

Immer mehr Opiatabhängige, doch Zahl der Substitutionsärzte sinkt



Fotos: Engelmohr



Im Verlauf der vergangenen 20 Jahre haben sich sowohl die Häufigkeit der Einnahme von Stoffen als auch die Häufigkeit nicht-stofflicher Abhängigkeiten drastisch verändert, so dass heute auch Gaming und Medienkonsum bereits bei drei Prozent der Kinder und Jugendlichen ein neues Problemfeld darstellen.

Die Häufigkeit des Nikotin- und Alkoholkonsums stellt gesundheitspolitisch nach wie vor die größte Herausforderung dar. Entsprechend dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2020 liegen die mittelbaren Kosten allein des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit bei 16 Milliarden Euro, die unmittelbaren Kosten sogar bei 44 Milliarden Euro.

Drogenkonsummuster hat sich enorm verändert

Das Konsummuster im Drogenbereich hat sich in den vergangenen 20 Jahren enorm verändert. So stellen Cannabismissbrauch bei Kindern und Jugendlichen heute ein großes Problem dar und der Amphetaminmissbrauch, der in den vergangenen Jahren einen hohen Zuwachs (mit deutlicher Tendenz nach oben) aufweist, führt zu multiplen psychischen und körperlichen Schäden (Amphetaminkonsum), die oft nicht als solche erkannt werden.

Aber auch der Missbrauch von psychoaktiven Medikamenten hat bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich zugenommen, so dass heute oftmals Tilidin, Oxycodon oder Fentanyl als Einstieg in den Opioidmissbrauch und in die Abhängigkeit dienen. Medikamente wie Pregabalin, Z-Präparate und Benzodiazepine sind geradezu „in“.

Obgleich Sucht und Abhängigkeitserkrankungen hinsichtlich der Häufigkeit in Deutschland weit oben rangieren, ist ihre Behandlung bis heute sowohl hausärztlich als auch fachärztlich ein großes Problem. Diese Erkrankungen sind sowohl in der Bevölkerung, als auch politisch und von ärztlicher Seite in hohem Maße ideologisch überfrachtet. Das Image dieser meist chronischen Erkrankungen liegt weiterhin trotz hoher Publizität in der Rangfolge ganz unten, wird als selbstverschuldet eingestuft und ist mit vielen tradierten Bildern und Meinungen behaftet. Ihre Behandlung stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar, die im Interesse der betroffenen Menschen ein Zusammenwirken aller gesellschaftlicher Kräfte erfordert, insbesondere neben politischem auch ärztliches Engagement.

Ärztliches Fachwissen entspricht oft nicht den Anforderungen

Das ärztliche Wissen hinsichtlich der Einnahme und der Folgen des Cannabis- und Amphetamin-/Kokainkonsums und der sogenannten neuen psychoaktiven Substanzen, sowie den herkömmlichen aus dem üblichen Medikationsbereich entspricht häufig nicht den heutigen Erfordernissen. Dies kann zu Fehleinschätzungen und Fehlbehandlungen führen.

Im Opioidbereich wurde Deutschland durch die vielen Opioidtoten in den USA aufgeschreckt: 2020 mit über 90.000 Toten, davon überwiegend legale Opiode wie Fentanyl und Oxycodon, die von einer Opioidemie sprechen lassen. Es handelte sich dabei in vielen Fällen um ärztlich verordnete Opiode, die zu Abhängigkeit führten und aufgrund nicht weiterer Verordnung die entsprechenden Menschen in die Illegalität und Sucht und damit zu vielen Toten führten.

Auch wenn die Situation in den USA nur sehr begrenzt mit Deutschland verglichen werden darf, sehen wir doch, dass zunehmend auch von Opioiden abhängige Patienten in die Substitutionspraxen kommen, die im Vorfeld nie mit dem illegalen Markt zu tun hatten, sondern aufgrund ihrer Schmerzbehandlung von Opioiden abhängig wurden und nun Hilfe bei substituierenden Ärzten suchen, weil sie nicht mehr weiter behandelt werden. Dass die Substitution auch bei dieser Personengruppe möglich ist, verdanken wir der Änderung der BtMVV 2017.

Opioidabhängige: Nur knapp die Hälfte ist in legaler Behandlung

Mit 81.300 substituierten Patienten wurde 2020 in Deutschland ein neuer Höchststand erreicht. Aber bei offiziell geschätzten 166.000 Opioidabhängigen in Deutschland (die Dunkelziffer ist sicherlich deutlich höher) sind damit dennoch nur knapp 50 Prozent der betroffenen Personen in legaler Behandlung. Im Gegensatz zu den steigenden Zahlen der behandlungsbedürftigen Opioidabhängigen geht die Zahl der Substitutionsärzte kontinuierlich zurück. Waren es 2012 noch 2.731 substituierende Ärzte, so sind es 2020 nur noch 2.545 Ärzte, die sich dieser Aufgabe widmeten.

In Rheinland-Pfalz wurden 2020 insgesamt 2.359 Patienten mit Opioidersatzstoffen behandelt, von insgesamt 79 Ärzten. Auch hier sehen wir einen Schwund an substituierenden Ärztinnen/Ärzten, der sich aufgrund der Überalterung weiter nach oben entwickeln wird, wenn es nicht gelingt, junge Ärzte für dieses interessante Aufgabengebiet zu gewinnen.

Substitutionsbehandlung ist erste Wahl

Die Substitutionsbehandlung ist heute bei Opiatabhängigkeit, durch viele wissenschaftliche Studien belegt, die Behandlung der ersten Wahl. Die soziale Wiedereingliederung, auch in Bezug auf sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse, gelingt heute nahezu bei jedem dritten substituierten Patienten, wie mehrere Studien zeigen.

Das ärztliche Wissen hinsichtlich der Opioidabhängigkeit und deren Behandlungsmöglichkeiten ist nach wie vor ein großes Problem - sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Behandlung, wo es nicht selten zu Fehlbehandlungen oder zu diskriminierenden Abweisungen kommt.

Noch immer starke Behandlungsreglementierung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung, lange Zeit für den substituierenden Arzt ein schmaler Pfad, der die Gefahr einer Kriminalisierung des Arztes beinhaltete, haben sich grundlegend mit der Änderung der BtMVV von 2017 positiv verändert. Nunmehr ist für die Qualität der Beurteilung einer Behandlung nicht mehr der Staatsanwalt, sondern die Bundesärztekammer zuständig. Dennoch ist die therapeutische und ärztliche Freiheit durch Bürokratie und zu eng gefasste betäubungsmittelrechtliche Rahmenbedingungen immer noch zu eingeschränkt.

Keine andere medizinische Behandlung ist derart reglementiert. Bis heute sind die bürokratischen Hürden groß und die Rahmenbedingungen der Substitution immer noch einengend für den behandelnden Arzt. Keine andere Behandlung ist so strikt geregelt wie die Substitutionsbehandlung. Diese Hürden sind jedoch im Vergleich zum Beginn der Substitutionsbehandlung 1992 erheblich niedriger.

Abstinenzdogma ist gefallen

Wichtig ist aber auch die Zieländerung der Behandlung, die den realen Bedingungen angepasst werden konnte. Grundsätzlich ist das Abstinenzdogma gefallen, auch dies ein Schritt in die richtige Richtung, weil bei vielen Abhängigkeitserkrankten eine Abstinenz nur schwer oder gar nicht erreichbar ist. Die Ersatzstoffbehandlung bei Opioidabhängigkeit ist deshalb ein wichtiger Schritt zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe. Auch die Vorgabe, einer zwingend erforderlichen psychosozialen Betreuung besteht seit 2017 nicht mehr. Sie war ohnehin in den meisten Fällen nicht erreichbar.

Viele Studien zeigen heute weltweit, dass durch die Ersatzstoffbehandlung eine rasche körperliche Gesundung, insbesondere aber eine soziale Teilhabe erreicht wird, bis hin zur Rehabilitation ins Berufsleben und damit zu einem normalen sozialen Leben in der sozialen Gemeinschaft. Insbesondere die PREMOS-Studie belegt eindrucksvoll die positiven Ergebnisse der Substitutionsbehandlung.

Leider ist es nach wie vor schwierig, substituierte Patienten neben der Substitutionsbehandlung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zuzuführen. Dies wird meist von Seiten der ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten damit erklärt, dass sie zu wenig Erfahrung mit Suchtpatienten haben. Dies muss so nicht sein, denn seit vielen Jahren wird die Grundversorgung Suchtkranker als Curriculum zur Weiterbildung und Zusatztitel angeboten.

Stationäre Mitbehandlung ist noch ein Problem

Ein großes Problem stellt leider auch bis heute die stationäre Mitbehandlung substituierten Patienten im normalen stationären Alltag dar. Viele Kliniken, in die Substitutionspatienten wegen einer anderen Erkrankung oder OP-Notwendigkeit aufgenommen werden, werden nicht immer adäquat behandelt oder es wird sogar die Forderung gestellt, dass der substituierende Arzt/Ärztin für die weitere Medikation mit dem Substituierten zu sorgen hat, weil es im Krankenhaus nicht vorrätig sei. Das hat bereits zu mehreren Todesfällen geführt, weil zu spät die Entzugssymptomatik realisiert wurde. Die Forderung der Bundesärztekammer, die bereits vor mehreren Jahren an die Kliniken gestellt wurde, dass in jedem Krankenhaus eine Ärztin/Arzt mit Qualifizierung in suchtmedizinischer Grundversorgung vorgehalten werden muss, ist bis heute Papier geblieben.

Substitutionsärzte zu finden, ist schwierig

Leider ist die Versorgung opioidabhängiger Patienten bis heute in vielen Regionen Deutschlands defizitär. Trotz

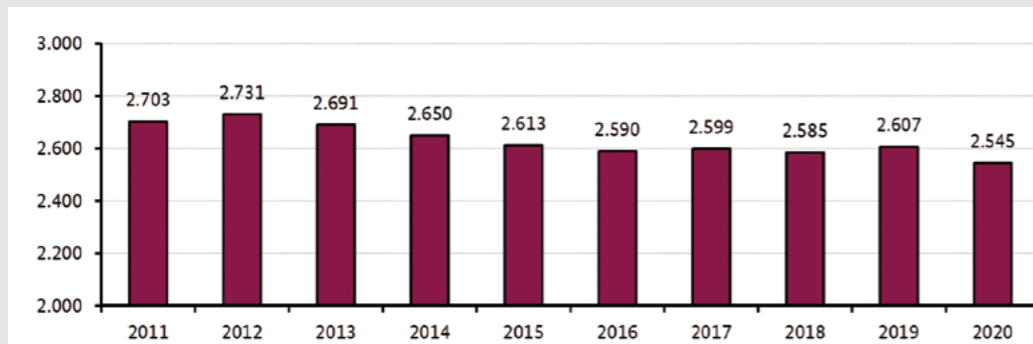
Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es nach wie vor sehr schwer, Ärzte/Ärztinnen für diese Aufgabe zu gewinnen. Das ist nur schwer nachvollziehbar, denn die meisten der substituierenden Ärzte sind mit ihrer Aufgabe der Versorgung und Behandlung dieses Personenkreises sehr zufrieden. Bei Fortbildungen zu diesem Thema werde ich immer wieder mit inneren Bildern und Einstellungen konfrontiert, die nur auf sehr wenige Patienten aus dem Suchtbereich zutreffen. Der Substitutionspatient ist in der Regel ein völlig normaler Patient. Es ist eher eine kleine Anzahl schwieriger Patienten, die meist aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen kommen.

