

# Dokumentation

## Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting

**Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin**



# Dokumentation

## Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting

**Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin**

**Veranstalter:** akzept e.V. in Kooperation mit der  
Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und dem  
Berufsverband Deutscher Psychiater / Deutscher Nervenärzte.



**akzept e.V.**  
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik



**BVDP**

Berufsverband  
Deutscher Psychiater

**Gefördert** durch das  
Bundesministerium für Gesundheit



Bundesministerium  
für Gesundheit



---

# INHALT

<b>Vorwort</b>	
<i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	05
<b>Einleitung / Begrüssung</b>	07
<b>Vorträge</b>	
Der aktuelle Wissensstand zur Psychotherapie bei Substituierten <i>Prof. Dr. Norbert Scherbaum</i>	13
Medizinische Rehabilitation unter Substitution <i>Dr. Elke Sylvester</i>	25
Psychotherapie und Substitutionsbehandlung <i>Dr. Christel Lüdecke</i>	32
Medizinische Rehabilitation mit Substituierten – innovative Modelle - Sicht der Kostenträger <i>Georg Wiegand</i>	43
<b>Arbeitsgruppen</b>	
AG 1 Ambulante medizinische Rehabilitation mit Substituierten <i>Dr. Joachim Köhler</i>	52
<i>Werner Heinz</i>	56
AG 2 Stationäre medizinische Rehabilitation mit Substituierten <i>Dr. Thomas Kuhlmann, Georg Wiegand</i>	67
AG 3 Psychotherapie mit Substituierten <i>Andreas von Blanc</i>	77
<i>Angelika Koshal</i>	80
<i>Dr. Greif Sander</i>	

---

AG 4 Beispiele Guter Praxis in den Nachbarländern Österreich und Schweiz <i>Mag. Regina Agostini, Wien</i> <i>Nicolas Dietrich, Zürich</i>	<b>93</b>
<b>Anhang</b>	
I Eine Versorgungsskizze aus Baden-Württemberg <i>Karl Lesehr</i>	<b>109</b>
II Verlaufstypen der Opiatsubstitution: Ihre Bedeutung für substitutionsunterstützte Psychotherapie und medizinische Rehabilitation <i>Werner Heinz</i>	<b>116</b>
III Verzeichnis der Einrichtungen, die von der DRV Bund für die ambulante Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger anerkannt sind	<b>133</b>
IV AutorInnen, ReferentInnen, ModeratorInnen	<b>137</b>
V Veranstalter, Programmkomitee	<b>141</b>
<b>Impressum und Dank</b>	<b>143</b>

---

## VORWORT

Die Suchtkrankenbehandlung und insbesondere die Behandlung Opiodabhängiger und/oder Mehrfachabhängiger hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Veränderungen erlebt. Von den Release-Gruppen in den 70er Jahren, den therapeutischen Klein- und Großeinrichtungen, sei es auf Selbsthilfebasis oder mit therapeutisch-professionell geschultem Personal („Therapiekette“), über den Aufbau des Systems der medizinischen Rehabilitation zur Wiedereingliederung, und schließlich zur medikamentengestützten Behandlung – selbst mit dem Originalstoff. Die Auseinandersetzungen in diesen Entwicklungen verliefen kontrovers, emotional, ‚glaubenskriegsartig‘. Dies hat zu einer Versäulung und Sektorisierung der Angebotsformen beigetragen: hier die medikamentengestützte (Dauer-)Behandlung mit oder ohne psycho-sozialen ggf. psychotherapeutischen Unterstützungen, dort die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen abstinenzorientiert und ohne Medikamentenunterstützung. Eine gemeinsame Schnittmenge wurde in der Regel nicht gesehen – eine duale Strategie nur von wenigen Kliniken verfolgt.

Heute merken wir, dass die Behandlungssysteme an ihre Grenzen stoßen und stärker ihre gemeinsame Schnittmenge ausleuchten müssen. Die Substitutionsbehandlung bietet wenige Möglichkeiten grundsätzlich an der Suchtüberwindung zu arbeiten; Behandlungsangebote und –settings fehlen für die oft vielfachen Morbiditätsbelastungen. Die medizinische Rehabilitation wiederum fordert als Eingangsvoraussetzung Abstinenz (auch von Substitutionsmitteln), was letztlich viele Drogenabhängige von diesem Therapieangeboten ausschließt.

Beide grundsätzlichen Behandlungsansätze müssten zum Wohle der Patienten in Zukunft stärker miteinander verschränkt werden. Die Notwendigkeit der Verschränkung besteht grob gesagt darin, dass einerseits die Substitutionsbehandlung qualitativ um therapeutische Angebote erweitert werden muss, um Prozesse profes-

---

sioneller Suchtbehandlung anzustoßen, um nicht zur Behandlungssackgasse zu werden, und dass andererseits psychotherapeutische Angebote in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker und Psychotherapie im ambulanten Setting Patienten in Substitutionsbehandlung nicht von einer professionellen Suchttherapie ausschließen sollten.

Dies könnte die Suchtkrankenbehandlung wesentlich dynamisieren, ihre Versäulung überwinden und ihre Qualität stark verbessern.

Mit dieser von akzept e.V. angestoßenen Fachtagung wollen wir alle Akteure (Kosten- und Leistungsträger, PraktikerInnen, WissenschaftlerInnen) zusammenbringen, um die bestehenden Erfahrungen zu präsentieren und Wege der künftigen besseren Zusammenarbeit auszuleuchten.

Berlin, 2.12.11  
Prof. Dr. Heino Stöver

---

## **„Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting“** (Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit)

Heino Stöver

In allen Bereichen der psychosozialen Versorgung und des Gesundheitssystems ist es eine Selbstverständlichkeit, medikamentengestützte Behandlungen, psycho-soziale Unterstützungen und Psychotherapien sinnvoll und entsprechend indiziert zu kombinieren. Im Rahmen der Suchtkrankenhilfe ist dies nicht, oder besser gesagt, noch nicht so: Die beiden hauptsächlichen Ansätze zur Behandlung von Opiatabhängigkeit – hier medizinische Rehabilitation mit Abstinenzorientierung, dort Opiatsubstitutionstherapie (OST) (mit oder ohne psycho-soziale Betreuung) – existierten lange Zeit nebeneinander, isoliert voneinander, sie entwickelten sich nicht nur weitgehend unabhängig voneinander, sondern waren durch einen tiefgreifenden Antagonismus charakterisiert. Unvorstellbar, dass sie einmal zusammenkommen sollten.

Umso erstaunlicher, dass wir heute endlich zusammengekommen sind, um eine gedankliche Verschränkung dieser beiden Systeme vorzunehmen. Insofern stellt dies einen wirklichen Neu-start dar, der die Suchtkrankenbehandlung wesentlich dynamisieren, ihre Versäulung und Sektorisierung überwinden und ihre Qualität stark verbessern könnte<sup>1</sup>.

Obwohl eine Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit dieser Methodenkombination mittlerweile durch Studien und langjährige Praxiserfahrungen belegt ist (hier v.a. aus der Schweiz und aus Österreich), werden immer noch grundsätzlich-therapeutische, rechtliche, administrative oder technische Vorbehalte genannt, die eine Nutzung dieser Ressourcen verhindern.

---

<sup>1</sup> Apropos Qualität in der OST: akzept bietet Zertifikatskurs „Fachkunde Psychosoziale Betreuung Substituierter“ in Zusammenarbeit mit der Deutschen Aids-Hilfe, dem Iwl und vista/verein für soziale und therapeutische Arbeit (Berlin) an. Im Frühjahr 2013 beginnt der dritte Durchgang ([www.akzept.org](http://www.akzept.org)).

---

Auf dem von akzept organisierten Expertentreffen »Substitutionsbehandlung 2009 - Zwischenergebnisse und Zukunftsperspektiven« am 2.12.2009 in Berlin wurde der Bedarf geäußert, die Möglichkeiten einer Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung für Substituierte im ambulanten und stationären Bereich (medizinische Rehabilitation) in einer eigenen Veranstaltung intensiv auszuleuchten. Vorarbeiten, auf denen wir hier aufbauen können, sind bereits auf dem 4. Dt. Suchtkongress in Frankfurt im September 2011 gemacht worden.

Viele dieser Experten sind auch heute unter uns und werden hier referieren und ihre Expertise und Kompetenzen einbringen – dafür sind wir besonders dankbar. Dies gilt den Mitgliedern des Programmkomitee ebenso wie den weiteren PartnerInnen (siehe Impressum).

Es bestand auf diesen Treffen eine Einigkeit darüber, dass eine bestehende Substitutionsbehandlung kein Ausschlussgrund für die Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation oder einer ambulanten Psychotherapie sein sollte.

Dieser Konsens wird im wesentlichen von vier Erkenntnissen getragen:

- Zum einen von der Einsicht, dass man mit Menschen in OST durchaus psychotherapeutisch arbeiten kann; dies wird durch eine Reihe von Studien untermauert, über die Herr Scherbaum gleich berichten wird,
- zum zweiten von der Übereinkunft der Kosten- und Leistungsträger, die bereits seit dem 4.5.2001 bestand („Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“). Hier wurde zwar ein recht enger Rahmen gesteckt, aber grundsätzlich die Tür geöffnet zur „übergangsweisen substituitionsunterstützter medizinischer Rehabilitation“.
- Und auch von den jüngsten BÄK-Richtlinien (2010), die nämlich eine Kontinuität der OST einfordern, gleich in welchem setting sich der Patient befindet: ob Haftanstalt, Krankenhaus oder Therapieeinrichtung.

- 
- Und schließlich die steigende Zahl Substituierter (gegenwärtig ca. 80.000) macht in der Tendenz deutlich, dass OST zur medizinischen Standard- und Grundbehandlung von Opiatabhängigkeit wird, und alle suchtherapeutischen Unterstützungen auf dieser Grundlage organisiert werden müssen.

Also, beide Behandlungsansätze müssten in Zukunft stärker miteinander verschränkt werden. Die Notwendigkeit der Verschränkung besteht grob gesagt darin, dass einerseits die Substitutionsbehandlung qualitativ um therapeutische Angebote erweitert werden muss, um Prozesse professioneller Suchtbehandlung anzustoßen um nicht zur Behandlungssackgasse zu werden, und dass *andererseits* psychotherapeutische Angebote in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker und Psychotherapie im ambulanten setting Patienten in Substitutionsbehandlung nicht von professioneller Suchttherapie ausschließen sollten.

Wir betreten *nicht ganz und gar Neuland*: Bereits im Jahr 2008 wurde auf der Fachtagung »Psychotherapie und Suchtbehandlung« (Fachverband Sucht und Bundespsychotherapeutenkammer) eine Änderung der Richtlinien des Zugangs zur ambulanten Psychotherapie bei Abhängigkeiten von Alkohol, Drogen oder Medikamenten angemahnt. Mit der kürzlich erfolgten Entscheidung des GBA für eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ist einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung Suchtkranker der Weg geöffnet.

Und auch hier und da gab es *auf lokaler Ebene* Veranstaltungen zu diesem Zusammenhang (wie etwa „Substitutionsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger - ein Brückenschlag, am 7. März 2007 in der Klinik Hohehorst bei Bremen). Interessant u.a. ein workshop: „Wie sag ich’s meinen MitarbeiterInnen? Über die Einführung der Substitutionsbehandlung in drogenfreie Kontexte – Ein workshop nicht nur für EinrichtungsleiterInnen“ (Christian Evers), oder: „Mein Pola und ich – der lange Abschied! Über Widerstände und Widersprüche im therapeutischen Prozess“ (Eva Carneiro Alves). Oder: „Substitution als Beispiel für eine ICF-gesteuerte Entwöhnungsbehandlung“,

---

Referent: Dr. Ferdinand Mantel Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

Das Neue und das Bedeutende an der heutigen Fachtagung ist, dass sie vom BMG gefördert wird, die Kostenträger vertreten sind, sie von mehreren großen Verbänden unterstützt wird – Mitveranstaltende Organisationen sind nämlich:

- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
- Berufsverband Deutscher Psychiater/Deutscher Nervenärzte – vertreten durch Dr. Greif Sander.

Unterstützende Organisationen sind:

- Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser- vertreten durch Dr. Thomas Kuhlmann.

und

- Suchtrat der DGPPN – vertreten durch Prof. Dr. Norbert Scherbaum

und namhafte ReferentInnen aus dem In- und Ausland beteiligt und ein hochqualifiziertes Publikum angezogen hat, was ein Blick in die Teilnehmerliste schnell deutlich macht.

### **Die heutige Fachtagung will:**

1. eine Übersicht über die „Beispiele Guter Praxis“ bieten;
2. über Erfolgsberichte/Modelle gelungener Therapien Überzeugungsarbeit bei den noch nicht mit SubstitutionspatientInnen befassten KollegInnen (und ggf. PatientInnen) leisten;
3. Ansätze zur Überwindung der vorhandenen Sektorisierung nach Substitution und Abstinenzorientierung erarbeiten; und somit die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Substitutionstherapie und umgekehrt forcieren. Dabei sollen sowohl inhaltliche als auch organisatorisch-finanzielle und rechtliche Probleme und ihre Lösungsperspektiven thematisiert werden.

---

Was die Arbeitsgruppen bringen sollen:

- 3 Thesen zur Ist-Situation
- 3 Thesen zur Soll-Situation

Die gesamte Veranstaltung wird dokumentiert.  
Ich wünsche Ihnen eine interessante Veranstaltung!

Prof.Dr. Heino Stöver



Prof. Dr. Heino Stöver



Werner Heinz, Dr. Joachim Köhler

---

# VORTRÄGE

## Psychotherapie bei Substituierten – der aktuelle Wissensstand

Prof. Dr. Norbert Scherbaum

### Gliederung

1. Ziele und Erfolge der Substitutionsbehandlung
2. Ziele für eine begleitende Psychotherapie
3. Studien zu Interventionen
4. Probleme der Implementierung von Psychotherapie
5. Diskussion

### 1. Ziele der Substitutionsbehandlung

Basale Ziele: Überleben  
Reduktion des Heroinkonsums  
Reduktion der kriminellen Aktivität  
Körperliche Gesundheit

Mittelgradige Ziele: Beigebrauchsfreiheit  
Psychische Stabilisierung  
Soziale Reintegration

Hochgradiges und langfristiges Ziel: Opiatabstinenz

### Erfolge der Substitutionsbehandlung

Basale Ziele: werden mehrheitlich erreicht.  
Mittelgradige Ziele: werden von einer (starken) Minderheit erreicht.  
Opiatabstinenz: wird von einzelnen Patienten erreicht.

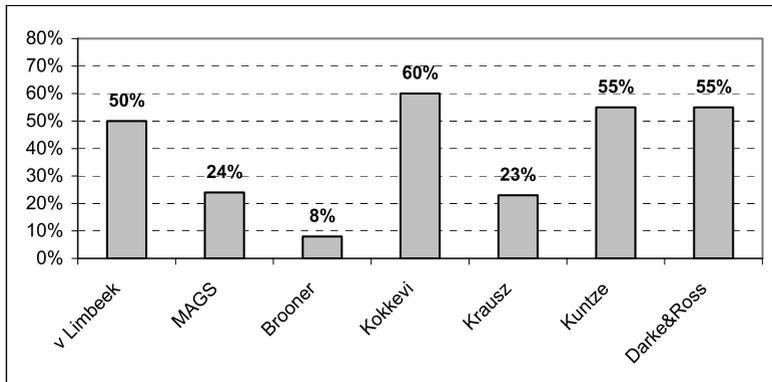
### Definition: Psychotherapie

- bewusster und geplanter interaktioneller Prozess
- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen

- mit psychologischen Mitteln in Richtung auf ein definiertes Ziel
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.

## 2. Psychotherapie bei Substitution

- Gibt es einen Bedarf?      Gibt es geeignete Interventionen?



Häufigkeit von aktuellen psychischen Störungen bei Opioidabhängigen (außer substanzinduzierten und Persönlichkeitsstörungen)

### COBRA - Studie:

12-Monatskatamnese Vergleich mit Eingangsuntersuchung

		Katamnese-Stichprobe		
		N=1.615 (100%)		
Status		BL	FU	
		%	%	Test-Statistik1
"Beigebrauch"				
Opiate	% positive Drogenscreenings <sup>2</sup>	19.3	15.8	F(1,186)=4.4*
irgendwelche Suchtmittel	% positive Drogenscreenings <sup>2</sup>	48.9	46.3	F(1,178)=7.0**

Wittchen et al., 2008

---

Was soll beeinflusst werden?

- komorbide psychische Störungen
- komorbide substanzbezogene Störungen
- Compliance in Substitution
- Opiatabhängigkeit
- Risikoverhalten

### 3. Psychotherapeutische Interventionen

Einsatz von Interventionen, die für spezifische Störungen entwickelt und evaluiert wurden:

- z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung – DBT
- depressive Störung - IPT

Einsatz von Interventionen, die an Substitutionspatienten erprobt wurden:

*Einzelpsychotherapie* -Pionierforschung:

Woody et al., 1983, Psychodynamische vs. kognitiv-behaviorale Psychotherapie vs. drug-counselling.

Ergebnis:

Beide Psychotherapien gleich wirksam und drug-counselling überlegen.

Problem:

zeitaufwendig, Verfügbarkeit von Therapeuten

#### **Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie**

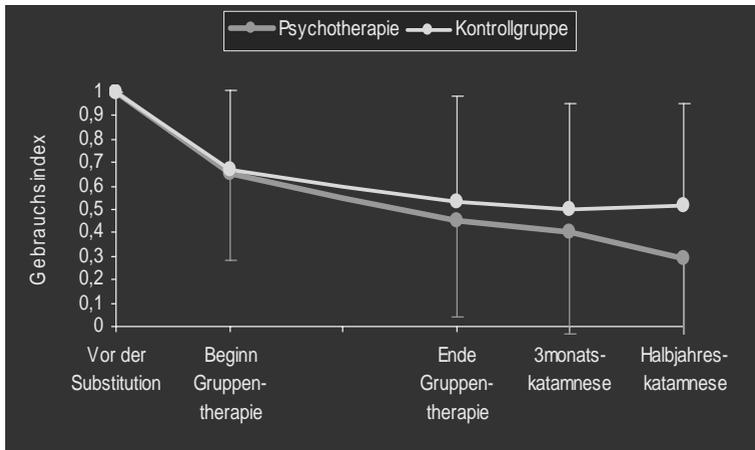
- Zahlreiche kontrollierte Untersuchungen, v.a. zu komorbider Kokainabhängigkeit
- Eigene Untersuchung:  
Kontrollierte Prüfung einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie bei Substitutionspatienten

#### **Gruppenpsychotherapie**

- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ausrichtung, (Beck et al., 1993; Ellis et al., 1998; Kanfer et al., 1991)  
Stimulus - Kognition – Reaktion
- Vorgehen nach Therapieprogramm mit definierten Bausteinen

- Geschlossene Gruppen mit 7-8 Teilnehmern
- 20 Sitzungen von jeweils 90 Minuten Dauer über 6 Monate

### Beigebrauch von Heroin, Kokain und Benzodiazepinen Zeitliche Entwicklung



### Community Reinforcement Approach (CRA)

Prinzip: Einsatz von Verstärkern aus dem

- sozialen,
- beruflichen und
- familiären Umfeld

zur Veränderung des abhängigen Suchtmittelkonsums

Abstinenter Lebensstil attraktiver als Suchtmittelkonsum

*deutschsprachige Einführung: Meyers & Smith, 2007*

Elemente: Verhaltensanalyse - Konsumverhalten

abstinenzorientiertes Verhalten

Rückfallprävention

„Abstinenz-Konto“

Skills-Training (Kommunikation, Problemlösung,

Ablehnungstraining)

---

Aufbau eines befriedigenden suchtmittelfreien Lebens

- Arbeitsberatung
- Paartherapie
- Beratung im sozialen und Freizeitbereich

Empirischer Beleg:

Übersicht: Roozen et al. (2004) mit 11 RCTs bei unterschiedlichen substanzbezogenen Störungen;  
Randomisierte kontrollierte Studie bei Substitutionspatienten (Abbott et al., 1998);

Grenzen: Voraussetzungen an Sozialisation und Umfeld  
verbindliche Kooperation mit zahlreichen Institutionen

### Contingency Management

Prinzip: Gabe von Verstärkern für erwünschtes Verhalten

Anwendung: Gutscheine oder Take-home-Dosis in Substitutionsbehandlung bei heroinfreiem Urin

Empirischer Beleg:

zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien einschließlich 3  
Meta-Analysen

Vorteil: wenig Aufwand

### Meta-Analysen zu CM (1) Effektstärken

	Effektstärke ( r )	eingeschlossene Studien	Schwerpunkt der Metaanalysen
Griffith et al. 2000	25	30	verschiedene Verstärker
Prendergast et al. 2006	.42	47	verschiedene Verstärker
Lussier et al. 2006	.32	30	Gutscheine

Typische Verstärker: Methadon-Dosis  
Gutscheine für Einkauf  
Gutscheine für soziale Unterstützung  
Mitgabe-Dosis

---

### **Metaanalysen zu CM (2) Moderatoren:**

a) gewählter Verstärker:

Dosiserhöhung  
Take-home-Dosis

b) Feedbackzeit:

Dauer zw. Ergebnis des Screenings und  
Verstärkung < 24 h

c) Zahl der bewerteten Suchtmittel:

Einzelnes Suchtmittel > mehrere Suchtmittel

d) Frequenz der Urinscreenings:

> 3 Urinscreenings/ Wo

### **Eigenes Projekt<sup>2</sup>:**

Projekt: Contingency Management bei der Substitutions-  
behandlung Opiatabhängiger

Förderung: BMBF (im Rahmen des Suchtforschungsverbundes  
NRW)

Design: Randomisierte, kontrollierte, multizentrische  
Untersuchung

Fragestellung: Senkung des Beigebruchs durch CM

Verstärker: Take-home-Dosis

### **Intervention:**

a) Interventionsgruppe:

1 begebrauchsfreier Urin	1 Mitgabe
4 begebrauchsfreie Urine	2 Mitgaben
8 begebrauchsfreie Urine	3 Mitgaben
12 begebrauchsfreie Urine	4 Mitgaben

b) Kontrollgruppe:

12 begebrauchsfreie Urine	4 Mitgaben
---------------------------	------------

---

<sup>2</sup> Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin,  
LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

---

## Ergebnis: Hauptzielkriterium

Beigebrauchsindex		mean	Sd	Sig.
(Anzahl positiver Urin-screenings/ Gesamtzahl der Urinsreenings)	Kontroll- gruppe (n=56)	.49	.33	.891
	CM- Gruppe (n=62)	.48	.35	

### Psychotherapie bei Substitution

Gibt es einen Bedarf?

ja!

Gibt es geeignete Interventionen?

ja!

## 4. Probleme der Implementierung von Psychotherapie

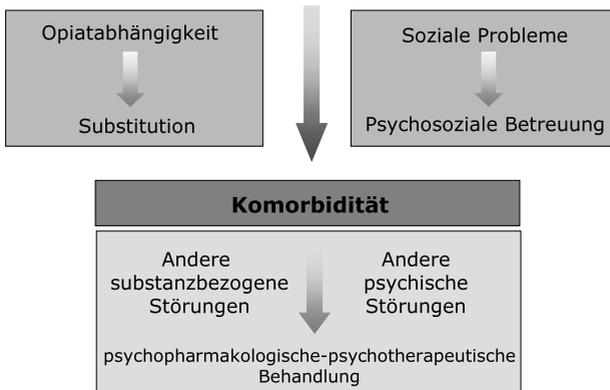
- konzeptionell als Regelangebot nicht vorgesehen
- Unklarheit des Begriffs psychosoziale Betreuung (vs. psychosocial interventions)
- Skepsis gegenüber der Psychotherapie bei Suchtpatienten (allerdings kürzliche Änderung der entsprechenden Richtlinien)
- mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen
- Konkurrenz um Therapieplätze mit „attraktiveren“ Patienten
  - Ausbildungsdefizite (?)
  - Zusatzkosten auch für die eigentliche Substitution
  - z.B. Zahl der Urindrogenscreenings
- Schnittstellenproblematik
  - relativ wenige Psychiater unter substituierenden Ärzten

## 5. Diskussion

- Aktuelle BÄK-Richtlinien betonen Notwendigkeit der Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer/substanzbezogener Störungen

- Komorbide substanzbezogene Störungen vs. „Beigebrauch“
- Bedeutung der Behandlung komorbider psychischer Störungen auf Substanzkonsum
- Kombination von Verfahren
- Differentialindikation von Verfahren
- Integriertes vs. additives Angebot
- Nachhaltigkeit von Veränderungen
- „korrigierende emotionale Erfahrung“

### **Opiatabhängigkeit als psychiatrische Erkrankung**



## Zusätzliche Substanzdiagnosen zur Hauptdiagnose

(Sonntag, Bauer & Hellwich, Sucht 2007;53:S7-S41)

### Einzeldiagnose

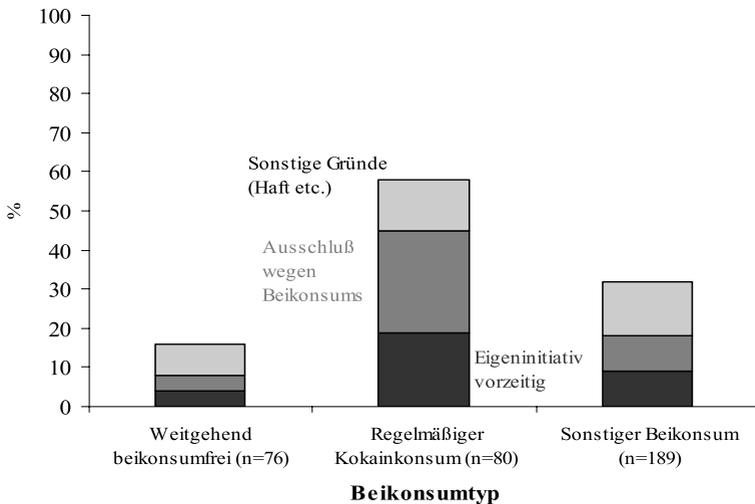
Hauptdiagnose	Opiate	Kokain	Alkohol	Cannabis
Alkohol	2	2	-	5
Opiate	-	24	23	34
Kokain	19	-	32	46

## Kokainkonsum und Haltequote

(e.g. Magura et al., Addiction. 93, 51-60)

Beispiel Methadonambulanzen RKE

Abbrüche innerhalb von 2 Jahren nach Behandlungsbeginn, nach Beikonsumtyp



---

## Regularien der Substitution

Richtlinien der Bundesärztekammer (2002)

*Ausschlussgründe* (§ 2):

primäre/hauptsächliche Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen

*Abbruchkriterium* (§ 12):

„fortgesetzter, problematischer, die Therapieziele gefährdender Beikonsum“

Analog in BUB-Richtlinien (2002)

### **Methodik:**

Randomisierte kontrollierte Prüfung über 6 Monate (plus 6-Monats-Katamnese)

lokale Standardbehandlung

vs.

lokale Standardbehandlung  
plus Gruppenpsychotherapie

### **Hauptzielkriterium:**

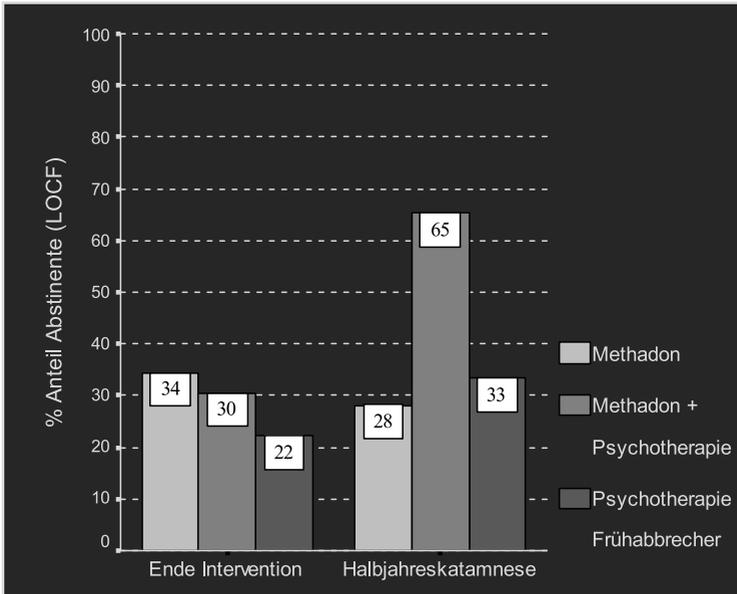
Beigebrauch illegaler Suchtmittel (abgesehen von Cannabis)

### **Setting:**

Methadonambulanz einer Universitätsklinik

---

## Abstinenz von Heroin/Kokain/Benzodiazepinen nach Ausmass der erhaltenen Psychotherapie



Scherbaum N. et al, Eur Addict Res 11 (2005): 163-171

### Ergebnisse

Hauptzielkriterium:

- Gruppenunterschied zum Beigebrauch
- Ende der Interventionsphase *nicht statistisch signifikant* ( $p = 0.42$ )  
*Sechs-Monats-Katamnese* signifikant ( $p = 0.02$ )
- Der Gruppenunterschied beruhte v.a. auf einer Abnahme des Kokainkonsums in der Interventionsgruppe.
- Die Abnahme des Beigebrauchs fand sich v.a. bei Patienten mit mehr als 10 Sitzungen Gruppenpsychotherapie

---

## Methodik

### Studienplan

Randomisierte kontrollierte Prüfung über 26 Wochen  
Verstärker: take-home Dosis  
Erwünschtes Verhalten: Reduktion des Beigegebrauchs  
Prüfung: Drogenurin-Screening 1x/Wo

### Hauptzielkriterium

Anzahl der drogenpositiven Urintests (außer Cannabis) /  
Gesamtzahl der Urintests

### Einschlusskriterien

- Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.2)
- mindestens 1 Monat in Substitution
- 8 Wochen Baseline-Phase mit  $\geq 30\%$  drogenpositive Urintests
- keine Alkoholabhängigkeit

### Settings

- 2 MMT Ambulanzen an einer Universitätsklinik
- 3 MMT Ambulanzen an allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern
- 2 MMT Ambulanzen in Trägerschaft der Suchthilfe Direkt

### Anwendbarkeit des Contingency Management unter Routinebedingungen in Deutschland

- „Contingency Management light“
- komorbide monovalente Abhängigkeit vs. Polytoxikomanie
- Drogenurinscreenings: 3x/Wo vs. 1x/Wo
- Rückmeldung: sofort vs. Labornachricht
- Verstärkung sofort vs. Rezeptaushändigung (mit Gebühr)

### Medikation bei Substitution

- Optimierung der Substitution bei Heroinbeigebrauch
- ?Buprenorphin statt Methadon
  - ▶ reduzierter Kokainkonsum
- Disulfiram erfolgreich bei komorbider Alkohol- und Kokainabhängigkeit  
(Übersicht: Kenna et al., 2007)
- Tiagabin erfolgreich bei komorbider Kokainabhängigkeit

---

## Medizinische Rehabilitation unter Substitution

Dr. med. Elke H. Sylvester

In der Fachklinik Nettetal wird seit 2005 die medizinische Rehabilitation von suchtkranken Menschen bei entsprechender Indikation auch unter Substitution durchgeführt. Langfristiges Ziel auch dieses Behandlungsangebotes ist die Suchtmittelabstinenz zur Sicherung einer umfassenden beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe.

