

NIMM ZWEI
Für alle Infos
Ratgeber Sozialrecht
nicht vergessen

OPIOIDABHÄNGIGKEIT

Informationen, Leistungen, Ansprechpartner

verständlich · hilfreich · praktisch





Die neuraxWikiprint Produkte

Die neuraxWiki Ratgeberreihe bietet Patienten, Angehörigen und Fachkräften eine praxisgerechte Hilfestellung bei der Beantwortung sozialrechtlicher und psychosozialer Fragen.



1. Hauptratgeber Sozialrecht

Der krankheitsunabhängige sozialrechtliche Hauptratgeber gibt einen Überblick über alle Leistungen der Sozialversicherungsträger. Er wird Anfang jeden Jahres aktualisiert und neu aufgelegt.



2. Ergänzende, indikationsspezifische Broschüren

Darüber hinaus liefern die neuraxWiki-Einzelbroschüren zusätzliche sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zum jeweiligen Krankheitsbild.

Wichtig: Die Broschüren sind eine reine Ergänzung zum Hauptratgeber Sozialrecht. Sollten Sie diesen noch benötigen, können Sie ihn unter www.neuraxWiki.de kostenfrei nachbestellen.





OPIOIDABHÄNGIGKEIT

Informationen, Leistungen, Ansprechpartner

verständlich · hilfreich · praktisch

Ergänzende Broschüre zum Ratgeber Sozialrecht

Hinweis im Sinne des Gleichberechtigungsgesetzes

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung (z. B. Patient/Patientin) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

1. INFORMATIONEN UND HINTERGRUND

Opioidabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung des zentralen Nervensystems, die professionell behandelt werden muss. Opiate und Opioide sind stark wirksame Schmerz- bzw. Betäubungsmittel. Da ihr Konsum starke Gefühle der Euphorie auslöst, machen sie schnell abhängig.

Meist kommen die Patienten im späten Jugend- und frühen Erwachsenenalter zum ersten Mal mit den Substanzen in Kontakt. Vorher haben sie in der Regel bereits andere psychotrope, also die Psyche beeinflussende, Substanzen wie Alkohol, Cannabis oder Tabak konsumiert.

Laut Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind in Deutschland derzeit zwischen 250.000 und 280.000 Personen opioidabhängig. Etwa 78.800 befinden sich in einem Substitutionsprogramm.¹

Durch ihre Drogensucht bewegen sich die Betroffenen zum Teil in der Illegalität und haben mit negativen Konsequenzen wie sozialer Isolation, Stigmatisierung, finanziellen Problemen und nicht selten auch Folge- und Begleiterkrankungen zu kämpfen.

1.1 Grundbegriffe der Sucht

Um Sucht und Suchtverhalten zu verstehen, sind folgende Begriffe wichtig:

Gewöhnung/Toleranzentwicklung

Bei allen Suchterkrankungen setzt bei den Konsumenten mit der Zeit ein Gewöhnungseffekt bezüglich der Substanz ein. Daher benötigen sie immer höhere Dosen des Suchtmittels, um den gewünschten Effekt („Kick“/„High“) zu erreichen.

Missbrauch/schädlicher Gebrauch

Diese Begriffe werden meist synonym verwendet. Substanzmissbrauch kann neben den psychischen und physischen Schädigungen im schlimmsten Fall durch Überdosierung zum Tod führen. Das Missbrauchspotential einer Substanz ist umso größer, je schneller und intensiver die euphorisierende Wirkung eintritt.

Abhängigkeit/Sucht

Das Hauptmerkmal von Abhängigkeit (umgangssprachlich „Sucht“) ist der starke Wunsch, die betreffende Substanz zu konsumieren. Alle anderen Handlungen werden diesem Drang untergeordnet. Ein Abhängigkeitssyndrom liegt nach den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor, wenn mindestens 3 der folgenden Kriterien während der letzten 12 Monate erfüllt waren (ICD-10: F1x:2):²

1. Starker Wunsch bzw. Zwang, die Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit während des Konsums (Beginn, Beendigung, Menge)
3. Körperliche Entzugssymptome beim Absetzen der Substanz
4. Pharmakologische Toleranzentwicklung (Abnahme der Wirkung einer Droge nach wiederholter Anwendung/„Gewöhnungseffekt“)
5. Fortschreitende Vernachlässigung privater und beruflicher Interessen. Es wird immer mehr Zeit für die Beschaffung und den Konsum der Substanz aufgewandt
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutiger schädlicher Folgen, die dem Konsumenten bewusst sind

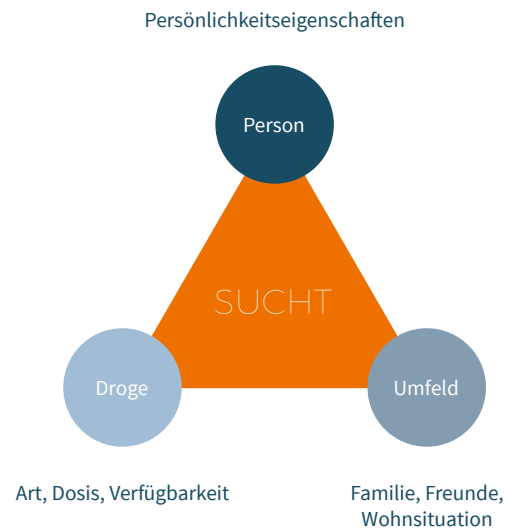
1.2 Wie entsteht Sucht?

Gründe für die Entwicklung einer Suchterkrankung sind vielfältig. Sicher ist: **Substanzgebrauch** allein bedeutet nicht, dass sich daraus notwendigerweise eine **Substanzabhängigkeit** entwickelt. Suchtmittel haben per definitionem ein **Suchtpotential**. Ob der Konsument aber am Ende tatsächlich **süchtig** wird, hängt von mehreren Faktoren wie Persönlichkeit, Erbanlagen und Umfeld ab („Suchtdreieck“).

Persönlichkeitsmerkmale, die eine Substanzabhängigkeit begünstigen, sind u. a. verminderte Impulskontrolle, ein gesteigertes Bedürfnis nach Spannungsreduktion oder ein permanentes Gefühl der Unzulänglichkeit. **Soziale Faktoren** können besonders belastende Lebenssituationen oder ein negatives soziales Umfeld sein. Zudem spielen die **Art der Droge**, ihre Verfügbarkeit sowie die **Dauer und die Art des Konsums** eine

entscheidende Rolle. Durch die Aufschlüsselung dieser Faktoren kann eine Abhängigkeitserkrankung sehr differenziert als Prozess betrachtet werden. Jede Sucht ist so individuell wie der Betroffene.

Abbildung: Suchtdreieck³



1.3 Opiate und Opioide



Opiate und Opioide sind **stark wirksame Schmerz- bzw. Betäubungsmittel mit hohem Suchtpotential**. Bei Opiaten handelt es sich in erster Linie um Substanzen, die Opium oder Opiumalkaloide (insbesondere Morphin) enthalten. Opioide ist ein Überbegriff für morphinähnliche synthetische oder teilsynthetische Substanzen, die wie Opiate wirken.

¹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Bericht zum Substitutionsregister. Bundesopiumstelle/84.1/22.01.2018, Seite 2.

² Bundesärztekammer: Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die Ärztliche Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 2007, Seite 19.

³ Eigene Darstellung adaptiert nach: „Drogenabhängigkeit“. Suchtmedizinische Reihe Band 4. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 4. Auflage Mai 2016, Seite 16.

Opioide haben 2 Gesichter – einerseits handelt es sich um hochwirksame Medikamente für die Schmerztherapie. Andererseits zählen sie durch ihre psychotropen, euphorisierenden und beruhigenden Eigenschaften zu den weltweit am häufigsten missbrauchten Drogen.

Opiate 	Opioide 
Grundstoff ist das Rohopium, welches aus den unreifen Kapseln des Schlafmohns gewonnen wird, um daraus Morphin zu isolieren.	Synthetisch oder teilsynthetisch gewonnene Derivate des Morphins. Dazu zählen verschreibungspflichtige Opioid-Schmerzmittel sowie das illegale Heroin.
Gängigste Substanzen <ul style="list-style-type: none"> • Morphin (Morphium) • Codein • Theabain • Papaverin 	Gängigste Substanzen Halbsynthetische Opioide <ul style="list-style-type: none"> • Heroin • Hydromorphon • Hydrocodon • Buprenorphin Vollsynthetische Opioide <ul style="list-style-type: none"> • Methadon/Levomethadon • Fentanyl • Demerol

Wirkmechanismus

Opiate und Opioide haben den gleichen Wirkmechanismus. Beide wirken unmittelbar auf das zentrale Nervensystem, indem sie an die dortigen **endogenen Opioid-Rezeptoren** andocken und sie künstlich aktivieren („Schlüssel-Schloss-Prinzip“). Die 3 wichtigsten Rezeptorengruppen sind die μ -Rezeptoren (sprich: Mü), δ -Rezeptoren (sprich: Delta)- und κ -Rezeptoren (sprich: Kappa).

Je nach Substanz haben die Wirkstoffe einen aktivierenden (agonistischen) oder hemmenden (antagonistischen) Effekt auf die verschiedenen Rezeptoren.

Opiate und Opioide als Rauschmittel

Aufgrund ihrer **euphorisierenden und berauschenden Wirkung** werden Opiate und Opioide in vielen Fällen missbräuchlich als Rauschmittel eingesetzt. Heroin ist dabei im Hinblick auf das Abhängigkeitspotential eine der **gefährlichsten und suchtpotentesten Drogen, deren Konsum Psyche und Körper massiv beeinträchtigt**. Nicht selten werden andere (illegale) Suchtmittel zusätzlich konsumiert („Polyvalenter- bzw. „Beikonsum“).

