

# SUCHT

## Substitution

## Wir danken unseren Spender\*innen

Mag.<sup>a</sup> Claudia Amsz, Siegersdorf  
Elfriede Aschbeck, Wien  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Dr.<sup>in</sup> Helga Danhorn, Wien  
Elisabeth Donko  
Wolfgang Exler  
René Ferrari, Leonding  
Mag. Peter Humann, Pitten  
Robert Kopera, Reisenberg  
Helmut und Gertrude Kulhanek, Kierling  
Dr. Günther Mittendorfer, Linz  
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf  
Dr. Gerold Obergruber, Graz  
DI Peter Podsedensek, Wien  
Dr. Ferdinand Schönbauer, Tulln  
Johann/Robert Siller, Kuchl  
Christian Steiner, Wien  
Dr. Alfons William, Wien

und viele anonyme Spender\*innen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

[www.noevers.at](http://www.noevers.at)

Herzlichen Dank im Namen aller Klient\*innen des Vereins Grüner Kreis!

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die  
HYPO NOE  
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei  
[spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at)  
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtdizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

**Medieninhaber:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Herausgeber:** Verein **Grüner Kreis**

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

**Eigenverlag:** **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

[office@gruenerkreis.at](mailto:office@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Österreichisches Wirtschaftsforum

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

### Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Heino Stöver, Gabriele Fischer, Arkadiusz Komorowski, Philipp Kloimstein, Ralf Gerlach, Anna Bösch, Martin Busch, Dirk Schäffer, Albert Syen, Leonidas Lemonis, Maya Winter-Sporn, Harald Brix-Samoylenko, Human-Friedrich Unterrainer, Karin Bertuzzi

### Bildquellennachweis:

Cover: sarayut / istockphoto.com

Seite 4: Sujetfotos klein (v. oben): 1. ljobaphoto / istockphoto.com | 2. BSIP SA / Alamy Stock Foto | 3. Spitzfoto / istockphoto.com

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor\*innen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Kooperationspartner\*innen

Mit finanzieller Unterstützung des



Arbeitsmarktservice  
Niederösterreich



**GESUNDHEITSFONDS**  
STEIERMARK



**Sucht- und Drogen**  
**Koordination Wien**

Für die  
Stadt Wien

# editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) gilt heute als allseits anerkannte Methode in der Behandlung von Opiatabhängigkeiten. Gleichwohl darf sie immer nur als Teil eines ganzheitlichen Therapieansatzes verstanden werden, der unbedingt von psychiatrischer, klinisch-psychologischer, psychotherapeutischer, sozialarbeiterischer und psychosozialer Betreuungsarbeit begleitet sein muss. Ist dies der Fall, sollte die Drogensubstitution bei Menschen, die durch abstinenzorientierte Therapiemaßnahmen nicht erreicht werden können, die Behandlung der Wahl sein. Man ist sich jedoch darüber klar, dass durch eine Opioid-Substitutionstherapie lediglich den Gefahren und negativen Suchtfolgeerkrankungen eines illegalen Drogenkonsums im Sinne von »Harm Reduction« begegnet werden kann. Das Behandlungsziel sollte aber immer eine Reduktion des Drogenkonsums, wenn möglich die Drogenabstinenz, vor allem aber gesundheitliche Stabilisierung, berufliche Integration und soziale Rehabilitation von suchtkranken Menschen sein.

Neben den medizinischen Aspekten werfen wir einen Blick auf die historische Entwicklung der Drogensubstitution und auf die sozialen und psychischen Herausforderungen, mit denen sowohl Patient\*innen als auch Behandelnde konfrontiert sind. Darüber hinaus widmen wir uns der Problematik von Substanzgebrauchsstörungen in der Schwangerschaft sowie der besonderen Rolle des Stresssystems und der Frage der Fahrtüchtigkeit im Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung.

Ein herzliches Dankeschön gebührt allen Autorinnen und Autoren, die ihre Expertise und Erfahrungen in die Gestaltung dieser Ausgabe eingebracht haben.

Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre.

Alfred Rohrhofer



## Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

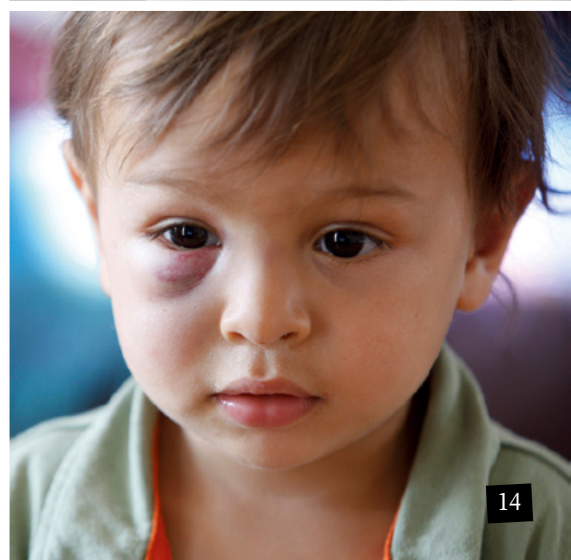
Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance -  
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

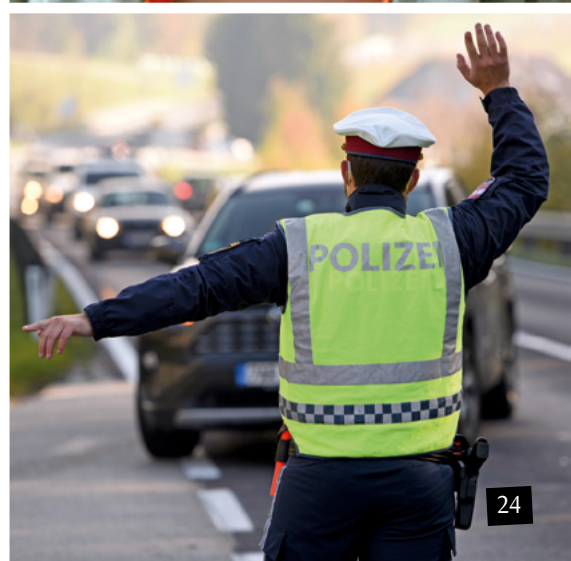
Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



8



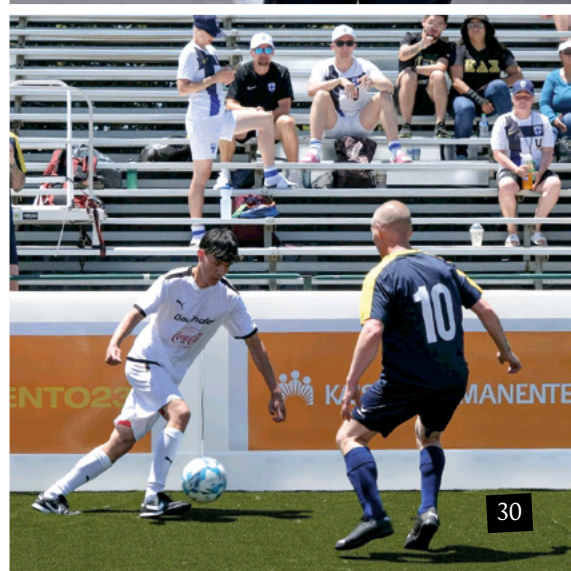
14



24



28



30

# Inhalt

- 3** Editorial  
Alfred Rohrhofer
- 6** Geschichte der Substitutionstherapie  
Heino Stöver
- 8** Schwangerschaft und Substanzgebrauchsstörung  
Gabriele Fischer, Arkadiusz Komorowski
- 10** Substitution: Alles Gold und glänzend – auch im Westen?  
Philipp Kloimstein, Arkadiusz Komorowski
- 12** Psychosoziale Unterstützung im Rahmen von ambulanten Opioid-Substitutionstherapien  
Ralf Gerlach
- 14** Die besondere Rolle des Stresssystems in der Behandlung von Menschen in Opioid-Substitutionstherapie  
Anna Bösch
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in Österreich  
Martin Busch
- 20** Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 22** Selbstbestimmung von Patient\*innen – auch in der Substitutionsbehandlung möglich?  
Dirk Schäffer
- 24** Substitutionsbehandlung und Führerschein  
Albert Syen
- 26** Herausforderungen im Zuge der Behandlung von substituierten Patient\*innen  
Leonidas Lemonis, Maya Winter-Sporn, Harald Brix-Samoylenko
- 28** Suchtkongress 2023: »ARBEIT – SUCHT – SINN«  
Human-Friedrich Unterrainer
- 30** HOMELESS WORLD CUP  
Karin Bertuzzi

# Geschichte der Substitutionstherapie



von Heino Stöver

Die Opioid-Substitution schafft es lediglich, die Verwendung von Opioiden in eine medizinisch überwachte Bahn zu lenken und deren illegalen Konsum zu beenden, eine Veränderung der übrigen Drogenkonsumgewohnheiten ist damit nicht verbunden.

Die Behandlung Opiatabhängiger mit Hilfe einer pharmakologischen Behandlung (Substitutionstherapie/-behandlung) wurde vom Pharmakologen Vincent Dole und der Psychiaterin Mary Nyswander entwickelt, die 1963 am New Yorker Rockefeller Hospital begannen, Drogenabhängige mit Methadon zu behandeln. Sie fanden heraus, dass mit einer Gabe von Methadon der spezifische Opioidrezeptor blockiert ist und ein weiterer Opiatkonsum keine Wirkung mehr erzeugen kann und daher keinen Sinn mehr macht.

Die Erfolge des Dole-Nyswander-Projekts führten 1970 in den USA zur Anerkennung der Methadonbehandlung als

einer zweckmäßigen Behandlungsmethode. Seitdem breitete sich diese Therapieform in den USA rasch aus.

Die Substitutionsbehandlung ist Teil einer umfassenden Behandlung Opiatabhängiger. Es ist nicht Ziel dieser Therapie, eine abhängige Person zum Aufgeben des Opiatkonsums zu bewegen, sondern sie richtet sich vielmehr an Personen, die noch nicht oder nicht mehr für eine abstinenzorientierte Behandlung bereit sind. Die medikamentengestützte Therapie dient daher der Vermeidung oder der Reduktion der negativen Folgeerscheinungen der Abhängigkeitserkrankung.

In Europa startete das erste Methadonprogramm, das eng an das Dole-Nyswander-Modell angelehnt war, 1966 in Schweden (Uppsala). In der Schweiz ist die Substitutionsbehandlung mit Methadon und anderen Medikamenten seit mehr als 30 Jahren fester Bestandteil des Therapieangebots für Opiatabhängige. Auch in anderen europäischen Ländern wurde im Laufe der 70er-Jahre die Substitutionsbehandlung eingeführt: In den Niederlanden existiert beispielsweise ein vielfältiges Angebot mit unterschiedlichen Zugangsschwellen und Rahmenbedingungen. Heute befinden sich in der Schweiz und in den Niederlanden mehr als 50 % der Heroinabhängigen in einer Substitutionsbehandlung. In Österreich befanden sich im Jahr 2021 insgesamt 20.138 Personen in einer Substitutionsbehandlung.

Im Gegensatz zu diesen internationalen Erfahrungen ist die Methadonsubstitution in der Bundesrepublik Deutschland eine relativ junge Therapieform zur Behandlung von Heroinabhängigen. Erst zu Beginn der 90er-Jahre setzte sie sich über spezielle Erprobungsvorhaben in einzelnen Bundesländern durch. Es kann deshalb von einem »Sonderfall Deutschland« gesprochen werden, der darauf zurückzuführen ist, dass Politik, Ärzteschaft und Drogenhilfe jahrzehntelang einseitig

dem Konzept der stationären Langzeittherapie mit Abstinenzziel anhängen. Diese Abstinenzorientierung fand ihren Niederschlag in einem therapeutischen Ausschluss der Methadonbehandlung. Es bestanden solche rechtlichen und standesärztlichen Restriktionen, die einem Methadonverbot gleichkamen.

Jahrelang stand in Deutschland nur das linksdrehende, etwa doppelt so stark wirkende Levomethadon als L-Polamidon® für die Verschreibung zur Verfügung. Erst seit 1994 ist das international verwendete Methadon auch bei uns verkehrs- und verschreibungsfähig. Als weitere Substanz kann seit 2000 Buprenorphin zu Substitutionszwecken in Deutschland verschrieben werden. Seit 2015 ist auch die Substitution mit retardierten Morphinen in Deutschland zulässig.

Auch diese Ausweitung möglicher Substitutionsmittel trug zu einem weiteren Anstieg der Substituierten Zahlen in Deutschland bei (gegenwärtig bei ca. 81.000 und damit 50% der geschätzten Zahl von Opioidgebraucher\*innen in Deutschland).

Zwischen 2001 und 2007 wurde das »Modellprojekt zur heroingestützten Substitutionsbehandlung« in sieben Städten Deutschlands durchgeführt. Im Rahmen der klinischen Studie wurden die Effekte der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Substitution mit Methadon im langfristigen Verlauf untersucht. Die positiven Ergebnisse des Modellprojekts bildeten die Grundlage der in Deutschland im November 2009 erfolgten Zulassung von Diamorphin (Diaphin®) zum Einsatz in der Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigkeit. Sowohl im deutschen Modellprojekt als auch in internationalen Studien, z. B. in Kanada, Spanien, Großbritannien, zeigte sich die Überlegenheit der Diamorphinbehandlung gegenüber der oralen Methadonbehandlung in Hinblick auf die Haltequote und die gesundheitliche Stabilisierung. Zudem reduzierte sich der Konsum von

illegalem Heroin in fast allen durchgeführten Studien gegenüber der Methadongruppe signifikant.

Seit dem 1. Oktober 2010 ist die Diamorphinbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland abrechenbar. Die aktuelle Versorgungslage Opiatabhängiger bezüglich der Behandlung mit Diamorphin ist heute nicht ausreichend. Laut Bericht zum Substitutionsregister 2022 entfallen lediglich 1,5 % aller verabreichten Substitutionsmittel auf die Substanz Diamorphin. Aktuell werden Patient\*innen in lediglich 14 Diamorphinambulanzen in Deutschland behandelt: Berlin (Patrida), Berlin (Praxiskombinat), Bonn, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln, München, Stuttgart, Unna, Wuppertal, Iserlohn. Seit 2010 sind lediglich sieben neue Ambulanzen eröffnet worden, die nicht zu den ursprünglichen sieben Modellstädten und Einrichtungen zu zählen sind.

### Behandlungsziele/-durchführung

Die Behandlungsziele der Opiatsubstitution leiten sich ab aus den suchtbedingten körperlichen, psychischen und interaktionellen-sozialen Störungen. Sie umfassen

1. die Behandlung und Bewältigung von suchtbedingten körperlichen, psychischen und sozialen Störungen sowie Suchtfolgeerkrankungen. Dazu gehören:
  - die Beendigung des Abstinenzsyndroms und die Wiederherstellung von Kontrollleben gegenüber dem Suchtmittel,
  - die Behandlung der körperlichen Auswirkungen, Begleit- und Folgeerkrankungen, u. a. von chronischen Infektionen (Hepatitis, HIV) und Leberfunktionsstörungen,
  - die Reduzierung der mit dem abhängigen Opiatkonsum und der i.v.-Applikation einhergehenden besonderen Risiken wie Überdosierung und Infektionen im Sinne einer Sekundärprophylaxe;
2. die Behandlung der suchtbedingten und suchtassoziierten psychischen Funktionsstörungen. Ziele sind hier:
  - die Rückfallvermeidung und Vermeidung von Beikonsum durch Befähigung zum bewussten Umgang mit dem inneren Verlangen nach Substanzkonsum (Suchtdruck, Craving),
  - die Klärung individueller, das Craving und die Rückfallgefährdung bahnen-der Mechanismen. Da bei den sub-

stanzbezogenen Störungen Gedanken und Aktivitäten häufig auf die Substanzbeschaffung und den Substanzkonsum eingeengt sind, gleichzeitig andere Lebensbereiche vernachlässigt werden, ist die Überwindung des eingeengten Denkens und Handelns ein wichtiges Therapieziel. Deshalb ist hier die Reduzierung der Häufigkeit und Schwere von Rückfällen und Beigebrauch ein zentrales Therapieziel.