Nach dem SGB IX umfassen Leistungen zur Teilhabe Maßnahmen die notwendig sind, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen oder laufenden Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden bzw. zu mindern;
- die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern;
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern oder die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen umfassen eine gesicherte Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose. Dabei sind die folgenden sozialmedizinischen Faktoren zu berücksichtigen:

- Funktionseinschränkungen
- Fähigkeitsstörungen
- Risikokonstellation
- Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- bisherige Therapie
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen

- 
- hoher Schulungsbedarf
  - Probleme bei der Krankheitsbewältigung

Die Grundlage des rehabilitativen Denkansatzes bildet die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dient. Die Folgen von chronischen Erkrankungen werden im bio-psycho-sozialen Modell der ICF als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Die Rehabilitation richtet sich vor diesem Hintergrund nicht nur an die betroffene Person sondern auch an die Bedingungen, welche die Beeinträchtigungen verstärken oder vermindern.

Die medizinische Rehabilitation in der Fachklinik Nettetal erfolgt je nach Indikation als Entwöhnungsbehandlung, Rückfallbehandlung, Kombibehandlung, Cannabisentwöhnung, Psychose und Sucht-Behandlung, Adaption oder ambulante Weiterbehandlung. Grundsätzlich ist eine substitutionsgestützte Rehabilitation in jeder der Behandlungsformen möglich. Die medizinische Rehabilitation erfolgt in einem komplexen Behandlungsplan, der aus medizinischer/psychiatrischer Versorgung, Psychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, edukativen und indikativen Angeboten, Gesundheitsbildungs- und Ernährungsberatung, Sozialdienst, Sport, Freizeit, Erholung, Angehörigenberatung, Selbsthilfe sowie der Vorbereitung der Nachsorge besteht. Die Gestaltung des Rehabilitationsprozesses erfolgt auf der Grundlage des individuell erstellten Rehabilitationsplans.

Die Veränderung von Konsummustern, der Anstieg der Anzahl an Substituierten, veränderte Entgiftungszeiten, die Verringerung der Antrittsquote und die damit fehlende Planungssicherheit führten 2005 zur Erweiterung des Behandlungsspektrums um das Angebot medizinische Rehabilitation unter Substitution. Die Behandlung erfolgt insbesondere dann, wenn sie im Vergleich zu anderen

---

Therapiemöglichkeiten die größeren Chancen zur Besserung/Heilung der Suchterkrankung bietet, ein kompletter Entzug zum Aufnahmezeitpunkt nicht zumutbar ist bzw. die Substitution zur Stabilisierung der Rehabilitationsfähigkeit vorübergehend notwendig ist. Damit werden die folgenden Zielgruppen angesprochen:

- Substituierte, die im Verlauf der ambulanten Behandlung eine gute Motivation und Compliance gezeigt haben, jedoch aufgrund fehlender sozialer Ressourcen, psychosozialer Entwicklungsdefizite und/oder hoher Belastungen durch biographische Konfliktkonstellationen das Ziel der Teilhabe nicht erfolgreich verwirklichen können;
- Substituierte mit Traumafolgestörungen und/oder Persönlichkeitsstörungen bei denen eine stationäre Rehabilitation indiziert ist zur Lösung aus dem pathogenen Umfeld, zur Distanzierung vom drogenkonsumierenden Milieu, zur Stabilisierung der Beikonsumsfreiheit und langfristig auch zum Abdosieren des Substituts;
- Substituierte, welche die Voraussetzungen zur Rehabilitation erfüllen, bei denen jedoch zunächst ein Entzug des Substitutionsmittels aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist bzw. eine zusätzliche Belastung vermieden werden soll, z. B. aufgrund einer Hepatitis- oder HIV-Infektion.

Die Aufnahme von Substituierten in der Fachklinik Nettetal erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Einstellung des Substituts auf eine stabile Dosis erfolgte im Vorfeld,
- Die Dosierung ist so bemessen, dass keine nennenswerten Beeinträchtigungen bestehen (Methadon/Levomethadon 20-40 mg/die, Buprenorphin 4-8 mg/die),
- Bei Bedarf/Wunsch erfolgt die Umstellung von Methadon/Levomethadon auf Buprenorphin,
- Die Beikonsumsfreiheit ist im Rahmen der ambulanten Behandlung nachweislich erzielt worden,
- Eine erforderliche selektive Entgiftung bei Beikonsum ist regulär beendet.

---

Das übergeordnete Rehabilitationsziel lautet auch bei dieser Patientengruppe eine umfassende berufliche und gesellschaftliche Teilhabe bei vollständiger Abstinenz. Die Abdosierung erfolgt je nach Therapieprogramm und Dosis des Substituts binnen der ersten sechs bis zwölf Behandlungswochen.

Empfohlen wird das verdeckte Ausschleichen. Die Beikonsumsfreiheit der substituierten Patienten wird in gleicher Weise durch Drogen- und Alkoholscreenings kontrolliert wie die Suchtmittelabstinenz der übrigen Patienten.

Die substituierten Patienten nehmen auch in der Phase der Abdosierung in der gleichen Weise wie die abstinenten Patienten an den im individuellen Rehabilitationsplan vorgesehenen Maßnahmen und Angeboten teil. Die Erfahrung, trotz leichter physischer bzw. psychischer Entzugserscheinungen aktiv am Rehabilitationsgeschehen teilnehmen zu können, wird ärztlich/psychotherapeutisch eng begleitet. Im Bedarfsfall erfolgt eine medikamentöse Unterstützung des Entzugs. Auch in gruppentherapeutischen Kontexten wird die Thematik aktiv aufgegriffen. Die auf eigenen Erfahrungen beruhenden oder aus Phantasien und Projektionen gespeisten Bewertungen und Zuschreibungen der einzelnen Patienten werden in ihrer psychodynamischen und suchtdynamischen Herkunft und Funktion analysiert. Ergänzt wird diese Auseinandersetzung durch eine ausführliche und präzise Aufklärung über Wirkweisen der einzelnen Substitute und die substitutionsgestützten und abstinenzorientierten Behandlungsleitlinien der Fachklinik Nettetal.

Das hohe Maß an Transparenz ist aus Sicht des Behandlungsteams der Fachklinik Nettetal erforderlich, um Vorurteilen wie "unter Substitution ist Therapie nicht möglich", "Therapie unter Substitution ist beschütztes Weiterkonsumieren", "Substituierte lösen bei Nicht-Substituierten regelmäßig Suchtdruck aus" u.v.m. adäquat zu begegnen.

Der Prozess bis zur Etablierung dieses Behandlungsangebotes war durchaus auch auf therapeutischer Seite von solchen Fragen begleitet. Die Befürchtung, Nicht-Substituierte würden zur Substitution

---

bzw. zum Drogenkonsum motiviert, wurde nicht bestätigt. Auch die Vermutung, dass substituierte Patienten möglicherweise nur begrenzt psychotherapiefähig seien, wurde nach unseren Erfahrungen nicht bestätigt.

Von Beginn an bestand eine enge Zusammenarbeit mit Fachbereich Suchtkrankenhilfe des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück und heutigem AMEOS-Klinikum Osnabrück. Die Möglichkeit zur Hospitation und zum Austausch mit in der Substitutionsbehandlung sehr erfahrenen Kollegen hat sicherlich zur Akzeptanz und zum Erfolg dieses Behandlungsangebotes beigetragen. Die Vergabe des Substituts für die Patienten der Fachklinik Nettetal erfolgt in der Substitutionsambulanz dieses Krankenhauses. Dieses hat zum einen organisatorische Gründe, zum anderen fördert es nach unseren Erfahrungen die Abstinenzmotivation und Eigenverantwortung, weil die Patienten nach einer kurzen Eingewöhnungsphase den Weg zur Substitutionsambulanz selbständig – in der Regel mit dem Fahrrad - bewältigen müssen. Das Abdosieren erfolgt im Trialog Patient, substituierender Arzt, Reha-Ärztin.

Die vorgestellten Zahlen beziehen sich auf den Zeitraum von Januar 2006 bis September 2011. In dieser Zeit wurden 704 medizinische Rehabilitationsbehandlungen in der Fachklinik Nettetal begonnen, 67 Patienten kamen substituiert zur Aufnahme, was einem Anteil von 9,5% entspricht.

Nach unseren Erfahrungen hat die Aufnahme von Substituierten Einfluss auf die Entlassungsformen der Einrichtung. Insgesamt lag die Quote an planmäßigen Entlassungen bei in den Jahren 2006-2011 bei 55,97%. Deutliche Unterschiede zeigen sich, wenn man die Patienten nach Substitution und Nicht-Substitution getrennt betrachtet.

Der Anteil an geplanten Entlassungen lag bei den Patienten mit Substitution bei 34,33%, wobei bei zwei Patienten das Ziel der Abstinenz nicht erreicht werden konnte. Nicht geplante Entlassungen, also Behandlungsabbrüche bzw. disziplinarische Entlas-

---

ungen, erfolgten in der Patientengruppe mit Substitution in 65,67% der Fälle.

Bei den nicht substituierten Patienten lag der Anteil an geplanten Entlassungen bei 57,2%, in 42,8% der Fälle erfolgte ein Therapieabbruch bzw. eine disziplinarische Entlassung.

Deutliche Unterschiede waren auch im Hinblick auf den juristischen Status der Patienten zu verzeichnen. Der Anteil an substituierten Patienten mit einer Therapieauflage gemäß § 35 BtmG lag mit 40 % deutlich über dem in der Fachklinik Nettetal üblichen Durchschnitt von ca. einem Drittel. Bei den Nicht-Substituierten lag der Anteil von Patienten mit einer Auflage nach § 35 BtmG bei 32,8%.

## Fazit

- Durch die Möglichkeit der vorübergehenden Weiterführung der Substitution im Rahmen der stationären Rehabilitation können zusätzliche Patientengruppen, z. B. traumatisierte Patienten, Patienten mit Suchtfolgeerkrankungen, erreicht werden;
- Die gemeinsame Behandlung von substituierten und nicht substituierten Patienten ist auf der Grundlage der individuellen Rehabilitationsplanung ohne größere Probleme möglich;
- Bei niedrigen Dosierungen des Substituts (Methadon/Levomethadon 20-40 mg/die; Buprenorphin 4-8 mg/die) ist die „Psychotherapiefähigkeit“ der Patienten nicht beeinträchtigt;
- Das hohe Maß an Eigenverantwortlichkeit wirkt sich nach unserer Erfahrung positiv auf den Abdosierungsprozess aus;
- Die geringere Quote an planmäßigen Entlassungen lässt sich möglicherweise auf die höhere Anzahl an juristischen Auflagen zurückführen;
- Insgesamt stellt die medizinische Rehabilitation unter Substitution nach unseren Erfahrungen einen sinnvollen und erfolgreichen Baustein zur Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe dar.

---

## Literatur

World Health Organization WHO (2005) "Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF).

Steppan, M., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).

Wittchen, H-U, Bühringer, G, Rehm, J PREMOS Substitution im Verlauf Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.



Dr. Elke H. Sylvester

---

## Psychotherapie und Substitutionsbehandlung

Dr. Christel Lüdecke

In den 90-er Jahren wurden in den psychiatrischen Krankenhäusern zur Behandlung Drogenabhängiger incl. des Opiattypus niedrigschwellige Drogenentgiftungsstationen eingerichtet. Es wurden opioidgestützte Entgiftungsbehandlungen durchgeführt, parallel erfolgte Perspektivenklärung und Motivationsförderung für eine weiterführende Therapie, in der Regel Entwöhnungsbehandlungen.

Aufgrund einer hohen Rate an Behandlungsabbrüchen konnte mit diesem Konzept keine hinreichende Behandlungskonstanz erreicht werden. Nach katamnestischen Daten (Backmund et al. 2008) beenden nur etwa die Hälfte der Patienten mit Polytoxikomanie incl. des Opiattypus eine Opiatzentzugsbehandlung. Weitere 50 Prozent sind in der ersten Woche nach abgeschlossener Entgiftung opiatrückfällig, wenn sie nicht eine Entwöhnungshandlung antreten, und 85 Prozent innerhalb der nächsten drei Monate. Auch die Patienten, die eine Langzeittherapie antreten, müssen wegen Rückfälligkeit innerhalb von drei Monaten zu 50 Prozent die Behandlung beenden. Langjährig betrachtet wird also nur eine geringe Patientengruppe dauerhaft abstinent sein.

Durch die Substitutionsbehandlung konnte erstmalig Behandlungskonstanz bei Drogenabhängigen mit Opiatabhängigkeit erreicht werden, sodass somatische und psychische Begleiterkrankungen diagnostiziert und behandelt werden können.

Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate psychischer Störungen stellt sich die Frage, wie eine psychotherapeutische Behandlung bei Substitutionspatienten aussehen sollte, damit sie effektiv ist und Veränderung bewirken kann.

Patienten, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, haben viele Probleme, die sie alle auf einmal lösen wollen. Im Erstgespräch werden sie ungefähr mit folgenden Themen konfrontiert: „Aufhören mit den Drogen, Hepatitis C behandeln, Arbeit finden,

---

die Psyche in Ordnung kriegen, Wohnung finden, nicht in Haft müssen, es ist mir alles zu viel, Beziehung auf die Reihe kriegen, soziales Umfeld wechseln, raus aus der Substitution“. Die Aufgabe des Behandlenden ist es zu dieser Zeit, Ordnung in „das Chaos“ zu bringen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung mit den Patienten gemeinsam Therapieziele zu ordnen. Dabei gilt es, Folgendes zu beachten: Ziele lassen sich einteilen in äußere und innere Ziele. Ziele im Außen sind beispielsweise, um mit den Worten der Patienten zu sprechen: „nicht in Haft kommen, Wohnung finden und soziales Umfeld wechseln“, Ziele im Inneren: „Aufhören mit den Drogen, die Psyche in Ordnung zu kriegen oder es ist mir alles zu viel zu reduzieren“. Nachdem Ziele in äußere und innere Ziele unterteilt wurden, folgt eine Priorisierung in jeder Kategorie, dabei hat z. B. das Ziel Vermeidung von Inhaftierung als ein Ziel im Außen sicher Priorität, denn ohne Patienten können wir nicht arbeiten. Es sollten kleine erreichbare Ziele gesetzt werden, denn nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg. Die therapeutische Arbeit sollte sich immer nur auf ein Ziel konzentrieren, d. h., an mehreren Zielen gleichzeitig arbeiten erhöht die Wahrscheinlichkeit der Überforderung und damit des Nichterreichens eines Zieles.

Grundlage für diese Form der therapeutischen Arbeit ist, dass Menschen mit Suchterkrankungen stresssensitiver sind, d. h. sie geraten schneller in Stress und brauchen länger zur Beruhigung. Zudem haben Sie zu diesem Zeitpunkt wenig Möglichkeiten, Stress ohne Suchtmittel zu kontrollieren. Stress kann auf einer Skala von 0 bis 100 in drei Bereiche graduiert werden: den Niedrigstressbereich (10 bis 30), hier kann meditiert und die Welt ruhig wahrgenommen werden, den mittleren Stressbereich (30 bis 70), Menschen befinden sich in einem noradrenergen Zustand, sie können aus Fehlern lernen und beste Lernergebnisse erreichen, den Hochstressbereich (> 70), der sich durch vorrangig physische Empfindung zeigt. Lernfähigkeit ist gering und es besteht das vorrangige Ziel, dem Stress zu entfliehen. Bei Suchtkranken ist ein

---

solcher Zustand häufig mit Craving und konsekutiven Suchtmittelrückfällen verbunden.

Neben der Substitution, die durch die pharmakologische Wirkung und den Wegfall von Beschaffungsdruck per se einen erheblichen Beitrag zur Reduktion von Stressanfälligkeit leistet, ist eine Ordnung im Sinne einer Zielhierarchisierung wichtig. Entlastung durch Zielhierarchisierung kann deshalb aus psychotherapeutischer Sicht auch als First-Stage-Behandlung bei Suchtkranken bezeichnet werden. Dabei sollten Therapeuten eine dialektische Grundhaltung bei der Behandlung von Suchtkranken einnehmen. Einerseits muss die Sucht als chronische Erkrankung akzeptiert werden, zeitgleich wird aber auch ein Therapieziel, wie z. B. Konsumverzicht angestrebt.

In dieser ersten Stufe der psychotherapeutischen Behandlung befinden wir uns am Pol der Akzeptanz: wenn wir uns eine Wippe mit zwei Polen vorstellen - ein Pol symbolisiert Akzeptanz und der andere Veränderung. Inhaltlich steht die Sicherung der Grundbedürfnisse, Zielhierarchisierung und Akzeptanz des momentanen Zustandes im Vordergrund. Erst in der zweiten Stufe wird als psychotherapeutisches Ziel an der Erweiterung des psychischen Binnenraumes gearbeitet. Es gilt die Therapieregel: Substitution vor äußerer Sicherheit vor innerer Sicherheit.

Am Beginn der Behandlung sehen wir uns am Pol der Akzeptanz, der Patient wird in das Substitutionsprogramm aufgenommen und die Dosis wird nach subjektiven Kriterien des Patienten und aus objektiven Kriterien des Arztes gefunden. Des Weiteren wird es in der ersten Phase um Sicherung der Grundbedürfnisse gehen, d. h. eine Lebensgrundlage schaffen, somatische, justizielle und soziale Probleme mindern, auch ein sicherer Substitutionsplatz gehört bei illegal Drogenabhängigen zur Sicherung der Grundbedürfnisse. Der Therapeut nimmt dem Patienten gegenüber eine wohlwollende, akzeptierende Haltung ein, fehlende Ich-Funktionen werden übernommen und vorrangige Behandlungsziele festgelegt. Der Therapeut zeigt sich zuverlässig, er hört dem Patienten zu, ohne ihn zu kritisieren.

---

Auf der Beziehungsebene soll der Patient eine korrigierende Bindungserfahrung machen. Diese Form der passageren Beelerterung und Akzeptanz ist neben Psychoedukation und Entwicklung eines individuellen Krankheitskonzeptes die Grundvoraussetzung, um den Patienten zur Veränderung seiner Lebensziele und seines Suchtmittelkonsums zu motivieren. Gestützt wird die funktionelle Beelerterung durch wohlwollendes Sorgen, echte Anteilnahme, Authentizität, Unterstützung und Validierung. Validierung bedeutet, dass die Reaktionen und Verhaltensweisen des Patienten aus der Kenntnis seiner Vergangenheit und seinen Möglichkeiten nachvollzogen werden kann. Diese Haltung mindert bei den Patienten Schuldgefühle und kann ein erster Schritt sein, die meistens vorherrschende negative Einstellung zu sich selbst in Richtung Akzeptanz der eigenen Situation und Erkrankung zu verändern.

Um neben der Stabilisierung auch nachhaltige Verhaltensänderungen bewirken zu können, müssen in der zweiten therapeutischen Stufe Veränderungsstrategien mit dem Patienten entwickelt werden. Der Patient muss Eigenverantwortung für sich übernehmen lernen, sich fordern und lernen, sich selbst erreichbare Ziele zu setzen. Nun sprechen wir bewusst die Erwachsenenenebene des Patienten an. Der Therapeut beginnt, eine erwachsene Arbeitsbeziehung aufzubauen, die für eine erfolgreiche Weiterbehandlung gebraucht wird. Die therapeutische Beziehung darf nicht Arbeitsinhalt bleiben, sonst werden abhängige Beziehungsmuster gefördert. Dabei müssen die therapeutischen Strategien von Akzeptanz und Veränderung ständig im Gleichgewicht gehalten werden. Haben wir beim Therapeuten zu viel Akzeptanz, stagniert die Therapie; haben wir zu viele konfrontative Therapiestrategien und zu hohe Ziele, fühlt sich der Patient überfordert und bricht die Therapie ab.

Eine Überleitung von der ersten zur zweiten Stufe wird durch Techniken der intrinsischen Motivationsförderung, der sozialen Unterstützung und der Entwicklung eines individuellen Krankheitskonzeptes erreicht. Der zweite Teil der psychotherapeutischen Behandlung befasst sich mit der Erweiterung des psychischen

---

Binnenraumes, d.h. mit Verbesserung von Introspektionsfähigkeit, Emotionsregulation, Impulskontrolle, Selbststeuerung und Craving. Angewendet werden Methoden aus der dialektisch-behavioralen Verhaltenstherapie und Psychotraumatologie. Nun hat der Therapeut eher die Funktion eines Coaches, der dem Patienten beratend bei der Anwendung seiner „skills“ zur Seite steht. Es findet Therapie zwischen Erwachsenen statt. Das Entscheidende für das Gelingen einer Psychotherapie an dieser Stelle ist, dass der Patient Eigenverantwortung für sich und die Therapie übernimmt. Wenn der Therapeut am Pol der Akzeptanz bleibt und keine Anreize zur Weiterentwicklung bietet, haben wir eine Stagnation in der Therapie. Dies können wir häufig bei Substitutionspatienten sehen, die zwar über die Jahre Stabilität in der Suchterkrankung haben, aber wenig Verbesserung der sozialen Fähigkeiten, in der beruflichen Rehabilitation und im Umgang mit sich selbst zeigen.

### **Fazit**

Substitution schafft die Basis für eine psychotherapeutische Behandlung illegal Drogenabhängiger. Dabei muss die psychotherapeutische Behandlung in zwei Stufen erfolgen. Über den „Umweg“ einer akzeptierenden, stützenden Haltung des Therapeuten, die durch Validierungs- und passagere Beelterungsstrategien erreicht wird, ist es dem Patienten in der zweiten Stufe möglich, Eigenverantwortung für seine Weiterentwicklung zu übernehmen und effektiv an der Verbesserung seines psychischen Störungsbildes zu arbeiten. Wird auf die erste Stufe in der Behandlung verzichtet, sehen wir häufig Behandlungsabbrüche, weil sich Patienten missverstanden und überfordert fühlen.

### **Trauma und Sucht - ein integratives Behandlungsangebot für illegal Drogenabhängige in Substitution**

Eine wichtige Rolle in der psychotherapeutischen Behandlung illegal Drogenabhängiger nimmt die Behandlung von Traumafolgestörungen ein. Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zählen zu den häufigsten Folgen früher Traumatisierungen.

---

In angloamerikanischen Studien wurde bei 15 bis 41 Prozent der Suchtpatienten in Behandlung eine akute posttraumatische Belastungsstörung gefunden (Schäfer und Najavits 2007). In Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum (Driessen et al. 2008) wurden in Abhängigkeit von harten Drogen die höchsten Raten von posttraumatischer Belastungsstörung gefunden, dabei waren weibliche Patientinnen doppelt so häufig betroffen wie männliche. In der Regel handelt es sich dann um komplex traumatisierte Patienten. Wir haben es also mit einem Patientengut zu tun, das in der Kindheit häufig emotional vernachlässigt wurde und physischer und sexualisierter Gewalt ausgesetzt war, d. h., die Patienten haben Bindungstraumatisierungen erlitten, dies erklärt den Einstieg in die Psychotherapie über Akzeptanz und Beelerung.

Als sekundäre Folgen der Bindungstraumatisierungen haben wir es mit psychischen Problemfeldern, wie Störung der Stress- und Emotionsregulation, dysfunktionale Copingstrategie Sucht, Symptomen von Traumafolgestörungen, wie Alpträumen, Intrusionen, Flashbacks, Ängsten und Bindungsstörungen, sowie strukturellen Persönlichkeitsstörungen zu tun. Traumabehandlungen lassen sich nach dem im Folgenden vorgestellten integrativen Behandlungskonzept unter Substitutionsbedingungen behandeln. Das Substitut schützt vor psychischer Destabilisierung und ist bei Opiatabhängigen fast eine Voraussetzung für die Behandlung.

### **Neue Behandlungsstrategie - die integrative Behandlung**

Das Ziel der integrativen Behandlung ist es, die Traumastörung und die Suchterkrankung zeitgleich zu behandeln. Patienten können also traumaspezifisch behandelt werden, bevor sie eine dauerhafte Abstinenz erreicht haben. Bei opiatabhängigen Patienten hat sich die Behandlung unter Substitution bewährt. Dies verhindert Drogenrückfälle und das Substitut kann vorübergehend zur Stressregulation eingesetzt werden. Die integrative Behandlung gliedert sich in drei Behandlungsphasen, die aufeinander aufbauen, aber jeweils in sich abgeschlossen sind. Sie wird in einem stationären Setting im Asklepios Fachklinikum Göttingen angeboten.

---

## **Phase I: Traumasensibilisierung – Suchtbehandlung**

In dieser Phase (2 Wochen) wird neben der Suchtbehandlung, die bei Alkoholkranken eine Alkoholentgiftung, bei Patienten mit Drogenerkrankungen eine Entgiftung von Nebenkonsum sowie Ein- und Umstellung auf ein Substitut beinhalten kann, eine psychologische Diagnostik der komorbiden Störungen, insbesondere der Traumafolgestörungen durchgeführt. Oft ergeben sich in der Sozio- und Familienanamnese erste Hinweise auf Traumatisierungen. Diese werden in der Traumaanamnese mit Hilfe einer Traumalandkarte erfasst, d. h. es werden Trauma-Cluster, wie sexualisierte oder physische Gewalt und Bindungstraumatisierungen, gebildet und dem Alter des Patienten zugeordnet. Die Traumaanamnese wird orientierend in „Überschriften“ erhoben. Retraumatisierungen werden durch diese Form der Befunderhebung sicher vermieden. Zur Kategorisierung und Ermittlung des Schweregrades der Traumafolgestörungen werden psychologische Testverfahren, wie Mini-Dips, SKID II, PDS, DSM IV, CTQ, Impact of Event Scales und FDS, eingesetzt.

Patienten erhalten Patienteninformationen, die über das Krankheitsbild und die Symptomatik aufklären. Abgeschlossen wird mit der Erstellung eines individuellen Krankheitskonzeptes. Oft können Patienten erstmalig Zusammenhänge von Traumatisierungen, dem Beginn von Drogen- und Alkoholmissbrauch durch kurzzeitig vegetativ beruhigenden und anxiolytischen Effekt, positiver Wirkungserwartung und Suchtentwicklung durch wiederholten Konsum, sehen. Dies führt zu einer Entlastung der Patienten mit Verminderung von Schuldgefühlen in Bezug auf die Suchterkrankung.

## **Phase II: Trauma – und Suchtstabilisierung**

In dieser Phase (3-4 Wochen) werden Behandlungsmethoden zur Emotions- und Spannungsregulation (Verhinderung von Kontrollverlusten, Suchtmittelrückfällen und Trauma bedingten Überflutungszuständen) vermittelt. Ziel ist eine Herabregulierung von Stress auf ein mittleres Stressniveau, damit „Arbeitsfähigkeit“ und Verminderung von Suchtmittelrückfällen erreicht wird.

---

Eingesetzt werden psychotherapeutische Behandlungsmethoden, die nicht nur explizite (bewusste, rationale), sondern auch implizite (unbewusste, emotionale) Gedächtnissysteme verändern.

Angewandt werden dialektisch-behavioral orientierte Therapie und Skillstraining zur Stärkung kortikaler Funktionen. Diese Therapieform wurde von *Marsha Linehan* zur Behandlung von Borderline-Patienten in den 80er Jahren in den USA entwickelt. Die Grundzüge dieser Therapie wurden übernommen und nach dem Göttinger Modell den Symptomen und Bedürfnissen Suchtkranker angepasst. In der Gruppentherapie werden in fünf Modulen (Basis Sucht I und II, Achtsamkeit – Sucht, Stresstoleranz - Sucht, Gefühle – Sucht) Grundbausteine zur Emotionsregulation, Umgang mit Craving und Stresstoleranz vermittelt. Hier erworbene Kenntnisse, z.B. Umgang mit Triggerreizen, können in der Traumatherapie, die im einzeltherapeutischen Setting stattfindet, genutzt werden.

