

4

DROGEN- ABHÄNGIGKEIT

Suchtmedizinische
Reihe Band 4



Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen e. V.

DROGEN- ABHÄNGIGKEIT

Suchtmedizinische Reihe
Band 4

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Geschützte Warennamen sind nicht unbedingt kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Klaus Behrendt
PD Dr. med. Markus Backmund
Prof. Dr. med. Jens Reimer, MBA

Inhalt

	Vorwort	8			
1	Einleitung	10			
2	Grundfragen und Grundlagen	14			
2.1	Warum werden Drogen genommen?	14			
2.2	Der Unterschied zwischen legalen und illegalen Drogen	14			
2.3	Wie kommt es zum Konsum illegaler Drogen?	15			
2.4	Wie entsteht Sucht?	16			
2.5	Wie wird Abhängigkeit diagnostiziert?	17			
3	Substanzeigenschaften und Gebrauchsformen	20			
3.1	Opiate	21			
3.1.1	Morphin	23			
3.1.2	Heroin	24			
3.1.3	Methadon	25			
3.1.4	Buprenorphin	25			
3.1.5	Codein	26			
3.2	Cannabis	27			
3.3	Kokain	29			
3.4	Amphetamine	32			
3.4.1	Amphetamin	33			
3.4.2	Methamphetamin	33			
3.4.3	Ecstasy (MDMA und verwandte Substanzen)	34			
3.5	Halluzinogene	35			
			3.5.1	Lysergsäurediethylamid (LSD)	35
			3.5.2	Psilocybin	35
			3.6	Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB)	36
			4	Konsummuster und Epidemiologie	39
			4.1	Konsumbedingungen	39
			4.2	Epidemiologie der Verwendung illegaler Substanzen	41
			5	Behandlung	47
			5.1	Allgemeine Ziele und Prinzipien der Behandlung	47
			5.1.1	Behandlungsziele	47
			5.1.2	Versorgungsstruktur	51
			5.1.3	Besonderheiten in der Behandlung Abhängiger	54
			5.1.4	Einflussfaktoren auf das Verhältnis zu Drogenpatienten/-innen	55
			5.1.5	Konkrete Behandlungsprobleme	56
			5.1.6	Prinzipien für die Beziehungsgestaltung	57
			5.1.7	Illegale Drogen und Schwangerschaft	61
			5.1.8	Soziale Notlagen	63
			5.1.9	Förderung der Veränderungsbereitschaft (Motivation)	63
			5.2	Umgang mit Problemen	65
			5.2.1	Wann wird es gefährlich?	65
			5.2.2	Der akute Notfall	65
			5.2.2.1	Perspektive der Patientin, des Patienten	65
			5.2.2.2	Perspektive der „Helfer/-innen“ oder „Beteiligten“	66

5.2.3	Was ist zu tun?	68
5.2.3.1	Symptomatik der Opiatintoxikation	69
5.2.3.2	Symptomatik der Cannabisintoxikation	71
5.2.3.3	Symptomatik der Kokainintoxikation	71
5.2.3.4	Symptomatik der Amphetaminintoxikation (Psychostimulantien, Entaktogene, Halluzinogene)	72
5.2.3.5	Symptomatik der LSD (Lysergsäurediethylamid)- und PCP (Phencyclidin)-Intoxikation	72
5.3	Therapieoptionen bei Opiatabhängigkeit	73
5.3.1	Substitution	73
5.3.2	Entzugsbehandlung	76
5.3.2.1	Vorteile von Drogenentzugsstationen	76
5.3.2.2	Merkmale des therapeutischen Konzepts	77
5.3.2.3	Pharmakologische Behandlung	78
5.3.3	Medizinische Rehabilitation	78
5.4	Therapieoptionen bei Cannabisabhängigkeit	80
5.5	Therapieoptionen bei Stimulanzien und Halluzinogenen	82
5.6	Therapieoptionen bei GHB-Abhängigkeit	82
5.7	Komorbide somatische Störungen	83
5.7.1	Infektionskrankheiten	84
5.8	Komorbide psychische Störungen	87
6	Rechtsfragen und Regelungen	93
6.1	Betäubungsmittelgesetz	93
6.2	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)	95
6.3	Richtlinien der Bundesärztekammer vom 19.02.2010	97
6.4	Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung	97
6.5	Sicherheit im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz	98
6.6	Weitere gesetzliche Regelungen	99

7	Anhang	101
7.1	Ergänzende Literatur	101
7.2	Landesstellen für Suchtfragen	102
	Die DHS	104
	Die BZgA	106
	Impressum	111

Mit der Suchtmedizinischen Reihe wendet sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen insbesondere an diejenigen Berufsgruppen, die in ihrem Alltag mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten in Kontakt geraten, bei denen ein riskanter Substanzgebrauch, ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegt, und die sich vertiefend mit den spezifischen Problematiken der jeweiligen Substanzen, den Wirkungsweisen der Substanzen im Körper, den gesundheitlichen Folgeschäden, den Behandlungsmöglichkeiten oder rechtlichen Aspekten, beschäftigen wollen. Die Bände dieser Reihe richten sich an Ärztinnen und Ärzte, vornehmlich der allgemeinmedizinischen Versorgung, sowie an psychosoziale Berufsgruppen in der psychotherapeutischen Versorgung und in der Sozialarbeit. Die Einzelausgaben der Reihe enthalten einen umfassenden Wissensgrundstock, der als Kompendium oder zum Nachschlagen genutzt werden kann. Darüber hinaus stehen die DHS und die einzelnen Autorinnen und Autoren für Nachfragen zur Verfügung. „Sucht“ ist ein Begriff, der bei vielen Menschen Abwehr auslöst. Daran hat auch die höchstrichterliche Feststellung aus dem Jahr 1968, dass Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit Krankheiten sind, kaum etwas verändert. Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen handelt es sich bei Abhängigkeit und Missbrauch, entgegen der landläufigen Annahme, jedoch um Diagnosen, die gute Behandlungschancen und -erfolge aufweisen. Wer würde von einer Diabetikerin oder einem Bluthochdruckpatienten erwarten, dass ihre oder seine Werte niemals Schwankungen unterlägen oder in den pathologischen Bereich ausschlagen? Bei der Behandlung von Abhängigkeit und Missbrauch werden andere Maßstäbe angelegt. Hier wird meist nur das Maximum an Erreichbarem – die dauerhafte Abstinenz – als Behandlungserfolg gewertet. Es gilt jedoch, wie bei anderen Krankheiten auch, dass die Erfolgsprognose vom Stadium der Erkrankung abhängt und ob der Diagnose auch tatsächlich eine sachgerechte Behandlung folgt. Die Prinzipien der Selbstbestimmung und Autonomie gelten auch für Substanzabhängige oder –missbrauchende. Sie entscheiden mit über Art und Erfolg der Behandlung, ob Abstinenz, Konsumreduktion oder Substitution die vielversprechendste Behandlung für sie ist.

Der Konsum psychotroper Substanzen kann gravierende somatische, psychische, soziale sowie auch rechtliche und finanzielle Störungen und Probleme verursachen. Ihr Gebrauch, insbesondere riskanter Alkohol- und Tabakkonsum, gilt als bedeu-

tendstes gesundheitsschädigendes Verhalten in der Bevölkerung. Tabak- und Alkoholkonsum stehen in den Ländern mit hohem Einkommen auf den Plätzen 1 und 2 der zehn größten gesundheitlichen Risiken für vorzeitige Erkrankung und vorzeitigen Tod (WHO 2009)*. Psychische und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und bestimmter Medikamente machen, trotz Präventionsanstrengungen, nach wie vor einen Großteil der Krankheitsdiagnosen aus und verursachen hohe, vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem. Die direkten und indirekten Kosten, die allein durch Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland verursacht werden, belaufen sich auf über 40 Mrd. Euro. Dabei ist die Gruppe mit einem riskanten bzw. schädlichen Konsummuster wesentlich größer als die der abhängig Konsumierenden.

In Deutschland sind Alkohol und Tabak die meist konsumierten und akzeptierten psychotropen Substanzen. Wenn es um die Risiken des Substanzkonsums geht, gerät dann zunächst das Suchtpotenzial der psychotropen Stoffe ins Blickfeld. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen jedoch immer deutlicher, dass Schädigungen lange vor der Entwicklung einer Abhängigkeit einsetzen können und es keinen Grenzwert für einen Konsum gibt, der Risikofreiheit garantiert. Zwar weisen Menschen, die eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben, häufig weitere Erkrankungen und Störungen auf, jedoch sind gesundheitliche Störungen und negative Auswirkungen nicht ausschließlich bei Abhängigen zu beobachten, sondern auch bei Menschen mit riskantem Konsum. Daher stellen nicht nur Substanzabhängige und –missbrauchende, sondern auch Personen mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen eine wichtige Zielgruppe der Suchtmedizin und Suchthilfe dar. Motivation sowie Früherkennung und Frühintervention kommt eine immer stärkere Bedeutung zu.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends begann die DHS mit der Publikation der Suchtmedizinischen Reihe und erschloss damit praxisrelevante Informations- und Datenquellen für die in diesem Fachgebiet Tätigen. In der Zwischenzeit haben sich Suchtmedizin und Suchthilfe weiterentwickelt, so dass eine Neufassung der Titel „Alkoholabhängigkeit“, „Tabakabhängigkeit“, „Drogenabhängigkeit“ und „Essstörungen“ erforderlich wurde. Vervollständigt wird die Reihe nun durch die bislang fehlenden Bände „Medikamentenabhängigkeit“ und „Pathologisches Glücksspielen“.

Die DHS dankt allen Autorinnen und Autoren herzlichst für ihre engagierte Arbeit. Sie haben in kompakter Form praxisnahe und aktuelle Informationen aus unterschiedlichen Disziplinen für die Beratung und Behandlung zusammengestellt.

Dr. Heribert Fleischmann
Vorstandsvorsitzender der DHS

Frühjahr 2013

* WHO 2009, Global Health Risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genf.

Diese Broschüre beschäftigt sich mit Menschen, die „illegale Drogen“ gebrauchen. Unter diesem Oberbegriff werden verschiedene Klassen psychotroper Substanzen zusammengefasst, deren Besitz nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) entweder verboten ist (z. B. Opioide, Cannabinoide oder Amphetamine) oder die in einer nicht bestimmungsgemäßen Form verwendet werden (z. B. Benzodiazepine). Eine Übersicht über die Substanzklassen wird im Kapitel 3 Substanzeigenschaften und Gebrauchsformen gegeben.

Drogenkonsum wird von Laien häufig mit Personen in Verbindung gebracht, die höchstens 18 - 25 Jahre alt sind, Heroin spritzen, emotional und sozial stark verwaorlost sind und deren Behandlung schwierig und häufig erfolglos ist. Diese Beschreibung gibt nur einen kleinen Teil der Realität wieder. In Wirklichkeit sind die Bandbreite des Umgangs mit illegalen Substanzen und die damit verbundenen negativen Folgen sehr unterschiedlich (siehe Kapitel 4): Drogen werden auch oral eingenommen, geschnupft oder inhaliert; sehr oft werden verschiedene Substanzen gleichzeitig konsumiert (polyvalenter Konsum). Das Altersspektrum ist wesentlich größer, weil Abhängigkeitserkrankungen überwiegend chronisch verlaufen und die Betroffenen oft ihr ganzes Leben begleiten. Es gibt Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, die sich über viele Jahre sozial unauffällig verhalten, ihrem Beruf nachgehen und insgesamt kaum Störungen aufweisen. Es ist aber auch möglich, dass sie trotz der äußeren Unauffälligkeit Hilfe wegen schwerer körperlicher Erkrankungen suchen (z. B. HIV-Infektion oder Hepatitis). Zusammenfassend kann man festhalten, dass das auf den ersten Augenschein als ähnlich erscheinende Störungsbild für die weitere Behandlung häufig zu wenig differenziert erfasst wird. Eine solche Differenzierung ist z. B. im Hinblick auf die Dauer der Störung, den Schweregrad und die Bereitschaft zur Aufgabe des Drogenkonsums und des damit verbundenen Lebensstils notwendig, um gemeinsam mit den Betroffenen die individuell angemessene Behandlung finden zu können.

Drogenkonsum hat bei Männern und Frauen oft unterschiedliche Ursachen. Männer haben Drogen gegenüber eine positivere Einstellung als Frauen. Mit Hilfe von Drogen kann Männlichkeit dargestellt werden. Drogen-, insbesondere

Alkoholkonsum, kann bei jungen Männern Ausdruck eines draufgängerischen Verhaltens sein, mit dem Grenzerfahrungen möglich werden und Invulnerabilität (Unverletzlichkeit) demonstriert bzw. Vulnerabilität verdeckt werden kann, was zu einer Statusverbesserung in der Peergruppe führt. Drogen fördern die Kommunikationsfähigkeit und helfen, nicht erlaubte Ängste zu überwinden. Die männliche Rolle ist mit der Demonstration von Stärke, Macht und Gewaltbereitschaft verbunden. Sie ist gekennzeichnet von Konkurrenzverhalten und Homophobie und macht damit externalisierendes Verhalten notwendig.

Frauen nutzen Drogen vor allem um sich ihrem äußeren Ideal-Bild zu nähern und dadurch ihr Selbstbewusstsein zu steigern. Ein weiteres Motiv ist bei Mädchen die Demonstration von Coolness und Unabhängigkeit, wie steigende Prävalenzen beim Tabak-, Drogen- und Alkoholkonsum belegen - und hier insbesondere das „Komasaufen“.

Die genannten Verhaltensweisen treten bei beiden Geschlechtern als Teil der Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsfindung zumeist vorübergehend auf. Beim Hinzukommen weiterer Risiken können sie jedoch zur Manifestation von Sucht beitragen.

Oft werden die Partnerinnen von männlichen Drogenkonsumenten von diesen gezielt zum Drogenkonsum animiert oder, anders ausgedrückt, die Frau gibt sich der Sucht des Partners hin, um ihm zu gefallen (Zenker, 2009).

Die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahrzehnten wesentlich weiterentwickelt worden. Damit hat sich auch das Spektrum der Ziele erweitert: Heute wird angestrebt, den verlorenen Freiheitsspielraum des Einzelnen wiederherzustellen, die bereits eingetretenen Erkrankungen und psychosozialen Störungen zu behandeln und weitere Erkrankungen und problematische Entwicklungen zu verhindern.

Die zentrale Perspektive ist eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben bei bestmöglicher sozialer, familiärer und beruflicher Integration. Suchtmittelabstinente und suchtverhaltensfreie Lebensformen können für Menschen mit problematischem oder abhängigem Konsum dafür die Grundlage bilden. In diesem Zusammenhang haben sich auch in Deutschland die Mehrzahl der Träger, Verbände und Institutionen der Suchthilfe sowie Bund, Länder und Kommunen in Anlehnung an die in § 27 SGB V und § 9 SGB VI festgelegten Behandlungs- und Rehabilitationsziele auf eine differenzierte Zielsystematik der Suchthilfe verständigt. § 27 SGB V nennt folgende Ziele: „eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Nach § 9 SGB VI bestehen die Aufgaben der Rehabilitation darin, „(1.) den Auswirkungen

einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und (2.) dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.“ (fdr, 2006)

Vor diesem Hintergrund wurden differenzierte Hilfen für suchtkranke Menschen entwickelt, die die Umsetzung folgender Interventionsziele – in einer groben Rangfolge – bei Suchtkranken ermöglichen:

- ▶ Akzeptanz der Suchterkrankung und Formulierung von Veränderungsbedarf
- ▶ Sicherung des Überlebens in Phasen des akuten Suchtmittelkonsums
- ▶ Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- ▶ Entwickeln einer Behandlungsmotivation und Akzeptanz des Hilfeangebotes
- ▶ Individuelle sozio- und psychotherapeutische Behandlung und Stärkung von Selbsthilfepotenzialen
- ▶ Sicherung der sozialen Umgebung der Betroffenen
- ▶ Reduzierung bzw. Verhinderung von sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung
- ▶ Erreichen längerer Abstinenzphasen
- ▶ Akzeptanz des Abstinenzzieles

Das Abstinenzziel, kann von vielen Patienten und Patientinnen nicht in einem kurzen zeitlichen Rahmen und von manchen auch gar nicht erreicht werden. Häufig tritt die Abstinenz zugunsten der körperlichen, psychischen und sozialen Stabilisierung über längere Zeit zurück. Wichtig ist die Betrachtung der individuellen Problemlage und der Lebensumstände der Patientin, des Patienten sowie seiner Entwicklung im Behandlungsverlauf. Der Umgang mit Drogenabhängigen steht damit immer im Spannungsfeld zwischen unmittelbarer Hilfeleistung zur Behandlung eingetretener Störungen bzw. zur Verhinderung einer weiteren Verschlimmerung und der langfristigen Orientierung. Hinzu kommt der Umstand, dass gegenüber abhängigen Menschen in der Gesellschaft Vorurteile bestehen, die dazu führen, dass sie abgelehnt und stigmatisiert werden. Dies ist umso ausgeprägter, je mehr sie in Aussehen und Verhalten von dem abweichen, was jeweils als normal erachtet wird.

Drogenkonsum und -abhängigkeit, insbesondere von Heroin und Kokain können wegen der Illegalität und der hohen Kosten dieser Substanzen mit erheblichen kriminellen Handlungen zur Geldbeschaffung einhergehen. Unabhängig davon kann auch ein primär delinquenter Lebensstil bestehen. Beides führt dazu, dass ein Teil der Drogenabhängigen wiederholt auch in Kontakt mit der Justiz gerät. Daraus kann sich ein Konfliktfeld zwischen den Interessen der Justiz (Verfolgung strafbewehrten Verhaltens, Generalprävention) und den Interessen der Suchthilfe ergeben, mit dem sich insbesondere bei der Beratung und Behandlung der Betroffenen alle Beteiligten auseinandersetzen müssen. Im Kapitel Drogenkonsum und Recht wird darauf näher eingegangen.

Diese Broschüre richtet sich an Menschen, die in sozialen oder Gesundheitsberufen arbeiten oder dafür ausgebildet werden sowie einen Überblick über die Problematik drogenabhängiger Menschen gewinnen wollen und über das Bedingungsgefüge, das bei ihrer Beratung und Behandlung zu beachten ist. Sie kann und soll nur Basiswissen vermitteln und im besten Fall zur intensiveren Auseinandersetzung mit dem Thema anregen.

Zur besseren Lesbarkeit wird auf Literaturzitate weitgehend verzichtet. Für die weiterführende Lektüre gibt es ein kapitelweise gegliedertes Literaturverzeichnis.

Literatur

Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) (Hrsg.) (2006):
Grundlagen der Suchthilfe. Hannover. (fdr-texte; 6)

Zenker, Christel (2009): Gender in der Suchtarbeit. Hannover:
Fachverband Drogen und Rauschmittel. (fdr-Texte; 9)

2.1 Warum werden Drogen genommen?

Diese Frage drängt sich auf, wenn man daran denkt, als wie gefährlich und schädlich doch der Konsum von Drogen gilt, die zu beschaffen auch noch verboten ist. Neben der von Verboten auch ausgeübten Attraktion gibt es auch ein seit Jahrtausenden bekanntes Grundbedürfnis des Menschen nach Substanzen und Verhaltensmöglichkeiten, mit denen er seine Befindlichkeit von Zeit zu Zeit verändern kann. Hinzu kommt die bereits von Wolf Biermann 1964 gesungene Erkenntnis „Was was verboten ist, das macht uns gerade scharf.“

Eine Diskussion mit einer Gruppe drogenabhängiger junger Menschen brachte Erstaunliches zu Tage: Neben positiven Gefühlen und Erlebnissen, die sie mit Drogen verbanden (angenehme Gefühle, mehr Lust, ein aufregendes Abenteuergefühl, erlebnisreicher Sex) wurde sehr häufig auch die Vermeidung von Unangenehmem genannt (abschalten, keine Aufregungen, Schmerz beseitigen, nicht arbeiten, Abschirmung von Konflikten in der Familie). Nicht zuletzt wurde auch das Besondere des Drogenkonsums hervorgehoben, das auf die Konsumenten selbst abstrahlt (Gemeinschaft in der Szene, Überwindung von Hemmungen, besonders sein). Durch die Einnahme von Drogen können Entspannung, Angstlösung und Enthemmung bis hin zu gesteigertem Selbstvertrauen erreicht werden. Es gibt eine Euphorisierung bis zur Ekstase und natürlich auch Schmerzreduktion, Stimulation und Intensivierung bis hin zu rauschhaften Erlebnissen.

Die Geschichte lehrt auch, dass das Bedürfnis nach rauschhaftem Erleben offenbar nicht mit Erfolg verboten werden kann. Jedenfalls sind bisher alle Versuche, Menschen auf Dauer durch Verbote am Konsum zu hindern, nahezu erfolglos geblieben.

2.2 Der Unterschied zwischen legalen und illegalen Drogen

Die klassische legale Droge ist in Europa Alkohol, mit dem sich die Menschen schon seit der Antike entspannt, aber auch berauscht haben. Insbesondere bei den natürlichen, nicht konzentrierten Alkoholprodukten Bier und Wein ist die irri- ge, von den einschlägigen Lobbygruppen mittels bezahlter Studien und erheblicher Propaganda geschürte Vorstellung immer noch weit verbreitet, dass

es sich dabei um unschädliche, ja „gesunde“ Getränke handele. Beim Tabak waren die Verhältnisse über lange Zeit ähnlich. Die Gefahren, die vom Tabakrauchen ausgehen, waren zwar bekannt, wurden aber weitgehend ausgeblendet. Beide Drogen werden legal gehandelt. Alkohol war in Europa nie in größerem Umfang verboten. Tabak war nur bis in das frühe 18. Jahrhundert in verschiedenen europäischen Ländern verboten, wurde aber gleichzeitig von bedeutenden Personen propagiert (z. B. im Tabakkabinett Friedrichs des Großen).

Illegale Drogen, mit denen heutzutage fast weltweit nicht mehr legal als Genuss- und Rauschmittel umgegangen werden darf, spielten in einem kulturellen Kontext überall auf der Welt eine dem Alkohol in Europa vergleichbare Rolle. Insbesondere der Haschischkonsum in Asien und der Kokagebrauch in Südamerika sind hier zu nennen. Im ausgehenden 19. Jahrhundert nahmen mit der chemischen Weiterentwicklung von Opiaten, erst zu Morphin und dann zu Diacetylmorphin, das als Hero- in weltweit bekannt wurde, und den Blättern der Kokapflanze zu Kokain, die Probleme mit diesen Drogen erheblich zu. Staaten und Staatengemeinschaften versuchten mit entsprechenden Gesetzen dann, diese Probleme einzudämmen. Weitere Drogen wie Cannabis und auch synthetische Produkte wie die Amphetamine wurden ebenfalls diesen Gesetzen unterstellt und somit illegal.

Heute sind mit der Illegalität für die Konsumentinnen und Konsumenten auch erhebliche Folgen verbunden, die sich nicht nur aus der fehlenden Herstellungskontrolle ergeben, sondern auch aus dem notwendigen Kontakt zu illegalen „Szenen“. Falsch ist es auch anzunehmen, legale Drogen seien ungefährlich, illegale aber gefährlich (siehe Kapitel Substanzeigenschaften). Es ist ebenso wenig möglich und sinnvoll, Tabak oder Alkohol zu verbieten wie illegale Drogen ebenso frei zu geben wie es Tabak und Alkohol sind. Hier entstehen gesellschaftliche Widersprüche, an deren Korrekturen gearbeitet werden muss.

2.3 Wie kommt es zum Konsum illegaler Drogen?

Wie bei fast allen Grafiken des Kapitels Konsumbedingungen und Epidemiologie deutlich wird, ist die Konsumprävalenz bei den jüngsten Konsumenten jeweils am höchsten. Zur Phase des Erwachsenwerdens gehören das Erproben und das Überschreiten von Grenzen. Junge Menschen lernen in Gruppen („peer groups“) auch die Funktion und Wirkung von legalen und illegalen Drogen kennen. Ein Teil von ihnen wird, z. B. weil die o. g. Wirkungen als besonders positiv erlebt werden, möglicherweise zu einem dauerhaften Konsum übergehen, ohne dass sich hier gleich eine Abhängigkeit entwickeln muss. Die meisten jungen Menschen, die auf diese Weise mit Drogen in Kontakt gekommen sind, geben den Drogenkonsum in den folgenden Jahren aus den unterschiedlichsten Gründen eher wieder auf.

