subLetter

Ihr Medium in der Suchtmedizin

Nr. 04
November
2026

› unabhängig › prägnant › übergreifend

BEHANDLUNG

Neue Substitutionsrichtlinie der Bundesärztekammer empfiehlt Naloxon

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat ihre „Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger/Opioid-Agonisten-Therapie (OAT)“ aktualisiert. Die überarbeitete Fassung trat am 16.07.2026 in Kraft. Sie berücksichtigt insbesondere die im Jahr 2025 veröffentlichte S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“.

Die Neuerungen im Einzelnen:

- Wegen des erhöhten Risikos für eine Überdosierung insbesondere zu Beginn der substitutionsgestützten Behandlung, bei Beikonsum, nach Entlassung aus der Haft, nach einer stationären Behandlung zur (Teil-) Entgiftung oder nach Beendigung der substitutionsgestützten Behandlung soll Patienten nasales Take-home-Naloxon regelmäßig der entsprechenden Notwendigkeit verordnet oder zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist ausdrücklich, Todesfälle zu vermeiden. Eine Schulung zum Umgang mit Naloxon sei durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin oder eine Drogenhilfeeinrichtung notwendig.

- Schwangere, Gebärende und Stillende mit einer Opioidabhängigkeit sollen besonders ausführlich über Risiken, Nebenwirkungen und Nutzen einer substitutionsgestützten Behandlung, einer abstinenzorientierten (Entwöhnungs-)Behandlung sowie über Folgen von begleitendem Konsum von zusätzlichen Stoffen (inkl. Alkohol) für sich und für das Kind aufgeklärt werden. Gemeinsam sei die geeignete Behandlungsstrategie festzulegen. Ferner heißt es in der Richtlinie, dass bei vorliegender Schwangerschaft Abbrüche der substitutionsgestützten Behandlung nach Möglichkeit zu vermeiden sind, da in diesen Fällen eine besondere Gefährdung für das ungeborene Leben bestehe.

- Für die Behandlung mit Diamorphin weist die BÄK in ihrer Richtlinie darauf hin, dass die besonderen Voraussetzungen nach § 5a Abs. 1 bis 4 BtMVV gelten. Die BtMVV wurde im Februar 2025 angepasst (vgl. subletter 1/25). Weiter heißt es laut BÄK, dass aufgrund des besonders schweren Krankheitsverlaufs grundsätzlich für die Dauer der Diamorphinbehandlung dem individuellen Bedarf angepasste psychosoziale Betreuungsmaßnahmen erfolgen sollen. Suchtmediziner, die diamorphingestützt behandeln möchten, hätten zusätzliche Qualifikationsanforderungen gemäß den Regelungen der zuständigen Ärztekammer zu berücksichtigen.

BÄK will moderne Suchtmedizin

Vor dem Hintergrund der aktuellen Zahlen zu drogenbedingten Todesfällen stärkt die Neufassung einen patientenorientierten, langfristigen und schadensmindernden Ansatz. Im Jahr 2025 starben bundesweit 2.150 Menschen an den Folgen des Drogenkonsums, in 1.316 Fällen waren Opiate oder Opioide beteiligt. Besonders besorgniserregend sei, dass sich synthetische Opioide (SOP) weiter ausbreiten.

„Die aktuellen Zahlen machen deutlich, dass nasales Take-home-Naloxon ein unverzichtbarer Bestandteil der modernen Suchtmedizin ist. Mit der Aufnahme stärkt die Richtlinie einen evidenzbasierten Ansatz, um Todesfälle infolge von Opioid-Überdosierungen zu verhindern“, erklärt Erik Bodendieck, Co-Vorsitzender des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer.

↘ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Substitutionsrichtlinie der BÄK/OAT online unter iww.de/s16249

SYNTHETISCHE OPIOIDE

„Selbst während des Nitazene-Peaks hatten wir im Konsumraum keinen einzigen Todesfall!“

Nachdem die Taliban im August 2021 die Macht in Afghanistan übernommen und im April 2022 den Opiumanbau verboten hatten, wuchs die Sorge, dass synthetische Opioide (SOP) in Deutschland stark verbreitet würden. Drogen- und Suchthilfe statteten sich mit Schnelltests, u. a. für Nitazene aus, Naloxonschulungen nahmen zu. Wie sich die neue Entwicklung auf die Drogenhilfe auswirkt, schildert die Sozialarbeiterin und Suchttherapeutin Lea Albrecht, Geschäftsführerin der comeback gGmbH in Bremen (comebackgmbh.de), gegenüber Ursula Katthöfer (textwiese.com).