Des Weiteren werden imaginative Verfahren (implizit) eingesetzt. Es werden schlechten (traumarelevanten oder suchtmittelassozierten) inneren Bildern gute Bilder entgegengesetzt. Patienten lernen mit Imaginationsübungen, sich in Welten oder an Orte zu begeben, die nur gut, nährend und Sicherheit gebend sind.

Besonders eignen sich bei Suchtkranken die Imaginationen, die erdverbunden sind. Bevorzugt werden die Übungen: der innere sichere Ort, der innere Garten, die Baumübung und der Tresor. Auch hypnotherapeutische Verfahren werden angewendet, um state dependent learning (zustandsgebundenes Lernen) zu nutzen. Viele Stabilisierungstechniken sind bei Sucht- und Traumastörungen wirksam.

### **Phase III: Traumasynthesebehandlung mit EMDR**

Eine wissenschaftlich sehr gut untersuchte Methode zur Traumasynthesebehandlung bei Traumafolgestörungen ist das EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Die Methode EMDR wurde von der amerikanischen Psychologin *Francine Shapiro* in den 80er Jahren in Kalifornien entwickelt. Während der Traumakonfrontation wird das traumatische Ereignis imaginiert. Neben

---

Durcharbeitung der traumatischen Situation werden Desensibilisierungsprozesse und positive Veränderungen der Zielkognition bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation mittels Augenbewegungen oder wechselseitigen Berührungen (Tapp) durchgeführt. In der Regel kommt es während des Prozesses zu einer Abreaktion. Zum Abschluss wird häufig eine Imagination als Gegengewicht zu der emotional belastenden Arbeit in den Traumanetzwerken angeschlossen. Diese Methode kann auch bei traumatisierten Suchtkranken erfolgreich eingesetzt werden. Als Grundvoraussetzung müssen die Patienten in der Lage sein, Spannungen, Suchtverlangen und Emotionen regulieren zu können (s. Phase II).

Alkoholkranken wird zur Rückfallvermeidung eine Aversivmedikation (Antabus) angeboten, illegal Drogenabhängige sollten sich in Substitution befinden. Dabei findet die Traumakonfrontation in der Regel unter stationären Bedingungen statt. Voraus geht eine Erhebung der Traumaanamnese mittels Traumalandkarte. Dabei werden Traumata nach Art und Schweregrad der Traumatisierung (man-made-Traumata, sexualisierte oder körperliche Gewalt, Bindungstraumatisierung, Unfälle etc.) geordnet und dem Alter, in dem die Traumatisierungen stattfanden, zugeordnet.

Bei Suchtkranken wird zusätzlich eine Suchtlandkarte (Verlauf der Suchterkrankung mit abstinenten Zeiten etc.) erstellt, wobei auf Überschneidungen der Kurven geachtet wird.

Traumatisierungen, die in direktem Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum standen, bergen eine größere Gefahr in sich, während der Konfrontationssitzung Suchtverlangen auszulösen.

## **Fazit**

### **Erfolge durch integrative Behandlung bei Trauma und Sucht**

Aufgrund der hohen Traumatisierungsrate bei Menschen mit Suchterkrankungen ist die Diagnostik von Traumafolgestörungen im Suchthilfesystem dringend erforderlich. Eine integrative Behandlung ermöglicht auch bei Suchterkrankten eine psychotraumatologische Behandlung. Dabei müssen Drogenpatienten

---

weder abstinent sein noch ihre Drogenabhängigkeit unter Ausschluss ihrer Traumafolgestörung bereits behandelt haben. Auch Alkoholpatienten müssen im Vorfeld keine längerfristige Abstinenz nachweisen. Die Traumabehandlung findet unter fortlaufender Suchtstabilisierung in drei Phasen – Traumasensibilisierung, Traumastabilisierung und Traumasynthese – statt. Eine Behandlung in der jeweils nächsten Phase kann zu einem anderen Zeitpunkt erfolgen. Dies ist abhängig von der vorrangigen Symptomatik, den komorbiden psychiatrischen Störungen, des psychosozialen Umfeldes und nicht zuletzt von der Motivation des Patienten. Bei integrativer Behandlung kann die Abwärtsspirale, die sich durch gegenseitige negative Beeinflussung von Trauma und Sucht bedingt, unterbrochen und eine Besserung beider Erkrankungen herbeigeführt werden.

### **Weiterführende Literatur**

Lüdecke C, Sachsse U, Faure H (2010). Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgestörungen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer-Verlag

Sachsse U (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer-Verlag

Jacobs S (Hg). (2009). Neurowissenschaften und Traumatherapie. Grundlagen und Behandlungskonzepte. Göttingen: Universitätsdrucke. – [www.univerlag.uni-goettingen.de](http://www.univerlag.uni-goettingen.de)



Dr. Christel Lüdecke

---

**Medizinische Rehabilitation mit Substituierten**  
*– innovative Modelle –*  
**Sicht der Kosten- und Leistungsträger**

Georg Wiegand



**Medizinische Rehabilitation substituiertes Abhängigkeitskranker durch die DRV Braunschweig-Hannover**

1968 wurde die gesetzliche Rentenversicherung vom BSG dazu verurteilt, *Sucht als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne* anzuerkennen und in ihre Kataloge der Indikationen für „Heilbehandlungen“ aufzunehmen.

1978 wurde die erste *Suchtvereinbarung* verabschiedet, nach deren Bestimmungen Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation geleistet werden konnten.

---

Seit Mai 2001 gilt die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, VA .

*Abhängigkeitserkrankungen* i. S. der V A vom Mai 2001 sind

- F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol,
- F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide,
- F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide,
- F13 Psychische u. Verhaltensstörungen durch Sedativa o. Hypnotika,
- F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain,
- F15 Psychische u. Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien,
- F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F18 Psychische u. Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel,
- F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen.

### **§ 9 (SGB VI) Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe**

(1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die erforderlichen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

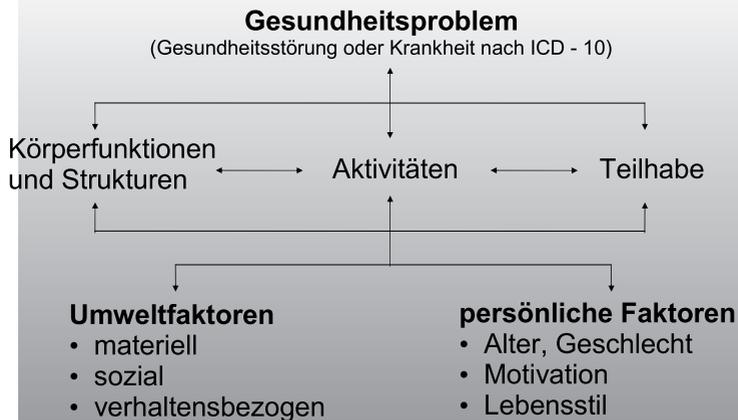
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker können in unterschiedlichen Formen innerhalb jeweiliger Zeitkorridore in Anspruch genommen werden.

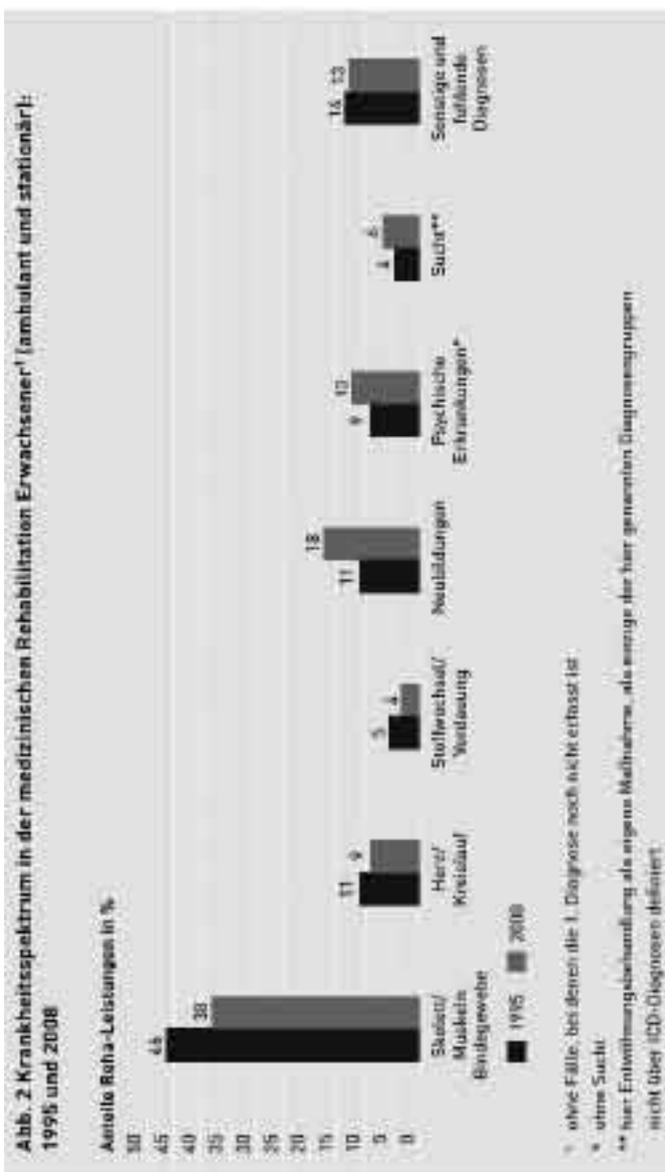
- ambulant, bis zu 18 Monaten
- ganztägig ambulant bis zu 16 Wochen
- stationär
- Adaptionphase
- Kombi-Nord, bis zu 52 Wochen !
- Nachsorge, 40 Einheiten in 6 Monaten.



Georg Wiegand

## Bio-psycho-soziales Modell der ICF





---

#### **Anlage IV der V.A. vom Mai 2001:**

#### **Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels im Sinn der BUB-Richtlinien**

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i.S.d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittelgestützter (drogenfreier) Rehabilitation.

2. Auch bei Substitutionsmittelgestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne "übergangsweise".

3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.

4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der BUB-Richtlinien zulässig ist.

Die nachfolgenden *Entscheidungshilfen* können als Grundlage für eine Substitutionsmittelgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger dienen:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose können auch bei Substitution ohne Beigebrauch von anderen Suchtmitteln gegeben sein.

---

Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opiode nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) i. d. R. Rehabilitationsbedürftigkeit.

Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: Floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.

Mit substituierten Versicherten kann

- ambulant,
- ganztägig ambulant, und
- stationär gearbeitet werden,

wenn ein den Bestimmungen der Anlage IV der Vereinbarung Abhängigkeitskranker entsprechendes Konzept vorliegt, das vom federführenden Leistungsträger genehmigt wurde.

Derzeit wird in den stationären Einrichtungen:

*Fachklinik Nettetal* in Wallenhorst,

*Fachklinik am Kronsberg* in Hannover und demnächst in der

*Fachklinik Südergellersen* bei Lüneburg mit substituierten Versicherten gearbeitet.

### **„Innovative Konzepte“ I**

Ausgangspunkt für unsere<sup>3</sup> Überlegungen und Vorhaben war zunächst das *Modellprojekt Methadon NRW*, in dessen Abschlussbericht das Institut für Therapieforschung München (IFT) 1999 die üblichen Parameter sozialer Stabilisierung, in der 12-Monatskatamnese jedoch keinerlei Effekte auf die Erwerbstätigkeit nachgewiesen werden konnten.

---

<sup>3</sup> Damals noch LVA-Hannover

---

## „Innovative Ideen“ II

Weil die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben der Probanden in den Forschungsergebnissen nicht hinreichend berücksichtigt wurde schrieben wir ein eigenes *Rahmenkonzept* :

„RAUS-Rehabilitation Abhängigkeitskranker unter Substitutionsbedingungen“, das die in der ambulanten medizinischen Rehabilitation üblichen Interventionen um Aspekte erweitert, die die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben konkret unterstützen.

## „Innovative Ideen“ III

Aus unseren Akten, der Literatur und aus den Berichten der ambulanten Behandlungsstellen, die bereits mit Substituierten arbeiteten, erfuhren wir: Es ist bei dieser Klientel kaum je eine Erwerbsbiographie vorhanden!

Aus RAUS entstanden:  
ABS in Osnabrück,  
START in Hannover und  
re:job in Göttingen

Das Projekt ABS (Ambulante Rehabilitation u. berufliche Integration Substituierter) wurde durch Kooperation zwischen dem Diakonieverbund Osnabrück und dem Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft (BNW) unter der Federführung der LVA-Hannover möglich.

ABS bestand aus einer 6-monatigen medizinischen Reha-Phase mit Begleitmaßnahmen<sup>4</sup> und aus einer einjährigen Phase der beruflichen Integration die von den Fachkräften der vorangegangenen Leistung weiter begleitet und durch Praktika ergänzt wurde.

*Ziel des Projektes* war, die Versicherten sollten am Ende der 18-monatigen Leistung über eine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit verfügen. Im Jahr 2008 wurde ABS umgestellt, die berufliche Leistung wurde ganztägig-ambulant weitergeführt.

---

<sup>4</sup> z.B. Besuch von Kursen und Freizeitveranstaltungen

---

FRIEDA (**F**rauen, **R**ehabilitation, **I**ntegration, **E**ntwöhnung **D**urch **A**rbeit). Eine Leistung für opiatabhängige, substituierte Frauen aus dem Raum Hannover, die den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben anstreben.

FRIEDA bestand aus einer

- vierwöchigen Vorbereitungsphase
- neunmonatigen Phase der medizinischen Reha mit Begleitmaßnahmen: Freizeit- u. Kreativangeboten, Sport und körperorientiertem Training;
- neunmonatigen beruflichen Phase.

Die berufliche Phase von FRIEDA im Überblick:

1. Ein vierwöchiger Vorbereitungslehrgang (Stärken-Schwächen-Analyse, Bewerbungstraining, EDV-Schulung, Lernen lernen)
2. Zweimonatige Orientierungsphase (mit Kurzpraktika, intensiver Beratung und Betreuung, individueller Auswertung der Praktika im Hinblick auf die Integration,
3. Ein sechsmonatiges betriebliches Praktikum (um vorhandene Fähigkeiten und Kenntnisse zu aktualisieren, neue berufliche Erfahrungen zu sammeln, Können unter Beweis zu stellen und um ein Arbeitsverhältnis anzubahnen.

FRIEDA lebte von einer Kooperation der Drogenberatungsstellen PRISMA, La Strada, der Drobs-Hannover und der Initiative für berufliche Integration und Sozialmanagement gGmbH, I.B.I.S, in Hannover. Weil wir kaum Frauen fanden, die hierbei kontinuierlich mitzumachen bereit und in der Lage waren, wurde dieses Projekt abgelöst durch START, das gemischt-geschlechtlich, aber sonst strukturell gleich angelegt war.

*re:job* beim IFAS (Institut für angewandte Sozialfragen gGmbH)  
*re:job* vereinte medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und berufsbildende Leistungen innerhalb eines ganztägig ambulanten Setting für opioidabhängige, substituierte Versicherte aus dem Umfeld von Göttingen.

---

In der *Phase der medizinischen Rehabilitation* werden medizinische und psychotherapeutische Behandlung, Soziotherapie, Sport und arbeitstherapeutisches Training mit Belastungserprobungen in Betrieben der Region angeboten.

In der *Phase der beruflichen Rehabilitation* wurden arbeitsbezogene Fertigkeiten und Fähigkeiten in hauseigenen Werkstätten trainiert mit dem Schwerpunkt berufliche Fachkenntnisse und soziale Fähigkeiten zu stärken um auf die berufliche Realität vorzubereiten. Gesamtdauer: 12-24 Monate.

## **Fazit**

All diese Projekte liefen von 2001 bis 2010 und waren sehr erfolgreich in der beruflichen Wiedereingliederung unserer Versicherten. So konnten z.B. bei START, gemessen von 2006 bis 2009, von insgesamt 44 TeilnehmerInnen, von denen 27 die Leistung regulär beendet haben(=61%), 19 auf den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden (=43%)! Sie sind jedoch an der geringen TeilnehmerInnenzahl gescheitert. Wir bedanken uns auch an dieser Stelle ausdrücklich für das außerordentliche Engagement der Beteiligten in den Fachstellen!

## **Weitere Ideen und Projekte**

Ab etwa 2005 kamen vermehrt Anträge auf den Tisch von Versicherten, die im Antrag primär mit einer Alkoholabhängigkeit imponierten, in der Anamnese jedoch nicht selten von bis zu zwanzig Jahren Erfahrungen mit Opioiden und Medikamenten zur Substitution berichten und glaubhaft auch darüber, dass sie während der Substitutionsbehandlung alkoholabhängig geworden seien!

In der im März 2008 neu eröffneten Fachklinik am Kronsberg (Hannover) wurden daher neben den 45 Plätzen zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger weitere 35 Plätze für Alkoholabhängige eingerichtet mit einer Lebens- und Krankheitsgeschichte wie sie bei Drogenabhängigen oft üblich ist.

---

## ARBEITSGRUPPEN

### **AG 1 Ambulante medizinische Rehabilitation mit Substituierten**

Impulsreferat Dr. med. Joachim Köhler  
Deutsche Rentenversicherung Bund Berlin

Vorläufer der Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger war das Modellprojekt Methadon in Nordrhein-Westfalen, das von 1995 – 1998 durchgeführt wurde und von den Modellträgern Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, den Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz und Westfalen, der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Bundesministerium für Gesundheit und verschiedenen Kommunen durchgeführt wurde. Dabei gab es drei Vergleichsgruppen und zwar:

- stationäre Reha ohne Methadon (n=150),
- ambulante Reha mit Methadon (n=123),
- ambulante Behandlung mit Methadon (n=218).

Die ambulante Rehabilitation wurde nach einer Klärungsphase von 6 Monaten über maximal 18 Monate durchgeführt und 6 und 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation katamnestisch untersucht.

An der ambulanten Rehabilitation mit Substitution nahmen seitens der BfA 28 Versicherte teil, davon waren 17 Wiederholungsrehabilitationen (maximal 9 Suchtrehabilitationen im Vorfeld). Bei 12 Rehabilitanden wurde ein Beigebrauch nachgewiesen, bei weiteren 12 wurde kein Beigebrauch nachgewiesen, bei 4 Rehabilitanden war der Beigebrauch unsicher. 6 Rehabilitanden brachen die Reha vorzeitig ab. Es zeigten sich erhebliche Umsteigeeffekte auf Alkohol und Cannabis. Ernüchternd aus Sicht der Rentenversicherung war die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, beschäftigt zu Beginn der Reha waren 7 Rehabilitanden, zum Ende der Reha lediglich 4 Rehabilitanden.

---

Als günstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation wurden angesehen:

- eine abgeschlossene Berufsausbildung,
- ein bestehendes Arbeitsverhältnis,
- eine nur kurz dauernde Abhängigkeit oder
- der Gebrauch von nur 1-2 Substanzen.

Nicht ausreichend berücksichtigt wurden aus Sicht der Rentenversicherung die Reha-Fähigkeit und die Reha-Prognose, kritisiert wurden auch die Behandlungskonzepte ambulanter Rehaeinrichtungen, die Erfassung körperlicher Erkrankungen, die Aufarbeitung sozialmedizinischer Fragestellungen, die Auswertung der Leistungsfähigkeit, der Kosten-Nutzen-Effekt und die tatsächliche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Aus diesen Erfahrungen wurde dann am 4.5.2001 die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen zwischen Renten- und Krankenversicherung abgeschlossen, sie ist gültig seit dem 1.7. 2001. In der Anlage 4 sind die *Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei Übergangweisem Einsatz eines Substitutionsmittels* beschrieben.

Wesentliche Inhalte sind:

- Es gelten die gleichen Bedingungen wie bei Nichtsubstituierten.
- Ziel der Reha ist die vollständige Abstinenz, auch vom Substitut.
- Eine ausreichende Vorbereitung (6 Monate) ist erforderlich.
- Es besteht eine nachgewiesene Beikonsumfreiheit (4 Wochen vor Antrag).
- Eine Weitersubstitution nach Ende der Reha ist möglich.
- Eine positive Reha-Prognose wird gesehen, wenn die Rehabilitanden langfristig Abstinenz anstreben, über ein funktionsfähiges soziales Netz bzw. eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.

- 
- Die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen wurden als vorläufige Orientierung angesehen.
  - Eine Überprüfung ist vorgesehen.

Bei der Umsetzung in der Rehabilitation wurden stationäre, ambulante und ganztägig ambulante Einrichtungen anerkannt, regional jedoch sehr unterschiedlich. Die Entwicklung verlief eher schleppend und es gab nur geringe Fallzahlen. In den Konzepten ist eine Höchstdosis vereinbart, z.B. 40mg Polamidon, 60-80mg Methadon oder 10mg Buprenorphin. Der substituierende Arzt soll über die Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung verfügen. Seitens der Rentenversicherung gab es Schwierigkeiten bei der statistischen Erfassung dieser Rehabilitandengruppe.

Als Gründe für die zögerliche Umsetzung können prinzipielle Vorbehalte gegen die Substitution, Informationsdefizite, einrichtungsinterne Widerstände, die eher hohen Anforderungen der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen und die unklare Vorgehensweise bei der Abdosierung angenommen werden.

Im ambulanten Bereich sind gegenwärtig von der DRV Bund folgende Einrichtungen für die Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger anerkannt<sup>5</sup>:

- Aachen WABe Fachambulanz
- Bad Homburg, Zentrum f. Jugendberatung und Suchthilfe f. d. Hochtaunuskreis
- Berlin KIBO ambulante Drogentherapie
- Duisburg Alexianer Bürgerhaus Hütte gGmbH
- Düren Sozialpädagogisches Zentrum - Sucht- und Drogenberatung
- Düsseldorf Methadon- und Drogenambulanz Gesundheitsamt
- Düsseldorf Frauensuchtberatungsstelle
- Frankfurt Suchthilfezentrum Bleichstraße
- Herne Kadesch GmbH ambulante Beratungsstelle

---

<sup>5</sup> siehe Anschriften im Anhang IV

- 
- Hildesheim Drogenhilfe
  - Hofheim Zentrum f. Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis
  - Ingolstadt Caritas Suchtambulanz
  - Kempten Psychosoziale Beratungsstelle
  - Kiel Fachambulanz der Fachkrankenhauses Nordfriesland
  - Köln Substitutionsambulanz MEREAM
  - Landsberg Condrops
  - Leipzig Suchtberatungs- u. Behandlungsstelle *Alternative*
  - München Condrops e.V. Drogenberatung
  - Neuburg/Donau Psychosoziale Beratungs- und Therapiestelle für Suchterkrankungen
  - Neuss Caritasverband - Fachambulanz für Suchtkranke
  - Rendsburg Ev. Suchtberatungs- u. Behandlungsstelle
  - Wolfsburg Jugend- und Drogenberatungszentrum drobs
- Hinzu kommen weitere Einrichtungen, die durch die Regional-träger belegt werden.

In den letzten Jahren ist es zu einer fachlichen Diskussion in der Rentenversicherung gekommen, die dazu geführt hat, dass sich alle Träger zur Anwendung und Umsetzung der Anlage 4 Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen bekannt haben, was bis dahin in einigen Regionen so nicht der Fall war. Dies führte zum Ausbau stationärer und ambulanter Angebote z.B. in Baden-Württemberg. Die Anforderungen der Anlage 4 wurden relativiert und es wurde festgestellt, dass es sich hierbei um Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen handelt, die im Einzelfall nicht immer erfüllt sein müssen. Gerade bei der Forderung nach einem funktionsfähigen sozialen Netz, einer abgeschlossenen Schul- oder Berufsausbildung oder dem Beikonsum zeigt der Praxisalltag, dass dies eher Ziele einer Rehabilitation als Eingangsvoraussetzungen sein dürften. In Folge dieser Diskussionen besteht seitens der Rentenversicherung die Bereitschaft, die Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen entsprechend zu überarbeiten und anzupassen.

---

## Plädoyer für eine qualifizierte Integration der Substitutionstherapie in die medizinische Rehabilitation<sup>6</sup>

Werner Heinz, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt

Die überwiegende Mehrzahl der substituierenden Ärzte, Patienten, aber auch viele Fachkräfte der Suchthilfe betrachten die medizinische Rehabilitation und die Opiatsubstitution weiterhin als einander ausschließende, im Ansatz entgegengesetzte Konzepte der Suchtbehandlung.

Paradoxerweise und konträr zu den ursprünglichen Kriterien der Indikationsstellung für die Substitutionstherapie wird die medizinische Rehabilitation immer seltener als vorrangige Behandlungsform der Opiatabhängigkeit gewählt. Zunehmend wird sie zum „Notnagel“ nach wiederholt gescheiterten Substitutionsbehandlungen oder in hoch belasteten Lebenssituationen.

Besonders bedenklich ist, dass die Ausbreitung der Opiatsubstitution zur mittlerweile quantitativ dominierenden Behandlungsform der Opiatabhängigkeit sich unter diesen Voraussetzungen als eine veritable Behinderung der Rehabilitationschancen von Drogenabhängigen auswirkt.

Auch viele Fachkräfte der Suchtrehabilitation überwinden erst ansatzweise die Bewertung der Substitution als Verschreibung einer „Ersatzdroge“ und lernen die Substitutionstherapie als Variante einer medikamentengestützten Suchttherapie zu begreifen, die sich nicht prinzipiell von der Verschreibung von Psychopharmaka bei anderen psychiatrischen Erkrankungen unterscheidet.

In der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen v. 4.5.2001 wurde mit der „übergangsweise substituitionsunterstützten medizinischen Rehabilitation“ zwar ein Zugang für substituierte Patienten zur ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation

---

<sup>6</sup> Dieser Beitrag wurde auf Grundlage eines Impulsreferats für die Arbeitsgruppe 1 „Ambulante medizinische Rehabilitation mit Substituierten“ formuliert.

---

eröffnet. Jedoch stellen die Indikationskriterien und Kautelen ein erhebliches Zugangshemmnis zur medizinischen Rehabilitation dar, auch wenn im Einzelfall patientenfreundliche Entscheidungen der Leistungsträger und Rehabilitationseinrichtungen erwirkt werden können.

Viele substituierte Opiatabhängige streben eine berufliche, familiäre und soziale Integration an. Sie sind in der Lage, Beschäftigungsverhältnisse im ersten Arbeitsmarkt einzugehen oder nutzen die im SGB II vorgesehenen Maßnahmen zur Arbeitsintegration.

Aufgrund des mit der medizinischen Rehabilitation verknüpften Abstinenzparadigmas können sie jedoch oft die Hilfestellungen von ambulanter oder stationärer Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen, wenn ihnen das Abdosieren vom Substitutionsmittel im vorgegebenen Zeitrahmen von wenigen Monaten nicht realistisch erscheint. Paradoxerweise werden dadurch gerade jene Substitutionspatienten, die über gute Voraussetzungen für das Gelingen einer substitutionsgestützten Rehabilitation verfügen, von dieser ferngehalten.

1. Bei der Indikationsstellung für die übergangsweise substituitionsunterstützte medizinische Rehabilitation muss das prolongierte Entzugssyndrom nach einer Langzeitsubstitution berücksichtigt werden. Patienten, die über mehrere Jahre substituiert wurden, erleben eine erheblich verlängerte Entzugssymptomatik. Besonders schwierig gestaltet sich der prolongierte Methadonentzug, wenn unter der Substitution ein abhängiger Beigebrauch von Benzodiazepinen bestand und der Opiatentzug sich mit den langwirkenden psychischen Entzugerscheinungen von Benzodiazepinen verschränkt. Im Verlauf einer i.d.R. dreiwöchigen stationären Entgiftung ist der ausschleichende Entzug unrealistisch.

Bei Beginn der stationären Rehabilitation ist die Entgiftung nicht abgeschlossen. Das prolongierte somatische und psychische Entzugssyndrom führt zu einer erhöhten Abbruchwahrscheinlichkeit in der Eingangsphase der stationären Entwöhnung.

---

### Änderungsbedarf

Die Indikationen für die übergangsweise substitutionsunterstützte medizinische Rehabilitation sollten erweitert werden auf das prolongierte Entzugssyndrom. Die für das Abdosieren des Substitutionsmittels vorgesehene Phase der medizinischen Rehabilitation sollte verlängert und ohne Vorgabe von Fristen der gemeinsamen Steuerung von Arzt und Patient anvertraut werden.

## 2. Bei der Vereinbarung des Abstinenzzieles im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation mit Substituierten muss die Funktionalität des Substitutionsmittels für die Aufrechterhaltung von Ich-Funktionen und bei der Bewältigung psychischer Bedrohungen berücksichtigt werden.

Die sozio- und psychotherapeutisch begleitete und weitgehend in eigener Souveränität gesteuerte beigebräuntesubstitutionsfreie Substitution kann erheblich zur Förderung von Selbstvertrauen, Leistungsvermögen und Krisenbewältigungskompetenz beitragen und auf diese Weise einen wichtigen Beitrag zu einer erfolgreichen Eingliederung in das Erwerbsleben leisten.

Für die Mehrzahl der Patienten, die seit fünf, zehn oder fünfzehn Jahren substituiert werden, hat das Substitutionsmittel über die ursprünglich angestrebte Kontrolle der körperlichen Entzugssymptomatik hinausreichend eine eigene Funktionalität hinsichtlich der *Kontrolle von psychischen Bedrohungen* und der Aufrechterhaltung der psychischen Funktionsfähigkeit gewonnen. Es besteht hohe Ängstlichkeit gegenüber Rückfallrisiken und Craving. Die Zuversicht gegenüber einer langfristigen Abstinenzfähigkeit ist zunächst sehr gering.

