

Chancen und Risiken einer Suchtbehandlung

Forum
Suchtmedizin
Ostschweiz

FOSUMOS

Gesprächsgruppe
Graubünden

19. Februar 2019

Dr. Otto Schmid



Übergeordnete Risiken

1. Warum gelingt es uns nicht, mehr Einfluss auf die Suchtpolitik und die Medien zu nehmen?
2. Wer macht eigentlich unsere Drogenpolitik?
3. Weshalb glauben alle, dass der Heroinkonsum in der Schweiz weiterhin abnehmen wird?
4. Warum stigmatisieren wir unsere eigenen Patienten?
5. Weshalb gibt es keine Früherkennung?

Warum gelingt es uns nicht, mehr Einfluss auf die Suchtpolitik und die Medien zu nehmen?



Abhängigkeit ist eines der intensivst erforschten medizinischen Gebiete und findet kaum Anwendung in der politischen Umsetzung



Die Bundesversammlung
— Das Schweizer Parlament

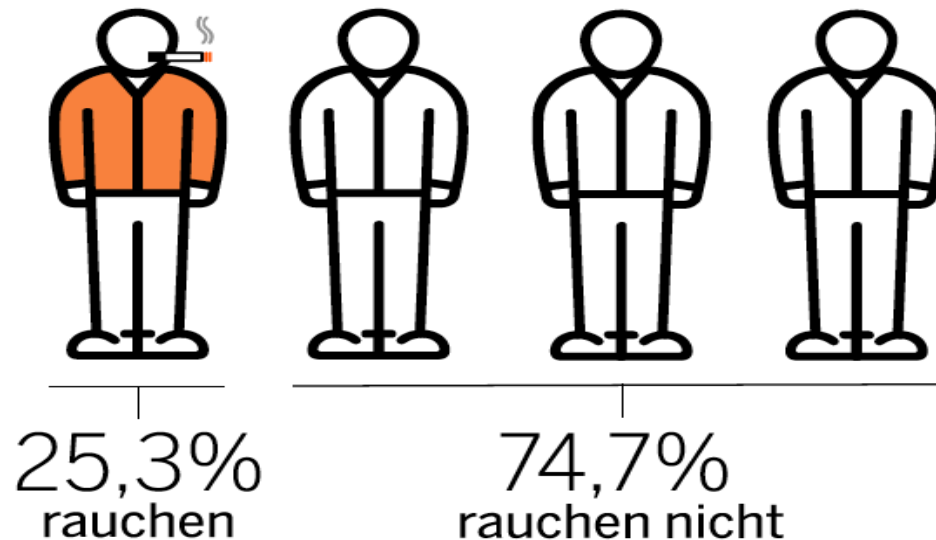
Politiker sind überfordert



- Suchtbedingte Probleme stagnieren (Alkohol- und Tabakkonsum) auf hohem Niveau, weil das Parlament nicht regulierend in diese Märkte eingreift
- Die Politik kommt mit neuen Herausforderungen wie dem Boom von CBD-Cannabis nicht zurecht.



Neue Tabakprodukte drängen auf den Markt



- Im Gegensatz zu vielen westlichen Ländern stagniert die Raucherquote in der Schweiz
- Seit 2011 gibt jedes Jahr gut ein Viertel der Bevölkerung an, täglich zu rauchen – und dies, obwohl man in der Schweiz für eine Schachtel mehr bezahlt als in vielen anderen europäischen Ländern

(SuchtSchweiz, 2017)

Tabakindustrie

Obwohl rauchen bekanntermassen tötet,
wird der Anbau von Tabak
in der Schweiz nach wie vor subventioniert



Tabakwerbung



- Die Tabakwerbung ist für die Stagnation mitverantwortlich
- Fast zwei Drittel der Bevölkerung möchten diese gemäss einer Befragung (*SuchtSchweiz, 2016*) verbieten.
- Das Parlament hat im Dezember 2016 den bundesrätlichen Vorschlag für ein neues Tabakproduktegesetz zurückgewiesen



E-Zigaretten zerstören Erfolg der Anti-Raucher-Kampagnen

- USA: 2018 haben 1,3 Millionen mehr Jugendliche E-Zigaretten geraucht als 2017
- Zigarettenkonsum war auf einem Rekordtief (3,6% der Jugendlichen gaben an täglich zu rauchen)
- Zunahme E-Zigaretten: von 11% (2017) auf 21% (2018)

(Europäischer Drogenbericht, 2017)



Zigarettenpreise



Der Ständerat hat im März 2017 eine Erhöhung der Zigarettenpreise *verhindert*, obwohl dies besonders bei Jugendlichen **präventiv wirkt** (BAG, 2016)





9500

So viele Menschen starben 2017 in der Schweiz
an den Folgen des Rauchens.

...und dafür ist unsere Politik mitverantwortlich

Nur unter dem Druck der damaligen **Schreckensbilder** hat die Schweizer Drogenpolitik Fortschritte gemacht



Wie weiter?



«Dann sind diese Bilder verschwunden und die Politik hat sich anderen Dingen zugewandt.

Aus den Augen, aus dem Sinn. Wir sind auf halbem Weg stehen geblieben. Das ist ein grosses Problem für unsere tägliche Arbeit.»



(Thilo Beck, 2017)