Als Rauschmittel werden die Substanzen auf verschiedenste Arten konsumiert, z. B. Rauchen, Trinken, Essen, Injektion oder Inhalation.

Einsatz von Opioiden in der Schmerztherapie

Opioide sind **stark schmerzlindernd** und wirken durch ihre dämpfenden, beruhigenden und psychotropen Eigenschaften zudem **schmerzdistanzierend**. Deshalb werden sie vor allem in der Schmerzmedizin bei starken akuten oder chronischen Schmerzen eingesetzt.

Sie haben zudem **anxiolytische Eigenschaften**, sie mindern also negative Gefühle wie Angst, Unlust oder Anspannungen. Beim Konsument stellt sich ein Gefühl von Euphorie, Zufriedenheit und Angstfreiheit ein. Diese psychischen Veränderungen klingen jedoch in der Regel nach Beendigung der Schmerztherapie und mit dem Absetzen der Substanz wieder ab.

In der Schmerztherapie können Opioide als Tabletten, Tropfen, Injektion oder transdermales Pflaster verabreicht werden.

Unerwünschte Wirkungen

Opiate und Opioide haben ein **starkes Abhängigkeitspotential** sowie eine höchst potente **Wirkung auf Kreislauf und Atmung**. Eine Überdosis kann daher schnell zu Atemlähmung, massivem Blutdruckabfall, Kreislaufkollaps, Herzinfarkt oder Koma führen. Auch zerebrale Krampfanfälle sind möglich.

Da sich die Opioid-Rezeptoren vor allem im zentralen Nervensystem und im Verdauungstrakt befinden, entstehen dort auch vorrangig die Nebenwirkungen:

- Neurologische Störungen wie Schwindel, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Pupillenverengung
- Atembeschwerden bis hin zur Atemlähmung
- Kreislaufabfall
- Verwirrtheit, Angstzustände, Alpträume
- Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen
- Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit
- Juckreiz, Hautausschlag, Hautrötungen, Schweißausbrüche
- Toleranzentwicklung, Abhängigkeitsstörung, Entzugssymptome nach dem Absetzen

Anzeichen für Opioidabhängigkeit

Opioidabhängigkeit ist gekennzeichnet durch ein **übermächtiges Verlangen nach der Droge**. Obsessive Gedanken an die Beschaffung und den Gebrauch der Droge dominieren den Alltag. Körperlich äußert sich missbräuchlicher Opioidkonsum vor allem in Form von unkontrollierbaren, plötzlichen Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisproblemen und akuten Verwirrheitszuständen. Hinzu kommen Seh- und Sprachprobleme, Koordinationsstörungen verbunden mit

Unfällen und Stürzen sowie im weiteren Verlauf Anzeichen für zunehmende Verwahrlosung.⁴

Entzugssymptome

CAVE: Das plötzliche Absetzen von Opiaten/Opioiden hat **massive körperliche und psychische Entzugssymptome** zur Folge und sollte daher unbedingt vermieden werden (sog. „Cold Turkey“)! Sinnvoller ist eine **sukzessive Entwöhnung in stationärer ärztlicher Behandlung** („Entzugsklinik“).

Mögliche negative Langzeitfolgen

Bei längerfristigem Konsum besteht das Risiko anhaltender Magen-Darm-Störungen, **bleibender hirnorganischer Veränderungen** wie verminderter Denkfähigkeit oder psychischer Beeinträchtigungen bis hin zu **akuten Psychosen**. Vor allem bei der missbräuchlichen Verwendung (z. B. illegaler Konsum von Heroin), können **Beschaffungskriminalität/-prostitution, Isolation sowie zunehmende soziale Verelendung und Verwahrlosung** die körperlichen und psychischen Folgeschäden des Opioidkonsums noch zusätzlich verstärken.⁵ Für Opioidabhängige besteht zudem ein hohes Risiko, sich mit einer **Infektionskrankheit wie Hepatitis B und C oder dem HI-Virus** zu infizieren.



WICHTIG

Das Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung ist bei einer kontrollierten, therapeutisch-induzierten Behandlung mit Opiaten oder Opioiden zur Schmerztherapie gering. Das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential sollte daher auf keinen Fall dazu führen, akuten oder chronischen Schmerzpatienten die notwendige Therapie zu versagen.⁶

⁴ „Basiswissen Sucht“. Psychotherapeutenkammer NRW. 1. überarbeitete Auflage November 2017, Seite 39.

⁵ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/medikamente/schmerzmittel.html. Abgerufen am 12.03.2018.

⁶ Ebd.

2. THERAPIEOPTIONEN BEI OPIOIDABHÄNGIGKEIT


Die Therapie der Opioidabhängigkeit ist ein stufenweiser Prozess, bei dem die Schadensminimierung in allen Lebensbereichen im Fokus steht und dessen oberstes Ziel die Suchtmittelfreiheit ist. Um dies zu erreichen, sind je nach Zustand des Patienten und dessen individueller Situation eine Reihe von Teilschritten notwendig.

2.1 Ziele der Therapie

Hierarchie der Interventionsziele bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit (Drug Policy WHO):⁷

1. **Sicherung des Überlebens** in kritischen Konsumphasen
2. **Gesundheitsstabilisierung und -förderung** durch Vermeidung des Risikos chronischer Infektionen (z. B. HIV oder Hepatitis)
3. **Sicherung der sozialen Umgebung durch Maßnahmen** wie Wohnungs- und Sozialstrukturerhalt
4. **Anstreben längerer Konsumpausen/Abstinenzphasen**
5. **Förderung der Einsichtsfähigkeit** in die Grunderkrankung
6. **Akzeptanz des eigenen Handlungsbedarfs**
7. **Annehmen des Abstinenzzieles**
8. **Rückfallprophylaxe**
9. **Therapeutische Aufarbeitung der Suchtproblematik**
10. **Berufliche Rehabilitation und soziale Integration**

Selten werden die oben genannten therapeutischen Zielebenen linear durchlaufen. Je nach aktueller Lebenssituation kann es auch vorkommen, dass Stufen übersprungen und wiederholt werden oder die Therapie komplett abgebrochen wird.

WICHTIG
 Die Behandlungsziele können nur erreicht werden, wenn der Patient zur Therapie und zur Aufgabe seines Konsumverhaltens und des damit verbundenen Lebensstils bereit ist. Dieser Wille sollte schon als Erfolg gewertet werden.

2.2 Hilfsangebote für Opioidabhängige

Ein Ausstieg aus der Opioidabhängigkeit verlangt neben **differenzierten Hilfsangeboten** auch die **Mitwirkungsbereitschaft** der Patienten. Die Angebote der Suchtkrankenhilfe sollten möglichst lückenlos aufeinander abgestimmt werden, um so einen schädlichen Gebrauch von Opioiden zu reduzieren bzw. zu eliminieren.

Akuthilfe

Diese „niederschweligen“ Angebote der Überlebenshilfe sind meist die ersten Anlaufstellen für Betroffene. Sie bieten dem Suchtkranken Schutzräume in Form von **Kontakt-, Konsum- und Schlafstätten** mit zum Teil direkt angeschlossener medizinischer Versorgung. Weiterführende Informationen zur „Akuthilfe“ auf Seite 20f (Tipps für Betroffene).

Suchtberatung

Die ambulante Suchtberatung spielt bei der angestrebten Opioid-Abstinenz eine wichtige Rolle. Spezialisierte Sucht- und Drogenberatungsstellen versuchen durch **Aufklärung und Prävention** den Abhängigen zu einer Veränderung zu motivieren und ihn bei seinem Abstinenz-Vorhaben zu unterstützen.



WICHTIG

Vor Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung muss der Patient durch eine Suchtberatungsstelle beraten werden.

Die Suchtberatungsstelle fertigt bei Bedarf einen **Sozialbericht** an, der eine passende Rehabilitationsform (ambulant oder stationär) empfiehlt. Auf Wunsch kann die Suchtberatungsstelle den Sozialbericht zusammen mit den ausgefüllten Antragsformularen und aktuellen Befundberichten an die Rentenversicherung weiterleiten.⁸

Entzugsbehandlung

Um eine erfolgreiche Entwöhnung zu erreichen, wird im Vorfeld eine **stationäre körperliche Entgiftung unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt**. Der Körper wird so von schädlichen

Stoffen befreit. Diese sogenannte Entzugsbehandlung findet in der Regel in psychiatrischen Kliniken statt. Die Patienten werden von suchtherapeutischen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegern unterstützt. Meist wird die Behandlung in Form eines „warmen Entzugs“ durchgeführt, bei dem die Entzugserscheinungen mit einem Substitutionsmittel, in der Regel Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin, gelindert werden. Die Dosierung wird während der Entzugsbehandlung schrittweise verringert, da die genannten Substanzen ebenfalls abhängig machen können.

Hinweis: Ein „kalter Entzug“ ohne Medikamente zur Linderung der Entzugserscheinungen ist unüblich.



WICHTIG

Eine Entzugsbehandlung (= Entgiftung) ist keine Entwöhnungsbehandlung (= Therapie)!

Kostenträger

Für die stationäre Entzugsbehandlung sind die **Krankenkassen** oder die Träger der **Sozialhilfe** zuständig.

Voraussetzungen

Generell ist eine Entzugsbehandlung an keine bestimmten Voraussetzungen gebunden. Es muss eine **ärztliche Einweisung** ausgestellt werden. Um in eine Klinik aufgenommen zu werden, muss der Patient sich telefonisch anmelden. Die Kliniken haben **Wartelisten**. Der Betroffene muss daher bis zu seiner Aufnahme die Klinik regelmäßig kontaktieren.