Im subjektiven Erleben von Langzeitsubstituierten wird das Substitutionsmittel zum unverzichtbaren und lebensnotwendigen „Medikament“ zur Bewältigung von Rückfallrisiken und darüber

---

hinaus zu einem existenziell wichtigen „Filter“ gegen Überforderungen durch negative Emotionen, Spannungszustände oder Überforderungen, soziale Ängste und psychosomatische Entgleisungen, die bis zu schweren Panikattacken reichen können.

Das Abdosieren des Substitutionsmittels setzt voraus, dass Bewältigungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (wieder)hergestellt sind. Der Prozess des Abdosierens zur Abstinenz muss zeitlich von den Patienten weitgehend selbst gesteuert werden.

### **Änderungsbedarf**

Bei Aufrechterhaltung der Substitution sind die Chancen zur Rehabilitation und Eingliederung in das Erwerbsleben oft aussichtsreicher als bei Durchsetzung einer Abstinenzanforderung, der sich die Patienten (zunächst) nicht gewachsen fühlen. Die Entscheidung über die Aufrechterhaltung der Substitution oder das Abdosieren der Medikation muss abhängig vom Rehabilitationsverlauf und den dabei gewonnenen erweiterten diagnostischen Erkenntnissen getroffen werden.

### **3. Kann eine differenzielle Indikationsstellung zur substitutionsgestützten medizinischen Rehabilitation den Vorbehalten der Rentenversicherungsträger entgegenwirken und Substituierten den Zugang zur medizinischen Rehabilitation (wieder) öffnen?**

Nach meiner Wahrnehmung zielt die Anlage 4 *Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels* weniger darauf, Zugänge von Substituierten zur medizinischen Rehabilitation zu öffnen als vielmehr die Zuständigkeit der Rentenversicherer für die nach wie vor finanziell nicht geregelte

---

„psychosoziale Begleitbetreuung zur Substitution“ abzuwehren und einem „Missbrauch“ der Finanzierungszuständigkeiten der RV im Rahmen der Substitution entgegenzuwirken. Fatale Folge ist der überwiegende Ausschluss einer Zielgruppe aus der medizinischen Rehabilitation, die mit Unterstützung der Substitutionstherapie wesentliche Fortschritte bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik erzielen konnte.

Möglicherweise kann eine nach Verläufen der Substitutionstherapie differenzierende Indikationsstellung für die medizinische Rehabilitation zur Lösung dieses Dilemmas beitragen (*vgl. die von mir beigesteuerte Tagungsunterlage „Anregungen und Thesen zur Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting“ im Anhang*).

Dabei ist die Ambulante Rehabilitation sicher indiziert bei *Verlaufstyp 1 „Substitution als Ausstiegshilfe“*.

Für *Verlaufstyp 2 „Ambivalenz auf Dauer gestellt“* halte ich eine ambulant-stationäre Kombi- oder Intervallkonzeption der substitutionsgestützten medizinischen Rehabilitation für erfolgversprechend.

Bei Substitutionsverläufen, die ich als *„Stagnierende Langzeit-substitution“* und *„Ersatzdroge und Überlebenshilfe bei Polytoxikomanie“* charakterisiert habe, treffen die Entscheidungskriterien für eine stationäre Rehabilitation - bei einem Großteil vielleicht aber auch eher für eine stationäre Soziotherapie – zu.

Gleichwohl ist damit das Problem der motivationalen Distanz von Substituierten zumindest zur stationären Rehabilitation nicht gelöst. Hier könnten die Anbieter der medizinischen Rehabilitation von Modellen der Intervalltherapie, wie sie die Asklepiosklinik Göttingen, Chefärztin Fr. Dr. Luedecke, für traumatisierte Substitutionspatienten entwickelt haben, lernen.

---

### **Entwicklungsbedarf**

Gerade weil Substituierte mit Hilfe der Substitutionsmedikation ein im Vergleich zu unbehandelten akut Abhängigen erheblich verbessertes Kontrollerleben im Umgang mit dem Suchtmittel, und daraus resultierend eine erheblich souveränere Alltagskompetenz entwickeln, kann und muss die substitutionsgestützte Rehabilitation nach individuellem Bedarf und Einzelfallindikation als ambulant-stationäre Therapieform weiterentwickelt werden.

#### **4. Substituierte Patienten mit psychiatrischer Komorbidität profitieren bei der Therapie vom Schutz des Substitutionsmittels. Die Abdosierung des Substitutionsmittels ist häufig kontraindiziert.**

Die der Suchtentwicklung oft zugrunde liegenden psychischen Störungen und Vulnerabilitäten, Traumatisierungen und Entwicklungsdefizite sind in ihrer Symptomatik meist nicht eindeutig zu unterscheiden von den im Suchtverlauf erworbenen Ängsten, Einschränkungen und Symptomen der psychischen und sozialen Desintegration. In der Literatur werden hohe Raten an Traumatisierungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und sexuellen bzw. körperlichen Gewalterfahrungen bei Suchtkranken genannt (vgl. Lüdecke 2010).

Ohne die therapeutische Bearbeitung und Bewältigung der aus Traumatisierungen und psychosozialen Entwicklungsdefiziten resultierenden und mit dem Suchtmittelkonsum assoziierten psychischen Störungen bestehen nur geringe Erfolgsaussichten hinsichtlich einer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Eingliederung in Arbeit.

In den vergangenen Jahren wurden traumatherapeutische Behandlungsansätze und Behandlungskonzepte bei Borderline-Persönlichkeitsstörung oder anderen psychiatrischen Störungsbil-

---

dern entwickelt, die sich die „schützende“ und stabilisierende Wirkung der Opiatsubstitution zu Nutze machen. Diese bisher in einigen wenigen psychiatrischen Kliniken praktizierten Therapiekonzepte setzen auf eine Weiterführung der Substitutionstherapie während der Psychotherapie: als Basis z.B. für Skills- und Bewältigungstraining, Dialektisch-Behaviorale Therapie bis hin zur Trauma-Konfrontation und Trauma-Integration. Dabei scheinen sich substitutionsgestützte stationär-ambulante-Intervallbehandlungen mit aufeinander abgestimmten Trainingskonzepten besonders zu bewähren.

### **Änderungsbedarf**

Analog zum Einsatz von Psychopharmaka sollte auch die Option einer Aufrechterhaltung der Substitutionstherapie bei psychiatrisch komorbiden Patienten während und nach einer stationären Rehabilitation bestehen.

## **Zusammenfassung**

Das mit einer erfolgreichen Substitutionstherapie gewonnene Kontrollerleben sollte den Patienten nicht entzogen, sondern im Gegenteil genutzt werden, um ihre psychischen und sozialen Kompetenzen sowie ihr Leistungsvermögen zu fördern. Dieses Vorgehen sollte neue Chancen der Rehabilitation bei Langzeit-Opiatabhängigen eröffnen und zu einer verbesserten Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation bei Opiatabhängigkeit beitragen.

Vorrangig sind dabei die im Schutz der Substitutionsmedikation erzielten Fortschritte bei der Wiederherstellung des Leistungsvermögens und der Eingliederung in das Erwerbsleben.

Das Abdosieren des Substitutionsmittels, d.h. das Aufgeben des medikamentösen Schutzes, wird *nach* fortgeschrittenem Rehabilitationsprozess als spezifischer therapeutischer Schritt in Angriff genommen. Dabei sind Tempo und Modus des Abdosierens in

---

angemessener Relation zur (wieder-)hergestellten Bewältigungs-kompetenz des Patienten zu steuern. Kontraproduktiv wäre die Vorgabe eines Entzugsschemas ebenso wie ein den wechselnden Stimmungen und Überzeugungen der Patienten schematisch nachgebendes Dosismangement.

## **Protokoll und Diskussion**

*Arbeitshypothese:* Die medizinische Rehabilitation soll nicht als Alternative zur Substitution betrachtet und durchgeführt werden. Substitution kann bei entsprechender Indikation in eine medikamentengestützte Variante der medizinischen Rehabilitation überführt werden.

### ***Vortrag Dr. Köhler***

- Modellprojekt Methadon NRW.
- Umsetzung in der Reha
- Gründe für zögerliche Umsetzung
- Anerkannte Einrichtungen DRV Bund
- Aktuelle Entwicklungen
- Diskussion in der Rentenversicherung

### **Fazit**

Die Interessen der RV werden erfüllt, wenn die Integration in das Arbeitsleben bei Substituierten erfolgt. Substitution bis zum Ende der Rehabilitation ist kein Problem.

### ***Vortrag Werner Heinz***

- Die Regelwerke und Leitlinien der RV errichten Zugangshindernisse gegenüber der Nutzung der medizinischen Rehabilitation durch Substituierte;
- Eine Differenzierung der Substitution nach Verlaufstypen könnte eine differenzielle Indikationsstellung für die substitutionsgestützte ambulante und stationäre Rehabilitation verbessern;
- Bei Beachtung der vorgeschlagenen Indikationskriterien ist die Integration von Substituierten (Verlaufstypen „Ausstiegshilfe“ und

---

„Ambivalenz“) in Einzel- und Gruppensettings der ambulanten Reha möglich.

### **Fazit**

Die substitutionsgestützte ambulante und stationäre Rehabilitation sollte sich vorrangig daran orientieren, die Erwerbsfähigkeit und Teilhabe von Opiatabhängigen auch unter der Substitution wiederherzustellen bzw. zu fördern – Abdosieren zur Abstinenz kann als Ergebnis dieses Prozesses, nicht als Voraussetzung, angestrebt werden.

### **Berichte und Fragestellungen aus der Runde**

- Bericht über die Planungen einer Schwerpunktpraxis für Substitution und Suchtmedizin: differenzierte Fördermaßnahmen sollen entsprechend den Voraussetzungen und Entwicklungspotentialen der substituierten Patienten mit der Substitutionstherapie verbunden werden. Probleme bestehen dabei wegen der unterschiedlichen Kostenzuständigkeiten und unklaren Abstimmungen von Zuwendungsgebern und Leistungsträgern (Eingliederungshilfen, Jobcenter, Rehaträger).

An den Bericht anknüpfend wird auf die Forderung verschiedener Fachverbände verwiesen, dass an die Stelle der durch unterschiedliche Zuständigkeiten separierten „Säulen“ des Hilfesystems eine integrierte Hilfeplanung mit aufeinander abgestimmten Hilfe-Modulen und -Optionen etabliert werden sollte<sup>7</sup>.

- Die Zugangskriterien zur substitutionsgestützten ambulanten und stationären Reha sind möglicherweise deshalb sehr eng gefasst, um den „Missbrauch“ der RV als Leistungsträger für eine allgemeine psychosoziale Betreuung Substituierter entgegenzuwirken. Sie verhindern de facto die Erreichbarkeit der Zielgruppe mit rehabilitativen und systematischen Hilfestellungen zur Verbesserung der Arbeitsintegration und Teilhabe.

---

<sup>7</sup> Lüdecke, Sachse, Faure: Sucht-Bindung- Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, 2010.

- 
- Das Abdosieren zur Abstinenz im Verlauf der Rehabilitation darf nicht unterschätzt werden als „milde, zeitlich gestreckte Entgiftung“ – im Gegenteil: sie bedeutet eine erhebliche psychische und pharmakologische Herausforderung. Dabei ist die Funktionalität des Substitutionsmittels für die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität zu berücksichtigen.
  - Die substitutionsgestützte Rehabilitation muss die Erfahrungen und Erkenntnisse aus Forschung und Praxis aufnehmen, denen zufolge forcierte Abstinenz das Mortalitätsrisiko erhöht (PREMOS-Studie) und das forcierte Abdosieren zur Abstinenz im Verlauf der mit Psychotherapie verbundenen Veränderungskrisen kontraindiziert sein kann.
  - Behauptung: Substituierte sind entweder nicht ausreichend für Reha motiviert – oder benötigen, sofern die Substitution stabil verläuft, keine Reha. Sind stabil Substituierte, die arbeiten, rehabedürftig?
  - Der Erreichungsgrad Substituierter mit „PSB“ liegt auch bei positiver Interpretation der vorliegenden Daten aus Suchthilfestatistiken (Baden-Württemberg/Hessen) unter 50%. Zu den Ursachen gehört u.a. auch die fehlende Regelung und Anpassung von substitutionsbegleitenden Versorgungsstrukturen.
  - Eine nennenswerte Steigerung der mit Reha erreichten Substituierten wird auch von einer Anpassung der Reha-Angebote abhängig sein. Modelle der ambulant-stationären Kombi- und Intervalltherapie erscheinen hier erfolgsversprechend. Darüber hinaus wird eine Verbindung von arbeitsintegrativen Angeboten mit der substitutionsgestützten Rehabilitation empfohlen.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Siehe Anhang: Stellungnahme des DPWV Baden-Württemberg

---

Ist-Situation	Soll-Situation
<p>▶ Die Bedingungen der RV blockieren eher den Zugang zur substitutionsgestützten Rehabilitation. Substitutionsgestützte ambulante Rehabilitation beschränkt sich bisher auf verschwindend geringe Zahl von Einzelfällen.</p> <p>▶ Die Verpflichtung zur Abdosierung des Substitutionsmittels kann nicht aus dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit abgeleitet werden.</p> <p>▶ Es gibt eine beträchtliche Zahl von Substituierten, die bei Änderung der Zugangsvoraussetzungen durch ambulante rehabilitative Angebote erreicht werden könnte.</p>	<p>▶ Schaffung und Bekanntgabe von Best Practice Leuchttürmen</p> <p>▶ Die Fokussierung auf Abdosierung soll überwunden werden</p> <p>▶ Das rehabilitative System soll durchlässiger werden, sich auf die Bedürfnisse der Patienten zentrieren und modulare Behandlungsangebote sowie <i>Modelle</i> der ambulant-stationäre Kombi- und Intervalltherapie entwickeln.</p>

---

## **AG 2 Substitution während medizinischer Rehabilitation – Erfahrungen über Chancen, Grenzen und Herausforderungen**

Inputreferat Dr. Thomas Kuhlmann,  
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Unter Federführung der damaligen LVA Westfalen-Lippe (heute DRV-Westfalen-Lippe) wurde von 1996 bis 1999 in der Fachklinik Release ein Projekt durchgeführt, bei dem Patienten mit und ohne Substitutionsbehandlung eine medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige absolviert haben.

Der erfolgreiche Abschluss dieses Projekts hat entscheidend dazu beigetragen, in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001 in Anlage 4 festzuschreiben, dass „unter einstweiliger Fortsetzung der Substitutionsbehandlung“ Patienten eine Leistungszusage für eine medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige erhalten können, die sich zum Zeitpunkt der Antragstellung und auch zum Zeitpunkt des Therapieantritts noch unter Substitutionsbehandlung befinden.

Seitdem haben wenige Kliniken diese Möglichkeit konzeptionell genutzt und ihr Behandlungsangebot entsprechend ergänzt, in der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach (PSK) ist das Konzept der Abteilung zur medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger im Jahr 2005 entsprechend erweitert worden. Im Folgenden wird über die diesbezüglichen Erfahrungen in der PSK berichtet.

Die Klinik liegt unmittelbar am Stadtrand des rechtsrheinischen Kölns (ca. 300 Meter von der Stadtgrenze Köln entfernt), ist 1980 damals als Reha-Klinik gegründet worden, verfügt seit 1990 über eine erste Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger und ist seit 1994 in die psychiatrische Pflichtversorgung für Stadtteile Kölns und den Rheinisch-Bergischen-Kreis mit inzwischen drei Stationen zur qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger eingebunden.

---

Die aktuelle Klinikstruktur umfasst

- 122 Betten (zwei Reha-Abteilungen (med. Reha Alkohol-/Medikamente mit 40 Betten, med. Reha Drogen mit 40 Betten, davon 10 für die adaptive Phase), drei Akutstationen á 14 Betten (ca. 1100/1200 Aufnahmen pro Jahr),
- eine Institutsambulanz inklusive Substitutionsbehandlung sowie - in Trägerschaft der Klinik -
- Aufsuchendes Betreutes Wohnen für das Versorgungsgebiet (Rhein.-Berg. Kreis und Großraum Köln) und ein
- Soziotherapeutisches Wohnheim für psychiatrisch komorbide Drogenabhängige mit 24 Plätzen (für Klienten mit und ohne Substitutionsbehandlung).

Der konzeptionelle Ansatz zur Aufnahme und Integration substituierter Drogenabhängiger in die medizinische Rehabilitation basiert auf der der Behandlung in allen Klinikbereichen zugrundeliegenden Haltung „Behandlung als Hilfe zur Selbsthilfe“ sowie „soviel Integration wie möglich - soviel Spezialisierung wie notwendig“. Das bedeutet die grundsätzliche Integration für Patienten mit und ohne Substitutionsbehandlung in gleicher Weise in den gesamten Behandlungsprozess, abhängig von individuellen Besonderheiten sowie zunächst vorsichtigem Einstieg in dieses neue Behandlungsangebot, um Erfahrungen zu sammeln und den mit dieser konzeptionellen Erweiterung zu erwartenden psychotherapeutischen Herausforderungen gerecht zu werden.

Die Zahl substituierter Patienten ist deshalb zunächst auf vier begrenzt worden, d. h. in der Regel einer pro Therapiegruppe unter den 30 Patienten, für die adaptive Phase werden 10 Plätze vorgehalten. Ausgehend von den in Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen festgelegten Rahmenbedingungen ist die Startdosis zunächst auf 40mg Substitution bei Methadonbehandlung bzw. 8mg Subutex bei Buprenorphin-Behandlung festgelegt worden mit dem Ziel langsamer Abdosierung unter der Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten und psychische Verfassung des jeweiligen Patienten bis zur Komplettabdosierung.

---

Falls der therapeutische Verlauf sich konstruktiv entwickeln sollte, die Abdosierung selbst jedoch zur absehbaren Überforderung wird, ist von Anfang an vorgesehen, einzelfallbezogen Rücksprache mit dem Rentenversicherungsträger zu halten bezüglich der Möglichkeit einer durchgehenden Substitution. Aufgrund der strengen Interpretation der Ausführungen in Anlage 4 hat sich bis Herbst 2009 in keinem Fall die Möglichkeit ergeben eine Fortführung der Substitutionsbehandlung bis zum Ende der medizinischen Rehabilitation inklusive adaptiver Phase durchführen zu können.

Seit dem Expertengespräch mit der Arbeitsgruppe Suchtbehandlung der DRV auf Bundesebene unter Beteiligung von Vertretern aller DRVen mit zwei Klinikvertretern (ein Kollege aus den Kliniken Wied sowie der Referent) hat sich der Spielraum inzwischen einzelfallbezogen deutlich erweitert.

Bezüglich der Drogen-Rehaabteilung der PSK ist festzuhalten, dass in hohem Maße auch Patienten mit psychiatrischer Komorbidität (insbesondere Psychosen) seit über 15 Jahren mitbehandelt werden einschließlich neuroleptischer Medikation, so dass die Integration psychiatrisch erforderlicher medikamentengestützter Behandlung in den Gesamtbehandlungsprozess allen Mitarbeitern und auch im Hilfesystem vertraut ist.

Bezüglich der substituierten Patienten gelten grundsätzlich die gleichen therapeutischen Regeln für alle plus die Besonderheiten des Einzelfalls analog zur Behandlung aller anderen Patienten auch.

Nachdem die ersten beiden Patienten im Jahre 2005 zur substituierungsgestützten medizinischen Rehabilitation aufgenommen wurden mit positivem Behandlungserfolg, kamen in den darauffolgenden Monaten trotz mehrfacher Nachfragen und Zusagen unsererseits gegenüber Klienten aus dem Bundesgebiet (u. a. JVA Darmstadt etc.) nur noch abstinente Patienten zur Aufnahme: Warum?

Jene Patienten, die zur Aufnahme kamen und zuvor die Zusage einer medizinischen Rehabilitation auch unter Substitutionsbehand-

lung erhalten hatten, konnten diese Zusage nutzen, um die Komplettabdosierung zu versuchen in der Gewissheit im Zweifelsfall auch unter Substitution die Reha antreten zu können. Erst im Jahr 2006 kamen die nächsten Patienten unter Substitution.

Nachfolgend unsere Behandlungsergebnisse der letzten Jahre in Zahlen ausgedrückt (*Substitution* mit D, L-Methadon, L-Polamidon und Subutex (Buprenorphin)):

### 2009

Patienten in Substitution	<b>12</b>	Gesamtgruppe	<b>144</b>
D, L-Methadon/ L-Polamidon	11	Regulär:	72
Subutex	1	G. ä. R.	40
<i>Entlassung</i>	12	Disz.	32
<i>Regulär:</i>	5		
G. ä. R.	4		
<i>Disz.</i>	3		

### 2010:

Patienten in Substitution	<b>22</b>	Gesamtgruppe	<b>152</b>
D, L-Methadon/ L-Polamidon	18	Regulär:	70
Subutex	4	G. ä. R.	56
		Disz.	26
		Verstorben	1
		Durchgehende Substitution	keine
<i>Entlassung</i>	20		
Regulär (inkl.m.ä.E.)	9		
G. ä. R.	6		
Disz.	5		
Weitere (regulär) in 2011 entlassen	2		

---

## 2011 (bis 16.11.2011)

Patienten in Substitution	17
D, L-Methadon/L-Polamidon	15
Subutex	2
Entlassung	10
Regulär (inkl.m.ä.E.)	5
G. ä. R.	4
Disz.	1

Wie den Zahlen zu entnehmen ist, stimmen die Behandlungsergebnisse jener Patienten, welche die medizinische Rehabilitation unter Substitutionsbehandlung beginnen und jener, die zu Therapiebeginn bereits abstinent sind, weitgehend überein.

Eine durchgängige Substitution bis Therapieende hat sich bisher nicht ergeben, in Einzelfällen lag die entsprechende Zusage vor, in diesen Fällen haben sich die Patienten jedoch selbst für eine Komplettabdosierung entschieden trotz in Einzelfällen divergierender therapeutischer Einschätzung unsererseits. Falls sich die therapeutische Notwendigkeit einer durchgehenden Substitution ergeben sollte, würde diese auch durchgeführt bzw. Rücksprache mit der zuständigen DRV gehalten je nach Leistungszusage.

In der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation (für Alkohol- und Medikamentenabhängige) ist bereits zweimal bei ein und derselben Patientin eine Rehabilitation unter durchgängiger Substitutionsbehandlung durchgeführt worden bei zunächst großen Vorbehalten innerhalb des therapeutischen Teams, die aufgrund der konkreten Behandlungserfahrung einer deutlichen Zuversicht und Unterstützung für diesen Behandlungsansatz gewichen ist. Dieser Behandlungserfahrung lag eine konkrete Anfrage seitens der DRV-Bund zugrunde, ob wir bereit seien diese Patientin bei fortlaufender Substitution in unserer Alkohol-Rehaabteilung aufzunehmen, eine aus therapeutischer Sicht erfreuliche Entwicklung möglicherweise auch infolge der Diskussion der bundesweiten Arbeitsgruppe der DRV *Sucht und Reha* mit den Klinikvertretern.

---

## Protokoll und Diskussion

Georg Wiegand hat kurz und pointiert die Sicht des Kostenträgers zusammengefasst, analog zu seinem Vortrag vom Vormittag.

Folgende Aspekte hob er hervor:

Seit 04.05.2001 ist eine medizinische Rehabilitation auch mit Substitution möglich (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, Anlage 4) z.B.

[http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb\\_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf](http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf)

Auch wenn in der Anlage 4 der Fokus auf einer ausschleichenden Substitution während der med. Reha liegt und als Rehabilitationsziel die Abstinenz erhalten bleibt, ist die durchgehende Substitution als Einzelfallentscheidung ausdrücklich erwähnt und ermöglicht. Sie verpflichtet den Rehaträger dann allerdings dazu rechtzeitig vor Beendigung der Therapie eine Nachsorge oder Weiterbehandlung einzuleiten. Hier gibt es zuweilen Schwierigkeiten weil die klassische Vergabesituation bei niedergelassenen Ärzten nur selten auf die Bedingungen (Wechselschicht oder früher Arbeitsbeginn ) erwerbstätiger Versicherter eingestellt ist. Weitere Probleme bestehen bei der ambulanten Weiterbehandlung Substituierter im Anschluss an die Rehabilitation, weil auf den so genannten Beigebruch z.B. von Alkohol – aus Sicht von Herrn Wiegand – manchmal nur unzureichend geachtet wird. Hierbei wird dann der Grundsatz *missachtet* nach dem ein stabiles Substitutionssystem durch *jede (!) hinzukommende Noxe instabil wird und dann dadurch die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist.*

Für die Rentenversicherung steht in rechtssystematischer Hinsicht nicht die Abstinenz im Vordergrund sondern es geht einzig und allein um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und dadurch auch die Ermöglichung von sozialer Teilhabe. Dementsprechend ist aus Sicht der Rentenversicherung auch eine durchgehende Substitution im Rahmen der medizinischen Rehabilitation möglich und wird auchin Kauf genommen, wenn das genannte Rehaziel nicht gefährdet ist.

---

Wenn eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht wahrscheinlich ist, zahlt die Rentenversicherung nicht. Dann kann man aber immer noch eine medizinische Behandlung anderer Art zu Lasten der überörtlichen Sozialhilfeträger beantragen wo es dann um medizinische und soziale Ziele geht.

### **Fazit**

Für die Rentenversicherungsträger, als zentrale Kostenträger der stationären medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, steht einer durchgängigen Substitution während der stationären Reha nichts entgegen, wenn ein positiver Verlauf hinsichtlich der Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist und die durchgehende Substitution im Einzelfall begründet wird.

## **Diskussion**

In der folgenden Diskussion wurden die Ergebnisse der Impulsvorträge mehrheitlich bestätigt:

### **Medizinische Reha unter Substitution ist mit vergleichbarem Erfolg wie bei klassischen Rahmenbedingungen möglich.**

Insbesondere die (wenigen) Einrichtungen die seit längerem stationäre medizinische Rehabilitation mit ausschleichender Substitution anbieten verweisen auf die Erfahrungen der erhöhten Abbruchquote zum Zeitpunkt des Endes der Ausschleichung. Es gibt ganz klar Patienten bei denen die Aufrechterhaltung der Substitution die Chancen auf einen Rehabilitationserfolg im Sinne der Rentenversicherungsträger (soziale und berufliche Teilhabe) erhöht. Wenn diese Ziele nicht erreichbar scheinen kann die Behandlung eventuell über einen anderen Kostenträger (i.d.R. die überörtlichen Sozialhilfeträger) fortgeführt werden.

Obwohl die Möglichkeit der Substitution während der stationären Reha seit 2001 möglich ist und die Erfolge für dieses Angebot

---

sprechen, machen nur wenige Kliniken davon Gebrauch. Durchgängige Substitution wird bisher so gut wie nicht praktiziert, bis auf ganz wenige Einzelfälle.

Ein zentraler Aspekt hierfür scheint zu sein das diese Behandlungsoption noch nicht in den Köpfen der TherapeutInnen angekommen ist. Ein Paradigmenwechsel, welcher auch den internationalen Forschungsergebnissen entspricht, scheint erforderlich. Normalerweise ist das bei medizinischen Fragestellungen internationaler Standard.

Jahrzehntelang war die Arbeit in der stationären Reha ausschließlich abstinentfixiert, da braucht es einfach Zeit und z.B. Veranstaltungen wie diesen Fachtag, um das Personal entsprechend anzuregen und fortzubilden. Der Bedarf für diese duale Behandlungsoption, Psychotherapie und Substitution (ausschleichend und durchgängig), ist jedenfalls gegeben.

**Die Mehrheit in diesem AK vertrat die Ansicht:**

Wenn Substitution während der stationären medizinischen Reha, dann sollte sie zuerst als ausschleichende Substitutionsbehandlung angeboten und angestrebt werden. Wenn die Abdosierung jedoch den Erfolg der Reha gefährdet (z.B. durch Abbruch oder weil eine stabile Erwerbsfähigkeit anders nicht hergestellt oder gewährleistet werden kann,) kann/sollte auch durchsubstituiert werden.

Einige Stimmen vertraten darüber hinaus die Ansicht dass, insbesondere in Hinblick auf traumatisierte Patienten, eine durchgehende Substitution auch schon zu Beginn der Therapie angeboten werden kann/sollte (inkl. Vorsorge der Weiterbehandlung nach der stationären Therapie), da die Substitution häufig erst eine Behandlung von Traumafolgestörungen ermöglicht.

Es gab auch die Forderung, die Fortführung der Substitution im Rahmen der Rehabilitation vom Rehaziell abzukoppeln, in dem Sinne, es dem Rehabilitanden völlig frei zu lassen, ob er abdosiert wird oder nicht. Das nicht zuletzt, um an die tatsächlichen Probleme „heranzukommen“ anstatt sich mit Dosisfragen („Materialgespräche“) auf Nebenschauplätzen zu verzetteln.

---

Bei anderen chronischen Krankheiten ist es Standard, die Dosis den Symptomen anzupassen. Niemand erwartet als Rehaziel Medikamentenfreiheit (die Erwerbsfähigkeit ist jedoch auch durch den Einfluss anderer Medikamente zuweilen beeinträchtigt). Ist es rechtens, das bei der Opiatabhängigkeit anders zu gestalten?

## **Fazit**

Medizinische Reha unter Substitution ist möglich mit vergleichbarem Erfolg wie bei klassischen Rahmenbedingungen, wenn

- Erwartungen an die Reha realistisch sind,
- Einbeziehung in Patientengruppe und Kontakt zum Team gelingen und
- Bereitschaft und Fähigkeit zur therapeutischen Auseinandersetzung, Reflexion und Zielsetzung ausreichend vorhanden bzw. entwickelbar (analog den klassischen Patienten) sind,
- Therapeutische Erfahrung mit Substitutionsbehandlung und Vernetzung (intern, extern) mit sowie Interesse an Drogenhilfenetzwerk vorhanden sind.