Das Verständnis für die Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung von Suchtpatienten und insbesondere von Opioidabhängigen durch die Ersatzstoffbehandlung hat in den vergangenen Jahren im politischen Bereich aber auch im Bereich der zuständigen Institutionen der ärztlichen Versorgung wie KV und Ärztekammern deutlich zugenommen. Dies lässt zumindest hoffen, dass sich hier noch vieles positiv verändern lässt.

Nur 1,3 Prozent der Niedergelassenen substituieren

Die Substitutionsbehandlung hat sich in Rheinland-Pfalz auf ganzer Linie bewährt. Sie verläuft auf hohem Niveau und erreicht einen hohen Anteil der Opiatabhängigen. Aber aufgrund der geringen Gewinnung junger Ärztinnen und Ärzte für dieses Aufgabengebiet wird die Anzahl von Substituierten in den einzelnen verbleibenden Praxen immer höher. In Deutschland substituieren derzeit 1,3 Prozent der niedergelassenen Ärzte. Im Vergleich dazu sind es über 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Damit wird der substituierte Patient ein Patient wie jeder andere, hat seinen Hausarzt, der ihn versorgt, wie jeden anderen Patienten. Dies sollte auch für Deutschland ein Ziel sein.

Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte von 2011 bis 2020



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Anzahl der meldenden, substituierenden Ärzte und Patienten nach Bundesländern, 2020

Bundesland	gemeldete Patienten am Stichtag 01.07.2020	substituierende Ärzte in 2020
Baden-Württemberg	10.435	384
Bayern	9.059	330
Berlin	5.823	137
Brandenburg	114	22
Bremen	1.759	54
Hamburg	3.938	83
Hessen	7.778	219
Mecklenburg-Vorpommern	304	30
Niedersachsen	7.758	249
Nordrhein-Westfalen	26.041	718
Rheinland-Pfalz	2.359	79
Saarland	664	18
Sachsen	767	45
Sachsen-Anhalt	712	35
Schleswig-Holstein	3.434	119
Thüringen	402	23

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte / Substitutionsregister

Die bisherige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Daniela Ludwig hatte sich Ende Juni 2020 mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer zu einem runden Tisch zusammengesetzt und zu weiteren konkreten Maßnahmen der Sicherstellung der Substitutionsbehandlung aufgerufen. Von ihr stammen folgende Sätze: „Substitution kann Leben retten und dabei helfen, wieder Stabilität ins Leben zu bekommen. Wir brauchen deshalb dringend eine flächendeckende Substitutionsversorgung. Gerade in ländlichen Gebieten muss da noch einiges passieren. Und wir müssen dringend mehr Ärztinnen und Ärzte dafür gewinnen, diese Behandlung anzubieten.“

Suchtmedizinische Grundversorgung sollte Pflichtprogramm werden

Diesen Worten ist wenig hinzuzufügen. Die suchtmedizinische Grundversorgung sollte im Grunde Pflichtprogramm für alle niedergelassenen Ärzte werden. Nur so lässt sich das Schweizer Modell letztendlich auch in Deutschland umsetzen.

Sucht und Abhängigkeitserkrankungen sind Erkrankungen wie andere auch, die meist ihren Ursprung in schwierigen Selbstwertentwicklungen oder Traumatisierungen in der Kindheit und Jugendzeit haben. Erst durch entsprechende Fortbildungen können in der Regel die inneren Bilder und

Vorurteile dieser Klientel gegenüber aufgelöst werden. Dazu wurde das Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung von Seiten der Bundesärztekammer geschaffen, das deutschlandweit, auch in Rheinland-Pfalz, regelmäßig angeboten wird.

Autor
 Dr. Manfred Nowak
 Psychiatrie-Kinder-Jugendpsychiatrie-Psychotherapie
 Vorsitzender des Suchtbeirates der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz



Foto: privat

Substitutionsambulanz Landau zeigt, dass die **Angst vor Imageverlust** der Praxis unbegründet ist



Fotos: Engelmohr

Dr. Manfred Nowak kümmert sich mit seinem Praxisteam in Landau intensiv nicht nur um psychiatrische Patienten, sondern auch um viele Substitutionspatienten.

Es ist kurz vor acht Uhr an diesem Dienstagmorgen. Vor der Praxiseingangstür im pfälzischen Landau warten bereits die ersten Patientinnen und Patienten. Manche stehen geduldig da, andere wippen nervös auf ihren Füßen oder laufen hin und her. Als schließlich die Praxistür geöffnet wird, teilt sich die Gruppe der Wartenden: Einige biegen sofort rechts in einen Wartebereich ein, andere gehen geradeaus weiter zur großen Anmelde-theke im hinteren Praxisbereich.

Klare Aufteilung: Die einen Patienten suchen Dr. Manfred Nowak als Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf, die anderen kommen zur Substitution. Für seine psychiatrischen Patienten hat er einen eigenen Abschnitt im hinteren Teil seiner Praxis mit Anmelde-tresen und Wartebereich. Für die anderen Patienten gibt es im vorderen Praxisteil einen eigenen Bereich mit Wartezimmer und Ausgabebetresen. Hier haben seine Substitutionspatienten ihre feste Anlaufstelle.

Manfred Nowak ist seit vielen Jahren in der Suchthilfe aktiv. Als einer der Gründer des Therapie-zentrums Ludwigmühle hat er Anfang der 80-iger Jahre den Therapieverbund Ludwigmühle mit aufgebaut. Ziel war es, die Suchthilfestrukturen in Rheinland-Pfalz nachhaltig zu verbessern. In den Folgejahren wurde das Gut „Ludwigmühle“ in den Queichauen bei Lustadt in der Pfalz in ein Therapiezentrum für die stationäre Behandlung von Drogenabhängigen umgewandelt und das Leistungsangebot stark erweitert. Die Fachklinik Ludwigmühle ist eines der Standbeine und bietet insgesamt 54 Behandlungsplätze. Der Therapieverbund Ludwigmühle arbeitet eng zusammen mit der Suchtambulanz in Landau, die Nowak seit 1995 führt. Darüber hinaus ist Nowak Vorsitzender des Suchtbeirates der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Für seine Landauer Praxis hat er die Genehmigung, 140 Substitutionspatientinnen und -patienten zu betreuen. Dabei deckt er nicht nur die Stadt Landau ab, sondern auch Gernersheim, Südliche Weinstraße, Neustadt und Speyer. Jeden Morgen zwischen acht und zehn Uhr ist seine Substitutionsambulanz geöffnet. Dienstags auch nachmittags.

Paradigmenwechsel: weg vom Abstinenzgebot

„Wir bekommen Patienten von verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe, über Mundpropaganda, aber auch von Kliniken oder Gefängnissen“, erklärt Nowak. Der ultimative Therapieerfolg wäre es natürlich, wenn jemand den kompletten Ausstieg schafft. Aber ein wichtiger Erfolg sei es auch, wenn jemand im Alltag zurechtkommt und keinen Beikonsum von beispielsweise Benzodiazepinen, Kokain und Opiaten hat. In der Substitution habe es inzwischen auch einen Paradigmenwechsel gegeben: weg vom früheren Gebot zur Abstinenz. Inzwischen zähle es, „dass wir entkriminalisieren und somit Möglichkeiten zur Resozialisierung schaffen können“.

Bei der Substitutionstherapie herrschen in der Landauer Ambulanz klare Regeln: So gibt es feste Zeiten für die Dosis-Ausgabe. Die Patienten stehen hierfür - entsprechend ihres Rhythmus - auf einer Liste, ob sie täglich oder einmal in der Woche vorstellig werden müssen. Ihr Erscheinen wird geprüft. Wer trotz des festen Termins nicht kommt, „dem telefonieren wir hinterher, um nachzufragen, was los ist“, erklärt Substitutionsassistentin R. N. Für Unpünktlichkeit gebe es keine Entschuldigung. Es sei denn, der öffentliche Nahverkehr streike. „Da drücken wir dann ausnahmsweise mal ein Auge zu“, fügt sie hinzu. Ansonsten gilt: Wer nicht pünktlich zur Ausgabezeit in der Ambulanz ist, bekommt an diesem Tag keine Dosis.

Klare Regeln für die Ausgabe

Weitere Regel: Wer am Quartalsbeginn seine Krankenversichertenkarte nicht vorlegt, bekommt nur die Tagesdosis – auch wenn er normalerweise für eine Woche Take-Home-Dosen bekommen würde. Roswitha Nowak: „Mehr gibt es erst dann wieder, wenn die Karte vorliegt.“ Den Hinweis fürs neue Quartal gibt es immer rechtzeitig, damit man die Karte früh genug einstecken und vorlegen kann.

Werden die Regeln immer akzeptiert? „Meistens schon, schließlich sind wir auch konsequent bei Regelbruch“, so die Assistentin. „Wir erleben nur manchmal kleine Aufstände, wenn wir Konsequenz zeigen. Aber so sind halt die Regeln, und daran muss man sich halten. Wir sind streng.“

Auf dem Tisch hinter dem Ausgabebetresen steht der PC, auf dem die Substitutionsassistentin die Akte jedes Patienten in der Praxis-EDV aufruft. Hier sind alle Daten vermerkt. Auch ein Foto des Patienten ist sofort sichtbar, um einen raschen Abgleich an der Ausgabe zu machen. So ist sichergestellt, dass es auch der richtige Patient ist.

Viele der Substitutionspatienten sind schon jahrzehntelang in der Landauer Ambulanz. Manfred Nowak kennt sie alle gut, weiß um ihre Lebensumstände und ihre Geschichte. Die meisten von ihnen wollen wöchentlich kommen. Sie bekommen die erste Tagesdosis direkt und unter Aufsicht zur Einnahme in der Praxis. Später erhalten sie als Take-Home die Arznei in sicher verschließbaren Fläschchen aus der Apotheke. Der 14-tägige Rhythmus, der inzwischen auch möglich ist, ist nicht für alle gut, so Nowak: „Sie brauchen die Regelmäßigkeit in kurzen Abständen und das Gespräch mit uns. Wir sind sowas wie Familie für sie.“ Deshalb wollen manche auch keine Take-Home-Dosierung.