⁷ Vgl. „Drogenabhängigkeit“. Suchtmedizinische Reihe Band 4. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 4. Auflage Mai 2016, Seite 50.

⁸ Vgl. www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/02_leistungen/04_sucht_reha/sucht_reha_node.html Abgerufen am 18.05.2018.

Hinweis: Ist jemand wegen einer **Straftat** zu einer Freiheitsstrafe von höchstens 2 Jahren verurteilt worden und die Tat wurde nachweislich **aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit** begangen, so kann die Gefängnisstrafe für längstens zwei Jahre zugunsten der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung zurückgestellt werden (§ 35 Betäubungsmittelgesetz).

Dauer und Ablauf

Die stationäre Entzugsbehandlung kann von wenigen Tagen bis zu 3 Wochen dauern. Der Patient wird in dieser Zeit von qualifiziertem Fachpersonal betreut („**qualifizierte“ Entgiftung**).

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 Euro täglich, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr. Unter Umständen kann bei der Krankenkasse auch eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden.

Klassische Entwöhnungstherapie

Die Entwöhnungsbehandlung ist eine Maßnahme der **medizinischen Rehabilitation**, mit der im speziellen stoffgebundene Suchterkrankungen wie Opioidabhängigkeit therapiert werden. Sie soll dem Patienten helfen, von seinem Suchtmittel abstinent zu bleiben und die mit der Sucht einhergehenden körperlichen und seelischen Störungen weitestmöglich auszugleichen.

Je nach Notwendigkeit werden **ärztliche, sucht-, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen kombiniert**. Diese setzt ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Krankenpflegern um.

Kostenträger

Die **Entwöhnungsbehandlung** kann von der Rentenversicherung oder der Krankenkasse übernommen werden. Wenn der Betroffene die Voraussetzungen nicht erfüllt, kommen für die Kostenübernahme die Träger der Sozialhilfe in Betracht.

Voraussetzungen

Um über die Rentenversicherung eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nehmen zu können, müssen Patienten Beiträge an die Rentenversicherung geleistet haben und bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllen.

Der Kostenträger verlangt zudem

- ein Minimum an Krankheitseinsicht, Motivation und Freiwilligkeit bei Therapie und Nachsorge
- die Aussicht, dass die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wiederhergestellt werden kann.

Antragstellung

Betroffene beantragen die Entwöhnungsbehandlung bei ihrer Rentenversicherung. Das Antragsformular ist bei der Rentenversicherung und den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation erhältlich.

Der Antrag muss folgende Unterlagen enthalten:

- Aktueller Befundbericht inklusive verschiedener Laborbefunde
- Sozialbericht der Suchtberatungsstelle

**TIPP**

Die Entwöhnungsbehandlung sollte bereits vor Ablauf der Entgiftungsbehandlung beantragt werden.

Nur so können sich Krankenkasse und Rentenversicherungsträger abstimmen und die Behandlungen nahtlos aneinander anschließen!

Hinweis: Suchtberatungsstellen unterstützen Patienten bei der Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung.

Dauer und Ablauf

Eine Entwöhnungsbehandlung kann **stationär in einer spezialisierten Fachklinik, ganztägig ambulant** (Tagesklinik) oder **in einer psychosozialen Beratungsstelle** ambulant durchgeführt werden. Dabei sind Kurzzeittherapien und Standardtherapien möglich.

Eine **stationäre Entwöhnung** dauert zwischen 8 und 26 Wochen. Daran kann eine **Anpassungsphase** von bis zu 20 Wochen anschließen. Dabei wird unter realen Bedingungen erprobt, inwiefern die Behandlung dem Betroffenen eine eigenständige Lebensführung ermöglicht.

Ganztägig **ambulante Entwöhnungstherapien** (4–6 Stunden täglich) finden in einer wohnortnahen Einrichtung statt und dauern ebenfalls bis zu 20 Wochen.

Die **ambulante Entwöhnungstherapie in einer Beratungsstelle** umfasst therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, in der Regel für 6 bis maximal 18 Monate.⁹

Im Anschluss an die (ambulante oder stationäre) Entwöhnungsbehandlung werden Betroffenen bei Bedarf die Kosten für Nachsorgeleistungen, beispielsweise bei Suchtberatungsstellen, erstattet.

Zuzahlung

In der Regel sind **bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung Zuzahlungen zu leisten**. Diese richten sich nach der Aufenthaltsdauer. Die Patienten zahlen pro Kalendertag 10 Euro, jedoch längstens für 42 Tage im Kalenderjahr, wenn vorab keine Entgiftungsbehandlung erfolgte. Findet die Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung/Entgiftung statt, müssen lediglich für 14 Kalendertage Zuzahlungen geleistet werden. Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) oder Leistungen zur Grundsicherung (ALG II) können sich vollständig von der Zuzahlung befreien lassen. Bei Geringverdienern ist eine vollständige oder teilweise Zuzahlungsbefreiung möglich.

Hinweis: Bei der ambulanten Entwöhnungsbehandlung entstehen dem Patienten keine Kosten.

Substitutionstherapie

Die substitutionsgestützte Behandlung ist eine wissenschaftlich gut evaluierte Therapieform und für die Mehrheit der Patienten die Therapie der 1. Wahl. Anstelle von Heroin wird ein medikamentöser Drogenersatzstoff eingenommen. Der Betroffene bleibt **weiter opioidabhängig**, ist aber **nicht mehr heroinsüchtig**. Die „**kontrollierte Abhängigkeit**“ steht im Vordergrund.

⁹ Vgl. „Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Sucht.“ Deutsche Rentenversicherung. 12. Auflage 8/2017, Seite 12ff.

Durch die agonistische (identische) Wirkung der Substitutionspräparate auf die Opioid-Rezeptoren fühlt sich der Patient körperlich besser, da die Entzugsbeschwerden und das Heroin-Verlangen unterdrückt werden. Ein „Kick“ bzw. Drogen-„High“ wird dagegen nicht ausgelöst. In Deutschland befinden sich derzeit etwa 40–50 % der Opioidabhängigen in einem Substitutionsprogramm.¹⁰

Vorteile der Substitution

- Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes
- Verringerung des Infektionsrisikos mit HIV oder Hepatitis durch Wegfall der intravenösen Injektionen
- Sanfte, schrittweise Drogen-Entwöhnung ohne oder nur mit geringen Entzugserscheinungen
- Abstandgewinnung vom Drogenmilieu
- Entkriminalisierung
- Chance auf einen Neuanfang
- Möglichkeit der Wiedereingliederung in das Sozial- und Berufsleben

Voraussetzungen

Bei der Frage, ob eine Substitutionsbehandlung indiziert ist, muss stets der individuelle Nutzen einer Substitutionsbehandlung gegenüber den Gefahren eines unkontrollierten Drogenkonsums abgewogen werden. Bei Jugendlichen und Patienten, die erst seit Kurzem abhängig sind, ist besondere Sorgfalt geboten. Eine Substitutionstherapie muss bei dieser Patientengruppe in der Behandlungsdokumentation explizit begründet werden. Zudem ist eine engmaschige psychosoziale Betreuung wichtig.¹¹


Dauer

Der Weg zu dauerhafter Abstinenz ist lang und auch im Rahmen einer Substitutionstherapie für viele Betroffene schwer zu erreichen. Aus diesem Grund sind die meisten Drogensatzprogramme **auf unbefristete Zeit angelegt**.

Therapieplatzsuche

Folgende Institutionen können bei der Suche nach freien Behandlungsplätzen behilflich sein:

- Drogenhilfeeinrichtungen
- Clearingstellen
- Niedergelassene substitutionserfahrene Ärzte oder Apotheker
- Suchtkliniken und -ambulanzen

WICHTIG
 **Substitution ist immer nur ein Therapiebaustein im Gesamtbehandlungsplan. Begleitende substanzbezogene Störungen und somatische Erkrankungen müssen stets mittherapiert werden. Zudem werden psychosoziale, psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen durchgeführt.**

Substanzen zur Substitution

Zugelassene Substitutionsmittel sind **ärztlich verschriebene Betäubungsmittel**. Am häufigsten werden die nach § 5 Abs. 6 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (teil-)synthetisch hergestellten Opioiden **Methadon**, **Levomethadon** und **Buprenorphin** verschrieben. Der substituierende Arzt entscheidet über die Auswahl des Substitutionsmittels und dessen Dosierung bei jedem Patienten individuell.

Methadon

Methadon ist ein synthetisch hergestelltes Opioid und mit 40,9 % **das meist verschriebene Substitutionsmittel**.¹² Das seit 1960 eingesetzte Arzneimittel lindert Entzugserscheinungen bei Opioidabhängigen und hat eine weniger euphorisierende Wirkung als andere Opioide. Methadon wird im Rahmen eines **integrierten Behandlungskonzeptes** mit medizinischer, sozialer und psychologischer Versorgung eingesetzt. Die Einnahme erfolgt in der Regel täglich oral unter ärztlicher Aufsicht. Bei längerer Behandlung kann Methadon zu einer physischen und psychischen Abhängigkeit führen. Wird es abrupt abgesetzt, sind daher schwere Entzugserscheinungen zu erwarten.

Levomethadon

Levomethadon lindert starke Schmerzen und unterstützt Opioidabhängige während ihrer Substitutionstherapie. Das synthetisch hergestellte Substitutionsmittel gehört zur Gruppe der Opioide und wird ebenfalls seit den 1960er Jahren verabreicht. Seit 10 Jahren steigt der Anteil der Patienten, die mit Levomethadon substituiert werden, kontinuierlich an. Inzwischen liegt er bei 34 %.¹³ Die Behandlung mit Levomethadon erfolgt **unter intensiver medizinischer, sozialer und psychologischer Überwachung**. Levomethadon kann genauso wie Methadon zu einer Abhängigkeit führen. Eine Langzeitbehandlung muss schrittweise beendet werden, da ein jäher Abbruch zu schwerwiegenden Entzugserscheinungen führen kann.