## **Chancen**

Vernetzung niedrigschwelliger und ausstiegsorientierter Hilfen (statt Abgrenzung) mit Perspektive auch für (Langzeit-) Substituierte (inklusive Diamorphin). Diamorphin wird nach Auffassung von Herrn Wiegand als Medikament in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Rahmen der Rentenversicherung auf absehbare Zeit nicht Frage kommen können weil eine volle Erwerbsfähigkeit unter Diamorphin nicht möglich ist.

## **Grenzen**

- Therapeutische Erfahrung,
- Vorbereitung und Erwartung der Patienten,
- Einbeziehung der Gesamtgruppe inkl. der Belastungsgrenzen (PSK: 4-6 o.k., 9-bisher max = zuviel).

---

### **These**

Der Auftrag und die Zielsetzung der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ergeben sich aus dem der medizinischen Rehabilitation zugrunde liegenden gesetzlichen Auftrag. Inwiefern die Beendigung der Substitutionsbehandlung durch Abdosierung oder deren Fortführung auf diesem Hintergrund sinnvoll ist, muss im dialogischen Prozess zwischen behandelndem Arzt und Patienten im Rahmen der Therapie beurteilt und entschieden werden."



Dr. Thomas Kuhlmann, Georg Wiegand

---

## AG 3 Psychotherapie mit Substituierten

Inputreferat Andreas von Blanc,  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

### Historie

Die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Sabine Bätzing, hatte in einem Schreiben an den GBA Vorsitzenden, Herrn Dr. Hess vom 27. Mai 2009 unter Bezug auf § 22 Abs. 2 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie gebeten, der GBA möge prüfen, „ob eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung von Alkohol, Drogen- oder Medikamentenabhängigen so erfolgen kann, dass sowohl unter der Voraussetzung einer vorliegenden Abstinenz als auch mit dem Ziel der Erreichung der Abstinenz“ mit der Therapie begonnen werden kann.

Am 14.04.2011 fasste der GBA den Beschluss zur Änderung der Richtlinie, die mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 07.07.2011 in Kraft trat<sup>9</sup>.

### **BAnz. Nr. 100 (S. 2424) vom 07.07.2011 § 22 Abs.1b**

Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitige stabile substitutionsgestützte Behandlung gemäß Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“, Anlage I, 2. (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger), beschränkt auf den Zustand der Beigebrauchsfreiheit.

Die Anwendung von Psychotherapie ist in diesen Fällen nur zulässig bei regelmäßiger Zusammenarbeit und Abstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele und insbesondere der Beigebrauchsfreiheit mit der substituierenden Ärztin oder dem Arzt sowie bei etwaigen psychosozialen Betreuungs- oder Behandlungsmaßnahmen mit den hierfür zuständigen Stellen.

---

<sup>9</sup> Quelle: GBA v. 14. April 2011

---

### **Nach §25 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt: (1a)**

In den Fällen des §22 Abs. 2 Nr. 1a Satz 2 und 3 entfällt jede weitere Leistungspflicht zur Fortführung der ambulanten Therapie, wenn die Gründe für die Annahme der voraussichtlichen Erreichbarkeit der Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit entfallen, die Abstinenz beziehungsweise Suchtmittelfreiheit tatsächlich nicht bis zum Ende von 10 Behandlungsstunden erreicht wird oder die geforderte Dokumentation nach §22 Abs.2 Nr. 1a Satz 2 und 3 nicht vorgelegt werden kann.

### **Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer**

Die BPTK weist darauf hin, dass die Vorgabe einer kurzfristig, innerhalb von maximal zehn Behandlungsstunden zu erreichenden Abstinenz für die Abhängigkeit von Substanzen, wie z. B. Alkohol, Heroin oder Kokain, zwar sachgerecht erscheine, sich für Medikamentenabhängigkeit z. B. von Benzodiazepinen jedoch als unangemessen und unrealistisch darstelle. Hierzu schlägt die BPTK vor, folgenden Satz 3 neu einzufügen: „Ausgenommen von dieser Voraussetzung ist die Indikation „Abhängigkeit von Medikamenten“.“

### **GBA Reaktion**

Diesem Vorschlag folgt der Unterausschuss Psychotherapie aus fachlichen Gründen nicht. Er vertritt die Auffassung, *„eine Medikamentenabhängigkeit, die einer längeren Entwöhnung bedürfe, müsse zunächst psychiatrisch oder stationär behandelt werden; ambulante Psychotherapie sei in diesen Fällen in der Regel nicht die geeignete Behandlungsform.“*

### **Unterausschuss Psychotherapie**

Der UA PT präzisiert zugleich, dass die ambulante Psychotherapie bei einem Rückfall in den Substanzgebrauch nur dann fortgesetzt werden darf, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit/Abstinenz eingeleitet wurden. Er unterstreicht, dass ein „Rückfall“ eine zuvor bereits bestehende Suchtmittelfreiheit/Abstinenz voraussetzt.

---

## Situation in Berlin

- ca. 5.000 Substitutionspatienten (incl. 10% Privatsubstitutionen)
- „Berliner Linie“, d.h. Integration der Substitution in die ambulante vertragsärztliche/hausärztliche Versorgung
- ca. 140 aktiv substituierende Vertragsärzte (177 Berechtigte) hiervon führen ca. 15 % selber PT durch
- rund 20 Schwerpunktpraxen
- ca. 2.000 Teilnehmer an der PT Richtlinie, davon ca. 500 Mediziner
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen

## Ist-Situation

- Zunehmende Anzahl von psychischen/psychiatrischen Erkrankungen bei Opiatabhängigen,
- Beigebrauch i.R. der Substitutionstherapie ist oft auch Selbstmedikation der psychischen Erkrankung,
- Ausgrenzung der Substituierten aus dem PT- Hilfenetz á la dirty medicine.

## Soll - Situation

- Zugangsvoraussetzung für Patienten zu allen Versorgungsformen des PT Hilfenetzes ermöglichen.
- Ausbau und Förderung der Psychiatrischen Institutsambulanzen.
- Neue Zulassungsformen wie Sonderbedarfzulassung, Ermächtigungen etc. prüfen.

---

## AG 3 Psychotherapie mit Substituierten

Inputreferat Angelika Koshal  
Dipl.-Psych., Bonn

### Zum Hintergrund

Dieser Artikel basiert auf den langjährigen Erfahrungen einer psychotherapeutischen Praxis in Bonn, in der bereits seit über 20 Jahren mit drogenabhängigen Patient/Innen, die sich auch in Substitution befinden, psychotherapeutisch gearbeitet wird.

Im Laufe der Jahre wurde durch vielfache Anamneseerhebungen deutlich, dass die Mehrzahl der drogenabhängigen PatientInnen in der frühen Kindheit und Jugend starken emotionalen Belastungen, bzw. Traumatisierungen ausgesetzt waren. Von daher war eine Zusatzausbildung in Psychotraumatologie, sowie traumatherapeutischen Therapiemethoden naheliegend.

Seit dem Jahr 2000 wird inzwischen traumaorientierte Psychotherapie für drogenabhängige Menschen in dieser Praxis angeboten. Des Weiteren bestehen gute kooperative Kontakte zu den substituierenden Ärzten und eine gute Vernetzung mit dem regionalen Drogenhilfesystem.

Das Psychotherapieangebot wird von den drogenabhängigen PatientInnen durchaus zahlreich und interessiert in Anspruch genommen. Wahrscheinlich spielen hierbei sowohl der Bekanntheitsgrad als auch die gute Vernetzung mit dem Hilfesystem eine wesentliche Rolle. Über die Jahre hinweg wurde immer deutlicher, wie groß der Bedarf tatsächlich ist und über die therapeutische Notwendigkeit dürfte heutzutage, bei den inzwischen vorliegenden Ergebnissen aus der Trauma- und Hirnforschung kein Zweifel mehr bestehen.

Zur Konkretisierung der Psychotherapiesituation in Bonn werden hier einige Praxisdaten aufgeführt:

- seit 10 Jahren befinden sich regelmäßig ca. 25 – 35 substituierte drogenabhängige PatientInnen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

- 
- Die Verweildauer beträgt je nach Problematik und therapeutischer Zielsetzung zwischen 6 Monaten bis zu 2 oder 3 Jahren.
  - ca. 4 - 6 neue Anfragen kommen pro Woche dazu. Aufgrund der hohen Nachfrage besteht eine recht lange Warteliste.

Die Motivation zur Behandlung ist im Verlauf der Jahre immer spezifischer geworden, da bekannt ist, dass in der Praxis sucht- und traumatherapeutisch gearbeitet wird. Die Mehrzahl der PatientInnen meldet sich eigenständig, ein gewisser Anteil kommt auf Empfehlung des jeweiligen Arztes oder der psychosozialen Betreuung.

Gründe für eine ambulante Psychotherapie sind dabei häufig

- aktuelle oder in der Vergangenheit liegende, immer noch belastende Problembereiche bzw. Traumata, sowie Angst- und Panikstörungen, Depressionen usw.,
- Unterstützung bei der Suchtdruckbewältigung,
- Beziehungsprobleme, Trennungen, Verluste,
- §35 ambulante Therapie, hier verändert sich häufig die anfängliche Fremdmotivation in Eigenmotivation, sobald die PatientInnen verstanden haben, wie stark sich die Auswirkungen von „Altlasten“ auf das Suchtmittelverlangen auswirken können.

Folgender kurzer Überblick über die Zahlen des Jahres 2011 zeigt z.B., dass sich im 1. Quartal 2011

- ca. 30 substituierte PatientInnen,
- 2 erst kurzzeitig „cleane“ drogenabhängige PatientInnen und
- 4 bis 6 bereits über mehrere Jahre abstinent lebende PatientInnen, mit Themen, wie z.B. starke Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Verlusten, Mobbing-Erfahrungen am Arbeitsplatz usw. in psychotherapeutischer Behandlung befanden.

Im 4. Quartal 2011 befanden sich

- 40 substituierte Drogenabhängige,
- 2 PatientInnen, im Nemexinprogramm,
- 7 kurzfristig „cleane“ Abhängige und 4 bis 6 langzeitabstinente Drogenabhängige in psychotherapeutischer Behandlung.

---

## Psychotraumatologie

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung sowohl im körperlichen als auch im psychischen Sinn. Es wird dabei unter Monotrauma (Typ-I-Traumata) und komplexer Traumatisierung (Typ-II-Traumata) unterschieden.

Monotraumata entstehen durch kurz andauernde, extrem belastende Ereignisse, z. B. Unfälle, Naturkatastrophen, einmalige Vergewaltigung, schwere Verlusterfahrungen (besonders bei Kindern).

Komplexe Traumatisierungen (Typ-II-Traumata) sind sehr oft bei Suchtpatienten zu finden und entwickeln sich häufig z.B. aus folgenden Situationen, die häufig auch in den Anamnesen abhängiger Menschen zu finden sind:

- innerfamiliäre sexualisierte Gewalt;
- fortgesetzte körperliche Misshandlungen;
- schwere emotionale Vernachlässigung und chronische Ablehnung, sowie
- sich wiederholende schwere Trennungs- und Verlusterlebnisse.

Angelehnt an die neuen Erkenntnisse aus der Hirn- und Traumaforschung wird ein Ereignis als traumatisch definiert, wenn die Situation im Gehirn als äußerste Bedrohung erkannt wird, und das Informationsverarbeitungssystem des Gehirns durch den extremen Stress regelrecht überflutet wird. Hiermit verbunden ist ein Gefühl absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht, „jetzt ist alles aus ...!“

In der Folge kann es plötzlich zu neuro-physiologischen Überaktivierungen und zu überschießenden, situationsunangemessenen Reaktionen kommen.

Die inzwischen wohl bekannteste Traumafolgestörung, häufig erwähnt im Zusammenhang mit Afghanistan-Rückkehrern oder Katastrophen ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Aus der obigen Abbildung wird ersichtlich, dass es noch weitere Traumafolgestörungen gibt. Bereits im Jahr 2001 wird auch die Entwicklung einer Suchterkrankung als eine mögliche Traumafolgestörung aufgeführt.

Nachfolgend werden zwecks besserer Zuordnung die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufgeführt:

- Angstzustände, erhöhte Schreckhaftigkeit,
- Alpträume, Schlafstörungen,
- häufiges Wiedererleben von Traumainhalten (Gedanken, Gefühle, Bilder),
- Depressionen, Konzentrationsstörungen,
- Gefühle von Empfindungslosigkeit, Entfremdung,
- Übererregungszustände, starke innere Anspannungen.



## Zusammenhänge Sucht und Trauma

Die Erkenntnisse aus der Traumaforschung weisen auf Zusammenhänge von Traumaerlebnissen und der Entwicklung einer Suchterkrankung hin. Inzwischen gibt es zahlreiche, auch

internationale Studien aus der Suchtforschung, die diese Ergebnisse bestätigen (siehe auch Lüdecke in diesem Band, Seite 32). Hier wird beispielhaft die Studie von Sebastian Schmidt aus dem Jahr 2000 vorgestellt, da es sich hierbei um eine Fragebogenerhebung handelte, die mit substituierten Drogenabhängigen durchgeführt wurde<sup>10</sup>.

**Studie: Auswertung von Fragebögen (NRW):**

Kontrollgruppe: 153 Studenten (80 w/73 m.)

Drogenabhängige: 215 (112 w/103 m.)

Alle drogenabhängigen Patienten befanden sich zu diesem Zeitpunkt in ärztlicher Substitutionsbehandlung.

**Auszug: Studienergebnisse, in Anlehnung an S. Schmidt 2000, S. 95**

	weite Definition	enge Definition	Inzest
drogenabhängige Frauen	64,3 %	59,8 %	37,8 %
Studentinnen	22,5 %	11,3 %	3,8 %
drogenabhängige Männer	36,9 %	25,2 %	15,5 %
Studenten	8,2 %	5,5 %	0 %

Die obige Tabelle verdeutlicht, wie hoch der Prozentsatz der drogenabhängigen Frauen und drogenabhängigen Männer ist, die in früher Kindheit und Jugend sexuellen Missbrauch erleben mussten. In allen 3 Kategorien liegt die drogenabhängige Personengruppe weit über den Werten der Kontrollgruppe. Geht man davon aus, dass auch hier eine gewisse Dunkelziffer vorhanden ist, liegt der Prozentsatz sogar noch höher.

Bereits 1985 erkannte Khantzian, ein in den USA lebender Psychiater, dass abhängigkeitskranke Menschen häufig durch eine

<sup>10</sup> „Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei Opiatabhängigen“, VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2000

---

Vielzahl von Symptomen belastet sind. Mit Hilfe des Drogenkonsums wird dann versucht, die unerträglichen innerpsychischen Zustände zumindest zeitweise zu lindern. Aus diesem Zusammenhang entwickelte Khantzian „die Hypothese der Selbstmedikation“<sup>11</sup>.

Spätere Untersuchungen führten zu ähnlichen Hypothesen, z.B. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Adoleszenz führen zu einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung eines späteren Substanzmissbrauchs bzw. einer Substanzabhängigkeit. (vgl. z.B. Back et al. (2000), Brady et al. (1994), Felitti (2003), Kufner et al. (2000) etc., zit. n. Kunzke (2008)).

### **Spezielle Probleme bei der Doppeldiagnose Sucht und Trauma**

Ergebnisse weiterer Studien weisen zusätzlich darauf hin, dass traumatisierte Drogenabhängige, die sich in eine therapeutische Maßnahme begeben, eine deutlich höhere Rückfall- und Abbruchrate haben, als nicht traumatisierte Abhängige (vgl. Najavits/Weiss/Shaw (1999); Ouimette (2000), zit. n. Kunzke (2008)).

Inzwischen wird davon ausgegangen, dass die erhöhte Abbruchrate häufig mit dem hohen innerpsychischen Leidensdruck, der durch die jeweiligen traumatischen Erfahrungen verursacht wird, zusammenhängt (vgl. Scherbaum /Heppekausen /Rist (2004) zit. n. Kunzke (2008)).

Bekannt ist, dass zentral dämpfende Drogen, wie Alkohol, Cannabis, Opiate, sowie Heroin offensichtlich zu einer akuten Verbesserung zuvor vorhandener Traumafolgestörungen führen. Daraus ergibt sich folgende Problematik: ein substituierter Drogenabhängiger, der in eine stationäre Therapie gehen möchte, muss in der Regel zuvor entgiften. Ohne die dämpfenden Drogen, treten

---

<sup>11</sup> Khantzian, E.J. (1985b): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. American Journal of Psychiatry 142, 1259-1264.

---

dann neben den Nachwirkungen der entgifteten Substanz auch die Symptome der Traumafolgestörungen wieder zutage. Dies ist für einen traumatisierten und suchtkranken Menschen in der Regel eine zu große emotionale Überforderung und endet erfahrungsgemäß oft genug in einem baldigen Rückfall und/oder dem Abbruch der therapeutischen Maßnahme.

Bezieht man die Hypothese der Selbstmedikation von Khantzian mit ein, die besagt, dass suchtmittelabhängige Menschen häufig zur Linderung der „unerträglichen innerpsychischen Zustände“ diverse Suchtmittel einsetzen, ist es nachvollziehbar, dass diese „unerträglichen innerpsychischen Zustände“ ebenfalls einer adäquaten Behandlung bedürfen, damit die Notwendigkeit der „Selbstmedikation“ nicht mehr gegeben ist.

Eine derartige Behandlung kann mittels Substitution und gleichzeitiger Psychotherapie erfolgen. Aufgrund der häufig hierdurch erlebten psychischen Entlastung, reduzieren einige der substituierten PatientInnen parallel zur Psychotherapie von sich aus die Substitutionsmenge - „ich brauche nicht mehr so viel!“

Eine kleinere Feldstudie, Koshal, Picornell 2005/06, bestätigt die oben angeführten Annahmen. Hier wurde mittels einer Fragebogenerhebung nach Auslösern von Suchtdruck, Beikonsum/Rückfälligkeit gefragt, 26 Fragebögen (14 Frauen/12 Männer, alle in Substitutionsbehandlung), (unveröff. Ergebnisse).

Es zeigten sich folgende Ergebnisse: Drogenkonsum wurde offensichtlich häufig zur Veränderung psychischer Befindlichkeiten eingesetzt, z.B.

- zur Affektregulation bei Wut, Verzweiflung, Panik, Depressionen etc.,
- zur Regulation von innerer Unruhe und Anspannung,
- als Vermeidungsstrategie,
- um abzuschalten, Ruhe zu finden,
- um wichtige Erledigungen besser durchführen zu können,
- um sich selbstsicherer zu fühlen.

---

## Allgemeines Therapeutisches Vorgehen

Nach diesen Informationen stellt sich die Frage, was kann im Rahmen ambulanter Psychotherapie getan werden? Hier bietet es sich an für den jeweiligen Patient(e)ln sehr konkrete praxisnahe individuelle Alternativen für die entsprechenden Bereiche zu entwickeln, wie z.B:

- Atem- und Entspannungsübungen,
- Affektregulationstechniken,
- Ressourcenaktivierung bzw. –aufbau,
- Imaginationsübungen, z. B. als aktive Vermeidungsstrategien, (Tresor, Container)
- Positive Aktivitäten finden und nutzen,
- Aufbau von adäquaten Konfliktlösungsstrategien, usw.

Auf diese Weise kann eine grundlegende psychische Stabilisierung erreicht und somit auch das Aufkommen von Suchtdruck reduziert werden.

Interessiertes konkretes Nachfragen verdeutlicht immer wieder, dass ein Zusammentreffen mehrerer alltäglicher Problembereiche für einen drogenabhängigen Patienten zu einem hohen Stressfaktor werden können, wie z.B. Ämtergänge, Schuldenregulierung, anstehende Gerichtsverhandlungen, Beziehungsprobleme usw. Häufig fehlen dem drogenabhängigen Menschen für diese unangenehmen Situationen adäquate und konkrete Konfliktlösungs- und Handlungsstrategien. Von daher ist es durchaus möglich, dass eine Häufung dieser „Alltagsprobleme“ bereits Gefühle der Überforderung auslösen können. Der hierdurch stark erhöhte Stresspegel verursacht wiederum Suchtdruck.

Ein hoher Stresspegel kann sowohl durch äußere Themen, wie sie bereits geschildert wurden, ausgelöst werden oder auch durch erinnerte innere emotionale Belastungen, sowie eine Kombination von Beidem.

Von daher ist auch die Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung praktischer, alltäglicher Probleme und Konflikte, wie sie häufig auch von Seiten der psychosozialen Betreuung angeboten

---

wird, von großer Bedeutung und hat durch das Erlernen kompetenter Lösungsstrategien ebenfalls eine stark stabilisierende und somit ebenfalls eine Suchtdruck senkende Wirkung.

### **Therapeutische Schwerpunkte**

Eine „Therapie auf 2 Ebenen“ beinhaltet zuerst eine grundlegende Stabilisierung, die

1. die Bearbeitung aktueller Probleme und Konflikte (z.B. Beziehungsprobleme, Trauerarbeit, Umgang mit Aggressionen usw.) beinhaltet und dann
2. nach erfolgter Stabilisierung und guter sozialer Anbindung, sowie vorhandener Affektregulation, zu einer vorsichtigen Traumabearbeitung übergehen kann.

Im Einzelnen besteht das therapeutische Vorgehen hierbei:

- aus einer Kennenlernphase, vorsichtiges Erfragen von anamnestischen Daten;
- Psychoedukation (Erläuterung des Zusammenspiels und der Wechselwirkungen von Trauma und Suchtentwicklung, sowie die Auswirkungen von Triggern, Schilderung von Behandlungsmöglichkeiten);
- Erlernen von individuellen Stabilisierungs- und Affektregulationsmethoden;
- Entwickeln von adäquaten Lösungs- und Handlungsstrategien, die dann als alternative „Copingstrategien“ genutzt werden können;
- Gestaltung der Erlebniskarte (positive und negative Erlebnisse im Lebenslauf);
- Aufbau und Nutzung eigener Ressourcen;
- Therapieplanung anhand der Erlebniskarte;
- Traumabearbeitungsverfahren
  - EMDR, 4-Felder-Technik
  - Imaginationsverfahren (Screentechnik, BASK-Modell u.a.)
  - Kombination verschiedener Verfahren.

---

## Fazit

Zahlreiche Therapieverläufe zeigen, dass die gleichzeitige Behandlung von traumatischen Belastungen, sowie der Suchtproblematik durchaus Erfolg versprechend verlaufen.

Eine an den aktuellen Wissensstandards ausgerichtete adäquate Behandlung substituierter drogenabhängiger PatientInnen müsste sich heutzutage an den Erkenntnissen der gegenwärtigen Sucht- und Traumaforschung orientieren, sowie den Bericht und die Therapieforderungen der Mißbrauchsbeauftragten der Bundesregierung, Frau Dr. Bergmann, mit einbeziehen. Von daher sind folgende Forderungen ausgesprochen angemessen und sinnvoll:

### 1. Psychotherapieplätze

- a. Ausbau ambulanter Psychotherapieplätze für substituierte PatientInnen, idealerweise bei TraumatherapeutInnen;
- b. Sowohl im stationären Reha-Bereich, sowie im stationären Akutkrankenhaus werden dringend weitaus mehr Plätze benötigt, insbesondere zur gezielten Nutzung von psychotherapeutischen Interventionen und trauma-orientierter Therapie;
- c. Für traumatisierte PatientInnen sind Kombinationstherapien eine optimale Therapieform. Hier ergänzen sich, je nach Bedarf und Problematik ambulante, sowie stationäre psychotherapeutische Interventionen (Intervalltherapie: ambulant/stationär).

### 2. Kostenträger

Die Stundenkontingente der ambulanten Psychotherapie sind, gerade bei den PatientInnen mit mehrfach Diagnosen deutlich unzureichend. Hier bedürfte es, ähnlich wie im Bericht von Frau Bergmann (Bericht zum sexuellen Missbrauch) deutlich höherer Stundenkontingente. Werden hier doch zwei kostenaufwendige Krankheitsbereiche parallel therapiert. Allerdings ist zu beachten, dass eine adäquate Behandlung, die zuerst einmal die Grundlage dafür schafft, dass weitere Therapieschritte überhaupt erfolgen können, im Endeffekt die kostengünstigere Behandlung ist.

---

## Literatur

Hofmann, A. (2005): – EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome.

Koshal, A. (2000): Psychotherapie mit substituierten Drogen-abhängigen. S. 85-88. In Poehlke et al. (Hrsg.): Suchtmedizinische Versorgung – Drogen. Springer.

Koshal, A., Picornell, F. (2006): unveröff. Studienergebnisse im Rahmen von: Picornell, F.: EMDR & Dependance aux Opiaces. Evaluation de son efficacité auprès de personnes aous traitement de substitution. Université Paris. Masterarbeit.

Kunzke, D (2008): Sucht und Trauma. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Jacobs, S., Schmidt, S., Lüdecke, C., Strack, M. (2009): EMDR und Biofeedback in der Behandlung substituierter Traumapatienten. In: Jacobs, S. (Hrsg.): Neurowissenschaften und Traumatherapie. Grundlagen und Behandlungskonzepte. Universitätsverlag Göttingen.

Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure H (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Klett-Cotta.

Schmidt, S. (2000): Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei Opiat-abhängigen. Berlin: VWB.



Angelika Koshal

---

## Protokoll und Diskussion

In der Diskussion der Inputreferate wird über die Frage diskutiert, ob ein substituierender Arzt auch Psychotherapie anbieten kann, da der Rollenkonflikt, der zwischen „Stoffgeber“ - Kontrollfunktion des Arztes gegenüber dem Patienten-, sich möglicherweise negativ auf den Erfolg der Psychotherapie auswirken könnte.

Weiterhin wird als Problem beschrieben, dass wenige niedergelassene Psychotherapeuten kaum substituierte Patienten in ihrer Praxis aufnehmen und somit eine Versorgungslücke entstanden ist. Außerdem wird angemerkt, dass niedergelassene Psychotherapeuten oftmals über wenige Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Suchterkrankten verfügen und das notwendige Wissen von Suchterkrankungen nicht vorliegt.

Die neuen Richtlinien besagen, dass nur die Patienten ohne Beikonsum einen Anspruch auf Psychotherapie haben sollen. Das hat zur Folge, dass Klienten die Benzodiazepinabhängig sind, keine Psychotherapie mehr erhalten. Das wird von den TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe als problematisch eingeschätzt.

Das Fazit der Arbeitsgruppe wird nach der Diskussion in drei Thesen wie folgt festgehalten:

### **Ist-Situation:**

1. Die Gruppe der Substituierten ist insbesondere in der der Psychotherapie nicht angemessen und ausreichend versorgt.
2. Unter den Psychotherapeuten liegt ein mangelnder Kenntnisstand in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen vor.
3. Es entsteht ein Versorgungsdefizit an ambulanter bzw. stationärer psychotherapeutischen Plätze für Substituierte.

---

**Soll-Situation:**

- Jeder Suchtmittelabhängige soll gleichberechtigten Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung erhalten.
- Qualifizierte und anerkannte Aus - und Weiterbildung in der Behandlung von substituierten und traumatisierten Patienten.
- Schaffung von stationären psychotherapeutischen Behandlungsplätzen in ambulanten und stationären Versorgungssystemen.

---

## **AG 4 Beispiele Guter Praxis in den Nachbarländern Österreich und Schweiz**

### **Substitution und Psychotherapie im Rahmen stationärer Rehabilitation - Erfahrungen aus Österreich**

Mag. Regina Agostini, Wien

Substitution ist eine der effektivsten pharmakologischen Therapieformen für Opiatabhängige (Quelle: WHO/UNODC/UNAIDS position paper) und verbessert die Chance auf eine spätere Opiat-abstinenz (aus »Suchtmedizin«, Uchtenhagen).

Seit 1987 gibt es in Österreich die Abgabe oral verabreichter Substitutionsmittel. Die Substitutionstherapie hat ihren gesetzlichen Rahmen im Suchtmittelgesetz – BGBL 1989/SMG. Darin wurde die Substitutionsbehandlung ausdrücklich als „gesundheitsbezogene Maßnahme“ festgesetzt. Das Suchtmittelgesetz und die Suchtgiftverordnung regeln den generellen Umgang und die Verwendung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln. Im Substitutionserlass werden die Modalitäten einer Substitutionsbehandlung festgehalten.

Die Vielfalt und Komplexität der Suchterkrankung und die damit für die Betroffenen verbundenen Lebensschwierigkeiten zeigen, dass es keine allgemeingültige Behandlung geben kann. Es ist drogenabhängigen Menschen aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation, ihrer Persönlichkeit und Phase der Suchterkrankung häufig nicht oder noch nicht möglich, eine abstinenzorientierte Drogentherapie anzunehmen. Die Aufnahme in ein Substitutionsprogramm – und - wenn gewünscht – auch in ein stationäres Behandlungsprogramm stellen eine logische Konsequenz dar.

#### **Zur derzeitigen Situation in Österreich**

Nach dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG, ÖBIG; 2011) kann aufgrund der derzeitigen Datenlage nur von einer Prävalenzschätzung ausgegangen werden.

---

Demnach gibt es 25.000 bis 37.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum. 12.500 bis 18.000 Personen konsumieren intravenös und zirka 10.000 bis 13.000 Personen befinden sich in Substitutionsbehandlung.

Die Substitutionsbehandlung hat sich in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform im Suchtbereich entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt. Aufgrund der steigenden Zahl der laufenden Behandlungen und Erstbehandlungen wird deutlich, dass die Substitutionsbehandlung von den Betroffenen akzeptiert und in Anspruch genommen wird.

