

## Workshop „wie geht es weiter.... Behandlung der Opiatabhängigkeit

### Zielgruppen und Methoden

**Caritas Suchthilfe**  
Jugendberatung  
und Jugendhilfe e.V.  
[www.drogenberatung-jj.de](http://www.drogenberatung-jj.de)



**Werner Heinz**  
Suchthilfezentrum  
Bleichstraße 20  
60313 Frankfurt  
[werner.heinz@jj-ev.de](mailto:werner.heinz@jj-ev.de)

### Ausgangssituation

- Opiatabhängigkeit ist heute substituierte Opiatabhängigkeit
- Die Opiatsubstitution hat die Lage der Opiatabhängigen „normalisiert“ .....
- .....schlecht praktizierte Substitution trägt aber auch zur Verstetigung von Randständigkeit und zur Chronifizierung von polytoxikomanen Suchtkarrieren bei
- Opiatsubstitution erhöht die Dauer und Konstanz der Behandlung von Opiatabhängigen im Suchthilfesystem .....einerseits .....
- .... Substitution separiert aber auch einen großen Teil der Opiatabhängigen vom Suchthilfesystem
- Die Behandlung der Opiatabhängigkeit muss auf Grundlage der Substitutionstherapie weiterentwickelt werden

## Ausgangssituation

- **Die Inanspruchnahme des Hilfesystems durch Opiatabhängige ist rückläufig....**

*Hessen - Trendanalyse 2007 - 2013*

2007 N=4540 33% - 2013 N=4440 27%

**Neuaufnahmen**

2007 n= 747 18%      2013 n= 421 8%

- **...aber Opiatabhängige verbleiben am längsten im Hilfesystem...und ihre Betreuungsdauer steigt**

## Ausgangssituation

- **Vermittlungen von Opiatabhängigen aus der Suchtberatung in Stationäre Rehabilitation sind zur Ausnahme geworden.**

*Suchthilfestatistik Hessen 2013 Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit*

**4 % Vorbereitung einer stationäre Maßnahme = Reha, Übergangseinrichtung; nicht tatsächlich abgeschlossene Vermittlungen).**

- **Abstinenzorientierte Rehabilitation bei Opiatabhängigkeit hat marginale Bedeutung**

*Suchthilfestatistik Hessen 2013 Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit*

**2% (n= 116) der opiatabhängigen Klientel nimmt Ambulante Rehabilitation (inkl. Poststationäre Ambulante Rehabilitation und Suchtnachsorge DRV Bund) in Anspruch.**

## Ausgangssituation

- **Veränderung der Altersstruktur hat Konsequenzen für Hilfebedarf, Betreuungsziele und Rehabilitationschancen**

*Suchthilfestatistik Hessen 2013:*

**Opiatabhängige** < 35 Jahre = 28%  
> 35 Jahre = 71% / (>45J = 35%)

**Dauer der Opiatabhängigkeit 15-30 Jahre**

**Vertiefung der in Adoleszenz erworbenen Störungen**

*Die in der Adoleszenz erworbenen psychosozialen Defizite wurden nicht nur nicht überwunden oder kompensiert, sondern haben sich im Verlauf einer 15 Jahre bis zu 30 Jahre andauernden Suchtkarriere weiter vertieft.*

**Habilitation (statt Re-Habilitation)**

**Veränderung der Behandlungs- und Betreuungsziele**  
Erwerbsfähigkeit bei langzeitarbeitslosen Patienten >45?

## Die Rolle der Substitutionstherapie

*Suchthilfestatistik Hessen 2013*

<b>Substituierte gem. BOPS :</b>	<b>7223</b>	<b>100%</b>
<b>Opiatabhängige COMBASS</b>	<b>4757</b>	<b>66%</b>
<b>Opiatabhängige mit Substitutionsbezug</b>	<b>3373</b>	<b>47%</b>

## Opiatsubstitution und Suchttherapie

**PSB erreicht nur eine Minderheit der Substituierten**

**PSB ist Suchtsozialarbeit (+ Motivationale Suchtberatung)**

**Suchttherapie / Rehabilitation hat marginale Bedeutung in der Substitution**

**Fachkräfte der PSB haben keine suchttherapeutischen Qualifikationen**

## Opiatsubstitution und Suchttherapie

- **Opiatsubstitution in Arztpraxen trägt nicht zur Bewältigung oder Kompensation von psychosozialen Entwicklungsdefiziten bei**