Mit freundlicher Unterstützung SANDOZ HEXAL

Wann und wie wurden Sie zum ersten Mal auf den Konsum von SOP aufmerksam?
Das Thema ist uns schon eine ganze Weile bekannt, spielte aber lange Zeit eine untergeordnete Rolle. Durch die RaFT-Studie der Deutschen Aidshilfe (aidshilfe.de/drogen/raft) wurden wir bereits 2023 sensibilisiert.

Wann war die Zeit der SOP gekommen?
Wir erinnern uns sehr eindrücklich an den März 2025. Klientinnen und Klienten hatten bereits im Winter zuvor berichtet, dass etwas Neues im Heroin sei. Ich hatte bis dahin noch nie von Nitazenen gehört. Wir machten uns schlau und besorgten Schnelltests. Erstaunlich viele Tests waren positiv. Anfangs dachten wir, das Testverfahren sei noch nicht ausgereift, es seien vielleicht sogar falsch-positive Tests darunter. Deshalb haben wir uns mit dem Bremer Gesundheitsamt abgestimmt, um Reste aus den Proben der positiven Tests in einem Labor nachuntersuchen zu lassen. Das Labor bestätigte, dass die Proben tatsächlich Nitazene enthalten. Im Konsumraum häuften sich die Notfälle. Innerhalb kurzer Zeit kam es zu klassischen Überdosierungen mit Atemstillstand. Manchmal mussten wir dreimal Naloxon geben und haben die Konsumierenden dennoch bewusstlos dem Rettungsdienst übergeben. Wir hatten zum Teil zwei RTWs gleichzeitig hier. Die Zeit war sehr herausfordernd.

In Bremen gelang eine enge Zusammenarbeit mit den Behörden.
Wir nennen Bremen manchmal ein Dorf mit Straßenbahn, es ist eine relativ kleine Großstadt. Wir haben zwar pro Kopf die höchste Anzahl an Drogenkonsumierenden in Deutschland und liegen deutlich vor Frankfurt, Hamburg und Berlin, können aber kurze Drähte nutzen. Das ist in Notsituationen Gold wert. Das Gesundheitsamt schickte eine Warnmeldung an Polizei und Rettungsdienste, Wohnungslosenhilfe, Krankenhäuser und Ärzteschaft. Es wurden mehr Schnelltests besorgt. Unser Träger bot weitere Naloxon-Schulungen an. Konsumierende bekamen eine Teilnahmebestätigung, die sie bei Ärzten vorzeigen konnten, damit ihnen Naloxon verordnet wurde. Die Maßnahmen wirkten; der Rettungsdienst stellte sich anders auf. Er meldete uns zurück, dass nun mehr Naloxon an Bord der RTWs sei.

Wie wurden die Konsumierenden informiert?
Wir entwickelten zwei Plakate, eines für Fachkräfte, eines für Konsumierende (iww.de/s16247). Die Plakate informieren darüber, wie man handeln kann, wenn Nitazene im Stoff sind: Nicht alleine konsumieren, die Dosis splitten, nicht alles auf einmal abdrücken.

Unsere Kernbotschaft war: *„Komm in den Konsumraum. Solltest du außerhalb unserer Öffnungszeiten konsumieren, teste den Stoff auch vorher bei uns, um das Risiko besser einschätzen zu können.“* Wenn man früh interveniert, kann man Leben retten. Wir hatten selbst während des Nitazene-Peaks im Konsumraum keinen einzigen Todesfall.

Welche Rolle spielt die „Rote Box Bremen“?
In dieser kleinen Box ist alles für einen Drogennotfall:

- Naloxon,
- Handschuhe,
- ein kleines Beatmungstuch und
- eine Anleitung, was im Notfall zu tun ist.

Wegen ihrer Farbe ist sie im Rucksack schnell auffindbar, im Notfall muss niemand lange kramen. Polizei und Ordnungsdienst erkennen die rote Box an ihrem Logo und können das Naloxon nicht für ein ominöses Nasenspray halten, wenn sie jemanden beispielsweise durchsuchen.

