



**akzept** e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik

[www.akzept.org](http://www.akzept.org) **Berlin 2010**

# STRATEGIEN

zur Sicherung und Verbesserung  
der Substitutionsbehandlung  
Opioidabhängiger

ExpertInnen Treffen am 2. Juni 2010 in Berlin



# DOKUMENTATION

Strategien zur Sicherung  
und Verbesserung der Substitutionsbehandlung  
Opioidabhängiger

ExpertInnen Treffen am 2.Juni 2010 Berlin

## INHALT

Einleitung	03
Ergebnisse der Arbeitsgruppen	
AG 1 Schnittstellenproblematik in der Substitution	05
AG 2 Patientengerechte Zugänge zur Diamorphinvergabe	20
AG 3 Substitution im Zusammenspiel mit Psychotherapie und/oder medizinischer Rehabilitation	23
AG 4 Rahmenbedingungen und Anforderungen an die PSB	31
Fazit	37
TeilnehmerInnen	38
Anhang	
Drogenkranke im Akutkrankenhaus - Kurze Behandlungsempfehlungen Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	41
Dank	47
Impressum	48

## EINLEITUNG

Am 18.02.2009 fand in Berlin auf Einladung von akzept e.V. eine erste eintägige Konferenz zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung statt. Es nahmen insgesamt 22 Vertreter unterschiedlicher Regionen und Settings teil, die alle erfahrene Praktiker im Bereich der Substitutionsbehandlung sind. Im Rahmen von Expertendiskussionen wurden eine Bestandsaufnahme zu Zugang und Qualität der Substitutionsbehandlung in Deutschland durchgeführt und mögliche Lösungswege erarbeitet. Daraus ergab sich im Folgenden ein Katalog von Maßnahmen, die aus Sicht der Teilnehmer bevorzugt umzusetzen waren.

1. Imagekampagne:
  - fact sheet zur Substitutionsbehandlung – Erstellung und Verteilung
  - Medienkampagne
2. Leitfaden Substitution für deutsche Justizvollzugsanstalten
3. Mitarbeit an der Erstellung von *bundesweit einheitlichen Leitlinien für die psycho-soziale Betreuung Substituierter*
4. *Informations- und Aufklärungsmaßnahmen vor allem in ostdeutschen Bundesländern* um die Akzeptanz gegenüber der Substitutionsbereitschaft zu fördern.
5. Nationale Konferenz aller medizinischen Dienste und angeschlossenen Dienststellen und Berufsgruppen in Hafteinrichtungen:  
Gefängnisse, Maßregelvollzugsanstalten, Polizeigewahrsam etc.

Ein Folgetreffen nach 12-16 Monaten wurde von allen Teilnehmern als sinnvoll erachtet. Dieses fand am 02.06.2010 erneut in Berlin statt. Ziel dieses zweiten Treffens war es, auf der Basis der oben genannten,

zum großen Teil bereits durchgeführten Maßnahmen, einen möglichst praxisrelevanten weiterführenden Katalog von Forderungen zur Verbesserung der Substitutionsbehandlung für die folgenden 12-18 Monate zu erarbeiten.

Dieser Katalog sollte als Grundlage für Argumentationen, Anträge und Alternativvorschläge im Kontakt mit allen relevanten Institutionen auf allen Ebenen dienen.

Als Kernthemen wurden folgende Problemstellungen definiert, die dann zuerst in Arbeitsgruppen vorbereitet und anschließend im Plenum diskutiert wurden:

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Schnittstellenproblematiken in der Substitution</li><li>2. Patientengerechte Zugänge zur Diamorphinvergabe</li><li>3. Psychotherapie und medizinische Rehabilitation unter Substitution</li><li>4. Rahmenbedingungen und Anforderungen an die PSB</li></ol> |
|--|

Der folgende Bericht fasst die Inhalte und Ziele der einzelnen Problemstellungen zusammen und dient als Grundlage für die weitere Arbeit von akzept und seinen strategischen Partnern.

## ERGEBNISSE DER ARBEITSGRUPPEN

### 1. Schnittstellenproblematik in der Substitution

Da es sich bei einer Suchterkrankung um eine chronisch-rezidivierende Erkrankung handelt, ist auch die Substitutionstherapie als eine länger andauernde, unter Umständen sogar lebenslange Therapie zu verstehen. Dadurch ergibt sich zwangsläufig, dass die PatientInnen im Verlauf ihrer Behandlung in verschiedenen ärztlichen Settings vorgestellt werden, zum Teil in chronologischer Abfolge, zum Teil aber auch gleichzeitig. Somit entstehen Wechsel in den ärztlichen Zuständigkeiten. Weiterhin ist die Suchterkrankung eine Erkrankung, die häufig mit einer Vielzahl von Komorbiditäten vergesellschaftet ist. Die optimale Behandlung erfordert damit häufig ein interdisziplinäres, auf einander abgestimmtes und vor allem kontinuierliches Vorgehen. Schließlich ergeben sich noch Besonderheiten aus Aufhalten der Patienten in Polizeigewahrsam, Maßregelvollzug oder aber Justizvollzug. Oft entstehen hier Behandlungsabbrüche bei Inhaftierung oder Schwierigkeiten bei der Überleitung in die Freiheit.

Überall dort, wo die Zuständigkeit für die Behandlung wechselt, spricht man von einer Schnittstelle.

Beim Übertritt von einem Setting in ein anderes, wird die Substitutionsbehandlung häufig abgebrochen, unterbrochen oder verändert.

Z.B. beim Übergang vom Setting ‚Straße‘ in ein Krankenhaus, den Polizeigewahrsam, U-Haft, Strafhaft, Maßregelvollzug, medizinische ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme etc. – überall ergeben sich Brüche, Abbrüche, Unterbrechungen, inadäquate Dosierungen oder neue Medikationen! Die IMPROVE-Studie von akzept stellte fest, dass 70% der in OST befindlichen Patienten bei Haftantritt die Behandlung abbrechen mussten. (siehe

[http://www.akzept.org/experten\\_gespraech/pdf\\_4\\_10/improve.pdf](http://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/improve.pdf))

Dies schafft erhebliche Probleme für die Gesundheit der Substituierten, bzw. Opioidabhängigen, denn Diskontinuitäten in der Behandlung führen in der Regel nicht zu Abstinenzversuchen oder gar zur

Abstinenz (v.a. nicht in Haft), sondern in der Regel zur weiteren Beschaffung von Opioiden und/oder anderen Drogen auf dem (Schwarz-)Markt, und schließlich zum i.v. Konsum unter hochriskanten Bedingungen (v.a. in Haft). Aber selbst die Zwangsabstinenz hat bekanntermaßen erhebliche Nachteile: Nach Rückkehr in die Freiheit ist die Mortalitätsrate besonders hoch.

Solche Schnittstellen bergen neben dem Risiko des Behandlungsabbruchs die Risiken des Informationsverlustes oder der Fehlinformation, die dann wiederum die Qualität der Behandlung beeinträchtigen.

Vor diesem Hintergrund gilt es die Schnittstellen der Substitutionsbehandlung, die verschiedenen Lebens- und Aufenthaltswelten der Opioidabhängigen, gezielt nach Behandlungsunterbrechungen/-abbrüchen abzusuchen.

Die BÄK-RL<sup>1</sup> haben bereits die Wichtigkeit der Kontinuität der Substitutionsbehandlung erkannt und in den neuen Richtlinien so formuliert: „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen“. (S. 8)

Weitergehend wird sogar die Aufdosierung während einer (vorübergehenden) Abstinenzphase für folgende Settings in Einzelfällen als sinnvoll erachtet:

„In begründeten Einzelfällen kann eine Substitutionsbehandlung auch nach ICD F11.21 (Opiatabhängigkeit, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung – wie z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis) eingeleitet werden“. (S. 2)

Diese Kontinuitätsempfehlung deckt sich im übrigen mit den bereits 2006 publizierten Methadon-Richtlinien der Schweiz<sup>2</sup>:

---

<sup>1</sup> Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet

<sup>2</sup> S•S•A•M• Swiss Society of Addiction Medicine; Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin – erstellt 2006, S. 36

- „Bei Untersuchungshaft und Vollzug sind bereits bestehende SGB weiterzuführen.
- Bei Opioidabhängigen, die nicht in einer SGB stehen, ist in der Regel das Einleiten einer SGB angezeigt, um sie vor Gefahren eines Risikoverhaltens in der Haft und vor Überdosierungen bei Urlauben und Entlassung zu schützen“.

Für die Substitutionsbehandlung wurden folgende relevante Schnittstellen mit den primär Substitutionsverantwortlichen (aus den Substitutionspraxen) identifiziert:

- andere Substitutionspraxen im Vertretungsfall
- Mitbetreuung in der PSB
- Maßregelvollzug
- Justizvollzug
- temporäre stationäre Versorgung
- Mitbetreuung durch andere ambulante ärztliche Fachgruppen
- Apotheken

Zu diesen Schnittstellen gibt es wenig verbindliche Kooperationen und schriftliche fixierte Verfahrensweisen zwischen allen Beteiligten. Ein *Praxisbeispiel eines misslungenen „Managements“ beschreibt Schäffer<sup>3</sup>*:

- Veränderung der Dosis des Substituts trotz Hinweis der zwingenden vorherigen Rücksprache mit dem Hausarzt
- Entgiftung von Benzos: Polamidon wird ebenfalls entzogen

Modellhafte Kooperationsvereinbarungen sind bereits für Baden-Württemberg entwickelt worden. (Anhang S.41ff )

Für die *Schnittstelle zu anderen Substitutionspraxen* im Vertretungsfall oder bei Umzug wurde von den Teilnehmern der Arbeitsgruppe befunden

---

<sup>3</sup> Schäffer, D. (2010): Schnittstellen der Substitutionsbehandlung. Vortrag auf der Berliner Konferenz zur Substitution am 8.5. 2010  
(<http://www.vistaberlin.de/>)



den, dass diese zwar in der Praxis nicht immer reibungslos überwunden wird, dass die Übergänge jedoch ausreichend definiert sind. So gibt es klare Vorgaben<sup>4</sup>, wie die Übergabe eines Patienten formal zu organisieren ist. Der Appell kann hier nur an jeden einzelnen Verantwortlichen gehen, bei der Umsetzung die größte Sorgfalt walten zu lassen, um eine korrekte Durchführung nicht zu gefährden.