- **Substitution verhindert medizinische Rehabilitation**

- **Medizinische Rehabilitation sperrt Substituierte aus**

## Abstinenzerrreichung unter der Substitution ist selten

### Premos-Studie

*Das Therapieziel langfristig stabiler Abstinenz (Opiatfreiheit) ist empirisch nicht haltbar - Abstinenz wird bestenfalls bei ca. 4-5% erreicht“*

*Einrichtungen mit Abstinenzforcierung unter der Substitution erzielen keine besseren, sondern schlechtere Ergebnisse: Erhöhte Mortalität, instabiler Verlauf - erhöhte Zahl massiver Rückfälle und Kontaktabbruch*

## Psychiatrische Comorbidität

***Substitution: das hohe Ausmaß psychischer Störungen wird nicht effektiv behandelt..... (Premos)***

***....aber auch mit der medizinischen Rehabilitation werden opiatabhängige Patienten mit psychiatrischem Behandlungsbedarf nur sehr begrenzt erreicht.***

## Substitution: fundamentale Veränderung der Voraussetzungen für Rehabilitation und Psychotherapie

- **Bis 1990er Jahre: stationäre medizinische Rehabilitation als dringlicher Ausweg aus einer prekären Lebenslage (Entzugssyndrom, Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung)**
- **Heute: Entdramatisierung und Beruhigung vor der Therapieentscheidung durch Substitution  
...aber auch neue Spielräume für Ambivalenz und „Brücken“ zum Reha-Abbruch**
- **Chance für sorgfältigere Reha-Vorbereitung  
...und Veränderung der Ansprüche an Rehabilitation**

## Zielgruppen / Verlaufstypen

...unter der Voraussetzung Substitution

- **Opiatabhängige mit Abstinenzorientierung**
- **Substitution als Ausstiegsmedikation**
- **Maintenance-Substitution bei fortschreitender sozialer Integration**
- **Auf Dauer gestellte Ambivalenz**
- **Stagnierende Langzeitsubstitution bei verfestigter sozialer Randständigkeit**
- **Ersatzdrogenvergabe bei chronifizierter Polytoxikomanie**
- **schwerwiegende psychiatrischer Comorbidität**

## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Opiatabhängige mit Abstinenzorientierung

- vorausgehende längere Abstinenzphasen,
- (erfolgreicher) Abschluss von stationären Entwöhnungen in der Vorgeschichte
- Bestehende soziale Ressourcen
- Erfahrungen mit längerfristigen Arbeitsverhältnissen oder noch bestehende Erwerbstätigkeit.
- Familiäre Integration / Partnerschaft.

Abstinenzfähigkeit erlebt – Abstinenzfähigkeit wiederherstellen

## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Substitution als Ausstiegsmedikation:

- Übergangsweise Substitution und Abdosieren zur Abstinenz
- vorausgehende Abstinenz Erfahrung
- stationäre Rehabilitation in der Vorgeschichte – aber aktuell fehlende Abstinenzsicherheit und Abstinenzfähigkeit.
- Erfolgreiche Kontrolle der Entzugssymptomatik / Vorbeugung gegen eine Eskalation des Drogenkonsums
- Soziale Ressourcen – oft auch Arbeitsplatz vorhanden
- Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit und Zuversicht, der Erwerbstätigkeit gewachsen zu sein
- Motivation: Erhalt und Verbesserung der sozialen Ressourcen
- Therapiebereitschaft und Compliance in Therapiegesprächen
- Ablehnung erneuter stationärer Entwöhnung: „Im geschlossenen System der Therapieeinrichtung bin ich erfolgreich – aber draußen schaffe ich es nicht“
- Abdosieren gelingt häufig nicht oder mündet in Rückfälligkeit .

## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Maintenance-Substitution bei fortschreitender sozialer Integration

- Abstinenz Erfahrung & Abschluss von stationärer oder ambulanter Rehabilitation in der Vorgeschichte
- dauerhaft fehlende Abstinenzversicht und Abstinenzfähigkeit.
- Beikonsumabstinenz erlaubt Take-Home-Verschreibung e
- Take Home erlaubt weitgehend freie Gestaltung des Alltagslebens
- Patienten erleben sich als „clean“.
- Episodischer Cannabis- und Alkoholkonsum wird in gesellschaftlichem und persönlichem Toleranzbereich verortet.
- soziale Ressourcen – Partnerschaft, Familie, Freundeskreis.
- oft berufstätig oder in Ausbildung – häufig Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit und Zuversicht, der Erwerbstätigkeit oder Ausbildung gewachsen zu sein.
- **Therapieziel: Teilhabe – Integrationsförderung – Erwerbsfähigkeit**
- **Abstinenz als evtl. langfristige Option ohne Konkretisierung oder „Verpflichtung“**

## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Auf Dauer gestellte Ambivalenz unter der Substitution

- Versuche der Dosisreduktion wechseln mit Dosiserhöhungen in episodisch heftigen Rückfallkrisen
- Teilnahme an Integrationsprojekten – häufige Abbrüche
- Fehlende Konsistenz und Konsequenz in der Umsetzung der erforderlichen Alltagsorientierungen und Alltagsregeln
- Ressourcen oft unzureichend bzw. Behinderungen bei der Nutzung von Ressourcen
- Häufig psychische Beeinträchtigungen und Belastungen: Depression, Schlaflosigkeit, Ängste, Selbstwertzweifel, Impulskontrollstörungen, Beeinträchtigung der Stressbewältigungskompetenz
- Fixierung auf Substitutionsmedikation als Kompensation von fehlenden oder defizitären psychischen Bewältigungskompetenzen
- **Betreuungsziele: Beikonsumfreiheit und psychosoziale Stabilisierung unter der Substitution - Therapiemotivierung - Therapievermittlung**



## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Stagnierende Langzeitsubstitution & verfestigte soziale Randständigkeit

- Leben mit reduziertem Anforderungsniveau - „Substitutionsmilieu“ als soziales Umfeld
- „randständiges Gleichgewicht“ ohne nennenswerte Kriminalitätsbelastung oder Verelendung
- Suchtfolgeerkrankungen
- Substitution überwiegend mit Methadon –höhere Dosierung mit dämpfender Wirkung - sehr häufig sedierender Cannabis- oder Alkoholkonsum
- Episodischer Beikonsum oder Low-Level-Beikonsum Benzodiazepine oder Kokain
- Reduziertes Aktivitätsniveau: Langzeitarbeitslosigkeit geringe Tagesstruktur - AGHen und Beschäftigungsprojekte, aber keine dauerhafte Erwerbstätigkeit
- „Erlernte Hilflosigkeit“ und ausgeprägte Versorgungshaltungen

## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Ersatzdrogenvergabe und Harm-Reduction bei chronifizierter Polytoxikomanie

- „Schwerstabhängige“: desolate Lebenssituation mit hoher Szenebindung
- Polytoxikomanie: Alkohol/Benzodiazepine, Kokain/Crack, Heroin/Methadon i.v.
- Substitutionsmedikation zur Kontrolle von Entzugserscheinungen und als „Grundversorgung“
- Häufig sehr hohe Dosierung (> 100 / 120 mg) mit dem Ziel einer spürbaren Sedierung
- Häufig sehr geringe Compliance – Vermeidung von psychosozialen Betreuungsangeboten
- **Entgiftungsaufgaben – stationäre Maßnahmen als Krisenintervention – stationäre Rehabilitation - Diamorphinvergabe**

## Zielgruppen - Verlaufstypen

### Substituierte Opiatabhängigkeit bei schwerwiegender psychiatrischer Comorbidität

- Heroinkonsum – als Selbstmedikation gegen ängstigende und belastende Symptome von psychiatrischen Störungen
- quälenden Zustände von Depression, Ängstlichkeit, Ägiertheit oder hyperaktiver Gedankenflucht und Konzentrationsstörungen
- soziale Isolation, schwere und frühe Beziehungsstörungen
- Traumabelastungen
- Opiate als pharmakologisch induzierte Dissoziation (Luedecke)
- Abhängigkeit als „Erkrankung des Stressbewältigungssystems“ (Luedecke)