Wie ist die Situation mit SOP heute?
Die Lage hat sich wieder etwas entspannt, doch Nitazene sind nicht weg. Wir haben immer wieder Notfälle mit einer ganz anderen Intensität als bei Heroinüberdosierungen. Allerdings beobachten wir in den vergangenen Monaten vermehrt Notfälle mit der Substanz Kratom. Dies ist kein SOP, sondern eine pflanzliche Substanz, die am Opioidrezeptor andockt. Auch da haben wir es geschafft, sofort eine Warnmeldung rauszugeben. Es kommen neue Substanzen, wir müssen immer up to date bleiben.

Bremen hat seit Juli 2025 eine Rechtsverordnung auf Landesebene zum Drug-Checking. Hat dies zu weiterer Sicherheit geführt?
In Bremen stellten wir als Träger bereits Ende 2025 einen Antrag auf Drug-Checking. Aktuell warten wir aber leider noch immer auf eine positive Rückmeldung, um dann offiziell starten zu dürfen.

FORSCHUNG

HIV-Therapie: Nur eine Tablette pro Woche

Eine internationale klinische Studie hat gezeigt, dass eine einmal wöchentlich einzunehmende orale HIV-Behandlung genauso wirksam ist wie eine der derzeit führenden täglichen Therapien.

Die Ergebnisse stammen aus der Phase-3-Studie ISLEND-1, in der eine einmal wöchentlich einzunehmende Tablette mit einer Kombination aus Islatravir und Lenacapavir bei Erwachsenen untersucht wurde, deren HIV-Infektion bereits gut unter Kontrolle war. An der internationalen Studie nahmen 607 Erwachsene an 106 klinischen Standorten in 12 Ländern teil. Nach 48 Wochen erwies sich die einmal wöchentliche Therapie als der Standardbehandlung mit einmal täglicher Einnahme nicht unterlegen.

↘ QUELLE

- Rockstroh, J. et al. Phase 3 Trial of Weekly Oral Islatravir-Lenacapavir for HIV-1 Treatment; New England Journal of Medicine; doi.org/10.1056/NEJMoa2607973

KOMORBIDITÄT

Bei i.v.-Drogennutzern mit unklarem Fieber immer an infektiöse Endokarditis denken

von Maria Weiß, Ärztin und Medizinjournalistin, Berlin

Fieber ohne sofort offensichtliche Ursache bei Personen mit i.v.-Drogengebrauch sollte immer auch an eine infektiöse Endokarditis denken lassen, die eine relativ häufige Komplikation des intravenösen Drogengebrauchs darstellt. Sie kann zu zahlreichen Komplikationen führen.

Symptome: Fieber, Husten, Pleuraschmerzen und Dyspnoe

Die Inzidenz der infektiösen Endokarditis liegt unter i.v.-Drogennutzern bei 1,5 bis 3,3 pro Tausend und bei 20 % der mit Fieber stationär aufgenommenen Drogennutzern wird schließlich eine Endokarditis diagnostiziert. Am häufigsten sind bei ihnen das rechte Herz und die Trikuspidalklappe betroffen, Staphylococcus aureus ist hier der häufigste Auslöser. Typische Symptome sind neben dem Fieber Husten, Pleuraschmerzen und Dyspnoe. Bei unzureichender oder zu später Therapie können zahlreiche Komplikationen auftreten. Dazu gehören:

- **Kardiale Komplikationen:** akute Klappeninsuffizienz, Herzinsuffizienz, intrakardiale Abszesse und Fisteln, kardiogener Schock, akutes Koronarsyndrom, Herzstillstand, Myokarditis und Perikarditis.
- **Embolien aus dem rechten Herzen:** Lungenembolie, Lungenabszess, pulmonale Hypertonie.
- **Embolien aus dem linken Herzen:** Embolien im Bereich von Niere, Milz, Leber, Gehirn und Auge, vertebrale Abszesse, septische Komplikationen.
- **ZNS-Komplikationen:** Schlaganfall (ischämisch und hämorrhagisch), Epiduralabszess.
- **Renale Komplikationen:** akutes Nierenversagen.
- **Vaskuläre Komplikationen:** mykotische Aneurysmen (meist intrakranial).
- **Rheumatologische Komplikationen:** Arthritis, Spondylodiscitis.
- **Systemische Komplikationen:** septischer Schock.

Zunehmend wird eine Beteiligung mehrerer Klappen und des linken Herzens beobachtet, was mit einem schwereren klinischen Verlauf einhergeht.

