell im Programm betreuten Patienten hinzu, die sich für ein drogenfreies Leben entschieden haben. Wie der nachfolgenden Tabelle und dem Kreisdiagramm zu entnehmen ist, liegt der Behandlungserfolg des Nemexin-Programms bei 38% (57 Patienten). 94 Patienten (62 %) haben seit Beginn die Therapie abgebrochen. Bei konservativer Betrachtung ist durchaus davon auszugehen, dass alle diese Patienten rückfällig geworden sind. Dennoch hat mehr als ein Drittel der Patienten das Programm entweder erfolgreich beendet (31,3%) oder befinden sich nach wie vor in unserer Betreuung (6,7 %).

Erfolg des Nemexin-Programms



Verglichen mit anderen ambulanten und stationären Konzepten der Drogenentwöhnungsbehandlung ist die Erfolgsquote des Bonner Nemexin-Programms als durchaus erfolgreich und für die Zukunft viel versprechend einzuschätzen.

Selbstverständlich aber kann sich der Erfolg eines Suchthilfeprogramms nicht nur an der Frage der vorübergehenden oder dauerhaften Drogenkarenz orientieren. Folgen eines langjährigen Drogenmissbrauchs zeigen sich in der Regel in schwerwiegenden körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen sowie in schwerwiegenden Auswirkungen auf die sozioökonomische Situation einschließlich Verschuldung und Arbeitslosigkeit. Wie bereits eingangs erwähnt, werden diese Problembereiche in Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams gemeinsam mit den Patienten intensiv bearbeitet. Die bereits erwähnte Qualitätskontrolle überprüft daher mittels der oben beschriebenen Verfahren, ob es in den wesentlichen Problembereichen zu spürbaren Verbesserungen für den jeweiligen Patienten gekommen ist.

Nachfolgend werden die Ergebnisse bezüglich der wesentlichsten Problemfelder dargestellt. Berücksichtigt wird dabei der Verlauf über einen Beobachtungszeitraum von ca. 15 Monaten, beginnend mit einer Ausgangsuntersuchung und Kontrolluntersuchungen im Abstand von jeweils drei bis vier Monaten.

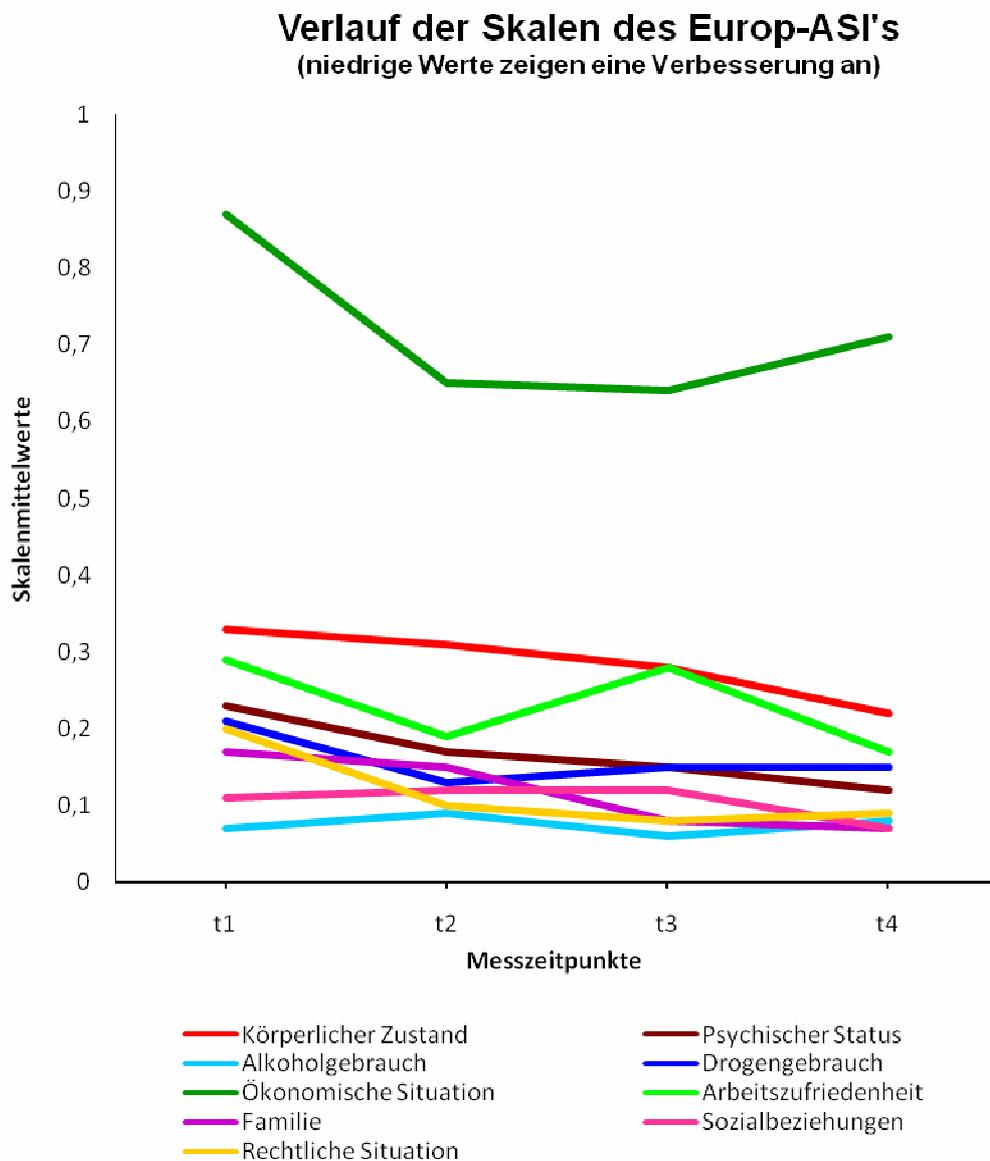
5.2. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder des Europ-ASI's

Vorweggenommen werden soll das positive Ergebnis dieser Verlaufserhebung: Erfreulicherweise und als positiv ist heraus zu stellen, dass in fast allen Problembereichen über den Erhebungszeitraum hinweg eine Minimierung der Mittelwerte zu beobachten ist. In keinem Fall verschlimmert bzw. verstärkt sich ein Problembereich. Zu interpretieren ist dies, dass unter der Nemexin-Behandlung eine Beruhigung bzw. eine Reduktion des Ausmaßes der Probleme eintritt. In drei Bereichen stellt sich die Datenlage anders gelagert da: Im Bereich „Alkoholgebrauch“ ist von Anfang an schon ein zielgerechter niedriger Ausgangswert zu verzeichnen, der über die Zeit fast gleichbleibend gering bleibt. Die Werte im Bereich „Arbeitszufriedenheit“ zeigen einen schwankenden Verlauf, da sich in dem Bereich Arbeit je nach Therapie- oder Lebensphase die Erwartungen und Bedürfnisse sowie die Ausgangslage verändert. Im Bereich „Sozialbeziehungen“ sind ebenfalls geringe Ausgangswerte zu verzeichnen, die über die Zeit stabil bleiben.

Als Kennwert für den Schweregrad der einzelnen drogenassoziierten Problemfelder werden sog. Composite Scores berechnet, die zwischen 0 und 1 liegen können. Ein hoher Wert ist dahingehend zu interpretieren, dass dieser Bereich stark problembelastet ist. Ein niedriger Wert dagegen sagt aus, dass das vorliegende Problemfeld als gar nicht oder wenig problematisch eingeschätzt wird. Je höher der Wert, desto ausgeprägter ist also der Schweregrad des Problemfeldes. Ein Wert von 1 stünde somit zum Beispiel für schwerste körperliche Erkrankungen, massive psychische Probleme oder eine fortbestehende schwerwiegende Drogenproblematik. Das Gegenteil ist der Fall bei einem Wert von 0. Jedoch kann dieser Extremwert kaum erreicht werden. Als Beispiel sei genannt, dass ein Patient, welcher drogenabstinent lebt, jedoch über Drogenverlangen klagt und deswegen einen intensiven Wunsch nach entsprechender Betreuung äußert, bereits einen entsprechenden Indexwert von 0,27 erreicht. So bedeutet ein entsprechender Indexwert von > 0 in der Skala „Drogenproblematik“ nicht notwendigerweise, dass der Patient weiterhin Drogen konsumiert.

In der folgenden Abbildung werden die Ergebnisse des Europ-ASI's graphisch zusammengefasst. Diese Abbildung zeigt den Verlauf der Skalen über vier Messzeitpunkte. Skalen, die inhaltlich in der nachfolgenden detaillierten Beschreibung zusammen passen, werden in ähnlichen Farben dargestellt. Um die Orientierung zu

vereinfachen werden die Farben der entsprechenden Skalen in der späteren ausführlicheren Beschreibung übernommen.

