

# *Substitution und Suchtbehandlung in der medizinischen Rehabilitation - Entwicklung seit 2011*

*4. Nationale Substitutionskonferenz  
Berlin, 9. Dezember 2015*

Dr. med. Thomas Kuhlmann  
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Schloderdicher Weg 23a  
51469 Bergisch Gladbach  
Tel.: 02202/206-173; Fax: 02202/206-182  
Email: [thkuhlmann@psk-bg.de](mailto:thkuhlmann@psk-bg.de); Homepage: [www.psk-bg.de](http://www.psk-bg.de)

# ***Gliederung:***

1. Medizinische Rehabilitation  
(Entwöhnungsbehandlung)
2. PSK: Praktische Erfahrungen
3. Überlegung zur Indikationsstellung:  
Med. Reha ohne/mit Substitutionsbehandlung
4. Fazit

# ***Zu 1. Medizinische Rehabilitation: Zielsetzung und Zugangsvoraussetzung***

## *Ziel*

- Teilhabe
- Erwerbsfähigkeit

## *Zugangsvoraussetzung:*

- Rehabedürftigkeit,
- -fähigkeit und
- -prognose
- Leistungszusage, Anlage 4 Vereinbarung vom 04.05.01

# Zielhierarchie

1. Überlebenssicherung
2. Förderung risikoärmeren Konsums
3. Förderung der Lebensqualität
4. Teilhabe: Wenn möglich **abstinentgestützt** (v. a. med. Reha), bzgl. Substitutionsgestützt s. Anlage 4 (Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen)

## ***Zu 2. PSK: Praktische Erfahrungen***

### ***Behandlungsauftrag und -konzept***

- 122 Betten mit 2 Reha-Abteilungen  
(Alkohol → 40 Betten / Drogen → 40 Betten,  
davon 10 adaptiver Phase)
- 3 Akutstationen à 14 Betten  
(ca. 1100 - 1200 Aufnahmen/Jahr)

- Ambulanz inkl. Substitution
- Aufsuchendes BeWo und
- Soziotherapeutisches Wohnheim für psychiatrisch comorbide Drogenabhängige (mit und ohne Substitution 24 Plätze)

## *Therapeutischer Ansatz (Reha Drogen):*

- Behandlung Drogenabhängiger mit und ohne psychiatrischer Comorbidität inkl. Substitution (seit 2005)
- Zahl der substituierten Patienten: 4 → 1 pro Therapiegruppe (u. U. mehr)

## *Ziel (Regel):*

- Substitution zu Beginn,
- langsame Abdosierung (komplett) falls therapeutischer Verlauf konstruktiv,
- falls Abdosierung zur Überforderung wird, dann durchgehende Substitution (optional): bei therapeutischem Verlauf (s. o.)

# *Therapeutischer Rahmen:*

Gleiche Regeln für alle  
plus  
Besonderheiten des Einzelfalls

## *Praktische Erfahrungen:*

- Ambulant: Immer in Verbindung mit psychosozialer Betreuung (Drobs/Bewährungshilfe/BeWo/Ambulanz)
- Akutstationär (QA): U. a. Beikonsumenzug, Diamorphinprogramm, Vermittlung in med. Reha
- Stationär (med. Reha: D- und A-Abteilung)
- Soziotherapeutisches Wohnheim

# *Erfahrungsaustausch mit DRV 9/2009*

- AG Suchtbehandlung der DRV'en  
(bundesweit mit Kliniken Wied & PSK...)
- Zunehmend praxisorientiert, offener Austausch
- Ziel: Pragmatisch, praxisorientierte Umsetzung der Anlage 4

*Ergebnisse:*

*Substitution mit D, L-Methadon, L-Polamidon und Subutex  
(Buprenorphin)*

*2009:*

Patienten in Substitution 12

Entlassung 12

- Regulär: 5
- G. ä. R. 4
- Disz. 3

Gesamtgruppe: 144

- Regulär: 72
- G. ä. R. 40
- Disz. 32

2013

Substituierte mit regulärer Entlassung:  
(bei durchgehender Substitution)

- 2 in adaptiver Phase

(durchgehende Substitution)

mit Arbeitsvertrag nach medizinischer Reha

# 2014:

- Mitte 11/13 – Mitte 1/14  
Belegungsstopp wegen Renovierungsbedarf  
plus sehr hoher Nichtantrittsquote  
(1 – 3/14 > 80%)
- 8 – 11/14  
Erneuter Belegungstopp wegen  
Renovierungsbedarf  
plus Mitarbeiterwechsel und -erkrankungen

# 2014

- Verunsicherung: Mitarbeiter und Patienten
  - Patienten in vulnerabler Phase – Projektionsfläche für verunsichertes Team
  - Risiko therapeutischer Fehlentscheidungen wegen Unflexibilität steigt (z. B. Abdosierung)

## Aktuell 2015

Substituiert:	29 Patienten
→ Reg. u. m.ä.E.:	7
→ A.ä.V.:	3
→ G.ä.R.:	19

Gesamtgruppe	131 Patienten
→ Reg. u. m.ä.E.:	42
→ A.ä.V.:	5
→ G.ä.R.:	54
→ Disz.:	25
→ Verlegt/entwichen	5

Nach Abdosierung in adaptiver Phase 1 Patient

# *Reha-Patienten mit durchgehender Substitution*

*→ Therapeutische Herausforderung*

*Fallstricke:*

- Projektion von Teamproblemen auf Patienten
- Zu starre therapeutische Haltung
- Fixierung auf Abdosierung statt therapeutischen Prozess

## *Med. Reha Alkohol:*

Seit 2010: In Einzelfällen

→ 4 Patienten (3 mit Arbeitsstelle)  
(durchgehende Substitution)

→ 3 reg. Entlassungen, 1 gäR

# *Bedeutung der Option substitutionsgestützte Rehabilitation (erfahrungsbasiert)*

## a) Pro med. Reha **unter** Substitution:

- Perspektive des Patienten (grundsätzlich)
- Psychische und somatische Stabilität
- Dauer der bisherigen (ambulanten) Substitution (ohne Substitution → Abstinenz?)