2.4 Wie entsteht Sucht?

Sucht oder Abhängigkeit haben nicht nur eine Ursache, sondern sind das Ergebnis des Zusammenspiels vieler Faktoren:

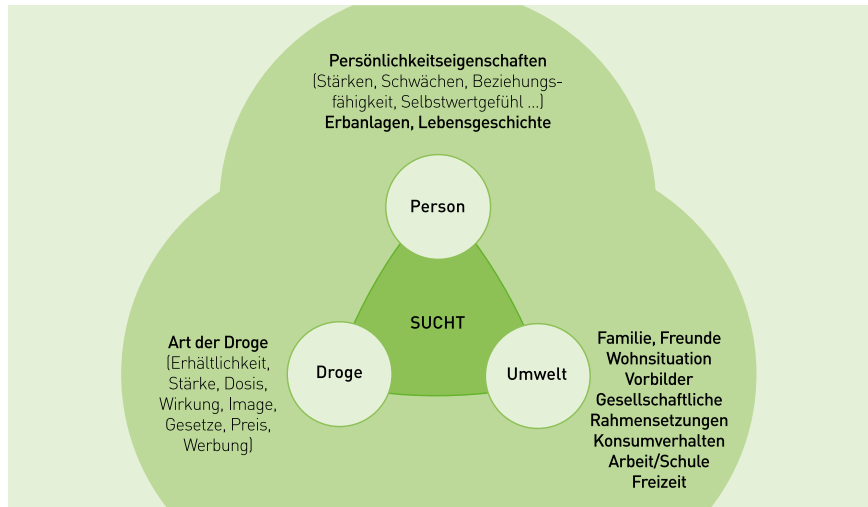


Abb. 2.1: Entstehungsbedingungen der Sucht

Dabei spielen genetisch festgelegte Bereitschaft und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen, seine Stärken und Schwächen aber auch sein Umgang mit Gefühlen usw. eine Rolle (Persönlichkeitseigenschaften) und ebenso seine Umwelt. Sie beschreibt die gesamte Lebenssituation des abhängigkeitskranken Menschen und die Belastungen, die sich aus diesen Lebensumständen ergeben. Der Begriff „Droge“ beschreibt die Substanz, von der der Mensch abhängig geworden ist. Dazu gehören nicht nur Dosis und Wirkung, sondern auch die individuellen Erfahrungen der/des Betroffenen mit dieser Droge.

Die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung und ihr Verlauf sind als Prozess zu verstehen, der schnell oder langsam, intensiv oder schleichend verlaufen kann, der auch zeitweise oder gänzlich zum Stillstand kommen kann und in dem die genannten Faktoren individuell sehr unterschiedlich stark wirksam sein können. Immer ist Sucht bzw. Abhängigkeit eine als chronische Erkrankung, ebenso wie viele körperliche Erkrankungen, etwa Diabetes oder Bluthochdruck.

2.5 Wie wird Abhängigkeit diagnostiziert?

Grundsätzlich kann jedes Verhalten des Menschen, vor allem wenn es bereits zur Gewohnheit wurde, zur „Sucht“ werden. Eine Grenze vom unproblematischen zum problematischen Konsum zu bestimmen ist aber äußerst schwierig, da der Übergang fließend ist (Tretter, 2000). In eine neutrale Begrifflichkeit übersetzt ist „Sucht“ eine Abhängigkeit und damit eine behandlungsbedürftige, sozial und psychiatrisch relevante Krankheit mit chronischen Verläufen. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen, wenn sie nicht behandelt werden (fdr, 2006).

Abhängigkeit zeigt sich, wenn bei Absetzen oder Verminderung von Menge bzw. Frequenz des Konsums oder Verhaltens Entzugssymptome auftreten, die sich praktisch als Gegenzustände der typischen Wirkung zeigen. Diese Entzugssituation kann für betroffene abhängige Menschen so quälend sein, dass sie alles tun würden, um diesen Zustand zu beenden. Die psychische Verfassung ist dabei ausschlaggebend, wenngleich zusätzlich noch quälende körperliche Entzugssymptome auftreten können. Seit den 1990er Jahren wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung nach der ICD-10, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour, Schmidt, 1993), gestellt „wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren“:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).

Auf sehr vergleichbare Weise wird in der amerikanischen Klassifikation (DSM-IV) vorgegangen (Saß et al., 1998).

In der ICD-10 wird als „schädlicher Gebrauch“ definiert, wenn zwar noch nicht mindestens drei der o. g. Kriterien erfüllt sind, aber schon Schädigungen durch den Substanzkonsum eingetreten sind. Im DSM-IV gibt es noch den Begriff des Missbrauchs, womit nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch bezeichnet werden soll, ohne dass es notwendigerweise schon zu Schädigungen gekommen ist.

Die Bestimmung der Grenze zu schädlichem Gebrauch ist mit diesen Diagnoseinstrumenten nicht in jedem Falle möglich. Klarheit könnte die Formulierung in den weiterentwickelten Glossaren ICD-11 und DSM-V bringen oder die Anwendung des ICF: „Für die Auswahl der im Einzelfall notwendigen Beratungs- und Behandlungsschritte sind neben der (Grund-)Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des abhängigkeitskranken Menschen maßgeblich (finale Orientierung). Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO, 2005) Rechnung. Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit (functioning). Danach ist eine Person funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund [Konzept der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren] –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Zu den Umwelt-

faktoren gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z. B. Technologien; natürliche und von Menschen veränderte Umwelt; soziale Unterstützung und Beziehungen; Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren sind Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten usw. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrieren) wirken.“ (BAR, 2008)

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Frankfurt. (Schriftenreihe; Heft 12)
- Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) (Hrsg.) (2006): Grundlagen der Suchthilfe. Hannover. (fdr-texte; 6)
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern (u. a.): Huber.
- Saß, H. et al. (1998): Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen (u. a.): Hogrefe.
- Tretter, Felix (2000): Suchtmedizin. Stuttgart: Schattauer.
- World Health Organization (WHO) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

3 Subanzeigenschaften und Gebrauchsformen

21

Die Geschichtsforschung und die archäologische Forschung belegen, dass berausende, bewusstseinsverändernde Substanzen schon seit Jahrtausenden von der Menschheit genutzt werden. Der Philosoph Peter Sloterdijk hat darauf hingewiesen, dass der ritualisierte gemeinschaftliche Rausch früher vor allem dazu diente, „letzte Wahrheiten“ zu erfahren. Und er bemerkt, dass die Entstehung süchtigen Verhaltens sich erst aus dem Wechsel vom gemeinschaftlichen, ritualisierten Konsum hin zum privaten Gebrauch ergeben hat.

Auch heute werden Alkohol und Drogen häufig gemeinschaftlich konsumiert. Jeder einzelne Mensch verfolgt dabei sein persönliches Ziel und erwartet positive Wirkungen von der Substanz, z. B. Verbesserung der Stimmung oder Euphorisierung. Eine fast ebenso hohe Bedeutung hat der Wunsch nach Entspannung. Menschen, die Alkohol oder andere Drogen konsumieren, versprechen sich davon aber auch einen Abbau von Angst, Hemmungen und Schmerzen, gesteigertes Selbstvertrauen und eine Stimulierung und Intensivierung ihres Erlebens. Nicht zuletzt werden Drogen auch wegen ihrer halluzinogenen Wirkung eingenommen, also um für eine gewisse Zeit aus der gemeinsamen Realität in die Welt des Traums überwechseln zu können.

Die Zielwirkung von Drogen ist eine als positiv erlebte Veränderung des psychischen Befindens. Aus naturwissenschaftlicher Sicht wird diese Veränderung dadurch erzeugt, dass mit der Drogenwirkung im Gehirn gezielt in die Übertragung von Impulsen von einer Hirnzelle zur anderen an ihren Verknüpfungspunkten, den sogenannten Synapsen eingegriffen wird. An diesen Synapsen werden durch elektrische Impulse Botenstoffe, sogenannte Neurotransmitter freigesetzt, die an Rezeptoren anderer Zellen andocken und so Impulse bzw. Informationen weitergeben. Anschließend werden die Botenstoffe entweder wieder in die Ausgangszelle aufgenommen oder sie werden abgebaut. Drogen, wie auch viele Medikamente greifen an dieser Stelle, im sogenannten Synaptischen Spalt, auf verschiedene Weise direkt in diesen Prozess ein, in dem sie z. B. die Botenstoffe am Rezeptor verdrängen oder indirekt, indem sie die Wiederaufnahme oder den Abbau der Botenstoffe hemmen. So wird die natürliche Wirkung der körpereigenen Botenstoffe in der Regel verstärkt oder wie bei den Opiaten ersetzt, bis der Körper die zugeführte Substanz wieder abgebaut hat.

3.1 Opiate

Als Opiate werden bestimmte Alkaloide im Opium bezeichnet. Alkaloide sind natürlich vorkommende, zumeist alkalische (d.h. nicht saure) stickstoffhaltige organische Verbindungen, die auf des tierischen oder menschlichen Stoffwechsels wirken. Opium selbst ist der aus der Kapsel des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) gewonnene und getrocknete Saft. Im Opium sind zu etwa 25 % Alkaloide enthalten, hierunter sind die Wichtigsten: Morphin (10 %), Codein (0,5 %) und Thebain (0,2 %) sowie Noscapin (6 %) und Papaverin (1 %). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat die Forschung in diesem Bereich dazu geführt, dass inzwischen auch Substanzen, die wie Opiate wirken, synthetisch hergestellt werden können. Es hat sich daher der Oberbegriff Opiode für Substanzen entwickelt, die wie Opiate wirken, unabhängig davon, ob sie natürlichen Ursprungs sind oder synthetisch hergestellt wurden. Synthetisch hergestellte Opiode sind beispielsweise Methadon und Pethidin. Auch der menschliche Körper selbst produziert Opiode wie die sogenannten Endorphine und Enkephaline. Um im Folgenden die Darstellung zu erleichtern, wird generell von Opiaten gesprochen. Dabei umfasst der Begriff Opiate auch die synthetisch hergestellten Opiode. In der Szene gebräuchliche Namen für Heroin oder Opiate sind „brown“, „heroin“, „sugar“, „h“, „junk“, „Stoff“.

Gemeinsam ist den Opiaten ihr Wirkmechanismus. Sie docken an den Zellen, den sogenannten Opiatrezeptoren, an. Dies kann man sich ähnlich dem Schlüssel-Schloss-Prinzip vorstellen: Das Opiat kann als Schlüssel angesehen werden. Auf den Rezeptoren findet sich das „Schloss“, der Opiatrezeptor. Von diesen Opiatrezeptoren sind drei Haupttypen bekannt, die μ -Rezeptoren (sprich: mü), die δ -Rezeptoren (sprich: delta) und die κ -Rezeptoren (sprich: kappa). Rezeptoren können aktiviert werden, dann spricht man von einem Agonisten oder agonistischer Wirkung am Rezeptor. Auch können die Rezeptoren blockiert werden, dann spricht man von einem Antagonisten oder einer antagonistischen Wirkung. Bei Aktivierung des Rezeptors werden an den einzelnen Rezeptoren die folgenden Wirkungen vermittelt:

- ▶ μ -Rezeptor: Euphorie (deutlich gehobene Stimmung), Analgesie (Schmerzfähigkeit), Atemlähmung, Sedierung (Ermüdung), Miosis (Pupillenverengung), Hemmung der Magen-Darm Bewegung;
- ▶ δ -Rezeptor: Euphorie und Analgesie;
- ▶ κ -Rezeptor: Dysphorie (gereizte Stimmung), Analgesie im Bereich des Rückenmarks sowie Sedierung.

Antagonisten blockieren die vorgenannten Wirkungen. Weiterhin bewirken die Opiate eine Freisetzung des Histamins aus bestimmten Zellen, den Mastzellen. Hierdurch sind weitere Wirkungen der Opiate wie Blutdruckabfall, Hautjucken, Hautausschläge, wellenförmig verlaufende Verengungen der Atemwege und bei entsprechender Neigung auch Asthmaanfälle erklärlich. Ein detaillierter Überblick über die Wirkungen der Opiate findet sich in Tabelle 3.1.

μ-Rezeptor	δ-Rezeptor	κ-Rezeptor
▶ Schmerzfremheit ▶ Atemlähmung ▶ Pupillenverengung¹ ▶ gehobene Stimmung ▶ Ermüdung ▶ Entspannung ▶ Hemmung der Magen-Darm-Bewegung ▶ Verengung der Schließmuskeln (Blase, Darm) ▶ anfangs Übelkeit, dann Übelkeit auflösend	▶ Schmerzfremheit ▶ gehobene Stimmung	▶ Schmerzfremheit ▶ Dysphorie ▶ Harnausscheidung

Tab. 3.1: Wirkmechanismus der Opiatrezeptoren

¹ Bei schwerer Intoxikation kann durch verminderten Sauerstoffgehalt im Blut auch eine Pupillenweitstellung auftreten

Bei länger dauerndem Opiatgebrauch entsteht eine Gewöhnung an die Substanz, in deren Rahmen sich Stoffwechselvorgänge im Gehirn umstellen. Beim plötzlichen Absetzen kann sich der Stoffwechsel nicht abrupt rückumstellen, so dass Entzugssymptome auftreten. Diese Symptome umfassen:

- ▶ das Verlangen nach einem Opiat
- ▶ Schnupfen und/oder Niesen
- ▶ Tränenfluss
- ▶ Muskelschmerzen oder -krämpfe
- ▶ krampfartige Bauchschmerzen
- ▶ Übelkeit und/oder Erbrechen

- ▶ Durchfall
- ▶ Pupillenerweiterung
- ▶ Erektion und/oder wiederholte Schauer
- ▶ schneller Herzschlag oder
- ▶ erhöhter Blutdruck
- ▶ Gähnen und unruhiger Schlaf

Ein derartiges Entzugssyndrom tritt ca. sechs bis acht Stunden nach der letzten Heroineinnahme und zwischen 24 bis 36 Stunden nach der letzten Methadoneinnahme auf. Es erreicht in der Regel nach 48 Stunden sein Maximum und klingt nach 5 bis 7 Tagen ab. Der Entzug wird vom Opiatabhängigen in der Regel als sehr quälend erlebt, unter medizinischen Aspekten entstehen aber zumeist keine lebensbedrohlichen Zustände (die hierzu im Gegensatz beim Alkoholentzug deutlich häufiger auftreten) (Dietis et al., 2011; Vallejo et al., 2011).

3.1.1 Morphin

Morphin stellt das Hauptalkaloid des Opiums dar. Es wurde erstmals 1804 von dem deutschen Apotheker Sertürner isoliert. Er nannte, die von ihm gefundene Substanz Morphin nach dem griechischen Gott der Träume, Morpheus. Im historischen Verlauf wandelte sich der Name dann in Morphin. Morphin entfaltet seine Wirkung als Agonist (Aktivator) an allen drei Rezeptortypen (μ, δ und κ) mit Schwerpunkt auf dem μ-Rezeptor und gilt als der Prototyp des Opiatschmerzmittels. Es ist in Kapsel- und Tablettenform, als Brausetablette, Tropfen, Granulat, Zäpfchen, Pflaster sowie in Injektionsform erhältlich. In der Behandlung von Opiatabhängigkeit wurde Morphin erstmals 1992 in Österreich angewandt und ist mittlerweile auch in Frankreich verbreitet. Da die Morphinwirkung lediglich vier bis sechs Stunden anhält, wird das Medikament so zubereitet, dass der Wirkstoff über einen längeren Zeitraum freigesetzt wird (Retardform). Unter der Gabe von 200 – 800 mg retardiertem Morphin pro Tag lassen sich in der Substitutionsbehandlung ähnliche Erfolge wie unter Methadonbehandlung erreichen. Eine deutsche Zulassungsstudie kann dazu führen, dass retardierte Morphine demnächst auch in Deutschland zur Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit zugelassen werden. In der Drogenszene oder auf dem Schwarzmarkt für Heroinabhängige spielt Morphin kaum eine Rolle (Eder et al., 2005).

3.1.2 Heroin

Das bekannteste und am weitesten verbreitete Opiat in der Drogenszene ist das Heroin (chemisch: 3,6-Diacetylmorphin), ein halbsynthetisches Opioid, das durch Acetylierung mit Essigsäureanhydrid aus Morphin gewonnen wird. Die Wirkung hält etwa vier bis fünf Stunden an. Wirksame Substanzen sind die Heroinstoffwechselprodukte 6-Acetylmorphin und Morphin. Heroin selbst wird im Körper schnell abgebaut (Eliminationshalbwertszeit drei bis neun Minuten). Heroin kann aufgrund seiner chemischen Eigenschaften (sogenannte Lipophilie) die Blut-Hirn-Schranke gut überwinden und schnell im Gehirn anfluten. Da eine höhere Anflutgeschwindigkeit mit einem schnelleren Einsetzen euphorischer Gefühle einhergeht, eignet sich Heroin besonders gut, um einen „kick“ zu erzielen.

In den meisten Ländern wird Heroin überwiegend intravenös injiziert, in den Niederlanden überwiegt das Rauchen von Heroin. Die unbekannte Heroinkonzentration der auf der Straße gekauften Substanz, sowie die oftmals unhygienischen Injektionsumstände (Gebrauch des selben Injektionsbestecks durch mehrere Personen, verunreinigte Substanzen, nicht sterile Injektionsbedingungen) tragen wesentlich zu den Gefahren des Gebrauchs bei. Aus den vorbeschriebenen Risikokonstellationen resultieren u. a. Überdosierungen, Abszesse, Erkrankungen der Herzklappen, virale Infektionen der Leber (Hepatitis B oder C Virusinfektionen).

Heroin ist unter dem Namen Diacetylmorphin oder Diamorphin auch in Deutschland zur Substitutionsbehandlung zugelassen und kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, wenn zwei andere Therapieversuche erfolglos verliefen und der/die Abhängige mindestens 23 Jahre alt ist. Allerdings sind die Anforderungen an die Behandlungseinrichtung bezüglich der Personalausstattung recht hoch. Grund für die Einführung von Diamorphin als Substitutionsmedikament waren zum Teil unbefriedigende Therapieergebnisse bei Opiatabhängigen, die von der Substitutionsbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin nicht profitierten oder gar nicht erst das Behandlungssystem erreichten. Positive Erfahrungen aus Großbritannien, der Schweiz und den Niederlanden führten zu einer von 2002 bis 2005 durchgeführten deutschen Studie zur ärztlichen Heroinabgabe, die für die Klientel der Schwerstabhängigen positiv verlief (Haasen et al., 2007; Ferri et al., 2011). Im Mittel lag die tägliche Heroindosis im Rahmen der deutschen Studie bei ca. 450 mg. Die Diamorphinbehandlung spielt jedoch, gemessen an der Zahl der behandelten Patienten, im Vergleich zu Methadon und Buprenorphin eine geringere Rolle. Gründe liegen in den aufwändigen Behandlungsbedingungen mit einer täglich zwei- bis dreimaligen überwachten Injektion von Heroin, sowie in den Auflagen an die Behandlungseinrichtungen bezüglich Personalausstattung und Sicherheitsmaßnahmen. Diese sind derart hoch, dass der Aufwand für viele suchtmittelmedizinische Einrichtungen in der Fläche nicht kostendeckend finanziert werden kann.

3.1.3 Methadon

Methadon ist ein synthetisch hergestelltes Opiat, das 1942 bei den Hoechst Farbwerken entwickelt und zunächst als starkes Schmerzmittel verwendet wurde. In den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde Methadon in den USA als Heroinersatzstoff verwendet, um die Symptome des Heroinentzuges zu lindern. Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wurden die ersten Modellvorhaben zur Methadonsubstitution in Deutschland eingeführt. Methadon ist ein Razemat (ein Gemisch aus gleichen Teilen von rechts- und linksdrehenden Molekülen einer optisch aktiven Substanz. Ein solches Gemisch weist nach außen keine optische Aktivität auf.) aus zwei spiegelbildlichen Molekülen, dem l-Methadon (auch R-Methadon) und dem d-Methadon (auch S-Methadon). L-Methadon wird als das aktive Molekül in der Substitutionstherapie betrachtet; so bindet L-Methadon verglichen mit d,l-Methadon (razemisches Methadon mit beiden Molekülen) zehnmal stärker an den μ 1-Rezeptor, auch ist die schmerzstillende Wirkung des l-Methadon ca. 50-fach stärker als die des d-Methadon. Zu Beginn war das l-Methadon (Polamidon®) die einzige in Deutschland zur Substitution zugelassene Substanz, d,l-Methadon wurde erst 1994 zugelassen. Grund für die Zulassung von d,l-Methadon waren die niedrigeren direkten Behandlungskosten. Üblicherweise wird von einem Umstellungsfaktor von 1:2 bei einem Transfer von l-Methadon zu d,l-Methadon ausgegangen. Nach dem Stand der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur sollte die Dosierung von l-Methadon bzw. d,l-Methadon in der Substitutionsbehandlung bei mindestens 30 mg bzw. 60 mg pro Tag liegen. Darreichungsformen für Methadon sind eine in der Apotheke hergestellte Trinklösung, eine von einem pharmazeutischen Hersteller produzierte Trinklösung sowie Tabletten, die als Trinklösung aufbereitet werden müssen. L-Methadon liegt ausschließlich als Trinklösung eines pharmazeutischen Herstellers vor. Aufgrund der weiten Verbreitung von Methadon als Substitutionsmedikament wird die Substitutionsbehandlung häufig verallgemeinernd als Methadonbehandlung bezeichnet. Dies ist allerdings nicht ganz korrekt, da auch noch weitere Substanzen eingesetzt werden (Faggiano et al., 2003; Verthein et al., 2005).

3.1.4 Buprenorphin

Buprenorphin (Temgesic®, Subutex®, Suboxone®) wird aus dem Opiumalkaloid Thebain gewonnen und ist ein halbsynthetisches Opiat. Buprenorphin wirkt am μ -Opiatrezeptor als sogenannter Partialagonist: Es entfaltet in geringerer Konzentration ähnliche Wirkungen am μ -Rezeptor wie andere Opiate, in höheren Konzentrationen wird diese Wirkung aber nicht stärker. In der Fachsprache wird dies auch Deckeneffekt („ceiling-effect“) genannt. Diese Eigenschaft ist insofern wichtig, als dass mit Buprenorphin sowohl Opiatentzugssymptome vermieden werden können,

als auch weitere Wirkungen wie z. B. Schmerzlinderung, Ermüdung und gehobene Stimmung. Wenn der Deckeneffekt einsetzt, wird im Regelfall keine vollständige Atemdämpfung erreicht. In Bezug auf den κ -Rezeptor wirkt Buprenorphin als sogenannter Antagonist, d.h. es kommt zu keinen über den κ -Rezeptor vermittelten Wirkungen. Buprenorphin liegt in Tabletten der Dosierungen 0,4 mg, 2 mg und 8 mg vor. Die Tabletten müssen unter der Zunge verbleiben und sich dort auflösen (sublinguale Anwendung). Werden die Tabletten geschluckt, entfaltet sich kaum eine Wirkung. Zur weiteren Erhöhung der Medikamentensicherheit wurde eine weitere Formulierung von Buprenorphin entwickelt, in der dem Buprenorphin zusätzlich der Opiatantagonist Naloxon beigegeben wurde (Suboxone®). Bei regulärer sublingualer Anwendung von Suboxone entfaltet das Naloxon keine Wirkung, da es über die Leber schnell ausgeschieden wird. Wird Suboxone jedoch intravenös gespritzt, werden die Opiatrezeptoren von Naloxon besetzt, Buprenorphin und andere Opiate werden von den Rezeptoren verdrängt und es kommt zu einem Opiatentzugssyndrom. In der Substitutionsbehandlung sollte Buprenorphin nicht unter 8 mg pro Tag dosiert werden, da ansonsten Entzugssymptome nicht ausreichend unterdrückt werden. Eine Umstellung von Methadon auf Buprenorphin kann nicht einfach durch den schnellen Ersatz der einen Substanz durch die andere vorgenommen werden. Aufgrund des oben beschriebenen Deckeneffektes von Buprenorphin und seiner starken Bindung an die μ -Rezeptoren würde bei einer raschen Umstellung von Methadon auf Buprenorphin ein Entzugssyndrom auftreten. Buprenorphin würde das Methadon vom Rezeptor verdrängen und dann am Rezeptor nicht so stark („Deckeneffekt“) wirken wie Methadon. Aus diesen Gründen muss Methadon erst abdosiert werden auf eine Dosis von ca. 60 mg pro Tag, dann sollte 24 bis 36 Stunden gewartet werden, bis Entzugssymptome auftreten, um dann mit der Buprenorphingabe zu beginnen [Mattick et al., 2008].