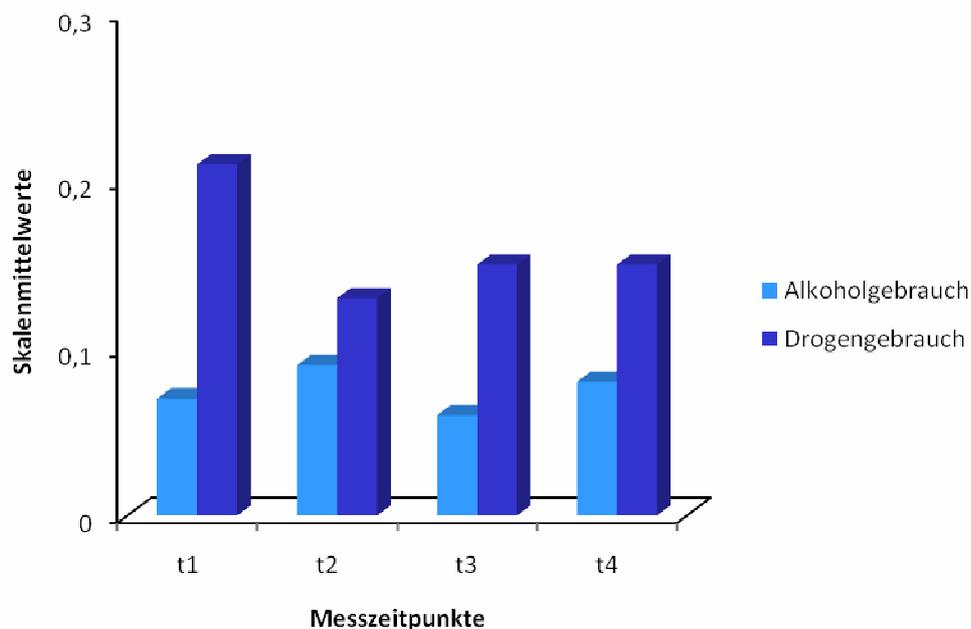


5.2.1. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Alkoholkonsum“ und „Drogenkonsum“ des Europ-ASI's

Der Europ-ASI erfragt in den Problembereichen „Alkoholkonsum“ und „Drogenkonsum“ zwei Bereiche, die direkt nach dem Konsumverhalten und dem Suchtdruck fragen. Passend zu dem Konzept eines Abstinenzprogramms, welches erst nach einer Entgiftungsphase startet, liegen die Skalenmittelwerte im Bereich „Drogengebrauch“ über alle Messzeitpunkte hinweg mit Werten unter 0,15 in einem sehr niedrigen Be-

reich. Zielgemäß kann im Verlauf noch eine weitere Verringerung, d.h. eine Verbesserung in den Skalenmittelwerten beobachtet werden. Zu interpretieren ist dies dahingehend, dass das Thema Konsum und Suchtdruck im Verlauf an Vehemenz abnimmt sowie von den Patienten der Leidensdruck als nicht mehr so stark eingeschätzt wird. Therapeutisch wichtig ist für uns das Thema Suchtverlagerung, da die meisten Patienten nicht nur Opiate konsumiert haben, sondern politoxikomane Konsummuster zeigten. Erfreulicherweise sprechen die Zahlen gegen eine Suchtverlagerung (wäre dies der Fall, würden die Skalenmittelwerte steigen), gleiches belegen zudem auch die Ergebnisse der regelmäßigen Urinkontrollen.

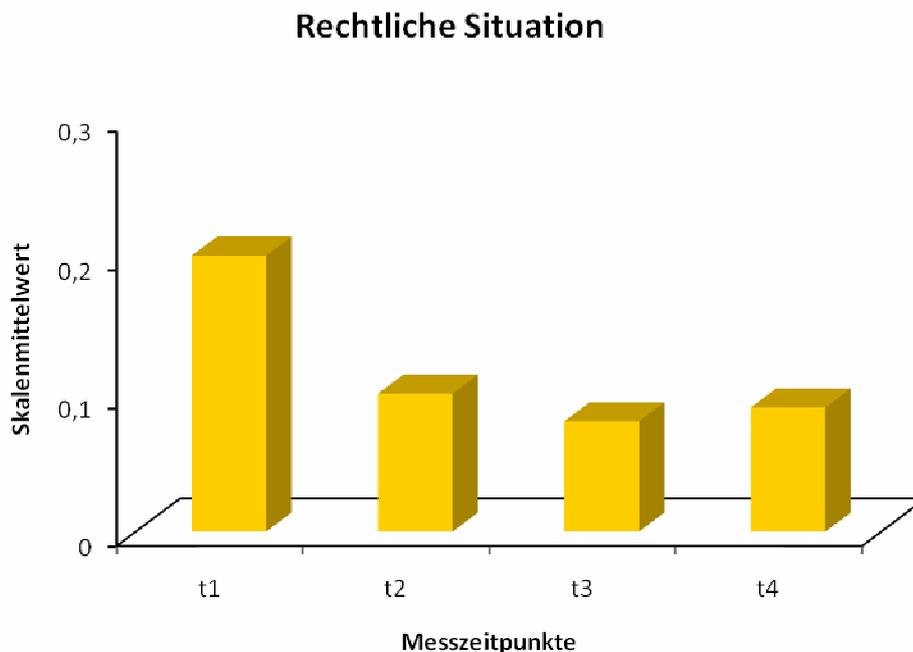
Auch im Bereich „Alkoholgebrauch“ können erfreulicherweise von Beginn an sehr niedrige Werte (unter 0,09) verzeichnet werden, die zudem auf diesem niedrigen Niveau stabil bleiben. Positiv zu vermerken ist auch hier, dass diese niedrigen Zahlen einer Suchtverlagerung hin zum Alkohol widersprechen. Ganz sicher kommt an dieser Stelle auch der pharmakologische Effekt des Naltrexon zum tragen, der zu einer Alkohol-Trinkmengenreduktion führen kann. Im Nemexin-Programm machen wir uns diesen Doppelleffekt (gegen Opiate und gegen Alkohol) zu Nutzen, so dass wir Patienten mit gerade dieser Doppeldiagnose seit 2008 verstärkt und mit Erfolg ins Programm nehmen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Entwicklung in beiden Bereichen (niedrige Werte bilden eine Verbesserung ab):



5.2.2. Ergebnisse des drogenassoziierten Problemfeldes „Rechtliche Situation“ des Europ-ASI's

Der Europ-ASI hat eine Skala, die die „Rechtliche Situation“ erfasst. Die Daten zeigen eine durchaus positive Entwicklung. Die Messwerte sinken kontinuierlich im Verlauf ab, das heißt, hier kann davon ausgegangen werden, dass sich die rechtliche Situation der Patienten unter dem Nemexin-Programm und der damit verbundenen sozialen Anbindung und Betreuung beruhigt hat. Diese positive Entwicklung beruht zum einen sicherlich auf der Tatsache, dass unter Abstinenz keine Beschaffungskriminalität mehr getätigt wird, zum anderen ist es auch ein therapeutischer Effekt, der auf die Behandlung von Verhaltensrückfällen zurückgeführt werden könnte. Dieser Bereich beinhaltet, dass Patienten sich in ihren finanziellen Rahmen zurechtfinden lernen, dass sie nicht mehr das „schnelle Geld“ auf der Straße machen im Sinne von Dealen, Diebstahl oder Betrug. In diesem Zusammenhang geht es um Frustrationstoleranz, Bedürfnisaufschub und berufliche Integration. Dies führt immer zum Thema Arbeit, d.h. seine finanzielle Lage auf dem rechtschaffenen Wege zu sichern.

Die folgende Grafik veranschaulicht die Entwicklung im Bereich „Rechtliche Situation“ (niedrige Werte bilden eine Verbesserung ab):

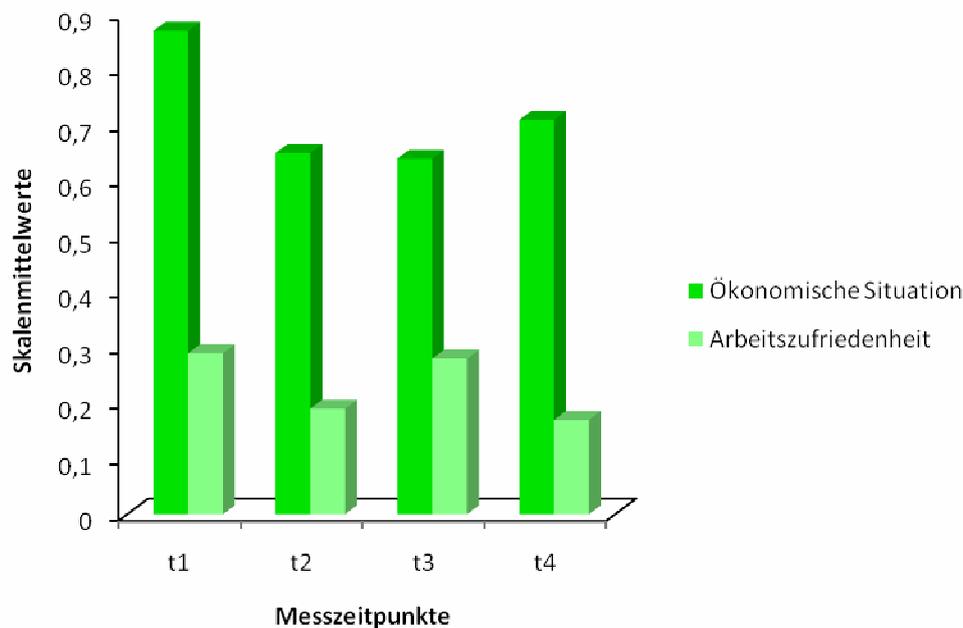


5.2.3. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Ökonomische Situation“ und „Arbeitszufriedenheit“ des Europ-ASI's