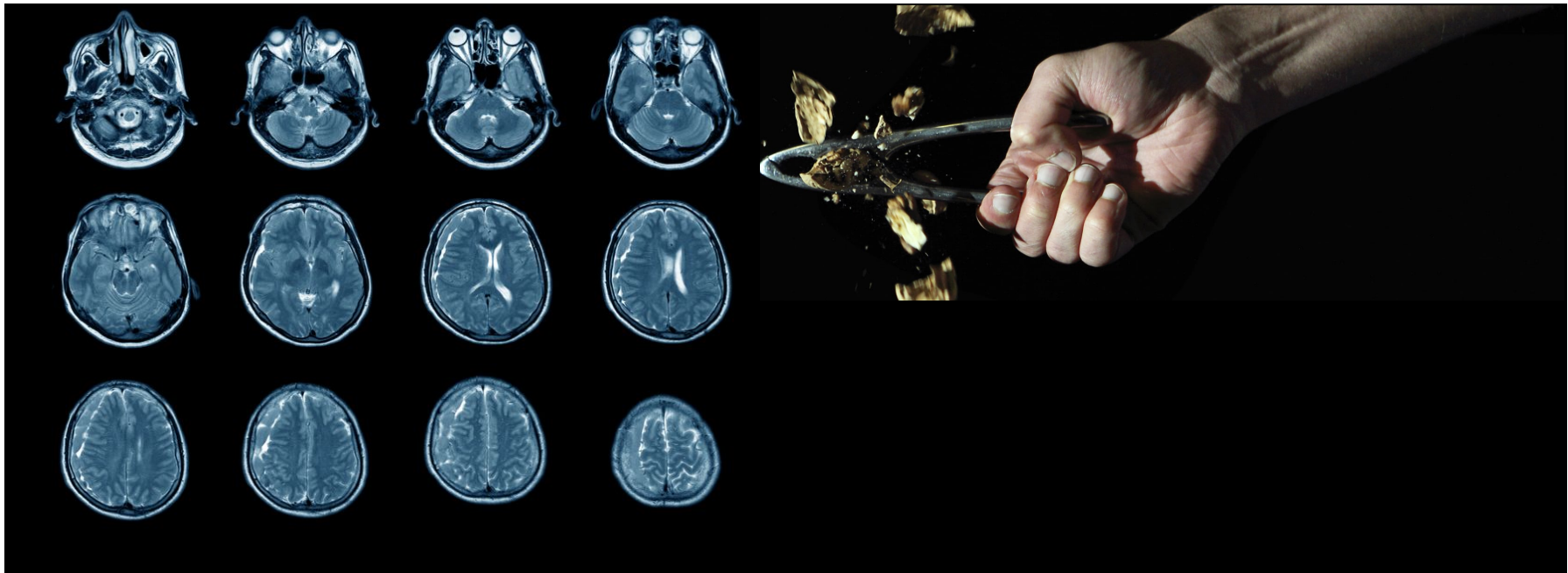
Mangelnde Ressourcen für Forschung

- Nachdem die Krisen der 1990er-Jahren bewältigt waren, wurde auch die Förderung der *Suchtforschung* bis auf *Basisevaluation* zurückgefahren
- Ohne Krisen scheint die Forschungsförderung keinen Handlungsbedarf zu sehen

Nutzen der Forschung

Die hunderte Millionen von Bildgebungsforschung im Suchtbereich haben bis heute **keine einzige** neue Intervention begründet

(Oviedo-Joekes, 2016)



Einfluss der Politik auf die Medien



- In der Presse wird kaum der sogenannten Normalkonsum dargestellt
(Horror geschichten kennen wir zur Genüge)
- Dem **unproblematischen Konsum** wird zu wenig Beachtung geschenkt
- Diesen **Normalkonsum** verstehen die Menschen als Steigerung ihrer **Lebensqualität**
- Wenn man zusammen ein Glas Wein trinkt oder eine Linie Kokain zieht, kann das durchaus der Steigerung der **sozialen Interaktion** dienen

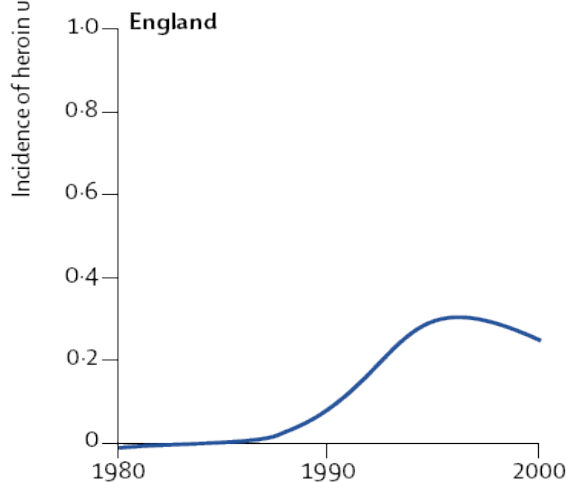
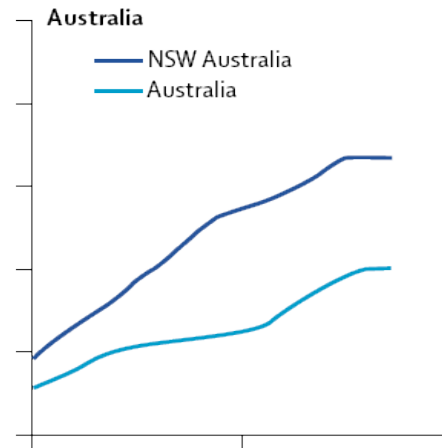
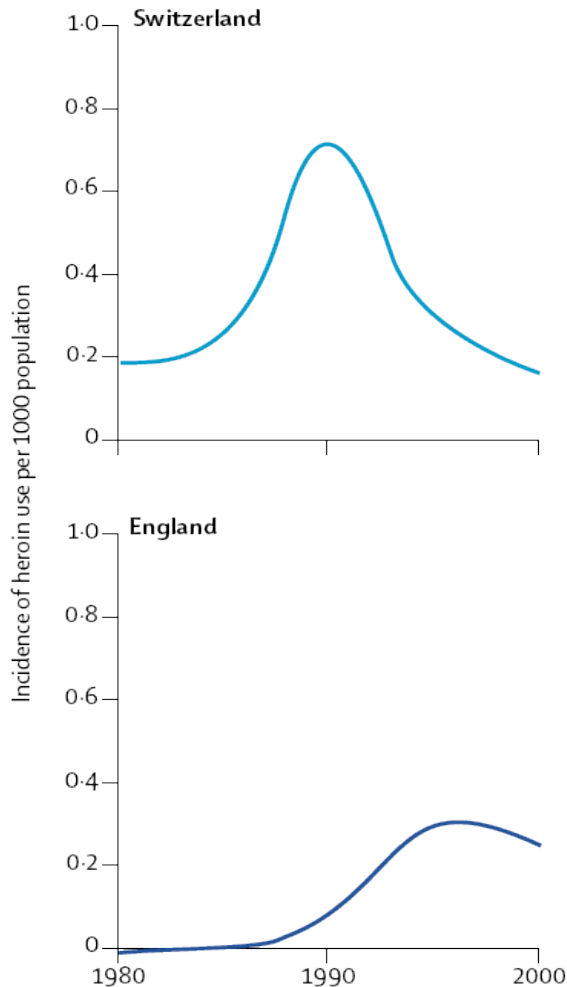
Wer macht unsere Suchtpolitik?