3. die Behandlung von interaktionellen, psychosozialen und entwicklungsbedingten Störungen:
  - Die Bearbeitung basaler sozialer Defizite, die sich als Hinderungsgrund für ein selbständiges Leben auswirken (finanzielle Existenzsicherung, Schuldenregulierung, Wohnungsangelegenheiten etc.).
  - Bestehende juristische Probleme müssen mit Vorrang geklärt werden.
  - Die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch die Suchtstörungen ist ein wichtiger Ausgangspunkt für die suchtspezifische Behandlung, und das Erreichen bzw. Wiedererreichen von Arbeitsintegration ist ein bedeutendes übergeordnetes Therapieziel.
  - Soziale Kontakte sowie familiäre und partnerschaftliche Bindungen sind bei opiatabhängigen Patienten häufig in hohem Ausmaß gestört: Soziale Kontakte sind durch den Drogenkonsum geprägt, häufig fehlen familiäre und partnerschaftliche Bindungen oder sie sind konfliktbehaftet. Die Behandlung zielt auf eine Bearbeitung der jeweiligen Konfliktbereiche.
  - Wenn der Drogenkonsum im Jugendalter begonnen wurde, bestehen zum erheblichen Teil Entwicklungsdefizite im schulischen und beruflichen Bereich. In diesem Fall besteht ein wichtiges Therapieziel in der Bearbeitung einer realistischen beruflichen Perspektive. Eine Voraussetzung ist die Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten und Leistungen. Angemessene Maßnahmen zur beruflichen Weiterentwicklung, gegebenenfalls Umschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen in der Therapie thematisiert und initiiert werden.
  - Die zum Teil erheblichen Unterschiede in Umfang und Art der psychosozialen Einbindung müssen hinreichend gewürdigt und im Behandlungsplan angemessen berücksichtigt werden.
  - Wie in allen Beratungs- und Behand-

lungsprozessen sind Ziele und Verfahren jeweils abhängig von den im Einzelfall diagnostizierten Störungen und Belastungen, dem Grad sozialer Integration, der Veränderungsmotivation und dem psychischen und sozialen Entwicklungsstand der Patienten. Trotzdem gibt es typische Schwerpunkte therapeutischer Gespräche. Sie beziehen sich bei den meisten Patienten auf den Loslösungsprozess von der Drogenszene und die Distanzierung vom bisherigen Drogenkontext; auf die Problematik eines fortbestehenden Beikonsums, eventueller Suchtverlagerung und der Funktion der Drogen; auf Beziehungsprobleme, Partnerschaft und Sexualität; auf die Probleme, mit Einsamkeit und Diskriminierung umgehen zu können, sowie die Schwierigkeiten, sich neue Freundeskreise zu erschließen; auf die Schwierigkeiten, mit den eigenen Gefühlen und Schwächen umgehen zu können; auf die psychischen Beeinträchtigungen und Belastungen; auf die Entwicklung von Zukunftsperspektiven, den Umgang mit Leistungsdruck und Erwartungshaltungen Dritter sowie die Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitssituation.

Nachstehend werden typische Teilziele und Hilfestellungen genannt, die sich aus unterschiedlichen psychosozialen Ausgangssituationen und Motivationsstadien ergeben könnten.

### Teilziele: Krisenhilfe und Wiederherstellung der elementaren materiellen und sozialen Existenzgrundlagen

Bei Abhängigen mit hoher Bindung an die Drogenszene und akuter, oft bereits über lange Zeiträume bestehender Verelendung und Verwahrlosung müssen zunächst elementare Voraussetzungen für eine geregelte Behandlung hergestellt werden:

- Regelmäßige und verbindliche Mitarbeit in der medizinischen Behandlung und bei interkurrenten medizinischen Behandlungen,
- Klärung der juristischen Situation und ggf. Hilfestellungen, um die Voraussetzungen für die Behandlung abzuschern: z.B. offene Strafverfahren, Bewährungs- oder Therapieauflagen, ausländischer Status,
- Kontaktaufnahme zur Staatsanwaltschaft, zum Gericht, zur Ausländerbehörde: Begleitung zu Terminen,

→ Seite 31

# Schwangerschaft und Substanzgebrauchsstörung



von Gabriele Fischer  
und Arkadiusz Komorowski

Die Schwangerschaft stellt einen besonders einschneidenden Lebensbereich für werdende Mütter dar. Bei Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung sollte der Fokus sowohl auf die Gesundheit der Frauen als auch auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes gelegt werden. Im Sinne einer generellen Gesundheitsprävention sollten Frauen im reproduktiven Alter informiert werden, dass ein Substanzkonsum während der Gravidität schädigend für das heranwachsende Kind sein kann und gleichzeitig ihre eigene Stabilität auf dem Spiel steht. Nahezu alle Substanzen – von Nikotin über Alkohol, Benzodiazepine, Kokain sowie Amphetamine – weisen direkte zelltoxische Wirkungen auf und können sich somit schädigend auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Lediglich bei Opioiden sind keine solchen Effekte bekannt, sodass im Rahmen einer Opioidgebrauchsstörung in der Schwangerschaft die Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden indiziert ist. Im Falle von Risikoschwangerschaften wird empfohlen, die Behandlung in Spezialeinrichtungen durchzuführen, um eine fachspezifische und multiprofessionelle Behandlung sicherzustellen.

In Österreich wird im Versicherungssystem eine »Reparaturmedizin« gepflogen – anstatt in Prävention zu investieren. Letzteres wäre gerade im Hinblick auf die reproduktive Phase einer Frau essenziell, um potenzielle Schäden und Belastungen abzuwenden sowie dem Gesundheitssystem hohe Kosten zu ersparen. Es ist bekannt, dass die konsekutiven Kosten für Schwangerschaft einerseits und für die Entwicklung des Kindes andererseits dramatisch hoch sein können, wenn

Frauen während der Schwangerschaft eine Substanzgebrauchsstörung aufweisen. Erfreulicherweise nimmt gerade der »illegale« Opioidkonsum weltweit ab – auch in Österreich. Besteht dennoch ein unkontrollierter und v. a. unregelmäßiger Konsum, ist die State-of-the-Art-Therapie einer Opioidgebrauchsstörung von schwangeren Frauen die Erhaltungstherapie mit ärztlich verschriebenen synthetischen Opioiden. Grundsätzlich gilt es, so wenig Medikation wie möglich und so viel, wie zu einer effektiven Behandlung benötigt wird, zu verordnen.

Häufig liegen einem Substanzkonsum in der Schwangerschaft andere psychiatrische Störungen (wie Angststörungen oder auch Depressionen) zugrunde. Bei bestehenden affektiven Erkrankungen ist eine besondere Sorgfalt notwendig, sodass z. B. Antidepressiva nicht akut abgesetzt werden. Dies kann nicht nur zu einer Stimmungsverschlechterung der Schwangeren führen, sondern im schlimmsten Fall auch zum Fetoizid. Es gilt, dass nur diejenigen Medikamente eingesetzt werden, die laut aktueller wissenschaftlicher Literatur den geringsten Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben. Nichtsdestotrotz wird postpartal bei Einnahme von empfohlenen Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRIs) zeitweise das sogenannte »Floppy Infant Syndrome« beobachtet, dem allerdings ärztlich einfach zu begegnen ist.

Im Kontext einer Opioid-Erhaltungstherapie während der Schwangerschaft ist eine häufige Konsequenz das Auftreten des neonatalen Entzugssyndroms (NAS), das in ca. 60 % der Fälle auftritt. Dabei zeigen sich jedoch keinerlei Korrelationen zwischen der Dosierung des Opioids zum Geburtszeitpunkt und der Intensität bzw. Frequenz des Auftretens eines NAS. Obwohl auch ein geringes Geburtsgewicht von vielen in einen Zusammenhang mit der ärztlich verschriebenen Opioidtherapie während der Schwangerschaft gebracht wird, handelt es sich hierbei um eine falsche Schlussfolgerung. Vielmehr ist das geringere Geburtsgewicht (im Durchschnitt 150 bis 250 g geringer als in einer Vergleichsgruppe) auf einen Nikotinkonsum während der Schwangerschaft zurückzuführen. Generell steigt bei einem bestehenden Nikotinkonsum das Risiko für Spontanaborte, Plazentaablösungen, Frühgeburten oder auch Totgeburten. In weiterer Folge

besteht bei intrauterin nikotinexponierten Säuglingen ein erhöhtes Risiko, an einem plötzlichen Kindestod (= Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) postnatal zu versterben. Als Konsequenz einer Nikotinexposition beim Fötus wird zudem das gehäufte Auftreten von Erkrankungsbildern wie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beobachtet. Wichtig ist zu betonen, dass der wissenschaftlich erwiesene Zusammenhang zwischen einem Substanzkonsum und dem Auftreten von SIDS ausschließlich für Nikotinkonsum besteht – nicht jedoch nach einer kontrollierten Verordnung von Opioiden an die werdende Mutter.

Die Opioid-Erhaltungstherapie bei Opioidgebrauchsstörung wird in der Gravidität als State-of-the-Art-Therapie gesehen. Weltweit wird die Verabreichung von Methadon empfohlen, in einer Dosierung, die individuell zu gestalten ist (Durchschnittsdosierungen 85 mg/die). Keinesfalls sollte zu gering dosiert werden, da ansonsten die Gefahr eines Zusatzkonsums besteht und es zu einer psychischen Destabilisierung kommen kann. Zumeist wird im letzten Trimenon der Schwangerschaft, aufgrund einer Enzyminduktion durch die weiblichen Sexualhormone, eine Dosissteigerung bzw. die Aufteilung der täglichen Methadondosis (2 x täglich) notwendig. Zu beachten ist, dass postpartal in der Regel wieder eine Reduktion der täglichen Opioiddosierung bei der Mutter erforderlich ist.

Vergleichbar mit Methadon findet sich in der Literatur zudem eine Therapieempfehlung zur Anwendung der Erhaltungstherapie mit Buprenorphin in der Gravidität (Durchschnittsdosierung 16 mg/die). Auch bei Buprenorphin besteht oftmals die Notwendigkeit zur Dosissteigerung im letzten Trimenon und es kann bei Neugeborenen ebenfalls zum Auftreten eines neonatalen Entzugssyndroms kommen, wenngleich seltener als nach intrauteriner Methadonexposition. Während ein NAS im Rahmen einer Methadonexposition zumeist früher symptomatisch wird (innerhalb von 24 Stunden), kann es nach Buprenorphinexposition auch erst am dritten Tag post partum auftreten.

Für eine orale Therapie mit retardierten Morphinen (Slow Release Oral Morphine, SROM) findet sich in der



internationalen Wissenschaftsliteratur keine Unterstützung und daher sollten diese in der Schwangerschaft nicht verordnet werden.

Erschwert wird das Behandlungsetting dann, wenn neben Opioiden und Nikotin ebenfalls Benzodiazepine bzw. Alkohol oder Cannabis konsumiert werden. Von einer ärztlichen Verschreibung von Benzodiazepinen während der Schwangerschaft sollte jedenfalls Abstand genommen werden, da Benzodiazepine zu Missbildungen führen können (etwa im Nasolabialbereich). Außerdem können Benzodiazepine zu einem stärker ausgebildeten neonatalen Entzugssyndrom mit längerer Dauer führen, wobei in schweren Fällen sogar Krampfanfälle beobachtet werden.

Ein hohes Risiko besteht auch dann, wenn während der Schwangerschaft ein übermäßiger Alkoholkonsum besteht. Alkoholbedingt kann es beim Neugeborenen zur Ausbildung des sogenannten fetalen Alkoholsyndroms (FAS) kommen. Während des Verlaufes einer Schwangerschaft darf im Rahmen der suchtmedizinischen Behandlung der Fokus nicht ausschließlich auf der Opioid-Erhaltungstherapie liegen bzw. die Kontrolle anderer Substanzen nicht vernachlässigt werden. Für Österreich gibt

es zwar kaum Daten zum Auftreten der Alkohol-Embryopathie, in Deutschland werden allerdings Prävalenzen von ca. 2.200 Fällen pro Jahr geschätzt (wobei die schwächeren Formen in dieser Statistik keine Berücksichtigung finden). Da der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf in Österreich wesentlich höher ist als in Deutschland, kann hierorts sogar von deutlich mehr Fällen ausgegangen werden.

Mit einer Häufigkeit zwischen 1:100 und 1:1000 ist das FAS noch vor dem Down-Syndrom der häufigste Grund einer intellektuellen Beeinträchtigung beim Kind. Neben dem Auftreten eines Entzugssyndroms sieht man beim Neugeborenen häufig eine Kleinwüchsigkeit, körperliche Anomalien (speziell im Gesichtsbereich) sowie Verhaltensstörungen beim Heranwachsen. Im Sinne der Präventivmedizin wäre es wesentlich, auf diese Gefahren hinzuweisen. Abgesehen vom emotionalen Leid, zeigt eine gesundheitsökonomische Berechnung aus den USA, dass der durchschnittliche Förderkostenbedarf für das FAS im Mittel bei 130.000 US-Dollar pro Jahr pro Kind liegt.

Häufig findet sich im Rahmen einer Opioidgebrauchsstörung während der Schwangerschaft ein zusätzlicher

Cannabiskonsum. Auch hier wäre eine spezielle Prävention geboten – zumal bekannt ist, dass sich Cannabiskonsum negativ auf die Myelinisierung der Nervenzellen auswirken kann. Die Myelinisierung der Nervenzellen wird erst nach der Adoleszenz abgeschlossen und je früher und je intensiver die Cannabisexposition erfolgt, umso folgenreicher sind naturgemäß die Auswirkungen.

Besteht während der Opioid-Erhaltungstherapie ein Psychostimulanzienkonsum (z. B. Amphetamin oder Kokain), kann dieser, neben einer direkt zellschädigenden Wirkung, durch einen erhöhten Gefäßtonus das Risiko der Frühgeburtlichkeit mit geringem Geburtsgewicht fördern.

Die o. g. Risikofaktoren verdeutlichen die Notwendigkeit eines standardisierten Therapieregimes während der Schwangerschaft: Dazu zählen neben der kontrollierten ärztlichen Therapie, entweder mit Methadon oder Buprenorphin, ebenso die regelmäßige Kontrolle eines etwaigen Zusatzkonsums sowie die Therapie von zugrundeliegenden psychiatrischen Grunderkrankungen. Neben der ärztlichen Begleitung ist gleichermaßen eine kompetente pflegerische und psychoedukative Begleitung wesentlich.

#### »Infokasten«: Neonatales Entzugssyndrom (NAS) nach Opioidexposition

Das neonatale Entzugssyndrom wird durch die abrupte postpartale Beendigung der Zufuhr von Opioiden verursacht. Dabei kommt es beim Neugeborenen zu gastrointestinalen und zentralnervösen Symptomen, wie z. B. einem schrillen Schreien oder Gedeihstörungen nach Trinkschwierigkeiten. Sollte ein NAS nach einer Opioidexposition in der Schwangerschaft auftreten, kann die Symptomatik beim Säugling durch eine standardisierte Therapie mit oralen Morphinen behandelt werden.

Die entsprechenden Therapieschemata sind Neonatologen bekannt und unter einer

regelmäßigen Überwachung der Morphindosis ist das NAS im Durchschnitt nach etwa sieben Behandlungstagen erfolgreich abgeschlossen. Die Morphinlösung wird in die Mundhöhle des Neugeborenen getropft. Keinesfalls sollten Morphintropfen in die Trinkflasche gegeben werden, was vor dem Hintergrund der Beschwerden nachvollziehbar scheint – das Neugeborene hat bei NAS-Symptomen nicht das Bedürfnis einer Nahrungsaufnahme. Zusätzlich kann es hilfreich sein, wenn die Mutter (die postpartal natürlich weiterhin eine Opioid-Erhaltungstherapie

benötigt) ihr Kind stillt, da hierbei eine geringe Menge an Opioiden über die Muttermilch übertragen wird und somit etwaige NAS-Symptome abmildert.

Unterstützende Maßnahmen bei einem NAS sind »Rooming-in«, Körperwärme für das Neugeborene, das Meiden von grellem Licht und lauter Musik bzw. eine generelle Reizabschirmung. Sollte während der Gravidität eine Alkohol- oder Benzodiazepinexposition stattgefunden haben, so ist das Therapiespektrum der Neugeborenen auszuweiten.

Es hat sich leider in einzelnen Spitälern Wiens eingebürgert, dass Neugeborenen von Müttern mit Opioid-Erhaltungstherapie nahezu verpflichtend Geräte zum »Atem-Monitoring« für die ersten Lebensmonate verordnet werden. Es gibt in der Literatur allerdings keinerlei Hinweise, dass eine ärztliche Opioidbehandlung während der Schwangerschaft im Zusammenhang mit dem Auftreten von SIDS steht. Die »Atem-Monitore« sind für junge Mütter in der Regel sehr irritierend, da es bei über 90 % zu Fehlalarmen kommt, und ebenso

für Neugeborene, die permanent einem unbegründeten Alarm ausgesetzt sind. Ein solches Gerät ist nach einer positiven Familienanamnese für SIDS durchaus indiziert und sollte unbedingt nur individualisiert verordnet werden – diesen Weg beschreiten korrekterweise zunehmend mehr Kliniken. Ansonsten müssten ebenso allen Kindern von nikotinkonsumierenden Müttern »Atem-Monitore« verordnet werden – was bekannterweise nicht erfolgt.

In der postpartalen Betreuung gilt es, dass Mütter in Opioid-Erhaltungstherapie

in der Regel die Obsorge für ihre Kinder haben. Die Frauen müssen daher in alle diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozesse eingebunden werden und mit ärztlichen und pflegerischen Entscheidungen einverstanden sein. Dabei besteht weder Notwendigkeit noch ein gesetzlicher Auftrag während der Schwangerschaft einer Frau in Opioid-Erhaltungstherapie, die Kinder- und Jugendwohlfahrt zu informieren. Diese ist nach individueller Beurteilung bei potenzieller Gefährdung des Kindes einzuschalten. Verfehlterweise

→ Seite 13

# Substitution: Alles Gold und glänzend – auch im Westen?



von Philipp Kloimstein



und Arkadiusz Komorowski

Die Substitutionstherapie ist die Goldstandard-Therapie in der Behandlung der Opioidabhängigkeit – international etablierte und evidenzbasierte Therapieleitlinien existieren seit Jahrzehnten.

Der Begriff Substitution steht medizinisch nicht nur für die hier primär behandelte Opioid-Substitutionstherapie (teilweise auch als Opioid-Agonisten-Therapie bezeichnet). Vielmehr stellt eine Insulingabe bei Diabetes mellitus oder eine Levothyroxinbehandlung bei Schilddrüsenunterfunktion ebenfalls eine Form der Substitutionstherapie dar. Auch in anderen (wissenschaftlichen) Bereichen wird begrifflich von Substituendum (lat.: »das zu Ersetzende«) oder Substituens (lat.: »das Ersetzende«) gesprochen – sei es in der Musik ein Ersatz oder Austausch eines Akkords durch einen anderen Akkord oder das »Einspringen« als Ersatz für eine:n andere:n Musikschaffende:n. Selbst in der Mathematik und in der Logik bis hin zur Wirtschaftswissenschaft findet sich der Substitutionsbegriff im Sinne von »Ersatz«.

In der Suchtmedizin stellte dieser Therapieansatz der Substitutionstherapie für Personen mit Opioidgebrauchsstörung/Opioidabhängigkeit vor Jahrzehnten noch ein Novum dar. Spätestens nach dem Erlass des Bundeskanzleramtes zur Methadonbehandlung in Österreich vom 25.09.1987 sollte diese Therapieform aber kein Novum mehr sein, sondern eine akzeptierte Normalität darstellen. Und doch finden sich auch heute noch teils stigmatisierend bis populistisch anmutende Aspekte sowie nicht zu unterschätzende bürokratische Hürden in der Verschreibungspraxis für diese Behandlungsform. Die Substitutionstherapie ist die Goldstandard-Therapie in der Behandlung der Opioidabhängigkeit – international etablierte und evidenzbasierte Therapieleitlinien existieren seit Jahrzehnten. In diesem Zusammenhang erscheint daher auch die Begrifflichkeit »Suchtgift« (vgl. u.a. Begrifflichkeit »Suchtgiftverordnung« und »Suchtgiftvignette«) nicht verdient, zumal die Dosis von fast allem das Gift macht bzw. machen kann, um Paracelsus zu modifizieren.

## Doch was steckt hinter dieser Behandlungsform?

Im Unterschied zu anderen Stoffen bzw.

Substanzen, wie Alkohol oder Tabak – um legale Substanzen zu nennen –, findet sich für Opioide bzw. Opiate kein direkt ausgeprägtes Organschädigungspotenzial. Daher sollte auch während einer Schwangerschaft, einer gewissermaßen vulnerablen Phase mit weiterer Lebensentstehung, eine Substitutionstherapie zu jedem Zeitpunkt jedenfalls fortgesetzt werden.

Ziel der ärztlich verschriebenen Substitutionsbehandlung ist nicht die Substanzabstinenz, sondern Harm Reduction. Dabei handelt es sich um die Verminderung von Schädigungen, sowohl psychischer als auch körperlicher Natur eines (illegalen) Konsums von Opioiden. Bspw. kann der Gebrauch von verunreinigten oder »gestreckten« Substanzen reduziert werden, wenn ein qualitätskontrolliertes Pharmakon im Rahmen der Substitutionstherapie verordnet wird. Gleichzeitig werden psychische und soziale Folgen verhindert, die z.B. durch das Beschaffungsdilemma (insbesondere Kriminalität bis Prostitution) entstehen.

Betrachtet man die Langzeitverträglichkeiten der zugelassenen Substitutionsmedikamente, so sind diese generell als gut zu bezeichnen. Die positiven Effekte zeigen sich insbesondere im Kontext der zunehmend älter werdenden Substitutionspopulation bzw. anhand von erfreulichen individuellen Lebensbiografien. Dennoch sollte ein Augenmerk auf die Verträglichkeit und das Wirk- bzw. Nebenwirkungsprofil gelegt werden. Insbesondere die älteste am Markt befindliche und teils noch häufig verschriebene Substanz Methadon sticht hierbei negativ heraus (vgl. Abbildung).

Hinsichtlich der Nebenwirkungen insbesondere im Langzeitkontext müssen bei der Verordnung von Methadon sexuelle Nebenwirkungen durch eine unterdrückte hormonelle Freisetzung (via Hypothalamus-Hypophysen-Achse) als auch erhöhte Prolaktinspiegel bedacht werden. Gleichfalls zeigen sich ein erhöhtes Osteoporoserisiko, kardiale Nebenwirkungen sowie eine der häufigsten Nebenwirkungen, die Obstipation.

## Keine Abstinenz und (trotzdem) Teilhabe - Commitment und Partizipation

Das »Trotzdem« imponiert hier schon fast antiquiert und man möchte quasi dadaistisch-humorvoll an Francis Picabia Zitat »Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann« erinnern. Schaut man sich die Situation in Vorarlberg an, dann waren 2022 knapp 760 Personen in einer Substitutionsbehandlung, wovon ca. 41 % einer geregelten Erwerbstätigkeit nachgingen, 43 % in einem familiären/sozialen Beziehungssetting lebten und nur knapp 4 % obdachlos waren. Das abwertende Bild von obdachlosen Junkies oder »Giftlern« – wie teils noch in den 1990er-Jahren – darf somit zum Glück als überholt angesehen werden. Auch wenn diese Zahlen klar den Erfolg der Substitutionstherapie belegen oder unterstreichen, so sollten wir uns nicht auf diesem vermeintlichen Erfolg ausruhen: Bei der Umsetzung der Substitutionstherapie besteht durchaus noch »Luft nach oben«. Dabei stehen uns in den nächsten Jahren noch zahlreiche Herausforderungen bevor. Blickt man bspw. auf die Vorarlberger Zahl von nur rund 10 Ärzt:innen, die in der Substitutionsbehandlung tätig sind (mit einem Durchschnittsalter von knapp 60 Jahren), dann erscheint die zukünftige Versorgung der Patient:innen mit Opioidabhängigkeit eher auf wackeligen Beinen.

Wirft man einen verstohlenen Blick in Haftanstalten in Österreich, so zeigt sich dort oftmals alltäglich in Vergessenheit geraten oder nicht im Fokus befindlich.

Substanzstörungen sind unter Gefängnis-Insass:innen weit verbreitet.

Schätzungsweise 40 % der Inhaftierten haben eine behandlungsbedürftige Substanzgebrauchsstörung. Auch in Österreich ist der illegale Konsum von Opioiden aufgrund des hohen Anteils substituiertes Insass:innen ein häufiges Phänomen. Die am häufigsten eingesetzten Substitutionsmittel in Österreichs Justizanstalten sind nach wie vor Methadon (38 % aller Substitutionsbehandlungen), L-Polamidon (16 %), Substitol (20 %) sowie Suboxone (14 %) und Subutex bzw. Bupensan (5 %).

Ärzt:innen im Strafvollzug stehen vor ethischen Herausforderungen im Umgang mit dissozialem Verhalten, Substanzbegehren und Behandlungsansprüchen und müssen individuell passende Strategien finden. Die Nichtdiskriminierung von Suchtkranken im Gefängnis und gleichzeitig die Schaffung motivationsfördernder Anreize für den Verzicht auf Drogenkonsum sind herausfordernde Aufgaben.

Eine Haftstrafe kann eine Chance bieten, selbstschädigende Drogenkonsummuster zu unterbrechen und notwendige medizinische Behandlungen durchzuführen. Ein angemessenes Versorgungsmodell ist dabei entscheidend, um den Zugang zu den benötigten Unterstützungsmöglichkeiten während der Haft zu ermöglichen. Es ist wichtig, Drogenbehandlungsdienste anzubieten, einschließlich opioidagonistischer Behandlung, Rehabilitation und Genesung. Bei der Entlassung sollten Betroffene Unterstützung bei der Organisation von Gesundheits- und Sozialdiensten, Beschäftigung, Wohnraum erhalten. Vor allem ist es aber wichtig, einen Zugang zu evidenzbasierten Behandlungsangeboten

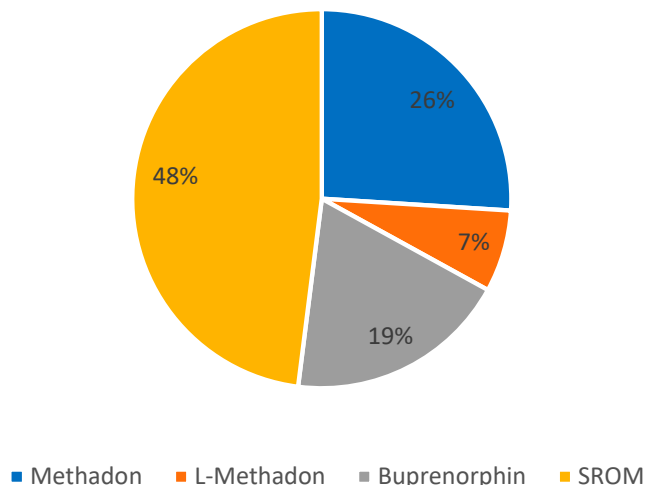
zu gewährleisten, der dem in der Allgemeingesellschaft angebotenen gleichwertig ist, was als Äquivalenzprinzip bezeichnet wird. Zwangsweise Entzüge werden nicht durchgeführt, sondern die Fortführung der Substitution, die Reduktion des Benzodiazepinkonsums und des Risikoverhaltens sowie die psychosoziale und psychopathologische Stabilisierung sind legitime Therapieziele. Die Akzeptanzorientierung bildet die Grundlage für die suchtmmedizinische Behandlung in Justizanstalten. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sind im österreichischen Strafvollzug jedoch nicht implementiert.

Aufgrund der Relevanz von Suchterkrankungen in Haft hat die Europäische Union zuletzt die Drogenstrategie 2021–2025 angepasst und Suchterkrankungen in Haft als strategische Priorität eingestuft. Die Schwerpunkte umfassen hierbei die Gewährleistung von Gleichwertigkeit und Kontinuität der medizinischen Versorgung in Gefängnissen sowie Überdosispräventions- und Überweisungsdienste. Es werden auch evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung von Drogenkonsum und damit verbundenen gesundheitlichen Folgen empfohlen.

Zusammenfassend bleiben also nur ein starkes Plädoyer für die Opioid-Substitutionstherapie und die Frage: War das nun schon alles? Oder gibt es nicht auch abseits einer adäquaten Methylphenidat-AD(H)S-Therapie Indikationen für Substitutionsbehandlungen im aktuell weit verbreiteten Stimulanziengebrauch?

Literatur bei den Autoren auf Nachfrage

Substitutionsmedikamente Vorarlberg 2022



### Prim. Dr. Philipp Kloimstein, MBA

studierte Medizin an der Medizinischen Universität Wien, absolvierte einen MBA in Health Care Management an der WU Wien und studierte daneben Musik (Violine und Ensemble Leitung – Dirigieren). Nach Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztlichen Leitungstätigkeiten in der Schweiz sowie einer Psychotherapieausbildung am Klaus-Grawe-Institut Zürich seit 2020 Chefarzt der Stiftung Maria Ebene, dem Suchtkompetenzzentrum für Westösterreich.

### DDr. Arkadiusz Komorowski

ist aktuell an der Medizinischen Universität Wien tätig und beschäftigt sich mit dem Thema der Inklusion und Behandlung von Menschen in Haft. Im Rahmen seiner forensisch-psychiatrischen Tätigkeit betreut und behandelt er untergebrachte Personen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen des österreichischen Maßnahmenvollzugs.

# Psychosoziale Unterstützung im Rahmen von ambulanten Opioid-Substitutionstherapien



von Ralf Gerlach

Für den Erfolg von psychosozialer Beratungs- und Betreuungsarbeit ist bedeutsam, dass Substitutionspatienten über den Beginn, den Richtungsverlauf, die Beendigung oder eine Wiederaufnahme der Hilfen eigenverantwortlich entscheiden können.

**A**mbulante Opioid-Substitutionstherapien sind mittlerweile die weltweit am häufigsten angewandte Behandlungsvariante bei Opioidabhängigkeit. Ihre Wirksamkeit ist umfassend wissenschaftlich belegt. Eine Kombination dieser medizinischen und pharmakologischen Behandlung mit psychosozialen Unterstützungsleistungen trägt nach aktuellem Kenntnisstand zu einer wesentlichen Verbesserung von Behandlungsverläufen bei.

Leider erfolgt die Behandlungsaufnahme meist erst nach langjährigem compulsiven und exzessiven Heroinkonsum unter kriminalisierten Lebens- und belastenden Szene- und Schwarzmarktbedingungen und somit zu Zeitpunkten, zu denen sich in der Regel bereits vielfältige gravierende gesundheitliche und prekäre psychosoziale Problemlagen massiv angehäuft haben. Dieses Belastungsgefüge beeinträchtigt auch in den Anfangsmonaten der Substitutionsbehandlung (und oft noch lange darüber hinaus) den Lebensalltag der Patienten.

Die Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung kann somit im Rehabilitationsprozess zunächst einmal nur eine Anfangsmarkierung setzen und sollte idealerweise mit einem breiten Angebot an integrations- und rehabilitationsfördernden und -stabilisierenden, entwicklungsbegleitenden Unterstützungsmaßnahmen durch den nichtmedizinischen Teil des Drogenhilfesystems (Sucht- und Drogenberatungsstellen, niedrigschwellige Drogenhilfezentren) ergänzt werden. Dieses sollte umfassend und methodenflexibel ausgestaltet werden und sich an den individuell unterschiedlichen psychosozialen Hilfebedarfen und vorhandenen Ressourcen, aber auch den lokalen Bedingtheiten orientieren. Der Angebotskatalog könnte etwa folgende Elemente enthalten:

- Aktivierung/Förderung von Selbsthilfepotenzialen/-ressourcen (Coping-Strategien und Stärkung der Handlungsautonomie) im Sinne von Empowerment; Unterstützung bei der Erprobung neuer Handlungskompetenzen
- Sicherung finanzieller (Basis-)Versorgung (Schuldnerberatung, Abklärung sozialrechtlicher Möglichkeiten: Arbeitslosenhilfe/Bürgergeld, Wohngeld, Krankenkassenleistungen inkl. Krankengeld, Rentengelder bei Erwerbsunfähigkeit, Lebensunterhalt bei Pflegebedürftigkeit)
- Klärung juristischer Situationen (z. B. offene Strafverfahren, drohende Inhaftierung, Fragen zu Führerschein und Fahreignung) und Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Straffälligkeit und Inhaftierung (Auslotung von Ermöglichungsbedingungen zur Erarbeitung individueller Schutzkonzepte)
- Hilfe bei Arbeitsplatzsuche, Wohnraumbeschaffung (inkl. betreute Wohnformen) und bei Problemen mit Arbeitgebern und Vermietern
- Klärung von Problemen im (Substitutions-)Ärzte-Patienten-Verhältnis
- Unterstützung bei der Aufnahmeschulischer und beruflicher Qualifizierungs- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung und bei der Entwicklung subjektiv sinnvoller Freizeitgestaltung

- Beratung bei geplanten Inlands- und Auslandsreisen (Beruf, Urlaub)
- Ausstiegshilfe: Reduzierung, Eigenkontrolle oder Aufgabe von konkomitantem Gebrauch psychotroper Substanzen wie etwa Kokain, Crack, Benzodiazepine, Cannabis oder Alkohol, Vermittlung in ambulante/stationäre (»Beigebruuchs«-) Entgiftung, Psychotherapie oder in ambulante/stationäre Abstinenztherapien (Entwöhnung) oder teilstationäre Einrichtungen
- Safer-Use-, Safer-Sex-, Safer-Work-, Gesundheits- und Ernährungsberatung
- Beratung bei Problemen mit Beziehungspartnern, Eltern oder Angehörigen der Drogenszene
- Unterstützung bei der Ablösung von der Drogenszene und im Aufbau eines sozialen Netzwerkes außerhalb drogenbezogener Lebensbezüge
- Unterstützung bei medizinischen/gesundheitsbezogenen Therapieentscheidungen (z. B. HIV, HBV, HCV)
- Schwangerschaftsberatung und Beratung hinsichtlich Kindererziehung und -betreuung (Elternschaft und Kindeswohl)
- Auslotung von Koordinierungspartnern und Kostenträgern bei externem Hilfebedarf
- Krisenintervention in physisch und psychisch belastenden Lebenssituationen/-phasen
- Gruppenangebote und Kontaktvermittlung zu externen Selbsthilfegruppen

Keinesfalls jedoch sollten Substitutionspatienten zu einer Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen verpflichtet und im Falle von Teilnahmeverzicht mit einem Ausschluss von der Substitutionstherapie bedroht werden. Für den Erfolg von psychosozialer Beratungs- und Betreuungsarbeit ist bedeutsam, dass Substitutionspatienten über den Beginn, den Richtungsverlauf, die Beendigung oder eine Wiederaufnahme der Hilfen eigenverantwortlich entscheiden können. Im Sinne gelebter Vermeidung von Klientelisierung zeigt die Praxiserfahrung, dass dann genau diejenigen Patienten erreicht werden, die sich psychosoziale

Unterstützungsmaßnahmen nicht nur wünschen, sondern diese auch (intensiv) benötigen. Hervorzuheben ist, dass eine Priorisierung »praktischer« Probleme der Lebensführung und -bewältigung, insbesondere in der Initialphase der Substitutionsbehandlung, wie etwa die Sicherstellung finanzieller Basisversorgung, die Regulierung von Schulden, die Absicherung von Wohnraum oder die Abwendung von Haftstrafen, bereits zu einer spürbaren psychischen Entlastung beitragen und den psychologischen Teil von »psychosozial« im Betreuungsprozess deutlich verringern und dadurch dessen Pass- und Zielgenauigkeit wesentlich erhöhen kann.