Die Drogenkarriere ist oft lang

Eine der ersten Patientinnen am Morgen ist eine Frau Mitte 30. Als 15-Jährige habe sie angefangen, Heroin und Kokain zu nehmen, erzählt sie. Sie kenne einige Patienten, die im Substitutionsprogramm seien und so sei sie darauf aufmerksam geworden. Dass sie nun selber im Programm ist, findet sie gut. Sie kommt täglich in die Praxis, um ihre Medikation zu bekommen. Nur für das Wochenende bekommt sie ihre Tagesrationen mit nach Hause. Mit der Substitution fühle sie



Urin-Schnelltest finden regelmäßig und ohne Vorankündigung statt.

sich sicher „wie in einem geschützten Raum“; die regelmäßige Kontrolle tue ihr gut. Und was ihr ganz wichtig ist: „Ich habe einen festen Tagesrhythmus. Ich muss jeden Morgen aufstehen, um pünktlich in der Ambulanz zu sein.“ Sie ist optimistisch: „Das bekomme ich hin und das will ich auch meiner Tochter vorleben.“

Ihr gleichaltriger Ehemann ist ebenfalls im Substitutionsprogramm. Mit der Substitution fühle er sich befreit vom Suchtdruck. Aber er gibt auch zu: „Wir waren beide schon sehr stabil, doch dann kam ein Rückfall. Jetzt schauen wir beide wieder nach vorne.“

Eine weitere Patientin an diesem Morgen kommt gemeinsam mit ihrem Betreuer. Sie ist Anfang 60, lebt in einer Wohngemeinschaft im Betreuten Wohnen und ist schon lange im Programm – wenn auch mit Unterbrechungen. Jetzt ist sie wieder drin und fühlt sich besser damit. Sie erscheint einmal in der Woche. Bei ihr ist heute eine Urinkontrolle fällig. Urinkontrollen erfolgen regelmäßig in unregelmäßigen Abständen und ohne Vorankündigung. Die Urinabgabe findet unter Aufsicht statt. Direkt gegenüber dem Ausgabebereich ist die Toilette – mit offener Tür, aber vom anderen Praxisbereich nicht einsehbar. „Wer das nicht kann, muss sich vorher komplett ausziehen“, da gibt es kein Pardon. „Ohne direkte Kontrolle geht es nicht“, weiß die Substitutionsassistentin aus Erfahrung. Im Moment laufe ein vielversprechender Modellversuch zur digitalen Urinkontrolle mit vielen Sicherheitsstufen. Das könnte die Tests vereinfachen.

Der Urin-Schnelltest der älteren Patientin schlägt heute stark aus und zeigt einen Beigegebrauch von Benzodiazepinen. Die Substitutionsassistentin holt den Arzt hinzu. Manfred Nowak fragt die Patientin, ob sie sich das Testergebnis erklären



Ob Tablette oder in flüssiger Form: Die Take-Home-Dosis wird in kindersichere Döschen gefüllt. Und die erste Tagesration wird direkt unter Aufsicht vor Ort eingenommen.

könne. Die Frau zeigt sich verwundert: „Ich kann doch gar nichts nehmen, ich habe ja Ausgangssperre in der WG.“ Vielleicht liege es ja daran, dass sie derzeit regelmäßig Schmerzmittel nehmen müsse. Die habe ihr der Hausarzt verschrieben wegen ihrer Arthrose. Nowak hört geduldig zu, gibt ihr aber auch klar zu verstehen, dass dies ein Regelbruch ist. Dass es Kreuzreaktionen sein könnten, will er prüfen. Nun schaltet sich ihr Betreuer ein. Er vermutet, dass es an einem Neuzugang in der WG liegen könnte, doch dieser habe inzwischen wieder ausziehen müssen. Das werde geprüft, fügt auch er hinzu.

Der Betreuer holt auch noch für einen weiteren Mitbewohner der WG die Take-Home-Dosis aus der Apotheke für eine Woche, weil dieser Patient nicht mobil ist. Jede Tagesdosis nimmt dieser Patient dann in der WG unter Aufsicht des Betreuers.

STATISTIK

Bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz sind derzeit 178 Ärztinnen und Ärzte registriert, die die Suchtmedizinische Grundversorgung erworben haben und ärztlich tätig sind. 86 von ihnen befinden sich im ambulanten Bereich, weitere 85 im stationären Bereich. Älter als 65 Jahre sind 55 von ihnen. (eng)

Fotos: Engelmohr



Strenger Blick: Stimmen Patient und Dosis überein?

Substituierte schätzen die Sicherheit

Ein weiterer Patient kommt täglich in die Ambulanz. Auch heute holt der 30-Jährige seine Ration. Im Programm ist er seit diesem Februar. Es bedeute ihm viel: Sicherheit, weg von der Straße und keine Angst mehr vor gestrecktem Heroin. Und er schätzt den festen Tagesablauf: morgens in der Praxis pünktlich sein, um die Dosis zu bekommen. Er stammt

als Radiotechniker. Weiß sein Arbeitgeber, dass er im Substitutionsprogramm ist? Der Mann schüttelt den Kopf: „Nein, und das soll auch so bleiben.“ Deswegen sei er auch in Zeitdruck, weil er nicht unpünktlich im Betrieb erscheinen mag. Er schluckt seine Tagesdosis und verabschiedet sich.

Suchtpatienten lassen sich gut in den Praxisablauf integrieren

Die suchtmmedizinische Versorgung ist für Dr. Manfred Nowak eine wichtige Herzensangelegenheit, doch immer weniger Ärztinnen und Ärzte teilen diese Ansicht und immer weniger von ihnen bieten Substitution im ambulanten Bereich an. Warum ist das so?

Manfred Nowak überlegt. Nachdenklich fügt er hinzu, dass vermutlich die Sorge vor einem Imageverlust der Praxis ein Hauptgrund sein könnte. In seiner Praxis kann er Substitutionsambulanz und psychiatrische Praxis räumlich gut trennen. Das hilft. Das können aber nicht alle, weiß er. Wäre das wirklich schwierig? Sind denn die Substitutionspatienten immer sofort als Suchtkranke zu erkennen? „Meistens nicht“, lautet seine Antwort. Manchmal entspreche ein Patient schon den gängigen Klischees. Aber in den allermeisten Fällen eben nicht. Die Patienten machen einen gepflegten Eindruck, seien meist sauber und ordentlich gekleidet, höflich und freundlich. Nowak: „Den typischen Substitutionspatienten gibt es nicht wirklich. Das Thema Sucht und Abhängigkeit betrifft alle Schichten.“ In seiner Praxis sei auch eine Ärztin unter den Substituierten. Nowaks Fazit: „Suchtpatienten lassen sich gut in den Praxisablauf integrieren.“

aus Saarbrücken. Er war schon mal eineinhalb Jahre lang clean und dann kam leider doch ein Rückfall. Früher sei er jedes Mal, wenn er in der alten Heimat zu Besuch war, rückfällig geworden. Das will er nicht mehr. Manfred Nowak fragt nach: „Und wie war es diesmal in Saarbücken?“ „Bin stark geblieben“, antwortet der junge Mann. Sein Urintest ist negativ. Der Patient lächelt und ist stolz: „Das soll auch so bleiben.“ Seine Freundin ist ebenfalls im Substitutionsprogramm: „Zusammen werden wir das schaffen!“

Bereits seit 17 Jahren im Substitutionsprogramm ist ein Patient Mitte 50. Mit 15 Jahren habe er angefangen, Drogen zu nehmen. Er war auch schon mal zehn Jahre lang „ganz ohne“, erzählt er, doch dann kam leider ein Rückfall. Drei Kinder habe er, das jüngste mit 15 Jahren lebt bei ihm. Die Ehe sei gescheitert, die Scheidung laufe. Das Substitutionsprogramm hilft ihm: Er ist stabil und arbeitet in seinem Beruf

Rund 70 Prozent seiner Substitutionspatienten hätten einen normalen Tagesablauf; 65 Prozent von ihnen seien in fester Arbeit, erklärt er. Die Substitutionsbehandlung hat sich seiner Erfahrung nach „auf ganzer Linie bewährt. Das bedeutet Gesundheit und soziale Integration“. Aber dadurch, dass es immer weniger Ärzte gibt, die substituieren, steige die Zahl dieser Patienten in den einzelnen verbleibenden Praxen. In Deutschland würden derzeit 1,3 Prozent der niedergelassenen Ärzte substituieren. Im Vergleich dazu seien es über 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Das wünscht sich Nowak auch für Deutschland: „Dann wird der substituierte Patient ein Patient wie jeder andere auch.“

Ines Engelmohr



Nach sorgfältiger Prüfung gibt der Dosierautomat die flüssige Portion ab.

Substitutionsambulanz Mainz:



Hinter dem Seiteneingang beim Gesundheitsamt Mainz befindet sich die Substitutionsambulanz.

Die meisten Abhängigen im Programm fallen im Stadtbild gar nicht auf

Ein Leben ohne Suchtdruck ermöglicht die Drogensersatztherapie. Seit dem Jahr 2001 finden Opiatabhängige auch bei der Substitutionsambulanz des Gesundheitsamtes in der Mainzer Innenstadt Hilfe. Die Abteilung Gesundheitswesen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen ist hier aktiv. Erklärtes Ziel: Die Behandlung der Drogenabhängigen mit Drogensersatzstoffen soll deren Überleben sichern, die Gesundheit stabilisieren, riskante Konsummuster mindern und den Konsum von anderen Suchtmitteln reduzieren. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Behandlung der Substitutionspatienten ist die psychosoziale Betreuung. Begleitend zur Ersatzmedikation finden in regelmäßigen Abständen Beratungsgespräche statt, die die jeweils zuständigen Stellen der Stadt und des Landkreises anbieten.

Prozent der Betroffenen erhalten in Mainz L-Polamidon, weitere 33 Prozent Buprenorphin und 15 Prozent das Ersatzmittel Methadon. Welche Medikamente in welcher Höhe verabreicht werden, wird zu Beginn der Behandlung nach umfangreichen Untersuchungen festgelegt. Zudem wird durch regelmäßige, unangekündigte Drogentests sichergestellt, dass die Patienten den illegalen Konsum tatsächlich beenden.

Wenn Beikonsum, dann meistens Haschisch

Der Beikonsum „ist ein Problem“, berichtet Schmitt. In fast 80 Prozent der Fälle sei es Haschisch. Alkohol werde in gut einem Drittel der Fälle beikonsumiert. Und: Psychopharmaka würden zunehmend mehr genommen. Auch wenn diese regulär über Haus- oder Fachärzte verschrieben würden, so seien häufig ungünstige Interaktionen mit dem Substitut zu beobachten. Christine Schmitt wünscht sich hier eine intensivere, innerärztliche Kommunikation.

Hat sich Corona und die damit einhergehenden Vorgaben auch auf die Versorgung der Substitution-Patientinnen und -Patienten ausgewirkt? Die Versorgung sei gleichgeblieben, „aber wir haben unsere Strukturen hier in der Ambulanz verändern müssen“. So erfolgt die Ausgabe der Tagesdosis nur noch zu festen Terminzeiten. Diese neue Terminierung habe zwar dazu geführt, dass die Ausgabe in der Ambulanz etwas länger dauere, „aber es gibt mehr Struktur und es läuft tatsächlich noch viel disziplinierter“. Diese Neuerung möchte die Substitutionsärztin gerne beibehalten. Eine weitere

Ärztliche Leiterin der Mainzer Substitutionsambulanz ist Christine Schmitt. Die Ärztin ist seit elf Jahren dabei. Viele der Patienten kennt sie seit Beginn ihrer Tätigkeit. „Substitution hilft“, davon ist auch Christine Schmitt überzeugt. Das Programm gibt Stabilität und die Chance, einen Job zu finden.

Jeder zweite Patient kommt täglich zur Substitution

Aktuell befinden sich 60 Abhängige im Mainzer Substitutionsprogramm. Der Männeranteil liege bei 80 Prozent, der Frauenanteil bei 20 Prozent. Das Durchschnittsalter der betreuten abhängigen Männer betrage 52,5 Jahren. Die betreuten Frauen seien mit durchschnittlich 45 Jahren jünger. Von den 60 Abhängigen seien 20 in fester Arbeit und sozial eingebunden. Von den insgesamt Substitutions-Patienten seien 13 Prozent Flüchtlinge; die meisten von ihnen stammen aus Afghanistan.