3.1.5 Codein

Codein stellt das weltweit meist verbreitete Opiat dar. Es wird in der Schmerztherapie verwendet, ebenso zur Behandlung von Husten und von Durchfällen. Codein wird in geringen Anteilen (5 % bis 10 %) zu Morphin und zum weitaus größeren Anteil zu Codein-6-Glucuronid verstoffwechselt. Codein wird als leicht- bis mittelwirksames Opiat angesehen. 200 mg Codein entsprechen ungefähr 30 mg Morphin. Die Wirkdauer von Codein liegt bei vier bis sechs Stunden, die Dosierung in der Substitutionsbehandlung bei 700 bis 900 mg pro Tag. In der deutschen Substitutionsbehandlung spielt Codein historisch gesehen eine wichtige Rolle, da es ab Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts zur Umgehung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften als Heroinsubstitut eingesetzt wurde, ohne dass eine Substitutionsbehandlung nach den heutigen

Rahmenbedingungen bestanden hätte. Als im Jahr 1998 die Substitutionstherapie durch das Betäubungsmittelgesetz neu geregelt wurde, befanden sich ca. 20.000 bis 30.000 Patienten/-innen in codeingestützter Behandlung. Seitdem ist Codein unter eingeschränkten Bedingungen nur noch als Therapie zweiter Wahl zugelassen [Dietis et al., 2011; Vallejo et al., 2011].

3.2 Cannabis

Cannabis ist der Oberbegriff für alle Substanzen, die aus Teilen der Hanfpflanze *Cannabis sativa* gewonnen werden. Vorrangig werden hier die Blüten und Blätter der oberen Teile der reifen Pflanze verwendet, denn diese enthalten eine klebrig-harzige Masse mit hohen Anteilen cannabinoider, d.h. wie Cannabis wirkender Stoffe. Es existieren mehrere Cannabinoide, der primär wirksame psychoaktive Bestandteil ist ein einzelnes Cannabinoid mit dem Namen Delta-9-Tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC). Es verhält sich zu Cannabis wie Nikotin zu Tabak; verschiedene Pflanzen und Pflanzenarten unterschiedlicher Qualität können sich in ihrem Gehalt an THC unterscheiden. Zusätzlich führen die unterschiedlichen Arten der Aufbereitung und Verabreichung des Stoffs zu unterschiedlichen Aufnahmemengen durch den Konsumenten und in der Folge zu verschiedenen starken Wirkungen.

Cannabisprodukte sind unter zahlreichen Namen bekannt, wobei Marihuana und Haschisch wohl die geläufigsten sind. Gras wird häufig für die Blüten der Hanfpflanze verwendet, während Dope, Haschisch, pot oder shit für das Harz der Pflanze verwendet werden. Cannabispflanzen, die hydroponisch, d.h. in einer Nährlösung ohne Erde gezüchtet werden, sind unter der Bezeichnung Hydro bekannt; die Kreuzung verschiedener Hanfpflanzen wird als skunk bezeichnet.

Cannabis wird in erster Linie geraucht. Dabei wird die Hanfpflanze so vorbereitet, dass über den Rauch des verbrannten Pflanzenmaterials die abgegebene Menge an THC maximiert wird. Üblicherweise ist dies der Fall, wenn die harzreichen Blüten und oberen Blätter der Hanfpflanze geraucht werden. Durch den Konsum des Cannabisharzes (Haschisch, Hasch) können größere Mengen an THC aufgenommen werden. Zur Herstellung von Haschisch wird das Cannabisharz zu Platten gepresst. Eine weitere, weniger geläufige Form ist das Haschischöl, das bis zu 30 % THC enthalten kann. Auch Haschischöl wird über das Rauchen aufgenommen, indem eine kleine Menge auf eine Zigarette geträufelt oder dem Tabak beigelegt wird.

Alle Produkte der Cannabispflanze wie Haschischöl, Haschisch, Blüten oder Blätter können mit einem hohen Maß an pharmakologischer Wirkung durch Rauchen konsumiert werden. Die wohl bekannteste Art des Cannabiskonsums ist eine von Hand gedrehte Cannabiszigarette, der Joint, der aus den zerkleinerten

Substanzen besteht und oft mit Tabak vermischt geraucht wird. Eine beliebte Darreichungsform ist die Rauchpfeife, auch Bong (eine bestimmte Art von Wasserpfeife) genannt. Bei dieser Methode wird THC besonders wirksam abgegeben, da besonders wenig Cannabisrauch verloren geht. Die Bong besteht meistens aus einem kleinen, mit Wasser gefüllten Gefäß, in der sich der Rauch abkühlen kann, wenn er aus dem Chillum durch die wassergefüllte Kammer in einer einzigen tiefen Einatmung inhaliert wird. Über die Wasserpfeife kann zwar verstärkt THC aufgenommen werden, im Vergleich zum Joint werden aber auch größere Mengen an Teer und anderen schädlichen Stoffen inhaliert (Gowing et al., 2000). THC kann noch über andere Wege aufgenommen werden. Manchmal werden die Cannabisblüten oder Haschisch in Kekse oder Kuchen eingebacken oder wie ein Tee in heißem Wasser aufgelöst. Hierdurch wird auch eine psychoaktive Wirkung erzielt, allerdings setzt die Wirkung deutlich langsamer als beim Rauchen ein, zudem ist die Dosis schwieriger zu steuern.

THC erzeugt in Dosierungen von ca. 20 mg ein allgemeines Wohlbefinden bis hin zur Euphorie, zum Teil auch Schläfrigkeit oder gesteigertes Lachen. Das Denken, Gedächtnis, die motorische Koordination und die zeitliche Orientierung werden beeinträchtigt. Bei hohen Dosen kann es zu Depersonalisationserleben (die eigene Person wird nicht mehr als einheitlich wahrgenommen, es entsteht z. B. das Gefühl, außerhalb des eigenen Körpers zu sein) kommen, weiterhin werden Denkstörungen bis zur ausgeprägten Zerrissenheit berichtet, selten treten wahnhaftige Störungen oder ängstlich gefärbte Ideen auf. Wie bei Halluzinogenen kann THC sogenannte „Horrortrips“ mit auslösen oder verursachen. Lang anhaltender Cannabiskonsum kann zu einer starken Lust- und Interesselosigkeit führen. Die betroffenen THC-Gebraucher ziehen sich häufig zurück und verlieren ihre sozialen Kontakte. Tritt eine solche Phase im jugendlichen Alter auf, führt dies zur Nichtbewältigung von Entwicklungsaufgaben und Reifungsprozessen (z. B. selbständiger Lebensstil, Eigenverantwortung u. a.). Länger dauernder, hochdosierter THC-Konsum kann zur Abhängigkeitsentwicklung führen, wobei das Entzugssyndrom in der Regel weniger stark ausgeprägt ist. Dabei treten häufig Ängste, Reizbarkeit, innere Unruhe und Schwitzen auf, in der Regel beginnen solche Symptome ca. zwölf Stunden nach dem Absetzen von Cannabis und können bis zu 3 Wochen anhalten.

THC gehört zu den durch das Betäubungsmittelgesetz verbotenen Substanzen, was zu jährlich mehr als 100.000 Strafverfahren gegen Konsumenten/-innen führt. Wiederkehrend finden in Deutschland eher kontroverse Diskussionen zur Legalisierung von THC statt. Beispielhaft werden häufig die sogenannten „Coffee-Shops“

in den Niederlanden genannt, in denen der Erwerb kleinerer Mengen THC straffrei ist. Für die Anwendung von THC gibt es auch medizinische Indikationen, wie die Appetitanregung bei Krebspatienten oder die Linderung von Spastiken bei der Multiplen Sklerose (Cooper, Haney, 2009; Tanda, Goldberg, 2003).

3.3 Kokain

Kokain spielt in der menschlichen Kultur seit mindestens 5.000 Jahren eine Rolle. Es ist ein natürlich vorkommendes Alkaloid der Kokapflanze, *Erythroxylon coca*, die in den Anden Südamerikas vorkommt. Die Ureinwohner der Anden kauen die Blätter der Kokapflanzen, was mit einer leichten Euphorie, Linderung des Hungers und der körperlichen Müdigkeit einherging (van Dyke, Byck, 1982). Die Spanier brachten Koka mit nach Europa.

In den 1880er Jahren empfahl sogar Sigmund Freud Kokain zur Behandlung der Morphinsucht. Es stellte sich allerdings später heraus, dass die Behandlung der Morphinsucht mit Kokain nicht zur Heilung der Morphinsucht, sondern lediglich zur Abhängigkeit von beiden Substanzen führte. Im weiteren Verlauf wurden unter Vermittlung Freuds die örtlich betäubenden Wirkungen des Kokains zunächst von Augenärzten untersucht, so dass es seitdem Anwendung als Anästhetikum fand. Auch war Kokain bis Anfang des 20. Jahrhunderts ein Bestandteil von Coca-Cola (daher auch der Name), die stimulierenden Eigenschaften wurden beworben, u. a. als Kur für alle nervösen Zustände (Pendergrast, 1993). Jedoch wurden dann ab 1900 zunehmend die Nebenwirkungen sowie die abhängigkeitszeugenden Wirkungen des Kokains erkannt, auch aus Coca-Cola wurden die alkaloiden Kokainanteile entfernt. Die Verwendung von Kokain als missbräuchlich verwendete Substanz begann wesentlich in den 1960er Jahren mit einem Maximum zwischen 1980 und 2000 als Kokain in Deutschland verstärkt von Heroinabhängigen verwendet wurde, z.T. auch in der Kombination Heroin und Kokain (speedball). Insbesondere in Frankfurt am Main und in Hamburg hat sich Ende der 1990er Jahre eine Crackszene etabliert (Erläuterungen zu Crack siehe unten). Auf der Szene wird Kokain häufig wie folgt bezeichnet: Bernies, Blow, C, Coke, Crack, Flake, Girl, gold dust, her, leaf, nose candy, rock, star dust, Schnee, snow, white girl, white lady oder weißes Gold. Kokaingebrauch findet sich auch bei sozial integrierten Personen, und hier keinesfalls nur bei Prominenten oder hochgestellten Personen, sondern bei „normalen“ Angestellten und Arbeitern.

Kokain kann aus den Kokablättern gewonnen werden, indem diese mit einer organischen Lösung, im Regelfall Schwefelsäure und Wasser, verarbeitet werden. Hierbei entsteht die sogenannte Kokapaste, die 80 % reines Kokain enthält. Durch die Weiterbehandlung mit einer sauren wässrigen Lösung, z. B. Salzsäure,

entsteht eine wasserlösliche, kristalline Form, das Kokainhydrochlorid als weißes Pulver. Kokainhydrochlorid kann oral (durch den Mund) aufgenommen werden, aber ebenso intranasal („Sniefen“) oder intravenös (spritzen in die Vene) konsumiert werden. Durch Auflösung von Kokainhydrochlorid in einer basischen (nicht-sauren) Lösung oder in Wasser und Backpulver entsteht Kokainbase, freebase. Die ausgefällte Substanz hat zunächst die Konsistenz einer weichen Masse und trocknet dann in sogenannte Steine oder crack. Kokainbase ist unlöslich in Wasser und kann daher nicht geschnupft, gegessen oder injiziert werden, stattdessen wird sie geraucht. Crack Körner verdampfen beim Rauchen unter einem knackenden („to crack“) oder knisterndem („to crackle“) Geräusch. Eine besonders schnelle Aufnahme des Kokains wird durch die Injektion in die Vene oder die Inhalation (Rauchen) erreicht mit kürzer andauernden Effekten (ca. 30 Minuten). Das Sniefen geht mit einer etwas langsameren Aufnahme und länger anhaltenden, aber nicht so stark ausgeprägten Effekten einher. Da eine Abhängigkeitsentwicklung durch verstärkende und wiederholende Effekte begünstigt wird, stellt sich diese bei intravenösem und inhalierendem Konsum eher ein, da Konsumentinnen und Konsumenten hier schneller nach einer neuen Dosis verlangt.

Im Gehirnstoffwechsel führt Kokain zu einer Erhöhung der Verfügbarkeit der Botenstoffe Dopamin, Norepinephrin und Serotonin. Es wird vermutet, dass die verstärkenden und abhängigkeits erzeugenden Wirkungen über das Dopaminsystem im Gehirn vermittelt werden. Die Wirkungen umfassen eine Verbesserung der Stimmung bis zur Euphorie, ein Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit, erhöhte Aktivität und die Unterdrückung von Hunger- und Müdigkeitsempfinden. Nach Abklingen der Kokainwirkungen kann die euphorische Stimmungslage in eine depressive Stimmungslage wechseln, was beim Konsumenten häufig den Wunsch auslöst, erneut Kokain zu konsumieren. Hierdurch wird die Abhängigkeitsentwicklung verstärkt (Kavlias et al., 2007).

Schädliche Auswirkungen des Kokaingebrauchs

Organsystem	Akute Effekte	Chronische Effekte
Nervensystem	Krampfanfall Hirninfrakt Hirnblutung	Bewegungsstörung
Blutbildendes System	Verklumpung der Blutplättchen (?) Thrombosen	Bewegungsstörung
Hals-Nasen-Ohren		Nekrosen im Nasenbereich
Lunge	Bronchospasmen Lungenblutung Pneumothorax Lungeninfarkt	Überempfindlichkeitsreaktion der Lunge Lungenentzündung Kavernenbildung Lungenhochdruck
Herz-Kreislauf	Herzrhythmusstörungen Bluthochdruck Verengung der Herzkranzgefäße Schneller Herzschlag Herzinfarkt Blutgefäßschäden	Herzvergrößerung Herzmuskelschaden Erhöhtes Risiko für plötzlichen Herztod Atherosklerose
Verschiedene	Muskelschäden Nierenversagen Infarkt / Blutung im Verdauungstrakt	

Tab. 3.2: Nach DeMaria, Weinkauff, 2011

3.4 Amphetamine

Amphetamine sind insbesondere bei jungen Partygängern populäre Substanzen. Chemisch sind Amphetamine Abkömmlinge des β -Phenethylamin. Je nach weiterer Aufbereitung entstehen Stimulantien wie das eigentliche Amphetamin oder das Methamphetamin (METH, Speed) oder die sogenannten Entaktogene („das Innere berührend“), die unter dem Namen Ecstasy vermarktet werden. Ecstasy Tabletten enthalten meistens Methylenedioxyamphetamin (MDMA), können aber auch verwandte Substanzen wie 3,4-methylenedioxy-N-ethylamphetamin (MDE), 3,4-Methylenedioxyamphetamin (MDA) oder 3,4-methylenedioxy-alpha-ethyl-N-methylphenethylamin (MBDB) enthalten (Abb. 3.2). Amphetamine und MDMA bewirken eine erhöhte Freisetzung von Noradrenalin und Dopamin, wobei MDMA zusätzlich noch in besonderem Maße zu einer Freisetzung von Serotonin führt (Quinton, Yamamoto, 2006). Im Allgemeinen führt der Gebrauch von Amphetaminen zu erhöhter Energie und Wachheit, verstärktem Antrieb mit der Entwicklung vieler Ideen sowie Gesprächigkeit, Euphorie und expansivem Verhalten. Manchmal treten jedoch auch Gereiztheit, Unruhe und aggressives Verhalten auf. Das Abhängigkeitspotenzial ist niedriger als bei Heroin oder Kokain, beim eher seltenen intravenösen Gebrauch steigt es jedoch deutlich an (Gouzoulis-Mayfrank, Daumann, 2009).

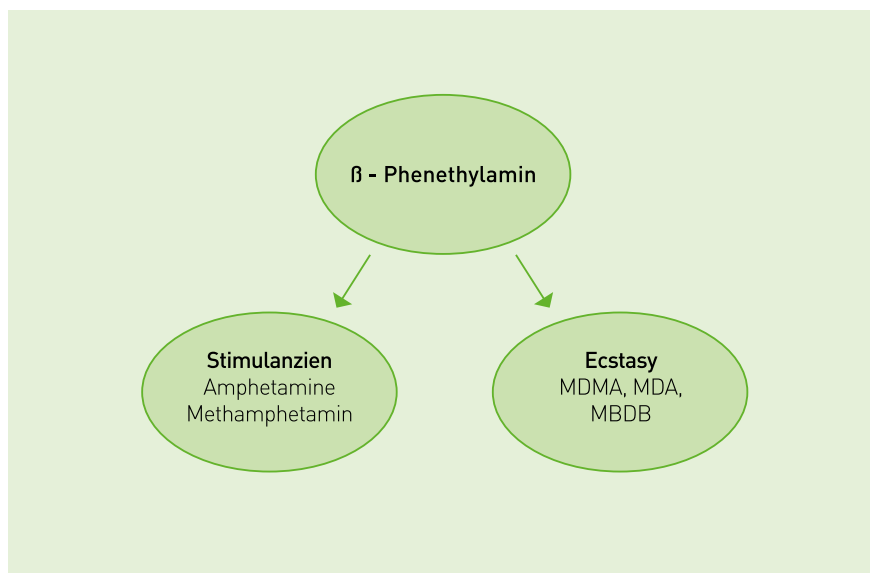


Abb. 3.1: Chemische Ableitung von Amphetaminen und Ecstasy

3.4.1 Amphetamin

Amphetamin wird meist als Salz in Form eines weißlichen Pulvers bzw. in Tablettenform gehandelt, seltener als Base in Form einer farblosen öligen Substanz. Amphetamineinnahme führt zu einer erhöhten Verfügbarkeit von Dopamin und Noradrenalin, hierdurch lassen sich die Wirkungen wie die Erhöhung des Selbstwertgefühles und der Energie, eine verstärkte Geselligkeit und verbesserte Stimmung bis hin zu euphorischen Gefühlen erklären. Bei oraler Aufnahme setzt die Wirkung nach einer halben Stunde ein und dauert über mehrere Stunden an. Amphetamin ist weniger stark wirksam als Methamphetamin, allerdings lassen sich klinisch die Substanzen nicht immer klar unterscheiden. Bei Überdosierung treten Herz-Kreislaufprobleme auf ebenso wie Agitiertheit, Verwirrung, paranoide Ängste, Impulsivität und Aggressivität. Amphetamin oder Abkömmlinge werden zum Teil medizinisch verwendet in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, der Narkolepsie und zur Gewichtsreduktion.

3.4.2 Methamphetamin

Methamphetamin wird u. a. unter den Szenenamen „speed“, „base“, „meth“, „ice“ oder „crystal“ vermarktet. Methamphetamin liegt als Pulver, Base, in Tablettenform oder in kristalliner Form vor. Die (weiße) Pulverform wird typischerweise als speed bezeichnet. Es hat häufig einen geringeren Reinheitsgrad und kann sowohl oral aufgenommen als auch gesnift oder injiziert werden. Die Base liegt in einer öligen, weißlich-gelben bis bräunlichen Form vor, die im Regelfall injiziert wird. Der Reinheitsgrad ist höher als beim Pulver. Ähnlich MDMA wird Methamphetamin auch in Tablettenform auf den Markt gebracht. Die kristalline Form wird auch als „crystal meth“, „crystal“, „P“ oder „ice“ bezeichnet. Sie ist durchsichtig und hat ein kristallines Aussehen. Diese Zubereitung hat den höchsten Reinheitsgrad. Bei oraler Aufnahme beginnt die Wirkung nach ca. 30 Minuten und hält dann für mehrere Stunden an. Die Methamphetamineinnahme bewirkt ein Gefühl erhöhter Selbstsicherheit, Energie und Geselligkeit, Appetit und Müdigkeit werden unterdrückt, das Einschlafen verhindert. Nach Abklingen der erwünschten Wirkungen können Reizbarkeit, Unruhe, Ängste, depressive Zustände und Lethargie auftreten. Die meisten Gebrauchenden verwenden Methamphetamin zu besonderen Anlässen (Tanzparties („raves“)), ohne dass eine Abhängigkeit entsteht. Eine kleinere Gruppe von Methamphetamingebrauchenden praktiziert jedoch ein Konsummuster, das in eine Abhängigkeitsentwicklung führen kann und stark gesundheitsschädlich ist. Dieses Muster ist gekennzeichnet durch über Tage ununterbrochene, wiederholte Methamphetamineinnahme („run“), die von einer „crash“-Phase abgelöst wird und dann in eine Entzugsphase mündet. Während der „run“-Phase nimmt der Gebrauchende wiederkehrend über mehrere

Tage Methamphetamin ein, um den euphorischen Zustand aufrechtzuerhalten. Das gelingt längstens 5 Tage, danach setzt eine Phase von Reizbarkeit, Desorganisiertheit, paranoiden Ängsten und Halluzinationen ein, die von einer Phase intensiver Müdigkeit und wiederkehrendem Einschlafen sowie Verlangen nach erneuter Methamphetamineinnahme gekennzeichnet ist („crash“). In der nachfolgenden Entzugsphase treten Freudlosigkeit, starker Suchtdruck, depressive Stimmungslagen, starke Müdigkeit und Erschöpfung auf (McAvoy, 2009).

3.4.3 Ecstasy (MDMA und verwandte Substanzen)

MDMA und die verwandten Substanzen wie MDA oder MBDL werden als „Ecstasy“, „X“, „E“, „XTC“ oder „Adam“ bezeichnet. MDMA wird in der Regel in Tablettenform oral konsumiert; das Pulver kann jedoch auch nasal („sniefen“) aufgenommen oder inhaliert (geraucht) werden. Zusätzlich kann das Pulver auch injiziert werden, allerdings wird dieser Weg selten gewählt. Die meisten Tabletten enthalten zwischen 70 und 120 mg MDMA. Die Wirkdauer beträgt in der Regel vier bis sechs Stunden, der maximale Effekt tritt nach ein bis drei Stunden auf. Subjektiv werden stärkere Energie, höheres Selbstbewusstsein, verbesserte Stimmung bis zur Euphorie, erhöhte Aufmerksamkeit und sexuelle Erregung empfunden. Über die Wirkung der vorgenannten Stimulanzien hinaus treten unter MDMA verstärkt Entspannung und Glücksgefühle, Empathie und der Eindruck, anderen Personen nah zu sein auf („entaktogen“). Das Abhängigkeitspotenzial wird als niedrig eingeschätzt. MDMA wird von jüngeren Partygängern überwiegend am Wochenende eingenommen. Allerdings gibt es eine Gruppe von 15 % bis 20 % der MDMA-Gebrauchenden, die MDMA mit zehn oder mehr Tabletten pro Anlass häufiger einnehmen (Parrott, 2005). Unerwünschte Begleiterscheinungen können sich in Ängsten, Zähneknirschen, Psychosen (realitätsverkennenden Zuständen), schnellem Herzschlag, Bluthochdruck, erhöhter Temperatur und Nervenschädigungen äußern. Weiterhin sind akute oder subakute Notfallsituationen wie Krampfanfälle, Herzinfarkte oder Organversagen zu beachten. Langfristige Schädigungen des Nervensystems sind beschrieben, ebenso wie eine Verminderung der neurokognitiven Funktionen (Lernen, Gedächtnis) und die Entwicklung von langfristig depressiv-ängstlicher Stimmungslage, Lethargie und chronischer Müdigkeit (Peroutka, 1987; Cohen, 1995; DeMaria, Weinkauff, 2011).

3.5 Halluzinogene

3.5.1 Lysergsäurediethylamid (LSD)

Lysergsäurediethylamid (LSD) ist ein Abkömmling der Lysergsäure, die im Mutterkornpilz natürlich vorkommt. Meistens wird es als farb- und geruchsloses sowie wasserlösliches Salz hergestellt. Häufig wird LSD auf Papier aufgebracht, das dann gelutscht oder geschluckt werden kann. Weniger häufig wird LSD in kleinen Tabletten von zwei bis drei Millimeter Durchmesser (micro), in Gelantinekapseln oder in einer Flasche mit Flüssigkeit vermischt auf den Markt gebracht. LSD wirkt sowohl an einer speziellen Untergruppe des Serotoninrezeptors als auch am Dopaminrezeptor. Bei oraler Einnahme tritt die Wirkung nach ca. 30 Minuten auf und hält für acht bis zwölf Stunden oder länger an. In moderaten Dosen (75 bis 150 µg oral) verändert LSD den Bewusstseinszustand und die Stimmung. Im Regelfall tritt eine eher euphorische Stimmung auf, eine Wendung nach innen, das kausale Denken lässt nach zugunsten eines frei assoziierenden Gedankenganges. Sinneseindrücke werden verändert wahrgenommen und es treten Illusionen und Halluzinationen auf. Der Eindruck vom eigenen Körper verändert sich ebenso wie die Zeitwahrnehmung. Es können sogenannten Synästhesien auftreten, d. h. unterschiedliche Sinneseindrücke vermischen sich (z. B. Farbenhören, Vermischung von Musik und Formen etc.). Unter bestimmten Umständen (eigene Befindlichkeit und Einnahme unter ungünstigen Bedingungen) entstehen sogenannte „Horrortrips“, in denen Halluzinationen über 2 Tage und weitere veränderte Wahrnehmung über 3 bis 4 Tage bestehen. Die vorgenannten Veränderungen können auch als „flashbacks“ aus normalem Befinden heraus auftreten. Unter LSD-Einnahme finden sich zudem ein erhöhter Puls, Schwitzen, Speichelproduktion, Übelkeit, Erbrechen, manchmal aber auch ein verlangsamter Puls und niedriger Blutdruck und Kopfschmerzen. Eine Abhängigkeitsentwicklung tritt nicht auf. LSD hat keine Zulassung als Medikament, sein Einsatz wird jedoch immer wieder – meist im Zusammenhang psychotherapeutischer Interventionen – diskutiert; in letzter Zeit zum Beispiel auch beim Clusterkopfschmerz oder in palliativen Situationen (Hermle et al., 2008; Passie et al., 2008).