Merkmale einer Integration in ein drogenfreies Leben bildet der Europ-ASI mit den Bereichen „Arbeits- und Unterhaltssituation - ökonomische Situation“ und „Arbeitszufriedenheit“ ab. Im Bereich der „ökonomischen Situation“ reduzieren sich die Skalenmittelwerte zunächst, steigen aber zur vierten Messung hin wieder an. Im Bereich „Arbeitszufriedenheit“ ist der Verlauf der Skalenmittelwerte schwankend, jedoch steigen die Werte beider Skalen zu keinem Zeitpunkt über die Ausgangswerte. Die Werte der Skala „Arbeitszufriedenheit“ werden ausschließlich durch die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit des Patienten mit seiner Arbeitszufriedenheit beeinflusst. So schlägt sich ein großer Wunsch zur Veränderung der Arbeitsplatzsituation (z.B. Wunsch nach Beschäftigung, Arbeitsplatzwechsel auf dem 1. Arbeitsmarkt) in einem höheren Skalenwert nieder. Zu Beginn der Behandlung ist die Arbeitsplatzsituation bei fast allen Patienten desolat. Im ersten Therapieabschnitt ist die gedankliche Auseinandersetzung mit der Arbeitssituation nicht vorrangig, andere Themen wie Bewältigung der Alltagsanforderungen ohne Drogenkonsum, Stabilisierung in emotionalen und sozialen Bereichen stehen im Vordergrund. Mit zunehmender Stabilisierung und Drogenkarenz wird das Thema Arbeit nun aktueller, die gedankliche Beschäftigung nimmt zu, erste Schritte in Richtung Arbeit werden vielleicht unternommen, dies spiegelt sich in einem Anstieg der Werte wieder. Entscheidend ist, dass die Werte dann wieder fallen, wie es die Grafik zeigt. Eine Beruhigung ist zu diesem Zeitpunkt eingetreten, z.B. hat der Patient eine Beschäftigung aufgenommen. An diesem Lebensbereich ist es gut zu sehen, wie wichtig eine anhaltende Anbindung des Patienten über einen längeren Zeitraum ist, um ihn in für ihn bedrohlichen Phasen zu stützen, zu begleiten, um Rückfällen oder negativen Selbstwertattributionen entgegen zu wirken. Eine berufliche Integration bedarf Zeit, da in vielen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass unserer Klientel nicht über gefestigte berufliche Erfahrung verfügt bzw. diese meistens schon lange zurückliegt. In diesem Bereich arbeiten wir in der begleitenden therapeutischen und pädagogischen Arbeit an der Einstellung zur Arbeit, an der Realitätsüberprüfung von Belastbarkeit und den Erwartungen der finanziellen Entlohnung. In den meisten Fällen wird der Einstieg ins Berufsleben über einen Integrationsjob (so genannter 1-Euro-Job) oder einen geschützten Arbeitsplatz umgesetzt. Bei diesen Arbeitsplätzen handelt es sich oft um eine Kompromisslösung, die entsprechende Probleme und Unzufriedenheiten nach sich zieht. Vor diesem Hin-

tergrund ist es zu erklären, dass sich in den Skalen „ökonomische Situation“ und auch in der „Arbeitszufriedenheit“ Schwankungen bzw. keine überdauernden deutlichen Verbesserungen zeigen. Jedoch ist es schon als Erfolg anzusehen, dass sich keine Verschlechterungen einstellen. Gleichbleibende Werte können auch für eine Beruhigung der Situation und deren Beurteilung stehen.

Im nachfolgenden Säulendiagramm sind beide Bereiche gegen einander gestellt (niedrige Werte bilden eine Verbesserung ab):

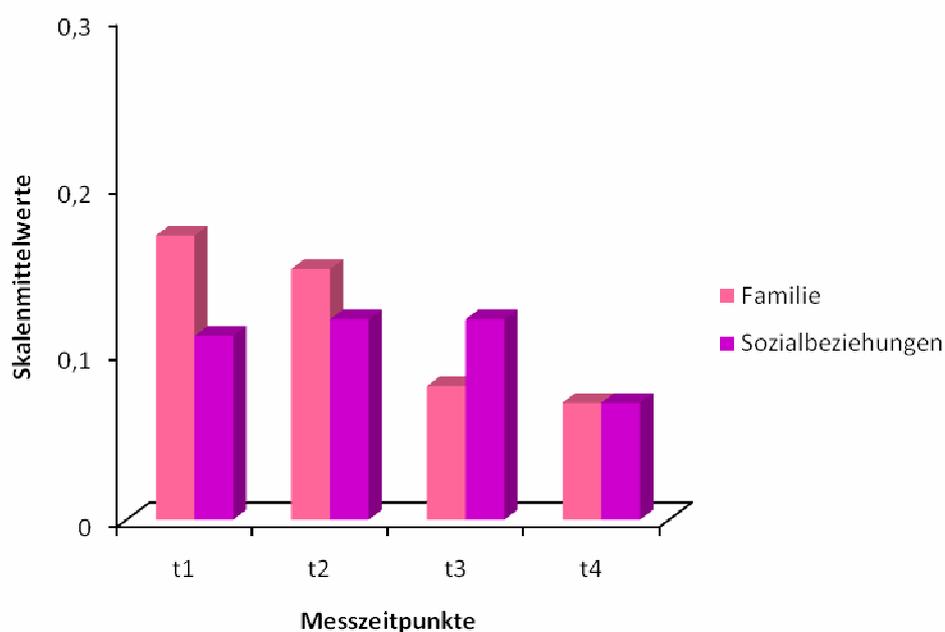


5.2.4. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Familie“ und „Sozialbeziehungen“ des Europ-ASI's

Zu einer erfolgreichen Resozialisierung und Integration zählt auch das Zurechtfinden und Leben im sozialen Gefüge. Die beiden Skalen des Europ-ASI's zu diesen Bereichen bilden zwar nicht erschöpfend alle Facetten der sozialen Integration ab, können aber Hinweise geben. Zu erkennen ist eine ebenfalls positive, Ziel bestätigende Entwicklung in den Bereichen „Familie“ und ein gleich bleibender Verlauf im Bereich „Sozialbeziehungen“. In unserer Arbeit erfahren wir immer wieder von den Patienten, wie wichtig ihnen der Kontakt zur eigenen Familie ist. Die Zahlen zeigen, dass im Verlauf des Nemexin-Programms Bewegung in dieses Thema kommt und zwar in eine positive Richtung. Einerseits wird in einigen Fällen der Kontakt zur Familie wieder aufgenommen, positive Erfahrungen im familiären Umfeld unter Abstinenzbedingungen können gesammelt werden. Andererseits wird dieses Thema bearbeitet, so

dass sich die persönliche Bewertung und Dringlichkeit möglicherweise verändert und im Idealfall nicht mehr so stark belastet. Im Bereich „Sozialbeziehungen“ liegen die Werte von Beginn an auf einem niedrigen Niveau, was sicherlich auf die Beschaffenheit der Fragen zurückzuführen ist. Hier sind keine deutlichen Verbesserungen zu sehen, jedoch auch keine Verschlechterungen der Werte. Bezüglich der Sozialbeziehungen gestaltet sich eine positive, zufriedenstellende Veränderung der sozialen Situation schwieriger. Oftmals ist kein cleanes Umfeld vorhanden, an das angeknüpft werden kann. Der Aufbau einer neuen sozialen Bezugsgruppe bedarf viel Zeit und Kompetenz, so dass es verständlich ist, dass die Skalenmittelwerte in diesem Bereich kaum Veränderungen widerspiegeln.

Die folgende Abbildung fasst die Ergebnisse noch einmal bildlich zusammen (niedrige Werte bilden eine Verbesserung ab):

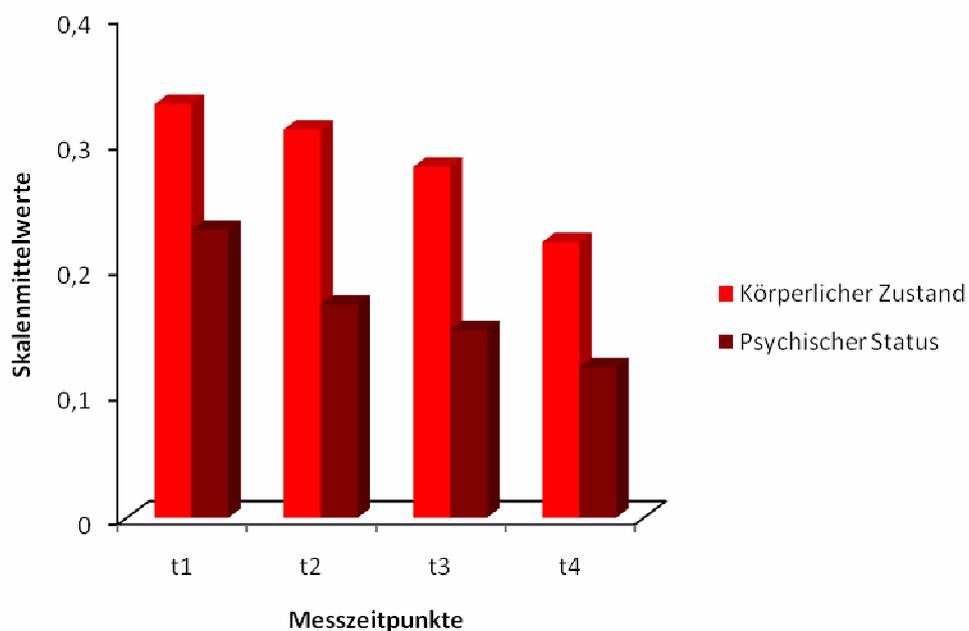


5.2.5. Ergebnisse der drogenassoziierten Problemfelder „Körperlicher Zustand“ und „Psychischer Status“ des Europ-ASI's

Eine gesundheitliche Stabilisierung zeigt sich in zwei Komponenten: der körperlichen und der psychischen Seite. Analog dazu erfasst der Europ-ASI eine Skala „Körperlicher Zustand“ und eine Skala „Psychischer Status“. Die beiden folgenden Skalen sind nur als Screening zu sehen, eine differenzierte Betrachtung dieser Komponenten ermöglicht die weiter unten dargestellten Fragebögen SF-36, BDI und SCL-90-R.

