

> unabhängig > prägnant > übergreifend

VERSORGUNG

Neue S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“ ist erschienen

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) e.V. hat im vergangenen November die neue S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“ veröffentlicht (online unter www.de/s14895). Federführend war zudem die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) e.V.

Ziele

Die Handlungsempfehlungen der Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge opioidbezogener Störungen (ICD-10 F11; ICD-11 6C43) sollen die Versorgungsqualität verbessern. Ein weiteres Ziel ist die interdisziplinäre Kooperation in der Patientenversorgung. Die S3-Leitlinie soll dazu beitragen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte sich dazu bereit erklären, opioidabhängige Menschen zu behandeln. Sie richtet sich an Fachpersonal im ambulanten, stationären und teilstationären Setting. Es geht um Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation sowie um primärärztliche und spezialärztliche Versorgung. Die Prävention wird hingegen nicht thematisiert.

Zielgruppen

Die neue S3-Leitlinie richtet sich in der Fachwelt an eine breite Zielgruppe. Dazu gehören Ärzteschaft, Psychologen und Psychotherapeuten, Pflege, Sozialarbeit, Apotheken, Ergo-, Physio- und Kreativtherapeuten sowie MFA.

Auch die Patientenzielgruppe ist breit: Sie reicht von Erwachsenen mit Verdacht auf oder Diagnose einer opioidbezogenen Störung bis hin zu Menschen mit speziellen Bedarfen. Dazu zählen Schwangere, Gebärende oder Stillende, Eltern, ältere Patienten, Geflüchtete sowie Patienten in Haft und Maßregelvollzug.

Empfehlungen

Zur substitutionsgestützten Behandlung schreiben die Autoren u. a.:

- Zur Opioid-Agonisten-Therapie sollen eingesetzt werden: Methadon, Levomethadon, Buprenorphin, Buprenorphin/Naloxon, retardiertes Morphin oder Diamorphin.
- Die Auswahl des Arzneimittels zur Opioid-Agonisten-Therapie (OAT-Medikation) sollte sich nach der von Betroffenen präferierten und zugelassenen Applikationsform richten.

Entzugsbehandlungen bei opioidbezogenen Störungen werden nur bedingt empfohlen. Es heißt:

Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung soll bei Patienten, die sich in einer Opioid-Agonisten-Therapie befinden, insbesondere bei zusätzlichem Konsum illegaler Opioide, nur angeboten werden:

- Wenn ansonsten die Ziele der Opioid-Agonisten-Therapie gefährdet erscheinen.
- Als mögliche Alternative vor einem Abbruch einer Opioid-Agonisten-Therapie.
- Bei anhaltendem, explizitem Patientenwunsch.

Eine Entzugsbehandlung von (illegalen) Opioiden statt der Opioid-Agonisten-Therapie soll vermieden werden bei instabilen Patienten und bei Patienten ohne realistischen Plan zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.

- Betroffene sollen zu Beginn, bei etwaigem Abbruch sowie nach (Teil-)Entzug darüber informiert werden, dass die Toleranz bzgl. der entzogenen Substanz vermindert ist, sodass im Fall eines Rückfalls in Abhängigkeit von der Dosis der vorher entzogenen Substanz die Mortalität erhöht sein kann.

Zur Schadensminimierung heißt es u. a.:

- Bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe und Spritzentauschprogramme sollten intravenös konsumierenden opioidabhängigen Personen zur Verbesserung der Gesundheit angeboten werden.
- Drogenkonsumräume sollten bereitgestellt werden, um die Inanspruchnahme von suchttherapeutischen Interventionen oder Behandlungen durch opioidabhängige Personen zu verbessern.
- Take-Home Naloxon soll opioidabhängigen Personen zur Verringerung drogenbedingter Todesfälle zur Verfügung gestellt werden.

Die S3-Leitlinie umfasst 237 Seiten. Ihre nächste Überprüfung ist für Juli 2030 geplant.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Neben dem Download via AWMF online ist die Leitlinie auch als **Buch** erhältlich bei Springer Berlin (Verlag), ISBN 9783662726679.