Über die Hälfte der Abhängigen im Mainzer Substitutionsprogramm kommt täglich in die Ambulanz. Die andere Hälfte erscheint einmal in der Woche und bekommt für die restlichen Wochentage eine Take-Home-Verordnung. Etwa 45



links:
Substitutionsärztin Christine Schmitt reicht die Tagesdosis über den Ausgabe-tresen.

unten:
Die Ausgabestelle in der Mainzer Substitutionsambulanz: Hier steht auch der Dosierautomat, der die Rationen Milligramm-genau portioniert.

Neuerung: Die Ambulanz ist inzwischen am Wochenende geschlossen. Die Patienten bekommen für Samstag und Sonntag Take-Home-Rationen. Wie gut dies bei den Patienten ankomme, werde derzeit noch geprüft.

Rund 18 Prozent der Substitutions-Patienten verweilen etwa zehn Jahre im Programm, berichtet Schmitt. Während der elf Jahre, die sie in der Mainzer Ambulanz ärztlich tätig ist, habe sie vier Patienten gehabt, die es mit Hilfe des Programms geschafft haben, komplett abstinent zu sein. Kontakt zu ihnen habe sie leider keinen mehr, weil sie sich ja aufgrund der Abstinenz nicht mehr im Programm befänden.

Die Ärztin beobachtet zudem, dass Heroin in der Drogenszene nicht mehr so im Vordergrund stehe. Gerade die jüngeren Drogensüchtigen würden eher die neuen, synthetischen Drogen nehmen. „Aber hierfür gibt es noch keine Substitutions-Hilfen“, so Schmitt. „Somit haben wir immer mehr nur die inzwischen älteren Abhängigen im Programm.“ Diese Entwicklung bereite ihr Sorgen. „Hier muss etwas geschehen“, fordert sie. Bedauerlich finde sie es darüber hinaus, dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte bereit seien, bei Substitutions-Programmen mitzumachen.

Stigmatisierung ist fehl am Platz

Die Befürchtung vieler Ärztinnen und Ärzte, dass Substitutions-Patienten im klassischen Praxisbild stören würden, kann auch Dr. Dietmar Hoffmann, Abteilungsleiter der Abteilung Gesundheitswesen in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen, nicht so wirklich nachvollziehen: „Die meisten Abhängigen



Fotos: Engelmoor

im Substitutions-Programm fallen im Stadtbild gar nicht auf.“ Stigmatisierung ist für ihn fehl am Platz: „Substitution-Patienten sollten auch genauso wie andere kranke Patienten behandelt werden.“

Auch er hofft, dass sich mehr Ärztinnen und Ärzte der Substitution öffnen, um wohnortnahe Ersatztherapien weiterhin anbieten zu können. Substitution helfe, den Teufelskreislauf von Abhängigkeit, Zerstörung und Beschaffungskriminalität zu durchbrechen. Hoffmann: „Damit steigt die Chance auf Resozialisierung.“

Ines Engelmoor

Wenn Heroin sehr früh sehr normal war, kann Substitution das Leben retten

„Ich war der klassische Heroin-Junkie.“ Direkt und ohne Umschweife eröffnet die 55-jährige Sabine (Name geändert) das Gespräch. Offen und ohne Scheu. Sie sitzt ruhig auf ihrem Stuhl im Arztzimmer der Suchtambulanz im Mainzer Gesundheitsamt. Sie trägt Jeans, eine dunkle Jacke und Turnschuhe. Ihre blonden Haare hat sie zu einem ordentlichen Pferdeschwanz nach hinten gebunden und ihre Beine überschlagen. Ihre Hände liegen ruhig auf ihrem Schoß und sie erzählt klar und reflektiert aus ihrem Leben. Einem Leben voller Drogen.

Sie wuchs auf in Nordrhein-Westfalen in der Nähe der niederländischen Grenze und kommt, wie sie selber erzählt, „aus einer Drogenfamilie“. Ihr Bruder und ihre Schwester, die sieben beziehungsweise acht Jahre älter sind als sie, waren beide abhängig und spritzten regelmäßig Heroin. „Mit Heroin bin ich großgeworden, das war für mich ganz normal. Drogen waren für mich nie was Besonderes“, erinnert sie sich. Die benutzten Spritzen wegzuräumen, die in der Wohnung herumlagen, gehörte zum Alltag. Und die Eltern? „Meine Mutter war schwer krebserkrank und ist früh gestorben. Sie hatte einfach nicht die Kraft, etwas zu ändern.“ Ihr Vater sei nicht der leibliche Vater der großen Geschwister; an deren Leben sei er nie sonderlich interessiert gewesen.

Heroin zu spitzen war für Sabine ziemlich schnell völlig normal. Heroin war ihre Hauptdroge; Kokain und Benzodiazepine nahm sie „nur gelegentlich mal“ mit dazu. Schnell kam mit der Sucht auch die Beschaffungskriminalität, um an Stoff zu kommen. Die Polizei griff sie in den Folgejahren oft auf, drei Bewährungsaufgaben liefen schon. Im Jahr 1985 kam ihre Tochter zur Welt. Da war Sabine 19 Jahre alt. Drei Jahre später machte sie ihre erste Therapie. Eine Langzeittherapie; kalter Entzug inklusive. Die kleine Tochter war inzwischen in einer Pflegefamilie.

Gegen die Therapie hat Sabine sich lange gestraubt: „Ich wollte sie einfach nicht.“ Die ersten vier Monate habe sie sich dagegen gewehrt, doch schließlich durchgezogen: ein Jahr lang plus Nachsorgezeit. „Diese Zeit habe ich auch gebraucht“, gibt sie zu. Dass Therapien heute mit sechs Wochen viel zu kurz angesetzt seien, kritisiert sie. Das reiche nicht aus. Erst so ab dem fünften Monat beginne eine Therapie so wirklich zu greifen, ist ihre Erfahrung.

In der Therapie kann man prima clean sein

Wenn sie auf ihre Langzeittherapie zurückblickt, erinnert sie sich an gute Zeiten: „In der Therapie ging es mir wirklich gut. Man lebt dort wie unter einer Käseglocke. Da kann man prima clean sein. Es gibt dort feste Therapeuten, die auch ständig für einen da sind.“ Aber die Welt draußen „sieht halt anders aus“. Und diese reale Welt außerhalb der Therapie-Schutzräume hielt sie nicht aus und wurde rückfällig. Der Alltag schien unüberwindbar: kein Geld, keine Arbeit, keine Struktur im Alltag. Es galt, die zwölf Stunden am Tag irgendwie zu füllen. Sabine gesteht ein: „Das habe ich nicht geschafft und bin granatenmäßig abgestürzt.“

Sie zog wieder Richtung Niederlande, um leichter an Heroin zu kommen. Sie habe „voll durchgestartet mit einem gut laufenden Business“ und habe damals „richtig viel Kohle gemacht“. Sie spritzte nicht nur selber, sondern dealte auch viel. „Es war schon irgendwie eine coole Zeit, aber auch die härteste meines Lebens“, erinnert sie sich. Um an Stoff zu kommen, habe sie damals alles gemacht, „was der liebe Gott eigentlich verboten hat.“ Nur Anschaffen war sie nicht. „Das brauchte ich zum Glück nie“, fügt sie hinzu.

Auch in dieser Zeit griff die Polizei sie mehrfach auf. Die Folge: „drei Jahre Knast“.

„Ich habe danach zwei bis drei Therapien angefangen, aber nach zwei bis drei Wochen immer wieder abgebrochen“, gibt sie zu. Warum? „Es ging irgendwie gar nichts mehr. Ich hatte schon so viele Therapien gemacht, dass mir keiner mehr etwas erklären konnte. Theoretisch weiß ich alles“, fügt sie hinzu.

Ihr damaliger Bewährungshelfer gab ihr schließlich den Tipp, es im Substitutionsprogramm zu versuchen. Sie sei genau die Richtige für diese Hilfe. Sabine nahm das Angebot an. „Dieser Tipp war Gold wert“, ist Sabine noch immer dankbar; „mir hat die Substitution das Leben gerettet.“ Sie kommt damit „super klar“.

1997 kommt ihre zweite Tochter zur Welt. Zehn Tage nach deren Geburt stirbt ihr Freund, der Vater des Babys, und es gab „Probleme mit dem Jugendamt“. Sabine zog deshalb mit der Kleinen zu ihrem Vater und ihrer Stiefmutter, die inzwischen in Mainz lebten. Das Substitutionsprogramm hat sie in Mainz fortsetzen können.

„Meine Tochter hat mich gerettet.“

War sie all die Jahre im Substitutionsprogramm wirklich clean? Sabine zögert und rutscht unruhig auf der Stuhlkante hin und her. „Es wäre gelogen, wenn ich jetzt Ja sagen würde“, gibt sie zu und senkt ihren Blick. „Manchmal wurde ich rückfällig, aber ich habe das immer gut verbergen können und ich konnte gut lügen“, gesteht sie leise. „Aber ich war nie wieder so richtig hart drauf wie früher“, fügt sie rasch hinterher. Sie habe immer gedacht: „Eine Tochter haben sie dir schon weggenommen. Ein zweites Mal verkraftest du das nicht. Meine Tochter hat mich gerettet.“

Doch wie konnte sie die Rückfälle trotz der regelmäßigen Kontrollen wie beispielsweise Urintests verbergen? Sabine lächelt: „Wir sind ja nicht blöd. Wir wissen schon, wie lange welche Substanzen im Körper nachweisbar sind. Bei Heroin sind es so drei bis fünf Tage. Und wenn gerade erst ein Urintest war, wird so kurz hintereinander kein zweiter kommen.“ Und hat sie nie Angst vor den Sanktionen gehabt? „Eigentlich nicht wirklich“, gibt sie zu, „das einzige, was passieren konnte, war, dass man die Take-Home-Dosis aberkannt bekam und wieder täglich zur Ausgabestelle musste.“

„Nur ich ganz allein bin für mich verantwortlich.“

Aber sie weiß inzwischen auch: „Es sind nicht die alten Bekannten, die einen wieder runterziehen, oder die Versuchungen oder die Städte. Nur ich ganz allein bin für mich verantwortlich.“ Und eines weiß sie inzwischen auch: Sie braucht Klarheit und feste Strukturen. Wenn „irgendwas davon abweicht und somit nicht mehr normal ist, dann drehe ich fast durch.“ Aber in solchen Momenten hat sie gelernt, Hilfe zu holen: „Ich schreie inzwischen laut um Hilfe, wenn ich sie brauche. Und ich bekomme sie dann auch. Das ist gut.“

Wie geht es ihr heute? „Gut“, sagt sie mit festem Blick. Einmal in der Woche kommt sie zur Suchtambulanz ins Mainzer Gesundheitsamt und holt sich dort ihr Polamidon. Die Tagesdosis nimmt sie direkt vor Ort ein, für die anderen sechs Tage bekommt sie eine Verordnung und kann sich ihre Wochenration in der Apotheke abholen.



Die Tagesdosis nimmt Sabine direkt vor Ort ein, für die anderen sechs Tage bekommt sie eine Take-Home-Verordnung.