- Jahrzehntelang wurde die Behandlung Abhängiger von der Drogenpolitik beeinflusst, respektive zugunsten ideologischer Dogma manipuliert
- Auch heute noch werden kaum drogenpolitische Entscheidungen aufgrund wissenschaftlicher Evidenz gefällt
- „Wären nur Fachleute verantwortlich gewesen, wäre die heroingestützte Behandlung vermutlich 15 Jahre früher eingesetzt worden - hunderte von Menschenleben hätte das wohl gerettet.“

(Schmid, 2016)

Inzidenz Heroinabhängigkeit



Die Inzidenz von Heroin nimmt in der Schweiz ab

(Nordt & Stohler 2006)

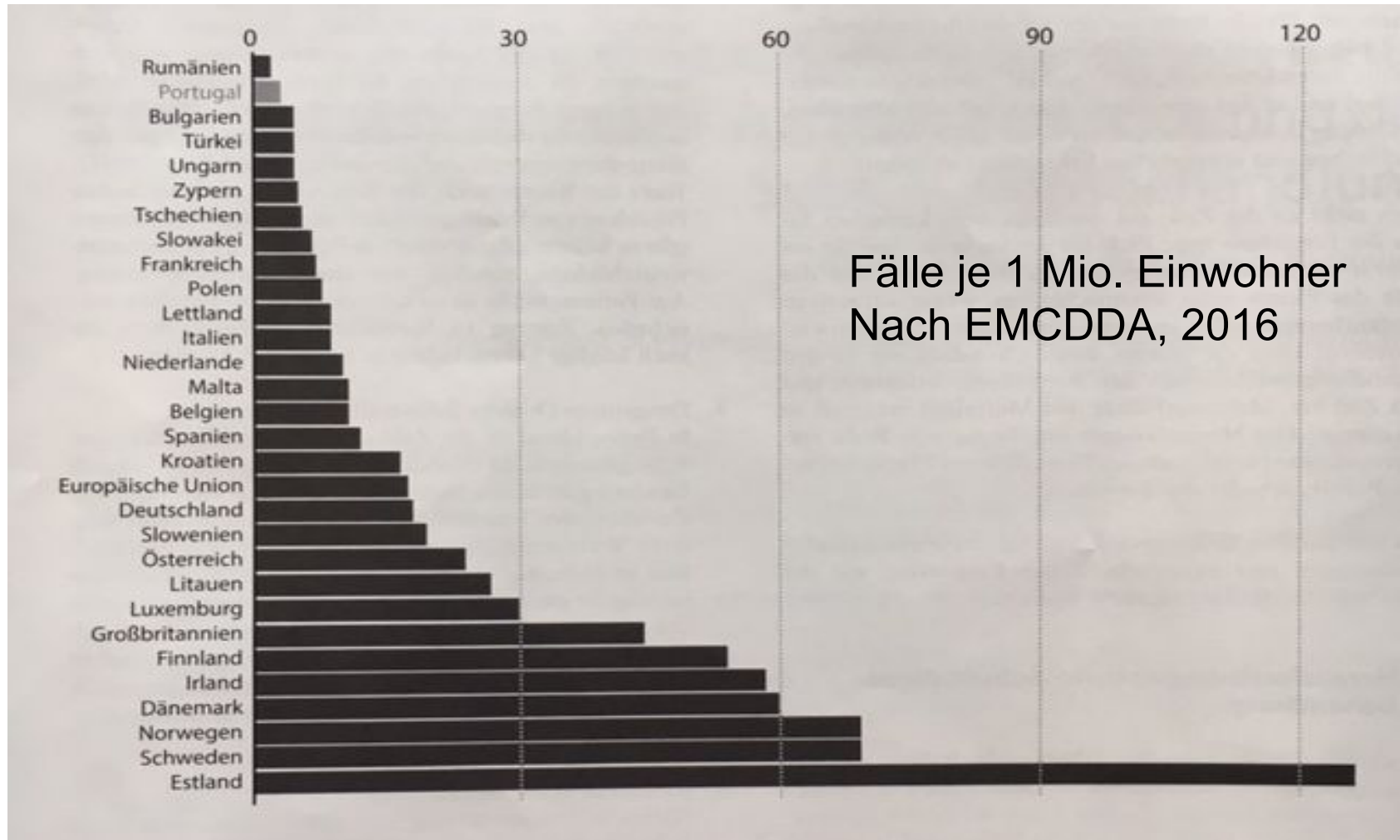
Weltweit aber bleibt sie stabil

**Weshalb glauben alle, dass der
Heroinkonsum in der Schweiz weiter
abnehmen wird?**



Die europaweiten Trends sprechen dagegen

Drogeninduzierte Todesfälle in Europa



Europäischer Drogenbericht

Europa hat ein Heroin-Problem – aber ein altes

Mehr Drogentote durch Heroin und neue Opiode: Europas Drogenwächter fürchten einen gefährlichen Trend wie in den USA. Doch der Vergleich geht zu weit.

Von **Sven Stockrahm**

6. Juni 2017, 17:37 Uhr / [158 Kommentare](#)



Eine Heroinspritze auf der Straße, fotografiert in der US-Stadt Philadelphia, Pennsylvania © [M] Dominick Reuter/AFP/Getty Images



Heroinkonsum in Europa

- 1,3 Millionen Menschen mit Hochrisikokonsum in den 28 EU-Mitgliedsländern = 0,4% der Bevölkerung
- Sie gelten als abhängig und rauchen, schlucken, aber vor allem spritzen sich Heroin
- 2016 starben in Europa **8'400** Menschen nachweislich an einer Drogenüberdosis, **81%** davon hatten Heroin oder andere Opioide eingenommen
- Keine andere Droge führt zu mehr direkten Todesfällen

(Europäischer Drogenbericht, 2017)