Da das potentielle Problemfeld *Schnittstelle bei der Mitbetreuung in der PSB* inhaltlich auch im Rahmen der 4. Arbeitsgruppe („Rahmenbedingungen und Anforderungen an die PSB) mit abgedeckt wird, wurde es im Rahmen dieser Diskussion nicht weiter vertieft (siehe S.31).

Für die Schnittstelle zum Aufenthalt in der *Maßregelvollzugseinrichtung* ist vor allem die juristische Grauzone im § 64 StGB zu beachten, die als Begründung für die fast flächendeckende Ablehnung der Substitution im Maßregelvollzug dient.

Im Maßregelvollzug, ähnlich wie in verschiedenen Haftsettings, spielt die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger bisher eine äußerst untergeordnete Rolle. Obwohl ein erheblicher Teil der PatientInnen im Maßregelvollzug als opioidabhängig bezeichnet werden muss, werden laut Auskünften behandelnder Ärzte kaum Patienten mit dieser Therapie behandelt. Ärztliche Kollegen im Maßregelvollzug, die der Substitutionsbehandlung kritisch bis ablehnend gegenüber stehen, fühlen sich in ihrer Ablehnung durch den formalen Gesetzestext des § 64 StGB bestätigt, in dem die Zielsetzung des Maßregelvollzugs als „*Heilung vom Hang*“ definiert wird. Weiterhin wird festgelegt, dass eine solche Maßnahme nur dann begründet ist, wenn sie „unter der Voraussetzung stattfindet, dass eine Aussicht auf Erfolg der Maßnahme besteht“. Diese Formulierungen werden von den entsprechenden Kollegen dahingehend interpretiert, dass somit die Behandlung der Sucht im Maßregelvollzug ausschließlich die Abstinenz, nicht jedoch die gesundheitliche und soziale Stabilisierung durch eine Substitutionsbehandlung mit einschließt. In der Folge wird die

---

<sup>4</sup> siehe Behandlungsempfehlungen Anhang

Substitution im Maßregelvollzug durch diese Kollegen nicht initiiert oder durchgeführt, bei Einweisung unter laufender Substitution der Maßregelvollzug als gescheitert bzw. für beendet erklärt. Diese Vorgehensweise steht in klarem Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesärztekammer, die die Substitution als adäquate Therapie voll anerkennen.

#### ► Maßnahmen

Juristische Prüfung der Auslegung des § 64 in Bezug auf die Substitution, öffentliche Aufklärung über die korrekte Interpretation z. B. durch klaren Verweis auf die Richtlinien der Bundesärztekammer, Beauftragung und Verbreitung eines juristischen Kommentars zum Thema bei versiertem Strafrechtler, bei Unklarheit in Richtung Anpassung des Gesetzestext wirken. Das Thema Substitution sollte darüber hinaus in forensische Fachkongresse eingebracht werden. Eine Fachtagung zum Thema „Suchtbehandlung im Maßregelvollzug“ ist als Ergebnis dieser AG für den 28. Januar 2011 in Hamburg organisiert worden (siehe <http://www.gesundinhaf.eu/wp-content/uploads/2010/05/Ma%C3%9Fregeltagung2011fin.pdf>).

Weiterhin ist eine Weiterbildung des Personals im Maßregelvollzug erforderlich, damit die Erfolge dieser Behandlung und die Erfolgskriterien der Suchtbehandlung überhaupt verstanden werden. Vorteile der Einführung der Substitutionsbehandlung wären z.B.:

- Die Haltequote könnte verbessert werden, d. h. dass es zu weniger Erledigungen der Maßregel nach § 64 StGB kommt.
- Schwerst Opiodabhängige könnten erst einmal ausreichend stabilisiert werden und damit dann an den psycho- und soziotherapeutischen Angeboten teilnehmen können.
- (möglicherweise) die Reduktion der stationären Aufenthaltsdauern, bzw. sogar (s.u.) die Vermeidung dieser.

- Die Aussetzung einer Maßregel könnte nach § 67 b StGB zugleich mit der Anordnung unter der Auflage einer Betreuung durch eine forensische Ambulanz und durch eine durchgeführte Substitution mit begleitender PSB möglich sein.

### Organisatorische Probleme/Probleme der Kostenübernahme bei Lockerungsmaßnahmen

Wesentlicher Bestandteil der Therapie und Rehabilitation im Maßregelvollzug sind Erprobungen außerhalb des stationären Milieus in Form von Lockerungsmaßnahmen. Das Problem der Kurzbeurlaubung bei laufender Substitution eines Patienten ist eine fehlende Regelung zur Zuständigkeit während dieser Tage in Bezug auf die fortgesetzte Verabreichung der Substitution wie auch der Kostenübernahme. So dürfen dem Patienten zwar psychotrope Medikamente für die Zeit der Lockerungen ausgehändigt werden, jedoch ist keine „take home“ Substitution seitens der Klinik des Maßregelvollzuges möglich. Ab einer dreitägigen Beurlaubung müsste der Patient einen niedergelassenen Arzt suchen, der ihn substituiert. Besonders die Wochenenden/Feiertage stellen hier ein Problem dar. Beurlaubungen in ländlichen Regionen bilden hierbei ein besonderes Problem.

#### ► Maßnahmen

Diese sehr komplexe Problemstellung sollte im Rahmen der o.g. Fachtagung näher erörtert werden, die sich ausschließlich mit den Problemen und Möglichkeiten der Substitution im Maßregelvollzug beschäftigt. Neben der Klärung der Kostenübernahme müssen dabei auch organisatorische Herausforderungen angesprochen werden, denn selbst bei geklärter Kostenübernahme gibt es zurzeit keine Behandlungsstrukturen, die eine kurzfristige ambulante Betreuung eines Patienten mit Lockerungen ermöglicht. Die kurzfristige Mitbetreuung in der alten Schwerpunktpraxis ist oft nicht wünschenswert, um ungewollte Kontakte nicht wieder zu fördern.

Nötig wäre weiterhin die Erarbeitung von klaren Leitlinien zur Behandlung der Suchterkrankung im Maßregelvollzug. Auch diese sollten Thema bei der o.g. Fachkonferenz sein.

Außerdem sollte versucht werden, die Problematik der Substitution in den regelmäßig stattfindenden Maßregelfachtagungen insbesondere für das Suchtklientel zu platzieren.

Ebenfalls eine besondere Situation in der Substitution stellt der *Justizvollzug* dar. Hierbei zu unterscheiden sind Schnittstellen zum Zeitpunkt des Haftbeginns und bei Haftentlassung. Generell ist die Versorgung mit einem Substitut unter Haftbedingungen sehr schlecht. Das schlechteste Beispiel stellt die Versorgung im Freistaat Bayern dar. Hier werden Patienten nur dann substituiert, wenn sie unter einer AIDS-Erkrankung leiden oder in fortgeschrittenem Stadium schwanger sind. Doch auch in den anderen Bundesländern ist die Behandlung oft nur marginal besser, wie statistische Auswertungen in der Vergangenheit gezeigt haben: Die ‚Abdeckungsquote‘ (tatsächliche Patientenzahl im Vergleich zum – potentiellen – Bedarf) beträgt nur etwa 3 % gegenüber 30-50 % in Freiheit. Verschiedene Gründe werden hierzu genannt:

- mangelnde Fachkenntnisse der Anstaltsärzte

Insgesamt ist das Wissen der Anstaltsärzte über die Substitutionsbehandlung zu gering, um eine korrekt durchgeführte Behandlung auch im Vollzug zu gewährleisten. Stattdessen wird häufig nach ‚alter Schule‘ auf einen schnellen Entzug gesetzt. Bemühungen der übergreifenden Arbeitsgruppe „Sucht“ auf ministerialer Ebene in NRW haben dazu geführt, dass dort der Erwerb des Fachkundenachweises für Anstaltsärzte verpflichtend ist und vom Arbeitgeber finanziert wird. Da dies eine erst kürzlich eingeführte Neuerung ist, wird der konkrete praktische Nutzen jedoch noch einige Zeit auf sich warten lassen. Zur Zeit werden jedoch noch folgende Argumente gegen eine Substitutionsbehandlung ins Feld geführt: Wenn der Nachweis für die erhebliche Einnahme anderer Suchtmittel erbracht wird („Beikonsum“), wird die Substitution als Therapie für gescheitert erklärt. Dies gilt

generell auch, wenn es unter Substitutionsbehandlung zu kriminellen Handlungen kommt.

► Maßnahmen

Solche Fehlinformationen lassen sich nur durch kontinuierliche Weiterbildung der in den JVAen tätigen Ärzte und des Pflegepersonals korrigieren.

- organisatorische Probleme

Der Anstaltsarzt erfährt erst zum Zeitpunkt des Haftantritts von der Suchterkrankung bzw. von der laufenden Substitution des Patienten. Da die bürokratischen Wege im System der JVA generell lang sind, kann oft nicht zeitnah reagiert werden. Dies stellt auch zum Zeitpunkt der Haftentlassung wieder ein wesentliches Problem dar. Die Grundvoraussetzung der Substitution, die klare Zusage der Kostenübernahme, kann nur dann zum Zeitpunkt der Entlassung vorliegen, wenn dem Antrag auf ARGE II stattgegeben wurde. Da von vielen Sachbearbeitern der ARGE die Anträge erst dann akzeptiert werden, wenn die Haftentlassung bereits stattgefunden hat und die Bearbeitungszeit bei bis zu 3 Monaten liegt, entstehen hier oft lange Übergangszeiten, in denen eine Substitution nicht angeboten, bzw. nicht fachgerecht und nahtlos weitergeführt werden kann. Dies birgt ein extrem hohes Mortalitätsrisiko, wenn sich der aus dem Gefängnis entlassene Patient wieder Opiate auf dem Schwarzmarkt besorgt.