Im Falle längerfristig gewünschter Betreuungsanbindung kann die Erstellung von Hilfeplänen mit Zielformulierungen in Absprache mit den Patienten und deren behandelnden Ärzten hilfreich sein. Allerdings: Es ist eine Binsenweisheit, dass Entwicklungen von Lebenslinien in ihrer Prozesshaftigkeit zwar geplant, häufig aber nicht entsprechend realisiert werden können (Unberechenbarkeitsfaktor Mensch). Und so kann es auch im Prozess der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung aufgrund der Substitution immer wieder zu Konflikten, Rückfällen und massiven Krisen kommen. Für den Praxisalltag gilt, dass ein »Festbeißen« in Manuale zur

Handlungsanleitung und ein inflexibles methodenfixiertes Agieren, das die Klientel zum Spielball von Qualitätsstandards degradiert, vermieden werden muss, da dies als bevormundend oder entmündigend wahrgenommen und sich als entwicklungshemmend erweisen kann. Von sozialer Erwünschtheit abweichende Lebensstile und nonkonforme Verhaltensweisen im legalen Rahmen müssen von den professionellen Helfern diskriminierungsfrei zumindest toleriert werden können.

Die im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsmaßnahmen stehende entwicklungsbegleitende Förderung eines menschenwürdigen, selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung und (beruflicher) Rehabilitation (Reintegration, Teilhabe) ist ein wesentlicher und vielfach erfolgreicher Teil der Opioid-Substitutionsbehandlung. Problematisch gestaltet sich allerdings die Frage nach der Finanzierung und Personalausstattung der gelisteten komprehensiven Assistenzleistungen. Fehlt es bereits in vielen Großstädten an einer hinreichenden Angebotsstruktur, so zeichnen sich insbesondere ländliche Regionen durch eine gravierende Unterversorgung aus. Die zuständigen (politischen) Entscheidungs- und Kostenträger sind aufgefordert, diese Missstände zu korrigieren!

## Literaturempfehlungen

**Gerlach, R., Stöver H.** (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus.

**Stöver, H., Gerlach, R., Deimel, D.** (2015): Psycho-soziale Betreuung von Menschen in Substitutionsbehandlung. Welchen Stellenwert hat die sozialpädagogische Arbeit in Aus- und Fortbildungscurricula? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 28(1), 64-69.

**Vista et al.** (2021): Psychosoziale Beratung und Betreuung begleitend zur Substitutionsbehandlung (PSB). Ein Positionspapier zu den Potentialen und den Herausforderungen. Berlin. Onlinezugang: <https://mudra-online.de/files/mudra/Downloads/Positionspapier%20und%20Expertisen/Sucht-Positionspapier-A4-NEU.pdf>.

**World Health Organization** (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization.

### Diplompädagoge Ralf Gerlach

war bis zur Jahresmitte 2023 Vorsitzender des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO e.V.) und Leiter des Drogenhilfezentrums des Vereins in Münster, Deutschland. Aktuell leitet er die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten. Publikationsliste: <https://indro-online.de/publikationengerlach/>

→ Seite 9

werden immer wieder automatisch Informationen über schwangere Frauen an Sozialarbeiter:innen der Kinder- und Jugendwohlfahrt weitergeleitet, was nicht gesetzeskonform ist.

Sollte eine Gefährdungsmeldung vorliegen, respektive eine Geschäftsunfähigkeit der Mutter bestehen, dann gilt es selbstverständlich, dass das betreuende ärztliche Personal sowie die involvierten Pflegepersonen und Hebammen die Jugendwohlfahrt informieren. In allen anderen Fällen gilt es, dass Mütter in Opioidsubstitution genauso behandelt werden wie alle anderen Frauen mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Epilepsie etc.), die ein Kind zur Welt bringen. Neben den nationalen gesetzlichen Regelungen sind im Bereich der Suchtbehandlung von Schwangeren ebenfalls internationale Menschenrechtsverträge wie die Behindertenrechtskonvention sowie die Kinderrechtskonvention zu berücksichtigen. Der Behindertenrechtskonvention folgend müssen für chronisch kranke

Personen solche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine möglichst uneingeschränkte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Entsprechend der Kinderrechtskonvention hat der Gesetzgeber zudem Alternativen zu etablieren, um ein Verbleiben des Kindes bei den Eltern zu ermöglichen, speziell wenn Förderbedürfnisse bestehen. In dieser unterstützenden Aufgabe ist eine kompetente Kinder- und Jugendwohlfahrt wichtig, um entsprechende Ressourcen zu organisieren. Im Sinne einer Präventivmedizin wäre es sehr förderlich, wenn junge Familien bzw. Mütter mit ihren Neugeborenen, so Assistenz notwendig ist, möglichst bald in das Netzwerk des Projektes »Frühe Hilfen« eingebunden werden.

Abschließend ist noch anzuführen, dass Frauen in Opioid-Erhaltungstherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe gesunder Frauen signifikant weniger Opioid zur Schmerzbehandlung in der peripartalen Phase verordnet bekommen. Hier scheint eine gewisse »Opiophobie«

oder Verunsicherung bei den handelnden Ärzt:innen zu bestehen. Wesentlich ist die Kenntnis, dass im Rahmen einer Opioid-Erhaltungstherapie eine Hyperalgesie besteht und betroffene Frauen eher mehr Schmerzmittel benötigen, um eine vergleichbare Beschwerdefreiheit zu erreichen.

### Literatur bei den Verfasser:innen

#### Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Gabriele Fischer

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie  
Leiterin der Drogenambulanz, Suchtforschung und Suchttherapie an der Medizinischen Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Zentrum für Public Health; Spitalgasse 23, 1090 Wien  
[gabriele.fischer@meduniwien.ac.at](mailto:gabriele.fischer@meduniwien.ac.at)

#### DDr. Arkadiusz Komorowski

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin  
Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie  
[arkadiusz.komorowski@meduniwien.ac.at](mailto:arkadiusz.komorowski@meduniwien.ac.at)

# Die besondere Rolle des Stresssystems in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen in Opioid-Substitutionstherapie



von Anna Bösch

Es ist davon auszugehen, dass ca. zwei Drittel der Personen mit Opioidabhängigkeit schwere frühe Traumatisierungen erlebt haben.

Die psychotherapeutische Behandlung von Personen in Opioid-Substitutionstherapie (OST) ist geprägt von der hohen Anzahl an komorbiden psychischen Erkrankungen, die zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung bestehen. Diese wirken sich maßgeblich sowohl auf den Verlauf der Suchterkrankung, als auch auf den psychotherapeutischen Prozess aus.

Bei den komorbiden Erkrankungen spielen schwere wiederholte bzw. anhaltende Psychotraumata (Missbrauch, Vernachlässigung, Demütigung etc.), die oft von den primären Bezugspersonen ausgehen und sehr früh in der Kindheit beginnen, eine besondere Rolle. Je nach untersuchter Stichprobe ist davon auszugehen, dass ca. zwei Drittel der Personen mit Opioidabhängigkeit schwere frühe (komplexe) Traumatisierungen erlebt haben (Driessen et al., 2008), wobei

Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung öfter bei substanzabhängigen Frauen vorzukommen scheinen als bei substanzabhängigen Männern (Jacobs, 2009). Wechselwirkungen zwischen Traumafolgestörungen und Suchterkrankungen zeigen sich auf unterschiedlichen Ebenen, wobei die physiologische Ebene für die Psychotherapie von Personen in OST eine besondere Rolle einnimmt.

## Wechselwirkungen zwischen Psychotrauma und Sucht auf physiologischer Ebene

Die chronische innere Übererregbarkeit (Hyperarousal) ist ein Leitsymptom für Traumafolgestörungen und hat in der Psychotherapie von Personen in OST eine zentrale Bedeutung. Vor allem chronische Traumatisierungen in der frühen Kindheit führen bei betroffenen Personen zur Überzeugung, dass die Welt grundsätzlich gefährlich ist, weshalb sie sich mit ständiger Wachsamkeit vor weiteren Verletzungen schützen wollen (Van der Kolk, 2017).

Diese ständige innere Übererregung sowie die Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen, bilden eine ideale Basis für die Entwicklung einer Opioidabhängigkeit, da Opioide beruhigend auf unser inneres Stresssystem wirken und auf emotionaler Ebene vielen Betroffenen ein Gefühl von Geborgenheit und Stabilität vermitteln – das Gegenteil dessen also, was in traumatischen Situationen und beim Wiedererleben der traumatischen Erinnerungen spürbar ist. Sobald sich die körperliche Abhängigkeit vom Opioid verfestigt hat, kommt es zu einer immer engeren Kopplung des Psychotraumas und der Abhängigkeit auf der physiologischen Stressachse. Traumatisch bedingter Stress erhöht das Bedürfnis nach Beruhigung, welches bei bestehender Abhängigkeit Craving nach Opioiden auslöst; lässt die Wirkung des Opioids nach, erinnert der im Entzug

auftretende physiologische Stress wiederum an den traumatisch ausgelösten Stress. Die beiden Erkrankungen wirken somit sich gegenseitig verstärkend auf der Stressachse und die oft jahrelangen Verflechtungen zwischen Sucht- und Traumasymptomatik machen es für Betroffene nahezu unmöglich, traumatisch bedingten Stress von Entzugsstress zu unterscheiden (Lüdecke, 2010).

Um therapeutische Veränderungen überhaupt zu ermöglichen, ist ein mittleres Stressniveau nötig. Es ist leicht nachvollziehbar, dass eine Auseinandersetzung mit schmerzhaften Erfahrungen oder das Erproben von alternativen Verhaltensweisen nur schwer möglich ist, wenn sich Personen im Extremstress und somit innerlich im Überlebenskampf befinden. Bei opioidabhängigen Personen ist die Substitutionsmedikation am besten dafür geeignet, die innere Anspannung auf einem mittleren Niveau zu halten. Bei optimaler Dosierung haben Betroffene einerseits keine Entzugserscheinungen, fühlen sich aber andererseits auch nicht beeinträchtigt, sondern annähernd »normal« (Payte, 2004). Für die psychotherapeutische Behandlung bedeutet dies, dass Betroffene eine adäquate Dosis ihres Substitutionsmedikaments benötigen und diese auf keinen Fall zu niedrig sein darf, da sonst über die Entzugssymptomatik das innere Stresssystem und somit traumatischer Stress aktiviert wird. Vereinzelt gibt es auch Einrichtungen, die die Dosis der OST nach traumakonfrontativen Psychotherapieeinheiten standardisiert erhöhen, um dem durch die Konfrontation ausgelösten traumatisch bedingten Stress und dem dadurch entstehenden Craving entgegen zu wirken. So kann ein gewisses Maß an innerer Stabilität gewährleistet werden, welches für die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen und therapeutische Veränderungen unabdingbar ist (Lüdecke, 2010).



Bei komorbiden Erkrankungen spielen frühkindliche Psychotraumata, die oft von den primären Bezugspersonen ausgehen, eine besondere Rolle.

### Psychoedukation

Traumatische Erfahrungen und ihre Folgesymptome sind geprägt von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und der generellen Schwierigkeit für Betroffene, sich das Geschehene und das eigene Verhalten zu erklären. Der Psychoedukation kommt in der Psychotherapie deshalb eine besondere Bedeutung zu, da über das Bereitstellen von möglichen Zusammenhängen und inneren Dynamiken (z.B. Scham und Schuld als zentrale Themen sowohl bei früher Traumatisierung, als auch bei Suchterkrankungen) Orientierung im eigenen Erleben gefunden werden kann. Auch die Wechselwirkungen zwischen traumatischem Stress und der Wirkung von Opioiden sollten mit Klient\*innen immer wieder thematisiert werden. Die Abgrenzung der unbehandelten Opioidabhängigkeit von einer OST ist für Behandler\*innen und Klient\*innen gleichermaßen wichtig, um unreflektierten Abstinenzwünschen besser begegnen und Therapieabbrüche möglichst vermeiden zu können. All dies setzt voraus, dass sich Psychotherapeut\*innen, die Personen in OST behandeln, nicht nur mit

Sucht- und Traumafolgeerkrankungen befassen, sondern auch Wissen über die physiologischen und psychischen Wirkungen der OST haben. Nicht zuletzt ist ein enger Austausch mit den behandelnden Ärzt\*innen sinnvoll, da so z.B. nach traumafokussierten Behandlungen schneller mit einer Dosiserhöhung des Substitutionsmedikaments reagiert werden kann.

### Literatur

**Driessen, M. Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C. & Havemann-Reinecke, U., TRAUMAB-Study Group** (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 481-488.

**Jacobs, S., Schmidt, S., Lüdecke, C. & Strack, M.** (2009). EMDR und Biofeedback in der Behandlung substituierter Traumapatienten. In S. Jacobs (Hrsg.), *Neurowissenschaften und Traumatherapie. Grundlagen und Behandlungskonzepte* (S. 107-134). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.

**Lüdecke, C.** (2010). Neurobiologische Grundlagen von Trauma und Sucht. In C. Lüdecke, U.

Sachsse & H. Faure (Hrsg.), *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 27-83). Stuttgart: Schattauer.

**Payte, J. T.** (2004). *Opioid Maintenance Pharmacotherapy – A Course for Clinicians*.

**Van der Kolk, B.** (2017). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst Verlag.

Eine ausführliche Darstellung der Thematik sowie weiterführende Literatur findet sich bei:

**Bösch, A.** (2021). Zwischen Abstinenz und Akzeptanz. Versuch einer integrativ-gestalttherapeutischen Sichtweise auf die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einer Opioid-Abhängigkeitserkrankung in Opioid-Substitutionstherapie im ambulanten Setting. Verfügbar unter: [https://oeagg.at/wp-content/uploads/2021/12/mth\\_anna\\_rosa\\_bosch.pdf](https://oeagg.at/wp-content/uploads/2021/12/mth_anna_rosa_bosch.pdf).

### Mag.<sup>a</sup> Anna Bösch, MSc

ist Klinische und Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin und seit 2018 beim Dialog, Individuelle Suchthilfe Gudrunstraße tätig. Dort arbeitet sie schwerpunktmäßig mit jugendlichen und erwachsenen Substanzkonsument\*innen mit Traumafolgesymptomatik.

# Unser Betreu

## Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir konzipieren suchtpreventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter\*innen.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, Mitarbeiter\*innen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter\*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater\*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- Klient\*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient\*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese Klient\*innen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch Klient\*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient\*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient\*innen und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchten (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient\*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.





# Leistungsangebot

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der\*des Betroffenen integriert. In unseren sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient\*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient\*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient\*innen und für Klient\*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient\*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z.B. Spielsucht) sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für **KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate. Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten Klient\*innen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Folgebehandlungsmodell. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der *Therapeutischen Gemeinschaft* weiterhin genutzt werden.

Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der *Therapeutischen Gemeinschaft* oder in einer nahe gelegenen, vom Verein *Grüner Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs-/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient\*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen oder/und illegalen Substanzen.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient\*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient\*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter\*innen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden Klient\*innen und Exklient\*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter\*innenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der Klient\*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter\*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

# Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in Österreich: Herausforderungen und neue Wege



von Martin Busch

In Österreich steht inzwischen eine Reihe von Substanzen für die OAT zur Verfügung, die oral und seit Neuestem auch als Depot eingenommen werden können.

## OAT – ein Erfolgsmodell

Opioidkonsum macht – hauptsächlich als Mischkonsum mit anderen legalen und/oder illegalen Substanzen – nach wie vor das Gros des risikoreichen Drogenkonsums bei illegalen Drogen in Österreich aus. Fast 90 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle und über 80 Prozent der drogenbezogenen Behandlungen im Jahr 2021 betrafen (Misch-)Konsum mit Opioiden (Anzenberger et al. 2022). Umso wichtiger ist es, dass mit der Opioidsubstitutionsbehandlung – auch Opioid-Agonisten-Therapie genannt – eine effektive Therapie existiert, deren Erfolg hinsichtlich vieler Indikatoren wie der Verringerung von Mortalität und Morbidität (z. B. HIV, Hepatitis C) wissenschaftlich nachgewiesen ist (z. B. Busch et al. 2007; Mattick et al. 2009; Palmateer et al. 2022).