Seit 2001 haben sich sowohl die laufenden als auch die Erstbehandlungen mehr als verdreifacht. Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können, wird im Rahmen der Substitutionsbehandlung ein relativ breites Spektrum an Substanzen angeboten. Retardierte Morphine (45-64%) werden in allen Bereichen am meisten eingesetzt – gefolgt von Methadon (16- 30%) und Buprenorphin (3-20%), das eher jüngeren Betroffenen verabreicht wird. (GÖG, ÖBIG, 2011; Bericht zur Drogensituation)

Dabei findet zunehmend auch ihr Einzug in stationäre Suchtbehandlungsangebote statt – mit unterschiedlichen Umsetzungen in der Integration des Substitutionsansatzes innerhalb der stationären Konzepte.

### **Substitution und Komorbidität**

Die Gruppe jener Drogenabhängigen, die sich in stationäre Behandlung begeben und substituiert sind, ist häufig nicht nur belastet durch ihre Sucht und der ihr zugrundeliegenden Störungsbilder. Zusätzliche Schwierigkeiten äußern sich in Delinquenz und Verwahrlosung. Beschaffungskriminalität und die damit verbundenen Haftaufenthalte, weitere Verurteilungen und richterliche Weisungen zur Therapie lassen dann Veränderungswünsche entstehen.

---

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass dieses Klientel sich selbst und seine Lebenssituation relativ realistisch einschätzt.

In den Lebensgeschichten drogenabhängiger Menschen, bzw. solchen mit polyvalentem Konsum finden sich gehäuft traumatische Erfahrungen.

Nach Kessler (2004) und Hubbard (2001) leidet ein hoher Anteil suchterkrankter Personen an zumindest einer psychiatrischen Störung. 60% an affektiven Störungen und Angsterkrankungen, bis zu 20% an schizophrenen Psychosen und bis zu 90% an Persönlichkeitsstörungen.

Studien die sich auf Opiatabhängige und Mehrfachabhängige beziehen belegen, dass 25 bis 40% der männlichen und 50-60% der weiblichen Personen sexuellen Mißbrauch in ihrer Kindheit erlitten hatten. (Schäfer et al., 2000; Schmidt, 2000)

Diese Personengruppe zeigt schwerere Suchtverläufe und waren jünger beim Einstieg in ihre Drogenkarriere, aber auch jünger beim Einstieg bei Beginn der Behandlung (Schäfer et al., 2007; Zenker et al., 2002).

Sie werden auch im weiteren Leben oft Opfer von Gewalt (Kemner et al., 2004; Zenker et al.; 2002), hatten mehr Suizidversuche hinter sich und erleben eine deutlich höhere Belastung mit psychiatrischer Komorbidität (Krausz et al., 2002; Schäfer et al., 2007).

In einer weiteren Untersuchung bei drogenabhängigen Klienten in einer sozialtherapeutischen Einrichtung wird deutlich, dass körperliche Gewalterfahrungen auch großen Einfluss auf den Therapieerfolg haben: 56% der Klienten mit schweren Gewalterfahrungen waren nach Therapieende weniger beruflich-schulisch integriert und erreichten nur wenig Verbesserung ihrer Situation durch den Therapieaufenthalt.

Eine gesicherte PTBS-Diagnose Drogenabhängiger liegt bei 30% und 34% bei Mehrfachabhängigen. Unabhängig von der konsumierten Substanz zeigt diese Gruppe ebenfalls kompliziertere Suchtverläufe und ein jüngeres Einstiegsalter. Ihr Leben ist geprägt von mehreren Therapieaufenthalten, gesteigertem Gifthunger und stärkerer psychischer Beeinträchtigung (Driessen et al.; 2008).

---

Suchtkranke mit Traumafolgestörungen weisen schwerere Suchtverläufe mit geringeren abstinenter Zeiten auf.

Hochschwellige Therapiekonzepte, die davon ausgehen, dass eine Behandlung der psychiatrischen Begleiterkrankungen und eine soziale Stabilisierung nach erfolgter Abstinenz möglich sind, greifen bei dieser PatientInnengruppe zu kurz.

Daher sind patientInnenorientierte Behandlungsangebote nötig, die passende und flexible Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen beinhalten.

### **Substitution als Stigma oder gangbarer Weg?**

An dieser Stelle sei der Psychoanalytiker Khantzian erwähnt und zitiert, der bereits 1977 die Substitution als Chance betrachtete, eine „generelle innere Kontrolle und innere Stützfunktion“ aufzubauen, auf deren Basis dann andere – psychologische und psychotherapeutische Interventionen möglich werden können.

Die Substitutionstherapie kann neben der sozialen Rehabilitation einen ersten Schritt zu einer Stabilisierung der Lebenssituation darstellen und weiters dann in Kombination mit psychotherapeutischen/psychosozialen Maßnahmen einen Weg aus der Sucht unterstützen.

Folglich müssen Angebote bereitgehalten werden, die sowohl dem Wunsch der PatientInnen nach Veränderung ihrer Lebenssituation und Lebenshaltung entsprechen als auch Ausstiegswege aus der Drogenkarriere erlauben, die dieser PatientInnengruppe auch möglich sind.

Wichtig dabei erscheint in diesem Zusammenhang, die Betroffenen zu sensibilisieren, die Substitution als Medikament zu betrachten. Nicht nur von den Betroffenen selbst, sondern auch von BehandlerInnen wird die Stütze des Substituts oft genug als Scheitern oder Resignation im Kampf gegen die Sucht erlebt.

Um einen sinnvollen Umgang mit der Substitution zu erwirken, muss ihre Funktion im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung laufend reflektiert werden: als biologische Grundlage, auf der aufbauend die eigene Fähigkeit zur Selbstregulation

---

mobilisiert werden kann und damit die Möglichkeit, Selbstwert, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung wieder zu erhöhen. So kann dann ein geeignetes Ausstiegsmodell aus der Drogenkarriere entwickelt werden.

## Belege

Die Wirksamkeit dieser Methodenkombination ist mittlerweile durch Studien (obwohl noch lückenhaft) und Praxiserfahrungen belegbar.

- In einer der bedeutsamsten Untersuchungen der Psychotherapieforschung dokumentierte Woody (1983) die Wirksamkeit von manualisierten halbjährigen Einzelpsychotherapien von Patienten in Methadonsubstitution. Substituierte Personen, die gleichzeitig in Psychotherapie standen, zeigten günstigere Verläufe, als solche, denen lediglich Beratung ermöglicht wurde. Sie benötigten niedrigere Methadondosen und waren hinsichtlich ihres psychischen Zustandes stabiler, sodass sie weniger Zusatzmedikation brauchten.
- Ein weiteres Ergebnis bestätigte eine gleiche Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieansätze. Maddux et al. (1992) belegen, dass eine substitutionsorientierte Therapie langfristiger Abstinenz und Besserung der Abhängigkeitserkrankung nicht entgegensteht.
- Andere Befunde zeigen, dass spätere Abstinenz positiv korreliert mit regulärer Therapiebeendigung, wobei die Dauer der stationären Therapie zwischen 6 und 9 Monaten die besten Ergebnisse erzielt wurden. Hier ist anzumerken, dass verbesserte Therapieprogramme inzwischen auch zum Teil kürzerstationäre Behandlungszeiten ermöglichen. Sie müssen mit den KlientInnen individuell erarbeitet werden, da objektive allgemeingültige Indikationskriterien für den Therapieerfolg unbekannt sind.
- Eine Wirksamkeitsstudie der Traumasynthesemethode EMDR bestätigt Verbesserungen der PTBS als auch in anderen Problembereichen wie Depression, Persönlichkeitsstörungen etc. bei substituierten PatientInnen (Jacobs et al., 2009).

- 
- Die Erregungsmuster während einer Abreaktion im Rahmen einer Traumasynthese (sichtbar gemacht durch parallel abgeleitete Biofeedback-Aufzeichnungen) unterscheiden sich qualitativ nicht von den Erregungsmustern der PatientInnen ohne Suchterkrankung und ohne Opiatmedikation (Jacobs et al., 2009). Diese Belege zeigen, dass der Einsatz von psychotropen Substanzen als Unterstützung therapeutischer Bemühungen sinnvoll und von Nutzen sein kann.

### **Substitutionstherapie und Psychotherapie in der stationären Rehabilitation**

Drogenkonsum hat vielfach einen positiven stabilisierenden Charakter. Die Lebensgeschichten drogenabhängiger Menschen sind häufig durch traumatische Erfahrungen und psychische Begleiterkrankungen belastet. Gemäß ihrem Erfahrungshintergrund und den ihnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten, steckt im Drogenkonsum der Versuch, sich das Leben zu erleichtern. Drogenkonsum kann als Copingstrategie verstanden werden.

Grundlage für ein integratives Behandlungskonzept mit Substitutionstherapie und seine Weiterentwicklung ist das Verständnis von Sucht als Prozess, das Denkmuster und Praxisformen ermöglicht, die den vielen Gesichtern und Verläufen von Suchtgeschehen gerechter werden können.

Der Abstinenzgedanke muss nicht aufgegeben– nur weiter gefasst – werden: Ausstiegswege aus Drogenkarrieren sind häufig lange und schwierige Prozesse und können oft nur in Stufen vollzogen werden. Sie sind von den individuellen Lebenssituationen und Problemlagen der Suchtkranken abhängig.

In Österreich gibt es bereits einige Einrichtungen, die eine Kombinationsbehandlung– Substitutionstherapie auf der einen Seite und psychotherapeutische Maßnahmen auf der anderen – im stationären Setting planen oder bereits anbieten.

---

Das Schweizer Haus Hadersdorf setzt seit 13 Jahren ein solches Behandlungskonzept um. Die Grundzüge dieses Konzepts beruhen auf den Erfahrungen mit Substituierten in der Justizanstalt Favoriten, die einen Behandlungsauftrag für Suchtkranke Straftäter hat. Konsequenterweise wurde das Behandlungskonzept des SHH, das in seinen Grundbausteinen unverändert geblieben ist, entsprechend evidenzbasierter wissenschaftlicher Erkenntnisse laufend adaptiert. Es ist vergleichsweise patientinnenorientierter geworden und die Diversifizierung von Behandlungselementen wurde vorangetrieben, damit passende Behandlungsstrukturen für die Bedürfnisse und Ansprüche unseres Klientels angeboten werden können.

Die Betreuungsstruktur des SHH kann als ein kurz- bis mittelfristiges Behandlungsangebot verstanden werden. Das abgestufte stationäre Behandlungsprogramm, in dem suchtherapeutischen Interventionen von hoher Frequenz und Intensität vorgesehen sind, wird ergänzt durch die dezentrale Behandlungsphase als Sonderform einer Suchttagesklinik, die neben Suchtbehandlung soziale Integration und spezielle Unterstützungsprogramme bietet.

Das gesamte Behandlungsprogramm enthält neben medizinisch-psychiatrischer Behandlung und Psychoedukation klinisch-psychologischen, psychophysiologischen und psychotherapeutischen Behandlungselementen auch sozialarbeiterische Unterstützung zum Erwerb von Handlungskompetenz in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Trainingsprogramme für praktische Fertigkeiten zur Lebensbewältigung.

### **Kombinationsprogramm im Schweizer Haus Hadersdorf**

Ziel der Behandlungsangebote im SHH ist es, mit einem breit gefächerten Angebot ein individualisiertes Behandlungsprogramm – wenn gewünscht - in Kombination mit Substitution zu bieten, um vielfältige Interventionsmöglichkeiten zur Hand zu haben, die auch bei einem mehrfach belasteten Klientel den Heilungsverlauf verbessern können.

So soll einer ganzheitlich-dynamischen Sichtweise des Menschen entsprechend, auch jener Gruppe von Drogenabhängigen, die ihr

---

Ausstiegmodell über die Einstellung auf ein Substitutionsmittel entwickelt haben, Rechnung getragen werden, indem ihnen psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlung im stationären Setting ermöglicht wird.

Es bedarf einer genauen diagnostischen Abklärung und kontinuierlichen Überprüfung des Behandlungsverlaufes, um für diese Zielgruppe eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten.

### **Erfahrungen und Beobachtungen**

Ein wichtiges Anliegen neben jeder Menge von Psychoedukation muss sein, ein Spektrum unterschiedlicher Ansätze und Optionen bereit zu stellen, worin jeder das für ihn Passende finden kann. Dies bedarf einer Diversifizierung und Flexibilisierung der Behandlungselemente, spezifischer Interventionen - auch hinsichtlich der Bearbeitung abhängigkeitspezifischer komplizierender Inhalte, wie Rückfälle, Beikonsum, Substitutionsmißbrauch.

Das Suchtverständnis und die entsprechenden Haltung der in diesem Bereich Tätigen ist eine notwendige Voraussetzung.

#### *Integratives Vorgehen*

Eine integrative Vorgehensweise der Behandlung von Sucht, - dazu zählt auch die Substitutionsbehandlung - Traumafolgesymptomen und weiteren Problembereichen hat sich bewährt. Dies setzt voraus, einen flexiblen und differenzierten Umgang mit Krisensituationen und Rückfällen zu ermöglichen und einen Schwerpunkt auf die Stabilisierung der PatientInnen zu setzen.

Dabei ist es besonders wichtig, Entwicklungen genau zu beobachten und mit dieser PatientInnengruppe hilfreiche und realistisch-erreichbare Therapieziele zu erarbeiten.

Therapeutischer „Ehrgeiz“, hochschwelliges Vorgehen und Abbruch von Behandlungen können zu einer Verschlechterung der Prognose führen. Manchmal stellt sich aufgrund der Schwere der Störungsbildes nur ein geduldiges strukturierendes und supportives Vorgehen bei den Patienten als einzig zielführende Strategie heraus.

---

Rasche Aufnahmen nach Therapieabbrüchen – meist hervorgerufen durch Spannungszustände im Rahmen des therapeutischen Prozesses - und ein Begleiten und Fördern der Patienten, sie an ihren Erfahrungen lernen lassen sind notwendige Bestandteile der Therapie.

Menschen mit komplexen personalen Traumatisierungen erleben Beziehungsgeschehen oft brüchig. Ihr Erfahrungshintergrund ist häufig von Verletzungen ihrer persönlichen Integrität und Brüchen geprägt. Vor diesem Hintergrund können Konflikte, Regelverstöße und Therapieabbrüche als Austesten von Beziehungen auf jeweils verschiedenen Ebenen darstellen. Dabei ist genaues sicherndes Intervenieren und Handeln notwendig, damit die PatientInnen neue und andere Beziehungserfahrungen machen können und polarisierendes Erleben aufgeben und integrieren lernen.

Gerade bei Therapieabbrüchen kann die Substitution die Betroffenen im Prozess der Kontaktaufnahme mit der Einrichtung und den jeweiligen BetreuerInnen unterstützen: Nachdem die Substitutionsausgabe in der Einrichtung erfolgt, müssen sie die Substitution – auch wenn sie die Therapie abgebrochen haben, täglich dort abholen, solange ihr Rezept nicht storniert wird. So können sie diese „Brücke“ benutzen, um sich so rasch wie möglich um einen Gesprächstermin zu bemühen. Durch diese „Brücke“ wird der Umgang mit Versagensgefühlen und Scham erleichtert.

Im Gespräch mit den jeweiligen BetreuerInnen haben die PatientInnen die Möglichkeit, ihre Entscheidung, die Therapie abzubrechen zu reflektieren und zu überprüfen, ob sie die Therapie fortsetzen möchten. Danach werden mögliche Wiederaufnahmodalitäten besprochen. In vielen Fällen lassen sich Therapieabbrüche (und rasche Wiederaufnahmen) als Teil des therapeutischen Prozesses einordnen.

### *Substitution und Psychotherapie*

Die Substitutionstherapie liefert zusätzliche Stabilisierung bei der Bearbeitung und Veränderung von durch traumatische Erlebnisse erworbenen Lebenshaltungen: Im Laufe dieses Prozesses werden bisher nicht/anders wahrgenommene, abgespaltene Persönlich-

---

keitsanteile wahrnehmbar, begleitet von innerpsychischen Spannungszuständen sowie Gefühlen von Wut, Trauer, Angst und Schmerz. Das Erkennen der Lebenshaltung, die durch den individuellen Erfahrungshintergrund eingenommen wurde und damit verbunden die Funktionen der konsumierten Substanzen ermöglicht, dann Schritt für Schritt eine Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile. So werden eine Haltungs – sowie Verhaltensänderung und eine neue Erlebensweisen erarbeitet. Neben der geschützten und unterstützenden Situation der therapeutischen Struktur im stationären Setting und den Stabilisierungstechniken spielt die Substitution dabei eine stützende und stabilisierende Rolle. Im Rahmen dieser Bearbeitungsprozesse kann das Substitut den durch die Therapie entstehenden Gifthunger eindämmen. In manchen Fällen entscheiden sich Betroffene im Rahmen dieser anstrengenden Prozesse zum Beikonsum, der dann aber meist rasch wieder eingestellt wird.

#### *Rückfall und Beikonsum*

Die Bearbeitung von Rückfällen ist gerade in einem geschützten Rahmen notwendig und sinnvoll. Davor ist aber noch zu erwähnen, dass „Beikonsum“ den gleichen Stellenwert hat: stabil substituierte verzichten auf Rauscherleben. Durch die erlangte psychische Stabilität werden sich aufdrängende Gefühle, unangenehme Stimmungen, Spannungszustände deutlich wahrgenommen. Zwischen unangenehmen Stimmungen und Gefühlen, zugrundeliegender Persönlichkeitsstörung/Traumafolgestörung und gesuchter Drogenwirkung bestehen deutliche Zusammenhänge. Aus diesem Blickwinkel heraus bekommen Rückfall und Beikonsum noch einmal eine andere Bedeutung: Spannungsabbau und Ausagieren von inneren Konflikten.

Die Behandlung und die Substitution ist für die Betroffenen ein wichtiger Schritt in Richtung Reintegration in die Gesellschaft und Veränderung. Sie müssen jedoch dabei auf einen großen Teil ihrer Lebenswirklichkeiten verzichten und damit auch auf einen Teil ihrer bisherigen Identität und Identifizierungsmöglichkeiten. Dies kann in Beziehungsgestaltungen, Anforderungen und anderen speziellen

---

Situationen tiefe Verunsicherung und Stress auslösen. Das Rückgreifen auf altbewährte Bewältigungsmethoden kann dann naheliegend sein. Die Entscheidung zum Rückfall, bzw. Beikonsum bietet Gelegenheit, die auslösenden Faktoren zu überprüfen und neue Handlungsstrategien zu entwickeln.

Hinzuzufügen ist, Craving und eventuelle Rückfälligkeit/Beikonsum zunächst einmal zu entdramatisieren, damit ein vernünftiges therapeutisches (Be)Arbeiten möglich wird und nicht im Spannungsfeld von „Erfolg und Scheitern“ die Energie der Betroffenen an die erlebte eigene Unzulänglichkeit gebunden wird.

#### *Die gemeinsame Behandlung von Substituierten und Nicht-substituierten*

Befunden und Erfahrungsberichten zufolge erzeugt die gleichzeitige Behandlung von Substituierten und Nichtsubstituierten eher positive Wirkeffekte zwischen den beiden Gruppen: Es geht um Entwicklung gegenseitiger Akzeptanz und Wahrnehmen von unterschiedlichen Realitäten. Im Rahmen psychoedukativer und therapeutischer Gruppen wird die Entscheidung zur Substitution auf verschiedenen Ebenen reflektiert und die Motivation zur Abstinenz angeregt auch wenn sie für viele erst mittel- bis langfristig erreichbar sein wird.

Neben der Thematisierung des Zusammenlebens ist es wichtig, entsprechende förderliche Rahmenbedingungen zu bieten. In diesen können sich die PatientInnen (und die BehandlerInnen) mit jener Realität auseinandersetzen, dass unterschiedliche Menschen, die aus ihrer Drogenkarriere aussteigen wollen auch an unterschiedlichen Punkten in diesem Prozess stehen. Entscheidend bei diesem Thema ist das Gruppenklima, die Art und Weise, wie die beiden Gruppen mit ihren jeweiligen Besonderheiten und Unverträglichkeiten umgehen.

Natürlich hadern manche Substituierte mit ihrem Status, da Abstinenz für viele von ihnen den höchsten Stellenwert hat. Wenn Abwertungen gegenüber Substituierten oder krisenhaften PatientInnen stattfinden, lassen sie sich gut bearbeiten.

---

Im Krisenfall kann das Thema Substitution natürlich in den Vordergrund rücken: Zum einen kann bei Nichtsubstituierten der Wunsch entstehen, sich einstellen zu lassen, zum anderen bei Substituierten das Anliegen, die Dosis nach oben oder unten zu verändern. Im Kontext intensiver therapeutischer Arbeit ist gemeinsam mit den KlientInnen zu überprüfen, weshalb das Substitutionsmittel im Augenblick diese Wichtigkeit hat und dementsprechende Interventionen zu setzen.

### *Substitutionbehandlung und stationäre Therapie*

Die Eingangsdosis ist nicht limitiert und je nach Indikationslage auf die benötigte Dosis eingestellt. Zudem wird auch jene Substanz verabreicht, die für die jeweilige Person passend und verträglich ist. Eine zusätzliche psychopharmakologische Unterstützung wird bei Bedarf ebenfalls gegeben.

In der Anfangszeit des Bestehens unserer Einrichtung war nur Drittel der PatientInnen substituiert und noch vorgesehen, die Substitution im Laufe der Therapie abdosieren. Es hat sich jedoch gezeigt, dass der Fokus dieser PatientInnen vermehrt auf die Substanz – sprich das Substitutionsmittel gerichtet war und weniger auf die eigene Person. Durch diese Blickrichtung rückten (Veränderungs)Wünsche u. Bedürfnisse – jenseits der Substanz – in den Hintergrund. Die PatientInnen waren damit beschäftigt, sich mit der Problematik des Abdosierens heranzuschlagen. Die mit der Dosisveränderung verbundene psychische Destabilisierung führte zu Stimmungsschwankungen und der Verminderung des Selbstwerts. Gepaart mit der Befürchtung „es nicht zu schaffen“, waren psychotherapeutische Bemühungen erschwert.

Diese Erkenntnisse führten die medizinische Leitung dazu, die Patientinnen auf eine individuell angepaßte Dosis einzustellen mit dem Ziel, diese beizubehalten, um eine psychische Stabilisierung zu erwirken. Auf dieser Stabilisierung aufbauend konnte dann wirksam behandelt werden.

Die Erfahrung zeigt, dass speziell dieser Bereich zum Agieren einlädt. Mit Instrumentalisierungsversuchen mancher Patientinnen konfrontiert, die Substitutionsdosis zu verändern, sind alle Behand-

---

lungs- und Betreuungsbereiche gefordert, laufend an einer guten Kooperationskultur zu arbeiten.

### **Fazit**

Therapieerfolge sind individuell zu betrachten: ein abstinentes Leben, ein Leben ohne Beikonsum auf dem Weg zu einem stabilen Leben oder gar zu späterer Abstinenz oder das Ziel, die Fähigkeit entwickeln zu lernen, zu ManagerInnen der Krankheit zu werden (Resinger, 2005). Das heißt, das höchstmögliche Kontrollniveau zu erreichen, das aktuell zu einer Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann (Madlung, 2006).

### **Kernpunkte dabei sind:**

- Leichte Zugänglichkeit zur stationären Behandlung für suchtkranke, mehrfachbelastete Menschen;
- Die Entscheidung für das passende Ausstiegsmodell mit und ohne Substitution trifft der/die PatientIn;
- Individuelle und passende Auswahl des Substitutionsmittels und der Dosis - je nach Indikation;
- Persönlichkeitsentwicklung ohne primären Druck zur Abstinenz;
- Stabile Substitution als Grundlage für psychotherapeutische Interventionen;
- Gezielte und flexibilisierte Behandlung mit Methodenvielfalt;
- Rasche Wiederaufnahmen bei therapeutischer Indikationsstellung nach krisenhaften Therapieabbrüchen, die als Teil des therapeutischen Prozesses gesehen werden können;
- Rückfälle bedeuten meist ein Zurückgreifen auf gewohnte Bewältigungsmodi und werden entsprechend bearbeitet;
- Eine Kombinationstherapie bedeutet keine Abkehr vom Abstinenzparadigma;
- Höhere (Arbeits)zufriedenheit für BehandlerInnen und PatientInnen.

---

## Protokoll und Diskussion

Wesentliche Inhalte der Inputreferate:

- In der Schweiz und in Österreich wird „unaufgeregt“ und pragmatisch mit dem Thema „Substitution und Therapie“ umgegangen;
- es ist mittlerweile eine weitverbreitete Fachmeinung, dass auch psychodynamische Prozesse mit medikamentös behandelten und/oder substituierten Menschen möglich sind;
- in 40% aller Suchttherapieinstitutionen in der Schweiz ist zur Zeit eine Substitutionsbehandlung möglich. Substituiert wird hauptsächlich mit Methadon, wenig mit Buprenorphin und in zwei Institutionen mit Heroin;
- eine Abdosierung des Substituts vor Beginn oder im Laufe der Therapie ist nicht nur nicht verpflichtend, sondern wird eher kritisch gesehen oder es wird sogar davon abgeraten;
- Rückfälle während einer Therapie werden NICHT mit Rauschmiss geahndet („...es sind doch süchtige Menschen, da sind Rückfälle doch normal...“);
- ein unbürokratischer Wechsel von stationärer zu ambulanter Therapie und umgekehrt ist möglich und dadurch ein individuelles und situationsgerechtes Handeln.

Anschließend fand im Rahmen der Diskussion ein Abgleich mit den Begebenheiten in Deutschland statt. Status quo ist, dass ohne Abdosierungsplan in Deutschland keine ambulante oder stationäre Therapie möglich ist. Die wenigen stationären Institutionen, die substituierte Menschen aufnehmen, erwarten ebenfalls eine Abdosierung des Substituts. Dieses Angebot wird deshalb auch kaum in Anspruch genommen. Es wurde bedauert, dass in Deutschland ein individueller und flexibler Wechsel von ambulanter zu stationären Therapie aufgrund verschiedener Leistungsträger (Rentenversicherung/Krankenversicherung) nicht möglich ist.

---

## Fazit

ReferentInnen und TeilnehmerInnen zeigen sich erstaunt darüber, dass es in der Schweiz und auch teilweise in Österreich immer wieder eine deutlich pragmatischere und weniger ideologische Drogenpolitik gibt, was sich dann natürlich auch in den Therapieoptionen widerspiegelt.



Mag. Regina Agostini, Werner Herzog



Plenarsaal



Arbeitsgruppe

---

## ANHANG I

**Die Substitution hat die gesamte deutsche Suchthilfe verändert und macht eine Anpassung vieler Hilfskonzepte notwendig: Die medizinische Suchtreha „braucht“ die Substituierten – die Substitution braucht die Möglichkeiten der Suchtreha. Eine Versorgungsskizze aus Baden-Württemberg**

Karl Lesehr, Referat Sucht- und Drogenhilfe, 2011  
DER PARITÄTISCHE Baden-Württemberg

**1** In Baden-Württemberg wurden in allen Suchtberatungsstellen im Jahr 2010 insgesamt 6.042 KlientInnen mit Konsum harter illegaler Drogen betreut (F11, F13-F16). Von diesen wurden im Berichtsjahr 132 in ambulanter Suchtreha behandelt und 989 in (teil-)stationäre Suchtrehamaßnahmen vermittelt (insgesamt 18,6%). Gleichzeitig wurden aber 2.013 KlientInnen psychosozial betreut bei ärztlicher Substitutionsbehandlung (= 33,3%). Die Substitutionsbehandlung ist damit aus der Perspektive der ambulanten Suchthilfe die meistgenutzte Hilfeform bei Drogenabhängigen. Wenn man – unabhängig von allen Praxiserfahrungen – nur die KlientInnen mit einer HD im Bereich F11 berücksichtigt, war bei den beendeten Betreuungen von KlientInnen der Suchtberatungsstellen sogar knapp die Hälfte (44,5%) gleichzeitig in einer Substitutionsbehandlung.

**2** Die LSS in BaWü erstellt seit einigen Jahren eine flächendeckende Vergleichsdoku zwischen den Zahlen des BfArm, der KV und den Zahlen zur psychosozialen Betreuung aus den Beratungsstellen. Im Interesse einer Vergleichbarkeit der Daten werden dazu in allen Suchtberatungsstellen Stichtagsdaten zu den Klienten in psychosozialer Betreuung erhoben. Nach den Zahlen des BfArm wurden in Baden-Württemberg zum 1.1.2011 insgesamt 11.562 Drogenabhängige ärztlich substituiert (+ 11,2% gegenüber Vorjahr); damit werden in Baden-Württemberg gemessen an der

---

Bevölkerungszahl (=13,2%) überdurchschnittlich viele Patienten substituiert (14,9% von gesamt). Die Substitutionsbehandlung ist dabei, wie unsere Vergleichsdoku zeigt, keineswegs nur ein Behandlungsangebot in den städtischen Zentren, sondern auch in der Fläche.

**3** Über die KV wurden zum gleichen Stichtag 9.079 Substitutionsbehandlungen abgerechnet (+3,3% gegenüber Vorjahr). Zum Stichtag waren 5.751 dieser PatientInnen auch in einem wenigstens minimalen Kontakt zu einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung (wenigstens 1 Betreuungskontakt im 4. Quartal 2010). Damit haben aber nach den Zahlen der KV 36,6% und nach den BfArm-Zahlen sogar 50,3% der Substituierten zum Stichtag keinen Betreuungskontakt in der ambulanten Suchthilfe. Ob dies Ergebnis einer regelmäßig aktualisierten Hilfebedarfsprüfung und einer verantwortlichen Behandlungsplanung durch den Arzt ist oder nicht, muss offen bleiben.

**4** Faktisch ist demnach für viele Drogenabhängige inzwischen die Substitutionspraxis der Hauptbezugspunkt; die Angebote der ambulanten Suchthilfe werden zunehmend nur noch dort wahrgenommen, wo es dazu einen externen Druck gibt, wo es beschäftigungsorientierte Angebote gibt oder wo es wenigstens niederschwellige, tagesstrukturierende Angebote wie Kontaktläden gibt. Tatsächlich ist inzwischen der Anteil der Substituierten mit einer gerichtlichen Auflage geringer als beim Gesamtklientel und auch die Jobcenter verweisen ihre substituierten Kunden deutlich weniger häufig (3,6%) zur Suchtberatung als bei der Gesamtheit der Klienten (4,7% der Zugänge).

**5** Die LSS fragt in Ihrer Zusatzerhebung auch danach, wie viele dieser KlientInnen in den Suchtberatungsstellen in einer zielgerichteten Betreuung nach den Standards der LSS für eine qualifizierte psychosoziale Betreuung bei Substitution sind und wie viele nur lose betreut werden (das kann auch nur das bloße Abholen einer Bescheinigung für den Arzt als Minimalkontakt sein):

---

aus Sicht der Fachkräfte werden nur 58,7% dieser Klientinnen auch tatsächlich zielorientiert betreut, wobei es sich dabei nach einigen statistischen Indizien noch um einen eher wohlwollenden Wert handeln dürfte. Vereinfacht gesagt, nimmt damit weniger als ein Viertel aller Substituierten neben der ärztlichen Substitutvergabe auch teilhabeorientierte Unterstützungsangebote der ambulanten Suchthilfe in Anspruch. Es gibt aus der konkreten Versorgungssituation leider keine Daten dazu, ob und inwieweit dies den tatsächlichen Hilfebedarfen dieser Drogenabhängigen entspricht.

**6** In den Suchtberatungsstellen in Baden-Württemberg wurden 2010 wie schon erwähnt 989 Klientinnen mit Konsum harter illegaler Drogen in Rehamaßnahmen vermittelt. Leider können wir bislang aus den vorhandenen Daten nicht exakt rückverfolgen, wie viele dieser Vermittlungen davon im Rahmen der externen Suchtberatung im Strafvollzug realisiert wurden. Nach unseren Zusatzerhebungen betrafen 87,7% (=809) der Rehavermittlungen aus Haft Abhängige illegaler Drogen (F11-16). Angesichts des allgemeinen Anteils von Klienten mit der HD F12 scheint die Hypothese erlaubt, dass derzeit mindestens die Hälfte aller Rehavermittlungen bei Konsumenten harter illegaler Drogen aus Haft erfolgt. Angesichts der rechtlichen Entwicklungen im Bereich des §35 BtmG und mancher blockierender Verfahrensregelungen der Rehalistungsträger für dieses Arbeitsfeld ist aber davon auszugehen, dass künftig diese Zahl der Rehavermittlungen wohl deutlich sinken wird und dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Drogenabhängigen dann nach einer Haftzeit unmittelbar den Weg zur Suchtberatung suchen.

**7** Auch die Zahlen der baden-württembergischen Suchthilfe-statistik zum Ausstieg Substituierter in abstinentengebundene Suchtrehamaßnahmen sind recht ernüchternd: in ambulante Suchtrehamaßnahmen wurden in 2010 insgesamt 13 substituierte und psychosozial betreute KlientInnen übernommen und in stationäre Rehamaßnahmen 192 Klientinnen vermittelt (= zusammen 12% aller betreuten Substituierten, also deutlich weniger als bei der Gesamtzahl der betreuten Abhängigen von harten Drogen – vgl.

---

Ziffer 1). Bezogen auf die Gesamtzahl aller ärztlich im Lande Substituierten liegt die Übergangsquote in die abstinenzgebundene Reha damit nur bei 2,3% (Zahlen der KV) bzw. sogar nur bei 1,8% (Zahlen des BfArm) – und dies trotz inzwischen oft vieljähriger Substitutionsbehandlung (nach den Daten aus der Zusatzerhebung der LSS bei den Suchtberatungsstellen werden 12,5% der psychosozial Betreuten bereits mehr als 10 Jahre substituiert und 30% schon 6-10 Jahre<sup>12</sup>). Gleichzeitig ist bei diesen Vermittlungsquoten zu berücksichtigen, dass die meist voraussetzungsfrei und ohne sozialen oder juristischen Druck zugängliche Substitution die Risiken für eine erfolgreiche Beendigung einer Suchtrehabilitation und für eine Abstinenzhaltung deutlich erhöht.

8 Auch für einen Teil der Substituierten ist – wie für viele andere Abhängigkeitskranke – eine befriedigende Beschäftigung Grundlage einer verbesserten persönlichen Lebensqualität; sie sind deshalb interessiert an realistischen und qualifiziert begleiteten Förderungen beruflicher Teilhabe. Nach Schätzungen der Fachkräfte unserer Suchtberatungsstellen und aus einzelnen Projekterfahrungen ist trotz der gesundheitlichen Schädigungen dieser Menschen und trotz einer oft erheblich beeinträchtigten Lebensperspektive („Veränderungsmotivation“) bei 25-40% der dort betreuten Substituierten eine erfolgreiche berufliche Teilhabe vorstellbar/möglich. Allerdings sind die Förderinstrumente des SGB II für eine solche Unterstützung weder ausreichend vielfältig und langfristig noch so arbeitsmarktorientiert, dass sich damit tatsächlich eine motivationsfördernde Lebensperspektive verbinden ließe<sup>13</sup>–

---

<sup>12</sup> Dauersubstitution als legalisierte und risikoarme Form der Drogenabhängigkeit ist nicht nur gesellschaftsfähig geworden, sondern wird auch immer öfter als Behandlungskonzept gesehen, auch wenn Praxiserfahrungen und Studien inzwischen auch deutlich auf die spezifischen Risiken einer Langzeitsubstitution aufmerksam machen.

<sup>13</sup> Bislang gab es nur in wenigen Kommunen eine ausreichende Zahl von Beschäftigungsmöglichkeiten auch für Substituierte; durch die geplante Instrumentenreform im SGB II werden diese quantitativ und strukturell aber meist nur wenig befriedigenden Fördermöglichkeiten in einer für unsere

---

ganz davon abgesehen, dass vielerorts die Zusammenarbeit zwischen der Drogenhilfe und den Jobcentern noch wesentlich schlechter läuft als die mit der alkoholbezogenen Suchthilfe. Oft bleibt für substituierte Drogenabhängige trotz einer weitergehenden persönlichen Bereitschaft nur die Nutzung kurzzeitiger Beschäftigungen zur punktuellen Verbesserung der persönlichen Lebensqualität.

9 Der Leistungsauftrag der medizinischen Suchtreha nach dem SGB VI wird bislang konkretisiert unter der Prämisse, dass eine erfolgreiche berufliche Reintegration Abhängigkeitskranker nur unter dem Paradigma der Suchtmittelabstinenz möglich sei. Dies ist keinerlei leistungsrechtlich bindende Vorgabe, sondern zunächst nur eine fachliche Verständigung über die Erfolgswahrscheinlichkeiten. Auch wenn sicher unstrittig ist, dass für eine Mehrzahl der Abhängigkeitskranken eine Suchtmittelabstinenz eine förderliche Voraussetzung für eine erfolgreiche berufliche und soziale Teilhabe ist, negiert doch jede Verabsolutierung dieses Abstinenzparadigmas sowohl die allgemeine Lebenserfahrung (nicht wenige Drogen- und Alkoholabhängige sind über Jahre und Jahrzehnte in qualifizierten Berufen beschäftigt) als auch zahlreiche Projekterfahrungen mit Substituierten (z.B. das Projekt Q-Train in Pforzheim). Es gibt wohl kein anderes Krankheitsbild, bei dem eine sinnvolle Behandlungsorientierung gleichzeitig im Sinne einer ausgrenzenden Zugangs- und Nutzungsbedingung zu und in dieser Behandlung missbraucht würde.

10 Die bestehende Praxis der DRV lässt zwar modellhaft die Aufnahme Substituierter in die Suchtreha zu, verlangt aber von Anfang an die Bereitschaft des Patienten, in einem definierten Zeit-

---

Klientel dramatischen und sozialpolitisch völlig kontraproduktiven Form eingedampft und vernichtet. Die dabei vorgetragene arbeitsmarktpolitische Argumentation ist bestenfalls teilweise nachvollziehbar; Projekterfahrungen zeigen nämlich, dass bei qualifizierter und langfristiger Förderung und Begleitung in erstaunlich vielen Fällen eine Integration auch in den ersten Arbeitsmarkt gelingen kann.

---

raum aus der Substitution auszusteigen. Die Tatsache, dass diese wenigen Rehaangebote für Substituierte zumindest in unserem Lande auch nur äußerst zurückhaltend genutzt werden, macht deutlich, dass in diesen Modellen die Abstinenzbedingung für die Suchtreha zwar als Zugangsbedingung modifiziert, aber in keiner Weise konzeptionell als Nutzungsbedingung aufgehoben worden ist und dass diese Modelle damit der Lebens- und der Suchterfahrung Substituierter nicht gerecht werden: die Substitution wird nicht als Ermöglichung suchtrehabilitativer Leistungen verstanden, sondern als grundsätzliches Erfolgsrisiko.

11 Die Drogenhilfe braucht stattdessen endlich eine grundlegende Flexibilisierung der medizinischen Suchtreha, bei der das alte (und auch in der Abfolge von der Rehaleistungen immer noch geltende) Modell der konsekutiven Behandlungskette den rehabilitativen Bedarfen und den aktualisierbaren Mitwirkungsmöglichkeiten Substituierter angepasst wird. Dabei muss zunächst angesichts der durch die Substitution geprägten aktuellen Lebenswirklichkeiten eine Hinführung zu (motivationsfördernden) individuellen Lebensperspektiven (Beschäftigung, Ausbildung/Qualifizierung, Arbeit) Vorrang haben vor einer völligen Suchtmittelabstinenz. Die Evaluation des Q-Train-Projekts hat im Übrigen verdeutlicht, dass sich bei einer 10-Jahres-Katamnese langfristig dann auch die Abstinenzraten der Projektteilnehmer nicht vor denen aus der abstinenzgebundenen Suchtreha verstecken brauchen. Die erwähnte Flexibilisierung muss aber in der Suchtreha auch die notwendigen Zeitperspektiven betreffen: wenn Verhaltensänderung nicht mehr überwiegend aus einem unmittelbaren externen/strafrechtlichen Druck begründet ist, sondern sich an der eigenen Einsicht in die Sinnhaftigkeit solcher Änderungen orientiert (und dies ist die Basis der Substitutionsbehandlung), dann braucht auch die Suchtreha nicht nur andere Abfolgemöglichkeiten, sondern auch längere Behandlungs-/Unterstützungszeiten: Suchtreha muss bedarfsorientiert unterschiedlich gegliedert (modularisiert) werden können und in einem längeren Zeitfenster auch unterschiedliche Betreuungsdichten beinhalten.

---

Dies muss nach der Erfahrung aus Modellprojekten keineswegs eine wesentliche Ausweitung des für die Suchtreha erforderlichen Kostenaufwands zu Lasten der Rehaleistungsträger implizieren.

**12** Eine derartige Flexibilisierung der medizinischen Suchtreha für Substituierte hätte mehrere suchtpolitisch und auch für die Rehaleistungsträger wünschenswerte Nebeneffekte:

a. Die medizinische Suchtreha könnte wieder in stärkerem Maß eine vergleichsweise junge Zielgruppe (Durchschnittsalter der substituierten Klienten in der psB: 34,4 Jahre) erreichen, für die derzeit die Substitutionsbehandlung in steigendem Maß die zentrale Lebensperspektive darstellt.

b. Im Rahmen einer solchen Flexibilisierung von Rehakonzepten könnte die bislang nur sehr gering genutzte ambulante Reha für substituierte Drogenabhängige als Behandlungsangebot im Sozialraum stärker genutzt und qualifiziert werden.

c. Dafür müssten dann aber auch auf der örtlichen Ebene belastbare und nachhaltige Vernetzungsstrukturen mit den Institutionen des SGB II aufgebaut und die notwendigen Förderinstrumentarien entwickelt und vorgehalten werden. Auf diese Weise könnten teilweise auch die negativen Auswirkungen reduziert werden, die entstehen durch die Weigerung einzelner Krankenkassen, eine Leistungszuständigkeit auch für die leider abgekoppelten Adaptionsbehandlungen zu akzeptieren.

d. Eine derartige Stärkung teilhabeorientierter Hilfen in den Suchtberatungsstellen könnte schließlich wieder dazu beitragen, dass insgesamt die Hilfen und Lebensperspektiven für Substituierte in der ambulanten Versorgung verstärkt in den Blick kommen und verbessert werden.

---

## ANHANG II

### **Verlaufstypen der Opiatsubstitution: Ihre Bedeutung für substitutionsunterstützte Psychotherapie und medizinische Rehabilitation**

#### **Anregungen und Thesen zum Fachtag ‚Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting‘**

Werner Heinz, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt/M.

Die nachstehende Skizze basiert auf einem Vortrag im Rahmen des *Forums Opiatsubstitution, Rehabilitation, Psychotherapie* beim Deutschen Suchtkongress 2011 in Frankfurt.

Der Text dokumentiert eine therapeutische Suchbewegung auf Basis einer mehr als zwanzigjährigen Praxis in der substitutionsgestützten und abstinenzorientierten Drogenberatung und Suchttherapie. Er enthält sicher in seiner notwendigen Kürze durchaus auch Zuspitzungen und Verkürzungen und ist keinesfalls durch empirische Überprüfung abgesichert.

Die Opiatsubstitution hat sich seit den 1990er Jahren von einer second-line-Intervention zur first-line-Behandlung bei Opiatabhängigkeit entwickelt.

- Bis zur Neufassung der Indikationen zur Substitutionstherapie in den BUB-Richtlinien 2002 galt die Opiatsubstitution als indiziert nach gescheiterten Abstinenztherapien und bei Vorliegen einer Zweiterkrankung (Harm-Reduction);
- Heute wird die Substitutionstherapie de facto als first-line Therapie häufig v o r einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt.
- Zunehmend wird die ursprünglich als vorrangig betrachtete stationäre Abstinenztherapie/medizinische Rehabilitation von den Abhängigen selbst, aber auch von substituierenden Ärzten und Fachkräften der psychosozialen Betreuung als „Last exit“ nach Scheitern der Substitution verstanden.

---

## Die Opiatsubstitution wird in aller Regel nicht als Suchttherapie praktiziert

- Systematische Psychosoziale Betreuung findet nur mit einer Minderheit der Substituierten statt;
- Psychosoziale Betreuung wird überwiegend als sozialarbeiterische Basis- und Krisenhilfe, Drogenberatung oder „Eingliederungshilfe“ (Betreutes Wohnen) praktiziert;
- Die Infrastruktur für „PSB Substitution“ verfügt nur selten über suchttherapeutische Angebote und Qualifikationen. Es fehlen Fachkräfte mit Anerkennung für die Durchführung der AR. Aufgrund der restriktiven Zugangsregelungen der Leistungsträger zu einer substitutionsunterstützten Rehabilitation werden die Träger nicht ermutigt, durch kostenintensive Weiterbildung die personellen Voraussetzungen für substitutionsgestützte Rehabilitation zu schaffen.

## Die Opiatsubstitution wirkt de facto als Ausschlussgrund gegenüber der medizinischen Rehabilitation.

### ► *seitens der Leistungsträger*

Mit der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen v. 4.5.2001 wurde zwar ein Zugangsweg auch für Substituierte zur medizinischen Rehabilitation eröffnet. Jedoch bilden die Indikationskriterien und Kautelen für die „übergangsweise substitutionsunterstützte medizinische Rehabilitation“ ein erhebliches Zugangshemmnis.

Die DRV Bund verfügt bundesweit über 12 (!) Behandlungsplätze zur übergangsweise substitutionsunterstützten stationären Rehabilitation, aufgeteilt auf zwei von ihr belegte Fachkliniken. Zwar ergänzen einige regionale Rentenversicherer dieses Angebot – aber auch hier bleiben die Fallzahlen der substitutionsgestützten stationären und ambulanten Rehabilitation marginal.

Es gibt Hinweise auf eine vorsichtige Öffnung einiger Rentenversicherer bei der Kostenübernahme für die medizinische Rehabilitation Substituierter – aber es handelt sich dabei um weiterhin sehr restriktiv gehandhabte Einzelfallentscheidungen. Die häufig unrealistische Anforderung, dass die Patienten während

---

der Rehabilitation Abstinenz durch Abdosieren des Substitutionsmittels erreichen müssen, wirkt dabei weiterhin ausgrenzend.

Die vom medizinischen Dienst der Krankenkassen akzeptierte Entgiftungsdauer von maximal drei Wochen reicht nicht aus, um Patienten in Langzeitsubstitution vor Antritt einer stationären Abstinenztherapie adäquat zu entgiften.

► *seitens der Klientel*

Opiatabhängige geben zunehmend der Substitution Vorrang gegenüber einer Abstinenztherapie (vgl. die nachstehenden Ausführungen zu den Verlaufstypen der Opiatsubstitution).

► *seitens des substitutionsorientierten Gesundheitswesens*

Arztpraxen aber auch die meisten auf PSB Substituierte spezialisierten Beratungsdienste und Eingliederungshilfen verfügen in aller Regel weder über ausreichende Kenntnisse und Feldkompetenz hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation noch über suchttherapeutische Qualifikationen. Sie sind nur eingeschränkt in der Lage, ihre Patienten adäquat über medizinische Rehabilitation zu beraten oder auf eine Reha/Suchttherapie vorzubereiten.

► *seitens der Fachkliniken*

Die Therapeutischen Einrichtungen und Fachkliniken für Drogenabhängige haben die den Bedeutungswandel der Opiatsubstitution lange ignoriert und konzeptionell nicht angemessen auf die Fachdiskussion zur Substitutionstherapie reagiert. Dabei wird die stationäre Entwöhnung direkt und indirekt erheblich von der Entwicklung der Substitutionstherapie tangiert:

- Je mehr sich die Opiatsubstitution von einer second-line Intervention zur first-line Behandlung wandelt, desto größer wird ihr negativer Selektionseffekt für die stationäre Rehabilitation. Die stationäre Reha wird weniger opiatabhängige Patienten mit guter Prognose erreichen, dafür wird der Anteil der Opiatabhängigen mit gescheiterter Substitutionstherapie steigen.

- Das nach einer Langzeitsubstitution mit Methadon prolongierte Entzugssyndrom hat erhebliche Auswirkungen auf

---

Haltekraft und Refahfähigkeit in der Eingangsphase der stationären Abstinenztherapie.

- Die Funktionalität des Substitutionsmittels für die Aufrechterhaltung der psychischen Funktionsfähigkeit und Stabilität muss konzeptionell und methodisch berücksichtigt werden.
- Ambivalenzkonflikte und Abbruchkrisen der Patienten werden erheblich von der Option einer Substitutionstherapie mit geprägt.

### **Wie kann die medizinische Rehabilitation für Substituierte nutzbar gemacht werden?**

- Zugänge zur stationären und ambulanten Reha auch für Substituierte öffnen
  - Kompetenz des substitutionsgestützten Hilfesystems für Reha-Motivierung und Reha-Vorbereitung verbessern;
  - Unrealistische Anforderungen revidieren: Abgeschlossene Entgiftung vor der Rehabilitation ist unrealistisch;
  - Das Abdosieren des Substitutionsmittels zur Abstinenz im Verlauf der Rehabilitation in die Entscheidung und Steuerung der Patienten zusammen mit dem behandelnden Arzt legen und nicht weiter als verpflichtende Vorgabe und Bedingung der Kostenübernahme;
- Haltekraft der Rehabilitation verbessern
  - Erhaltung statt Entzug der stützenden Funktion der Substitutionsmedikation in der Krise der Veränderung;
  - Substitution als Rückfallintervention auch in der Medizinischen Reha ermöglichen;

Mit den nachstehend skizzierten Verlaufstypen wird ein Versuch unternommen, typische Charakteristika von Behandlungsverläufen und Patientenverhalten phänomenologisch zu ordnen und dabei auch die Funktionalität des Substitutionsmittels zu verstehen und zu berücksichtigen. Ziel ist dabei, begründete Annahmen über Chancen und Anforderungen der medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie bei substituierten Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Möglicherweise wäre mit einer psychodiagnostisch fun-

dierten Typenbildung stärkere Argumente für die Anwendung von Psychotherapie zu gewinnen. Da meine Erfahrungen sich jedoch vorwiegend aus der „psychosozialen Begleitung“ Substituierter und der Ambulanten und stationäre Rehabilitation Suchtkranker speisen, habe ich mich bei meinem Vorschlag an der Bewältigung von Suchtverhalten und den Zielen der Rehabilitation orientiert.

### **Verlaufstypen der Opiatsubstitution und ihre Bedeutung für Rehabilitation, Soziotherapie und Psychotherapie**

Verlaufstyp	Reha- und Therapiechancen
1. Substitution als Ausstiegshilfe	Ambulante Rehabilitation
2. Ambivalenz auf Dauer gestellt	Stationäre Rehabilitation/Kombitherapie
3. Stagnierende Langzeitsubstitution	Evtl. stationäre Rehabilitation
4. Ersatzdroge als Überlebenshilfe Basisversorgung bei Polyttoxikomanie Bindung und Dauerkrise	Stationäre Soziotherapie Stationäre Reha mit juristischen Szeneauflagen
5. Basismedikation bei Psychiatrischer Komorbidität Angststörung/Depression/BPS ADHS/Psychose	Psychiatrische Mitbehandlung Psychotherapie Traumatherapie Dialektisch-Behaviorale Therapie Ambulant-stationäre Therapie-Intervalle

#### **Verlaufstyp 1: Substitution als Ausstiegshilfe**

##### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Es wird ein weitreichendes Kontrollerleben gegenüber der Suchtdynamik entwickelt. Erfolgreiche psychische und soziale Integrationsprozesse gelingen. Perspektivisch erscheint das Abdosieren des Substitutionsmittels zur Abstinenz aussichtsreich, bleibt erfahrungsgemäß jedoch mit hohen Rückfallrisiken behaftet.

---

## **Patienten-Charakteristika**

- Es bestehen vergleichsweise gute soziale und psychische Ressourcen;
- Es besteht ein stützendes soziales Umfeld, oft auch familiäre Integration/Partnerschaft;
- Die Patienten verfügen über schulische/berufliche Kompetenzen und haben
- häufig Erfahrungen mit (zeitweise erfolgreichen) Abstinenztherapien und Cleanphasen.

Eingeschränkte Selbstwirksamkeitserwartungen wirken der Zuversicht in Abstinenzfähigkeit entgegen:

- Die Patienten erleben sich überwiegend als in der Abstinenztherapie gescheitert;
- Sie haben geringe Zuversicht in längerfristig stabile Abstinenzfähigkeit und hohe Ängstlichkeit gegenüber Rückfallrisiken und Craving.

## **Funktionalität des Substitutionsmittels**

- Das Substitutionsmittel dient als Risikovermeidung und Craving-Prophylaxe
- Die Substitutionsmedikation Methadon/Subutex wird als „Filter“ erlebt gegen Überforderung, Emotionen/Spannungszustände/äußere Anforderungen/Selbstwertproblematik und soll als Psychopharmakon dämpfend wirken bei psychischen Krisen und Instabilität.

## **Rehabilitation**

In der Regel besteht eine Indikation zur Ambulanten Rehabilitation, sofern die Fortsetzung der Substitutionstherapie vom Leistungsträger akzeptiert wird. Integration in Einzel- und Gruppensetting der Ambulanten Reha ist möglich –

*Rückfallprophylaxetraining (Beikonsum)+Struktur der Alltagsbewältigung+biografische Hintergründe und Krankheitsverständnis +Bewältigung v. Ängsten/Dysphorie/Depressiven Verstimmungen + Selbstwert/Selbstwirksamkeit+Kommunikation/Kontakt.*

---

Die Einzel- und Gruppentherapie sollte kombiniert werden mit

- Maßnahmen zur Arbeitsintegration,
- Aktivierung+Anregungen Kultur, Freizeit,
- Hilfestellungen zur Entwicklung eines stützenden/anregenden sozialen Umfeldes.

Selbsthilfegruppen wie Narcotics Anonymous finden meist geringe Akzeptanz.

Faktisch errichtet die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen große Hürden vor die Aufnahme dieser Patienten in Ambulante Rehabilitation durch die Vorgaben:

- Die Patienten haben v o r Beginn der Rehabilitation noch keine Abstinenzfähigkeit erreicht und nur geringe Zuversicht in stabile Abstinenzfähigkeit entwickelt,
- Die Vorgabe eines Abdosierungsplanes, von dessen Umsetzung ggf. die Verlängerung einer Kostenzusage abhängig gemacht wird, wirkt als fremdbestimmter Stressor äußerst negativ auf den Rehabilitationsprozess.

Die sukzessive Öffnung einzelner Leistungsträger durch „Einzelentscheidungen“ bleibt unsystematisch und ist nicht geeignet, ein strukturelles und konzeptionelles Defizit zu kompensieren.

## **Verlaufstyp 2: Ambivalenz auf Dauer gestellt**

### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Den Patienten gelingt unter der Substitution eine spürbare Verbesserung der Lebenssituation sowie phasenweise eine „Entschärfung“ der Suchtdynamik - aber die „Kosten“ und Konsequenzen, die eine stabile Beigebrauchsabstinenz oder Abstinenzorientierung für die Lebensführung implizieren, werden (noch) vermieden. Auf zeitweise gute Compliance und intensive Inanspruchnahme der Hilfen folgen episodisch heftige Rückfallkrisen mit Beikonsum von Heroin, Alkohol, Benzodiazepinen, Kokain. Relativ häufig werden Versuche zur Dosisreduktion unternommen – einsetzende Rückfälligkeit wird mit Dosiserhöhungen oder auch Wechsel des Substitutionsmittels beantwortet.

---

Zu den Rückfallmustern gehören häufig auch das Aufdosieren von zusätzlichem Methadon aus dem Schwarzmarkt bzw. missbräuchliche Aufdosierungen aus der Take-Home-Vergabe. Dabei besteht die Gefahr, dass sich ein methadon-zentriertes Suchtmuster mit Kontrollverlust herausbildet.

#### *Patienten-Charakteristika*

Die für diesen Verlaufstyp charakteristische Ambivalenz findet sich häufig bei Patienten, die neu oder, nach eigenem Verständnis „übergangsweise“, mit dem Ziel der „ambulanten Entgiftung“ zur Substitution aufgenommen wurden, nicht selten auch nach abgebrochener oder gescheiterter Abstinenztherapie.

Die Patienten verbleiben bei ambivalenter und immer wieder erneuerter Ausstiegsabsicht schließlich in langfristiger Substitution. Sie streben Abstand zur drogenzentrierten Milieus und „Szenen“ an – mangels sozialer Ressourcen und sozialer Unterstützung und bei großer Ängstlichkeit vor Kontakten in sozialen Welten außerhalb der vertrauten „Szenen“ gelingt die Integration in stützende soziale Umgebung nur unbefriedigend.

Die Rollenanforderungen eines selbstverantwortlichen Erwachsenenlebens werden bejaht – ihre Umsetzung bleibt hoch defizitär. Eine tragfähige soziale Eingliederung misslingt überwiegend, die Selbstwirksamkeitserwartung bleibt instabil. Mangelhafte Konstanz im Leistungsvermögen, Defizite in Berufs- und Partnerrollen, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sowie fehlende Ablösung von Versorgungssystemen behindern die psychosoziale Weiterentwicklung und beruflich-gesellschaftliche Integration..

#### *Funktionalität des Substitutionsmittels:*

Das Substitutionsmittel wird mit hohen Erwartungen hinsichtlich der Kompensation fehlender oder unzureichender Bewältigungskompetenzen besetzt.

Bei unbefriedigendem Behandlungsverlauf oder in Krisen werden Lösungen gerne im Wechsel des Substitutionsmittels gesucht: Umstieg von Methadon auf Buprenorphin, weil man sich davon einen Rückgang der Lethargie und eine „Befreiung“ des Aktivitätspotentials verspricht, Umstieg von Buprenorphin auf Methadon

---

in der Erwartung, dass damit Krisen und Emotionen besser abgemildert, gedämpft werden können.

Der Substitutionsmedikation wird eine basale Rolle als „Filter“ gegen überwältigende Gefühle, Krisen und Craving zugeschrieben. Der Substitutionsmedikation kommt eine zentrale Funktion für die Aufrechterhaltung des psychischen Funktionsniveaus zu (psychoanalytisch mit Kohut verstanden wird sie zu einem „Selbstobjekt“, das hilft, die psychische Funktionsfähigkeit des SELBST zu bewahren bzw. überhaupt erst aufzubauen).

*Rehabilitation:*

Abhängig von der Ausprägung der Ambivalenz aber auch dem Vorliegen sozialer Ressourcen und psychosozialer Bewältigungskompetenzen können diese Patienten von einer ambulanten oder stationären Rehabilitation, vorzugsweise von einer ambulanten-stationären Kombitherapie profitieren.

Es ist eine qualifizierte, in der Regel zeitlich aufwendige Reha- und Therapievorbereitung erforderlich. Diese umfasst

- Einsicht in den von Ambivalenz geprägten Behandlungsverlauf;
- Motivierung zu verbindlicher Mitarbeit in einem zielorientierten Behandlungsprogramm;
- Vertiefung von Krankheitseinsicht und Entwicklung eines fundierten Verständnisses der Substitutionstherapie (z.B. durch Psychoedukation).