Ein weiteres organisatorisches Problem bei der Entlassung von Substituierten ist die fehlende Einbindung des Anstaltsarztes in den Prozess der Entlassung. So wird keine schriftliche Übergabe an den nachbehandelnden Kollegen formuliert, dem somit die wesentlichen Informationen über das Behandlungsverlauf des betreffenden Patienten fehlen. Ebenso erfolgt oft keine persönliche Kontaktaufnahme zum nachbehandelnden Arzt.

### ► Maßnahmen

Die Situation der Übernahme der Kostenverantwortlichkeit (Ablauf, Zeitplan, Übergangsregelung) ist auf der Ebene der Verwaltung zu klären. Doch auch die ärztlich in der Anstalt tätigen Kollegen selbst sollen zur Verbesserung des Übergangs beitragen, indem sie auf freiwilliger Basis bereits vor Haftentlassung Kontakt zum nachbetreuenden Arzt in der Gemeinde aufnehmen und die Weiterbehandlung anbahnen. Unter Umständen kann eine solche Kontaktaufnahme auch über die PSB bzw. Straffälligenhilfe stattfinden. Zum Zeitpunkt der Haftentlassung sollte intern der Anstaltsarzt besser eingebunden werden (Pflichtaufnahme der Information in den Vorbereitungskatalog), damit er ein Entlassungsschreiben immer vorbereiten kann.

Eine relativ häufig problematisch auftretende Schnittstelle ist die zwischen ambulanter Substitution und *stationärer Versorgung* wobei hier keine Unterschiede gemacht werden sollen zwischen einer stationären direkten Mitbehandlung der Suchterkrankung (z.B. stationäre Teilentgiftung) und einer stationären Behandlung aus anderer Indikation.

Als größtes Problem der stationären Behandlung erweist sich ein Mangel an Fachwissen über die Substitutionsbehandlung bei den weiterbehandelnden Kollegen. Da die Suchterkrankung und ihre Behandlung allgemein sehr wenig Beachtung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung findet, fehlen oft grundsätzliche Kenntnisse über diese Therapieform.

### ► Maßnahmen

Da in einigen Zentren (Berichte aus Mannheim und Münster<sup>5</sup>), bereits exemplarisch Lösungswege für die Schnittstellenproblematik der stationären Versorgung erarbeitet und erfolgreich implementiert wurden, ist es ratsam dort erfolgreiche Lösungsansätze bundesweit zu adaptieren. Für die Weiterbildung der Kollegen in den umliegenden Krankenhäusern hat sich z.B. eine kurze Fortbildungsmaßnahme im Rahmen der jeweiligen Abteilungsfortbildung, durchgeführt von einem

---

<sup>5</sup> siehe Anhang

Arzt der lokalen Substitutionspraxis, bewährt. Dabei können Punkte wie Dosisfindung, Substanzwahl, Schmerztherapie unter Substitution etc. angesprochen werden. Als guter Multiplikator für Weiterbildungsinhalte bezüglich organisatorischer Herausforderungen haben sich Schwesternschülerinnen bewährt, da sie der Wissensvermittlung generell aufgeschlossen gegenüber stehen und innerhalb eines Krankenhauses in vielen Abteilungen eingesetzt werden. Aus diesem Grund sind verstärkt Weiterbildungsangebote für diese Berufsgruppe nötig.

Weiterhin sollte ein schriftlicher Leitfaden zu den wesentlichen Punkten rund um die stationäre Versorgung bei Abhängigkeit und Substitution in die Qualitätsmanagement-Mappe aller Krankenhäuser aufgenommen werden. Eine entsprechende Vorlage aus Mannheim kann geringfügig modifiziert verwendet werden<sup>6</sup>.

Bei Einweisung eines Patienten in die stationäre Behandlung sollte die direkte Kommunikation durch den Hinweis „Änderungen der bestehenden Medikation bitte nur nach Rücksprache“ ergänzt werden.

Ein weiteres Problem ist die unzureichende Weitergabe von therapie-relevanten Informationen durch den Patienten selbst bzw. dessen aus Sicht der weiterbehandelnden Ärzte mangelnde Glaubwürdigkeit.

#### ► Maßnahmen

Zur Vermeidung dieses Schnittstellenproblems wurde bereits in der Vergangenheit der Substitutionspass eingeführt. Damit er sinnvoll eingesetzt werden kann, sollte der behandelnde Arzt auf regelmäßige Aktualisierungen achten. Der direkte Kontakt zu einem in der Substitution erfahrenen Arzt sollte durch eine zumindest stundenweise verlässlich geschaltete Hotline für PatientInnen gewährleistet werden. Es muss geklärt werden, inwieweit eine solche Hotline über die Kammern organisiert, unterhalten und finanziert werden könnte.

---

<sup>6</sup> Anhang

## Organisatorische Probleme

Gerade wenn während der stationären Behandlung eine Substitution begonnen wurde, ist die Weiterbehandlung nach Entlassung oft nur schwer zu organisieren. Sollten substituierte Patienten bei Entlassung noch so immobil sein, dass ein täglicher Besuch in der Substitutionspraxis nicht möglich ist, gibt es zum momentanen Zeitpunkt keine erstattungsfähige Möglichkeit, den Patienten auch zu Hause zu versorgen. Es gibt weder eine Kostenübernahme für die häusliche Verabreichung durch einen ambulanten Pflegedienst noch durch einen ärztlichen Hausbesuch.

### ► Maßnahmen

Um einen weiteren Anreiz für die Initiierung einer Substitutionsbehandlung auch unter stationären Bedingungen zu geben, verpflichtet sich die kooperierende Schwerpunktpraxis im Anschluss zur Übernahme des Patienten. Dies muss unabhängig von den vorhandenen Platzkapazitäten erfolgen, gegebenenfalls müssen nachträglich zusätzliche Plätze beantragt werden.

Eine weitere Forderung ist die Wiederaufnahme der häuslichen Substitution in die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien.

## Entbindung

Die stationäre Entbindung unter Substitution stellt eine besondere Problemsituation dar. Aus Sorge vor einer möglichen Entziehung des Sorgerechts durch das Jugendamt halten viele Wöchnerinnen ihre Substitution geheim und dringen auf möglichst ambulante Entbindung. Damit kann die Entzugssymptomatik des Neugeborenen ab Tag 2 nicht mehr ärztlich begleitet werden, was Mutter und Kind vor zum Teil nicht lösbare Probleme stellt.



### ► Maßnahmen

Wo immer möglich und von der werdenden Mutter erlaubt, sollte der behandelnde Arzt im Vorfeld die avisierte Geburtsklinik kontaktieren und über die laufende Behandlung informieren. Wo dies nicht möglich ist, haben sich in Modellprojekten Hebammen besonders als kompetente Vertrauenspersonen bewährt. Wenn im Vorfeld der Entbindung bereits ein Kontakt hergestellt werden kann, dann sollte dies auch unbedingt erfolgen. Andernfalls haben sich staatliche Nachsorgehebammen, wie die Familienhebammen in NRW, besonders bewährt. Weiterhin ist es wünschenswert, dass Familien, in denen sich ein oder beide Elternteile in der Substitutionsbehandlung befinden, in den Jugendämtern von speziell geschulten Sachbearbeitern betreut werden. Nur so lassen sich ein effizientes Frühwarnsystem sowie eine relevante Unterstützung solcher Familien gewährleisten.

Ebenfalls eine Schnittstelle der interdisziplinären Zusammenarbeit ist die Schnittstelle in der *ambulanten Mitversorgung durch andere Fachgruppen*. Hierbei werden oft die besonderen Anforderungen bei der Therapie eines Suchtkranken nicht beachtet und der Erfolg der Suchtbehandlung damit in Frage gestellt.

- Ein wider besseren Wissens der Ärzteschaft fortbestehendes Problem ist die langfristige Verordnung von Benzodiazepinen sowie hochpotenter Schmerzmittel. Dies stellt in der Allgemeinbevölkerung bereits ein Problem und eine Gefährdung der Patienten dar, in besonderem Maße aber natürlich für Suchtkranke.
- Ein weiteres Problem stellt die Gefährdung des Patienten durch medikamentöse Wechselwirkungen mit der Substitutionstherapie dar. Als Beispiel seien klinisch relevante QT-Zeit Verlängerungen unter einer Kombinationsbehandlung mit Methadon und einigen Psychopharmaka genannt. Die meisten dieser Substanzen lassen sich überdies nicht im Urin nachweisen.

### ► Maßnahmen

Hier sollte durch eine kontinuierliche Aufklärung, z. B. in Form der ärztlichen Rundschreiben, weiterhin auf eine Verhaltensänderung bei den Verschreibern in puncto abusus-gefährdeter Substanzen hinge-

wirkt werden. Solche direkten Anschreiben sind auch sinnvoll, um die spezielle Problematik bei der „Mitbehandlung“ von Patienten unter Substitution durch andere Fachrichtungen systematisch darzustellen. Um den behandelnden Ärzten mehr Informationen zu geben soll auf der Website von akzept e.V. ein Link zu einer Datenbank über medikamentöse Interaktionen hinterlegt werden. Hier kann sich jeder verschreibende Arzt schnell und übersichtlich über potentielle Wechselwirkungen informieren.

- Die medikamentöse Therapie von schwerwiegenden Komorbiditäten wird häufig in die Eigenverantwortlichkeit des Patienten übergeben. Beispiele aus der Praxis haben jedoch gezeigt, dass eine schlechte Compliance häufig den Erfolg der Behandlung gefährdet bzw. dass sich der Therapieerfolg deutlich steigern ließe, wenn z. B. die Interferon-Gabe bei HCV direkt unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt würde. Die eigenverantwortliche Einnahme könnte auch das Anlegen eines Medikamentenvorrats in suizidaler Absicht fördern.