„Jede JVA sollte psychotherapeutische Gruppenangebote machen“

Eine Psychotherapie für Menschen mit Substanzkonsumstörungen in Haft ist aus mehreren Gründen sinnvoll. Sie verringert das Leid der inhaftierten Person und senkt die Gefährdung der Gesellschaft nach der Haftentlassung. Doch bei „Psychotherapie in der Haft“ ist noch Luft nach oben. Elisabeth Dallüge hat als Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie viele Jahre im Maßregelvollzug mit suchtkranken Menschen gearbeitet. Sie ist Mitglied des Bundesvorstands der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV). Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte sie, was sich ändern muss.

Wie hoch ist der Anteil an Strafgefangenen mit Substanzkonsumstörung?

Etwa 40 Prozent der Inhaftierten leiden an einer Substanzkonsumstörung. Etwa 25 Prozent haben eine Abhängigkeitserkrankung, mindestens weitere 15 Prozent haben einen schädlichen Gebrauch. Die klinische Erfahrung zeigt, dass diese Klientel mit Substanzen ganz anders in Berührung kommt als die Allgemeinbevölkerung. Personen, die straffällig werden, stammen nicht selten aus einem sozial belasteten Milieu. 14,8 Prozent der Häftlinge sind wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) inhaftiert. Auch der Geschlechteraspekt ist relevant. 93 Prozent der Menschen in Haft sind Männer, viele jünger als 40 Jahre. Das beeinflusst die Zahlen zum Substanzkonsum, da junge Männer sehr hohe Prävalenzen haben.

Wie steht es um die psychotherapeutische Versorgung dieser Personen?

Wir wissen zwar recht genau, was die Unterbringung eines Häftlings kostet. Doch zu den Gesundheitsausgaben haben wir nur sehr wenige Zahlen. Für die Versorgung gilt das Äquivalenzprinzip. Es besagt, dass Häftlinge aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herausfallen, aber analog zu den gesetzlich Versicherten behandelt werden. Abgerechnet wird über die Justiz, die die Kosten trägt. Leistungen, die nicht durch das Anstaltspersonal erbracht werden können, erfolgen in der Regel konsiliarisch durch externe Fachkräfte auf Honorarbasis, meist nach

GOÄ. Doch die Realität sieht anders aus. In Haft ist die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, deutlich höher. Erhebungen zufolge sind 50 bis 75 Prozent der Inhaftierten betroffen. Die Suizidrate ist achtmal höher als in der durchschnittlichen Bevölkerung. Ein höherer Behandlungsbedarf trifft so auf ein unterfinanziertes Ersatzsystem. Viele Häftlinge haben kaum Zugang zum Facharzt oder zu Psychotherapeuten, die sie brauchen. Die freie Arztwahl gilt für sie nicht.

Was wäre ein gutes Setting für eine psychotherapeutische Suchtbehandlung im Strafvollzug?

In Haft bestehen viele psychosoziale Faktoren, die Substanzkonsum begünstigen: Isolation, Monotonie, Verfügbarkeit von Drogen. Eine wirksame Suchtbehandlung muss daher mehr leisten als bloße Abstinenzkontrolle. Sie sollte den Inhaftierten helfen, Sinn, Perspektive und Motivation zu entwickeln. Die Vorstellung hingegen, dass junge Männer ihr Verhalten ändern, nur weil sie eingesperrt sind, ist mittelalterlich.

In Haft werden alle Arten von Drogen konsumiert. Würde es helfen, den Schmuggel stärker zu bekämpfen?

Ich habe z. B. erlebt, dass Substanzen in einer Prothese eingeschmuggelt wurden. Um den Handel im Gefängnis zu unterbinden, müsste man die Menschen im luftleeren Raum isolieren – und selbst dann ließen sich Wege finden. Entscheidend ist daher nicht allein Kontrolle, sondern Perspektive. Inhaftierte

brauchen Alternativen, die ihnen mehr bieten, als den nächsten Konsum vorzubereiten. Bisher sind die Anreize zu gering, es gibt kaum freudige Momente. Jede JVA sollte Gruppen anbieten, in denen Männer sich mit ihrem emotionalen Erleben auseinandersetzen können.

Welche gesetzlichen Vorgaben oder Regelungen sind notwendig?

