

Substitutionsgestützte Behandlung der Opiatabhängigkeit¹

Kontrollierte Ersatzdrogenverschreibung, Schadensminimierung oder Suchttherapie?

In den vergangenen 15 Jahren hat sich die zunächst stark umstrittene Opiatsubstitution von einer im Ausnahmefall indizierten Methadonverschreibung an Abhängige mit schweren Begleit- und Folgeerkrankungen zur inzwischen primären Behandlungsform entwickelt. Quantitativ übertrifft die Zahl der substituierten Opiatabhängigen die mit Abstinenztherapie erreichten Suchtkranken längst um ein Vielfaches.

Die Ergebnisse dieser Entwicklung sind durchaus widersprüchlich: Einerseits hat die Substitutionstherapie für eine Mehrheit der Opiatabhängigen wesentlich zur Entschärfung der oft dramatischen Suchtfolgen beigetragen, die von schweren gesundheitlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, Desintegration und Verwahrlosung bis hin zur Beschaffungskriminalität oder –prostitution reichten. Die aus der Prohibition des Suchtstoffes und aus dem illegalen Beschaffungszwang resultierenden Ursachen der psychischen und sozialen Verelendung konnten durch die Verschreibung von Methadon, also de facto durch die kontrollierte Versorgung der Suchtkranken mit einer Ersatzdroge, weitgehend eingedämmt werden. Und selbst diejenigen Patienten, die hinsichtlich ihrer Konsummuster und sozialen Situation nur wenig von der Substitutionstherapie profitieren, sind nun für eine qualifizierte medizinische Versorgung erreichbar.

Andererseits stagnieren die Struktur- und Ergebnisqualität der Substitutionstherapie sowohl in der medizinisch-psychiatrischen als auch in der psychosozialen Praxis deutlich unterhalb des Standards der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Die für eine Suchtbehandlung zwingende Integration von medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfen ist bei der Opiatsubstitution nur ausnahmsweise realisiert. Übergänge aus der Substitutionsbehandlung in die medizinische Rehabilitation, Abstinenztherapie oder Suchtmittelabstinenz oder erfolgreiches Abdosieren zur Abstinenz sind selten.

Streng genommen verbietet sich allerdings der Vergleich mit der Abstinenztherapie, denn das Spektrum der mit der Opiatsubstitution angestrebten Ziele und praktizierten Behandlungskonzepte erstreckt sich von einer möglichst voraussetzungslosen kon-

¹ Werner Heinz ist Leiter des Suchthilfezentrums Bleichstraße und des Psychosozialen Dienstes der Heroin- und Substitutionsambulanz Grüne Straße in Frankfurt. Er koordiniert im Suchthilfeverbund Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. die substitutionsgestützte Drogenhilfe und die Ambulante Rehabilitation.

Dieser Text zur Entwicklung und Zukunft der Opiatsubstitution ist im Wortlaut, nicht jedoch im Layout weitgehend identisch mit einem unter gleichem Titel in der Ausgabe 11/12 2009 der Zeitschrift Sozial Extra veröffentlichten Diskussionsbeitrag. Wir danken dem VS Verlag | GWV Fachverlage für die freundliche Genehmigung zur Übernahme auf unsere Homepage. Den Originalbeitrag finden Sie in [Sozial Extra, Volume 33, Numbers 11-12 / Dezember 2009 DOI: 10.1007/s12054-009-0109-1](#) unter www.springerlink.com.

trollierten Ersatzdrogenverschreibung bis zur medikamentenunterstützten, psychiatrisch und soziotherapeutisch fundierten Suchtbehandlung.

Auch die in der Systematik des Gesundheitswesens sicher zwingende Kostenzuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen zeitigt in der Praxis problematische Folgen: de facto konkurrierend zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker (Zuständigkeit: Rentenversicherungsträger) und weitgehend unverbunden mit der Infrastruktur der Suchthilfe und Eingliederungshilfe wurde ein separates Behandlungssystem etabliert und die Suchtbehandlung bei Opiatabhängigkeit in die Verantwortung von überwiegend nicht adäquat ausgestatteten und qualifizierten Arztpraxen gelegt.