#### ► Maßnahmen

Daily Dosing auch der Komedikation im Rahmen der täglichen Substitutionsvisite sollte in Erwägung gezogen werden. Insgesamt muss eine Transparenz für die simultane Behandlung durch andere Fachgruppen geschaffen werden. In Mannheim ist die Entbindung des substituierenden Arztes von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Ärzten sowie die schriftliche Verpflichtung des Patienten, über jeglichen Arztkontakt außerhalb der Substitutionspraxis zu berichten, Teil des Behandlungsvertrags zur Substitution<sup>7</sup>.

- Ein den meisten Behandlern nicht geläufiges Problem ist die Suchtmittelbeschaffung aus Medikamentenabfällen, vor allem aus Alten- und Pflegeheimen. Per definitionem sind gebrauchte Medikamente, so z.B. bereits verwendete Opioid-Pflaster, als Hausmüll

---

<sup>7</sup> Behandlungsempfehlungen

zu entsorgen. Sie enthalten jedoch noch 80% ihrer Ausgangsdosis und sind einer Wiederverwertung frei zugänglich.

► Maßnahmen

Hier müssen Verfahren zur fachgerechten Entsorgung entwickelt werden, um Mitarbeiter sowie Abhängige vor Missbrauch zu schützen.

Abschließend wurde noch ein Szenario vorgestellt, wie die Schnittstelle *Apotheken* in Zukunft in die Substitution mit einbezogen werden könnte, um eine flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können.

Wie bereits im letzten Expertentreffen dargestellt wurde, gibt es eine ständig steigende Anzahl von substituierten Patienten bei einer gleichbleibenden bis rückläufigen Anzahl von für die Substitution qualifizierten Ärzten. Zum Teil müssen die Patienten deshalb große räumliche Entfernungen überwinden, um eine Substitutionsbehandlung zu erhalten. Auf Grund der Notwendigkeit, nahezu täglich vorstellig zu werden, entstehen für viele Patienten erhebliche logistische und finanzielle Probleme (lange Anfahrten, Störung des Arbeitsalltages, erhebliche Fahrtkosten). Weiterhin birgt die örtliche Bündelung vieler Suchtpatienten ein erhebliches Risikopotential, individuelle Therapieverläufe zu gefährden (Fortbestehender Kontakt zur Szene, Beeinflussung durch Patienten auf anderem Behandlungsniveau).

► Maßnahmen

Insgesamt gibt es über 20000 Apotheken in Deutschland. Um die substituierenden Praxen zu entlasten und Kapazitäten für den rein ärztlichen Anteil der Substitutionsbehandlung freizusetzen, könnten deutschlandweit Apotheken als Ausgabestellen mit eingebunden werden. Hierzu müsste eine direkte Vernetzung zwischen Substitutionspraxen und den teilnehmenden lokalen Apotheken erfolgen, bei der die jeweiligen Apotheker nach dem Curriculum der zuständigen Substitutionspraxis detailliert in ihre Aufgaben eingewiesen werden. Eine solche Art der Weiterbildung ist in Bayern als „Fachkunde-

nachweis Suchtpharmazie“ bereits etabliert<sup>8</sup>. Die täglichen Substitutionsgaben könnten dann direkt in der Apotheke abgegeben werden, einmal wöchentlich sollte der Patient in der Schwerpunktpraxis vorstellig werden. Als Grundlage dazu wären einheitliche Leitlinien zur praktischen Umsetzung wünschenswert. Die Abrechnung der Leistung könnte direkt über ein von der Substitutionspraxis ausgestelltes Rezept erfolgen, als Vorschlag für die Finanzierung wurde der Morbi genannt. Doch auch die koordinierende Leistung der Ärzte muss gesondert entlohnt werden.

---

<sup>8</sup> Fachkunde Pharmazie

## 2. Patientengerechte Zugänge zur Diamorphinvergabe

Die gesetzlichen Grundlagen für die Substitution mit Diamorphin sind 2009 in Kraft getreten, die konkreten Behandlungsmodalitäten und –finanzierungen sind abschließend diskutiert worden. Nach Ansicht der Arbeitsgruppe können die meisten der möglicherweise entscheidenden Problembereiche wie auch mögliche Lösungsansätze direkt aus den Erfahrungen der bereits bestehenden Modellprojekte abgeleitet werden ([www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de)).

Bei der Entscheidung, die Diamorphinvergabe anzubieten oder nicht, spielt die erwartete Anzahl der zu versorgenden Patienten eine wesentliche Rolle, um die Wirtschaftlichkeit eines solchen Therapieangebots abschätzen zu können. Erfahrungen aus Hamburg haben gezeigt, dass die Rekrutierung bzw. Identifizierung geeigneter Patienten, die alle Vorgaben für ein solches Verfahren erfüllen, schwierig und langwierig ist. Die realen Zahlen bleiben oft deutlich hinter den ursprünglichen statistischen Schätzungen zurück, die keinesfalls als Grundlage einer solchen Entscheidung dienen sollten.

### ► Maßnahmen

Um möglichst alle Patienten zu erreichen, die von diesem neuen Therapieangebot profitieren könnten, müssen alle in die Betreuung der Suchtkranken involvierten Instanzen frühzeitig und eng zusammenarbeiten. So können potentielle Patienten nicht nur über die ärztliche Praxis, sondern auch über Drogenberatungen, die Obdachlosenhilfe oder den sozialpsychiatrischen Dienst, um nur einige zu nennen, kontaktiert werden. Erfahrungen aus Frankfurt zeigen, dass gerade niedrigschwellig arbeitende Hilfestellen die meisten Patienten vermitteln, während Ärzte als Zuweiser eine sehr geringe Rolle spielen. Gegebenenfalls sollten auch eher unorthodoxe Wege, wie z. B. die Kontaktaufnahme bei Entlassung aus der JVA, beschritten werden, um die geeigneten Patienten zu identifizieren. Wichtig ist hierzu, gerade die niedrigschwellig tätigen Kollegen genau über die Merkmale des

„geeigneten Patienten“ zu informieren, z.B. über ein weitflächig gestreutes Formblatt.

Ebenfalls eine erste Filterfunktion bei der Rekrutierung geeigneter Patienten könnten wöchentliche Informationsveranstaltungen für Patienten zur Diamorphinvergabe in Schwerpunktpraxen sein, in denen gleichzeitig auch die Basis für eine realistische Erwartungshaltung (z.B. Notwendigkeit, 2-3 mal täglich zum Spritzen zu kommen) gegenüber der neuen Therapie gelegt werden kann. Weiterhin werden durch die Bündelung eines solchen Informationsangebots und die Motivation einzelner Patienten in der Gruppe die einzelnen in der Substitution tätigen Ärzte entlastet.

Kritischer Erfolgsfaktor für die Diamorphinvergabe ist nach Ansicht der Experten die spezielle Applikationsform bzw. der Applikationsrhythmus. Geplant ist gemäß Zulassung nur die i.v. Verabreichung, die von vielen Suchtkranken als stigmatisierendes Ritual abgelehnt wird. Nach langjährigem i.v. Drogenkonsum sind zudem die Venenverhältnisse oft so schlecht, dass sich hieraus auch direkte Probleme bei der Applikation ergeben können.

#### ► Maßnahmen

Hieraus ergibt sich der klar formulierte Wunsch nach anderen Applikationsformen (inhalativ, oral), wie in anderen Ländern bereits verfügbar (z.B. Niederlande). Der Gebrauch oral oder rektal ist zurzeit nur „off label“ möglich, die optimale Dosisfindung dann entsprechend ungestützt. In der Schweiz ist z.B. ein orales Retard-Präparat bereits sehr erfolgreich im Einsatz.

Auch die praktische Umsetzung der Diamorphinvergabe ist noch nicht vollständig geklärt, doch auch hier kann von den Erfahrungen aus den Modellprojekten gelernt werden.

#### ► Maßnahmen

In Frankfurt beispielsweise hat sich die Vergabe in einer gemeinsamen Ambulanz bewährt. Zwar werden für Methadon und Diamorphin zu

unterschiedlichen Zeiten abgegeben, aber die PSB wird gemeinsam genutzt. Wesentlichen Einfluss auf einen erfolgreichen Therapiestart wird nach Ansicht der Experten eine schnelle Antragsbewilligung haben. Nach der Entscheidung des Patienten für die Therapie muss diese zügig beginnen und somit ein rascher Therapiestart möglich sein, nachdem der Patient sich für einen Therapieversuch entschieden hat.

### 3. Substitution im Zusammenspiel mit Psychotherapie und /oder medizinischer Rehabilitation

Die Opiatsubstitution wurde in den 1980er und frühen 1990er Jahren zunächst als „Auffangangebot“ nach dem Scheitern von abstinenzorientierten Behandlungen und z.T. auch als „drogenpolitische Alternative“ zu einem ausschließlich auf Suchtmittelabstinenz orientierenden Behandlungssystem entwickelt. Nach zwanzig Jahren hat sich die therapeutische Landschaft tiefgreifend verändert: als Notfall-Medikation und nachrangige, im Ausnahmefall indizierte Behandlungsform eingeführt und gegen erhebliche Widerstände durchgesetzt, hat die Substitutionstherapie heute die abstinenzorientierten Behandlungsformen quantitativ weit überholt. In vielen Regionen ist sie inzwischen die erste im Gesundheitswesen angebotene und von den Patienten vorrangig gewählte Behandlungsoption bei Opiatabhängigkeit.

Problematisch ist dabei, dass die Frontstellung zwischen „Abstinenzorientierung“ und „Substitution“ die Behandlungssysteme und das Behandlungsverständnis von Patienten, Ärzten/Therapeuten und Leistungsträgern nach wie vor prägt: Psychotherapie und medizinische Rehabilitation stehen weitgehend unter der Voraussetzung bereits erreichter oder verbindlich angestrebter Suchtmittelabstinenz – Substitutionstherapie gilt demgegenüber als therapeutische Kontrollstrategie unter Aufrechterhaltung der Sucht, die mit Psychotherapie oder medizinischer Rehabilitation nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen vereinbar sei.

Diese faktische Spaltung der Behandlungssysteme wird einem Verständnis der Sucht als komplexer bio-psycho-sozialer Erkrankung nicht gerecht. Gerade aufgrund der inzwischen sehr weit fortgeschrittenen Erfahrungen mit der Opiatsubstitution und medikamentengestützten Behandlungen ist eine Integration von Psychotherapie, medizinischer Rehabilitation und substitutionsgestützten Verfahren das Gebot der Stunde.



In der Arbeitsgruppe wurden Praxiserfahrungen und Überlegungen zu einer Weiterentwicklung der Suchttherapie unter Verknüpfung von Substitution und den bisher im abstinenzorientierten Behandlungssystem entwickelten Angeboten vorgestellt. Gleichzeitig wurden Regelungen, Sichtweisen und „Ideologien“ benannt, die bei den Leistungsträgern, den Behandlern/Arztpraxen/Therapieeinrichtungen aber auch unter den Patienten die fachlich gebotene Weiterentwicklung derzeit blockieren.

## Psychotherapie unter der Substitution

Die ambulante Psychotherapie unter laufender stabiler Substitution ist nicht nur möglich, sondern bietet nachweislich auch eine positive Unterstützung in der Behandlung. Das Vorurteil gegenüber substituierten Betroffenen besteht darin, dass „unter Substitution keine aufdeckende Psychotherapie möglich sei“. Die langjährige Erfahrung mit substituierten Drogenabhängigen zeigt jedoch, dass dies sehr wohl möglich ist und erheblich zur Stabilisierung der Betroffenen, insbesondere bei vorhandener frühkindlicher Traumatisierung oder anderer starker emotionaler Belastungen, beiträgt. Leider gibt es zu wenig Psychotherapeuten, die sich dieser Aufgabe annehmen und somit ist es, selbst wenn von Seiten des substituierenden Arztes und des Patienten der Wunsch besteht, oft sehr schwierig, einen entsprechenden Platz zu finden.

- Hinweise aus der praktischen Arbeit

In Bonn nimmt eine niedergelassene psychologische Psychotherapeutin seit mehreren Jahren substituierte Patientinnen und Patienten zur Psychotherapie auch unter der Substitution auf. Zu den behandlungsbedürftigen Störungsbildern gehören u.a. posttraumatische Symptommatiken bzw. traumatische Belastungen in der Suchtgenese.

Aufgrund der inzwischen umfassenden Erfahrungen dieser Psychotherapeutin mit substituierten PatientInnen akzeptiert der Medizinische Dienst der Krankenkassen in der Regel die Kostenübernahme für die von ihr durchgeführten substitutionsunterstützten Psycho-

therapien. Die Therapeutin berichtet allerdings auch über Gutachter, die grundsätzlich die Substitution als Hindernis für die Kostenübernahme bei Psychotherapie betrachten. PsychotherapeutInnen, die bei den Gutachtern bisher nicht für Erfahrungen mit der Substitutionstherapie bekannt sind, treffen weiterhin auf Widerstände bei der Kostenbewilligung.

Psychotherapeutisch qualifizierte MitarbeiterInnen von Drogenberatungsstellen führen vielfach Psychotherapie als erfolgreiche Variante der psychosozialen Betreuung mit Substituierten durch. Dabei kommen verhaltenstherapeutische, humanistische, systemische und gesprächspsychotherapeutische Verfahren zur Anwendung.

Zunehmende Bedeutung gewinnt die Übertragung von Verfahren aus der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen in die substitutionsgestützte und abstinentenorientierte Suchtbehandlung. Da diese Praxis als psychosoziale Betreuung und Drogenberatung finanziert wird, hat sie bisher kaum Einfluss auf die Angebote niedergelassener PsychotherapeutInnen und wird auch im Diskurs der PsychotherapeutInnen kaum wahrgenommen.

Stationäre Psychotherapie für Substituierte wird in einigen Kliniken (Asklepios Klinik Göttingen, Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach) angeboten und trifft auf übergroße Nachfrage. Asklepios Göttingen hat durchschnittliche Wartezeiten von einem halben Jahr.

Weitere Erfahrungen mit psychotherapeutischen Verfahren unter der Substitution können aus der zögernd von den Rentenversicherungsträgern genehmigten „übergangsweise substitutionunterstützten „ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation abgerufen werden.

#### ► Maßnahmen

Therapeuten, die bereits psychotherapeutisch mit Substitutionspatienten arbeiten, müssen mehr Überzeugungsarbeit bei den noch nicht überzeugten KollegInnen (und ggf. Patienten) leisten. Dies

könnte geschehen über Erfolgsberichte/Modelle gelungener Therapien (via [www.akzept.org](http://www.akzept.org)). Beispiele dafür finden sich auch bei der Tagung der Therapeutenkammer Heidelberg 2005 (Dtsch Arztebl 2005; 102(11): A-721 / B-611 / C-569; <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=45927>).

Ebenfalls denkbar wäre die Einbindung von supervidierten Therapiestunden im Rahmen der Psychotherapieausbildung. Für die KollegInnen, die die Psychotherapie mit den Krankenkassen abrechnen und eventuell Probleme bzgl. der Verlängerungsanträge im jeweiligen Gutachterverfahren haben, bietet sich die Möglichkeit mit ausgewiesenen ExpertInnen Rücksprache zu halten, bzw. sie als Gutachter oder Obergutachter anzufragen (z.B. mit Herrn Prof. Dr. Iver Hand aus Hamburg).

### Medizinische Rehabilitation und Substitution

Die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, auf deren Grundlage die Finanzierung und Durchführung der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen geregelt ist, sieht die „übergangsweise“ Fortsetzung der Opiatsubstitution während der Rehabilitation vor, wenn aus (sozial-)medizinischen Gründen eine Entgiftung v o r Beginn der Maßnahme nicht indiziert ist und wenn im Verlauf der medizinischen Rehabilitation die Suchtmittelabstinenz durch Abdosieren des Substitutionsmittels vorgesehen und prognostisch auch möglich ist.

Voraussetzung für die Durchführung der übergangsweise substituitionsunterstützten medizinischen Rehabilitation ist die Anerkennung eines entsprechenden Konzeptes durch die Leistungsträger.

In der Praxis führt die substituitionsunterstützte medizinische Rehabilitation ein Schattendasein und stagniert in einem Ausnahmestatus. Eher restriktive Steuerungsentscheidungen der Leistungsträger, fehlende Anpassungen von Reha-Einrichtungen an die Spezifika und fachlichen Implikationen der Substitutionstherapie und oft unzu-

reichende Therapievorbereitung und Beratung durch Arztpraxen und Drogenberatungsstellen haben zur Folge, dass die substitutionsunterstützte medizinische Rehabilitation derzeit weit unter ihren Möglichkeiten bleibt.

### Steuerungsentscheidungen der Leistungsträger

Aufgrund fachlicher Bedenken (Abstinenzprinzip) wurde die Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen bei den unterschiedlichen Leistungsträgern in der Praxis voneinander sehr abweichend umgesetzt und teilweise regelrecht blockiert. Vereinzelt Aussagen aus den Rentenversicherungen zufolge sieht man die Notwendigkeit, einem „Missbrauch“ der medizinischen Rehabilitation zur Finanzierung von „psychosoziale Betreuung“ unter der Substitution vorzubeugen. Eine gemeinsame Vorgehensweise und Angleichung der Praxis ist seit 2009 Thema innerhalb der Rentenversicherung und dürfte zu einer Vereinheitlichung der Vorgehensweise führen.

Die Vorgabe, dass die Abstinenz nach ca. zwei Dritteln der Therapiezeit erreicht sein soll, setzt Patienten und Ärzte/Therapeuten der medizinischen Rehabilitation unter einen unangemessenen Druck und erhöht die Abbruchraten. Die Vorgaben zur Abstinenzreichung berücksichtigen nicht, dass nach jahrelanger Dauer der Opiatsubstitution auch die strukturierte und langsame Entgiftung von Methadon insbesondere im niedrig dosierten Bereich mit einer protrahierten körperlichen Entzugssymptomatik und vor allem mit deutlichem psychischen Stress verbunden ist. Die Patienten erleben die Vorgaben des Abdosierplanes als Enteignung einer eigenen Steuerungskompetenz im Abdosieren – und agieren nicht selten auch ihre Ambivalenz gegenüber der Abstinenzperspektive.

Fehlende Selbstwirksamkeitserwartung verbinden sich mit entzugsbedingten depressiven Krisen. Die therapeutisch sinnvolle und notwendige Auseinandersetzung mit Ambivalenz, Selbstwirksamkeit, Zuversicht und Bewältigungskompetenzen werden überlagert von externen Vorgaben, die dem Therapieprozess äußerlich und hinsicht-

lich des Rehabilitationsziels der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verzichtbar sind.

## Anpassungen der Rehabilitationseinrichtungen

Insbesondere die stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und ihre Mitarbeiter neigen bis heute zu einer Bewertung der Substitution als „Kompromissbildung“ zur Aufrechterhaltung der Sucht und der Ambivalenz in der Sucht. Nur ausnahmsweise findet eine qualifizierte Auseinandersetzung mit der Substitutionstherapie als medikamentengestützter Suchtbehandlung statt oder werden die Entwicklungen in der Substitutionstherapie in diesem Behandlungssektor zur Kenntnis genommen. Dass zahlreiche Beispiele und eine fast flächendeckende Praxis schlechter Substitution diese skeptischen Haltungen verstärken, ist keine Entschuldigung für fehlende Weiterentwicklung und Anpassung der medizinische Rehabilitation an einen best-practice-Standard der Substitutionstherapie.

Es gibt in Deutschland derzeit ca. 14 Reha-Einrichtungen (siehe [www.akzept.org/Substitution](http://www.akzept.org/Substitution)), die meist ein begrenztes Kontingent ihrer Behandlungsplätze (jeweils 6-10 Plätze) für Patienten unter Substitution geöffnet haben.

In der AG wurden Lernprozesse und erfolgreiche Beispiele für die substitutionsunterstützte Rehabilitation aus diesen Einrichtungen dargestellt. Als besondere Herausforderung wird dargestellt, dass die Therapieentscheidung bei den aus den Beratungsstellen und Arztpraxen in die stationäre Rehabilitation vermittelten Patienten die Therapieentscheidung häufig noch sehr instabil ist. Dies findet u.a. seinen Niederschlag in einer bei diesen Patienten besonders hohen Nichtantrittsquote oder auch mehrfach verschobenen Aufnahme-terminen oder unzureichender Beigebrauchsentgiftung bei der Aufnahme.

## Notwendige Lernprozesse und Haltungen in Arztpraxen und Drogenberatung

In der Arbeitsgruppe wurde auch deutlich, dass die vermittelnden Arztpraxen und auf Substitution spezialisierten Ambulanzen oder Beratungsdienste häufig wenig Kenntnis über die Eingangsbedingungen und Behandlungskonzepte der medizinischen Rehabilitation (= „Langzeittherapie“) haben. Medizinische Rehabilitation wird dann sowohl auf Seiten der Ärzte und Berater als auch der Patienten als „last exit“ und stationäre „Auffanghilfe“ und Krisenintervention gesehen, zum Beispiel nachdem eine Substitutionstherapie an langjährigem, nicht kontrollierbarem Beigebrauch gescheitert ist.

Ironischerweise wird hier die stationäre Rehabilitation unter die gleichen Indikationen gestellt, die ursprünglich einmal für die Aufnahme zur Substitution galten.

### ► Maßnahmen

Sowohl für die medizinische Rehabilitation als auch für die Psychotherapie muss die vorhandene Sektorisierung nach Substitution und Abstinenzorientierung überwunden werden. Die Systeme sollten nicht im Gegensatz ‚Abstinenz vs. Substitution‘ verharren, sondern in einen konstruktiven Dialog zum Wohle der Patienten treten (Flexibilisierung, Austausch von Sachinformationen, Erfolgsmeldungen, Vernetzung).

Die Medizinische Rehabilitation sollte im Hilfesystem (und bei den Patienten) konsequent als abstinenzorientiertes oder substitutionsunterstütztes Angebot zur Befähigung und Kompetenzerweiterung zur beruflichen und sozialen Integration und gesellschaftlichen Teilhabe verstanden und praktiziert werden.

Entsprechend gehören die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Substitutionstherapie und umgekehrt die Integration der substitutionsgestützten Behandlungen in das System der medizinischen Rehabilitation dringend auf die Tagesordnung.

Der Informationsstand des Personals von Suchtambulanzen in Bezug auf Rehabilitation muss dringend verbessert werden.

Auf Seiten der Kostenträger sind die Zugänge Substituierter zur medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie zu erleichtern und zu fördern und flexible Übergänge zwischen den verschiedenen Maßnahmen zu entwickeln.

## Fachtagung 2011

Um die angestrebte Entwicklung voranzutreiben wird für 2011 ein von akzept e.V. und anderen Fachverbänden gemeinsam getragene Fachkonferenz zum Thema „Psychotherapie, medizinische Rehabilitation und Substitutionstherapie“ mit Experten aller drei Sektoren angeregt. Ein zentraler Programmpunkt sollte dabei eine Übersicht über die „best practice“ sein.

Es sollten sowohl inhaltliche als auch organisatorisch-finanzielle und rechtliche Probleme und ihre Lösungsperspektiven thematisiert werden.

Exemplarischen Beispiele zu verschiedenen Szenarien könnten bereits im Voraus als Nachschlagewerk in einer „best practice“ Sektion auf der Webseite von akzept hinterlegt werden.

Zusätzlich wünschbar wäre eine Adressenliste von Anbietern ambulanter Psychotherapie und ambulanter und stationärer medizinischer Rehabilitation unter Substitution.

## 4. Rahmenbedingungen und Anforderungen an die PSB

In Deutschland wird diskutiert, ob die PSB als frei wählbare Zusatzleistung oder wie bisher als integraler und damit verpflichtender Bestandteil der medizinischen Behandlung angeboten werden sollte. Die gültige Regelung, die die verpflichtende Teilnahme (bzw. Bedarfsklärung durch die PSB-Stellen) an der PSB als Grundlage jeder Substitutionsbehandlung definiert, wird in dieser Form ansonsten nur noch in Norwegen und Schweden angeboten. Die gängige Praxis ist, dass nur in Not- oder Ausnahmefällen ohne PSB eine Substitution in Anspruch genommen werden kann. Die neuen BÄK-RL<sup>9</sup> sehen dies auch ausdrücklich vor, um die medizinische Behandlung direkt beginnen zu können. Tatsächlich kann die PSB unter den gegebenen rechtlichen Voraussetzungen auch als Leistung eingeklagt werden.

Durch die Verpflichtung zur PSB ohne einheitliche Definition der Inhalte haben sich über die Jahre schwer überschaubare Angebote etabliert. Eine wissenschaftliche Untersuchung über die Akzeptanz und Qualität dieser Angebote hat bislang nicht stattgefunden (bis auf eine Ausnahme, wo eine Patienten-Zufriedenheitsuntersuchung – vom Träger des Angebotes – durchgeführt wurde<sup>10</sup>). Dies ist umso erstaunlicher, als in Deutschland die kombinierte Behandlung als Standard gesetzt wird. Es bestehen vor allem keine Untersuchungen über den besonderen Wert der in Deutschland vorgegebenen Verschränkung von medizinischer und psycho-sozialer Behandlung.

Zur Zeit besteht eine Arbeitsgruppe unter der Leitung der DHS, die an einem Konsenspapier zur Bedeutung und Stellenwert der PSB in der Substitutionsbehandlung arbeitet. Beteiligt an dieser AG sind Vertreter der wichtigsten Dach- und Fachverbände – eine von allen Seiten anerkannte Endversion konnte allerdings noch nicht erstellt werden.

---

<sup>9</sup> <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1504.1575.8070>

<sup>10</sup> <http://www.vistaberlin.de/>



Die AG übte vor allem Kritik an folgenden Punkten:

- In einigen Regionen werden häufig keine Substitutionstherapien begonnen, wenn keine PSB verfügbar ist. Der Patient wird also gar nicht statt zumindest mit einem anerkannten Therapieverfahren behandelt.
- Der „Zwangscharakter“ der PSB und ihre hohe ökonomische Bedeutung für die Träger erlauben keine offene, die Patienten einbeziehende Diskussion darüber, ob die PSB individuell von Nutzen sein könnte und wie die Angebote verändert und auf die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen PatientInnen abgestimmt werden müssten. Deutlich wurde, dass die Mehrzahl der AG-TeilnehmerInnen seitens der Patienten einen großen Bedarf an Arbeits-/Ausbildungs-Qualifikationsmaßnahmen und Tagesstruktur sahen, der bislang von den Anbietern nur unzureichend erfüllt wird. Insbesondere die unterschiedliche Intensität des Bedarfs der Patienten nach Unterstützung während ihrer Behandlungszeit wird nur beschränkt aufgegriffen bzw. oft nur pauschal beantwortet.
- Die Angst der Träger vor der „Freiwilligkeit der PSB“ wurde diskutiert (insbesondere die ökonomische Angst, durch Freiwilligkeit kommunale Finanzierungen zu verlieren). Es wurde aber auch betont, dass mit einer offensiveren Darstellung des Wertes und der Bedeutung der psycho-sozialen Arbeit in der Suchthilfe und ihres Anteils an einer gelingenden Suchtbehandlung sich Kommunen nicht einfach entziehen und einen jahrelang gepflegten Konsens verlassen könnten.
- Es gab auch Stimmen, die der PSB in dieser Form jegliche Legitimation entzogen, weil die Zwangsverkopplung nicht mit ihrem ressourcenorientierten, auf Mündigkeit abzielenden Menschen- und Therapiebild übereinstimmt, das die Grundlage einer akzeptierenden Haltung in der Suchtkrankenhilfe darstellt.

- Es gibt Beispiele guter Praxis, die bislang zu wenig kommuniziert wurden<sup>11</sup>.
- Die PSB wird von einigen Trägern zur Finanzierung anderer Angebote genutzt (weil dafür Mittel gekürzt wurden). Die Angebote zur PSB werden dann als „Sammeltermine“ gestaltet, wo sich Patienten ihren „PSB-Stempel“ abholen. Dies sind Auswüchse einer „Zwangsbeglückung“, die den Auftrag PSB diskreditieren.

Es bestand Einigkeit darüber, dass „Betroffene zu Beteiligten“ gemacht werden sollten („Patientensprecher“ in Schwerpunktpraxen, um in Konflikten zu vermitteln, Interessen der Patienten zu unterstützen etc.). Nicht nur auf der fachlichen, sondern auch auf der politischen Ebene sollten Betroffene stärker an der Planung und Durchführung der für sie wichtigen Behandlung eingebunden werden.

Die Forderung, die obligate Verknüpfung von Substitution und PSB aufzuheben, um gegen bestehende Missstände vorzugehen, wurde von einem Teil der Anwesenden nicht unterstützt, da befürchtet wurde, dass dies von kommunaler Seite als Freibrief genutzt werden könnte, um in Zeiten leerer Haushaltskassen die Finanzierung solcher Maßnahmen gänzlich zu streichen. Dem stünde, nach Ansicht der so Argumentierenden, auch nicht entgegen, dass die Neupositionierung das simultane Angebot von Substitution und PSB in den meisten Fällen als die Therapieform mit den besten Erfolgsaussichten beschreibt. Aus dem gleichen Grund wurde es von einigen Anwesenden abgelehnt, mehr Öffentlichkeit für die zum Teil mangelhafte Qualität der vorhandenen PSB-Angebote zu schaffen.

Die Plenumsdiskussion des Expertentreffens zur „Freiwilligkeit der PSB-Inanspruchnahme“ blieb kontrovers. Konsens bestand darüber,

---

<sup>11</sup> (Gerlach, R., Stöver, H. (Hrsg.; 2009): Psycho-soziale Betreuung: Zur Praxis und Bedeutung psycho-sozialer Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus)

dass es sich bei der Suchterkrankung um eine multi-dimensionale Erkrankung handelt, die immer als bio-psycho-soziales Modell verstanden werden sollte und dementsprechend auch mittels eines integrativen Behandlungskonzepts therapiert werden sollte.