Aufgrund der Chronifizierung der Suchterkrankung und deren Komorbiditäten ist auf somatischer und psychischer Ebene eine schnelle Verbesserung der Ausgangssituation nicht zu erwarten gewesen. Dennoch ist eine positive Veränderung in beiden Bereichen zu sehen, im Verlauf sinken die Skalenmittelwerte ab.

Im Bereich „Psychischer Status“ liegen die Werte in einem eher geringen Ausmaß vor. Die geringe Ausprägung der Skalenmittelwerte ist einerseits in der Formulierung der Fragen begründet (es wird global und nur nach starker Ausprägung der Symptome gefragt), andererseits stellt eine psychische Symptomatik für viele Patienten eine subjektive Bedrohung dar, so dass wir hier den Effekt der Verharmlosung der Symptomatik beobachten können. Das langsame Absinken der Werte im Bereich „Psychischer Status“ ist aus unserer klinischen Praxis heraus gut nachzuvollziehen. Zunächst ist ein vorrangiges Ziel des Nemexin-Programms, die Abstinenz zu fördern und aufrecht zu erhalten. Eine gezielte Bearbeitung der zugrunde liegenden psychiatrisch - psychischen Symptomatik, z.B. eine Behandlung einer Traumatisierung, darf zeitlich erst nach einer erfolgreichen Stabilisierung der Lebenssituation und psychischen Ausgangslage erfolgen und würde über den Behandlungsrahmen hinaus gehen, der im Nemexin-Programm möglich ist. Im folgenden Säulendiagramm werden beide Skalen „Körperlicher Zustand“ und „Psychischer Status“ veranschaulicht (niedrige Werte bilden eine Verbesserung ab):



5.3. Erfassung körperlicher und psychischer Gesundheitszustände (SF-36, SCL-90-R und BDI)

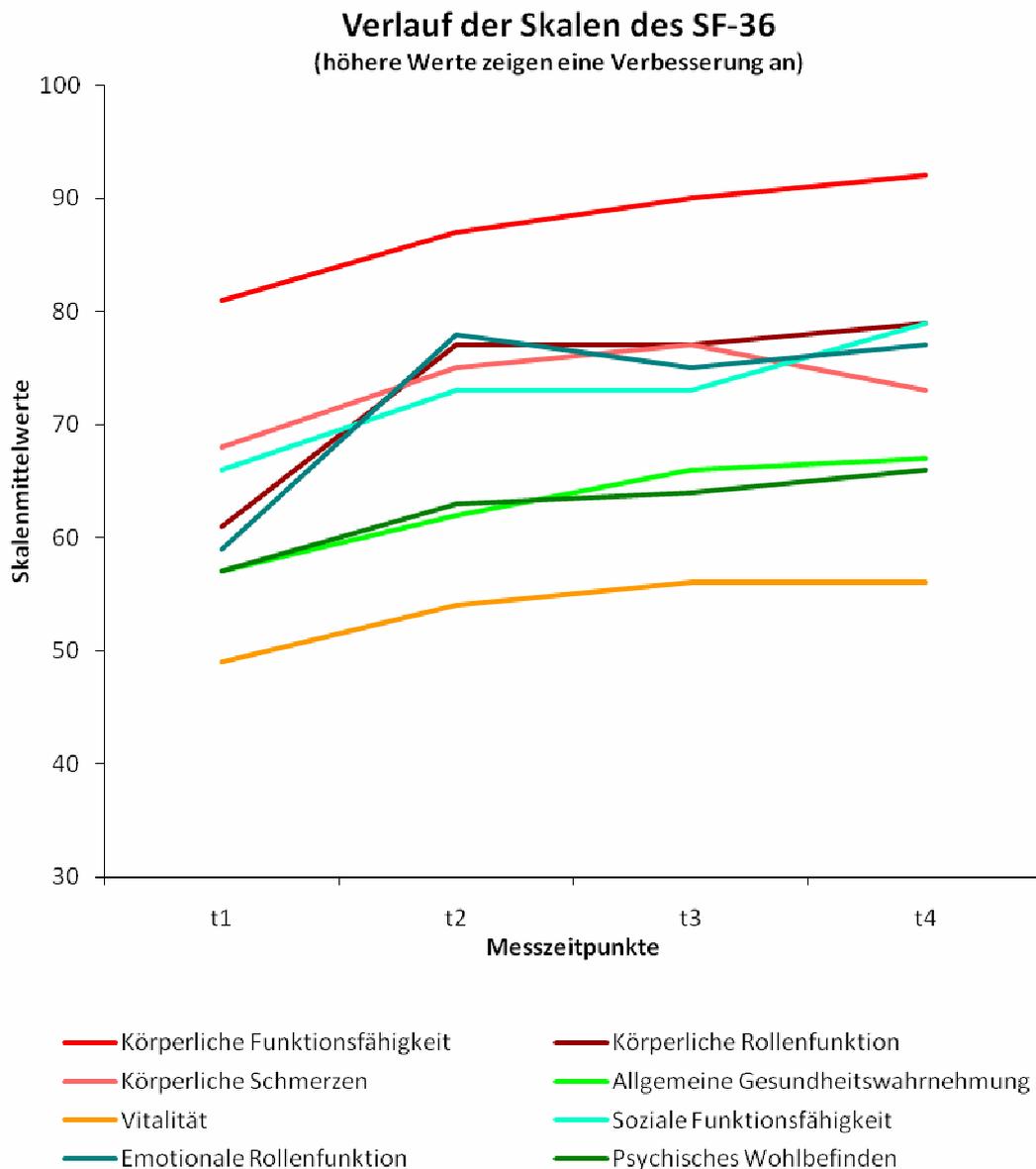
Drogenmissbrauch ist sehr häufig mit schwerwiegenden körperlichen und psychischen Problemen gekoppelt. Körperlicherseits bestehen häufig Folgeerkrankungen der Drogensucht (Hepatitis, HIV, etc.). Die Behandlung dieser Erkrankungen wird meistens erst nach begonnener Drogenkarenz aufgenommen. Ebenso verhält es sich im Bereich psychischer Begleiterkrankungen bzw. Komorbiditäten. Diese können sich sowohl als vorwiegend subjektive Beschwerden äußern, als auch die diagnostischen Kriterien psychiatrischer Erkrankungen erfüllen (z. B. schwere Depressionszustände, Posttraumatische Belastungsstörung, Ängste, Kompetenzdefizite).

Mit den Fragebögen SF-36 (Fragebogen zum Gesundheitszustand zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und BDI (Beck'sches Depressions-Inventar zur Erfassung depressiver Verstimmungszustände) sowie der SCL-90-R (Symptom-Checkliste zur Erfassung subjektiver psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen) werden diese Bereiche differenzierter erfasst als im Europ-ASI.

5.3.1. Ergebnisse des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36)

Vorweg genommen sei das positive Ergebnis: in allen durch den Fragebogen erfassten Dimensionen – sei es eine körperliche oder psychische – zeigt sich ein positiver Verlauf in Richtung psychische oder somatische Gesundheit. Der Fragebogen SF-36 erfasst über insgesamt 8 Dimensionen die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten. Diese 8 Dimensionen können ihrerseits wiederum einerseits der körperlichen Gesundheit, andererseits der psychischen Gesundheit zugeordnet werden. Im Einzelnen lauten die 8 Skalen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden. In diesem Fragebogen sind die Items und Skalen so berechnet, dass ein hoher Wert einem besseren Gesundheitszustand entspricht, z.B. bedeutet ein hoher Wert auf der Schmerzskala Schmerzfreiheit. Die Skalenwerte sind standardisiert und haben eine Spannweite von 0 bis 100, wobei 100 Punkte dem Optimalzustand entsprechen würden.

Folgende Abbildung zeigt den zusammenfassenden Verlauf der 8 Dimensionen über die vier Messzeitpunkte. Hier bilden hohe Werte eine Verbesserung ab. Sie stellt das fast parallele Ansteigen (Verbesserung) aller Werte der acht Dimensionen gut dar.