Verbreitung von Heroin

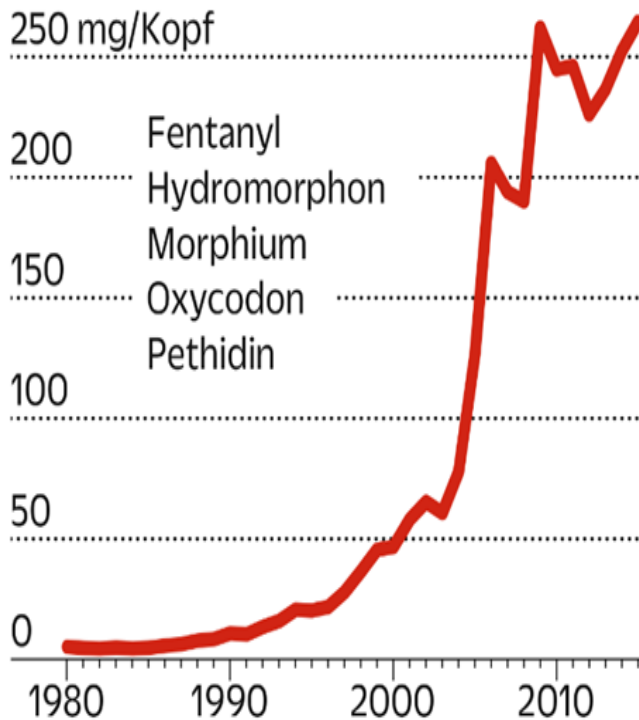


- In Nordamerika drängt Heroin aus Mexiko auf den Markt
- Dies ist meist billiger zu haben als Opioiden in Pillenform
- Eine solche Entwicklung wird in Zukunft auch in **Europa** zu beobachten sein



Opioid-Boom in der Schweiz

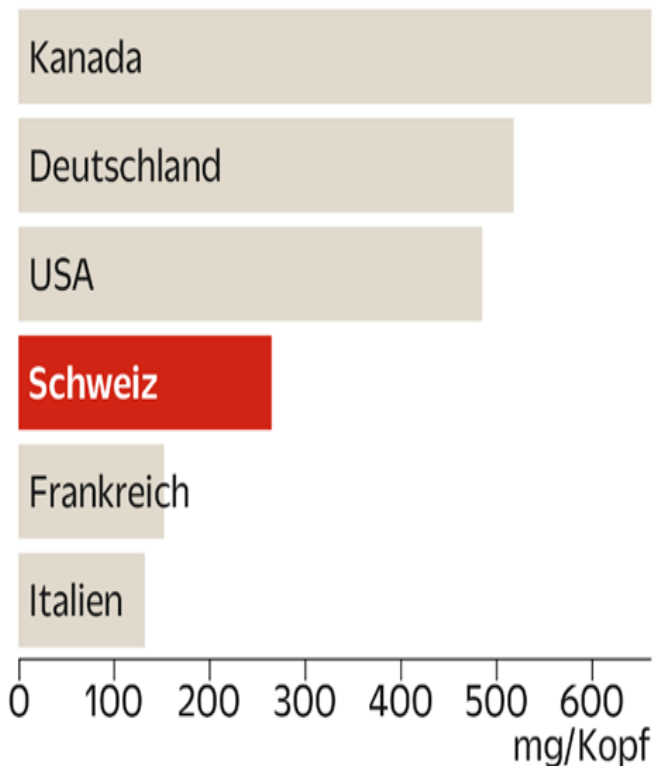
Konsum der fünf häufigsten Schmerz-Opioide seit 1980 (ohne Methadon)*



* in Morphinum-Äquivalenzen

Die Schweiz im Vergleich

Konsum der fünf häufigsten Schmerz-Opioide 2015 (ohne Methadon)*

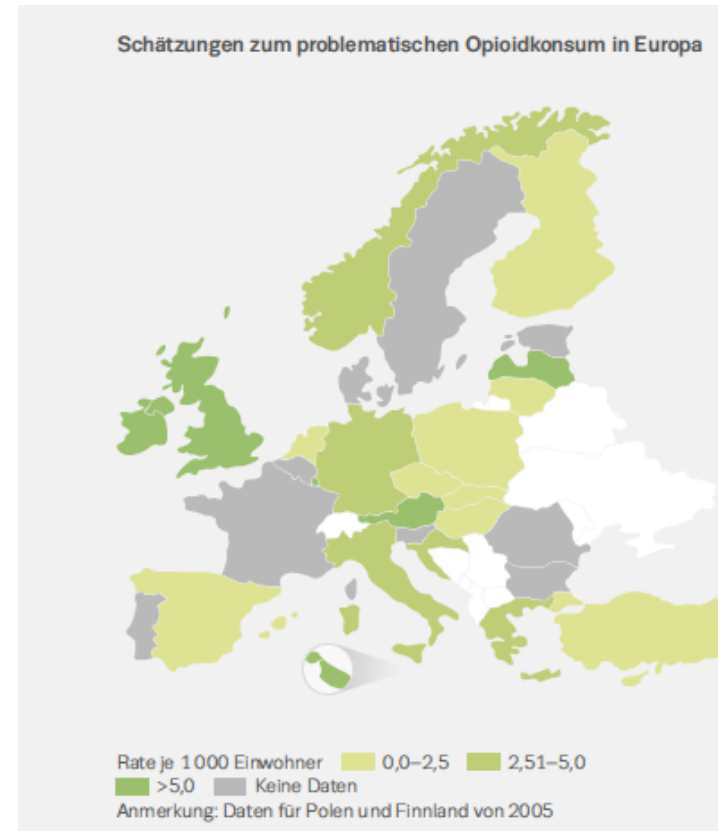


Quelle: International Narcotics Control Board, Bevölkerungsdaten der WHO

Internationale Zahlen



48% der Patienten, die aufgrund ihres Konsums illegaler Drogen eine Behandlung aufsuchen, sind opioidabhängig



(Europäischer Drogenbericht, 2017)

24'500

Menschen sind in der Schweiz aktuell in Behandlung, weil sie drogenabhängig sind

Hauptproblem sind nach wie vor Opioide, v.a. **Heroin**

- 17'000 Betroffene erhalten ein Ersatzmedikament
- 1'400 bekommen pharmazeutisches Heroin

Jugendliche konsumieren vermehrt Opioide in Form von Codein-Mix



- Codein-Sirup
- Lean
- Purple Drank
- Texas Tea



Vorbereitet sein



- Ganzheitliche Suchtprävention sollte wieder vermehrt zum Thema werden
- Vorbereitung auf „neue“, aber auch alte Substanzen
- Warnsignale und internationale Trends beobachten und ernst nehmen

Weshalb stigmatisieren wir unsere eigenen Patienten?