#### ► Maßnahmen

Insgesamt muss die PSB flexibler eingesetzt werden. So bestand Konsens darüber, dass der Bedarf an PSB in unterschiedlichen Behandlungsphasen in unterschiedlichen Stadien der Sucht differenziert zu bewerten ist. Dies gilt sowohl für die inhaltlichen Schwerpunkte, die gesetzt werden, als auch für den Umfang der angebotenen Maßnahmen. Da es sich bei der Substitutionsbehandlung in vielen Fällen um eine langjährige, wenn nicht sogar lebenslange Therapieform handelt, sind auch die PSB-Angebote vor diesem Hintergrund zu bewerten. Diesem Umstand sollte in Zukunft mehr Rechnung getragen werden.

Die Entkopplung von PSB und Substitution sollte in begründeten Ausnahmefällen immer möglich sein, so z. B. wenn der Therapeut die aktuell fehlende Notwendigkeit einer PSB bescheinigen kann oder vorübergehend ein fehlendes Angebot an PSB dokumentiert wird.

Bei der Planung von PSB-Maßnahmen sollten durch Patientenvertreter Betroffene zu Beteiligten gemacht werden, so z.B. um die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Um in der PSB qualitätssteigernd wieder mehr Regulation durch Angebot und Nachfrage zu verwirklichen, könnten Patienten in Zukunft auch verstärkt selbst Wünsche bezüglich der von ihnen wahrgenommenen Maßnahmen äußern. Allgemeine Infoveranstaltungen würden dazu die inhaltliche Basis legen. Verbesserte Patienteninformation und Transparenz zu Leistungen der PSB sind nötig.

Gefordert wurde, und dies war das dringlichste Anliegen, eine allgemein gültige Definition der PSB sowie der Erwerb eines daran orientierten Fachkundenachweises durch die Anbieter der PSB zur Qualitätssicherung. Damit sollte schnellstmöglich das Qualitätsgefälle zwischen verschiedenen Angeboten entschärft werden.



## Fazit

Die in dieser Broschüre vorgestellten Ergebnisse des ExpertInnen Treffens am 02. Juni 2010 in Berlin „Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger“ zeigen deutlich, dass es noch weiterer erheblicher Anstrengungen bedarf, die Kontinuität und Qualität der Substitutionsbehandlung zu gewährleisten.

Der Übertritt von Patienten in andere Lebens-/Aufenthaltsbereiche markiert immer eine Schnittstelle, die besonders anfällig für Behandlungsabbrüche/-unterbrüche/-veränderungen ist, und damit ein zusätzliches Risiko für die gesundheitliche und letztlich auch soziale Stabilität ohnehin bereits vulnerabler Patienten birgt. Die Schnittstellen markieren auch unterschiedliche z.T. gegensätzliche Haltungen und Bewertungen bezüglich der Substitutionsbehandlung: Abwehr, Misstrauen, Unsicherheit, persönlicher – nicht immer fachlich fundierter – Ehrgeiz, Ehrgeiz in Richtung Abstinenz etc.

Das heißt letztlich: Wir haben noch nicht in allen settings einen fachlich/regional/angebotsübergreifenden Konsens über den Wert der Substitutionsbehandlung herstellen können. Dies ist aber nötig für eine notwendigerweise interdisziplinäre und multiprofessionelle und sozial-medizisch zu begreifende Behandlungsform wie der Substitution.

## TEILNEHMERINNEN

**Priv.-Doz. Dr. med. Markus Backmund**

Praxiszentrum im Tal (pit), München  
Stellv. Vorsitzender DGS e.V.

[Markus.Backmund@p-i-t.info](mailto:Markus.Backmund@p-i-t.info)

**Dr. Klaus Behrendt**

Chefarzt IV. Fachabteilung Abhängigkeitserkrankungen,  
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Hamburg  
DGS Vorstand

[k.behrendt@asklepios.com](mailto:k.behrendt@asklepios.com)

**Andreas von Blanc**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin / Qualitätssicherung

[Andreas.vonBlanc@kvberlin.de](mailto:Andreas.vonBlanc@kvberlin.de)

**Kerstin Dettmer**

Ärztin, Fixpunkt e.V. Berlin

[k.dettmer@fixpunkt.org](mailto:k.dettmer@fixpunkt.org)

**Christiane Fahrbacher – Lutz**

Ludwigs-Apotheke Augsburg

[ludwigs.apotheke.augsburg@t-online.de](mailto:ludwigs.apotheke.augsburg@t-online.de)

**Werner Heinz**

Leiter Suchthilfezentrum Bleichstraße, Frankfurt am Main

[werner.heinz@gmx.de](mailto:werner.heinz@gmx.de)

**Inge Hönekopp**

Methadonschwerpunktpraxis Mannheim

Suchtbeauftragte KV Nordbaden

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bezirksdir.Karlsruhe

[Inge.Hoenekopp@kvbawue.de](mailto:Inge.Hoenekopp@kvbawue.de)

**Chaim Jellinek**

FA für Allgemeinmedizin

Schwerpunkt HIV/Hepatitis Suchtmedizin, aid neukoelln, Berlin

[c.jellinek@aid-neukoelln.de](mailto:c.jellinek@aid-neukoelln.de)

**Marco Jesse**

Vision e.V., JES Netzwerk, Köln  
[marco.jesse@vision-ev.de](mailto:marco.jesse@vision-ev.de)

**Bärbel Knorr**

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Referat: Drogen & Menschen in Haft,  
Berlin  
[baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de](mailto:baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de)

**Dr.med. Joachim Köhler**

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin,  
Deutsche Rentenversicherung Bund Ref. 0441  
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften,  
Berlin  
[drmed.joachim.koehler@drv-bund.de](mailto:drmed.joachim.koehler@drv-bund.de)

**Urs Koethner**

Fachbereichsleiter für niedrigschwellige Angebote des Vereins  
Krisenhilfe e.V. Bochum  
[u.koethner@krisenhilfe-bochum.de](mailto:u.koethner@krisenhilfe-bochum.de)

**Angelika Koshal**

Praxis für Psychotherapie, Bonn  
[angelika.koshal@t-online.de](mailto:angelika.koshal@t-online.de)

**Dr. med. Thomas Kuhlmann**

Chefarzt Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Fachverband Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.  
c/o Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
[thkuhlmann@psk-bg.de](mailto:thkuhlmann@psk-bg.de)

**Dr. med. Dirk Lichterman**

Substituierender Arzt, Bonn  
[lichtermann@cafe-ersatz.de](mailto:lichtermann@cafe-ersatz.de)

**Thieß Matthießen**

Arzt f. Psychiatrie und Neurologie; Leiter Forensische Ambulanz  
Niedersächs.Landeskrankenhaus Moringen  
[thiess.matthiessen@nlkh-moringen.niedersachsen.de](mailto:thiess.matthiessen@nlkh-moringen.niedersachsen.de)



**Dr. Margit Müller**

Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie

Niedersächs.Landeskrankenhaus Moringen

[margit.mueller@nlkh-moringen.niedersachsen.de](mailto:margit.mueller@nlkh-moringen.niedersachsen.de)

**Dr.Thomas Poehlke**

stellv. Vorsitzender der Beratungskommission „Sucht und Drogen“ der  
ÄKWL, Münster

[praxis.poehlke@web.de](mailto:praxis.poehlke@web.de)

**Barbara Schickentanz**

Stv. Ltd. Psychologin der Kliniken Wied, Fachverband Sucht e.V.

Kliniken Wied, Mühlental

[barbara.schickentanz@kliniken-wied.de](mailto:barbara.schickentanz@kliniken-wied.de),

**Prof.Dr. Heino Stöver**

Fachhochschule Frankfurt/Main, FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit  
Frankfurt/Main

[hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de)

**Dr. Rainer Ullmann**

Substituierender Arzt Hamburg

[r.ullmann@gmx.de](mailto:r.ullmann@gmx.de)

## ANHANG

### Drogenkranke im Akutkrankenhaus Kurze Behandlungsempfehlungen

#### Drogenentzugs-/Substitutionsbehandlung

Abruptes Absetzen eines Opiates oder Opioides bzw. Substitutionsmittels ist kontraindiziert.

Patient wird bei abruptem Absetzen, auch von Heroin, nicht behandelbar sein. ("Compliance"). Differentialdiagnostische Abklärung von Schmerzzuständen ohnehin problematisch. Bei einer erforderlichen stationären (und wohl auch ambulanten Behandlung) ist ein gleichzeitiger Heroinentzug kaum zuzumuten. Das ist auch in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erwähnt.

Substitution ist für diese Fälle als Indikation anerkannt.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substanzgestützten Behandlung schreiben vor:

„Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicher-zustellen“.

Bezüglich der Meldepflicht (§ 5a Abs. 2 BtMVV) und vorausgesetzter Qualifikation (§ 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV): s. Erläuterungen des BfArM (Anlage).

Substituierender Arzt kann als „Konsiliarus“ nach § 5 Abs. 3 BtMVV auch für den Klinikarzt tätig sein.

#### 1. Heroinabhängigkeit:

##### **Ambulante Patienten:**

Keine Wunschdosierung Methadon / Subutex® geben !

An das Hilfesystem verweisen (Beratungsstelle)

### **Stationäre Patienten:**

Zunächst Drogenscreening, Opiatabhängigkeit klinisch nachweisen. Auch bei angeblich nicht Substituierten auf Methadon testen. Buprenorphin zeigt keine Kreuzreaktion auf Opiate!