Um dieser bereits Anfang der 1990er Jahre absehbaren Spaltung der Behandlungssysteme entgegenzuwirken, haben sich einige Träger der Suchthilfe frühzeitig für die Errichtung interdisziplinärer Substitutionsambulanzen engagiert und auf diese Weise gleichzeitig Referenzmodelle für eine suchttherapeutisch qualifizierte Substitutionstherapie geschaffen. In Hessen, und hier insbesondere in Frankfurt, wo sich der Autor als Suchtberater, Suchttherapeut, Einrichtungsleiter und Vertreter des Suchthilfeverbundes Jugendberatung und Jugendhilfe bei der Entwicklung der substitutionsgestützten Drogenhilfe und parallel dazu der abstinenzorientierten ambulanten Rehabilitation engagiert, konnten diese Bemühungen auf aktive Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung, des zuständigen Fachministeriums sowie des städtischen Gesundheitsdezernats zurückgreifen. Mit dem Instrument der Institutsermächtigung öffnete die Kassenärztliche Vereinigung hier bereits 1991 einen bis heute tragfähigen Weg zur Errichtung von Substitutionsambulanzen in Trägerschaft der Drogenhilfe bis hin zur Etablierung von substitutionsgestützten Behandlungsangeboten in Suchtberatungsstellen.

Auf dieser Grundlage wurde in Frankfurt eine Vielfalt an Kooperationsmodellen zwischen Ärzten, Psychologen und Suchtberatern im Rahmen der Substitutionstherapie entwickelt, z.B.

- die Jugendberatung und Suchthilfe am Merianplatz im Stadtteil Bornheim mit integrierter Substitutionsambulanz, in der die Substitutionstherapie für 35 bis 40 Patienten im Kooperationsverbund mit im Stadtteil tätigen Arztpraxen durchgeführt wird,
- das Suchthilfezentrum Bleichstraße, dessen Substitutionsambulanz mit 75 Behandlungsplätzen zeitweise im Kooperationsverbund mit der Universitätsklinik von Ärzten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, später in Kooperation mit der Entgiftungsstation des Bürgerhospitals und aktuell in Kooperation mit der Sozialpsychiatrischen Klinik Bamberger Hof durchgeführt wird,
- die in die niedrigschwellige Drogenhilfe von Krisenzentren und Übernachtungseinrichtungen eingebundenen Ambulanzen „Schielestraße“ und FRIEDA mit einem Kooperationsverbund von Malteser Werken (Medizin) und Integrativer Drogenhilfe
- die szenenah im Bahnhofsviertel angesiedelten Krisenzentren Drogennotdienst Elbestraße und Café Fix Moselstraße mit integrierten Substitutionsambulanzen und flankierenden sozialen und gesundheitspräventiven Hilfen wie Übernachtungsstätte, Tagesaufenthalt, Konsumraum und Spritzentausch
- oder auch die kleine, in ein Wohn- und Pflegeeinrichtung für aidskranke Drogenabhängige integrierte Substitutionsambulanz Eschenbachhaus.

Die insgesamt zehn in Frankfurt tätigen Ambulanzen versorgen derzeit mehr als 700 Patienten und damit mehr als die Hälfte aller Substituierten im Stadtgebiet. Das Modell

wurde im Laufe der vergangenen zehn Jahre in den meisten größeren hessischen Städten übernommen und auch in einigen ländlichen Regionen etabliert.

Die Vorteile dieser Infrastruktur liegen auf der Hand: Im Unterschied zu Arztpraxen verfügen die Substitutionsambulanzen über ein differenziertes Spektrum von flankierenden Hilfen. Je nach Zusammensetzung der interdisziplinären Fachteams erfolgt die Opiat-substitution kombiniert mit Suchtberatung, psychosozialer Beratung und Casemanagement bis hin zu strukturierter Sucht- und Psychotherapie. Die medizinischen, psychosozialen und therapeutischen Maßnahmen sind unter einem Dach zusammengeführt und werden unter einer gemeinsamen Behandlungsplanung von Ärzten, Psychologen und Suchtberatern abgestimmt. Die aus ärztlichen und psychosozialen Fachkräften zusammengesetzten Fachteams bündeln Kompetenzen und Infrastruktur für eine adäquate Behandlung der multiplen somatisch-seelisch-sozialen Störungen Drogenabhängiger und sind in der Lage, auch auf alternative Behandlungs- und Betreuungsangebote wie ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation, Betreutes Wohnen, Arbeitsprojekte und tagesstrukturierende Hilfen vorzubereiten oder diese selbst durchzuführen.

Probleme bereitet hingegen den meisten Substitutionsambulanzen die im Rahmen der Institutsermächtigungen eingeschränkte Abrechnung von Leistungen. Die tatsächlich von den Ambulanzen geleistete hausärztliche Versorgung und der besondere Aufwand, den es erfordert, eine Patientengruppe mit geringer Compliance (Fähigkeit zur Einhaltung der Absprachen) zu motivieren und die regelmäßige Medikation zur Behandlungen von HIV-Symptomatik, HEP-C-Infektion und psychiatrischen Störungen sicherzustellen sowie die Lotsenfunktion, die die Ambulanzen für diese Klientel im Gesundheitswesen wahrnehmen, werden finanziell nicht vergütet. Die Substitutionsambulanzen sind infolgedessen überwiegend auf ergänzende Förderung aus den öffentlichen Haushalten angewiesen.

Wechsel der Blickrichtung: Substitution als Suchttherapie

Die folgende Skizze von Behandlungsverläufen orientiert sich aus pragmatischen Gründen an der Funktion, die das Substitutionsmittel für die (Über-)Lebensstrategien der Patienten in ihrer Suchterkrankung einnimmt. Aus psychologisch-psychiatrischer Sicht könnte man sicher auch eine andere Systematik – z.B. die der Suchterkrankung zugrunde liegenden oder mit ihr verschränkten psychischen Belastungen und Störungen – wählen. Meine Beschränkung auf nur einen, gleichwohl zentralen Aspekt der Substitutionstherapie, wird der Komplexität der Suchttheorien und der Suchttherapie sicher nicht gerecht, kann aber helfen, Hinweise für eine Weiterentwicklung der Substitutionstherapie und insbesondere sozial- und suchttherapeutischer Behandlungs- und Betreuungskonzepte abzuleiten.

1. Substitution als Ausstiegshilfe

Der Behandlungsverlauf dieser Patientengruppe entspricht weitgehend den Maximalzielen und der Idealkonzeption der Substitutionstherapie: Die Suchtdynamik wird durch erfolgreiche Kontrolle der Entzugssymptomatik und des Suchtmittelverlangens gestoppt. Die soziale und berufliche Integration macht Fortschritte – psychische und soziale Res-

ourcen werden erfolgreich (re-)aktiviert und (weiter-)entwickelt. Bei guter Compliance in der medizinischen und psychosozialen Behandlung besteht mittelfristig eine gute Prognose für das Abdosieren des Substitutionsmittels und die Stabilisierung in der Abstinenz. Diese Patienten verfügen häufig über Vorerfahrungen mit einer oder mehreren Abstinenztherapien, aufgrund wiederholter Rückfälligkeit erleben sie sich mit ihrem Abstinenzziel (vorerst) gescheitert und in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung erheblich eingeschränkt: Es besteht hohe Ängstlichkeit gegenüber Rückfallrisiken und Craving (heftigem Verlangen nach der Droge) sowie geringe Zuversicht in längerfristig stabile Abstinenzfähigkeit. Das Substitutionsmittel wird eingesetzt als Medikament zur Vorbeugung und Vermeidung von Rückfallrisiken, als „Filter“ gegen mögliche Überforderungen durch starke negative Emotionen, Spannungszustände oder äußere Anforderungen und soll helfen, eventuell eintretende Krisen abzufedern.