Betrachtet man die Skalen, die der körperlichen Gesundheit zugeordnet werden, ist eine deutliche Verbesserung in Richtung Stabilisierung der „Körperlichen Gesundheit“ abzulesen. Der zahlenmäßig ausgeprägteste Fortschritt in Richtung Gesundheit zeigt sich auf der Skala „Körperliche Rollenfunktion“. Diese erfasst das Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere alltägliche Aktivitäten beeinträchtigt. In die Praxis übersetzt heißt diese positive Veränderung, dass der

Patient in seinen alltäglichen Aufgaben belastbarer geworden ist, was wiederum eine elementare Voraussetzung für die soziale und berufliche Integration ist. Für den Patienten wiederum bedeutet dies, dass er mehr positive Erfolgserlebnisse im Alltag hat, seine Selbsteffizienz steigt und damit die Motivation zur Abstinenz gestärkt wird. Wichtig und erfreulich ist auch der positive Verlauf in der Skala „Körperliche Schmerzen“. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere das Erleben von Schmerzen oft ein Rückfallrisiko ist, erfreut es sehr zu sehen, dass die Daten dieser Skala so zu interpretieren sind, dass der Einfluss der körperlichen Schmerzen auf das Aktivitätsniveau abnimmt, d.h. konkret, dass eine kognitive Umstrukturierung im Umgang mit Schmerzen stattgefunden hat. Dieser Effekt ist in der Praxis überaus wichtig, zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen: ein Patient unterzieht sich im Verlauf des Nemexin-Programms zwei schon lang anstehenden und medizinisch hoch notwendigen Operationen, die mit einem schmerzhaften Heilungsprozess verbunden sind. In vorbereitenden und begleitenden Gesprächen lernte der Patient diese Schmerzen auszuhalten und nicht seinem Impuls, die Schmerzen zu betäuben, nachzugeben. Er selbst empfand unter Schmerzen stets einen sehr hohen Suchtdruck, insbesondere da im Krankenhaus Opiate schnell verfügbar gewesen wären – ärztlich verordnet oder illegal beschafft. Ein anderer Patient hatte eine lang ersehnte und erkämpfte berufliche Maßnahme begonnen, war sehr zufrieden und hatte eine für ihn positive Tätigkeit gefunden. Dann verletzte er sich erst schwer, kurze Zeit später bekam er einen Bandscheibenvorfall mit Lähmungserscheinungen. Seine Maßnahme wurde beendet, er hatte keine Tagesstruktur mehr, seine Ziele zerschlugen sich und er hatte täglich starke Schmerzen, die ihn in seiner alltäglichen Bewegungsfreiheit massiv einschränkten. Durch den jahrelangen Opiatkonsum kannte er keine Schmerzen, so dass er verlernt hatte, mit Schmerzen umzugehen. Durch unsere stete Begleitung gelang es dem Patienten, abstinent zu bleiben und den mühsamen lang andauernden Weg der Schmerzbekämpfung über Krankengymnastik und Mobilisierung zu gehen.

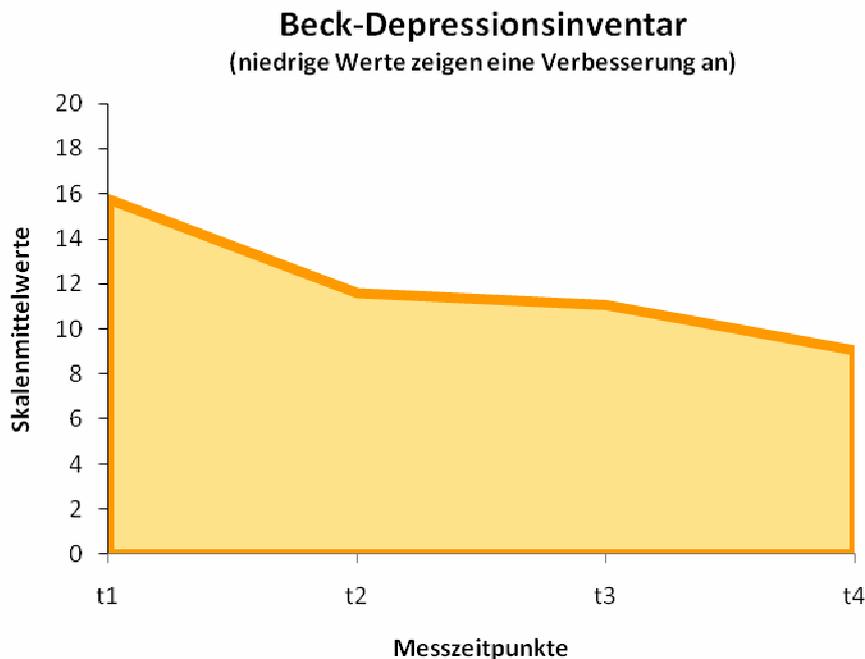
Auch in allen Dimensionen, die für die psychische Gesundheit stehen, spiegeln die Daten dieses Fragebogens eine breit gefächerte Verbesserung wieder. Exemplarisch sei hier die Dimension der „Emotionalen Rollenfunktion“ herausgegriffen, die die größte Veränderung aufweist. Mit dieser Skala wird das Ausmaß erfasst, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen. Auf dem Weg in ein cleanes Leben durchlaufen die Patienten eine emotionale Berg- und

Talfahrt, der sie in jeder Situation trotzen müssen, auch wenn die ihnen zur Verfügung stehenden Fertigkeiten und Mittel oftmals unzureichend sind. Nach einer eingangs positiven Stimmung über die selbst gewählte und erlangte Abstinenz, kommt meistens eine Phase der Kräfte zehrender und belastender Auseinandersetzung mit aktuellen und in der Vergangenheit liegenden Problemfeldern. So ist z. B. eine Auseinandersetzung mit dem bisherigen Lebenslauf oder ein beginnender sozialer Vergleich mit Menschen, die nicht in der Drogenszene beheimatet sind, zunächst bedrückend und belastend. Finden die Patienten eine neue Perspektive für sich (oft einhergehend mit einer beruflichen und wohnlichen Veränderung), stabilisiert sich der psychische Allgemeinzustand. In der Vergangenheit der Patienten bestand überwiegend das Muster der sofortigen Bedürfnisbefriedigung, in dem negative Zustände – sei es psychischer oder somatischer Natur – ad hoc über die Droge beseitigt wurden. Auch hier vermitteln wir im Nemexin-Programm Bewältigungsstrategien, mit denen Frustrationen oder negative Stimmungslagen begegnet werden können. Dass die Patienten davon sich etwas annehmen und dies auch umsetzen, bestätigen die Zahlen des Fragebogens zum Gesundheitszustand.

5.3.2. Ergebnisse des Beck'schen Depressionsinventars

Eine häufige Begleiterkrankung ist die Depression. Depressionen können sehr gut mit dem BDI erfasst werden. Je höher die Punktzahl, desto ausgeprägter ist eine depressive Symptomatik. Auch hier zeigt sich eine deutliche Besserung über den Behandlungsverlauf, wie der nachfolgenden Abbildung entnommen werden kann. Diese Verbesserung im Bereich der Depression ist entscheidend für die Erweiterung des Handlungsradius des Patienten. Wenn ein Patient – wie oft zu Beginn der Behandlung – deutlich depressiv verstimmt ist, zeigt dies sich oft auf der Verhaltensebene in Passivität, auf der kognitiven und motivationalen Ebene in der Mut- und Hoffnungslosigkeit („Das schaffe ich ja doch nicht.“ oder „Ich finde ja eh keine Arbeit / Wohnung / cleane Freunde.“). Verringern sich die Werte, heißt das in der Praxis, dass die Aktivität gestiegen ist, sich Erfolge oder positive Erlebnisse eingestellt haben, so dass die Stimmung gestiegen ist. Auf dieser Basis können weitere Veränderungen z.B. das Aufnehmen von einem Integrationsjob stattfinden. Die Verbesserung depressiver Symptome kann jedoch nicht als eine endgültige Heilung verstanden werden, sondern bildet nur einen Momentzustand unter der Therapie ab. Nur durch eine intensive