Buprenorphin

Buprenorphin ist ein Mittel, das zur Behandlung von stark ausgeprägten Schmerzen und zur Therapie bei Opioidabhängigkeit verwendet wird. Das teilsynthetisch hergestellte Opioid wird seit Mitte der 1990er Jahre in der Substitutionstherapie via Spritze, Tablette oder Pflaster verabreicht. Durch die Einnahme von Buprenorphin können bei Patienten mit einer Opioidabhängigkeit **Entzugserscheinungen gelindert werden**. Im Vergleich zu Methadon hat dieses Medikament keine stark ausgeprägte sedierende Wirkung. Seit 3 Jahren liegt die Verschreibung von Buprenorphin kontinuierlich bei ca. 23 %.¹⁴

¹⁰ „Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter“. Thieme Verlag. 2. überarbeitete Auflage 2016, Seite 167.

¹¹ „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“. Richtlinien-Text, Stand: 27.04.2017, Seite 7.

¹² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Bericht zum Substitutionsregister Januar 2018. Bundesopiumstelle/84.1/22.01.2018, Seite 4.

¹³ Ebd.

¹⁴ Ebd.

Morphinsulfat retard


Morphinsulfat ist retardiertes Morphin (lat. „retardare“ verzögern, hier: mit verzögerter Wirkstoff-Freisetzung) und in Deutschland seit 2015 zur oralen Substitutionsbehandlung zugelassen. Die Substanz ist in der Substitution aber wenig gebräuchlich. Der Anteil der damit substituierten Patienten liegt aktuell bei unter 1 %.¹⁵

Psychotherapie

Häufig haben Opioidabhängige psychische Schwierigkeiten, die eine ergänzende Psychotherapie sinnvoll machen.

Voraussetzungen

Im Jahr 2011 wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Zugang zu einer Psychotherapie für suchterkrankte Patienten verbessert. Seitdem ist eine **Substanzmittelfreiheit zu Beginn der Therapie nicht mehr Voraussetzung**.

WICHTIG
 Diese Ausnahmeregelung greift nur dann, wenn die Patienten „bereits Schritte unternommen haben, die eine baldige Suchtmittelfreiheit herbeiführen“.¹⁶ Diese sollte bis zum Ende von max. 10 Therapiestunden erreicht werden.

Bei opioidabhängigen Betroffenen, die sich in einer **Substitution** befinden, ist eine Psychotherapie nur dann möglich, wenn eine **substanzbezogene zusätzliche Störung ausgeschlossen** und die Zusammenarbeit mit substituierenden Ärzten sichergestellt ist. Zudem muss ein **Behandlungserfolg zu erwarten** sein. Das heißt, der **Patient muss motiviert** sein, die nötige **Persönlichkeitsstruktur** besitzen und in der Lage sein, sich auf die Therapie einzulassen.

Kostenträger


Der Therapeut stellt den **Antrag auf Psychotherapie** bei der zuständigen **Krankenkasse**. Hierzu muss dieser eine Kassenzulassung haben, eine ärztliche Überweisung ist nicht zwingend erforderlich. Nach dem Erstgespräch teilt der Psychotherapeut der Krankenkasse die Diagnose, die Indikation sowie Art und Umfang der geplanten Therapie mit.

Dauer und Art der Behandlung

Die Länge der Therapie ist abhängig von der Therapieform. In der Kurzzeittherapie können z. B. maximal 12 Stunden, in der analytischen Psychotherapie zwischen 160 bis maximal 300 Stunden verschrieben werden.

Bei allen psychotherapeutischen Behandlungsformen können die Therapeuten und ihre Patienten eine Verlängerung beantragen, wenn der Therapieverlauf zeigt, dass das Behandlungsziel im ursprünglichen Zeitrahmen noch nicht, aber mit einer Verlängerung sehr wahrscheinlich erreicht werden kann.

Eine **Umwandlung von Kurzzeit- auf Langzeittherapie ist möglich**, diese muss aber spätestens zur 20. Sitzung Kurzzeittherapie beantragt werden. Bereits geleistete Stunden werden auf die Langzeittherapie angerechnet. Eine Therapieeinheit dauert im Schnitt 50 Minuten.

TIPP
 Ausführliche Informationen zur Psychotherapie in den „Richtlinien des GBA über die Durchführung der Psychotherapie“ unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20. Adresslisten mit kassenärztlich zugelassenen Therapeuten führen die jeweiligen Krankenkassen.

Zuzahlung

Bei Bewilligung der Psychotherapie durch die gesetzliche Krankenkasse ist der Patient von der Zuzahlung befreit.

Soziotherapie

Soziotherapie ist eine **fachspezifische ambulante Betreuung von schwer psychisch kranken Patienten**, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen eigenständig in Anspruch zu nehmen. Sie soll dazu dienen, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen bzw. zu vermeiden.

Wer kann Soziotherapie verordnen?

Grundsätzlich können nur Ärzte eine Soziotherapie verordnen, die hierfür eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung haben. In der Regel sind dies Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie Psychiatrische Institutsambulanzen. Zusätzlich müssen die Fachärzte eine Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur vorweisen.

Neu: Seit dem 1. April 2018 dürfen auch **Psychologische Psychotherapeuten** mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Soziotherapie anbieten. Andere Vertragsärzte, wie zum Beispiel Hausärzte, haben die Möglichkeit, ihre Patienten dorthin zu überweisen. Für die Verordnung werden spezielle Vordrucke verwendet.

Ausnahme: Hat der überweisende Arzt Zweifel, dass der Patient den Facharzt aufsucht, kann er eine Verordnung mit maximal 5 Therapieeinheiten ausstellen und einen soziotherapeutischen Leistungserbringer hinzuziehen. Ziel ist, dass der psychisch kranke Mensch die Überweisung wahrnimmt.

Voraussetzungen

Für Menschen, die an **schweren psychischen Erkrankungen** aus dem schizophrenen Formenkreis (z. B. Schizophrenie, wahnhafte Störungen) oder Störungen des Affekts (z. B. depressive Episoden mit psychotischen Symptomen) leiden, kann diese Therapieform beantragt werden.

Die Indikation für Soziotherapie ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Fähigkeitsstörungen vorliegt:

- Probleme beim Antrieb, der Ausdauer und Belastbarkeit
- Einschränkungen im planerischen Denken und Handeln mit fehlendem Realitätsbezug
- Störungen im Verhalten, in der Konfliktlösung sowie mangelnde Kontaktfähigkeit
- Störungen der Kognition, wie der Fähigkeit zur Konzentration, zum Merken, zum Lernen sowie zum problemlösenden Denken
- Mangelnde/s Krankheitseinsicht und -verständnis
- Probleme beim Erkennen von Konflikten und Krisen

Darüber hinaus sollte der Patient, um die Therapieziele erreichen zu können, **ausreichend belastbar und motiviert sein**, über **Kommunikationsfähigkeiten** verfügen und in der Lage sein, **einfache Absprachen einzuhalten**.

¹⁵ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Bericht zum Substitutionsregister Januar 2018. Bundesopiumstelle/84.1/22.01.2018, Seite 4.

¹⁶ Vgl. www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1310. Abgerufen am 03.04.2018.

Kostenträger

Kostenträger der Soziotherapie ist die **Krankenkasse**. Die beantragte Therapie muss vorab von dieser geprüft und genehmigt werden (Ausnahme: 5 Therapieeinheiten zur Sicherstellung des Facharztbesuches). Hierfür kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) involvieren.

Dauer und Inhalte der Behandlung

Die Behandlungsdauer ist abhängig von der Krankheit des Patienten. Meist wird die Therapie als Einzelmaßnahme in einem Zeitraum von maximal 3 Jahren mit insgesamt 120 Stunden à 60 Minuten erbracht. In besonderen Fällen kann die Therapie auch in der Gruppe mit einer maximalen Größe von 12 Teilnehmern erfolgen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Therapieeinheit 90 Minuten, das Gesamtkontingent wird nicht verlängert.

Arzt, Soziotherapeut und Patient erstellen gemeinsam den **Betreuungsplan**. Der Soziotherapeut koordiniert dabei folgende Leistungen:

- Aktive Hilfe wie auch Hilfe zur Selbsthilfe
- Übungen zur Verbesserung von Belastung, Motivation und Ausdauer im sozialen Umfeld des Patienten (Unterstützung durch Familie und Freunde ist hier sehr wichtig)
- Training von Verhaltensänderungen, Tagesstrukturierung und Konfliktlösungsmöglichkeiten
- Hilfestellung bei Krisen
- Anleitung zur Verbesserung und Verstärkung der individuellen Krankheitswahrnehmung

Anbieter

Soziotherapeutische Leistungen dürfen nur von **Sozialarbeitern und Fachpflegekräften für Psychiatrie** mit Berufserfahrung sowie einer **speziellen Zulassung** erbracht werden.

Anlaufstellen

Bei Krankenkassen, sozialpsychiatrischen Diensten und Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde gibt es Listen der örtlich zugelassenen Anbieter von Soziotherapie.

Zuzahlung

Der Versicherte muss pro Kalendertag einen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro pro Tag, übernehmen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Patienten bei der Krankenkasse auch eine Zuzahlungsbefreiung beantragen.