3.5.2 Psilocybin

Psilocybin findet sich in mehreren Pilzarten wie dem spitzkegeligen Kahlkopf (Psilocybe semilanceata), dem blauköpfigen Kahlkopf (Psilocybe cyanescens; beide vorgenannten in Deutschland heimisch) sowie dem Psilocybe cubensis oder der Copeleandia cyanescens (beide in den Tropen heimisch). Psilocybin wird im Körper zu Psilocin, der eigentlich psychoaktiven Substanz, verstoffwechselt. Die Pilze werden meist roh oder getrocknet gegessen, es kann aber auch ein Aufguss

ähnlich eines Tees getrunken werden. Typische Rauschzustände werden mit 8 bis 12 mg Psilocybin erzielt. Die Rauschwirkung ähnelt derjenigen des LSD-Rausches, wird aber häufiger als weniger intensiv beschrieben. Auch die unerwünschten Wirkungen einschließlich Horrortrips ähneln dem LSD, „flashbacks“ wurden jedoch nicht geschildert (Passie et al., 2002; Supprian et al., 2001).

3.6 Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB)

Seit Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts finden sich gehäuft Hinweise auf die Verwendung von Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB) als Partydroge (flüssiges XTC, „liquid ecstasy“) sowie als „K.O.-Tropfen“ zur Erleichterung von Raubüberfällen oder Sexualdelikten („date raping“) (ElSohly, Salamone, 1999). Die Bezeichnung „liquid ecstasy“ ist jedoch irreführend, da sich Ecstasy (MDMA, s. o.) chemisch anders zusammensetzt und auch anders wirkt. GHB ist ein Stoffwechselprodukt des Neurotransmitters (Botenstoff von Nervenzellen) Gamma-Aminobuttersäure (GABA). GHB wirkt an einem bestimmten Untertyp des GABA-Rezeptors, ebenso wird die Existenz eines eigenen GHB-Rezeptors diskutiert. Nach oraler Aufnahme tritt die Wirkung nach ca. 5 bis 20 Minuten ein, die Wirkung hält zwei bis drei Stunden an. In einer Dosis von ein bis zwei Gramm oral aufgenommen, werden die erwünschten Wirkungen als Entspannung, Euphorie, Enthemmung sowie Steigerung von Libido, ebenso die Beseitigung von Ängsten beschrieben. Teilweise kommt es auch bei dieser Dosierung zu Benommenheit und Schläfrigkeit. Ab 2,5 bis 3,0 g oraler GHB-Aufnahme treten Übelkeit und Erbrechen, Muskelzuckungen, Verlangsamung des Herzschlages und der Atmung, Erinnerungslücken und Bewusstseinsstörungen auf. Bei höheren Dosierungen kommt es zu starken Bewusstseinsstörungen, die bis zum Koma und Atemstillstand reichen können (Liechti, Kupferschmidt, 2004). Abhängigkeitsentwicklungen sind beschrieben nach hochdosierter und hochfrequenter Einnahme von GHB (10 bis 20 g pro Tag über mindestens 2 bis 3 Monate) (McDonough et al., 2004). Entzugssymptome treten innerhalb von sechs Stunden nach der letzten GHB-Einnahme eher abrupt auf. Sie umfassen optische und akustische Halluzinationen, Angst, Orientierungsstörungen und Verfolgungswahn im psychischen Bereich. Vegetativ können Zittern, beschleunigter Herzschlag, Schlaflosigkeit und hoher Blutdruck auftreten, zum Teil auch epileptische Anfälle. Unbehandelt können die Entzugssymptome bis zu 12 Tagen anhalten. Industriell verwendetes und somit leicht verfügbares Gamma-Butyrolacton (Farbentferner, Reinigungsmittel, Nagellackentferner etc.) sowie 1,4-Butandiol (Weichmacher) werden im Körper zu GHB umgewandelt (Galldiks et al., 2011).

Literatur

- Cooper, Z. D.; Haney M. (2009): Actions of delta-9-tetrahydrocannabinol in cannabis: relation to use, abuse, dependence. In: *International Review of Psychiatry*, 21(2), 104-112.
- Cohen, R. S. (1995): Subjective reports on the effects of MDMA („ecstasy“) experience in humans. In: *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 19(7), 1137-1145.
- DeMaria, S.; Weinkauff, J. L. (2011): Cocaine and the club drugs. In: *International Anesthesiology Clinics*, 49(1), 79-101.
- Eder, H. et al. (2005): Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. In: *Addiction*, 100(8), 1101-1109.
- ElSohly, M. A.; Salamone, S. J. (1999): Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. In: *Journal of Analytical Toxicology*, 23(3), 141-146.
- Faggiano, F. et al. (2003): Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [3], CD002208.
- Ferri, M.; Davoli, M.; Perucci, C. A. (2011): Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [12]:CD003410
- Galldiks, Norbert et al. (2011): Symptomienvielfalt nach Konsum der Droge Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB). In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 79(1), 21-25.
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne; Daumann, Jörg (2009): Neurotoxicity of drugs of abuse – the case of methylenedioxyamphetamines (MDMA, ecstasy), and amphetamines. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(3), 305-317.
- Gowing, L. R.; Ali, R. L.; White, J. M. (2000): Respiratory harms of smoked cannabis Sydney: Drug and Alcohol Services Council. [Monograph; 8]
- Haasen, Christian et al. (2007): Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. In: *The British Journal of Psychiatry*, 191, 55-62.
- Hermle, Leo et al. (2008): Halluzinogen-induzierte psychische Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 76(6), 334-342.
- Kastelic, A.; Dubajic, G.; Strbad, E. (2008): Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression. In: *Addiction*, 103(11), 1837-1846.
- Kavlias, P. W. (2007): Neurobiology of cocaine addiction: implications for new pharmacotherapy. In: *The American Journal of Addiction*, 16(2), 71-78.
- Liechti, M. E.; Kupferschmidt, H. (2004): Gamma-hydroxybutyrate (GHB) and gamma-butyrolactone (GBL). Analysis of overdose cases reported to the Swiss Toxicological Information Centre. In: *Swiss medical weekly*, 134(35-36), 534-537.
- Mattick, R. P. et al. (2008): Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [2], CD002207.

McAvoy, B. (2009): Methamphetamine – what primary care practitioners need to know. In: Journal of Primary Health Care, 1(3), 170-176.

McDonough, M. et al. (2004): Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal. A review. In: Drug and Alcohol Dependence, 75(1), 3-9.

Parrott, A. C. (2005): Chronic tolerance to recreational MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) or Ecstasy. In: The Journal of Psychopharmacology, 19(1), 71-83.

Passie, Torsten et al. (2008): The pharmacology of lysergic acid diethylamide: a review. In: CNS Neuroscience & Therapeutics, 14(4), 295-314.

Passie, Torsten et al. (2002): The pharmacology of psilocybin. In: Addiction Biology, 7, 357-364.

Peroutka, S. J. (1987): Incidence of recreational use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") on an undergraduate campus. In: The New England Journal of Medicine, 317, 1542-1543.

Pendergrast, M. (1993): For God, Country, and Coca-Cola. New York: Charles Scribner's Sons. 1993.

Quinton, M. S.; Yamamoto, B. K. (2006): Causes and consequences of methamphetamine and MDMA toxicity. In: AAPS Journal, 8(2), E337-E347.

Supprian, T. et al. (2001): Über den Gebrauch psychoaktiver Pilze als Rauschmittel. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 69(12), 597-602.

Tanda, G.; Goldberg, S. R. (2003): Cannabinoids. Reward, dependence, and underlying neurochemical mechanisms – a review of recent clinical data. In: Psychopharmacology (Berl), 169(2), 115-134.

Vallejo, R.; Barkin, R. L.; Wang, V. C. (2011): Pharmacology of opioids in the treatment of chronic pain syndromes. In: Pain Physician, 14(4), E343-E360.

Van Dyke, C.; Byck, R. (1982): Cocaine. In: Scientific American, 246(3), 128-141.

Verthein, U. et al. (2005): The effects of racemic d,l-methadone and l-methadone in substituted patients – a randomized controlled study. In: Drug and Alcohol Dependence; 80(2), 267-271.

Winklbaur, B. et al. (2008): Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy. In: European Addiction Research, 14(2), 99-105.

4 Konsummuster und Epidemiologie

4.1 Konsumbedingungen

Psychoaktive Substanzen unterscheiden sich erheblich in ihrer pharmakologischen Wirkung, ihrer kulturellen Bedeutung und ihren abhängigkeits erzeugenden Eigenschaften. Unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und

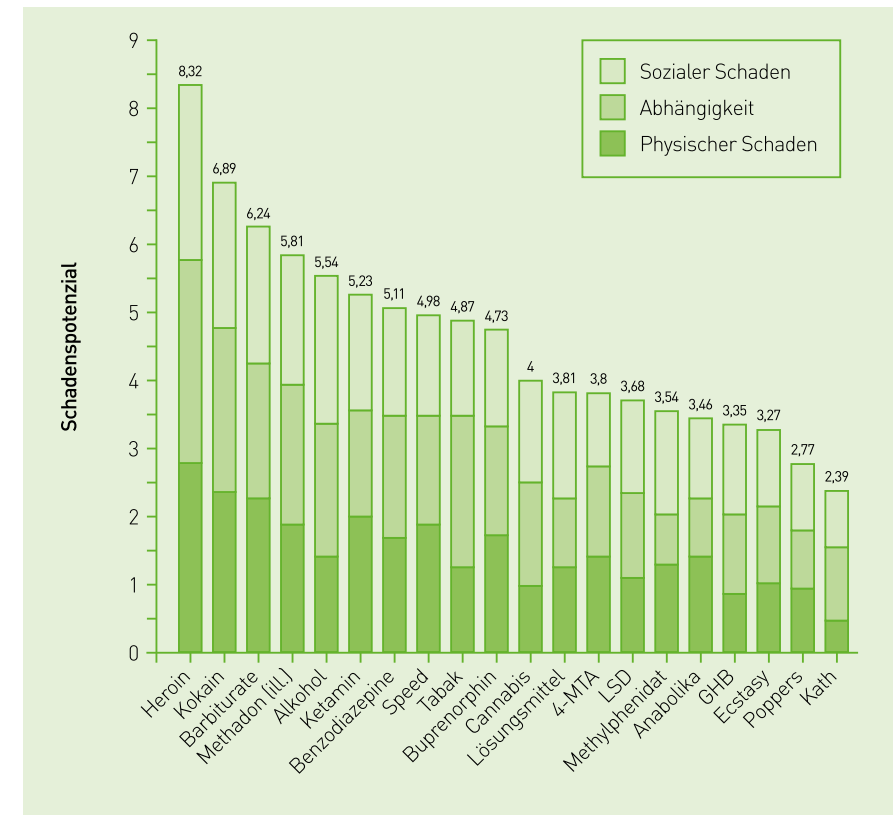


Abb. 4.1: Psychotrope Substanzen nach „Gefährlichkeit“ (Nutt et al., 2007)

sozialer Konsequenzen des Konsums für den Menschen und die Umwelt sind Klassifikationen wie „legal“ und „illegal“ keine sinnvollen Kriterien für schädliche und weniger schädliche Substanzen. In einer späteren Untersuchung weisen Nutt et al. (2010) deutlich aus, dass Alkohol noch vor Heroin als gefährliche Substanz einzustufen ist. Die chemische Substanz an sich stellt einen von mehreren schädlichen Faktoren dar, pharmakologische und soziale Faktoren müssen miteinander in Beziehung gesetzt werden. So kann beispielsweise an einen (ungefährlicheren) Ende die niedrigdosierte Cannabisinhalation stehen, während am anderen (gefährlicheren) Ende eine hochdosierte Mischinjektion aus Opiaten und Kokain mit zusätzlichem Benzodiazepin und Alkoholkonsum steht.

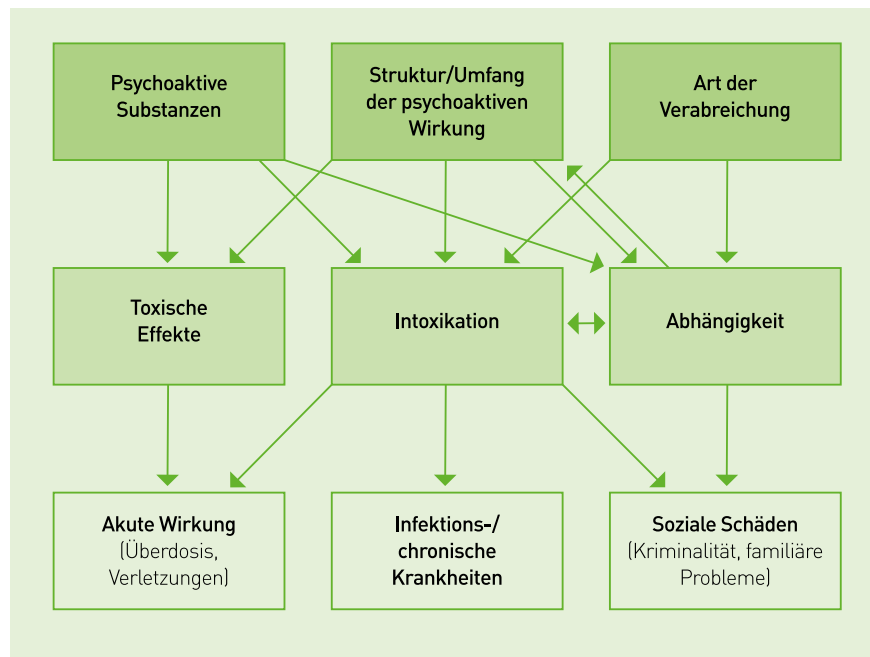


Abb. 4.2: Wirkungsmechanismus und Folgen des Konsums illegaler Drogen. (Nach Degenhardt et al., 2004.)

Der Konsum illegaler Substanzen kann über verschiedene Mechanismen zur Schwere der Erkrankung (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität) beitragen. Dabei spielt nicht nur die Wirkung der Substanz selbst eine Rolle, sondern auch die Dosierung, die zu hoch sein und zu Vergiftung und Tod führen kann. Weiterhin können Intoxikationen zu Verletzungen führen (z. B. Stürze, Autounfälle). Durch die Applikationsart können nicht übertragbare körperliche Erkrankungen auftreten

(Abszesse bei Injektion, Schäden an der Nasenschleimhaut oder am Nasenknochen beim Sniefen, Verbrennungen im Mund-Rachenraum beim Inhalieren). Durch den Substanzgebrauch können kurz- und langfristige psychische Störungen (z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität, wahnhafte Zustände) hervorgerufen werden. Insbesondere die intravenöse Applikation von Substanzen birgt das Risiko des Erwerbs übertragbarer Erkrankungen wie Hepatitisvirusinfektionen oder Infektionen mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV). Die Auswirkung von Erkrankungen auf das Leben eines Menschen kann durch die sogenannte Erkrankungsbelastung („burden of disease“) ausgedrückt werden. Hierbei werden verlorene Lebensjahre durch vorzeitigen Tod und durch Behinderung eingebüßte gesunde Lebensjahre in Beziehung gesetzt. In den entwickelten Ländern liegt der Gebrauch illegaler Drogen auf Platz acht der Gründe für Erkrankung, Tod und Behinderung (Degenhardt et al., 2004). Entscheidend für die durch illegale Drogen verursachte Gefahr sind sowohl die Substanzgruppe als auch die Art der Einnahme bzw. Anwendung. So stellen Opiate, Kokain und Amphetamine eine größere Gefahr dar, wenn sie injiziert (gespritzt) werden. Auch wenn Cannabis oder Ecstasy häufiger verwendet werden, so sind die mit dem Gebrauch verbundenen Gesundheitsgefahren geringer. Allgemein muss festgehalten werden, dass der injizierende Drogengebrauch größere gesundheitliche Gefahren birgt. Allerdings spielen die Umstände des Drogengebrauchs eine ebenso wichtige Rolle. So ist ein injizierender Drogengebrauch auf der offenen Drogenszene mit unreinem Injektionsbesteck und unklarem Reinheitsgrad der injizierten Substanz mit einem Höchstmaß an Risiko behaftet, insbesondere bei Konsum weiterer Substanzen (z. B. Alkohol, Benzodiazepine). Diesem Gesundheitsrisiko soll durch schadensminimierende Maßnahmen (sogenannte „harm reduction“) entgegengewirkt werden. Solche Maßnahmen können beispielsweise die Zurverfügungstellung von sauberem Injektionsbesteck oder das Angebot von Drogenkonsumräumen sein, in denen unter hygienischen Bedingungen konsumiert werden kann.

4.2 Epidemiologie der Verwendung illegaler Substanzen

Konsumprävalenzen können bezogen auf verschiedene Zeiträume angegeben werden. Ist mit einer Lebenszeitprävalenz der mindestens einmalige Konsum im Leben gemeint, so gibt die 12-Monatsprävalenz den Konsum innerhalb der letzten 12 Monate und die 30-Tageprävalenz den Konsum innerhalb der letzten 30 Tage an. Die Lebenszeitprävalenz kann als „Probierkonsum“ angesehen werden, der Konsum innerhalb des letzten Jahres kann als ein Indikator für einen lebenszeitlich gesehen zumindest gelegentlichen Konsum betrachtet werden, während die Daten für die letzten 30 Tage auf einen eher regelmäßigeren Konsum hinweisen können. Irgendeine illegale Droge wurde zumindest einmal im Leben von jedem

Vierten (26,7 %) in Deutschland konsumiert (Männer 31,1 %, Frauen 22,1 %). Am häufigsten ist dies Cannabis mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,6 % (Männer 30,3 %, Frauen 20,8 %). Andere Drogen wurden lediglich von 7,4 % (Männer 9,2 %, Frauen 5,6 %) verwendet, hierunter führen mit 3,7 % die Amphetamine, gefolgt von Kokain (3,3 %), Pilzen (2,8 %) sowie Ecstasy und LSD (jeweils 2,4 %). Jeder 20. in Deutschland Lebende (5,1 %; Männer 6,7 %, Frauen 3,4 %) hat innerhalb der letzten 12 Monate irgendeine illegale Droge konsumiert. Auch hier erreicht Cannabis die höchsten Werte (4,8 %; Männer 6,4 %, Frauen 3,1 %). Andere Drogen wurden nur von 1,3 % der in Deutschland Lebenden verwendet (Männer 1,9 %, Frauen 0,8 %), in fallender Reihenfolge waren dies Kokain (0,8 %), Amphetamine (0,7 %) und Ecstasy (0,4 %). Für die 30-Tageprävalenz liegen die Raten erneut niedriger, jeder 40. in Deutschland Lebende konsumiert in den letzten 30 Tagen irgendeine Droge (2,6 %; Männer 3,8 %, Frauen 1,4 %) mit Cannabis als der am häufigsten verwendeten Substanz (2,4 %; Männer 3,4 %, Frauen 1,3 %). Andere Substanzen als Cannabis wurden lediglich von 0,6 % in den letzten 30 Tagen konsumiert (Männer 1,0 %, Frauen 0,3 %), hierunter waren Amphetamine und Kokain führend (jeweils 0,3 %), gefolgt von Ecstasy mit 0,2 % (Kraus et al., 2010b).

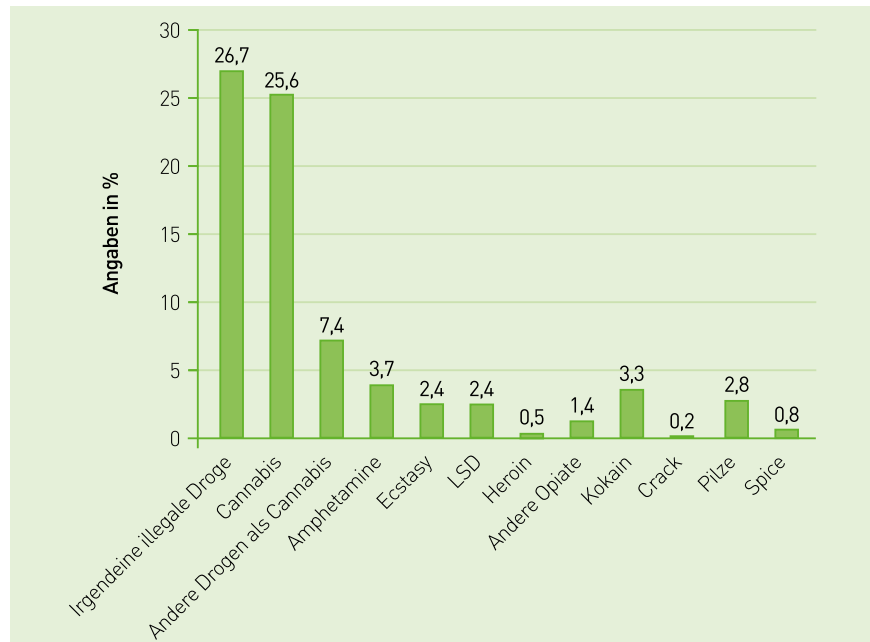


Abb. 4.3: Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (Kraus et al., 2010b)

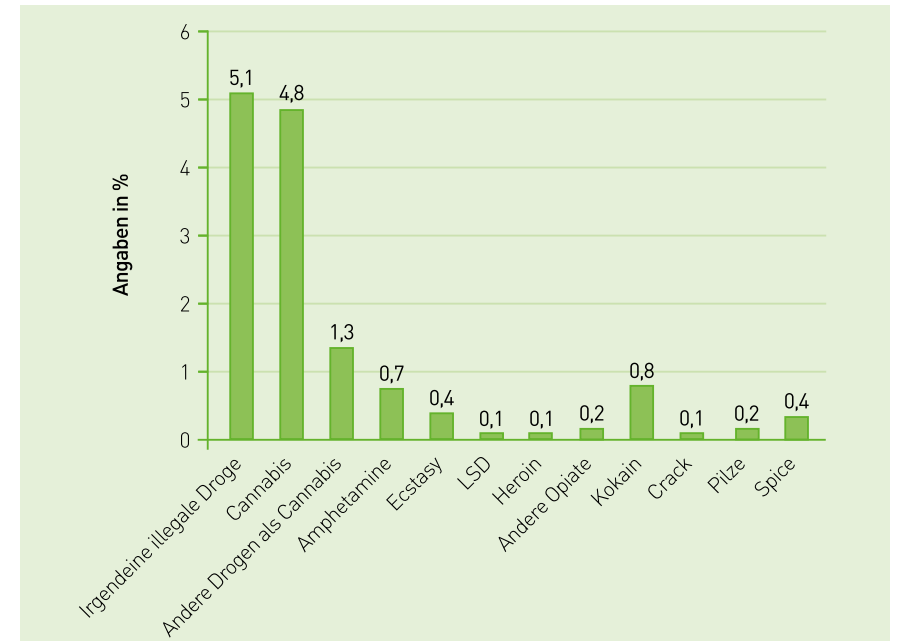


Abb. 4.4: 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (Kraus et al., 2010b)

Im Folgenden werden die Prävalenzraten für die letzten 12 Monate im Hinblick auf Alters- und Geschlechtseffekt, Suchtdiagnose sowie zeitliche Trends betrachtet. Die Wahl der 12-Monatsprävalenz bietet sich an, da ein lediglicher Probierkonsum hierdurch weitgehend ausgeschlossen wird, aber dennoch Effekte sichtbar bleiben, die bei Berücksichtigung der 30-Tageprävalenz aufgrund von häufig durchgehend niedrigen Prävalenzzahlen („Bodeneffekt“) nicht mehr darstellbar wären. Cannabis stellt die Substanz mit der höchsten Konsumprävalenz mit im Durchschnitt 4,8 % dar, gefolgt von Kokain mit 0,8 % und Amphetaminen mit 0,7 %. Es folgen danach gleich auf Ecstasy und Spice mit jeweils 0,4 %, bei 0,2 % liegen jeweils „andere Opiate“ und Pilze, bei jeweils 0,1 % LSD, Heroin und Crack. Im Vergleich der Geschlechter zeigt sich im Durchschnitt eine Männerdominanz, die bei Cannabis (6,4 vs. 3,1 %), Kokain (1,2 vs. 0,4 %) und Amphetaminen (1,1 vs. 0,4 %) besonders ausgeprägt ist. Weiterhin zeigt sich durchgehend, dass der Konsum von illegalen Substanzen in den jüngeren Altersgruppen deutlich höher ausgeprägt ist als in den Gruppen mit höherem Lebensalter, so sinkt z. B. der Cannabiskonsum mit einer Prävalenzrate von 16,1 % in der Altersgruppe von 18 – 20 Jahren auf 4,4 % in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen, für Ecstasy

fallen die entsprechenden Raten von 1,5 % auf 0,4 %. Ausnahmen bilden in diesem Kontext die Substanzen Kokain, für das ein Anstieg von 1,2 % in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen von 1,4 % auf 2,4 % bei den 20- bis 24-Jährigen mit nachfolgend allerdings erneut kontinuierlichen Abfall, sowie Amphetaminen, bei denen es in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen von 2,6 % auf 3,0 % in der Gruppe der 21- bis 24-Jährigen zu einem Anstieg kommt, mit danach erneut kontinuierlichem Abfall in den höheren Altersgruppen. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen sind die Prävalenzraten schließlich für alle Substanzen auf 0 % abgefallen, mit Ausnahme von Cannabis, „anderen Opiaten“ und Kokain, die bei 0,1 % liegen.