Abstinenz-  
orientierung

Substitution  
= Ausstiegs-  
medikation

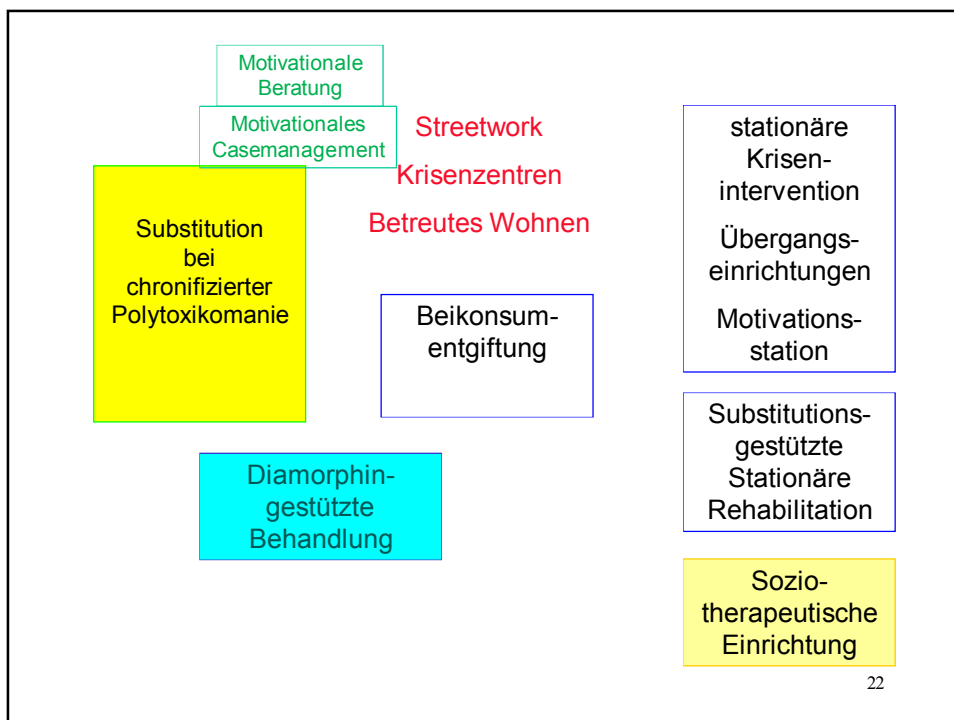
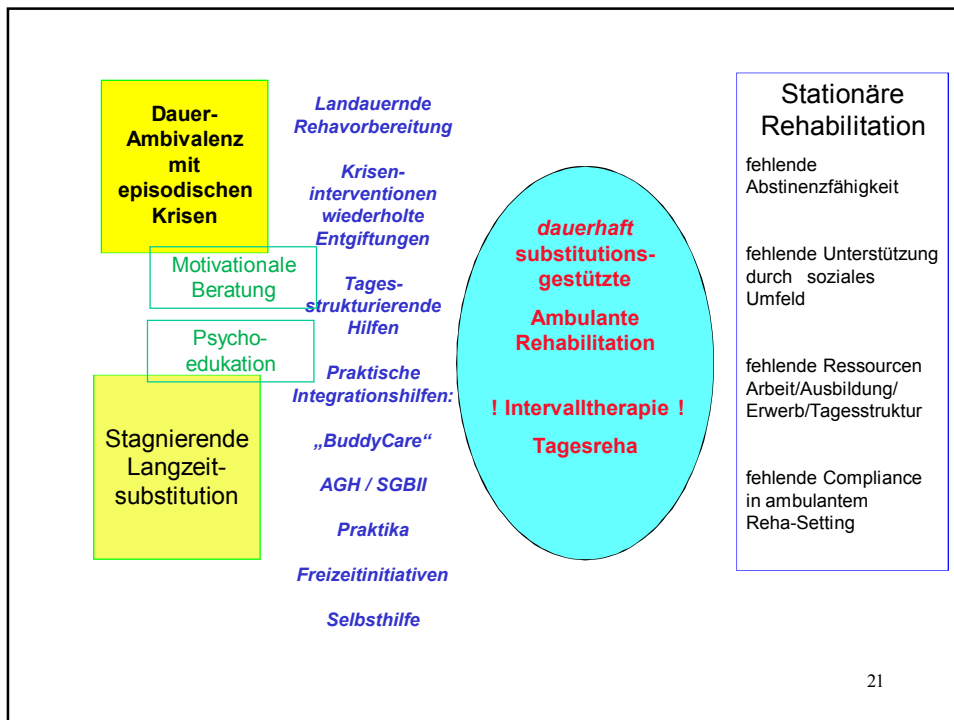
Maintenance  
Substitution  
& Integration

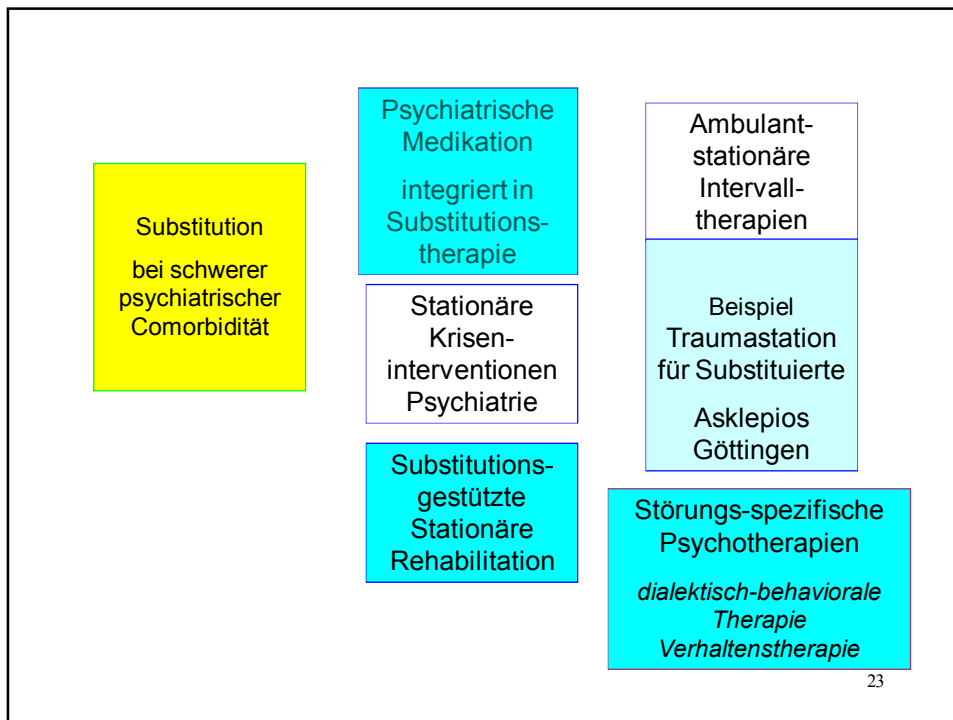


Psychotherapie  
unter Substitution  
möglich

Ambulante  
Rehabilitation

- Abstinenzfähigkeit
- Unterstützendes soziales Umfeld
- Ressourcen Arbeit/Ausbildung/ Erwerb/Tagesstruktur
- Therapiefähigkeit