TIPP

Ausführliche Informationen zur Soziotherapie in den „Richtlinien des GBA über die Durchführung der Soziotherapie“ unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24

Soziale Rehabilitation und Nachsorge

Ist die Therapie bis zu diesem Punkt erfolgreich, steht im Rahmen der sozialen Rehabilitation die **berufliche und soziale Reintegration** im Fokus. Der nunmehr Abstinente soll dabei unterstützt werden, sein Leben selbstständig zu gestalten, wieder einer Arbeit nachzugehen und gesunde, tragfähige Bindungen außerhalb des Drogenmilieus aufzubauen. Zudem sind der Besuch einer Selbsthilfegruppe und ein Austausch mit anderen Suchterfahrenen empfehlenswert. (Näheres hierzu unter „Suchtselbsthilfe“, Seite 21.)

3. FINANZIELLE LEISTUNGEN WÄHREND DER REHABILITATION

Um Betroffenen die Entscheidung für eine (ganztägig ambulante/stationäre) Therapie zu erleichtern, hat der Gesetzgeber neben der Übernahme der Behandlungskosten, weitere Regelungen zu ihrer finanziellen Sicherung und Unterstützung getroffen.

Lohnfortzahlung (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz)

Wird ein Arbeitnehmer krank oder beginnt eine stationäre Therapie, hat er zunächst Anspruch auf 6 Wochen Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber. Danach erhalten Arbeitnehmer in der Regel Krankengeld von der Krankenkasse oder, falls bereits eine stationäre oder ganztägig ambulante Therapie/Entwöhnungsbehandlung begonnen wurde, Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger.

Übergangsgeld

Das Übergangsgeld ist eine Lohnersatzleistung der Rentenversicherung, die für die gesamte Dauer der Entwöhnung gezahlt werden kann. Voraussetzung ist zum einen, dass unmittelbar vor Beginn der Rehabilitation Arbeitseinkommen erzielt wurde oder eine andere Lohnersatzleistung geleistet wurde, deren Berechnung ein Arbeitseinkommen zugrunde liegt. Dies kann zum Beispiel Arbeitslosengeld oder Krankengeld sein. Weitere Voraussetzung ist, dass im sog. Bemessungszeitraum Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden.

Hinweis: Weitere Informationen zum Übergangsgeld gibt es im neuraxWiki Haupttrattegeber Sozialrecht Kapitel „Leistungen zur Rehabilitation“.

Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt

Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erhalten diese Leistung auch während der Entwöhnungsbehandlung von ihrem zuständigen Jobcenter. Der Träger der Grundsicherung sollte aber darüber informiert sein, dass der Betroffene dem Arbeitsmarkt in dieser Zeit nicht zur Verfügung steht.

Hinweis: Auch die Ansprüche auf Sozialhilfe/Hilfe zum Lebensunterhalt und Erwerbsminderungsrente ändern sich während der Entwöhnung nicht.

Zusätzliche Leistungen

Unabhängig davon, ob Patienten Lohnfortzahlung oder Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten, werden von dem jeweiligen Kostenträger der Entwöhnungsbehandlung (grundsätzlich Kranken- oder Rentenversicherung) bei Bedarf weitere Aufwendungen übernommen, wie u. a.:

- Die Reisekosten für die An- und Abreise zur stationären Entwöhnung
- Reisekosten für Familienheimfahrten oder Besuche von Angehörigen
- Haushaltshilfe, insbesondere um die Versorgung von Kindern sicherzustellen
- Kosten für notwendige Begleitpersonen

Hinweis: Bei einer **Entzugsbehandlung** gelten die gleichen Regeln zu Lohnfortzahlung und Krankengeld wie bei einem normalen Krankenhausaufenthalt. Kostenträger ist in der Regel die Krankenkasse. Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld II laufen normal weiter.



4. BEHINDERUNG UND SCHWERBEHINDERUNG

Die Feststellung einer Behinderung und des Grads der Behinderung (GdB) erfolgt nach den Vorgaben der Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Eine Behinderung im Sinne des Gesetzes liegt vor, „wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 SGB IX)

Häufig kommt es aufgrund des chronischen Gebrauchs von Opioiden zusätzlich zu der körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit zu **psychischen Veränderungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten**. Es liegt dann eine körperlich-seelische Funktionseinschränkung vor, welche die Vergabe eines GdB rechtfertigen kann.

Befindet sich der Patient in einem Substitutionsprogramm, wird in der Regel ein GdB zwischen 30 und 50 ausgesprochen.¹⁷ Hat der Betroffene (drogenbedingte) chronische Begleiterkrankungen wie psychiatrische Auffälligkeiten, Organschäden oder eine HIV- bzw. Hepatitis-Infektion, kann der GdB auch höher ausfallen.



WICHTIG

Die Drogenproblematik und ihre Auswirkungen sind vielschichtig. Ob ein GdB festgesetzt wird, hängt vom individuellen Fall ab. Betroffene sollten sich daher zunächst an ihren Arzt wenden. Der Schwerbehindertenausweis kann beim örtlichen Versorgungsamt beantragt werden.

Hinweis: Weiterführende, detaillierte Informationen zum Grad der Behinderung, den damit verbundenen Nachteilsausgleichen und Sonderregelungen im Arbeitsleben gibt es im **neuraxWiki Hauptratgeber Sozialrecht**, Kapitel „Behinderung und Schwerbehinderung“.

¹⁷ „Teilhabe durch berufliche Integration“. Bundesagentur für Arbeit. Online Ressource. Abgerufen unter: <http://ow.ly/6n8Z30jck2w> am 28.03.2018.

5. TIPPS FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE

Eine Opioidabhängigkeit wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus. Viele als selbstverständlich erachtete Dinge wie Mobilität, finanzielle Sicherung und ein gesundes Sozial- und Familienleben sind grundsätzlich in Frage gestellt. Betroffene sowie ihre Angehörigen stehen vor großen Herausforderungen.

5.1 Verhaltensempfehlungen für Betroffene

Suchthilfe und Selbsthilfe

Veränderungswille

Um erste Schritte aus der Abhängigkeit zu wagen, braucht es einen Impuls oder einen Anlass, z. B.:¹⁸

1. Zwang von außen

Unausweichlicher Zwang von außen kann den Konsum manchmal kurzfristig stoppen. Für eine nachhaltige Entwicklung ist aber ein „Aha-Effekt“ beim Betroffenen nötig.

2. Hoffnung und Perspektive

Positive Veränderungen des Umfelds oder der Lebenssituation wie eine neue Arbeit, eine Schwangerschaft oder ein Umzug können zum Ausstieg aus dem Konsum führen.

3. Unerträglichkeit des Ist-Zustands

Manchmal wird der Ausstieg aus dem Konsum erst dann gewagt, wenn die **persönliche Situation unerträglich** geworden ist (Krankheit, Schmerzen, familiäre Probleme, Selbstverach-

tung etc.). Patienten müssen erkennen, dass die **Ursache** dafür nicht von außen kommt, sondern dass sie ihr Problem selbst lösen müssen.

Wer aus der Abhängigkeit aussteigen will, sollte sich folgendes bewusst machen: „**Änderung ist kein Ereignis, sondern ein Vorgang.**“

Am einfachsten lässt sich dieser Weg gehen, wenn er nicht nur durch ein „weg von“, sondern auch durch ein „hin zu“ klar definiert ist. Wie auch immer das Ziel bzw. das Mehr an Lebensqualität für den Einzelnen aussehen mag, wichtig sind in jedem Fall **Mitstreiter und professionelle Hilfe.**

Akuthilfen

Bei der Akuthilfe werden **Betroffene bei** weiter bestehender **Sucht begleitend unterstützt**. Durch solche niederschweligen Hilfen wie Kontakt- und Konsumräume („Fixerstuben“) sollen eine Verschlimmerung der Sucht verhindert und gesundheitliche wie soziale Folgen so gering wie möglich gehalten werden.

Suchtberatung

In Deutschland gibt es ein dichtes Netz an Suchtberatungsstellen unterschiedlicher Träger. Ihr Angebot richtet sich an Abhängige, aber auch an deren Angehörige. Sie informieren über **sämtliche Fragen zum Thema Sucht**, bieten **ambulante Therapien** an und **leiten bei Bedarf weitere Maßnahmen ein**, wie Entwöhnungstherapien, Substitutionsbehandlungen, betreutes Wohnen etc.. Auch Hotlines und Nachsorgeleistungen gehören zu ihrem Angebot. Häufig sind an die Einrichtungen der Suchthilfe auch Angebote der Suchtselbsthilfe geknüpft. Alle Gespräche werden **streng vertraulich** behandelt. Die **Inanspruchnahme ist kostenlos**.



TIPP

Eine wohnortnahe Suchtberatungsstelle finden Betroffene unter www.dhs.de/nc/einrichtungssuche/online-suche.html

Suchtselbsthilfe

Suchtselbsthilfe meint **Hilfe von Betroffenen für Betroffene und Angehörige** – und zwar vor, während und nach einer **therapeutischen oder medizinischen Behandlung**. In der Regel findet Suchtselbsthilfe in Form von Selbsthilfegruppen statt, wobei der Schwerpunkt meist auf der Festigung der Abstinenz liegt. Ein wesentlicher Wirkfaktor ist, dass die Verantwortung vollständig beim Betroffenen belassen wird. Hier hilft jeder sich selbst und motiviert durch sein Beispiel den anderen, sich selbst zu helfen.¹⁹

Hinweis: Unter „Adressen und Ansprechpartner“ findet sich eine Auswahl von Kontaktangeboten der Suchthilfe und Selbsthilfe.