Getrennt von Konsumprävalenzen ist die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung zu betrachten. Die Frequenzen liegen hier (nach der Severity of Dependence Skala) bei im Durchschnitt 1,3 % für Cannabis, 0,2 % für Kokain und 0,1 % für Amphetamine. Auch bei den Abhängigkeitsdiagnosen findet sich die Männerdominanz sowie eine durchgängige Abnahme der Frequenz mit steigendem Lebensalter (erneut mit der Ausnahme eines Anstiegs der Frequenz der Kokainabhängigkeitsdiagnosen von der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen zur Gruppe der 21- bis 24-Jährigen mit nachfolgend kontinuierlichem Abfall) (Kraus et al., 2010b).

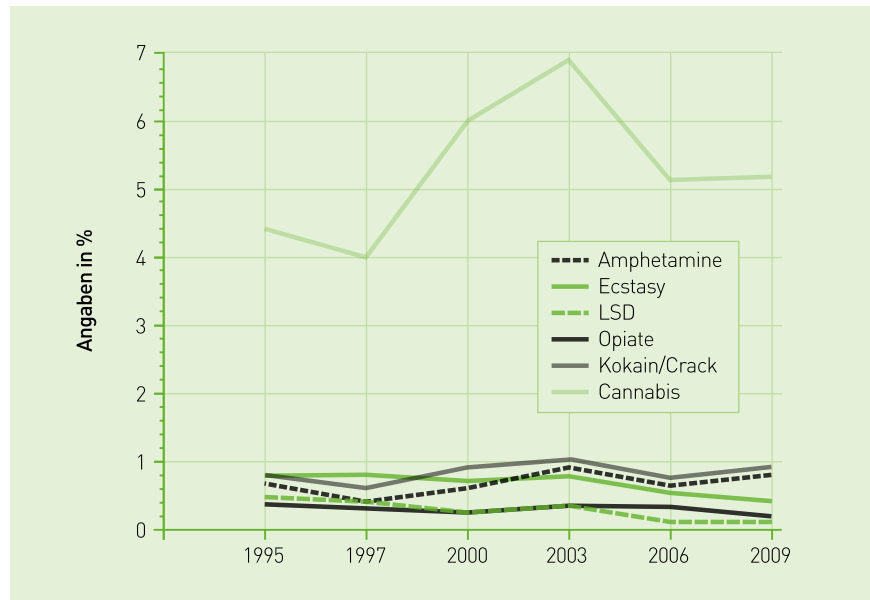


Abb. 4.5: Trends bzw. Konsummuster verschiedener psychoaktiver Substanzen (Kraus et al., 2010a)

In der Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Konsumprävalenzen zwischen 1995 und 2009 fällt in der Hauptsache eine weitgehende Stabilität auf. So gab es in zu den verschiedenen Messzeitpunkten (1995, 1997, 2000, 2003, 2006 und 2009) keine bedeutsamen Unterschiede für Opiate sowie Kokain und Crack. In Bezug auf Cannabis zeigte sich ein Anstieg von 4,4 % (1995) auf ein Maximum von 6,9 % im Jahre 2003 mit einem nachfolgenden Abfall auf 5,2 % (2009). Sinkende Prävalenzen sind auch für Ecstasy (0,5 % im Jahr 1995 auf 0,4 % im Jahr 2009) und LSD (von 0,5 % im Jahr 1995 auf 0,1 % im Jahr 2009) zu verzeichnen. Im Geschlechtervergleich liegt auch über den zeitlichen Verlauf der Schwerpunkt bei den Männern und die zeitlichen Veränderungen werden meist über Trendveränderungen bei den Männern getragen, bei Frauen bleiben die Konsumprävalenzen relativ stabil. Bei Betrachtung der Konsumhäufigkeiten innerhalb der letzten 12 Monate überwiegt ein Konsum von bis zu fünfmal im Jahr, lediglich bei den Heroinkonsumenten ist er (deutlich) höher. Bei den Cannabiskonsumenten findet sich ein nicht unerheblicher Teil mit einem dichten Konsummuster im Bereich von 20 bis 99-maligem, oder sogar hundertmaligem und höherem Konsum.

Die Häufigkeit der Cannabisabhängigkeit hat sich von 2006 bis 2009 (Abfall von im Durchschnitt 1,5 % auf 1,3 %) verringert (Kraus et al., 2010a).

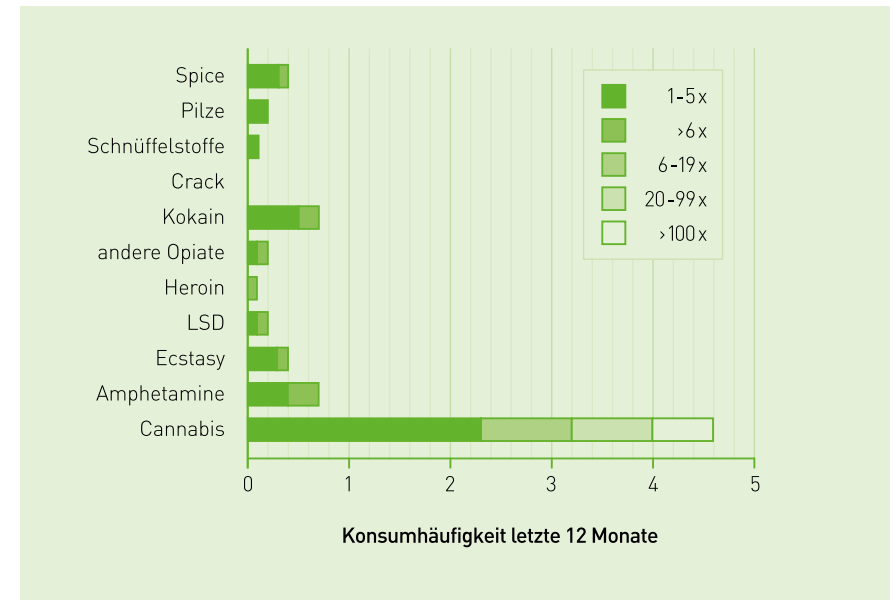


Abb. 4.6: Frequenz des Konsums illegaler Substanzen in den letzten 12 Monaten (Kraus et al., 2010b)

Literatur

Degenhardt, L. et al. (2004): Illicit Drug Use In Comparative Risk Assessment. In: Ezzati, M.; Lopez, A.; Murray, C. (Ed.): Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva: WHO. 1109-1176.

Kraus, Ludwig et al. (2010a): Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen – Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys 1995 – 2009. In: Sucht, 56(5), 337-347.

Kraus, Ludwig et al. (2010b): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen. München: IFT. Internet: <https://www.ift.de>, Zugriff: 19.08.2011.

Nutt, David et al. (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. In: The Lancet, 369, 1047-1053.

Nutt, D.J.; King, L.A.; Phillips, L.D. (2010): Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis. In: The Lancet, 376(9752), 1558-1565.

5 Behandlung

5.1 Allgemeine Ziele und Prinzipien der Behandlung

5.1.1 Behandlungsziele

Als gesicherte Fachlichkeit in der Suchthilfe gilt, dass der Weg in die Abhängigkeit niemals linear verläuft und daher für den Ausstieg Hilfeangebote vorzuhalten sind, die auch dem wechsel- und prozesshaften Charakter des Ausstiegsverlaufs gerecht werden.

Der heterogene Charakter der Krankheit „Drogenabhängigkeit“ mit ihren individuell ausgeprägten somatischen, psychischen und sozialen Folgen verlangt nach einer differenzierten Hilfestruktur und spezifischen methodischen Vorgehensweisen, bei denen die Mitwirkungsbereitschaft der Klienten/-innen und die Stärkung der Selbstheilungskräfte (Ressourcen) von zentraler Bedeutung sind. Im Unterschied zur allgemeinen Suchthilfe hat die Drogenhilfe der gesellschaftlichen Diskriminierung und der strafrechtlichen Sanktionierung der Konsumenten illegaler Drogen Rechnung zu tragen. Die daraus abgeleiteten Hilfeansätze haben der drohenden gesellschaftlichen Ausgrenzung und damit verbundenen Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Als zentrale WHO-Strategien der Drogenhilfe (siehe Graphik WHO Strategien) gelten auch hier die Ausrichtungen auf:

- ▶ Abbau von Elend (Harm Reduction)
- ▶ Abbau von Risiken (Risk Reduction)
- ▶ Minderung der Nachfrage (Demand Reduction)
- ▶ Reduzierung des Angebots (Supply Reduction)

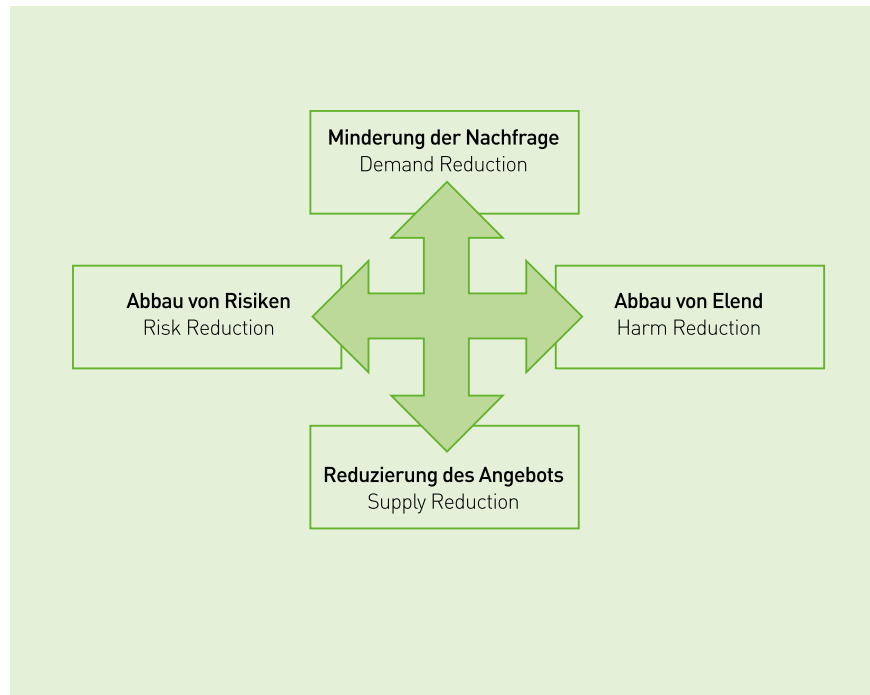


Abb. 5.1: Drug-Policy WHO-Strategy. (Frietsch, 2011)

Demgemäß sind diese Strategien Grundlage für die Suchthilfe, um an dem konkreten Hilfebedarf die Handlungsbereiche auszurichten und umzusetzen.

Die Hilfeangebote für Abhängige orientieren sich an einer Hierarchie von Interventionszielen (Schwoon, 2008). Diese Zielhierarchie geht davon aus, dass die meisten Abhängigen zunächst noch nicht zu einer Aufgabe ihres Konsumverhaltens und des damit verbundenen Lebensstils bereit sind:

1. An erster Stelle steht deswegen die Sicherung des Überlebens in kritischen Phasen des akuten Drogenkonsums, z. B. im Rahmen von Krisenzentren und Notdiensten.
2. An zweiter Stelle steht das möglichst gesunde Überleben und damit die Verhinderung von Folgeschäden durch Aufklärung und die Vermittlung von Techniken für einen risikoarmen Drogenkonsum und die HIV/HCV-Prophylaxe (z. B. Spritzenhygiene, Sprizentausch, Substitution).
3. Einen hohen Stellenwert hat die Sicherung der sozialen Umgebung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, gegebenenfalls der Arbeit oder der Unterstützung der Familienstrukturen. Damit einher gehen Bemühungen zur Vermeidung bzw. Veränderung sozialer Desintegration, um die soziale Isolation eines drogenbezogenen Lebensstils möglichst zu verhindern bzw. zu reduzieren.
4. Als weiteres Ziel sind längere Abstinenzphasen anzustreben, z. B. durch Angebote niedrigschwelliger Entgiftung oder „Therapie-Sofort-Konzepte“.
5. In diesem Zusammenhang soll die Einsicht in die Grunderkrankung gefördert und
6. ein Veränderungsbedarf durch die Betroffenen selbst formuliert werden.
7. Daran schließt sich die Akzeptanz des Abstinenzziels mit entsprechenden therapeutischen Maßnahmen an.
8. Die Vermeidung bzw. Bearbeitung von Rückfällen ist ein weiteres Ziel.
9. Die therapeutische Aufarbeitung der Abhängigkeitsproblematik sowie die berufliche und soziale Integration stehen in Verbindung mit der Stärkung von Selbsthilfepotentialen am Schluss der Zielhierarchie.

Diese Zielhierarchie ist idealtypisch formuliert. Im konkreten Einzelfall liegt die Herausforderung darin

- (1.) die jeweilige Entwicklungsstufe der Patientin oder des Patienten im Hinblick auf subjektiv gewünschte und von Fachkräften her objektiv notwendige Interventionen zu erkennen (was zumindest in der Anfangsphase des fachlichen Kontakts selten übereinstimmt) und
- (2.) die Patientin oder den Patienten - zusätzlich zu den jeweils eingeleiteten Maßnahmen - zu motivieren, weitere Entwicklungsschritte im Hinblick auf das langfristige Ziel der Abstinenz zu unternehmen.

Strukturierte Beratungstätigkeit	1.	Sicherung des Überlebens · Erste Hilfe-Leistungen · Vermittlung / Gewährung der Grundsicherung
	2.	Gesundheitsstabilisierung und Gesundheitsförderung · Infektionsprophylaxe · Motivierung zu u. Vermittlung in weiterführende Maßnahmen
	3.	Sicherung der sozialen Umgebung – Verhinderung weiterer Desintegration · Aufbau und Förderung von Tagesstruktur · Förderung von Alltagskompetenzen, Tagesstrukturen · Erhaltung bestehender sozialer Unterstützungsstrukturen
	4.	Ermöglichung längerer Abstinenzphasen · Entwicklung von Strategien zur Konsumreduktion · Förderung der Motivation zu konsumfreien Phasen · Aufnahme in Substitutionsbehandlung*
	5.	Einsicht in die Grunderkrankung · Einsicht in Art und Ausmaß „substanzbezogener Störungen“ · Einsicht in die Wechselwirkung von Lebenskontext und Gesundheitsfolgen
	6.	Akzeptanz des eigenen Handlungsbedarfs · Förderung von Behandlungsmotivation, Akzeptanz professioneller Hilfeangebote, Vermittlung von/in weiterführende Hilfen · Förderung der Übernahme von Eigenverantwortlichkeit
	7.	Akzeptanz des Abstinenzziels · Förderung der Annahme abstinenzorientierter Hilfeangebote · Mitwirkung bei der Bearbeitung der Suchtproblematik
	8.	Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen · Sensibilisierung für Rückfallgefährdungen · Einübung von Bewältigungsstrategien
	9a.	Therapeutische Aufarbeitung der Abhängigkeitsproblematik · Förderung der Selbstwirksamkeit · Einübung von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit
	9b.	Berufliche und soziale Integration · Qualifizierungen zur beruflichen/sozialen Integration · Aufbau tragfähiger sozialer Bindungen, Loslösung vom Hilfesystem, Förderung autonomer Lebensgestaltung

Abb. 5.2: Drug-Policy WHO-Strategie. Zielhierarchie und Interventionsziele in der Arbeit mit Suchtkranken. (Frietsch, 2011)

* Die Interventionsziele von 4–10 gelten auch für Klienten in Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Begleitung.

Diese Entwicklung setzt bei Patienten und Patientinnen kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Veränderungsprozesse voraus, die zumeist lange Zeit benötigen und kontinuierlich von Fachkräften gefördert werden müssen. Zum angemessenen fachlichen Umgang gehören deshalb neben guten Kenntnissen der Abhängigkeitskrankheiten und der häufig damit verbundenen Begleit- bzw. Folgeerkrankungen auch Kenntnisse des speziellen Hilfesystems (Verbundsystem der Suchthilfe) und der motivierenden Gesprächsführung. Die Beratung und Behandlung von Abhängigen ist eine komplexe Gratwanderung zwischen den kurzfristigen Zielsetzungen der Betroffenen nach Erhalt des Status quo bei möglichst einfachem Zugang zu Suchtmitteln, medizinischer Hilfe und sozialen Ressourcen (z. B. Sozialhilfe) auf der einen Seite und der langfristigen Zielsetzung entsprechend eines Hilfeplans z. B. nach der Erreichung der Abstinenz und der Distanzierung von der Drogenszene auf der anderen Seite. Diese Ziele können nur erreicht werden kann, wenn sie auch die Ziele der Abhängigen sind.

Die Zielhierarchie wird im Einzelfall selten Schritt für Schritt und eindimensional durchlaufen. Ein einschneidendes Lebensereignis wie ein neuer Arbeitsplatz oder eine neue Freundschaft mit einem drogendistanzierten Partner bzw. einer drogendistanzierten Partnerin fördert die Entwicklung – der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Beziehung oder einer anderen Krise kann zu einem Rückfall führen und den Hilfeprozess verzögern.

5.1.2 Versorgungsstruktur

Das Verbundsystem der Hilfen für Drogenabhängige ist in Deutschland differenziert gegliedert:

► Akuthilfe

Es handelt sich hierbei um sogenannte „niedrigschwellige“ Einrichtungen wie Kontaktzentren, Konsumräume und Schlafstätten, häufig mit medizinischer Basisversorgung und Drogenentzugsstationen. (s. Kap. 7.2)

► Ambulante Beratung und Behandlung

In spezialisierten Sucht- und Drogenberatungsstellen werden zumeist Prävention, Beratung, ambulante Behandlung (auch ambulante medizinische Rehabilitation) und Nachsorge, gelegentlich auch medizinische Hilfen angeboten.

► Übergangseinrichtung

Die direkte Verbindung vom ambulanten zum stationären Bereich kann eine Übergangseinrichtung bieten, die nicht überall ausreichend vorhanden ist. Sie soll Drogenabhängigen eine Phase der Ruhe bieten, in der Entscheidungen getroffen werden können bezüglich einer Vermittlung in weiterführende Behandlung.

► Substitution und psychosoziale Beratung

Sie stellen für Heroinabhängige den Schwerpunkt der Kooperation zwischen Arzt und Drogenhilfesystem dar, wobei dem Arzt die Aufgabe der Substitutionsbehandlung zukommt, den Fachkräfte der Beratungsstellen die psychosoziale Betreuung. Letztere unterstützen die Abhängigen dabei, ihre individuellen Teilhabeziele zu erreichen.

Die Substitution wird von einer großen Zahl von Drogenabhängigen genutzt. In Dauersubstitution befinden sich in Deutschland lt. Substitutionsregister etwa 80.000 Opioidabhängige. Der Ausstieg aus der Substitution ist bis heute wenig erforscht (s. Kap. 7.1).

Seit 2010 können schwerstabhängige intravenös konsumierende Heroinkonsumenten/-innen mit dem Originalstoff Diamorphin behandelt werden. Der Ausbau dieses Angebotes verläuft allerdings stockend.

► Entwöhnungsbehandlungen

Jährlich nutzen ca. 10.000 Drogenabhängige Entwöhnungsbehandlungen. Sie dienen dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und finden als medizinische Rehabilitation in zum geringen Teil in ambulanten, aber meist in stationären Einrichtungen mit unterschiedlich langen Behandlungszeiten zwischen zwei und sechs Monaten statt. Für ambulante Entwöhnungsbehandlungen sind überwiegend Psychosoziale Beratungsstellen anerkannt. Nach verschiedenen Untersuchungen sind bei planmäßiger Beendigung etwa 50 % dieser Behandlung langfristig erfolgreich.

► Nachsorge

Es gibt ein differenziertes Angebot an Nachsorge in teilstationärer und ambulanter Form, mit Möglichkeiten der schulischen und beruflichen Ausbildung, um die Integration in ein drogendistanziertes soziales Umfeld aufzubauen und zu unterstützen. Selbsthilfegruppen sind in dieser Phase ebenfalls tätig, allerdings in vergleichsweise geringem Umfang. Im Bereich der Drogenabhängigkeit sind das eher die Selbsthilfegemeinschaften wie „SYNANON“ oder „die fleckenbühler“.

In der Beratung und Behandlung Drogenabhängiger sind zahlreiche Berufsgruppen tätig. In den Drogenberatungsstellen sind es überwiegend Frauen und Männer aus den Berufsgruppen der Sozialarbeit und -pädagogik (von denen ein Teil eine dreijährige, postgraduierte suchththerapeutische Ausbildung für die medizinische Rehabilitation besitzt), weiterhin in geringem Umfang Ärztinnen und Ärzte sowie

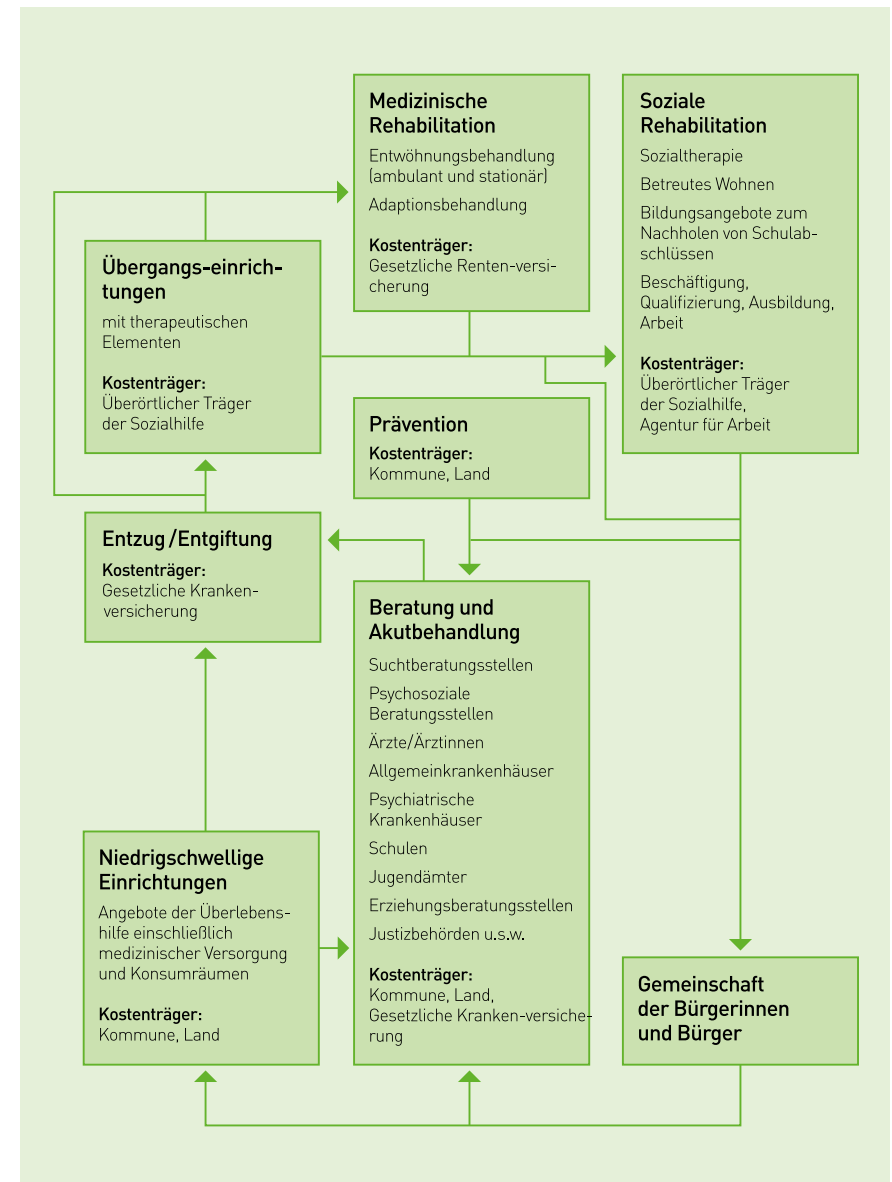


Abb. 5.3: Verbundsystem der Hilfen (Leune, 2012)

Diplom-Psychologen/-innen. In den stationären Therapieeinrichtungen sind letztere häufiger vertreten.