MRSA als häufige Erreger

Häufigster Erreger der Endokarditis bei i.v.-Drogennutzern ist S. aureus mit einem hohen Anteil von methicillinresistenten Stämmen (MRSA), gefolgt von Streptokokken. Aber auch eine Vielzahl anderer Bakterien einschließlich der normalen Mundflora, Pseudomonas, Acinetobacter und Candida wurden im Herzen nachgewiesen. Risikofaktoren für eine Endokarditis sind bei Drogennutzern eine vorausgegangene Endokarditis, AIDS und Kokaingebrauch. Bei einer gleichzeitigen HIV-Infektion mit CD4-Zellzahlen < 200/mm3 ist die Mortalität besonders hoch.

Drogennutzer mit Fieber nicht vorschnell nach Hause entlassen

Die Diagnose der infektiösen Endokarditis beruht auf den Duke-Kriterien und kann relativ einfach sein, wenn die klassische Kombination von Sepsis, Klappenschäden, peripheren immunologischen Veränderungen und embolischen Komplikationen vorliegt. Schwieriger ist es im frühen Stadium, vor allem wenn der i.v.-Drogengebrauch nicht bekannt ist. Bei bekanntem i.v.-Drogengebrauch und Fieber sollte man sehr vorsichtig sein, die Betroffenen nach Hause zu entlassen. Dies gilt insbesondere bei verdächtigen Hautinfektionen, Petechien oder Vaskulitis, pulmonalen Infiltraten, unerklärbaren Abszessen und Leukozytennachweis im Urin ohne Dysurie. Grundsätzlich sollte man bei allen jüngeren Personen mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz oder multilobärer Pneumonie an die Möglichkeit einer infektiösen Endokarditis denken.

Antithrombotika bei infektiöser Endokarditis kontraindiziert

Bei Patienten und Patientinnen mit bekanntem Drogenabusus und den Symptomen eines akuten Schlaganfalls oder Herzinfarkts muss man sehr vorsichtig mit antithrombotischen Medikamenten sein, da diese bei einer infektiösen Endokarditis kontraindiziert sind. In diesen Fällen sollte man nach stationärer Aufnahme mehrere Blutkulturen anlegen und so bald wie möglich eine transthorakale, wenn nötig gefolgt von einer transösophagealen Echokardiographie durchführen.

Oft interdisziplinäres Vorgehen erforderlich

Die Therapie besteht wie bei anderen Formen einer schweren Sepsis in der Gabe von Breitbandantibiotika und entsprechenden supportiven Maßnahmen. Da die Komplikationen viele Organsysteme betreffen können, ist oft ein interdisziplinäres Vorgehen notwendig.

↘ QUELLEN

- Lavender TW, et al. Acute infections in intravenous drug users. Clin Med (Lond). (2013); 13(5):511-3. doi.org/10.7861/clinmedicine.13-5-511
- Garber B et al; Complications of injection drug abuse. Emerg Med Rep. (2015) Nov 15. Available at: iww.de/s16250

PODCAST-TIPP

Neue Wege in der Drogenpolitik

Crack und Nitazene verändern die offene Drogenszene in Deutschland. Der Suchtforscher Daniel Deimel erklärt im Podcast „Hörsaal“ von Deutschlandfunk Nova, weshalb sich der Drogenmarkt wandelt, welche Hilfe Betroffene brauchen und warum Suchthilfe und Drogenpolitik neue Wege gehen müssen. Zu hören in der ARD Sounds App sowie unter Shortlink iww.de/s16248.

Mit freundlicher Unterstützung SANDOZ HEXAL

SELBSTWIRKSAMKEIT

Mit motivierenden Gesprächen aus der Zwickmühle

In der Suchthilfe ist das motivierende Gespräch ein wichtiges Mittel. Es verdeutlicht der suchterkrankten Person einen Konflikt, in dem sie sich möglicherweise schon sehr lange befindet, und führt zu Lösungsansätzen. Dabei sind Fingerspitzengefühl und Professionalität gefragt.