Sicherheit im Straßenverkehr

Die Einnahme von Drogen und das sichere Führen eines Kraftfahrzeugs schließen sich aus. Unter dem Einfluss von Opioiden kommt es – ebenso wie bei deren Entzug – zu psychischen und physischen Funktionsstörungen. Das Reaktions-, Konzentrations- und das Urteilsvermögen sind eingeschränkt.

Der Gesetzgeber übt bei illegalen Drogen am Steuer **Null-Toleranz**. Werden nach einer Blutentnahme entsprechende Substanzen nachgewiesen, ohne dass der Betroffene eine durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ausgestellte Erlaubnis zur Teilnahme am Straßenverkehr mit Betäubungsmitteln vorweisen kann (§ 3 BtMG), muss er mit entsprechenden Konsequenzen rechnen.




Laut § 24a Abs. 2 der Straßenverkehrsordnung begeht jemand eine **Ordnungswidrigkeit**, der unter der Wirkung eines berauschenden Mittels ein Kraftfahrzeug führt. Hier ist mit einem Bußgeld und einem Fahrverbot zu rechnen. Haben die Beamten bei der Verkehrskontrolle drogenbedingte Ausfallerscheinungen festgestellt oder kam es zu einem Unfall, so liegt ein

¹⁸ Vgl. „Die Suchtfibel“. Rolf Schneider. 17. korrigierte Auflage; SchneiderVerlag Hohengehren GmbH, 2013, Seite 180 ff.

¹⁹ Vgl. Ebd. Seite 383.

Straftatbestand vor (§ 316 StGB). Der Führerschein wird unmittelbar einbehalten, das Fahrzeug stillgelegt und es ist mit einer erheblichen Freiheits- und Geldstrafe zu rechnen.

WICHTIG
 Die Straßenverkehrsbehörde wird durch die Polizei informiert – auch wenn der Opioidkonsum nicht bei einer Verkehrskontrolle festgestellt wurde. Die Fahreignung des Betroffenen wird überprüft – in der Regel folgen ärztliche Begutachtungen, Drogenscreenings und der Entzug des Führerscheins. Um ihn wieder zu erlangen, müssen Patienten 6 bis 12 Monate Abstinenz nachweisen und sich einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) stellen.

Hinweis: Wer an einem **Substitutionsprogramm** teilnimmt, kann nur unter bestimmten Voraussetzungen zur MPU zugelassen werden. Laut den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung gehören hierzu u. a.:

- Eine mindestens einjährige Substitution
- Eine psychosoziale stabile Integration
- Die Freiheit von Beikonsum inklusive Alkohol, seit mindestens 1 Jahr
- Der Nachweis der Eigenverantwortung
- Therapiecompliance
- Stabile Gesamtpersönlichkeit

Der substituierende Arzt überprüft und dokumentiert die genannten Faktoren, bevor der Patient zur MPU-Beurteilung zugelassen wird.²⁰



TIPP

Weiterführende Informationen zum Thema MPU sind auf den Seiten der Bundesanstalt für Straßenwesen (www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/BLL-Download.html?nn=605482) und bei lokalen Suchtberatungsstellen sowie Automobilclubs zu finden.

Opioidabhängigkeit am Arbeitsplatz

Schwankende Arbeitsleistung, erhöhte Fehlzeiten und Unfallgefahr zählen zu den Risiken, die mit dem Opioidkonsum am Arbeitsplatz einhergehen. Ist der Betroffene polizeilich bekannt und droht der Führerscheinentzug, ist der Arbeitsplatz zusätzlich gefährdet. Das Bedienen von Maschinen kann ebenso wie Dienstfahrten untersagt werden. Auch das schlichte Erreichen des Arbeitsplatzes kann zum Problem werden.

Insbesondere größere Betriebe haben einen **Suchtbeauftragten**, welcher der Schweigepflicht unterliegt. Er kann helfen, einen Weg aus der Sucht zu finden und den Arbeitsplatz zu erhalten oder wiederzuerlangen. Nach Abschluss einer Rehabilitation gibt es spezielle **Programme zur beruflichen Wiedereingliederung**. Diese sind mit Unterstützung des entsprechenden Kostenträgers, in der Regel die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkasse, auch bei einem neuen Arbeitsverhältnis möglich. Darüber hinaus vermitteln lokale **Suchtberatungsstellen** in Projekte zur beruflichen Integration, die auf Suchtkranke zugeschnitten sind.

²⁰ Vgl. „Begutachtungsrichtlinien zur Kraftfahreignung“. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit Heft M 115, Stand: 14.08.2017, Seite 83.

Schwangerschaft und Elternschaft

Angst, Hoffnung, Schuld – werden opioidabhängige Frauen schwanger, stürzt sie das häufig in ein Gefühlschaos. Betroffene sollten sich **dringend ärztliche Hilfe suchen**. Opiate und Opioide passieren die Plazentaschranke und sind im fetalen Organismus nachweisbar. Dies stellt ein nicht abschätzbares **Risiko für Früh- und Fehlgeburten bis hin zu gravierenden Entwicklungsschäden, insbesondere im neurologischen Bereich**, dar.

Für die Schwangere und für das ungeborene Leben ist daher eine frühe Zusammenarbeit der Hilfesysteme unerlässlich. Diese können sein: Gynäkologe, Geburtsklinik und Hebamme, (substituierender/behandelnder) Arzt, ambulante oder stationäre Therapieeinrichtungen, koordinierende Kinderschutzstellen und das Jugendamt. Scheinen diese Stellen der Schwangeren schwer zugänglich, sei es aus Scham, Angst vor Bevormundung oder vor Kindesentzug, sind Suchtberatungsstellen erste niedrigschwellige Ansprechpartner.



Fällt die Entscheidung für ein Austragen der Schwangerschaft, können in diesem Rahmen weitere **soziale Grundfragen geklärt werden**.²¹

- Wie sind die **Wohnverhältnisse** (fester Wohnsitz, Wohnung ausreichend groß)?
- Wie steht es um die **finanzielle Grundversorgung** (Grundsicherung, Job, Beruf)?
- Lässt sich **soziale Unterstützung** organisieren (Mutter, Schwiegermutter, Kindsvater, Geschwister, Freundinnen)?
- Sind **weitere Hilfen** durch das Jugendamt, durch Gesundheits- und Sozialdienste nötig?

Entzug und Substitution während der Schwangerschaft

Ein **kalter Entzug**, also ein abruptes Absetzen des Suchtmittels während der Schwangerschaft, stellt für das ungeborene Kind ein erhebliches Risiko dar und sollte daher unbedingt vermieden werden. Der Gesetzgeber empfiehlt daher den Beginn einer **Substitutionsbehandlung** bei bekannter Schwangerschaft.²² Opioidabhängige Schwangere werden meist mit Methadonratemat, Levomethadon oder Buprenorphin substituiert.²³

Neonatales Entzugssyndrom/Abstinenzsyndrom (NAS)

Nach der Geburt kommt es in 75–90 % der Fälle zum sog. **neonatalen Entzugssyndrom/Abstinenzsyndrom (NAS)** des Säuglings. NAS tritt bei Kindern drogenabhängiger Mütter auf, da der mutter-kindliche Stoffaustausch über die Plazenta während der Schwangerschaft auch beim Ungeborenen zu einer Abhängigkeit geführt hat. Nach der Geburt leidet der

Säugling dann unter einer Drogenabstinenz mit damit einhergehenden Entzugssymptomen wie z. B. Schreien, Reizbarkeit, Erbrechen und Durchfall. Auch diese Zeit kann für Mutter und Kind sehr belastend sein, so dass ein unterstützendes, die Mutter-Kind-Bindung förderndes Umfeld und Helfersystem wichtig sind.

Kinder opioidabhängiger Eltern

Wenn Mutter und/oder Vater opioidabhängig sind, ist in der Regel das gesamte Familiensystem sehr belastet. **Häufig fällt es suchtmittelabhängigen Eltern schwer, ihr Leben so zu gestalten und zu planen, dass die Kinder bestmöglich versorgt und gefördert werden.** Für Kinder sind ständige Stimmungswechsel, häufige Streits, psychische oder körperliche Gewalt und Vernachlässigung existentiell bedrohlich. Auch das Milieu in dem sich abhängige Eltern unter Umständen bewegen, kann traumatisierende Folgen haben.

Beratungsstellen vermitteln Hilfen für Familien mit Suchtproblematik oder bieten diese selber an, z. B. in Form von Kindergruppen. Kinder lernen hier zu verstehen, was mit ihren Eltern los ist, wie sie mit deren und ihren eigenen Gefühlen umgehen, diese mitteilen und nötigenfalls Hilfe holen können. Durch derartige Angebote der lokalen Sucht- und Familienhilfe wird das gesamte Familiensystem gestärkt und Schäden in der Entwicklung können aufgefangen werden.

Hinweis: Unter „Adressen und Ansprechpartner“ ist eine kleine Auswahl erster Anlaufstellen zu finden.

²¹ Vgl. Positionspapier „Drogen – Schwangerschaft – Kind“ des Fachverbands Drogen und Rauschmittel e. V. September 2009, Seite 14.

²² Vgl. BtMWV § 5, Abs 5, Satz 3.

²³ Vgl. Positionspapier „Drogen – Schwangerschaft – Kind“ des Fachverbands Drogen und Rauschmittel e. V. September 2009, Seite 12.

5.2 Psychosoziale Tipps für Angehörige

Suchterkrankungen wirken sich auf das gesamte soziale Gefüge aus. Vor allem Partner, Kinder, Eltern, aber auch Freunde und Arbeitskollegen sind häufig mitbetroffen.

Es ist schwer zu ertragen, wie sich der Betroffene durch die Sucht verändert. Viele wollen helfen, wissen aber nicht wie.