Im Jahr 2022 befanden sich in Österreich insgesamt 20.138 Personen – und damit etwa die Hälfte der geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit Opioidproblematik – in OAT. Ende der

1990er-Jahre waren lediglich 17 Prozent der Personen mit Opioidabhängigkeit in OAT. Die Behandlungsquote stieg über die Jahre stark an und liegt aktuell bei circa 50 Prozent (Busch et al. 2022; siehe Abbildung 1). Dies trägt maßgeblich dazu bei, dass die Personengruppe mit Opioidproblematik kontinuierlich altert: Mittlerweile ist fast die Hälfte der Personen in OAT 40 Jahre alt oder älter, etwa ein Fünftel gehört sogar zur Generation 50+. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass viele Personen mit Opioidabhängigkeit anders als früher nicht in jungen Jahren versterben. Andererseits steigen im Gegensatz zur Mitte der 2000er-Jahre relativ wenige Personen neu in den Opioidkonsum ein. Auch hier spielt OAT möglicherweise eine gewisse Rolle, da aufgrund der hohen Behandlungsquote Opioidkonsum das Image »krankheitsverursachend« hat und damit für Jugendliche an Attraktivität verloren haben könnte.

Zwar ist es gelungen, etwa die Hälfte der Personen mit Opioidproblematik in OAT zu bringen, jedoch zeigt sich, dass die Behandlungsquote seit 2010 nicht weiter gestiegen ist (vgl. Abbildung 1). Es erscheint daher wichtig, zu überlegen, wie die Behandlungsquote weiter angehoben werden kann.

## Aus der Krise lernen

Einen Anstoß in Richtung Erleichterung des Zugangs zur OAT lieferte die COVID-19-Pandemie. Um persönliche Kontakte auf ein Mindestmaß zu reduzieren, wurde die in vielen Fällen monatliche Vidierung des Substitutionsmedikationsrezepts durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt auf eine nachträgliche elektronische Übermittlung umgestellt. Das bedeutete nach dem Motto »Das Rezept wandert und nicht der oder die Patient:in« eine deutliche bürokratische Erleichterung für die Menschen in OAT. Da sich die Regelung bewährte, wird derzeit an einem System für eine permanente Umstellung auf eVidierung gearbeitet. Wichtig dabei ist, dass einerseits bürokratische

Hürden beseitigt werden, andererseits aber nicht strukturgebende persönliche Kontakte verloren gehen (Strizek et al. 2023). Eine merkliche Verringerung der Bürokratie macht OAT mittel- bis langfristig höchstwahrscheinlich für mehr Betroffene attraktiv.

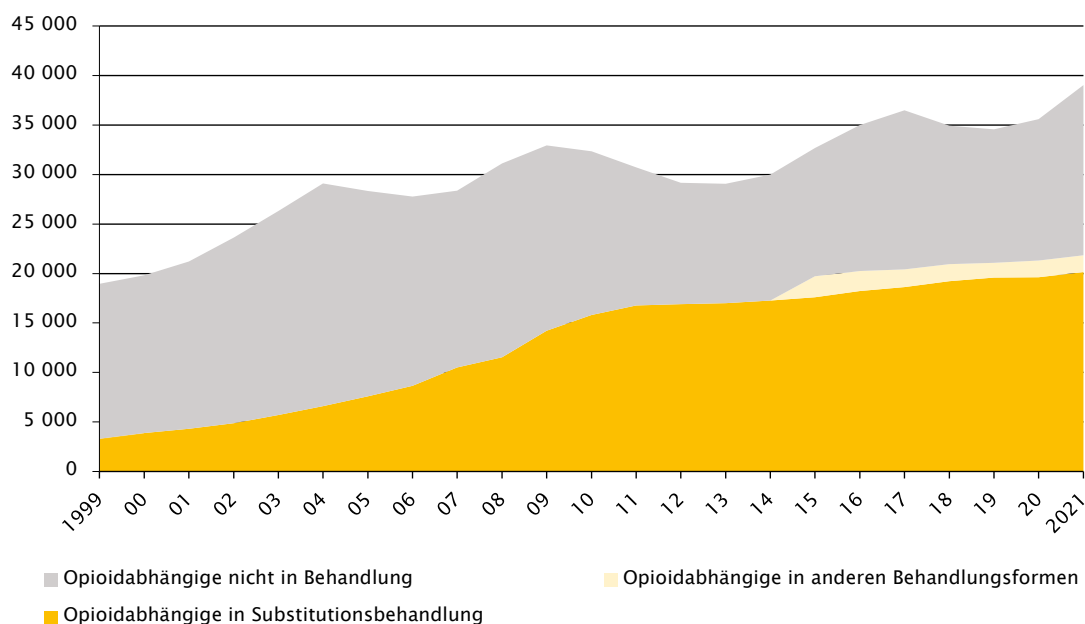
## Maßgeschneiderte OAT

In Österreich steht inzwischen eine Reihe von Substanzen für die OAT zur Verfügung, die oral und seit Neuestem auch als Depot eingenommen werden können. Es ist allerdings bekannt, dass es eine Gruppe von Personen mit Opioidabhängigkeit gibt, für welche die injizierende Applikation wichtig ist. Das führt in einigen Fällen dazu, dass Substitutionsmittel, die nicht für diese Anwendungsform geeignet sind, missbräuchlich intravenös appliziert werden, was zu erheblichen Gesundheitsschäden führen kann. Das Angebot einer intravenösen OAT wäre hier sinnvoll. Damit könnte die OAT auch für neue Gruppen von Opioidabhängigen attraktiv werden. Solche Programme, meist mit Heroin, gibt es in einigen Ländern der EU bereits seit längerer Zeit. In Wien wird derzeit eine Machbarkeitsstudie für eine OAT mit intravenöser Verabreichung von Hydromorphon durchgeführt (Schwarz/Busch 2023).

## Flächendeckende Versorgung gewährleisten

In einigen Bundesländern bestehen Probleme, ausreichend Ärztinnen und Ärzte zu finden, die OAT anbieten. Dies hat teilweise damit zu tun, dass Ärztinnen und Ärzte in Pension gehen, die sich aus idealistischen Gründen in der Pionierphase der OAT dafür begeisterten, Menschen zu helfen, denen zuvor schwer zu helfen war. Viele neu ausgebildete Ärztinnen und Ärzte bieten OAT nicht an. Eine möglichst flächendeckende Versorgung mit OAT ist jedoch wichtig, da die Entfernung zur OAT-Ärztin oder zum OAT-Arzt ein wesentlicher Faktor ist, ob eine OAT langfristig aufrechterhalten wird. Derzeit gibt es in einigen Bundesländern

Abbildung 1: Personen mit Opioidabhängigkeit (in Behandlung), 1999-2021



- Opioidabhängige, nicht in Behandlung: Prävalenzschätzung abzüglich aller Opioidabhängigen in Behandlung
- Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung: Personen in Substitution (eSuchtmittel)
- Opioidabhängige in anderen Behandlungsformen: Schätzung aller Opioidabhängigen in Behandlung abzüglich Personen in Substitution (Daten liegen erst seit 2015 vor)

Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Initiativen, das Anbieten von OAT für Ärztinnen und Ärzte attraktiver zu machen (z. B. »Opioidsubstitution leicht gemacht« in Wien.

### Prophylaxe von Überdosierungen

Peer-Naloxon-Programme zur Verhinderung von tödlichen Überdosierungen gibt es derzeit in vier Bundesländern in niederschweligen Einrichtungen. Bei diesen Programmen werden Personen aus dem Nahbereich Opioidabhängiger oder diese selbst in puncto Erkennen von Überdosierungen, Erste-Hilfe-Maßnahmen und Verabreichung von Naloxon geschult. Naloxon hebt kurzfristig die atemdepressive Wirkung von Opioiden auf und verlängert die Überlebenszeit bis zum Eintreffen der Rettung. Etwa ein Viertel der Personen, die im Jahr 2021 an einer tödlichen Überdosis verstarben, befanden sich zum Zeitpunkt des Todes in OAT. Aus diesem Grund wären Naloxon-Programme auch gezielt für Personen in OAT sinnvoll.

### In OAT gut altern

Wie bereits dargestellt, steigt der Altersschnitt der Personen in OAT kontinuierlich an. Dies bedeutet, dass es immer mehr Personen in OAT gibt, die

Versorgungseinrichtungen wie Alten- und Pflegeheime benötigen und körperlich nicht mehr fähig sind, regelmäßig OAT-Ärztinnen oder OAT-Ärzte zu konsultieren bzw. Apotheken zu besuchen. Hier sind die üblichen Strategien der OAT-Versorgung nicht mehr umsetzbar. Auch sind viele dieser Personen nicht (mehr) mit Einrichtungen der Suchthilfe in Kontakt. Derzeit ist wenig über die Lebenssituation und Bedürfnisse dieser Personengruppe bekannt. Es würde eine Studie brauchen, um diese zu erheben und auf deren Grundlage entsprechende Versorgungsangebote zu konzipieren.

### Literatur

- Anzenberger, J., Busch, M., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Strizek, J.** (2022): Epidemiologischer Bericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien
- Busch, M., Haas, S., Weigl, M., Wirl, C., Horvath, I., Stürzlinger, H.** (2007): Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 53, DIMDI. Köln
- Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Schwarz, T.** (2022): Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Mattick R., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M.** (2009): Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid

dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2009

**Palmateer, N., Hamill, V., Bergenstrom, A., Bloomfield, H., Gordon, L., Stone, J., Fraser, H., Seyler, T., Duan, Y., Tran, R., Trayner, K., Biggam, C., Smith, S., Vickerman, P., Hickman, M., Hutchinson, S.** (2022): Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020). Int J Drug Policy. 2022 Nov; 109:103872

**Schwarz, T., Busch, M.** (2023): Scoping Review über mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Durchführbarkeit einer intravenösen Opioid-Agonisten-Therapie mit Hydromorphon in Wien. Gesundheit Österreich, Wien

**Strizek, J., Brotherhood, A., Priebe, B., Puhm, A.** (2023): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Opioid-Substitutionsbehandlung in Österreich. 3. Kurzbericht zum Projekt »Sucht(behandlung) in der Krise«. Gesundheit Österreich, Wien

### Dr. Martin Busch

ist Psychologe und hat seine wissenschaftliche Karriere im Suchtbereich 1995 beim Grünen Kreis begonnen. Seit 1999 arbeitet er an der Gesundheit Österreich GmbH und leitet dort seit 2016 das Kompetenzzentrum Sucht (KOSU), wo auch die österreichische Außenstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (REITOX Focalpoint) lokalisiert ist. Das KOSU setzt sich interdisziplinär mit stoffgebundenen Süchten und Verhaltenssuchten auseinander.

# Spurensuche

## Die Substitution

Die Substitution ist genau genommen »gut« gewesen, wenn es darum geht, dass ich sicher sein kann, keinen »falschen Stoff« zu bekommen oder nicht mehr in die Illegalität des Besorgens zu rutschen. Wenn sie nicht missbraucht wird, kann man »alt« damit werden. Es hat mich stabilisiert, das heißt, ich hatte keine Rückfälle mehr auf Heroin usw.. Man kann bzw. konnte ein normales Leben damit führen.

Für mich ist die Substitution jedoch ein Nachteil, da ich sie missbraucht habe. Als Arbeiter jeden Tag in die Apotheke zu gehen, ist auch nicht einfach, wenn man keine Wochen-Mitgabe bekommt. Ich habe mich selbst komplett abhängig von der Apotheke sowie von den Medikamenten gemacht, sodass ich es erst recht nicht geschafft habe zur Arbeit zu gehen oder in den Urlaub zu fahren.

Wenn man die »Droge«, bzw. die Medikamente von der Apotheke ganz legal bekommt, wird dieser Teil des Tages zum Hauptaugenmerk des Lebens. Das ist nicht der richtige Weg. Durch die starke Abhängigkeit von der Apotheke und den Drogen bekam ich ein Schamgefühl, so stark, dass ich mich von meiner Familie und Freunden trennte und den Kontakt abbrach. Die Sucht war alles für mich.

## Mein Fazit zur Substitution:

Hat man Arbeit, Familie und Wohnung, kann die Substitution sehr hilfreich sein und den Menschen helfen. Fehlt jedoch dieses Umfeld, kann es komplett in die falsche Richtung gehen. Wie bei mir, denn vom Beikonsum hat es mich nicht abgehalten. Ich bin der Meinung, jeder Arzt sollte ganz genau darauf achten, wie es im Leben eines Patienten aussieht und mithilfe von Psychologen usw. das »Richtige« finden. Es ist einfach ein

sehr umstrittenes Thema, gut, dass es das gibt! Bei mir, ohne Struktur im Leben, war es nur eine andere, leichtere, Art der Suchtbefriedigung.

Peter A.

### Substitution

Als ich das erste Mal in das Substitutionsprogramm aufgenommen wurde, habe ich mich gefreut wie ein kleines Kind. Ich hatte das Gefühl, als würde mir eine schwere Last von den Schultern fallen.

Jeden Tag bin ich schon um 7 Uhr aufgestanden, damit ich pünktlich um 8 Uhr bei meiner Apotheke sein konnte, um meine Dosis »Substitol« abholen zu können. Draußen spuckte ich das zuvor eingenommene Substitutionsmittel in meinen Strumpf, damit ich mir auf einem ekelerregenden Bahnhofsklo einen Schuss setzen konnte. Es war eigentlich sowas von grausig, aber das blendet man in diesen Momenten aus, weil man so besessen vom Verlangen auf diesen Schuss ist.

Wie ich jetzt darüber denke?

Das Dümme, was man machen kann ist, sich unbetreut in das Programm einstellen zu lassen. Dann wird man noch schwerer abhängig und kommt nur schwer vom Drogenkonsum los. Jetzt mache ich beim Verein Grüner Kreis eine Langzeittherapie. Mir geht es schon viel besser, aber ich weiß, dass ich noch einen weiten Weg vor mir habe.

Marcel P.

# Selbstbestimmung von Patient\*innen – auch in der Substitutionsbehandlung möglich?



von Dirk Schäffer

Während die Einbeziehung von Patient\*innen heute in der medizinischen Behandlung einen hohen Stellenwert genießt, fristet sie in der Suchtmedizin vielfach ein Schattendasein.

Die Substitutionsbehandlung kann in Deutschland auf eine fast 35-jährige Geschichte zurückblicken. In Österreich wurde die Substitutionsbehandlung etwas früher (1986) von der Wiener medizinischen Fakultät als wissenschaftliche Methode anerkannt. Trotz der Auseinandersetzung um die steigenden Infektionen mit HIV durch den intravenösen Drogenkonsum, der immer mehr sichtbar werdenden offenen Drogenszenen und der hohen Zahl von Todesfällen durch Überdosierungen gelang es dennoch, nur die Substitutionsbehandlung als Ultima-Ratio-Behandlung (das Mittel der letzten Wahl) zu implementieren.

Aktuell befinden sich in Deutschland mehr als 81.000 Heroinkonsument\*innen in einer Substitutionsbehandlung. Dies sind etwa 50% der Heroinkonsument\*innen in Deutschland. In Österreich ist die Prävalenz der mit der Substitution erreichten 21.000 Menschen mit ca. 65% höher als in Deutschland.

## Substitution auf dem Weg zur Normalbehandlung?

Dass wir uns nach mehr als 30 Jahren mit dieser Behandlungsform überhaupt eine solche Frage stellen, kann als Fingerzeig gesehen werden. So ist die opioidgestützte Substitutionsbehandlung trotz vielfältiger rechtlicher und medizinischer Rahmenbedingungen von einer normalen ambulanten Krankenbehandlung meilenweit entfernt.

Wie weit die Substitutionsbehandlung noch von einer Behandlung einer rheumatischen Erkrankung oder einer Behandlung aufgrund von Bluthochdruck entfernt ist, wird deutlich, wenn man sich folgende Fragen stellt:

- Bei welcher anderen ambulanten Behandlungsform müssen Patient\*innen über Monate, Jahre oder gar Jahrzehnte täglich zur Einnahme des Medikaments in der Praxis erscheinen?
- Bei welcher anderen Behandlung wird der Verstoß gegen Vereinbarungen u. a. mit Sanktionen wie Streichung der Take-Home-Dosis, täglichen Atemalkoholkontrollen, Urinkontrollen unter Sicht beantwortet?
- Bei welchem anderen Indikationsfeld liegt der Behandlung ein Behandlungsvertrag zugrunde?
- Bei welcher anderen Behandlung wird Patient\*innen teilweise ein separater Warteraum zugewiesen?
- Bei welcher Behandlung wird die Einnahme anderer psychoaktiver Substanzen oder Medikamente sanktioniert?

Ich habe beim Kongress für Suchtmedizin gehört, dass man Opioidkonsument\*innen eben behandeln müsse wie Kinder. Diese gar nicht so seltene Einschätzung ist gleich in mehrfacher Hinsicht fragwürdig. Neben der Tatsache, dass es sich hier fast ausnahmslos um Erwachsene handelt, die trotz ihres

Drogenkonsums über vielfältige Lebenserfahrungen verfügen und ihre eigenen Ressourcen und Kompetenzen in die Behandlung einbringen, erscheint mir auch die Sanktionierung von Fehlverhalten bei Kindern höchst fragwürdig. Aber dies ist ein anderes Thema.