2. Substitution: Ambivalenz und „Verhandeln mit der Sucht“ auf Dauer gestellt

Diese Patientengruppe schwankt zwischen Behandlungsphasen mit guter Compliance, Beigebrauchsfreiheit und intensiver Inanspruchnahme von flankierenden sozialen und psychologischen Hilfen einerseits und episodisch heftigen Rückfallkrisen mit Beikonsum von Heroin, Alkohol, Benzodiazepinen, Kokain und zeitweisem Kontaktabbruch in der Betreuung. Wiederholte Versuche zu einer – oft gegen therapeutischen Rat – forcierten Dosisreduktion werden abgelöst von ebenso überzeugt eingeforderten Dosiserhöhungen oder auch Aufdosieren von zusätzlichem Methadon aus dem Schwarzmarkt. Die Teilnahme an Integrationsprojekten schwankt in ähnlicher Weise zwischen positiven, manchmal euphorischen Erwartungen und tiefen Enttäuschungen und Abbrüchen. Überwiegend gelingt diesen Patienten eine Verbesserung der Lebenssituation, zeitweise erreichen sie eine fragil bleibende Kontrolle über die Suchtdynamik. Obwohl gut motiviert, vermeiden sie die mit einer stabilen beruflichen und sozialen Integration verbundenen „Kosten“ und Konsequenzen in der Lebensführung. Sie bemühen sich um Abstand zu Drogenmilieus, sind in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Zielorientierung jedoch eingeschränkt und instabil. Wie bei der „Aussteigergruppe“ kann die Funktionalität des Substitutionsmittels als „Filter“ gegen Gefährdungen durch Gefühle und Krisen, Vorsorge gegen Craving und medikamentöse Risikovermeidung beschrieben werden. Deutlich stärker als in der ersten Gruppe wird das Substitutionsmittel zur Kompensation der fehlenden psychischen Bewältigungskompetenz eingesetzt. Nicht selten findet auch ein „Switchen“ zwischen Methadon und Buprenorphin statt: mit Buprenorphin wird eine wachere, der Abstinenz vergleichbare Wahrnehmung von äußeren und inneren Eindrücken, Schwingungen, Befinden angestrebt. Die verminderte Filterwirkung von Buprenorphin wird dann jedoch oft wieder als Überforderung „abgewählt“ und gegen die stärker sedierende und abfedernde Wirkung von Methadon „getauscht“.

3. Stagnierende Langzeitsubstitution

Man könnte bei diesen Patienten die Substitution als einen verfestigten Lebensstil in einem Substitutionsmilieu“ mit „sozial randständigem Gleichgewicht“ ohne Kriminalitätsbelastung, Verelendung und Krankheitsbelastung, aber auch ohne nennenswerte Entwicklungsanforderungen und Entwicklungsperspektiven beschreiben. Die Opiatsubstitution erfolgt überwiegend mit Methadon – meist in höherer Dosierung mit spürbar dämpfender Wirkung. Beikonsum von Drogen findet episodisch in höherer Dosierung, überwiegend jedoch in Grenzen statt, innerhalb derer die Fortsetzung der Substitution

nicht in Frage gestellt ist. Dabei spielen eher sedierende Substanzen eine Rolle: regelmäßig mindestens Cannabis, häufig auch Alkohol und Benzodiazepine. Geringe Anforderungstoleranz und ein tendenziell sinkendes Aktivitätsniveau verbinden sich mit Versorgungshaltungen und erlernter Hilflosigkeit, zusammengefasst: zu einer Kapitulation vor Entwicklungsanforderungen des Erwachsenenlebens. Die Funktionalität des Substitutionsmittels besteht in mäßiger, aber zuverlässiger Sedierung. Die in der Regel hohe Dosierung mit Methadon wird als erhöhter „Filter“ gegen Ängstlichkeit und Überforderung sowie zur Risikovermeidung eingesetzt. Das Substitutionsmittel fungiert darüber hinaus wie ein „Bindemittel“ in einem „substitutionszentrierten Milieu“, aus dem sich die sozialen Kontakte der Patienten überwiegend rekrutieren.

4. Substitution als Ersatzdroge, Basisversorgung und „Restkontrolle“ in einem drogenzentrierten Lebensstil

Dieses mehrheitlich bei Langzeit- und den sog. „Schwerstabhängigen“ angetroffene Konsummuster ist meist verknüpft mit einer desolaten Lebenssituation und hoher Szenebindung. Es besteht ein durchgängig hoher Beikonsum von Alkohol, Benzodiazepinen, Kokain, Crack, Heroin und gelegentlich auch irregulärer i.v. Konsum von Substitutionsmitteln. Die in der Regel sehr hohe Dosierung (>100 / 120 mg Methadon) hat in einem polytoxikomanen Konsummuster die Funktion einer „Basisversorgung“ zur Abwendung des Opiatentzugssyndroms und soll, meist in Kombination mit Alkohol und/oder Benzodiazepinen, zu einer spürbaren Sedierung führen. In der Abwägung zwischen einer Beendigung der offensichtlich nicht erfolgreichen Medikation und der Fortsetzung im Sinne einer Schadensminimierung entscheiden sich die Behandlungsteams meist zugunsten der immerhin noch zu erwartenden „Restkontrolle“ gegenüber dem zwanghaften Opiat- und Suchtmittelkonsum, zumindest einer Bindung und regelmäßigen Erreichbarkeit der Patienten für medizinische und soziale Kriseninterventionen und Grundversorgung. Ein Teil dieser Patientengruppe konnte im Rahmen der in der Schweiz, den Niederlanden und zuletzt in Deutschland durchgeführten Arzneimittel- und Therapiestudien signifikant wirksamer mit Diamorphin (=Heroin) behandelt werden.