Gefahr der Co-Abhängigkeit

Die **Verzerrung und Verleugnung der Problematik ist ein zentrales Merkmal der Sucht**, daher sind Eingriffe von außen sehr schwierig. Angehörige, die helfen wollen, laufen Gefahr, sich selbst aufzuarbeiten und zu viel Verantwortung zu übernehmen.

Im Fachjargon spricht man in diesem Zusammenhang auch von **Co-Abhängigkeit**. Sie ist unter anderem gekennzeichnet durch eigentlich gut gemeinte Verhaltensweisen, die es dem Abhängigen letztlich aber erleichtern, die Sucht aufrecht zu erhalten, z. B.:

- Der Konsum wird verschleiert, entschuldigt oder gerechtfertigt (Anruf beim Arbeitgeber)
- Dem Betroffenen werden Belastungen abgenommen oder erspart (Haushalt, Familie)
- Eigene Gefühle und Tatsachen bezüglich der Abhängigkeit werden geleugnet.²⁴

Wer einem Opioidabhängigen nahesteht, sollte darauf achten:

1. Sich in erster Linie selbst zu helfen,
2. sich zu informieren und professionelle Beratung aufzusuchen, denn wer die Krankheit versteht, kann mit sich und dem Abhängigen besser umgehen,
3. eigene Grenzen und Bedürfnisse wahrzunehmen,
4. sich selbst und mögliche weitere Angehörige und Kinder zu schützen,
5. das Gefühl der Verantwortung loszulassen,
6. klare Grenzen zu setzen und konsequent zu handeln.

WICHTIG



Angehörige können durch gezieltes Handeln, oder paradoxerweise auch durch gezieltes Nichthandeln, oftmals den Stein ins Rollen bringen und Abhängigen helfen, ihre Krankheit anzugehen und letztlich abstinent zu leben.

Auch während der **Substitution und der Stabilisierung eines abstinenten Lebensstils** ist die **Unterstützung der Angehörigen von großem Wert**. Dabei ist ein ehrlicher und klarer Umgang wichtig, bei dem auch negative Gefühle, Unsicherheiten und Ängste offen angesprochen werden. Haben sich die Angehörigen Unterstützung geholt und sich über die Suchterkrankung informiert, verstehen sie besser, wie sich Suchtkranke fühlen und worauf sie ihr gemeinsames abstinentes Leben abstimmen müssen.

²⁴ Vgl. „Die Suchtfibel“. Rolf Schneider. 17. korrigierte Auflage; SchneiderVerlag Hohengehren GmbH, 2013, Seite 251ff.

Denn: Der beste Stabilisator sind Angehörige und Freunde, die selbst gut und gerne leben, die den Suchtkranken spüren lassen, dass sie ihn so akzeptieren, wie er ist und die zeigen, dass sie sich über das Zusammensein mit ihm freuen.

WICHTIG
Für nahe Bezugspersonen und damit direkt von der Suchterkrankung Mit-Betroffene, ist der Besuch einer Selbsthilfegruppe und/oder Beratungsstelle dringend zu empfehlen!

Verhalten in akuten Notfallsituationen

Nahen Bezugspersonen bleibt es manchmal leider nicht erspart, den Opioidabhängigen in einem unter Umständen lebensbedrohlichen Zustand vorzufinden. Auslöser können z. B. ein kalter Entzug, oder – was wahrscheinlicher ist – eine Überdosierung des Opioids sein. In beiden Fällen sind **zielgerichtetes Handeln und schnelle Hilfe gefragt**.

Betroffener bewusstlos, nicht ansprechbar

Ist die Person bewusstlos oder hat einen Krampfanfall, muss unverzüglich der europaweite Notruf 112 gewählt werden.

Hinweis: Ärzte und Notfallsanitäter unterliegen der Schweigepflicht. Ist am Telefon aber neben medizinischen Schlagworten wie Bewusstlosigkeit oder Atemstillstand auch von Drogen die Rede, **kann** u. U. durch die Rettungsleitstelle die Polizei mitverständigert werden.

Die Rettungsleitstelle gibt bis zum Eintreffen des Rettungswagens Anweisungen, was zu tun ist. Die einzuleitenden Maßnahmen hängen von der Art des Notfalls und dem Zustand des Patienten ab.

Generell gilt:²⁵

- **Ruhe** bewahren
- Betroffenen **laut ansprechen**, vorsichtig an den Schultern rütteln
- Bei Bewusstseinsbeschränkung oder gar Reaktionslosigkeit: **Notruf 112** wählen
- **Anweisungen** der Leitstelle am Telefon befolgen; in der Regel **stabile Seitenlage** und zuvor **ggf. Atemwege frei machen**, sofern Patient atmet; andernfalls **kontinuierliche Herzdruckmassage** (und evtl. Beatmung) durchführen, bis der Rettungsdienst eintrifft



TIPP
 Eine anschauliche Beschreibung der Laien-Herzdruckmassage liefert die Deutsche Herzstiftung: **Schriftliche Anleitung: Wiederbelebung bei Herzstillstand: Keep it simple! Nur Drücken, nicht beatmen:** www.herzstiftung.de/presse/laien-reanimation-schritte-2017.pdf
55-Sekunden-Lehrfilm: www.herzstiftung.de/spots/wiederbelebung-herzstiftung.mp4

²⁵ Vgl. „Drogenabhängigkeit“. Suchtmedizinische Reihe Band 4. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. 4. Auflage Mai 2016, Seite 69 ff.

Naloxon Take-home Programme

Naloxon wird im Rettungsdienst und von (Not-)Ärzten als Antidot bei Opioid-Überdosierungen eingesetzt. Seit mehreren Jahren wird darüber diskutiert, ob und wie Naloxon auch in Deutschland direkt an die Betroffenen abgegeben werden kann bzw. darf. Derzeit laufen bundesweit einige Pilotprogramme für Opioidabhängige und deren An- und Zugehörige.

Weiterführende Informationen zum Thema unter: JES (Junkies – Ehemalige – Substituierte) NRW: NALOXON. Ein Leitfaden zur Naloxonvergabe an Opiatkonsument*innen im Rahmen niedrigschwelliger Drogenarbeit: www.vision-ev.de/wp-content/uploads/2017/01/Naloxon-v6.5-web.pdf

Informationen zu Programmen weltweit: <http://naloxoneinfo.org>

Betroffener bei Bewusstsein, ansprechbar

Ist der Patient ansprechbar, aber benommen oder erregt, und ist ungewiss, ob es zu einem lebensbedrohlichen Zustand kommen wird, hängt das weitere Vorgehen von der individuellen Situation ab.



Wichtig ist stets, dass sich Helfer selbst schützen. Fühlen sie sich bedroht oder mit dem Zustand des Konsumenten überfordert, sollten sie sich selbst aus der Situation nehmen und anderweitige Hilfe oder Unterstützung organisieren – entweder durch das Absetzen eines Notrufs (112) oder indem sie andere, z. B. Freunde, Familienmitglieder, hinzuziehen.

Fühlen sich Angehörige der Situation gewachsen und wollen den Patienten unterstützen, sollten sie auf folgende Punkte achten:

- **Ruhe bewahren**, dabei klar und bestimmt auftreten
- **Behutsame Kontaktaufnahme**, d. h. Person ansprechen und ggf. wach halten
- **Beruhigend** auf die Person einwirken/einreden, sog. „Talk Down“
- Für eine **angenehme Atmosphäre** und einen geschützten Rahmen sorgen, z. B. durch das Anbieten einer Decke, Frischluftzufuhr, nassen Wachsappen, Brecheimer
- Alkoholfreie, nicht aufputschende **Getränke** anbieten
- Hat der Betroffene Angst, darauf hinweisen, dass dies auf die Wirkung des Opioids/Entzugs zurückzuführen ist und vorübergehen wird. **Gedanken in eine positive Richtung** lenken. Körperkontakt halten. Bei der Person bleiben
- Wirkt der Patient **aufgebracht** oder **bedrohlich** erregt, **körperliche Distanz wahren**. Kontaktaufnahme durch Gesprächsangebot („Du wirkst sehr aufgebracht“). Nicht emotional auf etwaige Beschuldigungen oder Provokationen reagieren, stattdessen spätere Klärung anbieten
- Im Zweifelsfall Hilfe holen (Notarzt oder Polizei über den allgemeinen Notruf 112)

6. ADRESSEN UND ANSPRECHPARTNER

Allgemeine Informationen zu Opioid-abhängigkeit und Suchterkrankungen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ist die bundesweite Plattform für alle Verbände und Vereine im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Sie bietet umfangreiche Information und Hilfe zu den gängigsten Suchtstoffen für Konsumenten, Missbraucher, Abhängige und deren Angehörige.

Kontakt:

Westenwall 4, 59065 Hamm

Telefon: (0 23 81) 90 15 0

Telefax: (0 23 81) 90 15 30

E-Mail: info@dhs.de

www.dhs.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) finden Betroffene und Angehörige eine Vielzahl von Informationen und Publikationen zu den Themen Sucht- und Suchthilfe. Alle Materialien können kostenfrei heruntergeladen und z. T. auch bestellt werden.

Kontakt:

Maarweg 149–161, 50825 Köln

Telefon: (02 21) 89 92 0

Telefax: (02 21) 89 92 300

E-Mail: poststelle@bzga.de

www.bzga.de

Für schriftliche Medienbestellungen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
50819 Köln

E-Mail: order@bzga.de

www.drugcom.de

Internetangebot der BZgA für Jugendliche und junge Erwachsene, das über Wirkungen, Risiken und Gefahren illegaler und legaler Drogen informiert. Ziel ist, junge Menschen zu einem risikoarmen Umgang mit Drogen zu motivieren und sie bei der Reduzierung oder Beendigung des Konsums zu unterstützen.