Viele suchterkrankte Personen sind in einem Gefühl der Ambivalenz gefangen. Es zerreißt sie fast, dass sie einerseits den Konsum beenden und andererseits nicht auf den Rausch verzichten möchten. Zwar verspricht ein Leben ohne Drogen mehr Selbstbestimmung und Wohlbefinden, doch ist der Weg dorthin angesichts von Entzugssymptomen und Therapie lang und hart. Je stärker das Craving, desto mehr rücken die Vorteile der Behandlung in den Hintergrund. Der Rausch blendet schließlich die Probleme aus. Abstinenz versus Konsum – dieser sehr anstrengende Zwiespalt findet sich in der Motivationsarbeit immer wieder. Die motivierende Gesprächsführung, auch **Motivational Interviewing** (MI) genannt, ist eine Gesprächstechnik, um diese Ambivalenz für den Patienten erkennbar zu machen und ihm aus seinem Dilemma zu helfen. Die Methode stammt aus den frühen 90er-Jahren, ist inzwischen weltweit etabliert und gilt als Standardverfahren in der Suchthilfe. Alle Mitglieder des Praxisteams können motivierende Gespräche führen, etwa wenn es um den regelmäßigen Besuch in der Praxis geht oder wenn Patienten von privaten Sorgen erzählen. Die Gesprächsführung setzt eine bestimmte Haltung voraus: Ein konfrontatives oder drängendes Vorgehen ist tabu, weil es zu Widerstand und Trotz führen kann. Stattdessen soll der Patient das Problem während des Gesprächs selbst erkennen und die Schritte entdecken, die wieder herausführen.

Beispiel: Ein Patient ist niedergeschlagen. Auf Nachfrage erzählt er, dass seine Freundin ihn verlassen will, weil er seine Therapie nicht ernst genug nehme. Tatsächlich hat er mehrere Termine in der Praxis verstreichen lassen.

Versetzen Sie sich in den Patienten. Finden Sie für ihn verständliche Worte, um die Zwickmühle, in der er sich befindet, herauszuarbeiten. Therapietreue oder Einsamkeit? Es dürfen Diskrepanzen entstehen durch Fragen wie: *„Was könnte schlimmstenfalls passieren, wenn es so weitergeht?“* Hören Sie aufrichtig zu. Reagiert der Patient widerwillig, fragen Sie ihn: *„Warum möchten Sie das nicht?“* Sehr motivierend ist, den Patienten erfahren zu lassen, dass er selbstwirksam ist und sich aktiv für sich einsetzen kann. So entscheidet er im genannten Beispiel selbst, ob er seine Termine regelmäßig wahrnimmt. Das zuverlässige Erscheinen nimmt ihm niemand ab. Diese Autonomie ist extrem wichtig. Der Patient hat die Wahl und entscheidet selbstständig. Wie immer diese Entscheidung ausfallen mag – bestärken Sie ihn darin und akzeptieren Sie sie.

↘ QUELLE

- Miller, William R.; Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing. 4. Aufl., Freiburg 2025. ISBN 978-3-7841-3641-7

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 Katthöfer (Schriftleiterin)

Hinweis
Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise 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.

INTERNATIONALES

Harm Reduction: Starke finanzielle Kürzungen

Die internationalen Bemühungen zur Schadensminderung stecken in der Krise. Grund sind gekürzte finanzielle Mittel, vor allem seitens der USA. Das geht aus dem Jahresbericht 2025 der NGO Harm Reduction International (HRI) hervor, der im vergangenen August veröffentlicht wurde (online unter iww.de/s16293).

Die Entscheidung der USA – der zweitgrößte globale Geldgeber für Schadensminderung –, ihre bilaterale und multilaterale Hilfe im Januar 2025 abrupt einzustellen, habe zu Schockwellen in der weltweiten Gesundheits- und Entwicklungszusammenarbeit geführt. Hinzu kämen Kürzungen weiterer Geberländer. Einer Studie von HRI zufolge betrachten 92 Prozent der Organisationen, die sich mit Harm Reduction beschäftigen, die Schadensminderung als aktiv bedroht. 62 Prozent schätzten diese Bedrohung als „hoch“ oder „kritisch“ ein. Die durch die prekäre Situation hervorgerufenen Umwälzungen prägten die *Harm Reduction International Conference 2025* (HR25) in Bogotá, Kolumbien. Sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als auch das UN-Büro für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) und UNAIDS hätten Kapazitäten und Fachkompetenz verloren. Die Existenz von UNAIDS sei bedroht gewesen. Die Kürzungen träfen vor allem NGOs und zivilgesellschaftliche Gruppen, die das Rückgrat der Harm Reduction bildeten. HRI bewertet die Kürzungen als eine Verletzung des Rechts auf Gesundheit und fordert, sie zurückzunehmen. Die NGO sammelt zudem Daten. Ihre Analysen stellt sie Regierungen, Partnern und Forschung zur Verfügung. Nach eigenen Angaben liefert keine andere Organisation in diesem Umfang unabhängige Daten, um Harm Reduction zu fördern. Die HR27 wird im Juli 2027 in Belfast, Nordirland stattfinden.

Mit freundlicher Unterstützung SANDOZ HEXAL