- Stigmatisierung wird auffallend häufig in psychiatrischen Institutionen festgestellt und geht insbesondere von medizinisch-psychiatrischem Fachpersonal aus
- So zeigen psychiatrische Fachkräfte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mehr negative Stereotype gegenüber Betroffenen

(Huber, 2015; Schmid et al, 2018)

Weshalb stigmatisieren wir unsere eigenen Patienten?



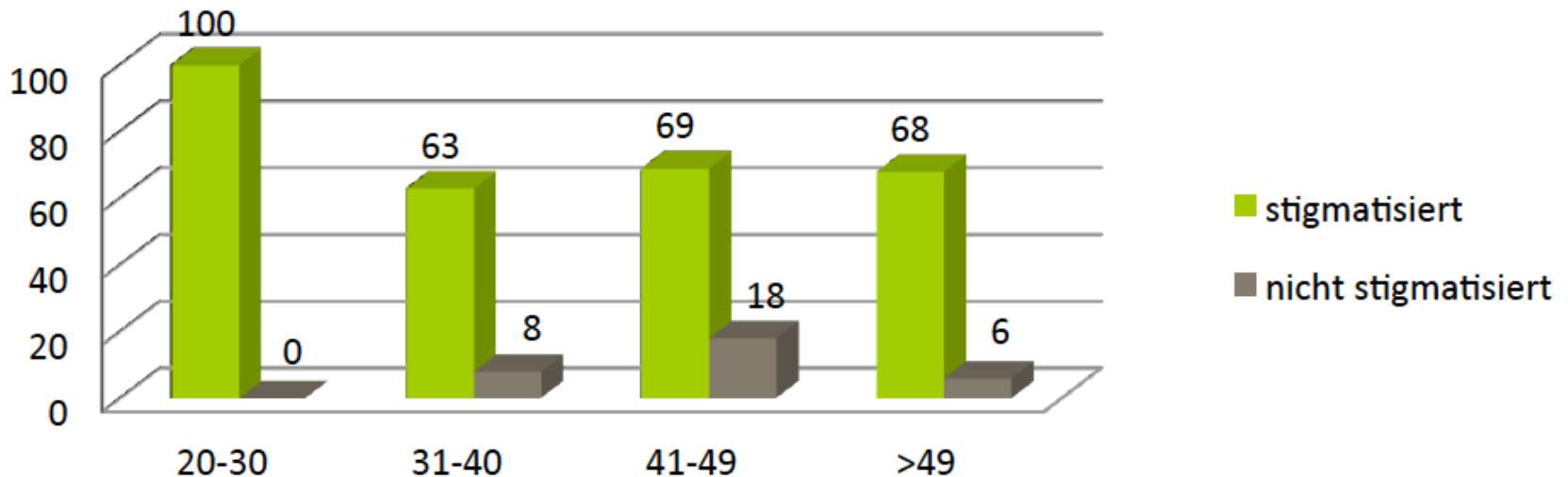
- Eigene Studie: 70% der befragten Patienten fühlen sich aufgrund ihrer Abhängigkeit stigmatisiert
- Am häufigsten wird eine Stigmatisierung bei Kontakten mit der Polizei sowie der Notfallstation des Akutspitals und weiteren Spitälern und Kliniken genannt
- Als hauptsächliche Problemfelder werden insbesondere *lange Wartezeiten, Bürokratie, falsche Versprechungen* und *mangelndes Verständnis* genannt.

(Schmid, Müller, Fehr & Vogel, 2018)

Weshalb stigmatisieren wir unsere eigenen Patienten?



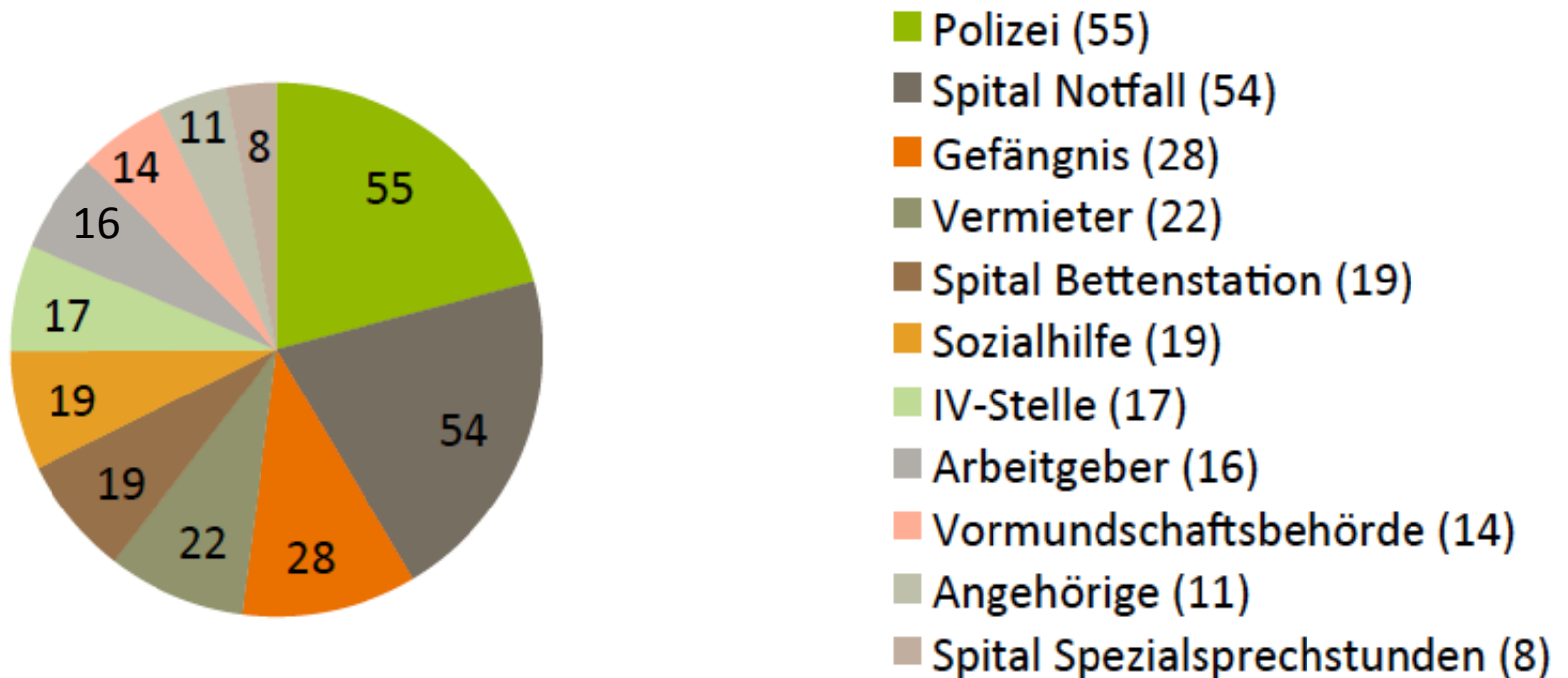
erlebte Stigmatisierung nach Alter (Angaben in % der jeweiligen Altersgruppe)