Suchthilfe und Selbsthilfe

Suchthilfeverzeichnis

Dieses Online-Portal der DHS liefert alle wichtigen Informationen zu den bundesweit über 1.400 ambulanten Suchtberatungsstellen und 800 stationären Suchthilfeeinrichtungen. Auch die Kontaktdaten regionaler Selbsthilfegruppen sind dort zu finden.

www.suchthilfeverzeichnis.de

Fachverband Sucht e. V. (FVS)

Der Fachverband Sucht e. V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Verband, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Betroffene und Angehörige finden dort Hinweise zu Beratungs- und Behandlungsangeboten und können gezielt nach Einrichtungen suchen.

Kontakt:

Walramstraße 3, 53175 Bonn

Telefon: (0 22 8) 26 15 55

Telefax: (0 22 8) 21 58 85

E-Mail: sucht@sucht.de

www.sucht.de

Kreuzbund e. V.

Unterstützt Betroffene dabei, Wege in ein suchtmittelfreies Leben zu finden und informiert über Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten. Darüber hinaus werden auch spezielle Anlaufstellen und Informationen für Angehörige geboten.

Kontakt:

Münsterstraße 25, 59065 Hamm

Telefon: (02 38 1) 6 72 72 - 0

Telefax: (02 38 1) 6 72 72 33

E-Mail: info@kreuzbund.de

www.kreuzbund.de

NAKOS

Die NAKOS, eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., ist eine nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Neben der Beratungstätigkeit zur Gründung von Selbsthilfegruppen unterhält die Einrichtung eine umfangreiche Datenbank zu themenbezogenen, bundesweit tätigen Selbsthilfeeinrichtungen und zu örtlichen themenübergreifend arbeitenden Selbsthilfekontaktstellen. Das Unterstützungs- und Serviceangebot der Einrichtung ist für Interessierte kostenlos. Relevante Anlaufstellen lassen sich in der Datenbank finden oder können telefonisch und schriftlich erfragt werden.

Beratungszeiten:

Di., Mi. und Fr. 10–14 Uhr, Do. 14–17 Uhr

Kontakt:

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg

Telefon: (030) 31 01 89 60

Telefax: (030) 31 01 89 70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

Telefonische Beratung für Betroffene und Angehörige

Sucht und Drogen Hotline

Ein gemeinsames Angebot verschiedener Drogennotrufe. Ratsuchende finden hier rund um die Uhr anonym Hilfe.

Beratungstelefon:

(01 80 5) 31 30 31 (Kostenpflichtig: 0,14 €/Min. aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)

TelefonSeelsorge

Bei der TelefonSeelsorge handelt es sich um ein bundesweites Angebot der Evangelischen und Katholischen Kirche in Deutschland. Ausgebildete ehrenamtliche Mitarbeiter beraten kostenlos und anonym. Es besteht die Möglichkeit zur telefonischen, E-Mail- oder Chatberatung.

Beratungstelefon:

(0800) 111 0 111 oder (0800) 111 0 222
(Kostenfrei rund um die Uhr)

BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung

Das Info-Telefon beantwortet alle Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Abhängigkeitsproblemen hilft es, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Beratungstelefon:

(02 21) 89 20 31 (Ortstarif)

Beratungszeiten:

Mo.–Do. 10–22 Uhr, Fr.–So. 10–18 Uhr

Sorgentelefon für Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen

Bundesweites Sorgentelefon des Deutschen Roten Kreuzes für Angehörige von Menschen mit Suchtproblemen.

Beratungstelefon:

(06 06 2) 607 67

Beratungszeiten:

Fr.–So. (Inkl. Feiertage) 8–22 Uhr

Kinder- und Jugendtelefon Nummer gegen Kummer e. V.

Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche bei allen erdenklichen Problemlagen. Telefonische Beratung anonym und kostenlos.

Beratungstelefon:

(0800) 116 111

Beratungszeiten:

Mo.–Sa. 14–20 Uhr, Samstags von 14–20 Uhr
spezielle Beratung von Jugendlichen für Jugendliche:
(0800) 116 111 sowie zusätzlich unter (0800) 111 0 333

Elterntelefon Nummer gegen Kummer e. V.

Ansprechpartner für Eltern bei allen Sorgen in Bezug auf ihr/er Kind/er. Telefonische Beratung anonym und kostenlos.

Beratungstelefon:

(0800) 111 0 55 0

Beratungszeiten:

Mo.–Fr. 9–11 Uhr sowie Di. und Do. von 17–19 Uhr

Informationen für Eltern und Kinder

Bundesverband der Elternkreise suchtfährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e. V. (BVEK)

Hier finden Eltern drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener Unterstützung, Rat und Hilfe.

Kontakt:

Braunsbergstraße 23, 48155 Münster

Telefon: (02 51) 1 42 07 33

Telefax: (02 51) 13 30 27 57

E-Mail: info@bvek.org

www.bvek.org

NACOA Deutschland – Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.

NACOA Deutschland ist die Interessenvertretung für Kinder, die in ihren Familien unter einer Suchterkrankung der Eltern bzw. Bezugspersonen leiden. Die NACOA berät sowohl betroffene Familien als auch Fachkräfte und stellt Informationsmaterialien zur Verfügung.

Kontakt:

Gierkezeile 39, 10585 Berlin

Telefon: (030) 35 12 24 30

E-Mail: info@nacoa.de

www.nacoa.de

Beratungstelefon:

(030) 35 12 24 29

Beratungszeiten:

Mo. 10–11 und 20–21 Uhr

Psychotherapie

Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

www.g-ba.de/informationen/richtlinien

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland ist. Hier ist die für das Bundesland zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu finden, auf deren Internetseite man anhand von Suchmaschinen den passenden Psychotherapeuten regional finden kann. Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen bieten zudem eine telefonische Beratung an.

Kontakt:

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon: (030) 40 05 0

Telefax: (030) 40 05 15 90

E-Mail: info@kbv.de

www.kbv.de/html/arztsuche.php

Bundespsychotherapeutenkammer

Die Bundespsychotherapeutenkammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landeskammern der Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Die Internetseite bietet eine Therapeutensuche nach Bundesland.

Kontakt:

Klosterstraße 64, 10179 Berlin

Telefon: (030) 27 87 85 0 jeweils Mo.–Fr. 9–17 Uhr

Telefax: (030) 27 87 85 44

E-Mail: info@bptk.de

www.bptk.de/service/therapeutensuche.html

Psychotherapie-Informationsdienst

Die Deutsche Psychologen Akademie ist die Bildungseinrichtung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.. Eine individuelle Therapeutensuche ist über eine Online-Datenbank auf der Internetseite oder über eine Telefonberatung möglich.

Kontakt:

Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

Telefon: (030) 20 91 66 33 0

Telefax: (030) 20 91 66 31 6

E-Mail: pid@psychologenakademie.de

www.psychotherapiesuche.de

Beratungszeiten:

Mo. und Di. 10–13 Uhr und 16–19 Uhr; Mi. und Do. 13–16 Uhr

Bertelsmann-Stiftung

Auf der Internetseite der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen (z. B. Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.) können neben Psychotherapeuten auch Ärzte anderer Fachrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeheime gesucht werden. Allgemeine Informationen sind ebenfalls hier zu finden.

Kontakt:

Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh

E-Mail: info@weisse-liste.de

www.weisse-liste.de

Verbraucherzentrale

Auf der Internetseite der Verbraucherzentrale kann ein kostenpflichtiger Ratgeber über Psychotherapie bestellt werden.

www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/psychotherapie

Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.

Auf der Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen RPK finden sich allgemeine Informationen über Rehabilitation und eine Suchmaschine für wohnortnahe RPK-Einrichtungen.

Kontakt:

Geschäftsstelle BAG RPK e. V.,
Annette Theißing c/o beta-REHA,
Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover
Telefon: (05 11) 34 92 5 14
Telefax: (05 11) 34 92 5 24
E-Mail: theissing@beta89.de
www.bagrpk.de

Impressum

Herausgeber:

neuraxFoundation gmbH

Elisabeth-Selbert-Straße 23, D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00

E-Mail: info@neuraxFoundation.de

www.neuraxFoundation.de

Sitz der Gesellschaft: Langenfeld

Amtsgericht Düsseldorf: HRB 72546

Vertreten durch den Geschäftsführer:

Dr. Olaf Krampe

1. Auflage: Stand 01.06.2018

Fotos und Illustrationen:

© istockphoto.com / vadimguzhva, BrianAJackson, wastesoul,
NataliaDeriabina, Chalabala, oneinchpunch, stevanovicigor

© thenounproject.com / Orin zuu, Lele Saa

© Laureen Keitsch

Für die getroffenen Angaben in diesem Werk wird seitens
Redaktion und Herausgeber keine Haftung übernommen.

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 neuraxFoundation

Der Ratgeber einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung inner- oder außerhalb des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Weder das Werk noch Teile hiervon darf/dürfen – auch nicht auszugsweise – in irgendeiner Form oder durch irgendein Verfahren genutzt, verbreitet, vervielfältigt, reproduziert, übersetzt, mikroverfilmt oder in elektronische Systeme bzw. Datenverarbeitungsanlagen eingespeichert und/oder verarbeitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung von



Wo Sie diese Broschüre bestellen können:

neuraxFoundation gGmbH

Elisabeth-Selbert-Straße 23

D-40764 Langenfeld

Telefon: (0 21 73) 9 99 85 00

E-Mail: info@neuraxFoundation.de

www.neuraxFoundation.de

Folgen Sie uns in den Sozialen Medien:

