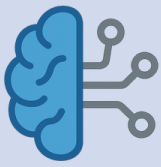


**Er kommt täglich zur
Substitution.**

**Seit acht Jahren. Stabil.
Berufstätig.**

**Und wird trotzdem nicht
als behandelt angesehen.**





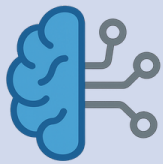
Warum Opioidabhängigkeit falsch verstanden wird

F11.2 ist eine chronische Erkrankung – keine Charakterschwäche.

- Substitution gilt noch immer als „nicht richtig clean“
- Entzug wird als Therapieziel überbewertet
- Rückfall wird als Versagen dokumentiert, nicht als Symptom
- Naloxon wird nicht verschrieben, weil „der will ja gar nicht“

Merke: Substitution ist Behandlung. Nicht Überbrückung.





Der häufigste Denkfehler

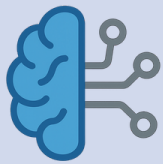
„Substitution hält die Abhängigkeit nur aufrecht.“ – Falsch.

Substitutionstherapie reduziert:

- Mortalität
- Infektionsrisiko (HIV, Hepatitis C)
- Beschaffungskriminalität
- Beikonsum

Merke: Abstinenz ist ein mögliches Ziel – nicht die einzige legitime Therapie.





Klinische Einordnung

Drei Kernsymptome der Opioidabhängigkeit (**F11.2**):

- Starkes Verlangen (Craving)
- Kontrollverlust über Konsum
- Toleranzentwicklung und Entzugssymptome

Entzugssyndrom (**F11.3**): Rhinorrhö, Gänsehaut, Muskelschmerzen, Erbrechen, Angst – beginnt 6–24 h nach letzter Dosis.

Merke: Entzug ist schmerzhaft, selten lebensbedrohlich – anders als Alkohol.



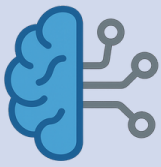


Differentialdiagnosen

- Schädlicher Gebrauch (**F11.1**): kein Kontrollverlust, keine Toleranz
- Opioidintoxikation (**F11.0**): Miosis, Atemdepression, Bewusstlosigkeit
- Polytoxikomanie (**F19.2**): mehrere Substanzen gleichzeitig
- Chronisches Schmerzsyndrom mit Opioidbedarf: sorgfältige Abgrenzung

Merke: Opioidintoxikation ist ein Notfall – sofort Naloxon.





Diagnostik

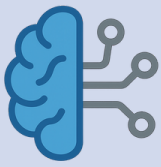
Bei jeder Aufnahme aktiv erfragen:

- Welche Substanz, welche Dosis, wie lange?
- Letzter Konsum – Uhrzeit
- Vorherige Substitutionstherapie?
- Vorhandenes Naloxon?

Labor: Drogenscreening (Urin), Hepatitis B/C, HIV, BB, Leberwerte.

Merke: Kein Drogenscreening ohne Einwilligung und klinische Indikation.





Therapie

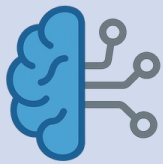
Drei Säulen – alle drei gleichzeitig:

1. Substitution: Methadon oder Buprenorphin (Mittel der Wahl laut S3-LL)
2. Psychosoziale Begleitung: unverzichtbar, kein Add-on
3. Naloxon verschreiben

Bei Intoxikation: Naloxon
i.v./i.m./intranasal – Titration,
Halbwertszeit beachten.

Merke: Naloxon rettet Leben.
Verschreibe es bevor du es brauchst.





Klinischer Fall

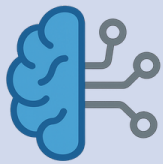
31-jährige Patientin. Seit 6 Jahren Heroinabhängigkeit, **F11.2**.

Aufnahme nach Überdosierung. GCS 8, Miosis, Atemfrequenz 6/min.
Naloxon 0,4 mg i.n. → Aufwachen nach 3 Minuten.

Kein Naloxon zu Hause. Keine Substitution seit 4 Monaten nach Umzug.

Entlassung: Substitution eingeleitet, Naloxon-Kit mitgegeben.

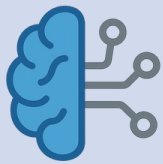




Die häufigsten Fehler

- ✗ Naloxon nicht verschrieben bei bekannter Abhängigkeit
- ✗ Substitution verweigert wegen „fehlender Motivation“
- ✗ Naloxon einmalig gegeben – Halbwertszeit vergessen, Patient re-sediert
- ✗ Hepatitis C nicht gescreent
- ✗ Psychosoziale Begleitung nicht organisiert





Take Home + Checkliste

- ✓ Substitution ist evidenzbasierte Therapie – kein Kompromiss
- ✓ Naloxon bei jeder Entlassung mitgeben und erklären
- ✓ Halbwertszeit Naloxon < Halbwertszeit Opioid → Nachbeobachtung
- ✓ Hepatitis C und HIV screenen – bei jeder Aufnahme
- ✓ Psychosoziale Begleitung von Anfang an einplanen

Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL Sucht – Opioidbezogene Störungen (AWMF 038-015), ICD-10 F11.2, WHO ICD-11 6C43.2





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com