Die Behandlung Drogenabhängiger erfordert von den beteiligten Berufsgruppen eine intensive Zusammenarbeit. Das gilt für Spezialeinrichtungen, aber auch für Ärztinnen und Ärzte in der allgemeinärztlichen Versorgung (Substitution, Behandlung von Begleiterkrankungen und Notfallhilfe) insbesondere in Hinsicht auf die Kooperation mit Spezialeinrichtungen. Diese Zusammenarbeit ist durch unterschiedliche Fachkenntnisse, Behandlungskonzepte und Finanzierungsstrukturen erschwert. Bewährt hat sich ein Verbundsystem der Hilfen, das auch angrenzende Arbeitsfelder (Akutmedizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe, Bewährungshilfe u.v.a.m.) mit einzubeziehen in der Lage ist.

5.1.3 Besonderheiten in der Behandlung Abhängiger

Im allgemeinen Gesundheitssystem ist das Verhältnis zwischen Mitarbeiter/-innen und Patienten/-innen ganz überwiegend davon geprägt, dass erstere umfangreiches Wissen über die Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit erworben haben, mit der die Patienten/-innen kommen. Bei der Abhängigkeitserkrankung scheint sich dieses Verhältnis jedoch fast umzukehren. Die Patientin oder der Patient hat Erfahrung mit der eigenen Abhängigkeit und den konsumierten Substanzen, den Fachkräften ist darüber nur wenig bekannt, wenn sie sich nicht zu Spezialisten weitergebildet haben. Auch wenn sich in den letzten Jahren das wissenschaftliche Augenmerk mehr auf Abhängigkeitsprobleme richtet, gilt doch in der Regel, dass viele Mitarbeiter/-innen diesem Patientenkreis möglichst aus dem Wege geht. Vor diesem Hintergrund prägen unbewusst bleibende Gefühle und der sogenannte „gesunde Menschenverstand“ das Verhältnis zu abhängigen Patienten/-innen wesentlich mehr als bei anderen Krankheiten. So herrschen – uneingestanden oder unbewusst – auf beiden Seiten oft irrige Vorstellungen vor, wie zum Beispiel, dass Abhängigkeit selbst verschuldet ist oder dass der Konsumverzicht reine Willenssache sei.

Eine weitere Schwierigkeit besteht oft darin, die Abhängigkeit zu erkennen, die ja nicht immer schon sichtbare Folgeschäden hervorgerufen hat. Durch die Tendenz der Patienten/-innen, ihre Abhängigkeit zu verleugnen, kann die Diagnose schwierig und die Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten als Krankheitssymptome unmöglich werden.

Bei der Behandlung ergibt sich dann noch ausgeprägter als bei anderen Krankheiten, dass man einerseits den Kranken nicht die Verantwortung für das Kranksein zurechnen kann, ein Ausstieg aus der Sucht aber andererseits nicht ohne

Einsicht in die Eigenverantwortung der Patienten/-innen denkbar ist. Gerade Abhängigkeitskranke versuchen aber immer wieder, diese Verantwortung von sich zu weisen und finden dafür leicht „Helfer“ oder „Helferinnen“, die dadurch „hilflos“ werden.

5.1.4 Einflussfaktoren auf das Verhältnis zu Drogenpatienten/-innen

Von großer Bedeutung sind die nicht immer offen zutage liegenden psychodynamischen Aspekte im Umgang mit drogenabhängigen Patienten und Patientinnen. Sie mobilisieren eigene Ängste, die uns häufig nicht bewusst werden. Weil diese Patienten/-innen dazu neigen, ihre Verantwortung für sich selbst anderen aufzubürden, besteht immer die Gefahr einer schleichend entstehenden „Komplizenschaft“. Befürchtungen und Missstimmungen können aber auch durch ganz alltägliche Verhaltensweisen Drogenkranker mobilisiert werden: Sie können lästig sein und uns mit ihrem typischem Verhalten unglaublich erscheinen. Sie zwingen uns mit ihren oft überzogenen Forderungen zu anstrengenden Abwehrreaktionen.

Außerdem eilt Drogenabhängigen der Ruf voraus, nicht nur ungeduldig und aggressiv, sondern auch verschlagen und trickreich zu sein, immer darauf aus, in unbeobachteten Momenten Rezeptblöcke und Stempel zu stehlen und überhaupt nur in die Praxis zu kommen, um uns zur Aufrechterhaltung ihrer Sucht auszunutzen. Auch wenn diese Einschätzung nur auf einen Teil der Patienten/-innen zutrifft, die sich zumeist in subjektiven Notlagen befinden, ist immer mit solchen Verhaltensweisen zu rechnen. Es gibt also auf den ersten Blick durchaus Gründe, die Behandlung von Drogenabhängigen nicht anzunehmen.

Auch auf Seiten der Patientinnen und Patienten gibt es spezielle Faktoren, die das Verhältnis zu ihnen bestimmen. Die beschriebenen Vorurteile sind sicher nur in einzelnen Fällen zutreffend und nicht geeignet, diese Patienten/-innengruppe als Ganzes zu beschreiben. Drogenabhängige sind vielmehr eine sehr heterogene Gruppe, die über die Gemeinsamkeit des abhängigen Konsums von illegalen Drogen hinaus nur wenige spezielle gemeinsame Merkmale aufweist. Wie alle Abhängigkeitskranken sind sie bezüglich ihres Problems ambivalent, haben einerseits Scham- und Schuldgefühle, wissen andererseits aber auch, dass sie wahrscheinlich ohne Hilfe und Unterstützung den Ausstieg aus der Abhängigkeit nicht bewältigen werden.

Als Grundlage und auch als Folge ihrer Abhängigkeit ist ihr Selbstwertgefühl sehr gering bzw. beschädigt. Entsprechend können sie in der Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten unrealistisch sein, sodass sie sich oft stark

über- oder unterschätzen und entweder bloßem Wunschdenken nachhängen oder sich zu wenig zutrauen. Diese Selbstwertstörung kompensieren viele drogenabhängige Männer und Frauen damit, dass sie sich für etwas Besonderes halten und sich durch die Zugehörigkeit zur Gruppe der „Ausgestoßenen“ und Illegalen stabilisieren. Entsprechend bringen sie in Beziehungen gern den Vorwurf ein, nicht verstanden zu werden, weil man ja gar nicht wisse, was es bedeute, das Leben eines „Junkies“ zu führen.

Die Erwartung der Verständnislosigkeit, des Abgelehnt- und Ausgegrenztwerdens ist damit ein wesentlicher Faktor, den die Patienten/-innen bewusst oder unbewusst in das Verhältnis zu Anderen einbringen. Die mächtige Rolle, die insbesondere Ärztinnen und Ärzten häufig von ihren Patienten/-innen zugeschrieben wird, bekommt hier allerdings noch ihre besondere Prägung durch die Verfügungsgewalt der Ärztin oder des Arztes über die Medikamente, mit denen die Patientin/der Patient seine Probleme zumindest vorübergehend verdrängen kann.

Zusammengefasst bestimmen also unbewusste und bewusste Vorurteile und Ängste auf beiden Seiten das Verhältnis zwischen Mitarbeitern des Gesundheitswesens und drogenabhängigen Patienten/-innen mehr, als dies bei der Behandlung anderer Patienten und Patientinnen in der Regel der Fall ist.

5.1.5 Konkrete Behandlungsprobleme

Solange sie nicht spezielle Hilfe für ihre Abhängigkeit suchen, versuchen viele drogenabhängige Patienten/-innen ihre Störungen zu verschweigen oder zu verleugnen. Dabei spielt nicht nur die Angst vor Ablehnung eine Rolle, sondern auch der Wunsch, das Problem zu verdrängen. Die Patienten und Patientinnen vermitteln schnell den Eindruck, dass „irgendetwas nicht stimmt“. Sie sind unzuverlässig und unzufrieden mit der Behandlung, sind auf starke Schmerz- oder Beruhigungsmittel fixiert und kommen mit den verschriebenen Mitteln oft nicht aus. Zufällig fällt irgendwann auf, dass sie bei mehreren Ärzten oder Einrichtungen gleichzeitig in Behandlung sind. Aus einer deutlich gemachten Verärgerung über diese mangelnde Offenheit entsteht dann seitens dieser Patienten/-innen eine Eskalation, die vor allem dazu dient, sich das eigene unpassende Verhalten nicht eingestehen zu müssen.

Andere Patientinnen und Patienten machen keinen Hehl aus ihrer Abhängigkeit, sie schildern vielmehr eindrucksvoll ihre Probleme und drängen auf eine rasche Entlastung durch das Verschreiben von Medikamenten, mit denen sie z. B. entgiften oder die Zeit bis zur Krankenhausaufnahme überbrücken wollen. Sie beteuern ständig, sich aus der Abhängigkeit lösen zu wollen, präsentieren aber andererseits immer wieder ein Argument, warum dies im Moment gerade nicht

gehe. Auf Vorhaltungen reagieren sie mit Zerknirschung. Dem Wunsch, ihre Argumente durch Einbeziehung des Arbeitgebers oder der Familie überprüfen zu können, begegnen sie mit Angst und Unverständnis. Oft dauert es lange, bis deutlich wird, dass Ärztin oder Arzt zum Teil eines Systems geworden sind und die Rolle der sogenannten hilflosen HelferIn bzw. des sogenannten hilflosen Helfers übernommen haben.

Tatsächlich ist aber in beiden Fällen ein Verhalten festzustellen, was zunächst unabhängig von den sonstigen Persönlichkeitszügen der Patient bzw. die Patientin als Symptom der Suchterkrankung aufgefasst werden muss. Dies bedeutet nicht, dass die Patienten/-innen dieses Verhalten nicht mehr ablegen können, es hat aber je nach aktuellem Stand im Verlauf des Suchtprozesses mehr oder weniger große Bedeutung. Jede Abhängigkeitserkrankung ist dabei als Prozess aufzufassen, dessen Verlauf von einer Vielzahl von Faktoren abhängt. Eine besondere Rolle spielt hier nicht in erster Linie die innere psychische Konstellation, wie z. B. bei einer psychischen Störung, sondern vielmehr die soziale Situation, v. a. eine befriedigende Ausbildung und Tätigkeit und stabile lebendige Beziehungen zu anderen Menschen. Zwischen der Qualität dieser Merkmale und der Schwere der Erkrankung besteht eine direkte Beziehung. Hier ist auch ein wesentlicher Ansatzpunkt, an dem der Abhängige, die Abhängige selbst aktiv werden kann und muss. Daraus wird auch deutlich, dass der Prozesscharakter der Suchterkrankung nicht bedeutet, dass sich die Situation im Laufe der Zeit immer mehr bis hin zur vollständigen Verelendung verschlechtern wird, sondern ein Auf und Ab darstellt, in dessen Verlauf von der/dem Patienten/-in und vielen anderen Personen Einfluss genommen werden kann. Dazu kann neben ärztlicher auch die suchtttherapeutische oder psychosoziale Behandlung gehören, wenn der Patient, die Patientin dazu bereit ist. Solche Therapien können sich positiv auswirken. Die Teilnahme sollte aber nicht zur Vorbedingung für eine Behandlung gemacht werden. Grundsätzlich ist die Prognose der Suchterkrankung wider Erwarten recht gut und hängt neben den o. g. Faktoren im Einzelfall ganz erheblich mit davon ab, wie schädlich das Suchtmittel selbst und die Konsummuster der Betroffenen sich auswirken.

5.1.6 Prinzipien für die Beziehungsgestaltung

► Die eigene Haltung reflektieren

Die eigene Klarheit hat im Umgang mit abhängigen Patienten/-innen eine herausragende Bedeutung. Dazu gehören die Reflexion des eigenen Umgangs mit Genussmitteln bzw. Suchtstoffen sowie eine klare innere Vorstellung davon, was von abhängigen Patienten und Patientinnen erwartet wird. Außerdem sollte sich jede behandelnde Fachkraft eine klare Vorstellung davon machen, was sie tun

kann bzw. auch tun will. Diese Aspekte eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, sollten abhängigen Patienten/-innen von Anfang an verdeutlicht werden, damit sie eine eigene deutliche Vorstellung davon gewinnen können, was in der Beziehung möglich ist.

Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass sich die eigene Haltung mit zunehmender Erfahrung einerseits wie auch im Laufe der Entwicklung einer Patientin/eines Patienten andererseits wesentlich verändern kann. Wichtig ist, dass sie für den Patienten, die Patientin jederzeit deutlich ist. Hier soll keine spezielle suchttherapeutische Auffassung quasi als Königsweg favorisiert werden. Sowohl für die primär abstinenzorientierte als auch für eine konsumbegleitende Behandlungsauffassung kann es im Einzelfall gute Gründe geben, die in einer Hilfeplanung niedergelegt sein sollten. Die eigene Haltung sollte sich durchaus an der allgemeinen Zielsetzung einer möglichst weitgehenden somatischen, emotionalen und sozialen Gesundung der Patienten/-innen orientieren, aber auch auf die jeweilige Problemlage, die Ziele und Möglichkeiten des spezifischen Falles eingehen. Es ist zum Beispiel möglich, dass ein/e Patient/-in erst nach Monaten im Rahmen einer suchtbegleitenden Behandlung beginnt, sich mit abstinenzorientierter Therapie auseinander zu setzen, dann aber in Ambivalenz verharrt und so von der suchtbegleitenden Behandlung nicht mehr profitiert. Dann kann ein klar angekündigter Wechsel des Behandlungsansatzes sinnvoll sein, um den Patienten/-innen zu diesem Schritt zu motivieren und zu mobilisieren.

► Einen klaren Behandlungsrahmen schaffen

Ausgehend von dem beschriebenen Klärungsprozess sollten die Regeln des Umgangs von Anfang an deutlich festgelegt werden, damit für den Patienten, die Patientin von vornherein Gewissheit darüber besteht, was in diesem Verhältnis möglich ist und was nicht. Es ist oft sinnvoll, in eine solche „Vertragsgestaltung“ das Umfeld des Patienten bzw. der Patientin, die Partnerin oder den Partner sowie möglicherweise die Familie, mit einzubeziehen und gegebenenfalls die Regeln schriftlich zu fixieren. Solche Strukturierung hilft dem Patienten oder der Patientin in ihrer oder seiner Ambivalenz und unterstützt Berater/-innen oder Behandler/-innen im Umgang mit Grenzverletzungsversuchen. Durch Einbeziehung des Umfeldes wird der Neigung der Patienten/-innen zu Spaltung und Verleugnung begegnet.

► Behandlungsziele und Grenzen definieren

Abhängigkeitskranke Patienten/-innen vermitteln auch erfahrenen Behandelnden immer wieder das Gefühl, dass sich in diesem speziellen Fall oder in dieser speziellen Situation der Einsatz besonders lohnt oder dass bei einer jetzt richtig

durchgeführten Behandlung das Problem auf Dauer gelöst werden kann. Es wird also die „Helferrolle“ angesprochen, bisweilen werden sogar „Retterphantasien“ mit dem unbewussten Ziel mobilisiert, die Abhängigkeit aufrecht zu erhalten und nicht bzw. nicht in angemessener Weise Verantwortung für die eigene Zukunft übernehmen zu müssen. Das Ergebnis einer solchen Konstellation kann zwangsläufig der Rückfall und eine unangemessene Enttäuschung seitens der Helfer bzw. Helferinnen sowie verstärkte Scham- und Schuldgefühle auf Seiten der Patienten/-innen sein, weil beide zu hoch gesteckte Erwartungen nicht realisieren konnten. Die eigene Erwartungshaltung sollte entsprechend so niedrig wie möglich sein. Dabei darf die Bedeutung der vertrauensvollen, nahen Beziehung zu den Patienten/-innen nicht mit der Aufgabe von Distanz und realistischen Perspektiven verwechselt werden. Das unbedingt notwendige Ernstnehmen von Vorstellungen und Perspektiven der Patienten/-innen muss also immer begleitet sein von der Darstellung und Positionsbegründung der Experten bzw. Expertinnen. Ziel eines realistischen Gespräches mit einer/m abhängigen Patienten/-in ist damit die konstruktive Unterstützung seines Vorhabens bei gleichzeitigem Abbau unrealistischer Wunschvorstellungen. Solcher Realismus soll nicht verwechselt werden mit einem verbreiteten therapeutischen Nihilismus, der bei Abhängigen in keinem Falle begründet werden kann. Zugespitzt lässt sich formulieren, dass die Prognose der Abhängigkeitserkrankung nie aussichtslos ist und der Sinn von Behandlungsmaßnahmen ausschließlich durch den Tod des Patienten/-innen beendet wird. Damit ergibt sich als weitere ständige Aufgabe: Bei der Behandlung immer auch zur Veränderung im Hinblick auf langfristige Zielsetzungen (Abstinenz und Distanzierung von einem drogenbezogenen Lebensstil) zu motivieren, Veränderungsbereitschaft aktiv zu fördern bzw. zu unterstützen und dies gemeinsam mit den Betroffenen und anderen Fachkräften in einem Hilfeplan verbindlich niederzulegen.

Eine Zusammenfassung wichtiger Leitlinien für den Umgang mit Drogenabhängigen:

- ▶ Das „Totschweigen“ einer bekannten Abhängigkeitsentwicklung kann zum Tode führen; also ansprechen und Hilfen aufzeigen.
- ▶ Vom Betroffenen keine Lebensbeichte verlangen, das Eingeständnis des Suchtproblems ist zunächst hinreichend.
- ▶ Ausmaß und Zusammenhänge des Suchtproblems in weiteren Gesprächen erfassen.
- ▶ Keine Vorleistungen vom Patienten, von der Patientin verlangen, z. B. Dauerabstinenz, weil sich oft eine Abstinenzmotivation erst im Verlauf entwickelt und eine primäre gute Motivation keine Erfolgsgarantie bietet.
- ▶ Veränderungsbereitschaft abklären und fördern.
- ▶ Entwicklung eines Behandlungsrahmens, eines vorläufigen Behandlungskonzeptes und eines Hilfeplans.
- ▶ Nicht zum Handlanger des Patienten, der Patientin werden, Eigenleistung fördern.
- ▶ Wohlwollende zugewandte, aber kritische Haltung deutlich machen.
- ▶ Glorifizierende Übertreibungsangebote ablehnen, gegebenenfalls fachlichen Rat einholen (Supervision).
- ▶ Eigene Erwartungshaltung immer wieder reflektieren und so niedrig wie möglich halten.
- ▶ Keine Resignation bei Rückfällen oder Behandlungsabbrüchen, sondern Klärung der Beweggründe und Entwicklung eines verbesserten Behandlungsansatzes.
- ▶ Kritisch bleiben, sich nicht ausspielen lassen!

5.1.7 Illegale Drogen und Schwangerschaft

Vorliegende Studien nennen folgende, z. T. deutlich voneinander abweichende Zahlen: Drogenkonsumierende Frauen sind durchschnittlich 30 Jahre alt und hatten ihren ersten Heroinkonsum mit durchschnittlich 18 Jahren. Ca. 50 % von ihnen leben von Prostitution. Bis zu 75 % der Drogen konsumierenden Frauen sind mit Hepatitis C infiziert und ca. 5 % von ihnen sind HIV positiv. Zu den typischen Kindheitserfahrungen dieser Frauen gehören eine negative soziale Familiensituation, Bildungsdefizite, Trennung bzw. Scheidung der Eltern, Tod eines Elternteils und Suchterkrankungen der Eltern. Mehr als drei Viertel der Frauen berichten über seelische, etwa die Hälfte über körperliche Gewalterfahrungen und mehr als ein Drittel der Frauen wurde in der Kindheit sexuell missbraucht. Als Erwachsene leiden sehr viele drogenabhängige Frauen unter schweren körperlichen Erkrankungen und seelischen Störungen. Drogensüchtige Frauen konsumieren, neben Nikotin, durchschnittlich fünf bis sechs psychotrope Substanzen: Hauptdrogen sind Cannabis und Alkohol, gefolgt von Opiaten, Kokain, beruhigenden und Schmerzmedikamenten sowie weiteren illegalen Drogen. Abhängig von der Qualität einer Substitutionsbehandlung konsumieren die Frauen neben dem Substitut legale und illegale Drogen (Nikotin, Cannabis, Alkohol, Benzodiazepine, Kokain und Opiate).

Bei den verschiedenen Substanzen, die auf das ungeborene Kind einwirken, kann zwischen den Folgen unterschieden werden, die aus Entzug und Intoxikation entstehen und solchen, die auf einer zell- und organotoxischen Wirkung beruhen und die zu Missbildungen und Entwicklungsstörungen führen können.

Nikotin	Höhere Abortrate, Mangelentwicklung, Unruhe, fragliche Fehlbildungen
Alkohol	Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholembryopathie mit Missbildungen, Kleinwuchs und Intelligenzminderung
Opiate/Opioide	Erhöhte Abortrate, Frühgeburtlichkeit, Mangelentwicklung, geringes Hirnvolumen, neurologische Spätschäden. Bei abruptem Entzug Wachstumsstörungen, vorzeitige Wehen, vorzeitige Plazentalösung, Früh- und Fehlgeburten, intrauteriner Fruchttod Neonatales Abstinenzsyndrom: Zittern, Unruhe, schrilles Schreien, verkürzte Schlafphasen, Krampfanfälle, Fieber, Niesen, Erbrechen, Durchfall und Atemstörungen

Benzodiazepine	Wachstumsretardierung, fragliche Fehlbildungen. Perinatal: Erhöhte Morbidität und Mortalität, Entzugssymptome beim Neugeborenen
Cannabis	Gefahr einer höheren Abortrate, Mangelentwicklung
Kokain	Früh- und Fehlgeburten, vorzeitige Plazentalösung, intrauteriner Fruchttod, Mangelentwicklung, Fehlbildungen
Amphetamine	Neurologische Störungen
Halluzinogene	Erhöhte perinatale Mortalität

Tab. 5.1: Wirkungen von psychotropen Substanzen auf das ungeborene Kind (Fachverband Drogen- und Suchthilfe, 2011)

Drogenabhängige schwangere Frauen müssen suchtmmedizinisch, geburtshilflich und psychosozial behandelt und betreut werden.

Die suchtmmedizinischen Grundfragen zur Behandlung lauten:

- ▶ Gibt es einen Wunsch nach Veränderung des Lebensstils?
- ▶ Welche Substanzen werden konsumiert?
- ▶ Sind Abstinenz oder Substitution gewünscht und/oder angezeigt?
- ▶ Welches Substitut ist sinnvoll?
- ▶ Wie steht es mit dem Beikonsum?
- ▶ Besteht eine voraussehbare Compliance?

Zur medizinischen Diagnostik gehören

- ▶ die Feststellung der somatischen und psychischen Erkrankungen,
- ▶ Informationen über potenziell schädliche, ärztlich verordnete Medikamente
- ▶ und über konsumierte Drogen (Substanzen, Konsummuster).

Zur psychosozialen Diagnostik gehört die Frage, welche psychosozialen Einflussfaktoren in der Schwangerschaft gewirkt haben, die eine Rückkopplung auf das zukünftige Kind erwarten lassen. Es ist eine regelmäßige Vorsorge gemäß

Mutterschafts-Richtlinien durchzuführen. Außerdem Abklärung von

- ▶ Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis),
- ▶ Veränderungen am Gebärmutterhals (Dysplasien),
- ▶ Schwangerschaftskomplikationen,
- ▶ Fehlbildungsausschluss (Ultraschall) und
- ▶ Wachstumsstörungen.