N=120

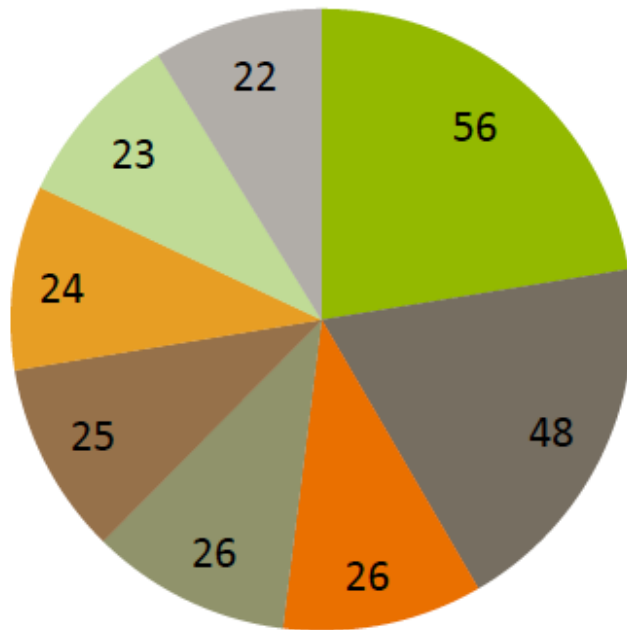
(Schmid, Müller, Fehr & Vogel, 2018)

Wo findet Stigmatisierung ansonsten statt?



(Schmid, Müller, Fehr & Vogel, 2018)

Problemfelder aus Sicht der Patienten



- lange Wartezeiten (56)
- Bürokratie (48)
- falsche Versprechungen (26)
- nicht ernst genommen (26)
- fehlende Information (25)
- Unfreundlichkeit (24)
- Regeln und Sanktionen (23)
- mangelndes Verständnis (22)

(Schmid, Müller, Fehr & Vogel, 2018)

Entstigmatisierung



- Implementierung eines speziell angepassten Settings im Sinne einer bedürfnisorientierten Behandlung in allen Bereichen
- Erhöhung der Akzeptanz der Störung Sucht in allen Institutionen und Bereichen (Akzeptanzparadigma)
- Aufrechterhaltung des hohen Informationsstandes über das Krankheitsbild Sucht

Weshalb gibt es keine Früherkennung und Frühintervention?



Obwohl wir die Risikopopulation kennen, gibt es weltweit kein wirksames System für Frühintervention und -prävention

„Das Konzept ist, warten bis zur Katastrophe, Kriminalisierung und Marginalisierung.“

„Der Zugang zur Substitutionsbehandlung ist in vielen Teilen der Welt gerade für Junge Konsumenten erschwert.“

(Michael R. Krausz, 2017)



Wir warten zu lange ab



- Generell dauert es in der Behandlung substanzbezogener Störungen ca. 10 Jahre zwischen den ersten Symptomen und professioneller Hilfe

(Wienberg & Driessen, 2011)

- Auf offensichtliche Problemsituationen bei Jugendlichen, wie öffentliche Intoxikation, Rauschtrinken, Injektionen, Fahren unter Einfluss psychotroper Substanzen, wird kaum reagiert

(Krausz, 2017)

Web-basierte Angebote



- Neue Wege zum Versorgungssystem müssen erleichtert werden
- Internet und Online-Ressourcen sollen hier in Zukunft neue Möglichkeiten bieten
- Angebote:
 - Frühintervention
 - Virtuelle Substitution
 - Web-basierte Psychotherapie



Web-basierte Angebote



- Es existieren ca. 300 Apps (meist kostenlos)
- Virtuelle Klinik (*Krausz & Vogel*)
- Skype-Ambulanzen
- Chat-Therapie

- Diese Angebote sollten vermehrt auf ihre Evidenz geprüft und genutzt werden



Von Konsumenten lernen



„Ich bin sehr beeindruckt von IREFREA (*Forschungsinstitut für Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen*), die im Freizeit- und Clubbereich **nicht** untersucht hat, was für negative Folgen der Drogenkonsum bei jungen Menschen hat, **sondern was jene anders machen, die keine Probleme bekommen.**“

(Ambros Uchtenhagen, 2008)



Bedürfnisorientierte Behandlung



- heroingestützte Behandlungen sind mittlerweile in 8 Ländern verfügbar
- Sie ist effektiv, wird aber durch die Drogenpolitik und Stigma begrenzt

Ziel sollte es sein, eine Behandlung zu implementieren, die sich vollständig an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert und Multimorbidität und Mortalität maximal reduziert

Risikofaktor: mangelnde Qualität

1. Wie verbessern wir die Haltequote in der Behandlung?
2. Stellen wir eigentlich das richtige Personal ein?
3. Gibt es einen Nutzen von Weiterbildungen?
4. Wie implementieren wir Wissen?