Wir brauchen bundeseinheitliche Versorgungsstandards und vor allem eine bundeseinheitliche Datenerhebung. Wie unübersichtlich der föderale Flickenteppich ist, sehen wir bei der Hepatitis-Behandlung. Sie ist verpflichtend, weil das Ansteckungsrisiko in Haft sehr hoch ist. Doch schon die Testung wird unterschiedlich gehandhabt. Bei der psychotherapeutischen Behandlung wissen wir nicht, wie viele Psychotherapeuten in einer Anstalt tätig sind und wie hoch die tatsächlichen Kosten sind. Doch wir brauchen Zahlen, um zu wissen, worüber wir reden. Dann wäre die Integration zurück in die GKV eine zentrale Schraube. Das Gesundheitssystem muss diesen Menschen Zugang gewähren, statt sie auszugliedern. Außerdem wichtig: Sprachmittlung, um Psychotherapie zu ermöglichen, wenn Psychotherapeuten und Inhaftierte nicht dieselbe Sprache sprechen.

Wie könnten niedergelassene Suchtmediziner zu einer Verbesserung der Situation beitragen?

Diejenigen, die ich bisher kennengelernt habe, machen einen großartigen Job. Wichtig wäre eine bessere Vernetzung zwischen JVAs und ambulanter Versorgung insbesondere für den Entlassstag. Er ist einer der vulnerabelsten Momente für ehemalige Häftlinge. Ich habe erlebt, dass jemand nach der Entlassung den Bus verpasste, nicht rechtzeitig zum Suchtmediziner kam und am gleichen Abend rückfällig wurde. Um das zu verhindern, brauchen wir Ärzte und Sozialarbeitende, die Brücken bauen.

➤ ONLINE WEITERLESEN

Unter subletter.de finden Sie bei diesem Beitrag ein ausführliches Quellenverzeichnis und weitere Informationen.

HARM REDUCTION **„Die bessere Verfügbarkeit von Naloxon-Nasenspray ist nur ein erster Schritt!“**

Ein Kommentar von Dirk Schäffer, Referent für Drogen und Strafvollzug, Deutsche Aidshilfe (DAH), Berlin.

Nach den Take-Home-Naloxon Modellprojekten „BayTHN“ und „NALtrain“ wurde die geringe Verfügbarkeit von Naloxon-Nasenspray diskutiert. Wichtige Weichen wurden gestellt, um das Nasenspray für die Drogenhilfe verfügbar zu machen und Vorbehalte in der Medizin zu reduzieren. Seitdem der Bundesrat am 26. September 2025 einer Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) zustimmte, gehört nasales Naloxon in die Kategorie der OTC (Over the counter) Medikamente. Somit könnte es ohne Rezept in der Apotheke gekauft werden und wäre erstattungsfähig.

Zusätzlich zur geänderten AMVV wächst der Stellenwert von Naloxon-Nasenspray in anderen Richtlinien. So enthält die neue S3-Leitlinie zur Opioidabhängigkeit einen Passus zu seiner Relevanz. Auch die Bundesärztekammer erweitert ihre Richtlinie zur Substitution um einen Passus zu Take Home Naloxon. Ziel ist, dass insbesondere Substitutionspatientinnen und -patienten das Nasenspray besitzen, um im Fall einer Überdosierung Leben retten zu können.

Es ist ein wichtiger Schritt, dass Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe, der Obdachlosenhilfe, des Strafvollzugs sowie von Polizei und Zoll Naloxon-Nasenspray nun einfacher beschaffen können. Allerdings ist die kurz vor der AMVV-Änderung beschlossene deutliche Preiserhöhung um ca. 30 Prozent für das einzige im Moment in Deutschland verfügbare Medikament kontraproduktiv. Damit wurde der Drogenhilfe ein Bärendienst erwiesen, da sie das Nasenspray in der Regel über ihre Sachmittelbudgets finanziert. Auch dass Naloxon-Nasenspray nun

formal als OTC-Medikament rezeptfrei in der Apotheke verkauft werden könnte, ist wichtig. Allerdings muss das Arzneimittel weiter verschrieben werden, da nur eine EU-weite Zulassung mit Verschreibungspflicht vorliegt. Um tatsächlich rezeptfreies Naloxon in der Apotheke kaufen zu können, wird ein weiteres Medikament benötigt. Auch hier gibt es einen Silberstreif am Horizont, denn in Deutschland ist ein rezeptfreies Naloxon-Nasenspray zugelassen. Allerdings ist es noch nicht in den deutschen Markt eingeführt.