- (Nicht-)Antrittserfahrung der med. Reha (z. B. Abbruch des Entzugs bei Komplettabdosierung (nach ambulanter Substitution))
- Erfahrungen aus der med. Reha (Abbruch?)
- Aktuelle Lebenssituation (z. B. Notschlafstelle, JVA ...): Überforderung bei sofortiger Abstinenz?

b) Pro abstinenzgestützte med. Reha  
(**von Beginn an**) (erfahrungsbasiert):

- Perspektive des Patienten  
(grundsätzlich)
- Psychische und somatische Stabilität

- Dauer und Erfahrung der bisherigen (ambulanten) Substitution
- Erfahrungen mit der med. Reha (frühere LZT)
- Aktuelle Lebenssituation (Erwerbstätigkeit)

# *Erfahrung:*

- Grundsätzlich positiv
- Abstinenz und Substitution: Nicht Selbstzweck, sondern Mittel zu Zweck
- Abdosierung bis zur Abstinenz: Option, nicht Zwang
- Integratives Konzept setzt Grenzen (z. B. 4 – 6 Pat. unter 30)

# *Gespräch mit DRV'n:*

- Arbeitsgespräch 2009
- Akademie für Sozialmedizin/DRV-Bund
- Geplante Studie (4 Kliniken: 36 Monate retrospektiv)
- Fachgespräch mit Medizinischem Dienst der DRV-Bund

## *Zu 4. Fazit:*

Med. Reha unter Substitution:  
Erfolgreich analog nicht substituierten  
Patienten (Entlassungsmodus,  
Erwerbsfähigkeit etc.)

wenn

- Erwartungen an med. Reha realistisch, (s. Voraussetzungen)
- Gute Einbeziehung in Patientengruppe und Kontakt zum Team
- Bereitschaft und Fähigkeit zur therapeutischen Auseinandersetzung, Reflexion und Zielsetzung ausreichend vorhanden bzw. entwickelbar (analog den klass. Pat.),

- Therapeutische Erfahrung mit Substitutionsbehandlung und Vernetzung (intern, extern) mit Drogenhilfenetzwerk
- Therapeutischer (= flexibler) Umgang mit Substitutionsdosis und –dauer: Einzelfallbezogen unter Einbeziehung der Patientenperspektive
- Abstinenz und Substitution: Mittel zum Zweck (Teilhabe), NICHT Selbstzweck
- Nahtlose Anschlussperspektive (Wohnen, Arbeit, Nachsorge): Vor allem unter Substitution

## *Chancen:*

Vernetzung niederschwelliger und  
ausstiegsorientierter Hilfen  
(statt Abgrenzung)

### *Med. Reha:*

- Perspektive auch für (Langzeit-) Substituierte  
(inkl. Diamorphin)
- Bessere Verzahnung von niederschwelligen und  
ausstiegsorientierten Hilfsangeboten: Vor allem  
bei Teilhabe

# Grenzen:

- Therapeutische Erfahrung, Vorbereitung und Erwartung der Pat.,
- Einbeziehung der Gesamtgruppe: Belastungsgrenzen (PSK: 4 - 6 o.k. 9 - bisher max. - zuviel)
- Starre Indikationsstellung (über DRV bei Antragsstellung statt Einzelfallklärung über DROBS, Klinik u. Ärzte)
- Fixierung auf Abdosierung als Therapieziel statt therapeutischer Option
- Skepsis bis faktisch Ablehnung in vielen Reha-Kliniken
- Fehlende Öffnung vieler Reha-Kliniken blockiert v. a. regionale DRV'n

# *Anschlussperspektive und Fallstricke*

- Betreutes Wohnheim (höhererschwellig ausstiegsorientiert), auch für Substituierte
- Vernetzung mit Praktikums- und Arbeitgebern (Rahmenbedingungen müssen ambulante Substitution ermöglichen)
- Substitution gemäß Take Home erhöht Flexibilität sehr

# Literatur

- Heinz, W.: *Substitutionstherapie: Versuch einer Typologie, Vortrag auf dem Fachtag „Vielfalt nutzbar machen. Die Zukunft der psychosozialen Arbeit mit Substituierten“* am 10. Oktober 2008 in Hannover <http://fdr-online.info/media/Tagungen%20und%20Seminare/Fachtage/FT%20Sub%20Heinz.pdf>
- *Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting; Dokumentation der Fachtagung am 02.12.2011 in Berlin; akzept e.V., S. 43 - 76*
- Kuhlmann, Th.: *Substitution im ambulanten und stationären Setting; Sucht Aktuell, Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V., Jahrgang 21/02.14, S. 60-62*

**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**