Eine beigebrauchsfreie Substitutionstherapie stellt die oberste Priorität bei der Betreuung opiatabhängiger Schwangerer dar, die (noch) nicht clean leben wollen.

5.1.8 Soziale Notlagen

Die soziale Situation Drogenabhängiger ist nicht selten von erheblichen Problemlagen gekennzeichnet. Neben Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und sozialer Bindungslosigkeit gibt es weitere spezielle Probleme wie hohe Schulden, Probleme bei der Kinderbetreuung und insbesondere bevorstehende Strafverfahren oder Haftantritte. Auf diese Probleme nicht einzugehen, wäre unangemessen und im Einzelfall fatal. An dieser Stelle sei unbedingt auf die Zusammenarbeit mit entsprechend spezialisierten Beratungsstellen hingewiesen und z. B. von der Ausstellung von Attesten und Bescheinigungen ohne Rücksprache bzw. Zusammenarbeit mit den kooperierenden Stellen abzuraten. Es sollte vielmehr immer auf die Annahme psychosozialer Hilfen hingearbeitet und die Bereitschaft zu Kooperation mit diesen Stellen hingearbeitet werden, die auf bewährte Kontakte zur Lösung bzw. Besserung auch juristischer oder Schuldenprobleme zurückgreifen können.

5.1.9 Förderung der Veränderungsbereitschaft (Motivation)

Es gibt unterschiedliche Phasen der Veränderungsbereitschaft bei Abhängigen, diese zumeist mehrfach durchlaufen. Nach einem anfangs völlig fehlenden Problembewusstsein, das durch fehlende Einsicht und fehlende Veränderungsbereitschaft gekennzeichnet ist, aber durch Vorahnungen (Vorahnungen/Präkontemplation) kommt es zur Phase des „Nachdenkens“ mit Selbstbeobachtung und Abwägung der Vor- und Nachteile des Konsums (Absicht/Kontemplation). Und erst dann zu einer Veränderungsbereitschaft, die einen echten Behandlungsbeginn (Aktion) ermöglicht. In einer vierten Phase entwickelt sich der Wunsch nach Aufrechterhaltung des Behandlungsziels und eine entsprechende Bereitschaft, durchgeführte Veränderungen beizubehalten (Aufrechterhaltung). Es muss auch immer mit einer fünften Phase, der Rückfallsituation (Abbruch/Rückfall), mit erneutem Missbrauch oder erneuter Abhängigkeit gerechnet werden (Prochaska et. al., 1992).

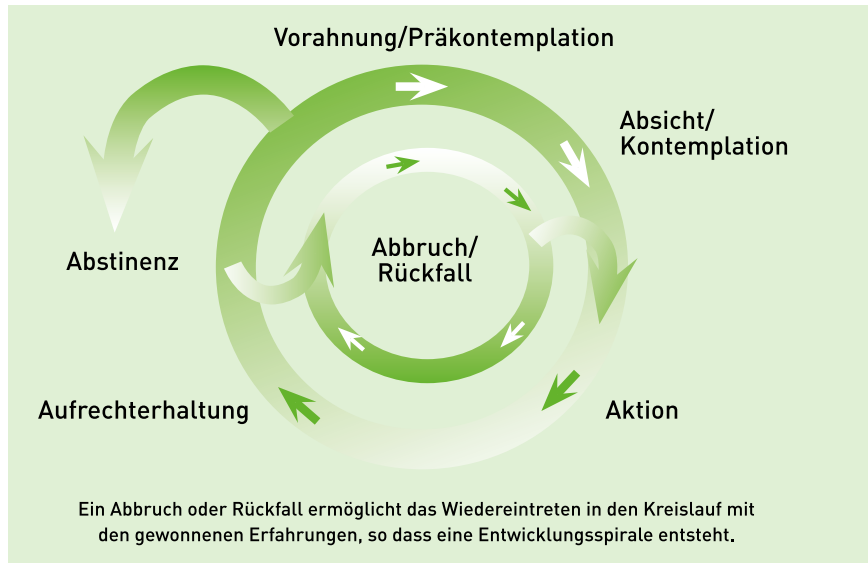


Abb. 5.4: Phasen der Veränderung (Prochaska et. al. 1992)

Für die Stärkung der Motivation der anzusprechenden Person in der ambulanten Beratung und Behandlung wie in der stationären Behandlung ist es sinnvoll, die Phasen der Veränderung im richtigen Zeitpunkt zu erfassen. In der Phase fehlenden Problembewusstseins ist am ehesten dieses Bewusstsein zu stärken, Abstinenzforderungen sind zu diesem Zeitpunkt zumeist sinnlos. Problembewusstsein kann durch Förderung der Selbstbeobachtung und der Entscheidungsbildung und durch den Aufbau einer therapeutischen Allianz mit Festlegung individueller Ziele verstärkt werden, während bei Bereitschaft zur Veränderung am besten konkrete Kompetenzen zur Führung eines Lebens ohne Abhängigkeit vermittelt werden und mit dem/der Patienten/-in eine konkrete Zukunftsplanung betrieben werden sollte. In der vierten Phase steht die Vermittlung von Kompetenzen zur Verminderung des Rückfallrisikos und zur Bewältigung der mit der Suchterkrankung verbundenen Rückfallsituationen im Vordergrund. Kommt es zum Rückfall, ist die therapeutische Einflussmöglichkeit zunächst meist gering, aber auch jetzt ist Resignation unangemessen. Vielmehr sollte das Beziehungsangebot aufrecht erhalten werden, um bei erneutem Entstehen von Problembewusstsein wieder fördernd wirksam werden zu können. Außerdem ist der Rückfall der Abhängigkeitserkrankung immanent.

5.2 Umgang mit Problemen

5.2.1 Wann wird es gefährlich?

Medizinerinnen und Mediziner unterscheiden die Begriffe „schädlich“ und „gefährlich“. Unabhängig von der Legalität oder Illegalität einer Droge ist diese dann schädlich, wenn ihr Konsum zu dauerhaften Schäden im Organismus des Menschen führt. Der Tabakkonsum führt durch die beim Verbrennen der Zigarette entstehenden giftigen chemischen Verbindungen zu massiven Schäden im Körper und zu zahlreichen Folgekrankheiten. Alkohol ist ein Zellgift und kann jede Zelle im Körper schädigen, so dass chronischer Alkoholkonsum zu den unterschiedlichsten Krankheiten führen kann. Gefährlich sind Drogen dann, wenn sie bereits bei einmaliger Einnahme tödlich wirken beziehungsweise lebensbedrohendes Verhalten auslösen können. Gefährliche Drogen weisen oft auch eine geringe therapeutische Breite auf. Das bedeutet, dass ein nur geringer Dosisunterschied zwischen der gewünschten Wirkung, zum Beispiel „Schmerzfähigkeit“, und einer unerwünschten Wirkung, zum Beispiel „Atemstillstand“, besteht. Gefährlich kann aber auch sein, wenn Drogen bei bestehender körperlicher Abhängigkeit abrupt abgesetzt werden. Ein Alkoholentzugssyndrom kann ohne ärztliche Behandlung lebensgefährlich sein, auch ein Benzodiazepinentzugssyndrom und selten auch ein Opioidentzugssyndrom. So kann ein Alkoholentzug ohne Behandlung durch Herz-Kreislaufversagen tödlich verlaufen. Bei Abhängigkeit von Amphetaminen oder von Kokain kann das Absetzen eine schwere Depression mit Suizid auslösen.

5.2.2 Der akute Notfall

5.2.2.1 Perspektive der Patientin, des Patienten

Konsumenten/-innen und Patienten/-innen können einen akuten Notfall erleiden, wenn sie versehentlich eine zu hohe Dosis der Droge zu sich nehmen. Diese akzidentiellen Notfälle machen 72 % der Intoxikationen aus. Bei illegalen Drogen, insbesondere beim gehandelten Heroin, liegt das Risiko besonders hoch, da die Reinheit des Heroins extrem unterschiedlich ist. So werden in einer Großstadt Reinheitsunterschiede zwischen 2 %igem und 70 %igem Heroin gefunden (Backmund et al., 1999). Dies bedeutet, dass Käufer/-in und Konsument/-in von einem Gramm Straßenheroin im Extremfall tatsächlich zwischen 0,02 bis 0,7 Gramm reines Heroin erhalten. Ist er bzw. sie nun zum Beispiel an 10 %iges Heroin gewöhnt, wechselt den Händler und erhält 40 %iges Heroin, kann dies tödlich sein. Die kombinierte Wirkung verschiedener Drogen, die hintereinander oder gleichzeitig konsumiert werden, kann leicht falsch eingeschätzt werden. Tatsächlich gebrauchen die wenigsten Drogenabhängigen täglich nur Opioide; vielmehr trinken mehr als 30 % zusätzlich täglich Alkohol und fast 50 % nehmen täglich

Benzodiazepine zu sich [Bleich et al., 2002; Backmund et al., 2003; Backmund et al., 2005]. Kokain und Amphetamine spielen je nach Großstadt und Gemeinde eine unterschiedliche Rolle. So werden in Süddeutschland vermehrt Fentanylpflaster „aufgekocht“ und injiziert. Das hochpotente Opioid Fentanyl hat eine extrem atemdepressive Wirkung, die von vielen Konsumenten/-innen falsch eingeschätzt wird. Durch den Konsum von „Badesalz“ können psychotische Syndrome ausgelöst werden.

Zu bedenken ist, dass viele Patienten/-innen schon vor dem ersten Heroinkonsum so verzweifelt gewesen sind, dass sie nicht mehr leben wollten und versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Auch während der Suchterkrankung können immer wieder Phasen größter Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung auftreten, die dann zu einer beabsichtigten Überdosierung führen. Häufig können bei suchtkranken Menschen zusätzliche psychiatrische Erkrankungen wie schwere Depressionen, Angsterkrankungen oder Psychosen diagnostiziert werden, die mit einer erhöhten Suizidrate assoziiert sind (Tab 5.2; siehe auch Kap. 5.8).

Angststörungen	43 % - 46 %
Affektive Erkrankungen	34 % - 46 %
Psychosen	5 % - 15 %
Essstörungen	5 %

Tab. 5.2: Psychiatrische Komorbidität (Krausz et al. 1998; Wurmser, 1997; Maremmi et al., 2007)

5.2.2.2 Perspektive der „Helfer/-innen“ oder „Beteiligten“

Jeder Mensch kann zufällig einen akuten Notfall beobachten. Damit rechnen sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Drogenberatungsstellen, Kontaktläden, Fixerstuben, teilstationären Einrichtungen der Drogenhilfe, Entgiftungsstationen, Entwöhnungsstationen und natürlich auch der suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen. Regelmäßige „Erste-Hilfe-Trainings“ können Angst mindern und Sicherheit vermitteln. Die europäischen Leitlinien der Wiederbelebung (Reanimation) empfehlen, dass alle Bürger in der kardiopulmonalen Reanimation

Jahr	Tote
2000	2030
2001	1835
2002	1513
2003	1477
2004	1385
2005	1326
2006	1296
2007	1394
2008	1449
2009	1331
2010	1237

Tab. 5.3: Rauschgifttote in Deutschland (Stempel, 2012)

Autoren	Anzahl Patienten/-innen	Jahre nach Konsumbeginn	Gestorben
Hser et al.	581	33 Jahre	284 (49 %)
Rathod et al.	68	33 Jahre	15 (22 %)
Tremorshuizen et al.	899	20 Jahre	243 (27 %)
Manfredi et al.	1214	25 Jahre	271 (22,3 %)

Tab. 5.4: Mortalität Heroinabhängiger im Langzeitverlauf (Hser et al., 2001; Rathod et al., 2005; Tremorshuizen et al., 2005; Manfredi et al., 2006).

(cardiopulmonary resuscitation (CPR)) regelmäßig trainiert werden (Nolan et al., 2010). Da Drogen nicht selten in Gemeinschaft mit anderen Menschen konsumiert werden, erleben Abhängigkeitskranke häufiger akute Notfälle. Daher sollten in Einrichtungen der Suchthilfe Wiederbelebungstrainings angeboten werden.

5.2.3 Was ist zu tun?

In Deutschland sterben jährlich zwischen 1200 und 2000 Menschen aufgrund der direkten Wirkung illegaler Drogen (Tabelle 5.3). Langfristig sind nach 20 bis 33 Konsumjahren zwischen 22 % und 49 % der heroinabhängigen Patienten/-innen verstorben.



Abb. 5.5: Algorithmus Erste Hilfe

Für alle Menschen, die einen Drogennotfall beobachten gilt: „Handeln Sie rasch und richtig, so können Sie mit großer Wahrscheinlichkeit Leben retten.“ Patienten/-innen in einem lebensbedrohlichen Zustand benötigen möglichst schnell professionelle Hilfe.

Folgendes Vorgehen entspricht den europäischen Leitlinien: Der Patient wird laut angesprochen, an den Schultern geschüttelt. Kommt keine Reaktion, wird laut um Hilfe gerufen. Die Atemwege werden frei gemacht. Dazu wird die/die Bewusstlose auf den Rücken gedreht, der Kopf wird gestreckt (rekliniert) und das Kinn nach oben angehoben. Atmet die Patientin, der Patient nicht spontan, wird der Notruf 112 gewählt. Am anderen Ende meldet sich in der Regel ein erfahrener Rettungsassistent, der alle wichtigen Informationen abfragt. Er ist auch in der Lage, präzise Anweisungen zu geben; dies kann sehr hilfreich sein, denn im Notfall ist man eventuell so aufgeregt, dass einem im ersten Moment gar nichts mehr einfällt. Ist die HelferIn, der Helfer ausgebildet, beatmet sie/er nach 30 Herzdruckmassagen zweimal. Wenn sie/er sich mit der Beatmung unsicher ist, führt sie/er die Herzdruckmassage solange aus, bis das Rettungsteam eintrifft und die Wiederbelebungsmaßnahmen übernimmt. Bei allen Handlungen ist es wichtig, immer auch auf sich selbst zu achten: Zwischen 65 % bis 85 % der opioidabhängigen Patienten/-innen sind Hepatitis C-, Hepatitis B- oder HIV-infiziert (siehe komorbide somatische Störungen). In Großstädten sind Rettungsteam und Notarzt innerhalb von zehn Minuten am Einsatzort. Bis das Rettungsteam eintrifft, können die Ersthelfer Leben retten: Es gilt, zwei Ausgangssituationen zu unterscheiden: Ist die Patientin, der Patient bereits bewusstlos oder kann sie/er aufgeweckt werden, vielleicht sogar noch sprechen? Für gut ausgebildete Ersthelfer, wie auch für Rettungsassistenten/-innen und Notärzte/Notärztinnen, stellt eine schwere Intoxikation mit Koma, Atem- und Herzkreislaufstillstand, den einfachsten Notfall dar: Klare Leitlinien und Algorithmen können immer wieder einstudiert und trainiert werden. Schwieriger sind Situationen, in denen agitierte und erregte Patienten/-innen lebensbedroht sind bzw. davon auszugehen ist, dass sie in Kürze in einen lebensbedrohlichen Zustand geraten. Vor allem Patienten/-innen im akuten Erregungszustand können die Helfer/-innen sehr gefährden. Entscheidend sind hier die Art des Auftretens und vor allem die persönliche Kontaktaufnahme mit den Patienten/-innen (Talk down).

5.2.3.1 Symptomatik der Opiatintoxikation

Die Trias (drei Symptome) Miosis (stecknadelkopfgroße Pupille), Bewusstseins Einschränkung bis Koma und Atemdepression bis Atemstillstand wurde Anfang der 70er Jahre erstmals beschrieben und findet sich seitdem in fast jeden Lehrbuch. Diese Leitsymptome sollten immer an eine Überdosierung mit Opioiden denken

lassen. Allerdings werden die Pupillen bei länger bestehender Hypoxie (Sauerstoffmangel) weit (Mydriasis). Auch bei Speedball-Injektionen (Mischung aus Kokain und Heroin) ist die Pupillenweite kein zuverlässiges Symptom.

Klinisch können oft mehrere Symptome beobachtet werden:

- ▶ Müdigkeit, Schläfrigkeit (Somnolenz), Bewusstlosigkeit (Koma)
- ▶ Verlangsamte Atmung, Schnappatmung (Cheyne-Stoke-Atmung)
- ▶ Atemstillstand
- ▶ Verminderte Reflexe (Hyporeflexie), keine Reflexe (Areflexie)
- ▶ Langsamer Herzschlag (Bradykardie), Herzstillstand (Asystolie)
- ▶ Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ▶ Niedrige Körpertemperatur (Hypothermie)
- ▶ Verminderte Schmerzwahrnehmung (Hypalgesie)
- ▶ Keine Schmerzwahrnehmung (Analgesie)
- ▶ Stecknadelkopfgroße Pupillen (Miosis)
- ▶ Erbrechen (Emesis)

An Komplikationen können auftreten:

- ▶ Toxisches Lungenödem
- ▶ Hirnödem
- ▶ Muskelzerfall (Rhabdomyolyse) mit akutem Nierenversagen
- ▶ Zerebraler Krampfanfall (Status epilepticus)
- ▶ Einatmen von Erbrochenem (Aspiration) mit Verlegung der Atemwege

Notfalltherapie durch Ersthelfer bei Verdacht auf Opiatüberdosierung

Situation: Die Patientin, der Patient schläft ein und kann nur durch kräftiges Schütteln erweckt werden.

Was ist zu tun? 112 wählen. Überprüfen, ob die Patientin, der Patient atmet. Wenn ja, wird die hilflose Person in stabile Seitenlage gebracht. Die Atmung wird immer wieder überprüft bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes oder Notarztes. Patienten/-innen, die immer wieder einschlafen (somnolente Patienten/-innen) mit ausreichender Spontanatmung und guter Herzkreislauftsituation, werden

ebenfalls in stabile Seitenlage gebracht. Atmet die Person verlangsamt oder nicht mehr, kann eine sofortige suffiziente Maske-Beutel-Beatmung das Überleben ohne Schaden sichern. Falls die Patienten/-innen erbrochen und damit höchstwahrscheinlich aspiriert haben oder eine suffiziente Maske-Beutel-Beatmung nicht möglich ist, müssen die Patienten/-innen unverzüglich intubiert und mit Beutel, später auch maschinell beatmet werden. Bei Atemstillstand und Asystolie wird sofort mit der Wiederbelebung (s. o.) begonnen.

Therapie der Komplikationen der Opiatintoxikation

Scheinbar unabhängig von der Schwere der Intoxikation können Komplikationen bei der Opioidintoxikation auftreten, die teilweise oder vollständig die Symptomatik der Opioidintoxikation überdecken können. Selten, aber immer wieder beschrieben, treten zerebrale Krampfanfälle bis hin zum Status epilepticus auf.

5.2.3.2 Symptomatik der Cannabisintoxikation

Intensives Rauchen von Cannabis, Essen von Cannabisgebäck oder Trinken von Cannabis-Tee können ein Intoxikationssyndrom hervorrufen. Beobachtet werden eine Pulsfrequenzsteigerung bis zu tachykarden Rhythmusstörungen und eine Blutdruckerhöhung. Diese Wirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem können vor allem bei vorgeschädigten, kranken Menschen zu lebensgefährlichen Notfällen führen. Äußerlich kann eine Rötung der Bindehaut gesehen werden. Die Konsumenten/-innen berichten über einen trockenen Mund. Psychiatrisch kann ein psychotisches Syndrom mit illusionären Verkennungen, überwiegend optischen Halluzinationen, Verfolgungsideen, Angst- und Panikzuständen auftreten, das zu Selbst- und Fremdgefährdung führen kann.

Präklinische Notfalltherapie der Cannabisintoxikation

Kontaktaufnahme und beruhigendes Sprechen mit dem/der Patienten/-in sind Mittel der ersten Wahl (Talk down). 112 anrufen. Beim Patienten, bei der Patientin bleiben.

5.2.3.3 Symptomatik der Kokainintoxikation

Die Symptomatik einer Kokainintoxikation kann sehr variieren. Thoraxschmerzen (Angina pectoris) und Myokardinfarkte im Zusammenhang mit Kokain sind häufig beschrieben. Auch Hirninfarkte werden durch Kokaineinnahme verursacht. Herzrhythmusstörungen, Herz- und/oder ein Atemstillstand sind lebensgefährlich. Häufiger, aber weniger dramatisch sind Läsionen der Nasenschleimhaut durch Vasokonstriktion bei chronischem Schnupfen von Kokain. Seltener sind toxische Leberschäden, Hyperthermie (Cave!) sowie gelegentlich einmal ein Muskelzerfall

(Rhabdomyolyse) mit Nierenversagen (Crush-Niere). Ein zerebraler Krampfanfall (epileptischer Anfall) oder auch mehrere zerebrale Anfälle hintereinander (Status epilepticus; lebensgefährlich) können auftreten. Im Vordergrund kann auch ein manisches Syndrom stehen, das nicht von einem manischen Syndrom zum Beispiel bei einer manisch-depressiven (bipolaren) Erkrankung unterschieden werden kann.

Präklinische Notfalltherapie der Kokainintoxikation

Auf Patienten/-innen im akuten Erregungszustand sollte beruhigend eingeredet werden (Talk down, siehe auch bei LSD). Der Atemstillstand tritt über eine Hyperventilation oder bei hohen Dosierungen prompt ein. Der erfahrene Helfer oder die erfahrene Helferin kann bei noch vorhandenem Herzkreislauf beatmen. Die/der Unerfahrene beginnt, wenn der Patient, die Patientin auf lautes Ansprechen und an der Schulter schütteln nicht reagiert, mit der Herzdruckmassage, nachdem sie/er 112 gewählt und einen Notarzt, eine Notärztin angefordert hat (s. o.).

5.2.3.4 Symptomatik der Amphetaminintoxikation (Psychostimulantien, Entaktogene, Halluzinogene)

Die Symptomatik der Amphetaminintoxikation ähnelt der der Kokainintoxikation. Zu beobachten sind weite Pupillen (Mydriasis), Angst-, Panik- und Erregungszustände, paranoid-halluzinatorische Syndrome, Tachykardien, tachykarde Rhythmusstörungen, Hypertonien und hypertensive Krisen, Hyperthermien, Somnolenz bis Koma, Hyperventilation bis Atemstillstand.

Präklinische Notfalltherapie der Amphetaminintoxikation

Die Therapie unterscheidet sich nicht von der bei Kokainintoxikation. Bei Herzkreislaufstillstand und/oder Atemstillstand 112 anrufen und mit der Wiederbelebung beginnen (s. o.).

5.2.3.5 Symptomatik der LSD (Lysergsäurediethylamid)- und PCP (Phencyclidin)-Intoxikation

Auch nach LSD-Einnahme werden die Pupillen weit (Mydriasis). Neben den vegetativen Intoxikationssymptomen Blutdruck, Pulsfrequenz- und Temperatursteigerung treten vor allem psychische Veränderungen auf, die zu Selbst- und Fremdgefährdung führen können. Im Vordergrund können Halluzinationen und Wahnphänomene, affektive Störungen und Angststörungen, Panikattacken, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (v. a. bei PCP-Intoxikation) stehen. Stellvertretend für alle Halluzinogene werden nur LSD und PCP beschrieben,

wenn auch PCP in Deutschland kaum eine Rolle spielt. Imponieren bei der Kokain- und Amphetaminintoxikation eher die vegetativen, somatischen Symptome und Syndrome im Verhältnis zu den psychischen Syndromen, so stehen bei den Halluzinogenen letztere ganz im Vordergrund. Präklinisch kann ein psychotisches Syndrom nicht einer Krankheit zugeschrieben werden. So ist es für die Notfälle nur wichtig, differentialdiagnostisch bei einer/m Patienten/-in mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom daran zu denken, dass dieses drogeninduziert sein könnte.

Präklinische Notfalltherapie der LSD- und PCP-Intoxikation

Die größten Probleme bereitet die Kontaktaufnahme bei Patienten/-innen mit Angst- oder Panikattacken und/oder paranoid-halluzinatorischem Syndrom. Ziel ist es durch Talk down mit den Patienten/-innen in Kontakt zu kommen.