Auch wenn die flächendeckende, leichtere Verfügbarkeit eines Naloxon-Nasensprays die Zahl von Drogentodesfällen massiv verringern kann, müssen flankierende Maßnahmen folgen. Hierzu zählt der Ausbau von Drogenkonsumräumen. Eigentlich ein alter Hut, aber sehr wirksam, um Drogentodesfälle zu reduzieren. Da synthetische Substanzen wie synthetische Cannabinoide, synthetische Opioide und Amphetamine in den Markt drängen, gilt es zukünftig sowohl das Monitoring als auch das Drug-Checking zu verankern. Die rechtlichen Grundlagen hierfür sind gelegt. So wird die Analyse von Substanzen in Drogenkonsumräumen nun explizit erlaubt, nachdem sie über Jahrzehnte verboten war.

In der Substitutionsbehandlung muss ein Umdenken stattfinden, damit Substitution dort möglich wird, wo täglich Tausende von Menschen ohne medizinische Versorgung ankommen, z. B. in Drogenkonsumräumen. Der größte Teil von Opioidkonsumierenden ohne eigenen Wohnsitz sollte in einem Daily-Dose-Verfahren in Notschlafstellen oder mittels mobiler Angebote in unmittelbarer Nähe zur Drogenszene täglich

das Medikament erhalten können. Es gilt die Substitutionsbehandlung niedrigschwelliger und flexibler zu denken, um die dramatische Zahl von drogenbedingten Todesfällen, die 2024 bei 2.137 lag, zu reduzieren. Naloxon ist nur ein Baustein, um das Leben vieler Menschen zu retten.

FACHLITERATUR **Handbuch für die Suchthilfe**

„Suchtmedizin für Nicht-Mediziner“ ist der Titel des Ende 2025 erschienenen Handbuchs von Dr. Kai Wendt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen am AMEOS Klinikum Heiligenhafen (480 Seiten, 58 Euro, ISBN 978-3-608-40208-7). Das Werk wendet sich an alle Menschen im Suchthilfesystem, seien es MFA, Sozialarbeitende, Apotheker oder gesetzliche Betreuer. Leicht verständlich und stellenweise unterhaltsam schildert Wendt Epidemiologie, Diagnostik und Akutbehandlung. Wendt gliedert sein Buch in sieben Teile:

1. In den Grundlagen schildert er, was Sucht ist. Er gibt eine kurze Einführung in den ICD-11 Code.
2. Unter Substanzen behandelt das Buch u. a. Opiate, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene und neue psychotrope Stoffe.
3. Bei den Komorbiditäten geht es um psychiatrische und somatische Krankheitsbilder.
4. Die Behandlungsstrategien umfassen Medikamente, Psychotherapie, Harm Reduction und den Umgang mit Suchtkranken.
5. Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung macht einen großen Teil der speziellen Themen aus.
6. Der Blick über den Tellerrand behandelt u. a. Co-Abhängigkeit und Fahrtauglichkeit.
7. Nachschlagen lassen sich Suchtmittel, Drogensprache und sehenswerte Filme sowie Bücher.



Drogenhilfe will sich stärker zu Wort melden

Um eine neue Kommunikationsstrategie der Drogenhilfe angesichts knapper öffentlicher Kassen und der zunehmenden gesellschaftlichen Spaltung ging es beim 15. Internationalen akzept Kongress. Er fand im November 2025 in Bielefeld statt. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass die Drogenhilfe eine stärkere Stimme brauche als bisher. Vorgestellt wurde zudem die Social-Media-Kampagne #gibmir5, die fünf lebensrettende Maßnahmen in den Mittelpunkt stellt.