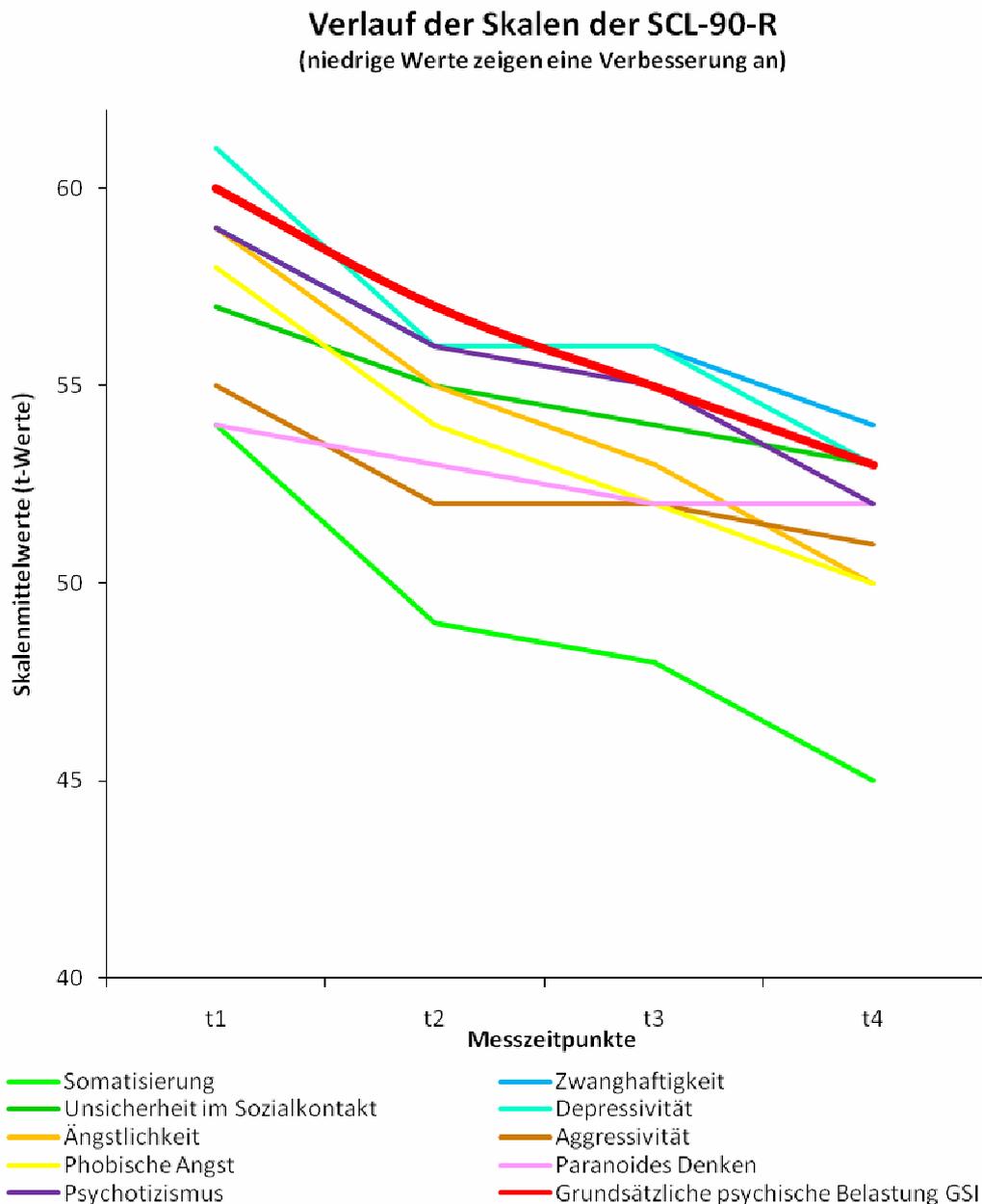
und kontinuierliche Fortführung der Behandlung, durch eine stabile Patient-Therapeut-Beziehung, durch die Eingliederung des Patienten in die Therapiegruppe sowie durch eine schrittweise Integration des Patienten in ein drogenfreies Leben kann der Erfolg auf Dauer erhalten werden.



5.3.3. Ergebnisse der Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Damit ergänzt sie in idealer Weise Verfahren zur Messung der zeitlich extrem variablen Befindlichkeit und der zeitlich überdauernden Persönlichkeitsstruktur. Es handelt sich bei der SCL-90-R um ein Selbstbeurteilungsinstrument und um ein psychodiagnostisches Screening-Verfahren zur Erfassung der symptomatischen psychischen Belastung. Die SCL-90-R bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Von diesen Werten

ist der GSI für uns am interessantesten, da er die grundsätzliche psychische Belastung misst. In der SCL-90-R stehen nun wieder hohe Werte für eine starke auffällige Ausprägung der Merkmale, d. h. für eine Belastung in den einzelnen Dimensionen. Die nachfolgende Abbildung fasst die Ergebnisse der SCL-90-R zusammen:

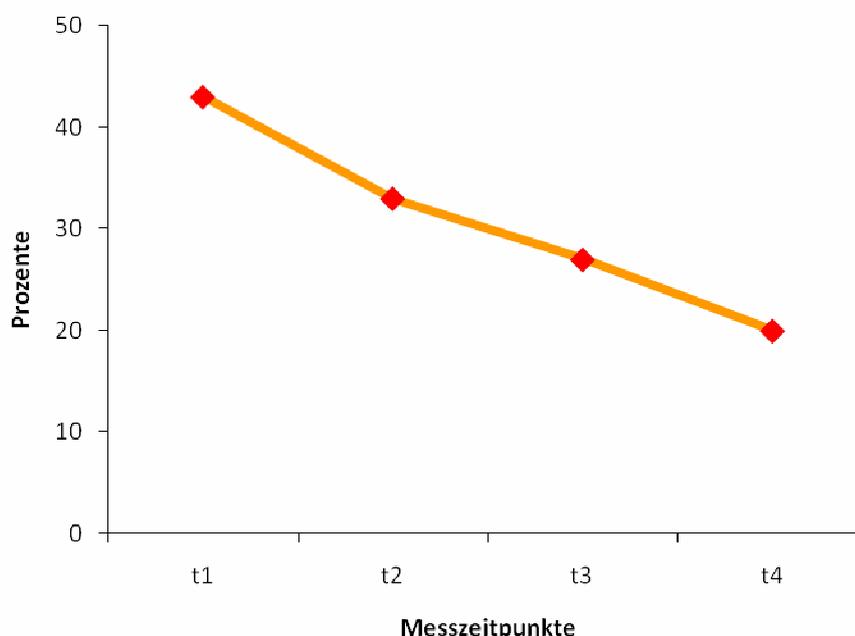


Auch in diesem Screening-Verfahren bilden sich über alle Skalen hinweg eine positive Veränderung ab. Bei der Ausgangsmessung pendeln die meisten Skalenmittelwerte (d.h. die durchschnittlichen Werte aller 150 Patienten) um einen t-Wert = 60.

Ein solcher t-Wert von 60 wird als grenzwertig auffälliger Wert gesehen. Ist dieser Wert größer als 60, befindet sich die Ausprägung des gemessenen Merkmals klar im auffälligen Bereich.

Schlüsselt man die vorliegenden Werte noch genauer auf, so liegen bis zu 43 % der Skalenwerte über alle Dimensionen in der ersten Messung über einem t-Wert von 60, d. h. im klinisch auffälligen Bereich. Dies wiederum heißt, dass die Patienten, die einen solchen erhöhten Wert aufweisen zu Beginn des Programms klinisch relevant z.B. depressiv, ängstlich oder aggressiv sind. Dieser Prozentsatz an Patienten, die sich in einem auffälligen Bereich befinden, sinkt im Verlauf deutlich, so dass bei der 4. Messung im Durchschnitt kein Skalenmittelschnitts- t-Wert mehr größer als 60 ist, also alle diese Durchschnittswerte im Normbereich liegen. Der Prozentsatz, deren Werte auffällig, d. h. größer 60 sind, ist im Schnitt deutlich gesunken. Konkret sind nur noch 20 % der Skalenwerte (über alle Dimensionen hinweg) im auffälligen Bereich. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Entwicklung der auffälligen Werte, d. h. der Werte, die über einem t-Wert von 60 liegen.

Prozentualer Anteil der auffälligen t-Werte (> 60)

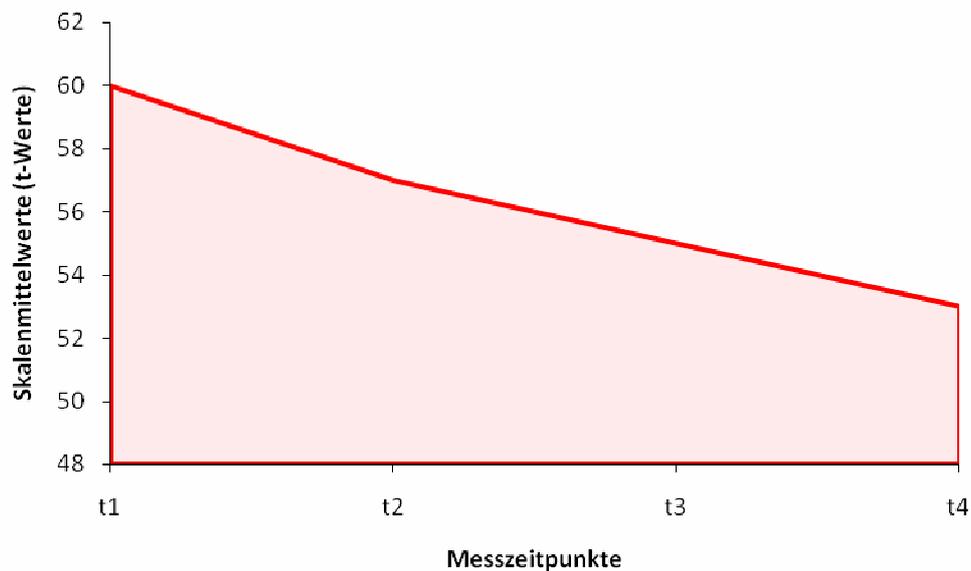


Betrachtet man nun die einzelnen Skalen, so haben im Populationsmittel folgende Skalen die höchsten Ausgangswerte: Depressivität, Zwanghaftigkeit, Psychotizismus und Ängstlichkeit, auch der Globale Wert GSI, der die grundsätzliche psychische Belastung misst, ist mit 60,4 Punkten erhöht. Das stärkste Absinken der Werte zeigt

sich in den Skalen Somatisierung, Ängstlichkeit und Depressivität sowie am deutlichsten wiederum im GSI.

Zu interpretieren ist dies dahingehend, dass unter der Behandlung im Nemexin-Programm die psychische Belastung über die verschiedenen psychischen Sektoren hinweg und in allen einzelnen Merkmalen abnimmt. Eine psychische Stabilisierung setzt sich im Verlauf durch, die psychische, emotionale und soziale Funktionsfähigkeit ist gestiegen und bildet damit eine Basis für eine soziale und berufliche Integration.

Grundsätzliche psychische Belastung GSI (niedrige Werte bilden eine Verbesserung ab)



6. Zusammenfassung und Perspektiven

6.1. Therapieerfolge

Vorrangiges Ziel des Nemexin-Programms ist die Drogenabstinenz, diese aufzubauen, zu festigen und die Patienten beim Aufbau eines drogenfreien Lebens zu unterstützen. So konnte erreicht werden, mehr als Zweidritteln der Patienten ein drogenfreies Leben zu ermöglichen. Die regelmäßigen und für den Patienten unerwartet durchgeführten Drogenscreenings weisen die Drogenkarenz nach und sichern so das Ziel des Programms ab.

Besonders erfreulich ist, dass 33 % der aktuellen Patienten eine Beschäftigung auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt gefunden haben, was von den Betroffenen selbst als Resozialisierung erlebt wird. Dies steht sicherlich in einer wechselseitigen Beziehung zur allgemeinen Stabilisierung auf der körperlichen, emotionalen und sozialen Ebene, zusammen gesehen eine wichtige Stütze für ein weiter andauerndes, drogenfreies Leben.

Positiv zu vermerken ist, dass in allen (mit Ausnahme von nur drei) Werten der durchgeführten Test eine Verbesserung abzulesen ist. In den wenigen Fällen, in denen keine Verbesserung abgebildet wurde, ist dennoch keine Verschlechterung eingetreten, sondern lediglich eine Stagnation oder das Ausgangsniveau war schon zielgerecht sehr gut.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass sich unter der Behandlung im Nemexin-Programm die Drogenkarenz aufbaut und stabilisiert sowie sich die psychische und somatische Gesundheit durchgängig verbessert. Sehr deutlich zu sehen, ist dies am Rückgang der Depressionswerte. Insgesamt sprechen die Werte für einen erfolgreichen Einfluss des Nemexin-Programms: eine Basis, auf der die soziale und berufliche Integration verwirklicht werden kann, wird geschaffen. Unter Einsatz aller beschriebenen Therapiemaßnahmen ist es gelungen, die körperliche, psychische und soziale Situation der Patienten zu verbessern.

Nennenswert ist auch, dass sich die in den Vorjahresberichten gezeigten Verbesserungen erhalten haben, worin sich sicherlich eine Bewährung des Behandlungskonzeptes zeigt.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass es insbesondere nach einem längeren Zeitraum von etwa 6 bis 9 Monaten durchaus zu Krisensituationen kommen kann. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass den Patienten die Notwendigkeit eines absolut dro-

genfreien Lebens besonders bewusst wird, was für sie gleichbedeutend ist mit dem Abschied von oft jahrelangen Gewohnheiten der Betäubung und Verdrängung. Nach einem solchen Zeitraum lässt sich daher häufig ein Konflikt zwischen Drogenverlangen auf der einen Seite und dem Wunsch nach Abstinenz und Therapie verzeichnen. Darüber hinaus stehen im fortgeschrittenen Therapieverlauf immer wieder Konfrontation und Bewältigung von Alltagsproblemen an, die der Patienten oft mit seinen Grenzen konfrontiert. Durch die professionelle Unterstützung und Begleitung auch in diesen Situationen kann der Patient auch eine Bewältigung seiner Probleme erfahren, ohne auf „alte kontraproduktive“ Verhaltensmuster wie Konsum oder Vermeidung zurückzugreifen. Das Nemexin - Team muss daher auch nach einer längeren und erfolgreichen Behandlung im Einzelfall immer mit der Gefahr eines drohenden Rückfalls oder einer krisenhaften Zuspitzung der Problematik rechnen. Die langfristige Ausrichtung des Programms ist daher von besonderer Bedeutung. Die Zahlen zeigen an dieser Stelle sehr deutlich, dass die Patienten, die nicht erfolgreich waren, eine klar kürzere Behandlungsdauer aufweisen, als die Patienten, die im Programm erfolgreich sind. Wir sehen die Notwendigkeit dieser langfristig angelegten Behandlung auch dadurch bestätigt, dass die Patienten dieses Angebot gerne in Anspruch nehmen, was u. a. mit der gewachsenen und vertrauten Therapeut - Patienten - Beziehung zu erklären ist.

Eine Stärkung erlebt der Patient auch durch den vertrauten Kontakt zur Gruppe. In dieser werden suchtspezifische Themen besprochen. Der Patient erfährt über diesen Austausch soziale Akzeptanz und soziale Unterstützung. Zudem besteht für die Patienten hier die wichtige Möglichkeit eines positiven sozialen Vergleichs. Im Alltag müssen sie sich meistens mit Mitmenschen ohne Suchtproblematik und Chronifizierung messen lassen, so dass für die Patienten selbst spürbare positive Veränderungen (für die sie gekämpft und viel Energie investiert haben) als normal oder belanglos erscheinen. Erst im Kontext ihrer suchtspezifischen Bezugsgruppe können sie ihre Fortschritte und Schwierigkeiten proportional einordnen.

Das Programm wird von einigen Patienten in Wiederholung genutzt. Zwar hatten diese Patienten in einem vorherigen Versuch das Programm durch einen Rückfall oder durch die Vermittlung in die Substitution verlassen müssen, aber diesen „Rückkehrern“ ist das Programm nach eigenen Angaben positiv in Erinnerung geblieben, so dass sie einen erneuten Behandlungsversuch aufnehmen. Diese positive Erinnerung speist sich sicherlich aus den in den Fragebögen widergespiegelten positiven Verän-

derungen und einer positiv erlebten Abstinenzzeit. Zudem berichten Patienten immer wieder, dass sie sich im Nemexin-Programm in ihrer Problematik gut aufgehoben, verstanden und unterstützt fühlten und fühlen, obwohl es sich bei uns um ein recht hochschwelliges Angebot mit Abstinenzgebot handelt. Die meisten Patienten leben wohnlich außerhalb eines geschützten Rahmen, so dass sie viel eigene Motivation aufbringen müssen.

An dieser Stelle ist für viele Patienten der wohnlich geschützte Rahmen durch ein teil- oder vollstationär betreutes Wohnen ein dringend benötigter Zwischenschritt in ein eigen bestimmtes abstinentes Leben. Vor diesem Hintergrund sehen wir eine Zusammenarbeit mit den Wohnangeboten der örtlichen Suchthilfe nicht als Ausschlusskriterium, sondern als in vielen Fällen sinnvolle Ergänzung. Die dort angebotene soziale Betreuung und die dort vorhandene Kontrolle durch Fachpersonal bzw. professionelle Helfer können wir in der dort geleisteten Intensität nicht aufbringen, andererseits bieten wir den Patienten ein spezielles medizinisch-psychologisch-pädagogisch fundiertes Therapieprogramm zur Abstinenz.

Neu und erfreulich sind sicherlich die Erfahrungen und Behandlungserfolge mit den Doppeldiagnose-Patienten der Opiat- und Alkoholabhängigkeit. Auf diesem Gebiet werden wir noch weiter Erfahrungen sammeln und dann darüber berichten.

6.2. Operante Methoden

Kontinuierliche Drogenkarenz erfordert auf Seiten der Patienten zum einen eine hohe Therapiemotivation, zum anderen stellt sie einen durchaus anstrengenden Prozess dar. Im Falle des Erfolges können sich Belohnungen positiv auf die Therapiemotivation und damit den Erfolg auswirken. So genannte „Operante Methoden“ zum Aufbau der Therapiemotivation werden seit 2005 in der Behandlung eingesetzt. Im Rahmen eines solchen Belohnungssystems können die Patienten nach einem vorgegebenen System Gutscheine (z. Bsp. Kino) erwerben, wenn sie sich in besonderem Maße durch zum Drogengebrauch alternative Aktivitäten und / oder nachgewiesene langfristige Drogenkarenz auszeichnen, bzw. wenn sie regelmäßig an den Gruppentherapien teilnehmen. Solche Methoden haben sich in der Vergangenheit als durchaus wirksam erwiesen. Ein Patient berichtete uns in diesem Zusammenhang, dass er sich „wie ein Schneekönig über den Gutschein gefreut habe, da es seit langem das

erste Mal gewesen sei, dass er für seine eigenen Anstrengungen belohnt worden sei“.