Bei übergangsweise Weiterführung und ggf. auch längerfristig noch aufrechterhaltener Substitution dient die Rehabilitation der Nachreifung und Kompensation von psychosozialen Entwicklungsdefiziten. Eine ambulante-stationäre Kombitherapie dürfte von substituierten Patienten eher akzeptiert werden als eine „klassische“ stationäre Entwöhnung. Die Patienten erleben im Schutz der Substitution ein verbessertes Kontrollerleben gegenüber Suchtdruck und Rückfallkrisen. Gleichzeitig bietet die Substitution eine verbesserte Chance zum Training der in stationärem Training erworbenen Kompetenzen unter ambulanten Bedingungen.

---

► Die stationäre Behandlungsphase bietet einen Milieuwechsel auf Zeit und die Schutzfunktion des stationären Settings als Hilfe zur Krisen- und Rückfallbewältigung. Sie ermöglicht die Begegnung mit einem stützenden sozialen Umfeld sowie eine positive Erfahrung, wie die häufig starke soziale Isolation und Einsamkeit in einem rehabilitativen Milieu überwunden werden kann.

► Kernaufgabe der stationäre Behandlungsphase ist die Einleitung eines zielorientierten Trainings von Leistungsvermögen und sozialen Kompetenzen/Skills-Training sowie das Erleben von Fähigkeiten.

► Zu den Kernaufgaben der Einzel- und Gruppenarbeit in der ambulanten Behandlungsphase gehören

- Rückfallprophylaxetraining;
- Förderung von Kontinuität und Leistungsvermögen in Maßnahmen zur Arbeitsintegration sowie ggf. erreichten Beschäftigungsverhältnissen;
- Hilfestellungen zur Entwicklung von Konstanz und Kontinuität bei der beruflichen Integration (Arbeitssuche, Maßnahmen zur Arbeitsintegration, am Arbeitsplatz);
- Krisenintervention und –bewältigung;
- aktivierende und unterstützende Hilfestellungen zur Erweiterung der Erlebnis- und Gestaltungsmöglichkeiten im kulturellen Umfeld und in der Freizeit.

Die ambulante Behandlungsphase sollte idealerweise durch Eingliederungshilfen wie Betreutes Wohnen/Maßnahmen zur Arbeitsintegration/Freizeitprojekte begleitet werden.

### **Verlaufstyp 3: Stagnierende Langzeitsubstitution**

#### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Nach mehrjähriger Opiatsubstitution haben sich die Patienten in einem „randständigen Gleichgewicht“ ohne nennenswerte Kriminalitätsbelastung, soziale Verelendung und Krankheitsbelastung im „Substitutionsmilieu“ eingerichtet. Die Substitution erfolgt überwiegend mit Methadon – meist in durchaus hoher Dosierung – sehr häufig bei sedierendem und durchgängigem Beikonsum

---

„mindestens“ von Cannabis, sehr häufig auch problematischem oder abhängigem Alkoholkonsum.

Episodischer oder Low-Level-Beikonsum anderer Substanzen – vorzugsweise Benzodiazepine – ist nicht so stark ausgeprägt, dass die Substitution gefährdet wäre, behindert aber nachhaltige Fortschritte und Entwicklungen hinsichtlich einer beruflichen und sozialen Integration.

#### *Patienten-Charakteristika*

Die Patienten – im Altersschnitt 30–50 Jahre - haben ausgeprägte Versorgungshaltungen entwickelt. Ihr Umgang mit komplexeren Anforderungen hat Züge einer „erlernten Hilflosigkeit“. Bei geringer Belastbarkeit und sinkendem Aktivitätsniveau zeigen sich vorzeitige Alterung und Anzeichen „mentaler Vergreisung“. Es bleibt unklar, welche Rolle dabei neben depressiven Problematiken auch der hochdosierten Dauersubstitution, der anregungsarmen, sozial isolierten Lebensführung sowie einer im Milieu versorgender Substitution ausgeprägten und subkulturell vermittelten, generalisierten Passivität zukommt.

#### *Funktionalität des Substitutionsmittels:*

Methadon wird in meist hoher Dosierung eingesetzt zur Sedierung und als hochgradiger psychischer Filter gegen Ängstlichkeit und Überforderung. Die hochdosierte Substitutionsmedikation dient der Entlastung von den umfassenden Anforderungen einer Lebensführung in Erwachsenenrollen und als soziales und pharmakologisches Bindemittel in einem subkulturellen „Substitutionsmilieu“.

#### *Soziotherapeutische Interventionen und Rehabilitation*

Unter den Voraussetzungen der sedierenden Medikation und Bindung an das von passiven Versorgungshaltungen und Peer-groups geprägte Milieu entfalten soziotherapeutische Interventionen und Impulse nur geringe Wirksamkeit. Die Patienten können bei intensiver Zuwendung und für sie attraktiven Initiative punktuell zu einer begrenzten Mitwirkung gewonnen werden, ohne dass sich rehabilitative Zielorientierungen herausbilden oder gar stabilisieren ließen. stundenweise Mitarbeit in geeigneten Beschäftigungsprojekten, Teestuben als soziale Treffpunkte aktivierende

---

Anregungen in Kombination mit angemessenen Verstärkern (contingency management) sind geeignet, eine gewisse Aktivitätsbereitschaft und Tagesstruktur zu fördern und bieten ein begrenztes Gegengewicht zur sozialen Isolation und inneren Vereinsamung.

#### *Stationäre Rehabilitation und Behandlungsangebote*

treffen auf ausgeprägte Ängstlichkeit: Versagensangst, soziale Ängste, tiefgreifende Bindungs- und Beziehungsstörungen, fehlende Zuversicht in die Entwicklung eigener Kompetenzen und einen tiefen Fatalismus angesichts der gescheitert erlebten Biografie. Ein Methadonenzug als Voraussetzung oder im Verlauf der stationären Rehabilitation wird als völlig unrealistisch erlebt – Methadon bildet im Erleben dieser Patienten die unverzichtbare Basis eines ohnehin höchst fragilen psychischen Funktionierens.

Die Prognose bezüglich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zur den Konditionen des allgemeinen Arbeitsmarktes ist eher negativ – insofern ist die Indikation zur medizinischen Rehabilitation fraglich.

Eine diese Patienten erreichende stationäre Behandlung müsste vorrangig stark unterstützende und Sicherheit vermittelnde Hilfestellungen und Interventionen anbieten, im Alltagsablauf Übergänge und Erprobungsmöglichkeiten zwischen Rückzug und Gruppenintegration erlauben und zunächst auf die Überwindung von Versagensängsten und Vermeidungsverhalten orientieren.

#### **Verlaufstyp 4: Substitution als Überlebenshilfe und ärztlich geregelter Zugang zu einer Ersatzdroge bei Polytoxikomanie, starker Szenebindung und Dauerkrise**

##### *Charakteristika des Behandlungsverlaufs*

Überwiegend sehr hohe Dosierung mit dem Ziel einer spürbaren Sedierung. Oft Verstärkung der Methadonwirkung durch Alkoholkonsum unmittelbar nach Vergabe. Hochgradiger und abhängiger Beikonsum von Alkohol/Benzodiazepinen, Kokain/Crack oder Heroin/i.v. Methadon konterkariert die Ziele und Wirkung der Opiatsubstitution.

---

Die Methadonsubstitution wirkt als „Grundversorgung“ bei einem polytoxikomanen Konsummuster im Sinne einer Harm-Reduction: Reduktion des Beschaffungsdrucks durch kontrollierte Versorgung mit einem Opiat.

Zu den positiven Wirkungen gehören der regelmäßige Kontakt und die „Bindung“ an das Hilfesystem bzw. eine Arztpraxis.

Die Vergabeorganisation hat eine gewissen alltagsstrukturierende Wirkung.

#### *Patienten-Charakteristika*

Hoher Anteil von Langzeit- und „Schwerstabhängigen“ in desolater Lebenssituation mit starker Szenebindung und Belastung durch Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution. Es besteht überwiegend sehr geringe Compliance – „Erreichbarkeit“ wird vorrangig über lebenspraktische Versorgung in Krisenzentren oder „nachgehende“ und aufsuchende Interventionen (Streetwork) des Hilfesystems erzielt.

#### *Besondere Risiken und Nebenwirkungen:*

Es ist zu vermuten, dass dieses Muster der Opiatsubstitution den Beikonsum von Alkohol/Benzodiazepinen oder Kokain/Crack häufig zusätzlich triggert und verfestigt. Allerdings entscheiden sich die Ärzte bei der Abwägung der Risiken meistens zur Fortsetzung der Substitution, um den erheblichen Gefährdungen durch Überdosierung oder durch Verschärfung der gesundheitlichen und sozialen Verelendung entgegenzuwirken.

---

*Psychosoziale Betreuung/therapeutische Interventionen/Rehabilitation.*

Die Substitutionstherapie und die psychosoziale Betreuung zielen bei dieser Patientengruppe zunächst vorrangig auf die Herstellung von Haltekraft und Compliance in der medizinischen Behandlung der Sucht und ihrer Begleit- und Folgeerkrankungen.

Ein manualisiertes Motivationale Casemanagement „MOCA“ sowie ein strukturiertes Psychoedukationsprogramm wurden im Rahmen der Deutschen Heroinstudie mit der Zielgruppe jedoch unter privilegierten Betreuungsbedingungen positiv evaluiert.

Auch Konsumkontrollprogramme wie „KISS“ erreichen einen Teil der Patienten mit in einer Evaluation nachgewiesenen positiven Effekten hinsichtlich der Konsumreduktion.

Nach Etablierung der diamorphingestützten Behandlung als Regelbehandlung besteht für einen Großteil der hier skizzierten Patientengruppe eine Indikation zur heroingestützten Behandlung.

Stationäre Maßnahmen: Wiederholte Teilentgiftungen in Entgiftungsstationen sowie substituionsgestützte stationäre Kriseninterventionen in Übergangseinrichtungen bewirken zeitlich begrenzte Stabilisierungen und werden von vielen Patienten durchaus mit einer gewissen Regelmäßigkeit als „stationäre Intervalle“ genutzt.

Ein Teil der Klientel wird nach Inhaftierung – oder unter Zurückstellung von Haftstrafen – mittels juristischer Auflagen in stationäre Rehabilitation vermittelt. Unter dem Regelwerk einer zeitlich begrenzten „Therapeutischen Gemeinschaft“ ist die Prognose für die reguläre Beendigung der stationären Entwöhnung nicht schlechter als bei „freiwilligen Therapiebeginn“.

Alternative Modelle zur Weiterentwicklung der Hilfestellungen für die hochgradig belasteten „Therapieversager“ werden praktiziert als ambulant-stationäre Behandlungsintervalle zum Beigebruchsentszug unter Aufrechterhaltung der Substitution, psychosozialer Krisenintervention in Übergangseinrichtungen bis hin zu Betreutem Wohnen unter Akzeptanz eines für den Betrieb dieser Einrichtungen verträglichen Suchtmittelkonsums.

---

## **Methadon als Basisedikation bei Opiatabhängigkeit und Psychiatrischer Komorbidität**

Die Substitution bei Psychiatrischer Comorbidität ist nicht als eigener Verlaufstyp zu beschreiben – alle skizzierten Verlaufstypen der Opiatsubstitution können wesentlich verursacht und geprägt sein von den Symptomen und Einschränkungen der suchtassoziierten psychischen Grund- oder Begleiterkrankungen. Zu ihren Symptomen können schwere Beeinträchtigungen des Selbstwertempfindens, soziale Isolation, schwere Beziehungsstörungen, schwere Störungen im Leistungsverhalten, Impulskontrollstörungen, Ängste, Depressionen, Zwänge und Somatisierungen umfassen.

Häufig lässt sich der „Beikonsum“ von Opiaten und Benzodiazepinen, das Aufdosieren von Methadon als dysfunktionale und selbstzerstörerische Selbstmedikation zur Bewältigung der komorbiden Symptomatik erklären. Auch die Substitutionsmedikation selbst wird häufig als Medikation zur Linderung des Leidens und zum Ertragen der psychischen Belastungen erlebt. Patienten beschreiben ihre Wirkung dann als Sedierung, „Coolen“, als Hilfe zum Ordnen und Regulieren von Gedankenflut, Grübelzwängen und Empfindungen der Leere und Verzweiflung, die häufig verstärkt werden soll durch Benzodiazepine, Heroin, Alkohol oder zusätzlich beschafften und „wild“ dosierten Psychopharmaka wie Seroquel oder durch Aufdosieren von Methadon, oral oder i.v. appliziert.

Die Substitutionstherapie bildet hier die Basis für psychiatrische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionen. Sofern der Beikonsum psychoaktiver Substanzen nicht schematisch als „unerlaubter Beikonsum“ bekämpft und bestraft, sondern in seiner Funktionalität exploriert und verstehend „bearbeitet“ wird, kann oft auch bei Patienten mit erheblichem „Beikonsum“ die Compliance für wirksame ambulante und stationäre Behandlungsstrategien erzielt werden.

---

### *Psychiatrische Behandlung – Psychotherapie – Rehabilitation*

Zu den Voraussetzungen gehören eine qualifizierte psychiatrische Diagnostik und Medikation unter Berücksichtigung von Suchtproblematik und Substitution sowie eine Öffnung des psychiatrischen Versorgungssystems für Suchtpatienten mit Doppeldiagnosen. Substituierte Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung können durchaus in die Netzwerke der dialektisch-behavioralen Borderline-Therapie integriert werden. Jellinek in Amsterdam hat dafür bereits in den 1990er Jahren praxistaugliche Modelle implementiert.

Für Substituierte mit Traumabelastung führt die Asklepios Klinik Göttingen erfolgreiche stationäre traumatherapeutische Intervallbehandlungen mit substituierten PatientInnen durch.

Elemente der dialektisch-behavioralen Therapie, z.B. das Skills-Training, werden zunehmend in Fachkliniken der Suchtrehabilitation eingeführt, wo bereits seit vielen Jahren auch spezifische Behandlungsprogramme für Abhängige mit Doppeldiagnose vorgehalten werden. Irritierend und nicht nachvollziehbar allerdings, dass viele dieser spezialisierten suchtherapeutisch-psychiatrischen Konzepte keine Fortführung der Substitution zulassen, während gleichzeitig hochpotente und im Wirkungsspektrum verwandte sedierende oder die Schwingungsfähigkeit reduzierende Psychopharmaka eingesetzt werden.

Die Ausgrenzung der Substitution kann hier nicht psychiatrisch begründet sein – sie ist nur noch als Ausfluss eines angesichts der vorliegenden psychischen Erkrankungen und Belastungen irrationalen und überfordernden Abstinenzparadigmas begreifbar.



Werner Heinz, Dr. Joachim Köhler

---

## ANHANG III

### Verzeichnis der Einrichtungen, die von der DRV Bund für die ambulante Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger anerkannt sind

#### **WABe e.V.**

Friedenstraße 20 a; 52080 Aachen-Haaren

<http://www.wabe-aachen.de/>

#### **Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe für den Hochtaunuskreis**

Louisenstraße 9; 61348 Bad Homburg

Tel. 06172 6008-0; Fax 06172 ...

<http://www.drogenberatung-ij.de>

#### **KIBO Ambulante Drogentherapie**

Obentrautstraße 57; 10963 Berlin

Tel. 030.210 217 60; Fax 030.210 217 70

Mail: [kibo@kokon.de](mailto:kibo@kokon.de) ; [www.kibo-berlin.de](http://www.kibo-berlin.de)

#### **Alexianer Bürgerhaus Hütte gGmbH**

Psychotraumatische Ambulanz.

Im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Hochemmericher Markt 1-3; 47226 Duisburg

Tel. 02065 25569-0

Mail: [info@diakonie-rheinhausen.de](mailto:info@diakonie-rheinhausen.de) ;

<http://www.alexianer-krefeld.de>

#### **Sozialpädagogisches Zentrum Düren**

Bismarckstraße 6; 52351 Düren

Tel. 02421 10001

Mail: [drogenberatung@spz.de](mailto:drogenberatung@spz.de) ; <http://www.spz.de/>

#### **Methadon- und Drogenambulanz im Gesundheitsamt Düsseldorf**

Graf-Adolf-Straße 76; 40210 Düsseldorf

Tel. 0211.16097613; Fax: 0211.16096716

Mail: [drogenambulanz-gesundheitsamt@duesseldorf.de](mailto:drogenambulanz-gesundheitsamt@duesseldorf.de)

Vergabezeiten: Montag bis Donnerstag: 7.30 Uhr bis 12.00 Uhr;

Freitag: 7.00 Uhr bis 11.00 Uhr

---

### **Frauensuchberatungsstelle BerTha F.**

Höhenstrasse 25; 40227 Düsseldorf/ Oberbilk

Tel. 0211 / 44 16 29

Mail: [bertha.f@arcor.de](mailto:bertha.f@arcor.de)

Offene Sprechstunden:

Montag + Dienstag: 10:00 bis 12:00 Uhr für Alle

Donnerstag: 16:00 bis 18:00 Uhr für Mädchen

Motivationsgruppe (ohne Anmeldung )

Dienstag: 20:00 bis 22:00 Uhr

### **Suchthilfezentrum Bleichstraße**

Bleichstraße 20; 60313 Frankfurt

Tel. 069 913030-0; Fax 069 913030-29

Mail [shz-frankfurt@jj-ev.de](mailto:shz-frankfurt@jj-ev.de)

Öffnungszeiten

mo. bis do 09:00-13:00 und 13:30-17:30 Uhr

frei. 09:00 - 13:00 und 13:30 - 16:00 Uhr.

Termine mit Berufstätigen sind jeweils mittwochs abends und

donnerstags abends bis 20:00 Uhr sowie nach individueller

Vereinbarung möglich.

### **Behandlungsstelle zur ambulanten Rehabilitation der KADESCH gGmbH.**

Hauptstraße 94; 44651 Herne

Tel. 02325 3892

<http://www.kadesch.de/>

Mail: [jkd-kadesch@t-online.de](mailto:jkd-kadesch@t-online.de)

### **Drogenhilfe Hildesheim gGmbH**

Jakobstraße 28; 31134 Hildesheim

Tel. 05121-17 29 74

<http://www.drobs-hi.de>

Terminvereinbarungen

Mo, Mi u. Fr von 10.00 bis 16.00 Uhr

offene Sprechstunde mittwochs von 13.00-15.00 Uhr

### **Zentrum für Jugendberatung und Suchthilfe im Main-Taunus-Kreis**

Hattersheimer Straße 5; 65719 Hofheim

Tel.: 06192 995960.

Mail: [zjsmtk@jj-ev.de](mailto:zjsmtk@jj-ev.de) ; [zjsmtk@jj-ev.de](mailto:zjsmtk@jj-ev.de)

---

**Caritas Suchtambulanz Ingolstadt**

Jesuitenstrasse 4; 85049 Ingolstadt  
Tel. 0841/309-138; Fax: 0841/309-169  
Mail: [suchtambulanz@caritas-ingolstadt.de](mailto:suchtambulanz@caritas-ingolstadt.de)  
[www.caritas-suchtambulanz-ingolstadt.de](http://www.caritas-suchtambulanz-ingolstadt.de)

**Psychologische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen  
in Kempten**

Klostersteige 18; 87435 Kempten  
Tel. 0831/23636; Fax: 0831/24095  
<http://www.ehe-familien-lebensberatung-kempten.de/>  
Mail: [efl-kempten@bistum-augsburg.de](mailto:efl-kempten@bistum-augsburg.de)

**Fachambulanz des Fachkrankenhauses Nordfriesland, Kiel**

Fachkliniken Nordfriesland gGmbH  
Krankenhausweg 3; 25821 Bredstedt  
Tel. 04671 408 -0; Fax 04671 408 -3059  
Mail: [info@fklnf.de](mailto:info@fklnf.de) ;  
<http://www.fklnf.de/abhaengigkeitserkrankungen/fachambulanz-kiel.html>

**Substitutionsambulanz "MEREAM"**

SKM Köln Substitutionsambulanz „MEREAM“  
Große Telegraphenstraße 31; 50676 Köln.  
Tel. 0221/2074-120  
<http://www.skm-koeln.de/4.0/4.4/4.4.7/mere.html>  
Tägl. Vergaben 07:15 bis 14:00 Uhr  
Anmeldung täglich 09:00 bis 10:00 Uhr und  
mittwochs 14:00 bis 15:00 Uhr

**Landsberg. Condrops e.V.** Beratung und Therapie

Schulgasse 290 ½ ; 86899 Landsberg.  
Tel: 08191 6573683; Fax 08191 6573683  
Mail: [landsberg@condrops.de](mailto:landsberg@condrops.de) ; [www.condrops.de/](http://www.condrops.de/)  
Ambulante Rehabilitation, Tagesklinik, Nachsorge.

**Suchtberatungs- und -behandlungsstelle "Alternative I"**

Klinikum St. Georg gGmbH  
Delitzscher Straße 141; 04129 Leipzig  
Tel. 0341 909-0; Fax: 0341 909-2155

---

Mail: [info@sanktgeorg.de](mailto:info@sanktgeorg.de); [zfdrogenhilfe@sanktgeorg.de](mailto:zfdrogenhilfe@sanktgeorg.de)  
<http://www.sanktgeorg.de/>

**Suchtberatungs- und -behandlungsstelle "Alternative II"**

Heinrichstraße 18; 04317 Leipzig  
Tel. 0341 687 069 -0; Fax: 0341 687 069 -8  
<http://www.sanktgeorg.de/alternativeii.html>

**condrobs e.V. München**

Tagesklinik München, Teilstationäre medizinische Rehabilitation  
drogenabhängiger Frauen und Männer  
Maistraße 37; 80337 München  
Tel. 089 546382 – 0; Fax: 089 546382-22  
Mail: [tagesklinik@condrobs.de](mailto:tagesklinik@condrobs.de) ;  
<http://www.condrobs.de/angebote/ambulante-rehabilitation/>

**Psychosoziale Beratungs- und Therapiestelle für Suchtkranke Neuburg  
a.d. Donau - prop e.V.**

Hirtenstr. 26; 80335 München  
Mail: [info@prop-ev.de](mailto:info@prop-ev.de) ; <http://www.prop-ev.de>

**Fachambulanz für Suchtkranke**

Rheydter Straße 174; 41464 Neuss  
Tel. 02131 889170  
Mail: [fachambulanz@caritas-neuss.de](mailto:fachambulanz@caritas-neuss.de)  
[www.caritas.erzbistum-koeln.de/neuss\\_cv/sucht\\_hilfe/fachambulanz/](http://www.caritas.erzbistum-koeln.de/neuss_cv/sucht_hilfe/fachambulanz/)

**Ev. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Rendsburg**

Prinzenstraße 9; 24768 Rendsburg  
Tel.: (0 43 31) 69 63- 0; Fax. (0 43 31) 69 63- 19  
Mail: [info@diakonie-rd-eck.de](mailto:info@diakonie-rd-eck.de) ; <http://www.diakonie-rendsburg.de>

**Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg**

Lessingstr. 27; 38440 Wolfsburg  
Tel. 05361-27900; Fax 05361-279090  
Mail: [info@drogenberatung-wolfsburg.de](mailto:info@drogenberatung-wolfsburg.de)  
<http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/>

---

## ANHANG IV

### **AutorInnen, ModeratorInnen, ReferentInnen**

**Mag. Regina Agostini**

Psych. Psychotherapeutin  
SHH - Schweizer Haus Hadersdorf  
Mauerbachstr. 34; A-1140 Wien  
Mail: [regina.agostini@shh.at](mailto:regina.agostini@shh.at)

**Andreas von Blanc**

Qualitätssicherung, Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6A; 14057 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 - 31003 439\*  
Mail: [Andreas.vonBlanc@kvberlin.de](mailto:Andreas.vonBlanc@kvberlin.de)

**Werner Heinz**

Suchthilfezentrum  
Bleichstrasse 20; 60313 Frankfurt  
Tel.: +49 (0)69 - 91 30 300  
Mail: [werner.heinz@jj-ev.de](mailto:werner.heinz@jj-ev.de)

**Markus Herzog**

soziokultureller Animator HFS  
Betriebsleitung Arche Therapie Bülach  
Hohlstrasse 489; CH - 8048 Zürich  
Tel.: 00 41 44 860 11 87  
Mail: [markus.herzog@archezuerich.ch](mailto:markus.herzog@archezuerich.ch)  
<http://www.archezuerich.ch>

**Dr. med. Joachim Köhler**

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin,  
Magister Public Health,  
Deutsche Rentenversicherung Bund; Geschäftsbereich Sozialmedizin  
und Rehabilitation Referat 0441; Grundsatzaufgaben der  
Sozialmedizin R 6207 Ruhrstr. 2; 10704 Berlin  
Tel.: +49 (0)30-865-25751  
Mail: [drmed.joachim.koehler@drv-bund.de](mailto:drmed.joachim.koehler@drv-bund.de)

---

**Angelika Koshal**

Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeutin; EMDR-Therapeutin (EMDRIA)  
Spezielle Psychotraumatologie (DeGPT)  
Quantiusstr. 13; 53115 Bonn  
Tel.: +49 (0)228 / 695358  
Mail: [Angelika.Koshal@t-online.de](mailto:Angelika.Koshal@t-online.de)

**Dr. med. Thomas Kuhlmann**

Chefarzt Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Schloderdicher Weg 23a; 51469 Berg. Gladbach  
Tel.: +49 (0)2202/206-173  
Mail: [thkuhlmann@psk-bg.de](mailto:thkuhlmann@psk-bg.de)  
<http://www.psk-bg.de>

**Karl Lesehr, M.A.**

Der PARITÄTISCHE - Referat Sucht- und Drogenhilfen  
Leitung Kernteam Krisenintervention und Existenzsicherung  
Haußmannstrasse 6, 70188 Stuttgart  
Tel.: +49 711 2155 - 122  
Mail: [lesehr@paritaet-bw.de](mailto:lesehr@paritaet-bw.de)  
<http://www.paritaet-be.de>

**Dr. Christel Lüdecke**

Asklepios Fachklinikum Göttingen  
Rosdorfer Weg 70  
37081 Göttingen  
Mail: [luedecke@asklepios.com](mailto:luedecke@asklepios.com)

**Dr. med. Greif Sander**

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie  
Bödecker Strasse 73; 30161 Hannover  
Berufsverband Deutscher Psychiater/Deutscher Nervenärzte  
Mail: [praxis@dr-sander.net](mailto:praxis@dr-sander.net)

**Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum**

Direktor der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin LVR-  
Klinikum Essen, Kliniken/ Institut der Universität Duisburg-Essen

---

Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin  
Virchowstr. 174; 45147 Essen  
Tel +49 - 201 - 7227-180, Sekretariat: +49 - 201 - 7227-205  
Mail: [norbert.scherbaum@lvr.de](mailto:norbert.scherbaum@lvr.de) ; [norbert.scherbaum@uni-due.de](mailto:norbert.scherbaum@uni-due.de)  
<http://www.seelische-gesundheit-essen.de>

**Prof. Dr. Heino Stöver**

Fachhochschule Frankfurt/Main,  
Fachbereich 4 Soziale Arbeit und Gesundheit  
Nibelungenplatz 1; 60318 Frankfurt  
Tel. +49 (0)69 - 1533-2823  
Mail: [hstoever@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:hstoever@fb4.fh-frankfurt.de)  
<http://www.isff.de>

**Dr. med. Elke. H. Sylvester**

Ärztliche Leitung Fachklinik Nettetal  
Hohnweg 2; 49134 Wallenhorst  
Tel: +49 (0)541-408920  
Mail: [ESylvester@caritas-os.de](mailto:ESylvester@caritas-os.de)  
<http://www.fachklinik-nettetal.de>

**Georg Wiegand**

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover  
Lange Weihe 2;  
30880 Laatzen  
Mail: [georg.wiegand@drv-bsh.de](mailto:georg.wiegand@drv-bsh.de)



v.l.n.r.: Dr. Christel Lüdecke, Dr. Elke H. Sylverster, Prof.Dr. Norbert Scherbaum, Dipl.-Psych. Monika Konitzer



---

## ANHANG V

### **Veranstalter**

**akzept** e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik  
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)  
und dem Berufsverband Deutscher Psychiater/ Deutscher Nervenärzte.

### **Programmkomitee:**

Werner Heinz

(JJ, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt am Main)

Dr. med. Joachim Köhler

(Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV)

Dr. Thomas Kuhlmann

(Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, für den Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser)

Dr. Greif Sander

(Berufsverband Deutscher Psychiater/Deutscher Nervenärzte)

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum,

(LVR Klinikum Essen, Mitglied des Suchtrates der DGPPN)

### **Weitere Partner:**

Hans A. Hüsgen, (ehem. Drogenbeauftragter NRW, Düsseldorf)

Angelika Koshal, Psychotherapeutin, Bonn



Georg Wiegand, Prof Dr. Heino Stöver

---

## IMPRESSUM

### **Herausgeber**

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

### **Redaktion**

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

### **Umschlag und Innentitel**

Katja Fuchs

### **Gestaltung und Satz**

Christine Kluge Haberkorn

### **Druck**

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

### **Bestellungen:**

akzeptbuero@yahoo.de

www.akzept.org

Alle Rechte bei den Autoren bzw. akzept  
Berlin, Juli 2012

ISBN 978-3-98 13890-3-6

## DANK

Die Veranstalter danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung der Fachtagung.

akzept dankt den Kooperationspartnern für ihr Engagement.





# Dokumentation



**akzept** e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik

[www.akzept.org](http://www.akzept.org)

ISBN 978-3-98 13890-3-6