Der tägliche Job gibt Struktur und Sicherheit

Vor etwa sieben Jahren hat sie eine Arbeit gefunden. Jeden Tag geht sie dort für ein paar Stunden hin. „Das ist toll“, berichtet sie stolz: „Ich muss jeden Morgen aufstehen und weiß, was ich zu tun habe. Viele beneiden mich um diesen Job.“ Er gibt ihr Sicherheit und feste Strukturen im Alltag: „Er tut mir einfach gut!“

Gut tut es ihr auch, regelmäßig in die Suchtambulanz zu gehen. Nach all den Jahren sei das so vertraut und die Mitarbeiter und Ärzte fast ein bisschen wie Familie. Manchmal wäre es schön, wenn sie ein bisschen mehr Zeit für sie hätten. Das wünscht sich Sabine sehr. Sie weiß aber auch, dass der Zeitmangel nicht so einfach zu beheben ist. Dafür gebe es eben zu wenige Ärzte, die sich in der Suchtmedizin engagieren.

Sabine fühlt sich trotzdem gut versorgt und ernstgenommen. Und das Wichtigste: Sie ist seit vielen Jahren clean. Rückfälle kommen für sie nicht mehr in Frage: „Dafür bin ich inzwischen zu alt.“

Ines Engelmohr

„In der Therapie ging es mir wirklich gut. Man lebt dort wie unter einer Käseglocke. Da kann man prima clean sein. Aber die Welt draußen sieht halt anders aus.“

Das neurobiologische und verhaltenstherapeutische Konzept für Drogen-Rehabilitation der Fachklinik Ludwigsmühle

Nach lern- und verhaltenstheoretischen Suchtmodellen wird Sucht als erlerntes Fehlverhalten aufgefasst. Abhängigkeitserzeugende Substanzen aktivieren das mesolimbische Belohnungszentrum des Gehirns und wirken durch operantes Konditionieren verhaltensverstärkend (Belohnungslernen). Sie führen zu einer Intensivierung positiver Emotionen wie Freude und Glücksgefühlen oder einem Abbau negativer Emotionen wie Wut, Ärger, Schmerzen oder Entzugssymptome. Hierbei wirken Drogen um ein Vielfaches stärker belohnend als natürliche Verstärker wie Nahrung oder Sex.

Sucht als Störung des Belohnungssystems

In Relation zu dem starken Belohnungseffekt von Drogen verlieren natürliche Verstärker wie positive Sozialbeziehungen (Partnerschaft, Familie), persönliche oder berufliche Erfolge und längerfristige Werte ihre Wertigkeit. Das Aushalten negativer Emotionen ist reduziert und löst ein starkes Verlangen nach Drogen aus. Bei chronischem Konsum wird die Empfindlichkeit des Belohnungssystems reduziert (zum Beispiel durch Rezeptor-Downregulation). Die Dosis der Substanzen muss dann erhöht werden. Wird die Droge weggelassen, funktioniert das an die Droge adaptierte Gehirn nicht mehr richtig und es treten Entzugssymptome auf. Aus diesen Gründen können Suchterkrankungen als eine Erkrankung mit einem gestörten Belohnungssystem angesehen werden.

Durch die Abstinenz bilden sich drogeninduzierte Hirnveränderungen von alleine zurück und die normale Empfindlichkeit des Belohnungssystems kehrt zurück. Unsere Rehabilitation in der Fachklinik Ludwigsmühle hilft dabei, diese Phase ohne Substanzkonsum zu überstehen. Unterstützend wirken natürliche Verstärker wie Sozialkontakte, positive Aktivitäten wie Hobbies, Sport und Ergotherapie. Ziel ist, das abstinenten Leben als schön und wertvoll zu erleben.

Rückfallmechanismen – Warum treten so viele Rückfälle auf?

In der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen ist das entscheidende Ziel, Rückfälle zu verhindern. Der häufigste Grund für Rückfälle ist psychischer Stress (negative Emotionen wie Ärger und Wut, Schmerzen und Frustrationen). Der Entzug führt zu einem Anstieg von Stresshormonen wie Cortisol und in den ersten Monaten der Abstinenz bleibt eine erhöhte Stress-Sensibilität bestehen. Bereits durch geringe Stressoren werden überschießende vegetative- und psychische Reaktionen (Gereiztheit, Schlafstörungen, depressive Kognitionen, etc.) ausgelöst und begünstigen Rückfälle.

Daher ist die Emotionsregulation ein zentrales Thema in der Suchttherapie. Hierzu werden in der Ludwigsmühle Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, soziales Kompetenztraining, Yoga und Sport angeboten und die Stress-reduzierenden Wirkung der Natur für Waldbaden (Shinrin Yoku), Wanderungen und Radtouren genutzt.

Sucht führt zur Bildung eines Suchtgedächtnisses

Die Folgen der drogeninduzierten Aktivierung des Belohnungssystems sind eine Verstärkung assoziativen Lernens und die Bildung eines Suchtgedächtnisses durch klassische Konditionierung. Dabei werden alle Reize, die während des Substanzkonsums auftreten, mit drogeninduzierten Glücksgefühlen verbunden. So werden diese Reize zu Schlüsselreizen, zum Beispiel das Aussehen der Droge, Geruch, Geschmack, der Ort des Konsums, etc.. Drogeninduzierte Schlüsselreize werden im Suchtgedächtnis gespeichert und verstärkt, das heißt eine Motivation generiert, diese Reize erneut zu erleben. Dies wird durch den Neurotransmitter Dopamin vermittelt, generiert eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf diese Schlüsselreize, ordnet ihnen eine hohe Bedeutung zu und intensiviert so neuronale Lernvorgänge. Wie funktionelle MRT-Studien zeigen konnten, läuft diese neurobiologische Reaktionen auf der Ebene vegetativer und automatisierter Reaktionen ab und dringt teilweise nicht in das Bewusstsein vor. Die neuroplastischen Hirnveränderungen des Suchtgedächtnisses können durch ein verhaltenstherapeutisches Expositionstraining reduziert werden. Hierzu



Zur Emotionsregulation werden in der Fachklinik Ludwigsmühle das Erleben von Natur und Achtsamkeitsübungen angeboten.

müssen zunächst Drogen-assoziierten Reize identifiziert und möglichst häufig ohne Drogenkonsum erlebt werden. Das Suchtgedächtnis kann dadurch zwar nicht gelöscht, aber überschrieben werden. In unserer Fachklinik Ludwigsmühle erfolgt das Expositionstraining durch die Konfrontation und das Zubereiten von Drogen-Imitaten in einer nachgestellten konsumnahen Umgebung.

Genetische Disposition für Suchterkrankungen

Die Vorstellung, dass alle Menschen das gleiche Risiko haben, von Drogen abhängig zu werden und Drogenabhängigkeit durch frei gewähltes Verhalten entsteht, wurde von der genetischen Forschung widerlegt. Die genetische Varianz bezüglich Stresskontrolle, Impulsivität, ADHS, Angstverarbeitung und der Funktion des Belohnungssystems determiniert die Substanzpräferenz und das Abhängigkeitsrisiko. Zwillings-Studien zeigen eine mittel bis hohe Vererblichkeit von Suchterkrankungen von 50 bis 60 Prozent. Neuere Genom-weite Analysen konnten spezifische Gene identifizieren, die mit einer Alkohol-, Cannabis-, Kokain- oder Opioidabhängigkeit assoziiert sind. Die Anerkennung des genetisch-biologischen Risikos stellt das Abstinenz-Dogma in Frage, kann die unbefriedigenden Effektstärken psychosozialer Therapien erklären und unterstützt eine evidenzbasierte pharmakologische Behandlung. Daher erfolgt in unserer Fachklinik Ludwigsmühle eine medikamentöse Behandlung zum Beispiel eines adulten ADHS mit Methylphenidat oder eine Opiat-Substitutionsbehandlung, wenn sie indiziert ist.

Misshandlung und Vernachlässigung als Kind disponieren zu Abhängigkeitserkrankungen

Ein hoher Anteil Opioidabhängiger (>80 Prozent) ist in den ersten Lebensjahren vernachlässigt oder misshandelt worden und nicht bei den eigenen Eltern aufgewachsen. Nach der Bindungstheorie führt eine gestörte frühkindliche Bindung zu lebenslangen Veränderungen der Emotionsverarbeitung, Vertrauensbildung und des Sozialverhaltens.

Pro-sozialer Körperkontakt ist mit einer Ausschüttung von endogenen Opioiden verbunden, die stressreduzierend wirken, Sicherheit und Vertrauen geben und Entspannung vermitteln. Vernachlässigten oder misshandelten Kindern fehlt diese Aktivierung des endogenen Opioidsystems. Psychisch entwickelt sich hieraus eine Sehnsucht nach den Effekten von Opioiden, die einer Geborgenheit und Mutterliebe entsprechen und die Betroffenen besonders anfällig für die Entwicklung einer Opioidabhängigkeit machen. Der Konsum von opioidhaltigen Substanzen stellt oft den Versuch dar, diese Defizite im opioidergen System selbst zu behandeln. Da auch nicht-opioiderge Drogen wie Cannabis, Alkohol, Kokain und Amphetamine zu einer Ausschüttung endogener Opioiden führen, besteht auch hierfür ein erhöhtes Risiko. In den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien in unserer Drogenrehabilitation werden gestörte Beziehungen zur Ursprungsfamilie und die individuelle biographische Entwicklung aufgearbeitet. Hier kommen tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapieverfahren und Angehörigengespräche zum Einsatz.

Psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko für Suchterkrankungen

Bei einem Teil der abhängigen Patienten wurde die Substanz initial eingesetzt, um Symptome einer unbehandelten psychischen Erkrankung zu lindern. Psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko für Abhängigkeitserkrankungen deutlich. Eine große US-amerikanische Studie ergab deutliche Risikoerhöhen für eine Abhängigkeit oder eines schädlichen Gebrauchs von illegalen Drogen: ADHS 5,2-fach erhöhtes Risiko, bipolare Erkrankungen 5,1-fach, PTBS 3,9-fach, dissoziale Persönlichkeitsstörung 3,8-fach, Angsterkrankungen 3,5-fach, Depression 1,6-fach. Komorbid zur Suchterkrankung bestehende psychische Erkrankungen werden daher in unserer Rehabilitation entsprechend der aktuellen Behandlungsleitlinien psychotherapeutisch und pharmakologisch mitbehandelt.



Fotos: Björn Braunsdorf

Autor

Prof. Dr. Derik Hermann,
Chefarzt Therapie-
verbund Ludwigsmühle





Cartoon: Joscha Sauer

Sucht – eine emotionale Erkrankung

Professor Markus Gastpar, früherer Ordinarius in Essen und einer der Väter der Substitutionsbehandlung, hat folgendes eindrückliche Bild zur Verdeutlichung der emotionalen Verortung süchtigen Verhaltens benutzt: „Ein starkes, unbezwingbares Verlangen, eine bestimmte andere Person zu treffen, nach der man sich sehr sehnt. Verminderte Kontrolle über die Häufigkeit der Treffen. Versuche sich seltener zu sehen, enden häufig erfolglos. Die Gedanken sind vollkommen auf diese andere Person eingeeengt, man vernachlässigt andere wichtige Vergnügungen oder Interessenbereiche“.