5. Opiatkonsum und Substitution als Selbst- und Ersatzmedikation bei psychischen Störungen wie Depression, Psychose und ADHS

Patienten, die den Opiatkonsum – insbesondere Heroinkonsum – als Selbstmedikation einsetzen, um ängstigende und belastende Symptome von psychiatrischen Störungen und Erkrankungen zu ertragen, setzen auch Methadon als Medikation zur Bewältigung dieser quälenden Zustände von Depression, Ängstlichkeit, Agitiertheit oder hyperaktiver Gedankenflucht und Konzentrationsstörungen ein. Sie suchen in den Opiaten weniger eine euphorisierende, sondern vielmehr eine „coolende“ Wirkung, um überbordenden Gedankenfluss zu bändigen oder Gefühlen der Leere und Orientierungslosigkeit zu begegnen. Sie erleben häufig starken Leidensdruck aufgrund schwerer Selbstwertstörungen, sozialer Isolation, Beziehungsstörungen und Störungen im Leistungsverhalten.

Folgerungen und Perspektiven

Ein differenzierter Blick auf Patienten und Verläufe der Substitutionstherapie sollte verdeutlichen, dass abgestimmte und zielgerichtete medizinisch-suchtttherapeutische und psychosoziale Behandlungsplanung und Interventionen erforderlich sind, wenn die Sub-

stitution persönliche Entwicklungen der Patienten in Gang setzen und fördern soll, die über die gesundheitliche Stabilisierung hinausreichen.

Die Differenzierung der Substitutionstherapie nach den vorgeschlagenen Verlaufstypen (oder auch anderen Kriterien) erlaubt eine Verbesserung der Indikationsstellung für beratende, betreuende und therapeutische Interventionen sowie eine Zielplanung, die sich an Bedarf, Behandlungsstatus und -verlauf sowie an der Motivation und Compliance der Patienten orientiert. Anstelle einer undifferenzierten „Psychosozialen Betreuung“ müsste eine qualifizierte Behandlungsplanung die in der Suchthilfe verfügbaren Kompetenzen und Methoden aufnehmen: motivationale Interventionen, Psychoedukation, strukturiertes Rückfallpräventionstraining und Training sozialer Kompetenzen, flankierende soziale Hilfestellungen wie Schuldnerberatung, Befähigung zu eigenständigem Wohnen, Arbeitsintegrationstraining, verhaltenstherapeutische, systemische oder tiefenpsychologisch fundierte oder an der humanistischen Psychotherapie orientierte Therapieverfahren. Die in der Suchthilfe und in der medizinischen Rehabilitation etablierten und erprobten Verfahren und Hilfen wären also dringend an die Substitutionstherapie zu adaptieren und nach differenzieller Indikation einzusetzen.

Aber auch in Richtung der medizinischen Rehabilitation sind Anpassungen an die Entwicklung der vergangenen 15 Jahre einzufordern. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Kostenübernahme für stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation nach wie vor unter den Vorbehalt gestellt wird, dass Suchtmittelabstinenz erreicht werden muss und dass substitutionsgestützte Rehabilitation allenfalls ausnahms- und übergangsweise bei besonderer medizinischer Indikation akzeptiert wird. Mit Ausnahme des unter 4. skizzierten Verlaufstyps *Ersatzdroge, Basisversorgung und „Restkontrolle“ in einem drogenzentrierten Lebensstil* wäre – wiederum bei entsprechender Differenzierung der Behandlungspläne – auch eine produktive Nutzung der medizinischen Rehabilitation mit Unterstützung von Opiatsubstitution denkbar. Für den unter 4. angesprochenen Verlaufstyp ist eine Weiterentwicklung stationärer sozialtherapeutischer Eingliederungshilfen dringend angezeigt. Im Interesse der Patienten kann es nicht angehen, dass die Separierung in zwei voneinander abgeschottete Behandlungssysteme der Substitution und Rehabilitation weiter aufrecht erhalten wird.

Heinz