Haltequote

- Nichts ist aussagekräftiger bzgl. der Angemessenheit von Behandlungskonzepten wie die Retention in der Therapie
 - Die Haltequote ist eng verbunden mit Rückfall und dem Risiko der Überdosierung (*Heim, 2010*)
 - Eine kurze Behandlungsdauer wirkt sich negativ auf den Beikonsum aus (*Schmid, 2014*)
 - In Entzugsbehandlungen haben wir uns an Therapieabbrüche von bis zu 50% gewöhnt (Substitution: bis 80%)
- **verantwortlich soll die mangelnde Motivation der Patienten sein...**

Wie verbessern wir die Haltequote?



Ziel sollte es sein, eine Behandlung zu implementieren, die

- sich vollständig an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert
- Multimorbidität und Mortalität maximal reduziert
- integrierend und (re)sozialisierend wirkt

Haben wir das richtige Fachpersonal?



- Ein Grossteil der Suchtbehandlungen werden in Universitätskliniken durchgeführt, was grundsätzlich Sinn ergibt, da auch die wissenschaftliche Forschung hier stattfindet.
- Aber ausgerechnet an Universitätskliniken werden die Patientinnen und Patientinnen primär von (akademischen) Mitarbeitenden in Ausbildung behandelt. Bei einer solch komplexen Störung braucht es aber tiefgreifende therapeutische Erfahrung.

Menschenverträglichkeitsprüfung



- Notwendig wäre eine schärfere Selektion des Fachpersonals
- Hinzu kommt, dass insbesondere beim Fachpersonal hohe **psychische Belastungen** festzustellen sind (*Cho & Kang, 2017; statista.com. 2016*), was sich mit grosser Wahrscheinlichkeit **negativ** auf die **therapeutische Beziehung** auswirkt.



Ausbildungsniveaus					
	A1	A2	B1	B2	C
Definition	<p>Personen, die gelegentlich in ihrem Berufsalltag mit abhängigen Patienten konfrontiert sind.</p> <p>Diese Personen sind entweder in der Grundversorgung oder im Sozialwesen tätig.</p>	<p>Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich abhängige Patienten und deren Familien behandeln.</p> <p>Diese Fachleute sind vor allem in der Grundversorgung tätig.</p>	<p>Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit abhängigen Menschen konfrontiert sind oder diese zum Arbeitsalltag gehören.</p> <p>Diese Fachleute bieten Grundbehandlungen im Suchtbereich an.</p>	<p>Berufsfachleute des Gesundheitswesens, deren Berufsalltag vor allem Situationen mit abhängigen Patienten betreffen (Suchteinrichtungen, Ambulatorien, Kliniken)</p> <p>Diese Fachleute bieten eine spezialisierte Suchtbehandlung an.</p>	<p>Berufsfachleute des Gesundheitswesens.</p> <p>Eigentliche Experten, die hochspezialisierte Suchtbehandlung anbieten.</p>
Versorgungsstufen	Grundversorgung	Grundversorgung	Grundversorgung	Spezialisierte Versorgung	Hochspezialisierte Versorgung

Qualitätssicherung der Weiterbildungen



- Nach wie vor wird Weiterbildung von manchen Vorgesetzten als „nice to have“ oder gar als Belohnung für gute Leistungen gesehen.
- Diese Haltung ist nicht nur falsch, sondern dumm. Fort- und Weiterbildungen sollten integraler Bestandteil der Arbeit und obligatorisch sein.

Wirkung von Schulung

Anhand eines Beispiels von Motivational Interviewing (MI)

- 2-tägige MI-Schulung von ausgebildeten Therapeuten
- 36% davon behalten MI-inkonsistente Reaktionen (z.B. Konfrontation oder ungebetene Ratschläge geben)
- Auf einer 7-Punkte-globalen MI-Skala (mit 5 als Kompetenzschwelle) gingen die Durchschnittswerte von 3,6 vor dem Training auf 3,8 nach und 3,9 bei der Nachuntersuchung (6 Monate)
- In schriftlichen Nachbefragungen beurteilten sich die Therapeuten jedoch als deutlich verbessert in ihrem Verständnis und ihrer Kompetenz in MI und sagten, dass sie es nun in der Praxis nutzen würden

(Miller, 2014)

Qualität der Weiterbildungen



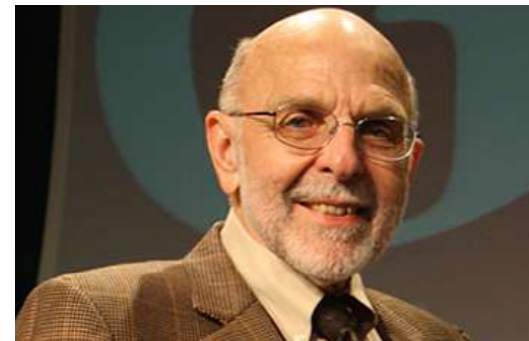
- Das Studium von Fachliteratur sollte gefördert werden (Führungsaufgabe)
- Alle Mitarbeitenden müssten an regelmässig Schulung teilnehmen
 - regelmässige Kolloquien stellen sicher, dass das erworbene Wissen einfließt und das gesamte Team von davon profitiert

Implementierung



Implementierung ist definiert als eine Reihe bewusst geplanter Aktivitäten, die darauf abzielen, evidenzbasierte Interventionen unter realen Alltagsbedingungen in der Praxis (von Anbietern) umzusetzen *(Mitchell, 2011)*

Das Prinzip „schulen und hoffen“
ist unwirksam



Fixsen, 2005, 2011

Risikofaktoren in der Suchtbehandlung

1. Ist unsere Therapie wirksam?
2. Weshalb geben wir Schamgefühlen zu wenig Beachtung?
3. Sind Suchttherapeuten Spielverderber?
4. Bieten wir hilfreiche Interventionen?
5. Verschreiben wir die richtigen Medikamente?

Was wirkt eigentlich?



Klaus Grawe

1. Therapeutische Beziehung
2. Ressourcenaktivierung
3. Problemaktualisierung
4. Motivationale Klärung
5. Aktive Hilfe zur Problembewältigung

(Grawe, 1994)

Weshalb geben wir Schamgefühlen zu wenig Beachtung?



„Der Patient lügt uns an.“

„Sie steht nicht dazu...“

„Die Klientin bagatellisiert.“

„Er verheimlicht uns....“



Schamgefühle

ANAMNESE

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Kontaktadresse Angehörige:

Postle...