Gesundheitsministerium streicht Zuschuss zum Kongress

Fast hätte der Kongress nicht stattfinden können. Denn zwei Monate vor dem geplanten Termin sagte das Bundesministerium für Gesundheit die mündlich zugesagten Mittel in Höhe von 28.000 Euro ab. Für Prof. Dr. Heino Stöver, Erster Vorsitzender des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit akzept e.V., eine klare Ansage der Bundesregierung:

„Der politische Gegenwind nimmt zu. Es besteht kein Interesse, die akzeptierende Drogenpolitik zu fördern. Dabei ist sie vor dem Hintergrund des zunehmenden Crack- und Kokainkonsums, Synthetischer Opiode sowie der wachsenden Ausgrenzung von marginalisierten Menschen wichtiger denn je.“

Der Kongress konnte stattfinden, weil Sponsoren aus der Industrie die finanzielle Lücke schlossen.

Insgesamt stand der Kongress unter dem Eindruck des Rechtsrucks innerhalb der Gesellschaft. In Plenumsveranstaltungen, Podiumsdiskussionen und Workshops ging es um Wege, um Werte zu erhalten und Brücken zwischen verschiedenen Gruppen der Öffentlichkeit zu bauen.

Suche nach Bündnispartnern

Zu den Hauptaufgaben von Suchttherapeutin Lea Albrecht, Leiterin der comeback gGmbH Bremen, zählt die niedrigschwellige Versorgung drogenabhängiger Menschen. Doch verschiebt das geänderte Drogenkonsumverhalten den Fokus. Der Gesprächsbedarf der Öffentlichkeit wächst:

„Zu unserer Arbeit in Beratung und Drogenkonsumraum kommen zunehmend Termine bei Netzwerken, Beiräten und Anwohnerveranstaltungen.“

Albrecht nimmt eine wachsende Ausgrenzung von Drogenabhängigen wahr. Um dem zu begegnen, plädiert sie für einen starken Schulterschluss von Drogenhilfe und Suchtmedizin.

Gabi Becker, Geschäftsführerin des Vereins integrative Drogenhilfe in Frankfurt a. M., befürwortet ebenfalls die Zusammenarbeit:

„Die Drogenhilfe braucht ein breites Bündnis an Unterstützenden, dazu gehören auch Anwohner und Gewerbetreibende. Um deren Akzeptanz für soziale Arbeit zu gewinnen, müssen wir positive Beispiele an die Öffentlichkeit bringen.“

Becker bewertet die Berichterstattung etablierter Medien kritisch: *„Sie wollen keine Erfolgsgeschichten erzählen, sondern lieber aus dem ‚Zombibahnhofsviertel‘ berichten.“* Umso wichtiger seien positive Botschaften der Drogenhilfe, die sich über Social Media transportieren ließen.

Mit einer Social Media Kampagne zu mehr Präsenz

Nina Pritzens, Geschäftsführerin der vista gGmbH Berlin, appelliert an die Kongressteilnehmenden, aus den gewohnten Kommunikationsmustern ausubrechen:

„In Gremien reden wir viel darüber, wie schwierig alles ist, u. a. wegen des Fachkräftemangels. Die Politik zieht sich bereits auf den Standpunkt zurück, dass sie

aufgrund der vielen Schwierigkeiten so-wieso nichts für eine bessere Drogenpolitik tun könne.“

Diesem Narrativ setzt Pritzens einen Lösungsvorschlag entgegen, um drogenbedingte Todesfälle zu vermeiden. Sie stellt während des Kongresses die neue Social-Media-Kampagne #gibmir5 von akzept e.V. vor. Darin geht es um die fünf konkreten Maßnahmen

- Frühwarnsysteme,
- Naloxon,
- Substitution,
- Drugchecking und
- Drogenkonsumräume.

Pritzens empfiehlt Drogenhilfe und Suchtmedizin, die Kampagneninhalte z. B. an Awareness-Days mit einer ohnehin hohen Aufmerksamkeit zu nutzen. So startete die Kampagne 2025 am Internationalen Gedenktag für verstorbene Drogengebrauchende, um ein starkes gesellschaftliches Signal zu setzen. Pritzens: *„Leben zu retten ist möglich, wenn wir handeln. Herausforderungen wie der Fachkräftemangel dürfen kein Vorwand sein, passiv zu bleiben.“*

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Kongress-Rückschau bei akzept e.V. unter iww.de/s14911
- #gibmir5-Kampagne: iww.de/s14912
- 12. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2025: iww.de/s14913

Impressum

Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: subletter@iww.de

Redaktion

Dr. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)
Ursula Kathöfer (Schriftleiterin)

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen.