## Die Einbeziehung von Patient\*innen in der Substitutionsbehandlung

Ist eine partizipative Einbeziehung im Rahmen einer hochregulierten Behandlung möglich und sinnvoll? Mitte des 20. Jahrhunderts beschränkte sich die Rolle der Patient\*innen darauf, den Ärzt\*innen die erforderlichen Informationen über Krankheitszeichen zu geben, damit diese das diagnostische und therapeutische Vorgehen festlegen konnten.

Während die Einbeziehung von Patient\*innen heute in der medizinischen Behandlung einen hohen Stellenwert genießt, fristet sie in der Suchtmedizin vielfach ein Schattendasein.

Über viele Jahre wurden die gesetzlichen Vorgaben für die Probleme in der Substitutionsbehandlung verantwortlich gemacht. In Deutschland hat die Politik die Probleme mit Novellierungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (3. BtMVVÄndV 2017, 4. BtMVVÄndV 2023) erkannt und Rechtssicherheit für Ärzt\*innen hergestellt. Die Eingriffe in die Therapiefreiheit sind Geschichte und die Finanzierung digitaler therapeutischer Kontaktmöglichkeiten könnte Praxisbesuche ersetzen. Selbst die Vergabe des Medikaments ist nun wohnortnah durch nichtmedizinische Mitarbeiter\*innen der Drogenhilfe möglich.

Vielen dieser Änderungen zum Trotz, findet die Behandlung vielerorts weiterhin so statt wie vor 30 Jahren. Sie ist wenig individuell, weiterhin wohnortfern, da sie ausschließlich in der ärztlichen Praxis verortet ist, und Sanktionen sind weiterhin ein fester Bestandteil der Behandlung.

## Immer Ärger, wenn man die Wahrheit sagt?

Substitutionspatient\*innen sind, vor allem zum Beginn der Behandlung, vielfach unsicher und wenig selbstbewusst. Dies aufgrund von jahrzehntelanger Verfolgung und permanenten negativen Erlebnissen im Kontext ihres Drogenkonsums in Schule und Beruf, in der Familie und bei Polizei und vor Gerichten. Sie haben »gelernt«, dass immer dann, wenn sie ihren Drogenkonsum offenbaren, Bestrafung und Ausgrenzung die Folgen sind. Da verwundert es nicht, dass sie auch als Substitutionspatient\*innen vielfach den Konsum von illegalen Substanzen gegenüber ihren Ärzt\*innen verschweigen oder Urinproben »faken«. Vor diesem Hintergrund kommt insbesondere dem Behandlungsbeginn eine besondere Bedeutung zu.

### Die partizipative Entscheidungsfindung (PEF)

Zahlreiche Studien zeigen, dass das Konzept der PEF eine realistischere Erwartung über Behandlungsverläufe ermöglicht und Entscheidungskonflikte verringern kann.

- PEF ist eine Form der Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen.
- Der Ansatz sieht vor, Informationen auszutauschen und eine Entscheidung gemeinsam und gleichberechtigt zu finden – etwa mit Blick auf eine Behandlung.
- Sowohl Ärzt\*innen als auch Patient\*innen stellen Fragen und beantworten Fragen.
- Die Ärztin\*der Arzt bezieht ihre\*seine Gesprächspartner\*innen in alle wichtigen Aspekte mit ein. Die Patientin\*der Patient wiederum bespricht ihre\*seine Anliegen offen und erklärt ihre\*seine Präferenzen.
- Ärzt\*innen bleiben Expert\*innen für alle medizinischen Belange. Die Patientin\*der Patient kennt alle Informationen, die für ihre\*seine persönliche Entscheidungsfindung wichtig sind – ihre\*seine Werte, Lebensumstände und Wünsche.
- Ziel ist es, gemeinsam über eine angemessene medizinische Behandlung zu entscheiden und diese zu verantworten.

Es gilt, einen Vertrauensvorschluss zu geben und eine partizipative Entscheidungsfindung zu initiieren. Dieser Vertrauensvorschluss wird nicht immer belohnt, aber er ist Voraussetzung und Grundlage für eine gute und vertrauensvolle Beziehung von Ärzt\*innen und Patient\*innen.

## Selbstbestimmung erfordert Abkehr von Bedingungen einer »besonderen Behandlung«

Trotz veränderter rechtlicher und medizinischer Rahmenbedingungen ist die Substitutionsbehandlung nach wie vor keine Behandlung wie andere.

So kommt insbesondere in der Medizin dem Datenschutz ein hoher Stellenwert zu. Dennoch sind in Praxen getrennte Wartezimmer und Schilder sowie Hinweise wie »Hier Substitution«, »Wartezimmer Substitution« zu sehen. Stellen Sie sich vor, es gäbe Schilder wie »Wartezimmer Krebsbehandlung« und alle Patient\*innen der Praxis erfahren, welche Erkrankung jene Patient\*innen haben, die durch diese Tür gehen.

Etwa 40 % (291) der im Jahr 2017 von der Deutschen Aidshilfe befragten Substitutionspatient\*innen berichteten, dass die Einnahme des Medikaments nicht in einem separaten Raum erfolgte. Stattdessen vollzogen sich Kurzkontakt und Medikamenteneinnahme bei 187 Befragten an der Anmeldung, bei 65 in einem anderen Raum (aber nicht im Arztzimmer) und bei 39 (14 %) sogar im Wartezimmer.

Insgesamt gaben 64% (468) der Befragten an, dass der Ort der Medikamenteneinnahme in Hör- und Sichtweite anderer Patient\*innen lag. Dass die Einnahme von Medikamenten zum Bluthochdruck oder von Schmerzmedikamenten kontrolliert und sanktioniert wird, ist ein Szenario, das völlig abwegig erscheint. 328 (44 %) der 2017 befragten Patient\*innen berichteten von einer Sichtkontrolle bei der Urinabgabe.

Insgesamt 53 Substituierte berichteten, dass zur Vermeidung einer Urinabgabe unter direktem Sichtkontakt einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters die Urinabgabe mit einer Kamera überwacht wurde.

Vor wenigen Wochen berichtete mir ein Patient, dass die Vergabe des Medikaments an eine Blutabnahme zur Überprüfung des HIV- und Hepatitis-C-Status gekoppelt wurde. Gut gemeint, denn natürlich macht es Sinn, den Patient\*innen, die risikoreich andere Substanzen konsumieren, alle sechs Monate ein Angebot eines HIV- und HCV-Tests zu offerieren. Die Betonung liegt hier auf »Angebot«, nicht eine verpflichtende Kopplung. Unter solchen Bedingungen kann kein Vertrauen erwachsen.

## Medizin und soziale Arbeit zum Vorteil der Patient\*innen verknüpfen

Medizinische Fortschritte bleiben aufgrund sozialer Faktoren hinter den Erwartungen zurück. Die Zusammenarbeit zwischen Medizin und sozialer Arbeit muss gestärkt werden. Die medizinische Behandlung findet vielerorts unabhängig von den Entwicklungen der sozialen Arbeit im Hinblick auf Familie, Wohnen, Schuldenregulierung und Beschäftigung statt. Eine verbindliche Kooperation der unterschiedlichen Disziplinen muss zum Vorteil der Patient\*innen gestärkt werden.

Eine altersgerechte Behandlung ist wohnortnah durch Einbeziehung von Drogenhilfe und Apotheken u. a. durch Depotmedikamente gestützt bzw. eine Behandlung im häuslichen Umfeld.

### Individualisierung fördert Selbstbestimmung

Die Substitutionsbehandlung setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: dem medizinischen Bereich und dem Bereich der sozialen Arbeit. Die Praxis macht deutlich, dass die medizinische Behandlung viel zu oft ohne Kenntnis der sozialen Entwicklungen in den Bereichen Arbeit, Familie, Wohnen und Schulden stattfindet. Es sind beide Teile der Behandlung zum Nutzen der Patient\*innen stärker als bisher miteinander zu verknüpfen.

Patient\*innen werden aufgrund des medizinischen Fortschritts heute deutlich älter als noch vor 20 Jahren. Im Rahmen der Substitutionsbehandlung darf dies nicht als Belastung gesehen werden, sondern es gilt, durch eine wohnortnahe Behandlung jenseits der Praxen die Behandlung zu individualisieren.

### Fazit

Menschen mit einer Heroinabhängigkeit waren ihr ganzes Leben mit Verfolgung, Ausgrenzung und Bestrafung konfrontiert. Die Substitutionsbehandlung bietet den Raum, Bestrafungen nicht fortzusetzen und die ärztliche Praxis zu einem Ort zu machen, wo Einbeziehung, Vertrauen Selbstbestimmung und Wertschätzung einen hohen Stellenwert haben.

### Dirk Schäffer

Deutsche Aidshilfe e.V.  
Referent für Drogen und Strafvollzug  
Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin  
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

# Substitutionsbehandlung und Führerschein



von Albert Syen

Grundsätzlich darf unter stabiler Opioid-Substitutionstherapie dann ein KFZ gelenkt werden, wenn die Fähigkeit dazu durch die Erkrankung und die Therapie nicht beeinträchtigt ist.

Im folgenden Artikel möchte ich auf die Fragestellung, ob man unter oraler Opioid-Substitutionstherapie (OST) ein KFZ lenken darf, aus meiner medizinischen Praxis eingehen. Dabei gibt es auch Überschneidungen mit rechtlichen Fragen, die ich aber nicht explizit behandle. Ziel des Artikels ist es, einen Überblick über die Umstände zu geben, unter denen das Lenken eines KFZ bei Personen, die in oraler Opioid-Substitutionstherapie stehen, möglich ist. Weiters soll skizziert werden, welche praktischen Schritte bei der Erstellung einer »befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme« als Voraussetzung für die Erteilung einer Lenkerberechtigung nötig sind.

Grundsätzlich darf unter stabiler OST dann ein KFZ gelenkt werden, wenn die Fähigkeit dazu durch die Erkrankung und die Therapie nicht beeinträchtigt ist. Verantwortlich dafür, seine Fähigkeit zum Lenken eines KFZ vor Inbetriebnahme jedes Mal einzuschätzen, ist der

Fahrzeuglenker selbst. Dabei müssen auch andere Umstände als Substanzkonsum, z.B. Übermüdung oder Begleiterkrankungen, in Betracht gezogen werden.

Wird eine Person in die orale Substitutionsbehandlung übernommen, soll der behandelnde Arzt auf die Möglichkeit der Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, durch die Medikation aufmerksam machen und an den Patienten appellieren, die Beurteilung, ob eine solche Beeinträchtigung vorliegt, genau vorzunehmen, bevor er gegebenenfalls eigenverantwortlich ein KFZ in Betrieb nimmt. Eine Faustregel ist, dass in der Phase der Dosisfindung jedenfalls auf das Lenken eines KFZ verzichtet werden soll, während, nachdem einige Zeit eine stabile Dosierung erreicht ist, bei der es zu keinen Nebenwirkungen kommt, das Lenken des KFZ in Frage kommt.

Erlangt die Behörde Kenntnis davon, dass eine Person in OST ist, wird der Amtsarzt ein Gutachten erstellen, das die Voraussetzung für die Erteilung oder das Belassen der Lenkerberechtigung ist. Dabei bedient er sich einer »befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme« als wesentlicher Grundlage für die Erstellung seines Gutachtens.

Ich werde nun die »befürwortende fachärztliche Stellungnahme« näher beschreiben. Diese beinhaltet auch wesentliche Aspekte, die bei der formlosen Beratung des Patienten hinsichtlich Verkehrstüchtigkeit beachtet werden sollen.

Die Bezeichnung »befürwortend« bedeutet dabei, dass die Stellungnahme, ob die Lenkerberechtigung aus fachärztlicher Sicht erteilt oder belassen werden kann, schlüssig begründet werden muss. Eine solche Stellungnahme ist eine Privatleistung (muss also vom Patienten bezahlt werden). Ich reserviere dafür eine Stunde. In einem kurzen Vorgespräch versuche ich mir einen Eindruck zu verschaffen, ob eine Befürwortung wahrscheinlich möglich sein wird, danach verberge ich den Termin. Wenn

der Patient bei einem anderen Arzt in OST ist, gebe ich ihm ein Formular mit, in dem ich den Kollegen bitte, durch einfaches Ankreuzen und Angaben zu Dosierung und Abgabemodus die anamnестischen Angaben des Patienten zu bestätigen oder zu ergänzen.

Zum eigentlichen Untersuchungstermin soll der Patient vor allem einen Identitätsnachweis, die Zuweisung des Amtsarztes oder den Bescheid der Behörde und, wenn vorhanden, Harntestbefunde und das zuvor mitgegebene Formular des behandelnden Arztes mitbringen. Zunächst wird die Tatsache, dass der Patient sich in OST befindet, verifiziert. Danach werden die Umstände, durch die die Behörde Kenntnis davon erlangt hat, besprochen. Häufig sind das zufällige Verkehrskontrollen, wahrheitsgemäße Angaben im Rahmen der allgemeinmedizinischen Untersuchung eines Führerscheinwerbers, Jahre zurückliegende Gefängnisaufenthalte im Zusammenhang mit Suchtgiftdelikten. Wenn besondere Umstände vorliegen, müssen diese eigens vor allem in ihrer Auswirkung auf die zukünftige Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, gewürdigt werden. Beispiele für solche besonderen Umstände wären die notwendig gewordene Einlieferung oder Unterbringung in einer psychiatrischen Fachabteilung.

## Substitutionsmedikament

Grundsätzlich gibt es keine in der OST verwendete Substanz, die das Lenken eines KFZ ausschließen würde. Die besten Daten zur Verkehrssicherheit liegen für Buprenorphin vor. Eine Umstellung von einem als individuell wirksam und verträglich etablierten Medikament auf ein anderes ist im Hinblick auf die Lenkerberechtigung nicht sinnvoll und nicht notwendig.

## Dosishöhe

Die adäquate Dosierung ist dann gegeben, wenn keine Entzugssymptome und



kein Verlangen nach der zusätzlichen Einnahme von Opioiden, aber auch keine Nebenwirkungen vorhanden sind. Die im Einzelfall notwendige Dosierung wird durch Dosissteigerung in kleinen Schritten gefunden und kann dann meist über einen langen Zeitraum unverändert beibehalten werden.

Durchschnittliche Dosierungen können Leitlinien entnommen werden. Es gibt aber keine Dosierung, die grundsätzlich die Erteilung oder Belassung einer Lenkerberechtigung ausschließt. Bei besonders hohen Dosierungen ist diese aber gegebenenfalls zu hinterfragen. Eine Beurteilung einer eventuellen Beeinträchtigung durch die Substanz muss ja ohnehin erfolgen. Aber auch eine besonders niedrige Dosierung kann die Verkehrssicherheit oder psychosoziale Stabilität beeinträchtigen und ist bei der Beurteilung zu beachten.

Allgemein gilt, dass bei einer stabilen adäquaten Dosierung im Hinblick auf die Lenkerberechtigung keine Dosisanpassung sinnvoll oder notwendig ist.

### Abgabemodus

Der Abgabemodus ergibt sich vor allem aus den Bedürfnissen des Patienten und seinen Fähigkeiten zur Kontrolle des Substanzkonsums bzw. der Medikamenteneinnahme sowie daraus, ob missbräuchliche Verwendung oder Weitergabe stattfinden oder vom behandelnden Arzt erwartet werden. Ein häufig gewählter Abgabemodus bei stabilen Patienten ist »einmal wöchentlich sieben Tagesdosen abgeben«. Dies unterstützt die Annahme, dass der Patient stabil ist.

Liegt ein strenger Abgabemodus vor (z. B.: »tgl. in der Apotheke einnehmen, Sa für So mitgeben«), hinterfrage ich den Grund.

### Harntestergebnisse

Natürlich wäre für die fachärztliche Stellungnahme bezüglich der Lenkerberechtigung eine eher engmaschige Dokumentation mittels Harntestergebnissen wünschenswert. In der langjährigen therapeutischen Führung des sehr stabilen Patienten haben sie aber einen eher geringen Stellenwert. Bei den von mir untersuchten Patienten liegen daher auch bei ganz ordentlich durchgeführter OST oft keine seriellen Ergebnisse vor und man muss sich bei der Erstbeurteilung mit ein bis zwei Harntestergebnissen begnügen. Eine Dokumentation ist in der Folge aber

zu verlangen. Das heißt in der Praxis, dass der Patient etwa einmal im Quartal einen Befund eines Drogenharns dem Verkehrsamt vorlegen muss.

### Ärztlich verschriebene Medikamente

Bei ärztlich verschriebenen Medikamenten ist individuell zu beurteilen, ob sie die Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, einschränken. Bei geringer Anzahl von unterschiedlichen Substanzen und üblichen Dosierungen kann die Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, gegeben sein. Das erfordert aber eine individuelle Prüfung. Jedenfalls sollen notwendige Medikamente hinsichtlich der Untersuchung nicht abgesetzt werden.