Ein Blick auf die ICD-10-Kriterien des Abschnitts F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zeigt, dass ein verliebter Mensch die Einschlusskriterien einer Suchterkrankung erfüllt.

So groß ist emotional der Unterschied zwischen Menschen, die Suchtmittel sozial verträglich konsumieren und denjenigen, die an einer Suchterkrankung leiden. Dieses Bild am Anfang meines Artikels soll den ratlosen Angehörigen und auch den möglicherweise frustrierten Kolleg*innen deutlich machen, dass rein kognitiv begründete Erkenntnisse und Absichtserklärungen (ich muss mit dem Konsum aufhören, weil er meinen Körper schädigt) zu kurz greifen. Ein verliebter Mensch, der sich vernunftbedingt vornimmt, seinen Verliebtheitsgefühlen aufgrund äußerer Umstände nicht weiter zu folgen, wird auch rasch an die Grenzen einer solchen reinen Willensanstrengung kommen. Immer wieder geschehen „Rückfälle“ mit heimlichen Treffen und dem Versenden von SMS trotz gegenteiliger Vorsätze.

So früh wie möglich das Problem ansprechen

Wir behandeln suchtkranke Menschen ambulant, tagesklinisch sowie stationär. Neben den wünschenswerten geplanten Aufnahmen ermöglichen wir auch einen niederschweligen Zugang. Die ungeplanten, niederschweligen Notfallaufnahmen sind ein wichtiges Behandlungsangebot für Betroffene am Anfang ihrer Erkrankung. Gerade im Anfangsstadium sind die Krankheitseinsicht und die Abstinenzmotivation noch brüchig und ambivalent. Nur in kurzen, seltenen Momenten sind die Betroffenen bereit, sich einer Suchtbehandlung zu unterziehen. Gerade der frühzeitige Zugang zum Suchthilfesystem ist jedoch einer der wichtigsten Erfolgsparameter für eine erfolgreiche Suchtbehandlung. In Deutschland vergehen durchschnittlich immer noch 12 bis 14 Jahre zwischen dem ersten Impuls eines Betroffenen sich behandeln zu lassen und seinem Eintreffen in einer Suchtbehandlungsstelle. In dieser Zeit treten zahlreiche soziale und körperliche Folgeprobleme ein und die Behandlungsprognose verschlechtert sich.

Viele alkoholbezogene Störungen werden erstmals beim Hausarzt oder einer stationären Behandlung somatischer Erkrankungen diagnostiziert. Hier wünschten wir uns in Zukunft eine noch engere Zusammenarbeit. Die unmittelbare Ansprache der Betroffenen durch suchtmittelmedizinisch erfahrene Kolleg*innen trägt häufig zu einer Verkürzung der Leidensgeschichte bei. Entsprechend führen wir seit vielen Jahren die Kooperation „Erster Schritt-Letzter Schluck“ mit den Jobcentern (JC) Mayen-Koblenz durch. Mitarbeiter*innen der JC können auffällige Arbeitssuchende einem Mitarbeitenden des Sozialdienstes unserer Abteilung zuweisen. Die sozialtherapeutischen Gespräche finden unter dem Ver-

schwiegenheitsgebot gegenüber den JC aber in deren Räumen statt. Dieses niederschwellige Beratungsangebot ohne Repressionsandrohung an neutralem Ort hilft, Betroffene für eine weiterführende Behandlung zu motivieren.

Das Ziel der Niederschwelligkeit verfolgen wir auch mit unserem ambulanten Alkoholentzugsangebot TASTE (Teilstationäres Angebot für Sucht-Therapeutischen Entzug). Es richtet sich in erster Linie an Betroffene, die sich eine stationäre Krankenhausbehandlung aufgrund ihrer familiären Verpflichtung nicht vorstellen können oder die noch ganz am Anfang ihrer Suchterkrankung stehen. Es wird häufig von Frauen und Müttern genutzt. Die althergebrachten stationären Behandlungsangebote über mehrere Wochen sind für angestellte Arbeitnehmer*innen eine willkommene Auszeit, aber für Hausfrauen, Mütter und Selbstständige unattraktiv und kaum nutzbar.

Stationär behandeln wir auf einer weitgehend offen geführten Akutaufnahmestation in erster Linie alkoholabhängige Menschen in allen Stadien ihrer Suchterkrankung. Hier können auch hochgradige intoxizierte Menschen mit bis zu vier Promille und mit schwer deliranten Entzugssyndromen fachspezifisch behandelt werden. Auf einer rein offen geführten Behandlungsstation finden suchtttherapeutische Weiterbehandlungen nach durchgeführter Entgiftung und die Behandlung von komorbiden Störungen sowie tagesklinische Behandlungselemente statt.

Zahlreiche langjährig Betroffene sind mit der Inanspruchnahme des deutschen Suchthilfesystems krankheitsbedingt schlicht überfordert. Nach den stationären Entzugsbehandlungen in Akutkliniken geschieht häufig unmittelbar ein Konsumrückfall. Der Weg in die Suchtberatungsstellen mit entsprechender Terminplanung und Wartezeit ist krankheitsbedingt nicht zu bewältigen. Das vor einigen Jahren neu geschaffene Konzept der Nahtlosverlegung hilft dieser Personengruppe auch nur bedingt. Die strengen tagesstrukturierenden Behandlungsvorgaben und Hausregeln vieler Rehabilitationskliniken sind für diese vom langen Konsum geschädigten Menschen zunächst nicht einzuhalten.

Hier bieten wir eine stationsintegrierte Sucht-Tagesklinik im Rahmen akuter Krankenhausbehandlung an. Die Betroffenen können nach Abschluss der Akutbehandlung tagesklinisch im häuslichen Umfeld erste Erfahrungen sammeln, die dann täglich in der Tagesklinik reflektiert werden. Rückfälle sind in dieser Zielgruppe zu erwarten. Durch die nicht verfolgende sondern therapeutische und konstruktive Aufarbeitung der emotionalen Hintergründe kann unmittelbar und zeitnah eine gute Stabilisierung und ein Rückgang der Konsumwünsche bewirkt werden. Im Anschluss ist häufig die erfolgreiche Beantragung einer mehrwöchigen Rehabilitationsbehandlung möglich.

Die Drogenentzugsbehandlung in unserem Haus Martinsberg bietet Abhängigen von illegalisierten Drogen ein störungsspezifisches Behandlungsangebot. Neben Opiat-abhängigen werden dort auch sogenannte „Partydrogen-Konsumenten“ über mehrere Wochen medizinisch und motivational behandelt. Eine Entzugsbehandlung vom Begleitkonsum mit Benzodiazepinen, Pregabalin, Alkohol, Kokain, synthetischen Drogen etc. unter Fortführung der Substitution ist ebenso möglich wie die vollständige Ausdosierung der Substitutionsmedikamente und die Vorbereitung auf eine mehrmonatige Langzeittherapie. Insgesamt führen wir pro Jahr 1.500 Entzugsbehandlungen von Alkohol, Drogen und Medikamenten durch, und behandeln 80 Menschen ambulant suchtmittelmedizinisch.

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer beträgt zwölf Tage mit einem sehr großen Range zwischen einem Tag und vielen Wochen je nach psychiatrischer Komorbidität. Zahlreiche emotionale Zustände im Zusammenhang mit der Suchterkrankung stehen in engem Bezug zu den Geschlechterrollen in unserer Gesellschaft. Wir bieten stationär und ambulant geschlechtsspezifische Behandlungsangebote. So geht es in der Frauengruppe häufig um Themen wie Scham, Angst, Trauma, während in der Männergruppe „Mann-Sein-Nüchtern“ häufig die Themen Impulskontrolle, übersteigerte Selbstansprüche und Gewalttaten eine Rolle spielen.

Ergänzend und im Anschluss an die stationären Behandlungsangebote bietet unsere Institutsambulanz eine Rückfallpräventionsgruppe nach dem STAR-Konzept und zwei Selbsthilfegruppen treffen sich eigenverantwortlich in den Räumen der Klinik. Mehrfach und komorbid erkrankte Menschen, die krankheitsbedingt die niedergelassenen KV-Praxen nicht aufsuchen können, werden engmaschig, teilweise auch in Form von Hausbesuchen, durch die MitarbeiterInnen unserer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt.

Autor

Dr. Peter Hotz
Facharzt für Psychiatrie-
Psychotherapie
Chefarzt der Abteilung
Suchtmedizin und
Sozialpsychiatrie
Rhein-Mosel-Fachklinik
Andernach



Foto: Tobias Vollmer

Aktuelle suchtmedizinische Aspekte der Verhaltenssüchte in Rheinland-Pfalz



Foto: Adobe Stock/m.photo

In den vergangenen Jahren rückten Verhaltenssüchte, wie Glücksspiel-, Computerspiel-, Kauf- oder Internetsucht als substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen aufgrund zunehmender Fallzahlen in den Fokus des öffentlichen und gesundheitspolitischen Interesses. Wissenschaftliche Erkenntnisse legen den Schluss nahe, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung dieser Störungen durch ähnliche neurobiologische Mechanismen vermittelt werden, wie sie auch bei den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen diskutiert werden.

Bisher haben die Glücksspielsucht (Gambling Disorder) und die Online-Computerspielsucht (Internet Gaming Disorder) als eigenständige Diagnosen Eingang in die Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen DSM-5 und ICD-11 gefunden. Verhaltenssüchte, wie beispielsweise die Kauf- oder Onlinesexsucht werden derzeit noch in einer Residualkategorie klassifiziert.

Eine aktuelle Querschnittsuntersuchung von Wölfling und Kollegen (in press) zur Schätzung der Punktprävalenz von Verhaltenssüchten, die an der psychosomatischen Klinik der Universitätsmedizin Mainz und sieben weiteren psychosomatischen Kliniken deutschlandweit durchgeführt wurde, ergab, dass annähernd ein Viertel der Patientinnen und Patienten, die dort wegen anderer Diagnosen in Behandlung waren, zusätzlich unter mindestens einer Verhaltenssucht litten.

Verhaltenssüchte sind ein relevantes Versorgungsthema

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten beschrieb hier Symptome einer Kaufsucht (16,7 Prozent). Danach folgten die hypersexuelle Störung (5,4 Prozent), das suchtartige Sporttreiben (3,5 Prozent), die Glücksspiel- (3,4 Prozent) und die Internetsucht (1,9 Prozent). Sowohl die Prävalenz

der Kaufsucht als auch der Glücksspielsucht waren in den psychosomatischen Kliniken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht.

Männliche Patienten waren eher von Glücksspielsucht und Sexsucht betroffen, während Patientinnen eher unter Symptomen einer Kaufsucht litten. Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass Verhaltenssüchte ein relevantes Thema im ambulanten, tagesklinischen und stationären Setting der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und in Rheinland-Pfalz darstellen.

Über 9.000 Betroffene in 16 Regionalen Fachstellen

Neben den primär suchtmittelmedizinisch orientierten Einrichtungen werden Betroffene von Verhaltenssüchten im Land auch in Suchtberatungsstellen betreut und beraten. Im Verlauf der vergangenen zehn Jahre suchten mehr als 9.000 Betroffene von Verhaltenssüchten die 16 Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht in Rheinland-Pfalz, die durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung gefördert und unterstützt werden, auf.