Krankenkasse.

Einkommen:

- Arbeit
- IV
- Sozialhilfe
- Prostitution
- Dealen
- Delinquenz

Suchtanamnese

Aktueller Konsum:

- Heroin
- Kokain

Menge pro Tag:

..... mg
..... mg
..... mg
..... Stück
..... mg
..... mg

Gegenentwurf

Finden von befriedigenden Alternativen



Vorteile der Veränderung	Vorteile des Beibehaltens
<ul style="list-style-type: none">- mehr Geld zur Verfügung- mehr Zeit für Familie- besseres Lebensgefühl- zufriedener Partnerschaft- höheres Ansehen bei Freunden	<ul style="list-style-type: none">- kann besser entspannen- weniger Angstgefühle- weniger depressive Gefühle- vergessen von Konflikten- angenehmes Rauscherleben
Nachteile der Veränderung	Nachteile des Beibehaltens
<ul style="list-style-type: none">- mehr Angstgefühle- Zunahme depressiver Stimmung- weniger Genuss- Probleme mit Freunden- Einsamkeit	<ul style="list-style-type: none">- gesundheitliche Schäden- finanzielle Abhängigkeit- Beziehungsprobleme- Probleme im Freundeskreis- Gefährdung des Arbeitsplatzes

Alternativen finden



Positive Verstärker fördern

(etwas, das von einer Person als angenehm erfahren wird und dazu führt, dass sie daran interessiert ist, dieses Verhalten zu wiederholen)

- sofort anwendbar
- kostengünstig
- einfach zum Ausüben oder zu erlernen
- genussvoll
- positiv und lustvoll besetzt

Bieten wir hilfreiche Interventionen?



Patientinnen und Patienten sollen (wieder) lernen, sich im Alltag zurechtzufinden

- Bewerbungen schreiben
- Unterstützung beim Ausfüllen der Steuererklärung
- Einkaufen, kochen etc.
- Performance
- Sozioästhetik
- Kommunikation

Gefahr: Komorbidität



- Bestimmte psychische Störungen sind besonders häufig, werden aber trotzdem nicht systematisch behandelt:
 - Affektive Störungen / Depression
 - Trauma-basierte Psychopathologie
 - ADHS
 - Angststörungen
- Oft sind diese Störungen jedoch die Ursache für den Substanzkonsum

Wird der Depression zu wenig Beachtung geschenkt?



- **Depression** ist der **stärkste Einflussfaktor** auf die Lebensqualität (vor Behandlungsdauer, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, somatische Erkrankungen)
- Bei Patienten mit einer Depression, ist ein tendenziell höherer **Beikonsum** zu beobachten
- Depression ist mit *jungem Alter* mit niedrigerem *Selbstwert* assoziiert

Konkrete Massnahmen



- Diagnostizierung und Behandlung depressiver Störungen die die Abhängigkeit beeinflusst
- Integration von Therapieelementen (auch pharmakologische), die bei langfristiger Behandlung auf die Reduktion des Beikonsums abzielen

Verschreiben wir das richtige Medikament?

- Höchste Lebensqualität zeigen Patienten in einer **peroralen und heroingestützten Behandlung**
- Patienten in perorale Methadonsubstitution sind jedoch körperlich gesünder
- Methadonpatienten zeigen einen höheren Beikonsum als Patienten mit Diacetylmorphin (Dosishöhe hat keinen Einfluss)
- Injektorisch applizierende Patienten verbleiben länger in Behandlung als peroral Konsumierende

(Schmid, 2014)

Welche Applikationswege?



- Nasale, intramuskuläre oder subkutane Applikationen werden von den Patienten genutzt, sind aber **keine Standardmethoden** in der Substitutionsbehandlung
 - Es wäre sinnvoll, unterschiedliche Substanzen und Applikationsformen miteinander nach den Bedürfnissen der Patienten zu kombinieren
- Patienten könnten z.B. nur am Wochenende injizieren und mit oraler Medikation während der Woche arbeiten
- Motivationsförderung für Umstellung auf perorale Applikation – unabhängig von der Substanz

Folgende (sucht)therapeutischen Verfahren haben sich wirksam erwiesen:



- Motivierende Gesprächsführung – Motivational Interviewing
(Miller & Rollnick, 1991; 2015, dt.)
- Community Reinforcement Approach (CRA)
(Meyers & Smith, 2007)
- Training emotionaler Kompetenzen (TEK)
(Berking, 2010)
- Kontingenzmanagement
(Petry, 2012)
- Rückfallprävention
(Marlatt & Gordon, 1985)
- Akzeptanz und Commitmenttherapie (ACT)
(Hayses, 1999)
- Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS)
(Körkel, et al., 2005)

Schlussfolgerungen



- Suchtfachleute sollten (wieder) vermehrt aktiv Einfluss auf die Politik nehmen
- Warnsignale und internationale Trends müssen beobachtet und ernst genommen werden
- Stigmatisierenden Massnahmen muss entgegenwirkt werden
- Massnahmen zur Früherkennung und Frühintervention müssen entwickelt und implementiert werden, aber bestehende Angebote auch genutzt werden

Schlussfolgerungen



- Um die Haltequote zu optimieren muss die Behandlung vermehrt den **individuellen Bedürfnissen** der Patienten angepasst werden
- Spezifischere Ausbildungsniveaus sollten definiert werden und auf eine sorgfältige(re) **Auswahl des Personals** geachtet werden
- Wissen und Weiterbildungsangebote müssen **implementiert** werden
- Das Fachwissen muss regelmässig **überprüft** werden

Schlussfolgerungen



- Wir sollten vermehrt darauf achten, welche Behandlungsaspekte effektiv wirken (**Wirkfaktoren**)
- Das Erarbeiten von Alternativ-Verhalten steht im Zentrum
- Schamgefühlen sollten wir mehr Beachtung schenken
- Wir sollten vermehrt evidenzbasierte Therapieverfahren anwenden
- In der Substitutionsbehandlung sollte die Anwendung der Applikationsformen mehr Flexibilität aufweisen



Ziel sollte es sein, eine
Behandlung zu
implementieren, die sich
vollständig an den
Bedürfnissen der
Betroffenen orientiert und
Morbidität und Mortalität
maximal reduziert, sowie
integrierend wirkt.