#### Sonderfall: Benzodiazepine

Die ärztliche Verschreibung von Benzodiazepinen (z. B.: Anxiolit(R), Praxiten(R) usw.) ist für die Stabilität und Lebensqualität einer beträchtlichen Anzahl von Patienten in OST notwendig. Neben der möglichen Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, ist hier auch zu beachten, dass dadurch die Beurteilung von Harntestergebnissen in der Folge in diesem Punkt stark eingeschränkt ist. Daher kommt es nur im seltenen Ausnahmefall in Frage, bei einem Patienten, der in der OST geringe Mengen von Benzodiazepinen (z. B. bis 1 Tablette Anxiolit forte tgl.) verschrieben bekommt, die Erteilung oder Belassung der Lenkerberechtigung zu befürworten.

#### Sonderfall: Cannabis

Der Beikonsum von Cannabis in der OST wird in der Praxis oft wenig beachtet. Tatsächlich kann dadurch im individuellen Einzelfall sogar ein Vorteil für die Lebensqualität des Patienten bestehen. Cannabis ist aber sehr lange im Harntest nachweisbar. Die Befürwortung der Lenkerberechtigung ist bei regelmäßigem Nachweis von Cannabis im Harntest nicht möglich. Es ist in Österreich verboten, unter Einfluss von Cannabis ein KFZ zu lenken. Daran ändert auch der im individuellen Einzelfall vielleicht bestehende Eindruck, dass die Konsumgewohnheiten die Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, nicht beeinträchtigen würden, nichts.

Ein theoretischer Ausnahmefall wäre die Einnahme von ärztlich verschriebenen cannabisbasierten Medikamenten, die wie jede andere Medikation zu beurteilen ist. In der Praxis sind die

Voraussetzungen für einen »individuellen Heilversuch« durch Verschreibung von cannabisbasierten Medikamenten bei Patienten in OST allerdings sehr selten gegeben.

#### Sonderfall: Cocain

Aktueller Cocainkonsum bzw. dessen Nachweis durch Harntests schließt die Befürwortung der Lenkerberechtigung aus.

#### Weitere für die Beurteilung wesentliche Parameter

Im aktuellen psychiatrischen Status dürfen keine Hinweise bestehen, dass die Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, beeinträchtigt wäre.

Die objektiv beurteilbaren Stabilitätskriterien müssen erfüllt sein, was idealerweise vom behandelnden Arzt bestätigt wird. Dazu gehören vor allem: Termine und Vereinbarungen werden eingehalten, der Patient erscheint stets unbeeinträchtigt zu Terminen, es kommen keine Versorgungslücken vor, es entsteht keine Notwendigkeit von Einzelverschreibungen, es bestehen keine Hinweise auf missbräuchliche Verwendung oder Weitergabe der verschriebenen Medikation, es gibt keine diesbezüglichen Meldungen durch den Amtsarzt.

In der Befürwortung müssen auch Angaben zu Compliance und Prognose gemacht werden. Dabei ist die Prognose im Hinblick auf Abstinenz schlecht, bei Beibehaltung der OST aber im Hinblick auf ein gutes stabiles psychosoziales Funktionsniveau und die Fähigkeit, ein KFZ zu lenken, individuell oft ausgezeichnet.

Die Lenkerberechtigung wird bei der chronischen Erkrankung immer befristet erteilt. Dabei sind Befristungen von ein bis fünf Jahren üblich, nach denen eine neuerliche fachärztliche Beurteilung erfolgt. Dazwischen werden dem Verkehrsamt regelmäßig (z. B. einmal im Quartal) Harntests vorgelegt.

#### Dr. Albert Syen, MSc

Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, seit 2003 in eigener Praxis tätig, seit 2002 ist ein Schwerpunkt die orale Opioid-Substitutionstherapie, Erstellung von fachärztlichen Stellungnahmen zur Frage, ob eine Lenkerberechtigung belassen oder erteilt werden kann

# Herausforderungen im Zuge der Behandlung von substituierten Patient\*innen in den Therapieeinrichtungen des Grünen Kreises



von Leonidas Lemonis  
Maya Winter-Sporn  
Harald Brix-Samoylenko

**D**ie Wahl und Dosierung des für die jeweiligen Patient\*innen passenden Substitutionsmittels stellt im ambulanten Bereich eine große Herausforderung dar – in unserer Ambulanz ist die Problematik etwas weniger diffizil, da die Patient\*innen in den meisten Fällen stabil substituiert zur Aufnahme kommen.

In den stationären Einrichtungen des Vereins Grüner Kreis wird seit vierzig Jahren das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft als Alternative zum regulären Krankenhausbetrieb erfolgreich gelebt. Dementsprechend kommt es zu einem wenig hierarchisch geprägten Miteinander in der Gemeinschaft, wo von jedem Mitglied erwartet wird, sich mit seinen vorhandenen Ressourcen konstruktiv einzubringen, um zur Weiterentwicklung der Gemeinschaft beizutragen. Die professionelle therapeutische Hilfestellung besteht dabei vor allem im Aufzeigen von Möglichkeiten zur Selbsthilfe [1,2]. Auf diese Weise erlernen die Patient\*innen, vor allem im Langzeitsetting, Denk- und Handlungsalternativen, wodurch die soziale Reintegration erleichtert und angeregt wird.

Nach vielen Jahren (1983–2008) rein abstinent orientierter Therapie wurden 2009 erstmals substituierte

Patient\*innen aufgenommen und ebenfalls nach dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft mit nicht substituierten Patient\*innen im gleichen Setting geführt. Innerhalb weniger Jahre erhöhte sich der Anteil substituierten Patient\*innen (illegaler Bereich ohne Alkoholranke, ohne stoffungebundene Süchte) auf etwa 45% (Tab. 1). Da bis zum Jahr 2018 – ebenso wie vor Beginn der Aufnahme substituierten Patient\*innen – fast ausschließlich Langzeittherapien (sechs bis zwölf Monate oder länger) erfolgten, konnte das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft noch längere Zeit ohne größere Änderungen aufrechterhalten werden, da Patient\*innen, wenn überhaupt, die Substitution nur nach einer längeren Eingewöhnungsphase (mindestens sechs Wochen) schrittweise und langsam reduzieren konnten und auch nach Substitutionsende eine Stabilisierungsphase (mindestens zwei Monate) fixer Bestandteil des Behandlungskonzepts war.

Trotzdem rückte, da substituierte Patient\*innen in erhöhtem Maß polymorbid sind, der suchtmmedizinische Aspekt im Behandlungskonzept langsam immer mehr in den Mittelpunkt. Auch waren und sind die Substitutionsdosierungen mit ca. 550 mg bei retardierten Morphinen und 35 mg bei Levo-Methadon durchschnittlich wohl im oberen Mittelbereich; in den letzten Monaten kamen viele Patient\*innen sehr hochdosiert (bis zu 1200 mg retardierte Morphine und 65 mg Levo-Methadon) zur Aufnahme (Tab. 2). Für diese ist sowohl die therapeutische Integration als auch die medizinische Behandlung diffiziler.

Blieben bis zum Jahr 2018 trotz Langzeittherapie etwa 61% der Patient\*innen stabil substituiert, änderte sich dieses Bild zuletzt deutlich.

Obwohl die Sinnhaftigkeit jahrelanger, ja oft lebenslanger Substitution nicht zuletzt durch die neuen Leitlinien in den Vordergrund rückt, so unterstreichen zur Frage einer völligen Abstinenz mehrere Suchtexpert\*innen eine Zurückhaltung: »Vom Paradigma der völligen Abstinenz und dem Druck, alle Patienten völlig suchtfrei zu bekommen, ist

man abgegangen, da jeder gescheiterte Entzug eine zusätzliche Destabilisierung bedeutet (Clemens-Marinschek [3]).«

Namhafte Suchtmediziner\*innen würden es als Erfolg ansehen, wenn die Opioid-Substitutionstherapie (OST) künftig als eine mitunter lebensbegleitend notwendige Therapie angesehen werden würde wie medikamentöse Therapien bei organischen Erkrankungen. Der Entzug des Substitutionsmittels wird durch Einführung des »Entzugsmoduls« (I1 und I2) auch im Verein Grüner Kreis, und da ausschließlich in der Sonderkrankeanstalt Marienhof, angeboten. Aufgrund der nicht nur bei Patient\*innen weit verbreiteten Fehlmeinung »nicht mehr substituiert ist gleich gesund« wurde dieses neu angebotene Modul, also rascher Entzug und dann kurze Aufenthaltszeit (meist zwei Monate, auch oft kürzer), sehr bald an viele Patient\*innen vergeben. Dies hatte gravierende Auswirkungen auf das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft. Von den seit 2018 am Marienhof aufgenommenen Patient\*innen (illegaler Bereich, n=655, Tab. 3) waren lediglich 31,5% (n=206) nicht substituiert – dies allein bedeutet bereits eine Verschiebung zur medizinischen Behandlung –, und von den substituierten Patient\*innen (n=449) waren lediglich 38,8% (n=174) stabil substituiert, während 57,2% (n=257) im Entzugsmodul waren und 4% (n=18) in anderen Modulen reduzierten.

Damit fanden sich etwa 61% der substituierten Patient\*innen in psychischer Instabilität (Tab. 4). Sie litten trotz Zusatzmedikation unter massiver Anspannung, es kam vermehrt zu Substanz-Rückfällen und Aggressionsdurchbrüchen, die in verschiedenen Gruppen bearbeitet werden mussten.

Instabile Patient\*innen können während des Entzugs wenig Positives in die Therapeutische Gemeinschaft einbringen oder für andere Gruppenmitglieder Verantwortung übernehmen; damit ist die Belastung für »Nichtentzugspatient\*innen« stärker und führt zu Unmut. Die erste Gruppe kann auch psychotherapeutisch während des Entzugs nur punktuell begleitet

werden, eine Problemaufarbeitung nach dem Entzug ist durch die meist kurze Aufenthaltsdauer nicht ausreichend.

Bei einem so hohen Prozentsatz von Entzugspatient\*innen in einer Einrichtung wird auch die interpersonelle Dynamik zwischen Mitarbeiter\*innen und Patient\*innen verändert – da ist unsere jahrzehntelange Erfahrung mit Krisen hilfreich.

Das bisherige Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft musste daher, um in Zukunft weiter tragfähig und sinnvoll zu sein, den stark veränderten Anforderungen angepasst werden. Das medizinische Team der Sonderkrankenanstalt wird permanent verstärkt; dies trägt zur Qualitätsverbesserung bei, genauso wie unsere Bemühungen, den Zuweiser\*innen klarzumachen, dass

nur selten kurze stationäre Behandlungen für die Stabilisierung von Patient\*innen mit einer langen Sucht- und Lebenshistorie ausreichen.

**Prim. Dr. Leonidas Lemonis**

Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Psychiatrie  
 Ärztlicher Leiter im Verein Grüner Kreis

**Dr. Maya Winter-Sporn**

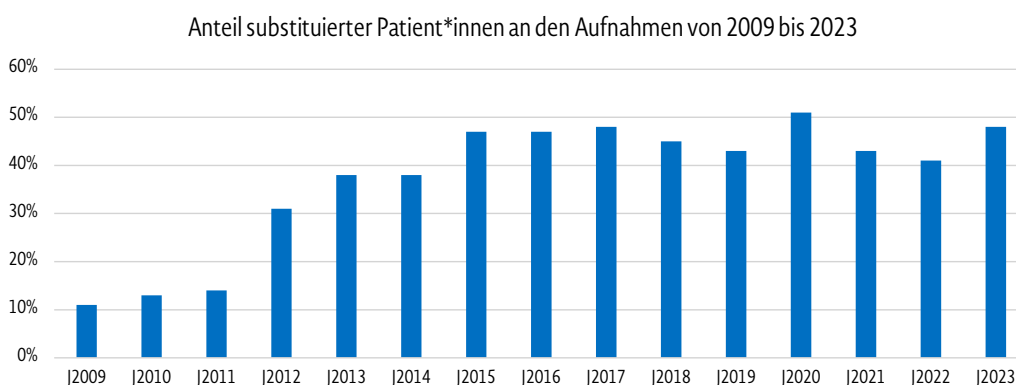
Ärztin für Allgemeinmedizin  
 Stv. Leiterin des Sonderkrankenhauses Marienhof

**Harald Brix-Samoylenko**

Datenbankadministrator und Statistik im Verein Grüner Kreis

- 1.) De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. New York: Springer Publishing
- 2.) Unterrainer, H. (2019). Konzept der therapeutischen Gemeinschaft Grüner Kreis
- 3.) Koller, G. (2017). Substitutionstherapie im neuen Licht. Supervisor, 04/2017, neuropsy

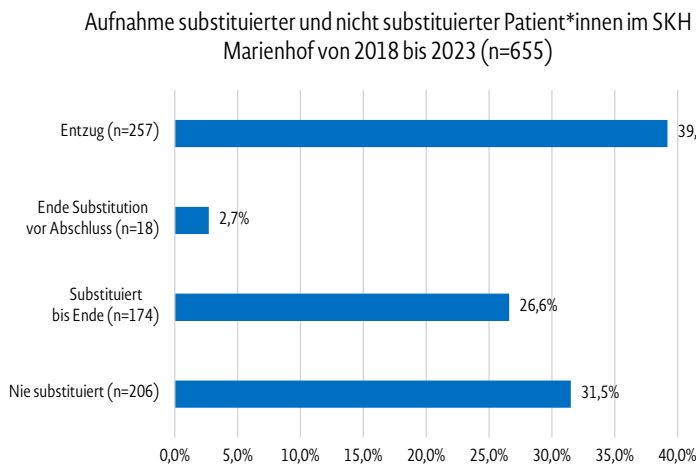
**Tab. 1:** Anteil substituierter Patient\*innen zur Gesamtpatient\*innenzahl, illegaler Bereich



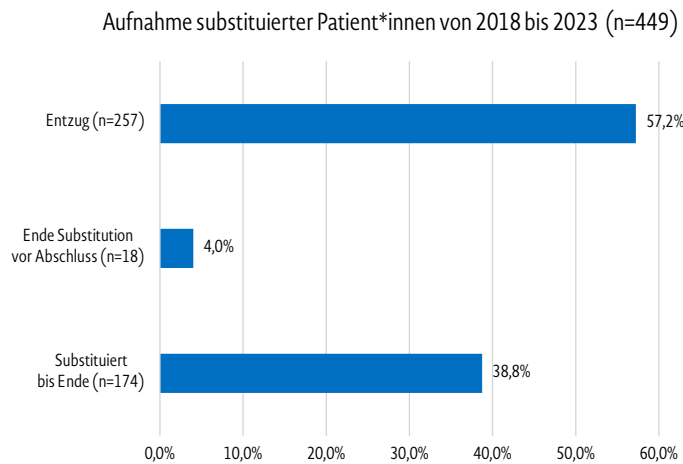
**Tab. 2:** Dosierung der häufigsten Substitutionsmittel Aufnahme 2009 - 2023

Substitutionsmittel	Mittelwert [mg]	Maximum [mg]
Bupensan	10,75	26
Compensan retard	538,84	1200
Levo Methadon	35,2	65
Methadon	50,3	115
Substitol retard	559,24	1200

**Tab. 3:** Aufnahmen Marienhof 2018–2023, illegaler Bereich



**Tab. 4:** Aufnahmen substituierte Patient\*innen Marienhof 2018–2023



# 40 Jahre Verein Grüner Kreis

## Suchtkongress 2023 »ARBEIT – SUCHT – SINN«

von Human-Friedrich Unterrainer

Der Verein Grüner Kreis wurde 1983 nach einer Idee von Primar Günther Pernhaupt gegründet und feierte damit 2023 sein 40-jähriges Jubiläum – wie schon in den Jahren 2013 und 2018 mit einem dreitägigen internationalen Kongress. Waren es im Jahr 2013 »Sucht & Spiritualität – ein interkultureller Dialog« und im Jahr 2018 »Sucht und Bindung«, so war das Thema des Suchtkongresses 2023 »Arbeit – Sucht – Sinn«. Diesem Anliegen entsprechend sollten alle Aspekte von (sinnvoller) Arbeit immer im Kontext von Suchterkrankungen beleuchtet werden. Der Kongress fand von 24. bis 26. Mai in der Orangerie des Schlosses Schönbrunn statt – ein würdiger Ort für ein stattliches Jubiläum.

Arbeit kann auf der einen Seite sinnstiftend wirken, auch indem sie dem Menschen hilft, sein Leben zu strukturieren bzw. Struktur im Leben wiederzufinden. »Arbeit macht das Leben süß«, heißt es so schön, und vielerorts trifft es auch zu – Arbeit kann gesundheitsförderlich, also salutogen wirken. Allerdings, wer nicht arbeitet (und nicht erblich oder durch einen Lotteriegewinn bedingt finanziell unabhängig ist), läuft Gefahr, abhängig von anderen Menschen zu werden, sich zu verschulden oder zu verarmen. Dementsprechend kann Arbeit aber auch abhängig machen. Es ist möglich, süchtig nach Arbeit zu werden, andere Lebensbereiche wie Familie oder Freund\*innen treten dabei komplett in den Hintergrund; Arbeit mag einen erschöpfen oder ermüden – so ist es möglich, durch Arbeit völlig auszubrennen. Arbeit kann somit auch gesundheitsschädlich, also pathogen wirken.