Die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz gewährleistet dabei die wissenschaftliche Koordination und klinische Supervision der Fachberaterinnen und Fachberater der 16 Regionalen Fachstellen Glücksspielsucht. Unter den Hilfesuchenden sind mit rund 70 Prozent überwiegend Betroffene von pathologischem Glücksspiel. Annähernd 30 Prozent suchten Kontakt und Hilfe wegen einer Internet- oder Computerspielsucht, ein kleiner Teil davon wegen anderer Verhaltenssüchte, wie zum Beispiel der (Online-) Kaufsucht. Über die Jahre zeigte sich, dass rund 40 Prozent der überwiegend männlichen Beratungssuchenden mit dem Thema Internet- und Computerspielsucht jünger als 18 Jahre war, was auf einen zunehmenden problematischen Konsum von neuen elektronischen Medien bei Kindern und Jugendlichen hinweist.

Pathologisches Glücksspiel: Einstiegsalter bei 22 Jahren

Beim pathologischen Glücksspiel lag das Einstiegsalter im Mittel etwas über 22 Jahren, was auf gut wirksame Präventions- und Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche in diesem Bereich im Land hinweist. Die Verteilung der problematisch genutzten Glücksspielarten ergab in den vergangenen zwei Jahren eine Tendenz zur Abnahme der Nutzung von Geldspielautomaten in Spielhallen und der Gastronomie, wobei immer noch rund 70 Prozent der Betroffenen hier

problematisch Glücksspiele nutzen. Dagegen nahm die Nutzung von (Online-)Sportwetten, illegalem Glücksspiel und Online-Gambling zu. Dies macht eine Verschiebung der Nutzungsarten hin zu Online-Angeboten deutlich, die bereits vor der Corona-Pandemie begonnen hat.

Internetsucht steigt bei Online-Pornografie

Bei den erwachsenen Beratungssuchenden zum Thema Internetsucht nahm die problematische Nutzung von Online-Pornografie in den vergangenen zwei Jahren um 20 Prozent zu. In den vergangenen zehn Jahren hat sich der Anteil der (fast ausschließlich männlichen) Ratsuchenden in Rheinland-Pfalz zu diesem Störungsbild mehr als verdoppelt.

Die Klinik für Psychosomatische Medizin begegnet diesem wachsenden Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten in Rheinland-Pfalz seit 2020 mit einer speziellen ambulanten Gruppentherapie zur Behandlung der Onlinesexsucht, die durch telemedizinische Einzelgespräche sowie Paar- und Angehörigengespräche ergänzt wird. Das integrative therapeutische Vorgehen ist darauf ausgerichtet, eine Abstinenz von der pathologischen Nutzung von Online-Pornografie zu erreichen. Tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Ansätze werden in der Therapie miteinander kombiniert, um sowohl das Verstehen des eigenen Verhaltens und Erlebens zu fördern als auch konkrete Veränderungen anzustoßen und umzusetzen.

Die Intervention zur Onlinesexsucht wurde aus einem Behandlungsmanual zur Therapie der Computerspiel- und Internetsucht abgeleitet und weiterentwickelt (Wölfling et al., 2013). Es handelt sich dabei um eine Psychotherapie, die in einer randomisiert kontrollierten Studie an vier verschiedenen Behandlungszentren auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurde. Es wurde gezeigt, dass die Patienten in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe eine etwa zehnfach erhöhte Chance haben, am Ende der Therapie „nicht pathologische“ Symptomscores zu erreichen (Odds Ratio,

10,10; 95% CI, 3,69-27,65) (Wölfling et al., 2019). Die Schulbildung und das Alter der Patienten sowie in welcher Klinik behandelt wurde (Zentrumseffekt) hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Mehr Sensibilität für Verhaltenssüchte gefordert

Zusammenfassend treten Verhaltenssüchte im ambulanten, tagesklinischen und stationären Setting der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen auch in Rheinland-Pfalz zunehmend häufig auf - so leiden laut einer aktuellen Querschnittsuntersuchung etwa 25 Prozent der Patientinnen und Patienten in Kliniken mit psychosomatischem Schwerpunkt unter mindestens einer Verhaltenssucht. Fachkolleginnen und Fachkollegen sollten daher bezüglich des Auftretens, des Diagnostizierens und des Behandeln von Verhaltenssüchten sensibilisiert sein.

Rheinland-Pfalz verfügt über ein gut etabliertes Netz der niederschweligen Versorgung durch 16 Regionale Fachstellen Glücksspielsucht im Suchthilfesystem. Da aufgrund regionaler Unterschiede noch nicht alle Betroffenen ausreichend versorgt werden können, bedarf es einer Weiterentwicklung dieser Strukturen insbesondere in Bezug auf telemedizinische Interventionen, wie es beispielsweise in den innovativen Programme SCAVIS (<https://www.scavis.net/>) und OM-PRIS (<https://www.onlinesucht-hilfe.com/>) umgesetzt wird.

In der Suchtberatung von Betroffenen mit Glücksspielsucht zeigte sich darüber hinaus eine deutliche Verschiebung hin zu Onlineangeboten. Dieser Entwicklung sollte mit effektiven Präventionsmaßnahmen begegnet werden. Zudem ist nicht erst seit der Corona-Pandemie eine Zunahme des Konsums von Online-Pornografie in der Bevölkerung zu verzeichnen, die das Auftreten der Onlinesexsucht befördert. Hier bedarf es an einem Ausbau von psychotherapeutischen Interventionen, die dieser Entwicklung Rechnung tragen.

Literatur bei den Autoren



Foto: Peter Pulikowski

Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Klaus Wölfling
Psychologische Leitung Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Foto: privat

Dr. rer. physiol. Dipl.-Soz. Michael Dreier
wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Foto: Peter Pulikowski

Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Betäubungsmittel und deren Verordnung unterliegen strengen gesetzlichen Vorgaben

Das Betäubungsmittelrecht beziehungsweise dessen Formalitäten sind anfänglich schwer zugänglich, dennoch sollte man sich von dem Dschungel an Vorschriften nicht abschrecken lassen. Folgender Überblick hilft:

Betäubungsmittelgesetz

Betäubungsmittel unterliegen in Deutschland strengen gesetzlichen Vorgaben und sind umfassend reglementiert. Als Betäubungsmittel gelten dabei nur diejenigen Stoffe und Zubereitungen, die in den drei Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes aufgeführt sind.

Solange eine Auflistung des jeweiligen Stoffes noch nicht erfolgt ist, gilt ein Stoff nicht als Betäubungsmittel. Ein Stoff wird in die Anlagen des Bundesgesetzes aufgenommen, wenn dies nach wissenschaftlicher Erkenntnis wegen der Wirkungsweise vor allem im Hinblick auf das Hervorrufen einer Abhängigkeit erforderlich ist.

Ärztinnen und Ärzten räumt der Gesetzgeber eine gesetzliche (Verschreibungs-) Erlaubnis für die Stoffe in Anlage 3 ein. Diese enthält alle verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel. Die Stoffe und Zubereitungen in Anlage 1 und 2 dürfen hingegen nicht verschrieben werden, jeder unerlaubte Umgang mit diesen Stoffen ist strafbar.

Voraussetzung für die Verschreibung durch Ärztinnen und Ärzte ist, dass die Anwendung medizinisch begründet ist und der beabsichtigte Zweck nicht auf andere Weise erreicht werden darf (§ 13 Abs. 1 BtMG).

Wie und unter welchen Bedingungen eine Verschreibung von Betäubungsmitteln erfolgen kann, ist in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) reglementiert.

Betäubungsmittelrezepte

Die Abgabe von Betäubungsmitteln darf von den Apotheken nur auf Grundlage der von den Ärztinnen und Ärzten ausgestellten Betäubungsmittel-Rezepten erfolgen.

Die BtM-Rezeptformulare werden durch die Bundesopiumstelle personenbezogen für Ärztinnen und Ärzte ausgegeben. Sie sind nur zur Verwendung durch den jeweiligen Arzt bestimmt und dürfen nur im Vertretungsfall übertragen werden.

Mit Erteilung einer personengebundenen BtM-Nummer werden der berechtigten Ärztin beziehungsweise dem berechtigten Arzt BtM-Rezepte auf Anforderung zugeschickt. Diese sind durch eine fortlaufende Nummerierung und andere Kennzeichen vor unberechtigter Vervielfältigung geschützt und sind diebstahlsicher aufzubewahren.

Das Rezept besteht aus einem Deckblatt (Teil II) und zwei Durchschlägen (Teil I und III). Die Teile I und II werden in der Apotheke vorgelegt. Teil I behält der Apothekenleiter drei Jahre ab Abgabedatum für Prüfzwecke zurück, Teil II dient zur Abrechnung mit den Kassen. Teil III verbleibt beim Arzt und muss ebenfalls drei Jahre lang aufbewahrt werden.

Substitutionsbehandlung

Die rechtlichen Voraussetzungen einer substitutionsgestützten Behandlung sind ebenso in der BtM-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt.

Die Bundesärztekammer hat zudem in ihren „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ die fachlichen Standards festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung bei manifest Opiatabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt.

Voraussetzung für eine Verschreibungsfähigkeit ist der Erwerb einer suchtmmedizinischen Qualifikation. Bereits seit dem 1.7.2002 gilt zudem eine Meldepflicht für substitutionsgestützte Behandlungen gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel (BfArM). Wer Substitutionsmittel verschreibt, ohne dies zu melden oder ohne die Berechtigung zu haben, muss mit einer Geldstrafe rechnen.

Viele weitere Informationen finden sich auch beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie der dort angesiedelte Bundesopiumstelle: <https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/>.



Autor
Christian Wächter
Syndikusrechtsanwalt
der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Foto: Engelmohr

Drogenkriminalität steigt immer weiter

Die Bekämpfung des Drogenschmuggels scheint wie eine nie endende Geschichte: Immer wieder landen Drogen auch in Deutschland. Sie kommen über den Seeweg, über die Straßen oder mit dem Flieger. Der Kampf gegen die meist organisierten Banden ist mühsam. Die illegale Fracht ist stets gut versteckt: Kuriere verstecken sie in Hohlräumen von Autos oder auch in Obst- und Gemüsepaletten und sie schmuggeln Drogen auch am oder im eigenen Körper.

Das Bundeskriminalamt hat erneut vor einem Anstieg der organisierten Kriminalität im Rauschgifthandel gewarnt. Sie habe „erhebliche Ausmaße angenommen“. Insgesamt seien 2020 rund 365.000 Fälle registriert worden. Das seien 1,7 Prozent mehr als im Vorjahr.

Durch die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) wurden im vergangenen Jahr 20.937 Rauschgiftdelikte erfasst. Im Vergleich zum Vorjahr (20.268 Fälle im Jahr 2019) kam es zu einer Zunahme um 3,3 Prozent. Das teilt das Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz mit.

Die Rauschgiftdelikte machen 2020 einen Anteil von 9,1 Prozent an der Gesamtkriminalität in Rheinland-Pfalz aus (insgesamt 230.304 Straftaten).

Es wurden zudem 55 Fälle der direkten Beschaffungskriminalität (2019: 67 Fälle) und 1.486 Fälle der indirekten Beschaffungskriminalität (2019: 1.663 Fälle) ausgewiesen. Unter direkter Beschaffungskriminalität sind solche Delikte zu verstehen, welche unmittelbar der Beschaffung von Rauschgift dienen. Als indirekte Beschaffungskriminalität gelten Delikte, welche mittelbar der Beschaffung von Rauschgift dienen.