Empfehlung: Substitution anbieten. Es gibt Heroinabhängige, welche vorher nicht in eine Substitutionsbehandlung wollten, aber im Rahmen des stationären Aufenthaltes die Hilfe gerne in Anspruch nehmen. Meistens motiviert sie das, es dann auch "draußen" mit der Substitution zu versuchen. Adresse von Beratungsstelle geben. Hinzuziehen des "Psychiatrisch – Psychosomatischen Konsiliardienst". Kliniksozialdienst kann von der Station verständigt werden, um auf Wunsch eine lückenlose Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung rechtzeitig zu organisieren. In der Regel übernimmt die Methadonschwerpunktpraxis stationäre Patienten nahtlos, unabhängig von der Warteliste, sozusagen "notfallmäßig". Rechtzeitiger Anruf von Stationsärztin/-arzt erforderlich. Patient muß natürlich Praxisregeln und Behandlungsvertrag akzeptieren. Er kann sich auch einen anderen Kollegen suchen.

Zur Substitution zugelassen sind DL- Methadon, (Standard ist die 1% Lösung, aber auch als Fertigarzneimittel Methaddict® (Tablette), L-Methadon (Polamidon®), Buprenorphin (Cras®, Subutex®), Codein (letzteres nur in begründeten Ausnahmefällen, verschiedene Zubereitungsformen und Fertigarzneimittel).

Bei Methadonnegativen Schwangeren empfohlen: geringeres bis kein NAS (Neugeborenen Entzugssyndrom)! Buprenorphin: Cave Narkose ! Rezeptoren sind besetzt! Aufgrund der Rezeptorkinetik postoperative Schmerzbehandlung mit anderen Opiaten/Opioiden quasi unmöglich. Vor geplanten operativen Eingriffen daher eher kontraindiziert.

Ersteinstellung eines Opiatabhängigen, Dosierung: s. u.

### **Grundsätzlich:**

Die Einnahme sämtlicher Substitute hat außer in an dieser Stelle nicht relevanten Ausnahmefällen **fremdkontrolliert** zu erfolgen, d.h. **unter Sicht!** Das ist nicht nur sinnvoll, sondern auch gesetzlich vorgeschrieben.

Bei reiner Opiatabhängigkeit keine Benzodiazepine zusätzlich geben!

## 2. Bestehende Methadonsubstitution:

### **Ambulante Patienten:**

Konsequent: auch mit Behandlungsausweis: nichts geben, Verweis auf lange Halbwertszeit, Verweis auf behandelnde Substitutionsstelle, die auch am Wochenende ausgibt. Falls durch Wartezeit in der Ambulanz Vergabezeit nicht eingehalten werden kann, soll Patient/in rechtzeitig Substitutionsstelle telefonisch informieren.

### **Stationäre substituierte Patienten:**

Fortführung wie ambulant. Medikamentenanamnese (Nachfragen der Dosierung bei Substitutionsstelle durch Station).

Falls Substitutionsstelle kurzfristig nicht erreicht werden kann: zunächst feststellen, ob überhaupt Methadon im Urin des Patienten vorhanden ist (Schnelltest) und dann wie Ersteinstellung (siehe Seite 4) behandeln, bis Substitutionsstelle erreichbar. Methadonausweis mit Personalausweis abgleichen. Ausweis kann aber schon ungültig sein oder die aktuelle Dosierung ist nicht eingetragen. Die meisten Kollegen stellen leider ohnehin keine Ausweise aus.

Bei "grauer" Substitution und Eigenverfügbarkeit des Substitutes stimmen Angaben der Kollegen mit denen der Patienten oft nicht überein, da ein guter Teil auf den Schwarzmarkt abfließt. Wie Ersteinstellung behandeln, da tatsächliche Toleranz nicht sicher eruiert.

Falls Austausch Methadon-Racemat durch Levo-Methadon (L-Polamidon®) erfolgen muß: Cave Umrechnung!

**1 ml Methadon HCL 1% Lösung = 10 mg DL-Methadon (davon sind 5 mg wirksame Substanz.)**

**1 ml L-Polamidon = 5mg L-Methadon**

**Faustregel: 1 ml DL-Methadon entsprechen 1 ml L-Polamidon**

Lange Halbwertszeit (24 - 48 h) - einmal tägliche Gabe reicht in der Regel nach der Einstellungsphase aus.

## 2. Bestehende Buprenorphinsubstitution:

### **Ambulante Patienten:**

Keine Wunschmedikation geben, auf behandelnden Arzt verweisen!

### **Stationäre Patienten:**

Dosierung fortführen. Umstellung auf Methadon kurzfristig nicht nötig/möglich und sinnlos. Falls Subutex® noch nicht verfügbar, notfalls Temgesic® (0,4 mg) verwenden. Am Folgetag sollte Subutex® (0,4mg, 2 mg, 8 mg) vorhanden sein.

## 3. Bestehende Codeinsubstitution:

Zahlreiche opiatabhängige PatientInnen erhalten von niedergelassenen Kollegen noch Codein als Substitutionsmedikament. In Mannheim nur noch im Rahmen einer "grauen" Substitution.

### **Ambulante Patienten:**

Keine Wunschmedikation geben, auf behandelnden Arzt verweisen!

### **Stationäre in Substitution befindliche Patienten:**

Medikamentenanamnese (Nachfragen der Dosierung bei Substitutionsstelle durch Station!)

Fortführung wie ambulant oder Umstellung auf Methadon.

Dabei gilt zu beachten: tatsächliche Toleranz ist nicht sicher, da eigenkontrollierte Einnahme. In Mannheim fließt ein großer Teil des verordneten Codeins auf den Schwarzmarkt ab. Toleranz des Patienten so in der Regel nicht bekannt. Titrieren. Umstellung auf Buprenorphin nur nach längerer Latenzzeit möglich, ansonsten heftigster Entzug. Gehört in erfahrene Hände.

Umstellung auf Methadon: gut möglich. Dabei gilt zu beachten:

Die in der Literatur kursierenden Umrechnungstabellen Codein /Methadon sind Makulatur, da 1.tatsächliche Dosierung fast nie bekannt ist und es 2. zum Teil unterschiedliche Stoffwechselwege gibt. (es gibt sog. Codein Nonresponder, wenn diese dann in Unkenntnis der Sachlage auf einer hohen Dosis sind und nach Umrechnungstabelle Methadon erhalten, kann das zu einer Überdosierung = Atemdepression führen).

Behandeln wie Ersteinstellung.

#### 4. Allgemeine Anmerkungen:

Rückfälle sind Normalfälle und müssen nicht zwangsläufig zu einem Behandlungsabbruch führen. Bei dringender somatischer Behandlungsbedürftigkeit steht diese (sicher in gewissen Grenzen) zunächst im Vordergrund. ("Güterabwägung").

Bei Unmöglichkeit der oralen Zufuhr (z.B. perioperativ) von Methadon: L - Polamidon ist als i.v. Zubereitung verfügbar. Es können auch Morphine verwendet werden.

#### 5. Dosierungen, Ersteinstellungen / Umstellungen

##### **Ersteinstellung Methadon (stationär)**

Indikationsstellung.

Nachweis der Opiatabhängigkeit durch Urinkontrolle und beginnende Entzugssymptomatik.

Bei der ersten Gabe sollte PatientIn relativ „nüchtern“ erscheinen.

Zwei Kontakte am ersten Tag :

1. Dosis sollte 2,0ml nicht überschreiten.

Kontrolle einige Stunden später, 2. Dosis 2,0ml

2. Tag: in der Regel Gesamtdosis des Vortages; evtl. max. 1,0ml mehr, bei bestehender Entzugssymptomatik.

Falls erforderlich: max. 1,0ml täglich Dosis steigern. Stationär kann durch die mehrmals tägliche Gabe von Teildosen schneller aufgesättigt werden, da bessere klinische Kontrolle möglich, dennoch: cave Kumulation.

Abendliche Gabe größerer Dosen (nächtliches Anfluten hat zu Todesfällen geführt) kontraindiziert.

Die Substitution verläuft stabiler, wenn PatientIn keinen Opiathunger mehr verspürt. Mit Sättigung ist nicht „Breitsein“ gemeint.

PatientInnen verspüren diesen Unterschied in der Regel genau.

##### **Ersteinstellung auf Buprenorphin:**

Erste Gabe (mind. 4mg) idealerweise bei Auftreten der ersten Entzugserscheinungen, letzter Heroinkonsum sollte zumindest 24 Stunden zurück liegen.

Unbedingt darauf achten, dass Patient die Tablette unter der Zunge zergehen lässt und nicht schluckt.

Beobachtungszeit nach Erstgabe: 3 Stunden.

Reicht Anfangsdosis nicht aus, empfiehlt sich eine zügige Aufdosierung mit Steigerung in 2-4mg Schritten. Gefahr der Kumulation und gefährlichen Überdosierung kaum vorhanden.

#### 6. Umstellung von Methadon auf Buprenorphin:

Bei niedriger Dosis (bis 30mg/die):

Erste Gabe (mind. 4mg) 24 bis 48 Stunden nach letzter Methadongabe, idealerweise ist Patient bereits entzügig.

Unbedingt darauf achten, dass Patient die Tablette unter der Zunge zergehen lässt und nicht schluckt.

Beobachtungszeit nach Erstgabe: 3 Stunden.

Reicht Anfangsdosis nicht aus, empfiehlt sich eine zügige Aufdosierung mit Steigerung von 2-4mg nach 3-4 Stunden und dann weitere Auftitration in den nächsten Tagen, bis eine stabile Erhaltungsdosis erreicht ist.

Für Rückfragen stehen wir zur Verfügung.

Inge Hönekopp, leitende Ärztin der Methadonschwerpunktpraxis  
Mannheim; Suchtbeauftragte der KV BAWÜ

## DANK

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik dankt der Fa. RB Pharmaceuticals für die bedingungslose Unterstützung dieser Konferenz und Purple Hat Communications Ltd für die Vermittlung.



## IMPRESSUM

*Protokoll und Beiträge*

Dr. med. Daniela von Eickels, Werner Heinz und weitere  
TeilnehmerInnen

*Redaktion*

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

*Umschlagfoto*

Michael Haberkorn

*Gestaltung, Satz und Umschlag*

Christine Kluge Haberkorn

*Druck*

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

*Bestellungen*

akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org,  
www.akzept.org, www.gesundinhaft.eu

Alle Rechte bei den Autoren bzw. akzept

Berlin, Oktober 2010