»Wie viel Arbeit ist genug?«, fragen sich momentan besonders viele Menschen und bekommen dann meistens keine besonders hilfreiche Antwort. Wobei sich natürlich die Frage stellt: Ist das überhaupt möglich? Wie viel muss man arbeiten, um nicht als faul zu gelten? Wie viel darf man arbeiten, um nicht als arbeitssüchtig abgestempelt zu werden. In einer Zeit, in der die Corona-Pandemie hoffentlich bald der Vergangenheit angehört, tun sich viele Menschen schwer, wieder in das Arbeitsleben zurückzufinden. Manche haben ihren Job verloren

oder haben selbst gekündigt, weil die Überforderung zu groß wurde und suchen wieder neue Arbeit. Viele haben eine neue Arbeit gefunden und machen die Erfahrung, dass ihr neuer Arbeitsplatz auch nicht besser ist als der alte. Der Anspruch an die Arbeit ist gestiegen, Arbeit soll nicht nur Geld bringen, sondern auch sinnstiftend sein. Momentan werden vielerorts Arbeitskräfte dringend benötigt – die Arbeitsbedingungen bleiben trotzdem oft schlecht.

Die Lebenshaltungskosten sind vor allem durch den Krieg in der Ukraine stark gestiegen. Viele Menschen können sich ihr gewohntes Leben nicht mehr leisten, viele laufen Gefahr, in die Armut abzugleiten – eine Lebenssituation, die an sich schon überfordert und dann auch noch dazu veranlassen kann, eine zusätzlich überfordernde Arbeitstätigkeit anzunehmen bzw. ein dysfunktionales Arbeitsverhältnis aufrechtzuerhalten, um dann möglicherweise am Ende völlig auszubrennen. Arbeitssüchtige Menschen spüren die Überforderung oft gar nicht mehr – die Arbeit ist zum einzigen Lebensinhalt geworden. Dieses Lebensgefühl macht es umso schwieriger, sein Verhalten zu ändern, da diese Veränderung letztlich auch nicht besonders attraktiv erscheint – ein oftmals verdrängtes existenzielles Vakuum würde in den Vordergrund rücken.

Ein sinnvoller Ausgleich von beruflichem Engagement und engagiertem Freizeitverhalten wird vielerorts eingefordert, eine schwungvolle Beschreibung dafür war mit »Work-Life-Balance« schnell gefunden – eine Lebenseinstellung, die meiner Meinung nach das Potenzial hat, zum größeren Unfug des Jahrzehnts zu verkommen. Die Vorstellung, dass erst nach der Arbeit das Leben (oder nach dem Leben die Arbeit) kommt bzw. Arbeit und Leben strikt getrennt voneinander stattfinden bzw. in Konkurrenz treten, hat im Grunde etwas faszinierend Sinnfreies. Viel mehr Sinn würde es doch machen, die Arbeit als integrativen Bestandteil des Lebens zu betrachten. Sisyphos, der der griechischen Sage nach dazu verdammt wurde, seinen Stein bis in alle Ewigkeit einen Berg hinaufzurollen, aber niemals anzukommen, da der

Stein perfiderweise kurz vor dem Gipfel wieder ins Tal rollt, darf als inoffizieller Schutzheiliger aller Arbeitssüchtigen gelten. Nur die bezaubernden Klänge der Lyra des vorbeiziehenden Orpheus konnten ihn kurz davon abhalten, sich fortwährend an seinem Stein zu erschöpfen und innezuhalten. Albert Camus hat in seinem »Mythos des Sisyphos« gemeint, dass man sich Herrn Sisyphos als glücklichen Menschen vorstellen solle. Dies ist möglich, wenn es gelingt, das Absurde des (Arbeits-)Lebens anzunehmen.

Der Suchtkongress 2023 war ein voller Erfolg. Lobende Dankesworte wurden von Seiten politischer Prominenz gesprochen. Drei Tage lang beleuchteten internationale Expert\*innen die verschiedenen Facetten des vielschichtigen Themas Arbeit und Sinnerleben im Kontext von Suchterkrankungen. Ernst Molden und Band traten am ersten Abend auf und sorgten (in Vertretung für Orpheus?) für die passende musikalische Untermalung. Ein eigens erstellter Film über den Verein Grüner Kreis wurde am zweiten Abend gezeigt. Zusätzliches Fotomaterial illustrierte die therapeutische Arbeit der letzten 40 Jahre. Das hauseigene Catering-Team des Vereins wusste auch dieses Mal bei der Verpflegung der insgesamt über 300 Teilnehmer\*innen zu überzeugen. Vielen Dank an alle Beteiligten, im Besonderen an Direktor Alfred Rohrhofer, dem letzten verbliebenen Gründungsmitglied, der den Verein 40 Jahre lang mitgeprägt und auch sicher durch die Corona-Pandemie geführt hat. Der Verein Grüner Kreis hat seine verdiente Würdigung erfahren – die Veranstaltung wird uns allen in lebhafter, positiver Erinnerung bleiben.

### Foto-Download

[www.suchtkongress.com/impressionen-2023](http://www.suchtkongress.com/impressionen-2023)

### Univ.-Prof. PD mult. Dr.Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Professor für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien  
Privatdozent an der Uni Wien, Med Uni Graz und Karl-Franzens-Uni Graz

Wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein Grüner Kreis  
Klinischer und Gesundheitspsychologe; Psychotherapeut; Lehrtherapeut



Dr.<sup>in</sup> Liz Hirn



v. li.: Dir. Alfred Rohrhofer, Dr. Johannes Kopf



v. li.: Dir. A. Rohrhofer, Prof. M. Musalek, Prof. H.P. Kapfhammer, Dr. O. Scheibenbogen



Prof. Hans-Peter Kapfhammer



Prof. Paul Plener



v. li.: Prim. L. Lemonis, Prim. C. Korb, Dr. H. Haltmayer, Prim. S. Schindler



v. li.: Ewald Lochner, MA, Stadtrat Peter Hacker, Dir. Alfred Rohrhofer



Prof. Hilarion Petzold

# HOMELESS WORLD CUP 2023

von Karin Bertuzzi

Erstmals wurde der »Homeless World Cup«, eine Straßenfußballweltmeisterschaft für Obdachlose, Flüchtlinge und Personen mit Alkohol- oder Suchtproblemen, 2003 in Graz ausgetragen und feierte somit in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen. Immer wieder ist es Klienten des Vereins Grüner Kreis gelungen, sich für die österreichische Nationalmannschaft zu qualifizieren, weshalb wir nach einer dreijährigen, coronabedingten Pause nicht zögerten, unseren Klienten die Teilnahme abermals zu ermöglichen. Unserem Klienten T. aus der Jugend- und Sozialhilfeeinrichtung Waldheimat ist es schließlich gelungen, im Sichtungstraining zu

überzeugen, und somit führte ihn sein Weg über zwei Trainingslager, in Zeltweg und Wien, nach Sacramento/USA, wo vom 08. bis 15. Juli der »Homeless World Cup« ausgetragen wurde. Die österreichische Mannschaft, bestehend aus 8 Spielern, traf in der ersten Gruppenphase auf Brasilien, Ungarn, Wales, Schweden, Schottland sowie Union Gospel Mission. Hohe Temperaturen erschwerten zwar die Spielbedingungen, dennoch ist es der Mannschaft gelungen, die erste Gruppenphase zu überstehen und letztendlich den 16. Platz zu belegen. Natürlich sind bei sportlichen Wettkämpfen Erfolge und Platzierungen von zentraler Bedeutung, aber der »Homeless World Cup« bietet den Teilnehmern

auch die Möglichkeit, aus ihrem problemzentrierten Alltag auszusteigen sowie durch Teambuilding-Maßnahmen eine Atmosphäre zu schaffen, in der man sich wohlfühlen und wieder Vertrauen fassen kann. Auch T., konnte als Teil des Teams selbstwertsteigernde Erfahrungen sammeln, neue soziale Kontakte knüpfen und unvergessliche Momente in Kalifornien erleben, weshalb wir sicherlich auch nächstes Jahr unseren Klienten die Teilnahme an diesem Turnier ermöglichen werden.

**Mag.<sup>a</sup> Karin Bertuzzi**

Klinische- und Gesundheitspsychologin

Psychotherapeutin

Leitung Region West im Verein Grüner Kreis



Unterstützung bei der Beantragung oder Verhandlung über Rückstellung der Strafvollstreckung mit Therapieaufgabe etc.

- Absicherung und Stabilisierung des Lebensunterhalts und des sozialrechtlichen Status: Klärung von Anspruchsberechtigungen, Krankenversicherungsstatus, ggf. Sicherung medizinischer und sozialer Hilfen auf Grund des Asylbewerber-Leistungsgesetzes. Wohnen: Vermittlung von Unterkunft oder provisorischen und ggf. betreuten Wohnmöglichkeiten, ggf. Anmeldung eines Wohnsitzes. Tagesaufenthalt und tagesstrukturierende Maßnahmen in Krisenzentren, Kontaktläden, Drogenambulanz.

#### Teilziel: Lösung aus der Drogenszene

- Wiederherstellung geregelter Wohnverhältnisse und Befähigung zum eigenständigen Leben in Wohnverhältnissen ohne Bezug zur Drogenszene.
- Entwicklung bzw. Verstärkung eines von der Drogenszene abgegrenzten sozialen Umfeldes z. B. durch Förderung von gemeinsamen Freizeitaktivitäten und Selbsthilfeaktivitäten mit anderen Substituierten als »Milieu des Übergangs«.
- Klärung bzw. Wiederherstellung und Erneuerung familiärer Bezüge, des Kontaktes zu Freunden und Bekannten; Bearbeitung von Störungen und Beziehungsmustern zu »Mit-Betroffenen«, Beratung ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen und Partner\*in.
- Schuldnerberatung und Schuldnerschutz mit dem Ziel, die Schuldendynamik zu begrenzen und die Spirale von Forderungen zu stoppen (Sichtung und Zusammenstellung der Forderungen, Kontaktaufnahme zu Gläubigern und Information über Einkommensstatus, Stundung von Forderungen).
- Aushilfe- und Gelegenheitsarbeiten, Jobbörse, den Voraussetzungen der Patienten angepasste Arbeitsprojekte. Mit Blick auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz sollte grundsätzlich die Meldung beim Arbeitsamt geprüft werden.

#### Teilziele: Rehabilitation und soziale Integration

Berufliche Qualifizierungsmaßnahmen,

Reintegration in Arbeitsverhältnisse. Schuldenregulierung mit Unterstützung von professioneller Schuldnerberatung und von »Resozialisierungsfonds«.

#### Themen der Beratung und Behandlung

Rückfallprävention, Bewältigung von Konflikten und emotionalen Krisen, soziale und kulturelle Verortung und Identität, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein, soziale Kompetenz, Interessen und Werthaltungen, Verhaltensmuster in Beziehungen, biografische Belastungen, Traumata, Konflikte und Entwicklungsaufgaben.

#### Beikonsum (komorbide substanzbezogene Störung in der Substitutionstherapie)

Opioidkonsumenten (-abhängige) leiden in großer Zahl unter komorbiden substanzbezogenen Störungen. Bei einem Großteil liegt zusätzlich noch eine Einzeldiagnose aufgrund des Konsums von Tabak, Cannabis, Kokain, Stimulanzien und/oder Benzodiazepinen vor. Dies verdeutlicht die erhebliche Mehrfachbelastung, die diese Personengruppe allein aufgrund des Konsums verschiedener Substanzen aufweist. Der zusätzlich bestehende Konsum von Substanzen neben der Opioidabhängigkeit, als »Beikonsum« bezeichnet, findet oft nicht die notwendige Beachtung der diesem Verhalten zugrunde liegenden Strukturen. Die Opioid-Substitution schafft es dabei lediglich, die Verwendung von Opioiden in eine medizinisch überwachte Bahn zu lenken und deren illegalen Konsum zu beenden, eine Veränderung der übrigen Drogenkonsumgewohnheiten ist damit nicht verbunden. Der Konsum weiterer Substanzen wird oftmals mit einem Versagen der Behandlung gleichgesetzt, wobei aber oft weder zwischen den verschiedenen Konsumformen noch nach der Intensität des Konsums unterschieden wird. Eine Mehrheit der Substituierten verringert den Konsum während der Behandlung oder verzichtet ganz darauf. Während vor allem der Heroin- und auch der Kokainkonsum verringert wird, bleibt der Alkoholkonsum oft konstant oder wird noch intensiver betrieben. Der Konsum von Benzodiazepinen (BZD) – die Barbiturate spielen nur eine untergeordnete Rolle – findet sich vor allem bei Patienten mit starker Depressivität und häufigen Angstzuständen. Es kommt häufig zu Formen der Selbstmedikation, die zum Teil ärztlich in eine reguläre und kontrollierte Behandlung – oft mit Antidepressiva – überführt

werden können. Ein hochproblematischer Konsum findet sich bei Patienten mit starken psychischen Störungen und hoher Suizidalität. Hier kommt es gehäuft zu einem erheblichen parallelen Konsum von Heroin, Kokain, Benzodiazepinen und Cannabis.

Zu Beginn der Opioid-Substitution sind deshalb wiederholte Drogenscreenings erforderlich, um einen Überblick über verwendete Substanzen zu haben. Ist eine Stabilisierung des Behandlungsverlaufs erfolgt, können größere Kontrollintervalle gewählt werden. Bei »Take-home-Vergabe« ist regelmäßiges Drogenscreening aus eben jenem Aspekt heraus sinnvoll. Insbesondere ist darauf zu achten, dass eine Einnahme des Substituts in Kombination mit Alkohol und/oder Sedativa zu Atemdepressionen und tödlicher Gefährdung führen kann.

Den Richtlinien entsprechend hat der Arzt eine sorgfältige Dokumentation darüber zu tätigen. Eine optimale Einstellung des Patienten mit dem Substitutionsmittel und seltene Dosierungsveränderungen verringern den zusätzlichen Konsum unabhängig von der Höhe der Substitutionsdosis. Häufige Veränderungen der Dosis erreichen hier hingegen keine Stabilisierung.

Insbesondere Mischintoxikationen ereignen sich aufgrund des Konsums von Benzodiazepinen und/oder Alkohol. Diesbezüglich stellt die offensichtlich durch nichts gerechtfertigte (ohne Indikation) getätigte ärztliche Verordnung von Benzodiazepinen an Abhängige eine anhaltende Gefährdung dar.

#### Prof. Dr. rer. pol. Heino Stöver

ist ein deutscher Sozialwissenschaftler und Hochschullehrer.

Seit 2009 ist er Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences mit dem Schwerpunkt »Sozialwissenschaftliche Suchtforschung«.

Er war bzw. ist Berater internationaler Institutionen (WHO, UNODC, European Commission, International Committee of the Red Cross, Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Open Society Institute) und Gesundheits-/Sozialministerien (in Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Litauen, Estland und Lettland), Mitgründer der internationalen peer-review-Zeitschrift International Journal of Prisoner Health sowie Mit-Herausgeber der Schriftenreihe Gesundheitsförderung im Justizvollzug;

Stöver war Mitglied im Wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Er ist Mitglied des beratenden Arbeitskreises »Männergesundheit« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).



# 40 Jahre Grüner Kreis Jubiläumskongress »Arbeit – Sucht – Sinn«

*Herzlichen Dank allen Vortragenden für ihre interessanten Beiträge  
und den Teilnehmer\*innen für das Interesse an der Veranstaltung.*

*Herzlichst,  
Alfred Rohrhofer (Geschäftsführer)*

## Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr

### Wien

Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr MA (W)

Tel.: +43 (0)664 8111021

mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 3840827

mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

DSA Birgit Handler-Puhl, MA (Justiz Wien)

Tel.: +43 (0)664 811 1665

mail: birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at

Lisa Kläring, BA

Tel.: +43 (0)664 8111018

mail: lisa.klaering@gruenerkreis.at

Reinhard Krainer, BA

Tel.: +43 (0)664 180 97 09

mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at

### Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)

Tel.: +43 (0)664 2305312

mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at

Gabriele Stumpf (NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 8111676

mail: gabriele.stumpf@gruenerkreis.at

### Oberösterreich

Elisabeth Schnitzer, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

mail: elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

Armin Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

### Steiermark

Anna-Maria Ranftl, MA

Tel.: +43 (0)664 8111023

mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

## Beratung & Hilfe

Sarah Maria Koberg MA

Tel.: +43 (0) 664 811 1041

mail: sarah.koberg@gruenerkreis.at

Wenzel Havlovec BA

Tel. Nr. 0664/8111663

mail: wenzel.havlovec@gruenerkreis.at

### Kärnten, Osttirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler BA

Tel.: +43 (0)664 384 0280

mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

### Salzburg

Armin Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

### Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA

Tel.: +43 (0)664 8111675

mail: susanne.fessler@gruenerkreis.at

Elisabeth Schnitzer, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

mail: elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40

mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11

Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22

mail: bzwien3@gruenerkreis.at

### Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14

Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721

mail: ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

### Graz

8020 Graz, Sterngasse 12

Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40

mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Conrad-Platz 3

Tel.: +43 (0)664 384 0280 | Fax: +43 (0)463 590127

mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

### Linz

4020 Linz, Sandgasse 11

Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40

mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)