Cannabisprodukte wie Haschisch stammen häufig aus den nordafrikanischen Ländern und werden von dort aus über Spanien und Frankreich auf dem Landweg, aber auch über die Niederlande und andere nach Deutschland geschmuggelt. Marihuana stammt in der Regel aus westeuropäischem Indoor-Anbau (unter anderem Belgien, Deutschland, Niederlande und Spanien). Opium und Heroin stammen hauptsächlich aus Afghanistan und gelangen meist über die Balkanroute auf dem Landweg – unter anderem ebenfalls nach Deutschland.

Kokain wird mehrheitlich in Südamerika hergestellt und gelangt auf dem Seeweg in die großen europäischen Überseehäfen Rotterdam, Amsterdam, Antwerpen, aber auch in die deutschen Überseehäfen Hamburg und Bremerhaven.

Die Reinsubstanzen von neuen psychoaktiven Stoffen (NpS) werden überwiegend in China produziert und nach Europa importiert. Vollsynthetische Drogen stammen überwiegend aus professionellen Laboren in den Niederlanden und Belgien und werden von dort aus unter anderem auch nach Deutschland geschmuggelt.

Die Polizei stellte im Jahr 2020 in Rheinland-Pfalz 259,6 kg harte Drogen (2019: 243,7 kg), dies sind zum Beispiel Heroin, Kokain und Amfetamine, und 284,2 kg Cannabisprodukte (2019: 345,0 kg) sicher.

Zu den Indikatoren für den Drogenmarkt zählt neben Versorgung und Verfügbarkeit illegaler Substanzen vor allem der Einkaufs- und Verkaufspreis. Im Langzeitvergleich sind in erster Linie Heroin, Cannabisharz und Marihuana für die deutschen Konsumenten im Preis gestiegen, listet statista auf. Nach deren statistischen Angaben sei der Straßenpreis für Cannabisharz – zusammen mit Marihuana die am häufigsten konsumierte illegale Droge – in den vergangenen zehn Jahren um rund ein Drittel auf rund 9,90 Euro pro Gramm im Jahr 2019 gestiegen. Im Großhandel bis 1,5 Kilogramm hätten in den vergangenen sechs Jahren vor allem die Preise für Kokain (+14,8 Prozent), Cannabisharz (+9,6 Prozent) und Ecstasy (+8,6 Prozent) angezogen.

Im vergangenen Jahr hat es nach statista-Angaben deutschlandweit 1.581 Drogentote gegeben. Damit liegt die Zahl laut Bundeskriminalamt rund 13 Prozent über dem Niveau des Vorjahres. Werde die Belastungszahl mit Drogentodesfällen betrachtet, seien Berlin und Hamburg sowie das Saarland besonders stark betroffen. Nach wie vor lasse sich ein gutes Drittel der Todesfälle auf Vergiftungen mit Opiaten und Opioiden zurückführen. So starben 2020 bundesweit 572 Menschen durch Heroin oder Morphin, allein oder in Kombination mit anderen Substanzen. In Rheinland-Pfalz sind im Jahr 2018 nach Angaben der Drogenbeauftragte der Bundesregierung 58 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums gestorben.

Ines Engelmohr

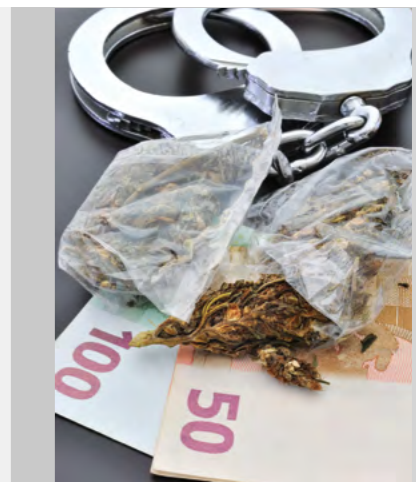


Foto: Adobe Stock/Sergiogen

organisierten Kriminalität Rauschgifthandel
Beschaffungskriminalität Rauschgift delikte Drogenmarkt

Suchthilfe im Gefängnis:

Mit dem drogenfreien Weg werden nicht alle erreicht

Seit vielen Jahren spielt die Betreuung von Suchtpatientinnen und -patienten im Justizvollzug eine große Rolle, weil ein zunehmender Anteil unserer Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen belastet ist. Das Justizministerium erhebt diesbezüglich umfangreiche Daten, bewertet sie statistisch und veröffentlicht sie.

Kurze Zeit nach Ankunft in einer unserer Justizvollzugseinrichtung werden bei allen Neuzugängen umfangreiche Befragungen bezüglich einer vorliegenden Suchterkrankung durchgeführt, medizinische Vorbefunde werden bei den zuvor behandelnden Kollegen angefordert und dokumentiert. Im weiteren erfolgt häufig eine medikamentös unterstützte Entgiftung, bei den zuvor Substituierten eine Entgiftung vom regelmäßig nachgewiesenem Beigebrauch.

In den Justizvollzugsanstalten ist Behandlung von Suchterkrankungen jedoch nicht gleichbedeutend mit Substitution. Wir bieten auch Entwöhnungstherapien an. Nahezu jeder dritte schafft hiermit den Weg in ein drogenfreies Leben.

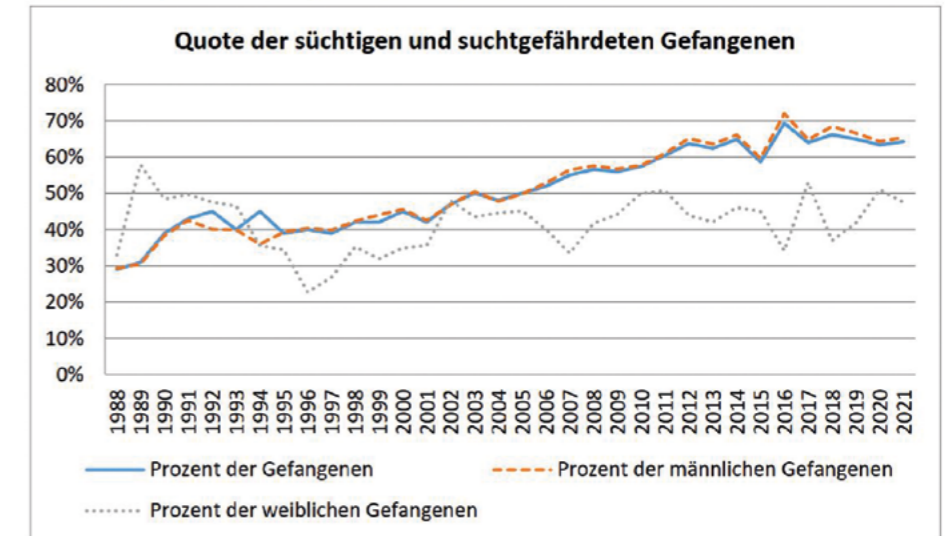
Inhaftierte haben die Möglichkeit, von internen beziehungsweise auch von externen Drogenberatern betreut zu werden, meist wird es auf eine mögliche Entwöhnung hinauslaufen. Je kürzer die Drogenproblematik besteht beziehungsweise je jünger die Patientinnen und Patienten sind, umso eher kommt Unterstützung zu drogenfreien Therapien in Frage. Aber klar ist auch: Mit dem drogenfreien Weg erreichen wir nicht alle.

Tabelle 1:
Süchtige und suchtgefährdete Gefangene von 1987 bis 2021

Jahr	Belegung gesamt	Suchtgefährdete und süchtige Gefangene	Prozent der Gefangenen
1987	3.016	672	22%
1988	2.873	845	29%
1989	2.916	910	31%
1990	2.746	1.066	39%
1991	2.646	1.136	43%
1992	2.513	1.136	45%
1993	2.910	1.169	40%
1994	3.170	1.441	45%
1995	3.197	1.250	39%
1996	3.295	1.316	40%
1997	3.366	1.319	39%
1998	3.434	1.441	42%
1999	3.734	1.552	42%
2000	3.814	1.723	45%
2001	3.851	1.626	42%
2002	3.806	1.789	47%
2003	3.793	1.901	50%
2004	4.023	1.915	48%
2005	3.959	1.962	50%
2006	4.058	2.117	52%
2007	3.992	2.204	55%
2008	3.635	2.059	56,6%
2009	3.430	1.922	56,0%
2010	3.483	1.999	57,4%
2011	3.463	2.092	60,4%
2012	3.383	2.156	63,7%
2013	3.280	2.046	62,4%
2014	3.196	2.073	64,9%
2015	3.214	1.891	58,8%*
2016	3.155	2.187	69,3%
2017	3.285	2.105	64,0%
2018	3.183	2.107	66,2%
2019	3.175	2.063	65,0%
2020	2.961	1.878	63,4%
2021	2.992	1.951	65,2%

* Der Sprung um 10 Prozentpunkte von 2015 auf 2016 ist zum Teil auf die Umstellung der Erhebung aufgrund der eingeführten Bundeserhebung zurückzuführen. Diskrete Erhebungsprobleme im Jahr 2015 während der Umstellung haben zu einer geringeren Anzahl geführt, die statistisch nicht bereinigt werden konnte.

Abbildung 1: Süchtige und suchtgefährdete Gefangene von 1987 bis 2021



Quelle: jährliche Stichtagserhebung Sucht, Hrsg. Justizministerium RLP

Und sollten drogenfreie Behandlungen nicht erfolgsversprechend sein, besteht seit Jahren in zunehmendem Maß die Möglichkeit der Substitution als eine bewährte Möglichkeit der Therapie von opioidabhängigen Patientinnen und Patienten. Überwiegend wird mit Methadon/Polamidon substituiert, seit etwa zwei Jahren auch mit der Buprenorphin subcutan Depotinjektion.

Die Erfahrungen mit den Substitutionspatientinnen und -patienten sind weit überwiegend positiv; Beigebrauch beziehungsweise ernsthafte Probleme, die zum Abbruch der Behandlung führen, sind sehr, sehr selten.

In den Justizvollzugsanstalten erleben wir immer öfter: Reiner Heroin-Konsum ist inzwischen eher die Seltenheit. Meist ist es eine Polytoxikomanie-Abhängigkeit. Ganz vorne dabei: Benzodiazepine, Amfetamine, Kokain und Alkohol. Bei den Jüngeren sind inzwischen Cannabis und Amfetamine die Klassiker. Die ganzen neuen synthetischen Stoffe sind schwer in den Griff zu bekommen.

In unseren Sprechstunden erleben wir aber auch: Hauptdrogen sind nach wie vor Nikotin, Alkohol und Cannabis. Daher finden inzwischen in unseren Gefängnissen auch mehr medikamentös gestützte Alkoholentgiftungen statt als in Kliniken. Pragmatische Ursache hierfür: Wir können nicht alle Abhängigen zur Entgiftung in umliegende Krankenhäuser fahren. Das ist viel zu personalintensiv. Deshalb machen wir dies direkt in der JVA.



Autor

*Dr. Karl Ludwig Schmidt,
Leitender Medizinaldirektor
Anstaltsarzt der JVA Zweibrücken*

Foto: André Sieg