6.3. Perspektiven

Die positive Resonanz auf Seiten der Patienten beruht auf mehreren wesentlichen Faktoren. Zum einen besteht eine umfassende multidisziplinäre Betreuung im ambulanten Bereich, so dass die Patienten alle Möglichkeiten haben, neben der Drogenkarenz auch ihre soziale Situation zu verbessern. Um an diesem Abstinenz-Programm teilnehmen zu können, müssen die Patienten nicht zwingend einer Therapieeinrichtung angeschlossen sein, sondern können in ihrer eigenen – falls noch bestehenden – Wohnung bleiben. Zum zweiten ist das Konzept im Gegensatz zum Substitutionsprogramm auf vollkommene Drogenkarenz ausgerichtet. Zudem erfahren die Patienten in den regelmäßig stattfindenden Gruppensitzungen soziale Unterstützung und einen geschützten Rahmen, in dem sie ihre aktuellen Probleme austauschen und bearbeiten können. Auch wenn dieses Konzept nur für einen gewissen Anteil der Opioidabhängigen geeignet ist, so füllt es dennoch eine erhebliche Lücke im Rahmen der bestehenden Suchthilfe - Programme aus.

Im letzten Jahr haben wir bewusst Patienten mit der Doppeldiagnose Opiat- und Alkoholabhängigkeit ins Programm aufgenommen. Da wir bisher auf diesem Gebiet über erfolgreiche Erfahrung berichten können, möchten wir diese Patienten weiter in das Nemexin- Programm aufnehmen. Der Anti-Craving-Effekt des Naltrexon kommt uns dabei zugute. Sicherlich ist das Nemexin-Programm bezüglich des Ziels bei der Behandlung der Alkohol abhängigen Patienten eher niedrigschwellig, da das Ziel eine Alkoholreduktion ist.

Da wir das Nemexin-Programm als effektiv und erfolgreich beurteilen, möchten wir weiterhin für die Zukunft den Radius der zu behandelnden Patientengruppen erweitern. So versuchen wir verstärkt Frauen, aber auch medizinisches Personal mit einer Abhängigkeitserkrankung anzusprechen. In letzterer Gruppe liegt die Opiatabhängigkeitsquote durch die Nähe zu und Verfügbarkeit von Medikamenten hoch. Sozialmedizinisch möchten wir damit den Erhalt der Arbeitsfähigkeit, im Idealfall den Erhalt des Arbeitsplatzes verfolgen, aber auch einem drohenden sozialen Abstieg einschließlich der Zunahme von kriminellen Handlungen vorbeugen.

Insgesamt betrachten wir daher das Bonner Nemexin-Programm als einen wesentlichen Pfeiler der Suchttherapie im Bonner Raum und halten es für dringend erforderlich, dass das Programm als permanentes Angebot im Rahmen der Behandlung der Opioidabhängigkeit implementiert wird. Zudem halten wir die Ausweitung des Programms auf den Rhein - Sieg - Kreis für erforderlich, aus dem auch im vergangenen Jahr wieder viele Anfragen kamen. Durch diese Maßnahme kann ein Beitrag dazu geleistet werden, der zunehmenden Verelendung und das Ableiten mancher Patienten in Kriminalität und sozialen Abstieg entgegenzuwirken.

Anhang 1: Beschreibung der Skalen des Europ-ASI

Körperlicher Zustand: Erfasst wird die Anzahl der körperlichen Probleme, der Schweregrad der persönlichen Belastung durch diese Probleme und der Wunsch nach Behandlung dieser Probleme.

Arbeits- und Unterhaltssituation - ökonomische Situation: Erfasst wird, an wie vielen Tagen der Befragte gearbeitet hat, ob er Geld aus seiner Erwerbsfähigkeit bezogen hat und was die Hauptquelle des Lebensunterhaltes ist.

Arbeitszufriedenheit: Erfasst wird, an wie vielen Tagen der Patient berufliche Probleme oder Probleme wegen Arbeitslosigkeit hatte, wie sehr ihn diese belastet haben und wie wichtig ihm eine Beratung dieses Problemfeldes ist.

Alkoholgebrauch: Erfasst wird der Alkoholkonsum, an wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen ein Alkoholproblem bestanden hat, wie stark es ihn beeinträchtigt hat und wie dringlich jetzt eine Therapie des Alkoholproblems sei.

Drogengebrauch: Erfragt wird der Konsum von Drogen in den letzten 30 Tagen, ob in diesem Zeitraum injiziert wurde, wie viel Geld für Drogen ausgegeben wurde, an wie vielen Tagen ein Drogenproblem vorhanden war, wie stark dieses belastete und wie wichtig jetzt eine Therapie der Drogenprobleme ist.

Rechtliche Situation: Erfragt werden die illegalen Einkünfte, deren Häufigkeit, ob eine juristische Konsequenz erwartet wird, wie ernst diese Rechtsprobleme vom Patienten selbst eingeschätzt werden und wie wichtig jetzt eine Rechtsberatung ist.

Familie: Gefragt wird hier, wie häufig es in den letzten 30 Tagen erhebliche Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern gab und wie ausgeprägt die persönliche Belastung dadurch ist sowie wie wichtig eine Behandlung dieser Probleme für den Patienten ist.

Sozialbeziehungen: Gefragt wird, wie häufig es in den letzten 30 Tagen erhebliche Schwierigkeiten mit Freunden, Nachbarn und Kollegen gab, wie ausgeprägt die persönliche Belastung dadurch ist sowie wie wichtig eine Behandlung dieser Probleme für den Patienten ist.

Psychischer Status: Erfragt wird hier die psychische Komorbidität, an wie vielen Tagen im letzten Monat diese Probleme bestanden, wie stark belastend diese erlebt wurden und wie wichtig jetzt deren Behandlung sei. Konkret wird in diesem Komplex nach psychischen Symptomen wie Depression, Ängsten, kognitiven Problemen, Halluzinationen, gewalttätigem Verhalten, Suizidgedanken und Selbstmordversuchen gefragt.

Anhang 2: Beschreibung der Skalen des Fragebogens zum Gesundheitszustands SF 36 von Bullinger und Kirchberger

Körperliche Funktionsfähigkeit: erfasst wird das Ausmaß der Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppen Steigen, Bücken, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten durch den Gesundheitszustand.

Körperliche Rollenfunktion: erfasst wird das Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten, bestimmte Aktivitäten auszuführen.

Körperliche Schmerzen: erfasst wird das Ausmaß an Schmerzen und der Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im häuslichen Einrichtung als auch außerhalb der häuslichen Einrichtung.

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: darunter wird die persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, der zukünftigen Erwartungen und der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen, verstanden.

Vitalität: erfasst wird, ob sich die Person energiegeladen und voller Schwung fühlt oder ob sie eher müde und erschöpft ist.

Soziale Funktionsfähigkeit: erfasst wird das Ausmaß, in dem körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme die normalen sozialen Aktivitäten beeinträchtigen.

Emotionale Rollenfunktion: beschreibt das Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u. a. weniger Zeit für Aktivitäten aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.

Psychisches Wohlbefinden: erfasst wird die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Gestimmtheit.

Anhang 3: Beschreibung der 9 Skalen der Symptom-Checkliste SCL-90-R von L. R. Derogatis

Somatisierung: Misst Items, die einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen erfassen.

Zwanghaftigkeit: Beinhaltet Items, die leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis zu ausgeprägten Zwangssymptomen in Gedanken, Impulsen und Handlungen beinhalten.

Unsicherheit im Sozialkontakt: Beinhaltet Items, die sich auf Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit im Vergleich mit anderen beziehen.

Depressivität: Beinhaltet Items, die die gesamte Bandbreite der Manifestation der klinischen Depression von Traurigkeit bis hin zu schwer ausgeprägten depressiven Symptomen erfassen.

Ängstlichkeit: Beinhaltet Items, die Zustände von Nervosität bis zu starker Angst beschreiben, wobei kognitive und somatische Korrelate der Angst einbezogen sind.

Aggressivität / Feindseligkeit: Beinhaltet Items, die Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten formulieren.

Phobische Angst: Beinhaltet Items, die ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst beschreiben.

Paranoides Denken: Beinhaltet Items, die Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken erfassen.

Psychotizismus: Beinhaltet Items, die das Spektrum von leichter zwischenmenschlicher Entfremdung bis hin zur Manifestation psychotischen Erlebens abbilden.

Globale Kennwerte

GSI (Global Severity Index): Misst die grundsätzliche psychische Belastung.

PSDI (Positive Symptom Distress Index): Misst die Intensität der Antworten.

PST (Positive Symptom Total): Erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Anhang 4: Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Aaron Beck

Die Skala umfasst 21 Items, die dich auf die unten aufgelisteten Symptome der Depression beziehen und die jeweils vier nach Ausprägung gestaffelte Aussagen enthalten.

A: Traurigkeit

L: Soziale Isolation

B: Pessimismus

M: Entschlussunfähigkeit

C: Versagen

N: Negatives Körperbild

D: Unzufriedenheit

O: Arbeitsunfähigkeit

E: Schuldgefühle

P: Schlafstörungen

F: Strafwünsche

Q: Ermüdbarkeit

G: Selbsthass

R: Appetitverlust

H: Selbstanklagen

S: Gewichtsverlust

I: Suizidimpulse

T: Hypochondrie

J: Weinen

U: Libidoverlust

K: Reizbarkeit