**Entwicklungsbedarf**

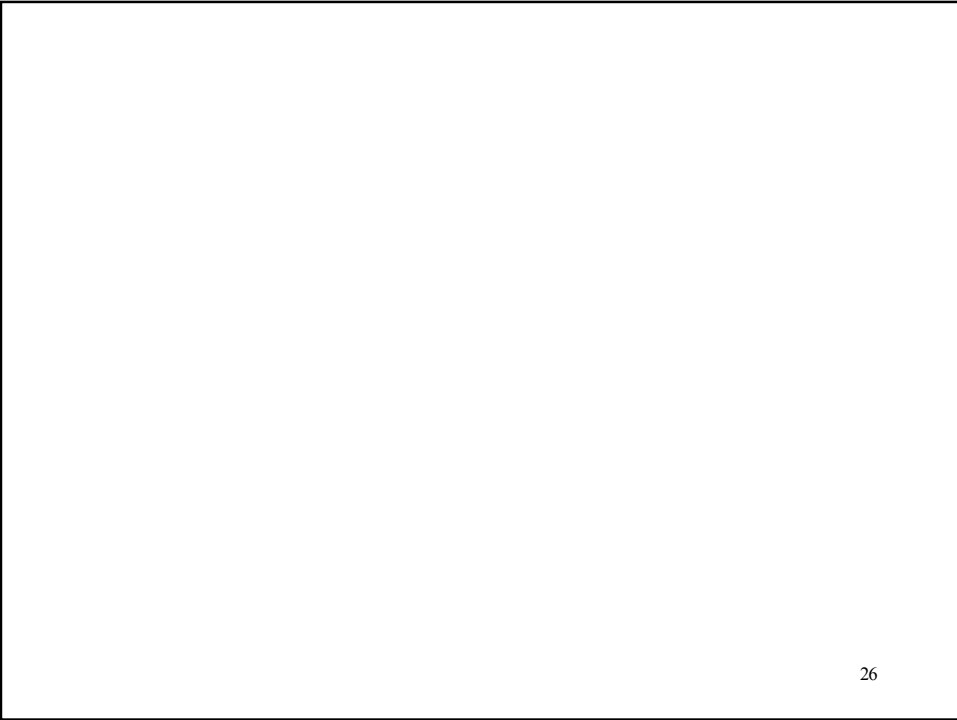
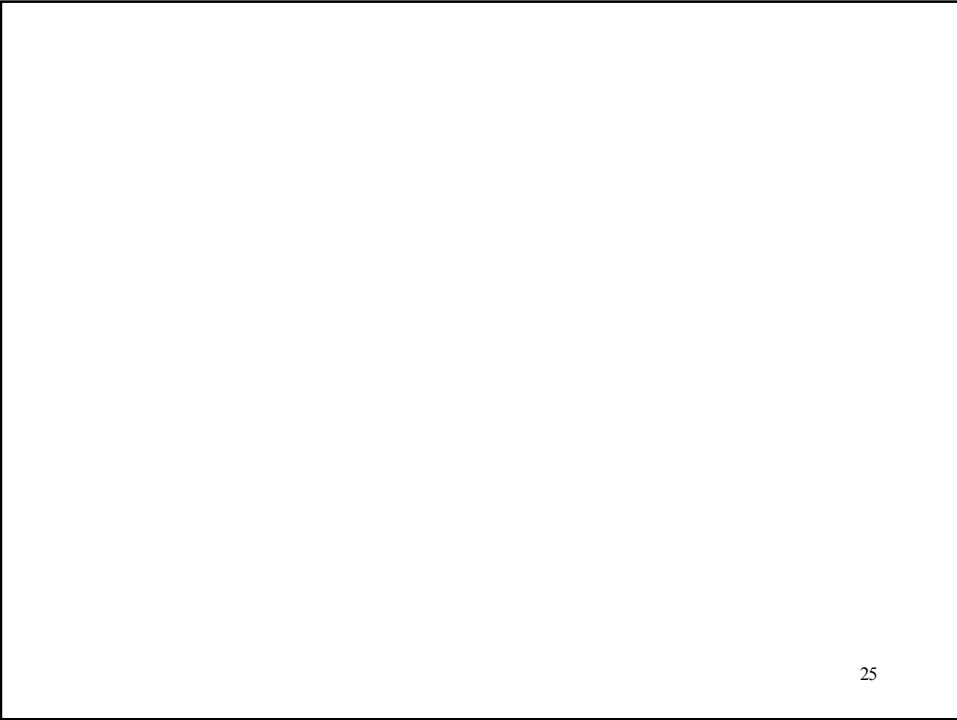
**Leistungsträger:**  
**Substitutionsgestützte medizinische Rehabilitation als Regelbehandlung**

**Hilfe- und Rehabilitationssystem:**  
**konzeptionelle und strukturelle Anpassung der Reha an die Realität und Dynamiken der Substitutionstherapie**  
**Integration von störungsspezifischen Behandlungsmethoden bei psychiatrischer Comorbidität**

**Drogenpolitik**  
**Effektive Förderung der Integration von Behandlungssystemen statt Verschieben von Zuständigkeiten**  
**Kombination von Pauschalfinanzierung und Leistungsabrechnungen**  
**Förderung von Best-Practice-Modellen**

 Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

24



## Behandlung und Behandlungspfade

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

#### Leistungsträger:

- Unrealistisch eng gefasste Indikationskriterien  
(in Bewegung = „Einzelfallentscheidungen“)
- Unrealistische Anforderung Abstinenzerrreichung  
während der Rehabilitation (Modifikation möglich?)

#### Klientel und Ärzte/Berater:

- Substitution als vorrangige oder ausschließliche  
Motivationale Orientierung

#### Hilfe- und Rehabilitationssystem:

- Unzureichende konzeptionelle und strukturelle  
Anpassung an Bedeutung und Wirkung der Substitution

## Fragestellung

### Wie kann die medizinischen Rehabilitation für Substituierte nutzbar gemacht werden?

#### Zugänge öffnen

- = Kompetenz des substitutionsgestützten Hilfesystems für  
Motivierung und Reha-Vorbereitung verbessern
- = Unrealistische Anforderungen aufgeben:
  - Abgeschlossene Entgiftung vor der Rehabilitation ist unrealistisch
  - Abdosieren während der Rehabilitation nur als selbstbestimmte  
Entscheidung der Patienten

#### 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