5.3 Therapieoptionen bei Opiatabhängigkeit

5.3.1 Substitution

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.2.2010 haben bei Opiatabhängigkeit mit der Substitutionsbehandlung formal das etabliert, was sich in den letzten 20 Jahren aufgrund praktischer, nationaler und internationaler Erfahrungen sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse als effektiv durchgesetzt hat. Die Patienten/-innenzahlen zeigt die Abbildung 5.6. Auch wenn die Opiatabstinenz als Behandlungsziel bestehen bleibt, beginnt die Behandlung jedoch mit einer ambulanten Substitution und nur im Ausnahmefall mit einer sofortigen Entgiftung. Letzteres kann sinnvoll sein, wenn bei einer sich erst vor kurzem manifestierten Opiatabhängigkeit der/die Patient/-in bei guter sozialer Integration wünscht, sofort wieder drogenfrei leben zu können, die Wirkungen des Opiats – zum Beispiel Schmerzlinderung für seelische Schmerzen – nicht mehr gewünscht oder benötigt werden (siehe z. B. psychiatrische Komorbiditäten, Traumatisierungen). Abstinenzorientierte Therapie kann nach der Stabilisierung durch die Substitutionsbehandlung angestrebt werden (siehe Entzugsbehandlung). Bis dahin kann es nicht nur Monate, sondern oft Jahre dauern. Auch lebenslange Substitutionsbehandlungen können für nicht wenige Patienten/-innen die beste Therapiestrategie sein. Allein durch die Substitutionsbehandlung verbessert sich der Gesundheitszustand, die Mortalität verringert sich, Gesetzeskonflikte nehmen ab (Backmund, 2008; Soyka et al., 2011; Wittchen et al., 2011). Mehrere Medikamente (siehe Tabelle 5.5) stehen für die Substitutionsbehandlung zur Verfügung.

Substanz		
Methadonhydrochlorid	Substitutionsmittel 1. Wahl	- Wird in Apotheke meist als 1 % Lösung hergestellt - Methaddict®; Tbl. - Eptadone®; 0,5 % Lösung
Levomethadon	Substitutionsmittel 1. Wahl	L-Polamidon®; 0,5 % Lösung
Buprenorphin	Substitutionsmittel 1. Wahl	Buprenaddict®, Buprenorphin Sanofi®, Subutex®; Sublingualtbl.
Buprenorphin/Naloxon	Substitutionsmittel 1. Wahl	Subuxone®; Sublingualtbl.
Dihydrocodein	Substitutionsmittel 2. Wahl	Als 1,5 % oder 2,5 % Lösung in der Apotheke hergestellt
Diacetylmorphin	Substitutionsmittel 2. Wahl	
Retardierte Morphine	Zugelassen in Österreich, Schweiz	

Tab. 5.5: Substitutionsmittel



Abb. 5.6: Zahl der Substitutionspatienten und Patientinnen

Da die Patienten/-innen bis zur Stabilisierung täglich in die Praxis kommen, können andere Krankheiten diagnostiziert und auch behandelt werden. So kann eine HIV-Infektion effektiv mit antiviralen Medikamenten eingestellt werden, eine chronische Hepatitis C kann über Monate therapiert werden, gegen Hepatitis A und B oder Influenza kann geimpft werden. Psychiatrische Erkrankungen können erkannt und behandelt werden. Unterstützend wird in der Regel eine psychosoziale Betreuung angeboten. Weitere Abhängigkeitserkrankungen wie Alkoholabhängigkeit, Benzodiazepinabhängigkeit und Tabakabhängigkeit können diagnostiziert werden. Bei diesen handelt es sich um eigenständige Erkrankungen. Alkohol und Tabak sind für zahlreiche, schwere körperliche Folgekrankheiten verantwortlich. 30 % der Opioidabhängigen trinken mehr als 40 Gramm Alkohol täglich (Backmund et al., 2003), 50 % konsumieren täglich Benzodiazepine (Backmund et al., 2005). Es scheint sinnvoll, nicht pauschal von Beikonsum zu sprechen, sondern bei Vorhandensein von einer oder mehreren zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen - und diese auch entsprechend diagnostisch und therapeutisch zu würdigen. Gerade die zusätzliche Alkoholkrankheit kann bei Opioidabhängigen zum größten

Problem werden, insbesondere dann, wenn der Opioidabhängige auch an einer chronischen Hepatitis C leidet. Die Substitutionsbehandlung macht es möglich, dass die verschiedenen Problembereiche der Opioidabhängigkeit effektiv erkannt und behandelt werden können.

5.3.2 Entzugsbehandlung

Die Behandlung des Opiatentzugssyndroms auf speziell dafür eingerichteten Stationen ist seit langem eingeführt worden und wird in Deutschland fast überall vorgehalten, größtenteils in psychiatrischen Krankenhäusern. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich. Die Behandlung auf diesen Spezialstationen hat sich aber wegen der Besonderheiten der Klientel als überlegen erwiesen.

5.3.2.1. Vorteile von Drogenentzugsstationen

Im Unterschied zur Konzentration der Behandlung auf die körperlichen Entzugssymptome, die auch in internistischen oder allgemeinpsychiatrischen Abteilungen durchgeführt werden könnte, besteht auf den speziellen Entzugsstationen das Angebot einer ganzheitlichen Behandlung, deren Ziele umfassender sind und mit den Zielen entsprechender Stationen für Alkohol- und Medikamentenabhängige verglichen werden können. Als Vorteile spezieller Entzugsstationen können folgende Prinzipien gelten:

- ▶ Der Entzug verläuft weitgehend komplikationslos und beschwerdearm.
- ▶ Eine individuelle, differenzierte Diagnose führt zu einem angemessenem Krankheitskonzept.
- ▶ Somatisch-medizinische und psychopathologische Befunde werden abgeklärt und behandelt.
- ▶ Notwendige psychopharmakologische, antikonvulsive oder rückfallprophylaktische Einstellungen werden vorgenommen.
- ▶ Psychische und soziale Belastungsfaktoren werden abgeklärt und Lösungsansätze eingeleitet.
- ▶ Therapeutische Perspektiven über die Entzugsbehandlung hinaus werden entwickelt.
- ▶ Die Patientin, der Patient macht positive Erfahrungen mit sich, den Mitpatienten/-innen und dem Personal.

Die Behandlungsziele auf Drogenentzugsstationen lassen sich konkret noch weiter ausdifferenzieren:

- ▶ Entzug von einer oder mehreren Substanzen zur Vorbereitung auf eine ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie
- ▶ Entzug als eigenständige therapeutische Maßnahme mit psychosozialer Problemanalyse und Motivationsarbeit
- ▶ Klinische Behandlung (mit Ganz- oder Teilentzug bzw. Substitution) zur Vorbereitung einer anderen Behandlung (z. B. operativer Eingriff oder spezielle psychiatrische Behandlung)
- ▶ Teilentzug und Einstellung einer Substitutionsbehandlung
- ▶ Entzug vom Beikonsum bei bestehender Substitutionsbehandlung

5.3.2.2. Merkmale des therapeutischen Konzepts

Die medizinische Behandlung auf Drogenentzugsstationen ist - im Sinne des ganzheitlichen Anspruches - eingebettet in das Gesamtkonzept einer therapeutischen Struktur. Sie muss also die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Patienten/-innen körperlich und psychisch in der Lage sind, die weiteren therapeutischen Angebote für sich zu nutzen.

Zur therapeutischen Struktur gehören Regelkataloge und Hausordnungen, die den Patienten/-innen eine Orientierung geben. Dazu gehört auch das Prinzip der Gruppenbehandlung, das in der Regel tragendes Element der Entzugsstationen ist und in unterschiedlicher Ausprägung durch Einzelbetreuung und Einzelbehandlung ergänzt wird.

Des Weiteren gehört zur therapeutischen Struktur unverzichtbar ein Kontrollsystem, das den Drogenkonsum während des Entzugs verhindern soll und richtig ausgelegt, zu einer Entlastung der Patienten/-innen führt, die sich dadurch gestützt fühlen.

Ergänzt wird die spezielle medizinische Behandlung durch die psychosoziale und/oder psychotherapeutische/psychologische Behandlung, die mit der Gruppen-/Einzeltherapie vom gesamten Behandlungsteam realisiert wird. Das Ziel der psychosozialen Maßnahmen muss in der Problemanalyse und der Entwicklung von Lösungsstrategien liegen und mit der Motivierung zur Annahme weiterer therapeutischer Hilfen einhergehen.

5.3.2.3. Pharmakologische Behandlung

Die pharmakologischen Behandlungsprinzipien für die Entzugsbehandlung sind von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich und in ihrer Wirksamkeit bzw. Zielorientiertheit bisher noch wenig untersucht. Ausgehend von den oben formulierten Zielen einer qualifizierten Entzugsbehandlung ist sicher der homologe Entzug (gestufte Herabdosierung mit einem Opioid) derzeit am ehesten geeignet, weil er die wenigsten Komplikationen mit sich bringt. Er hat sich deswegen auch vielerorts durchgesetzt.

Besonders bei regelmäßiger Teilnahme an der Versorgung Drogenabhängiger muss eine verbindliche Kooperation mit der nächsterreichbaren Drogenentzugsstation selbstverständlich sein, damit bei aktuell auftretenden Problemen das stationäre Hilfsangebot optimal genutzt werden kann und häufig bestehende lange Wartezeiten bis zum Entzug unter Berücksichtigung des Einzelfalles verkürzt werden können. Die Telefonnummern und Adressen der Drogenentzugsstationen sind über die zuständige Landesstelle gegen die Suchtgefahren bzw. für Suchtfragen zu erfahren.

5.3.3 Medizinische Rehabilitation

Die Entwöhnungsbehandlung wird als medizinische Rehabilitation möglichst direkt an eine Entzugsbehandlung anschließen. „Je nach Diagnose und Indikation kann sie entweder angetreten werden

- ▶ in einer anerkannten Psychosozialen Beratungsstelle (ambulante Reha) oder
- ▶ in einer Tagesklinik (ganztägig-ambulante bzw. teilstationäre Reha) oder
- ▶ in einer spezialisierten Fachklinik bzw. der Entwöhnungsabteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses (stationäre Reha).

Die stationäre Behandlung dauert in Abhängigkeit von der Indikationsstellung zwischen drei und neun Monaten, bei Bedarf schließt sich eine Adaptionstherapie zur Unterstützung der Re-Integration an. Die Kosten der Entwöhnungsbehandlung trägt entweder der zuständige Rentenversicherungsträger oder auch die Krankenkasse bzw. der Sozialhilfeträger. Maßgeblich für die Beantragung einer Behandlung sind formale und inhaltliche Kriterien.

Formale Kriterien:

- ▶ Die Mindest-Versicherungszeiten / Beitragszahlungen müssen gegeben sein (Beratung durch Ihre Versicherung).
- ▶ Ein medizinisches Gutachten muss die Notwendigkeit der Entwöhnungsbehandlung bestätigen (Arzt, Beratungsstelle).
- ▶ Ein Sozialbericht muss erstellt werden (Beratungsstelle, Sozialdienst).
- ▶ Ein förmlicher Antrag muss gestellt werden (Beratungsstelle, Sozialdienst). Auf Vollständigkeit aller Unterlagen achten.

Inhaltliche Kriterien:

- ▶ Alle Kostenträger fordern von den Betroffenen ein Minimum an Krankheitseinsicht und den Mut zur Therapie und Nachsorge (sog. Motivation). Die Freiwilligkeit der Betroffenen ist also eine zwingende Voraussetzung für die Therapie.
- ▶ Es muss die Aussicht bestehen, dass nach der Entwöhnungsbehandlung die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben wieder hergestellt werden kann. Dies kann auch bei Arbeitslosigkeit gegeben sein, denn gerade die stationäre Behandlung (Arbeitstherapie, Praktika) verbessert die Chancen im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit erheblich“ (buss, 2012).

Auch für Substituierte steht die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme offen. In der Anlage 4 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels erläutert. Dort heißt es, „dass Krankenversicherung und Rentenversicherung mit dem übergangsweisen Einsatz von einem Substitutionsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, die bereits substituiert werden, die Zielvorstellungen verbinden:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i.S.d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittel-gestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
2. Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“.

3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der Richtlinien zulässig ist.

Zusätzlich werden folgende Entscheidungshilfen gegeben:

- ▶ Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioide nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) i.d.R. Rehabilitationsbedürftigkeit.
- ▶ Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.
- ▶ Eine medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel ist sozialmedizinisch dann begründet, wenn aus der Auswertung der gezielten Sachaufklärung (somatischer und psychischer Befund, soziale Situation, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens, Motivation) ein positiver Verlauf der Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten
 - ▶ langfristig eine Abstinenz anstreben,
 - ▶ über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen und
 - ▶ über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.“

(DRV, 2012)

5.4 Therapieoptionen bei Cannabisabhängigkeit

Beim Cannabisentzug treten häufig Entzugssymptome wie Wut oder Aggressionen, Appetitminderung oder Gewichtsverlust, Reizbarkeit, Nervosität und Ängstlichkeit, Unruhe, Schlafstörungen einschließlich merkwürdiger Träume, seltener Kälteschauer, gedrückte Stimmung, Magenschmerzen, Unsicherheit und

Schwitzen auf (Budney et al., 2006). Im Umgang mit den Entzugssymptomen können folgende Interventionen sinnvoll sein:

- ▶ Der Ratschlag, den Cannabiskonsum schrittweise zu reduzieren.
- ▶ Der Vorschlag, den ersten Cannabiskonsum auf einen späteren Zeitpunkt am Tag zu verschieben.
- ▶ Der Vorschlag, eine Nikotinersatztherapie zu prüfen, wenn gleichzeitig der Nikotinkonsum aufgegeben werden soll.
- ▶ Die Diskussion von Regeln zu Schlafhygiene einschließlich der Vermeidung von Koffein, das eigenständig zur Entwicklung von Reizbarkeit, Unruhe und Schlaflosigkeit führen kann.
- ▶ Die Umsetzung von Entspannung, progressiver Muskelentspannung und alternativen Beschäftigungen.
- ▶ Psychoedukation für den Patienten, die Patientin sowie Familienangehörige zu Charakteristik, Dauer und Ausprägung der Entzugserscheinungen, zum Krankheitsverständnis und zur Rückfallprävention.
- ▶ Unterstützung bei der Vermeidung von Schlüsselreizen, die im Zusammenhang mit Cannabiskonsum stehen.
- ▶ Eventuell Verschreibung von Analgetika / Sedativa zur Behandlung der Entzugssymptomatik.
- ▶ Bei ausgeprägten Entzugssymptomen ist die Verschreibung von niedrig dosierten Benzodiazepinen über drei bis vier Tage zu erwägen.

An psychosozialen Interventionen haben sich insbesondere kognitiv-behaviorale Interventionen sowie das Kontingenzmanagement bewährt. Für jüngere Cannabisgebraucher können auch familientherapeutische Ansätze sinnvoll sein. Im breiten hausärztlichen Einsatz sind kurze, verhaltensbasierte Interventionen geeignet (McCambridge, Strang, 2006). Die Aufrechterhaltung der Abstinenz kann durch Motivation und rückfallpräventive Strategien unterstützt werden (Copeland et al., 2009). Kontingenzmanagement (Geldgutscheine für aufrechterhaltene Abstinenz) zeitigt gute Erfolge bei der Erzielung initialer Abstinenz bei Erwachsenen, zur Aufrechterhaltung sind jedoch die Arbeit an Mustern der Krankheitsverarbeitung und Selbstwirksamkeitstrainings hilfreich (Litt et al., 2008).

In der Behandlung ist zusätzlich zu beachten, dass ein gleichzeitiger Gebrauch von Cannabis und Nikotin den Entzug von jeder einzelnen Substanz erschwert. Der Entzug ist generell schwieriger bei Cannabisgebern, die gleichzeitig schwere Raucher sind oder zusätzlich eine psychische Erkrankung haben (Moore, Budney,

2001). Das Maximum an Entzugssymptomen ist an Tag 2 oder 3 zu erwarten, die meisten Symptome sind an Tag 7 rückläufig. Allerdings können Schlafprobleme und lebhafte Träume für 2 bis 3 Wochen bestehen bleiben (Budney et al., 2006).

Es existieren keine evidenzbasierten pharmakologischen Interventionen zur Behandlung des Cannabisentzugssyndroms (Vandrey, Haney, 2009). Zur Reduktion von Entzugserscheinungen und Cannabisverlangen kann der Einsatz oralen Tetrahydrocannabinols sinnvoll sein (Budney et al., 2007). Bei gleichzeitigem Einsatz von Bupropion und dem Beginn des Cannabisentzuges können die Entzugssymptomatik verstärkt werden (Haney et al., 2001). Wichtig ist die ausreichende Vorbereitung des Patienten, der Patientin auf den Entzug. Im Bedarfsfall kann dann symptomatisch pharmakologisch therapiert werden. Der Erfolg der Behandlung kann mittels Urintests verifiziert werden, wobei beachtet werden muss, dass der Urin bei schweren Cannabisgebrauchern bis zu 6 Wochen positiv bleiben kann (Winstock et al., 2010).

5.5 Therapieoptionen bei Stimulanzien und Halluzinogenen

Der Umgang mit akuten Vergiftungen mit Kokain und anderen Stimulanzien und mit Halluzinogenen ist in den Abschnitten 5.2.3.3 – 5.2.3.5 ausführlich dargestellt. Für Menschen, die Probleme mit diesen Substanzen haben, gibt es keine speziellen Behandlungseinrichtungen. Ihre ersten Ansprechpartner sind Mediziner/-innen mit der Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung und insbesondere Sucht- und Drogenberatungsstellen. Es gilt, was im Abschnitt Behandlung dargestellt wurde: In jedem Einzelfall muss die psychosoziale Situation der Betroffenen sorgfältig geklärt werden, damit ein möglichst passendes Therapieangebot gefunden werden kann. Diese therapeutischen Angebote sind natürlich primär für Abhängige von anderen Substanzen geschaffen worden, stellen sich aber in der Regel auch auf Abhängige von Stimulanzien und Halluzinogene ein.

5.6 Therapieoptionen bei GHB-Abhängigkeit

Das unter 5.5 Dargestellte gilt natürlich auch für Abhängige von GHB bzw. GBL. Der Konsum ist in ganz Deutschland mit unterschiedlicher Ausprägung verbreitet. Wie häufig Abhängigkeit bei längerem oder Dauerkonsum auftritt, ist unklar. Bei Konsumfrequenzen in Abständen von wenigen (ein bis drei) Stunden droht beim Absetzen die Gefahr eines Entzugsdelirs, das prinzipiell lebensgefährlich ist. Die Behandlung ist schwierig, die Patienten/-innen werden häufig intensivpflichtig. Gute Erfahrungen gibt es mit dann ebenfalls hochfrequenter homologer Entzugsbehandlung z. B. mit Xyrem® oder Somsanit®.

5.7 Komorbide somatische Störungen

Drogenabhängige können überzufällig häufig an Krankheiten leiden, die mittelbar oder unmittelbar mit der Art der Applikation der Drogen zusammenhängt, vor allem dem Gebrauch eines nicht sterilen Equipments (Spülwasser, Filter, Löffel, Nadel, Spritzen) und einer falschen Applikation (paravasal, intraarteriell, gefäßverletzend), so dass Infektionskrankheiten übertragen werden und/oder Abszesse, Thrombosen, Gefäßverletzungen die Folge sind. Tabelle 5.6 zeigt einige Folgekrankheiten des unsachgemäßen Konsums.

Durch das immer besser werdende Suchthilfesystem werden Drogenabhängige aber auch immer älter und erkranken an alterstypischen Leiden.

Pneumonie*	0,5 %
Tuberkulose**	0,9 %
Hepatitis B, ausgeheilt**	42,5 %
Chronische Hepatitis B**	2,7 %
Chronische Hepatitis C	40-50 %
Endokarditis	6,0 %
HIV positiv**	6,0 %
Lues**	1,2 %
Zerebrale Krampfanfälle*	22,9 %

Tab. 5.6: Häufige somatische Krankheiten und Syndrome bei Opiatabhängigen in München (N=1070) * anamnestisch; ** diagnostisch (Backmund, 1999; Backmund et al., 2005)

Zu berücksichtigen ist auch die Tatsache, dass über 90 % der Opioidabhängigen Tabak rauchen. Die beim Tabakrauchen entstehenden chemischen Verbindungen sind für die Körperzellen im Gegensatz zum Opioid sehr schädlich (siehe oben). Einige der durch Tabakrauchen ausgelösten Krankheiten sind in Tabelle 5.7 aufgelistet.

Herz-Kreislauf, Gefäße	Koronare Herzkrankheit Myokardinfarkt Arterielle Hypertonie Arteriosklerose Arterielle Verschlusskrankheit
Karzinome	Bronchialkarzinom Larynxkarzinom Mundbodenkarzinom* Kehlkopfkarzinom* Nierenkarzinom Blasenkarzinom
Lunge	chronisch obstruktive Bronchitis
Schwangerschaft	höhere Abortrate niedrigeres Geburtsgewicht
Skelett	Osteoporose

Tab. 5.7: Folgestörungen und -krankheiten des Tabakrauchens (Backmund, 2008)

5.7.1 Infektionskrankheiten

Für Fachkräfte der Suchthilfe ist es besonders wichtig, über die häufig bei Drogenabhängigen vorkommenden Infektionskrankheiten informiert zu sein. Einerseits um Fragen beantworten zu können, andererseits, um stets auch sich selbst optimal zum Beispiel bei einem Notfall schützen zu können.

Der effektivste Schutz besteht in einer Impfung. Diese ist für Hepatitis A und B möglich, gut verträglich und sehr effektiv. Für Drogenabhängige übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die Hepatitis B-Impfung, in manchen Bundesländern auch für die Hepatitis A-Impfung, in manchen nur dann, wenn eine chronische Hepatitis C vorliegt. Alle Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten sollten gegen Hepatitis B geimpft werden – dies ist aber häufig nur auf eigene Kosten bzw. die des Arbeitsgebers möglich. Gegen Hepatitis C, mit der Drogenabhängige weltweit am häufigsten infiziert sind, steht kein Impfstoff zur Verfügung. Trotz intensiver Forschung ist es bisher auch nicht gelungen, eine Impfung gegen die HIV-Infektion zu entwickeln.

Bei der Hepatitis A-Virusinfektion handelt es sich um eine Schmierinfektion. Das Virus wird über die Fäkalien ausgeschieden und gelangt so in die Nahrungskette, zum Beispiel in Muscheln und Salat, wird also oral (über den Mund) wieder

Krankheit	Ansteckung	Impfung	Verlauf
Hepatitis A	oral (mangelnde Hygiene)	ja	akut, Ausheilung
Hepatitis B	unsterile Nadeln, Spritzen, Geschlechts- verkehr	ja	akut und chronisch, Heilung durch Therapie möglich
Hepatitis C	unsterile Nadeln, Spritzen, Geschlechts- verkehr	nein	akut und chronisch, Heilung durch Therapie möglich
HIV	unsterile Nadeln, Spritzen, Geschlechts- verkehr	nein	chronisch, Heilung bisher nicht möglich

Tab. 5.8: Häufig vorkommende Infektionskrankheiten bei Drogenabhängigen

aufgenommen und führt zur Infektion der Leber. Die Infektion verläuft akut mit Symptomen. Die Haut wird gelb – daher der Name „Gelbsucht“. Der Stuhl entfärbt sich und wird weiß, der Urin wird dunkel. Die Patienten/-innen fühlen sich müde und abgeschlagen. Liegt keine weitere Leberschädigung vor und sind die Patienten/-innen sonst gesund, heilt die Hepatitis A vollständig aus und es bleibt ein lebenslanger Immunschutz. Bei immungeschwächten Patienten/-innen, alten Patienten/-innen und Patienten/-innen, die an einer chronischen Hepatitis C leiden, kann die Hepatitis A fulminant verlaufen und zum Tod führen. Während der akuten Phase der Erkrankung müssen alle die Leber belastenden Substanzen gemieden werden, insbesondere Alkohol und lebertoxische Medikamente, aber auch Anstrengung, Sauna und Sonnenbäder. Die beste Vorbeugung besteht in einer intramuskulären Impfung mit lebenslangem Schutz.

Die Hepatitis B wurde früher in medizinischen Fachbüchern als „Fixerhepatitis“ bezeichnet. Das Hepatitis B-Virus ist sehr infektiös. Über unsterile Nadeln und Spritzen und über ungeschützten Geschlechtsverkehr können sich Drogenabhängige anstecken (Kuo et al., 2004). Zu 90 % bis 95 % heilt die Hepatitis B vollständig aus. Anschließend besteht Immunschutz. Extrem selten kann die Hepatitis B fulminant verlaufen und zum Tod im Leberversagen führen. Bei 2,5 % bis 10 % verläuft sie chronisch. Mittlerweile stehen unterschiedliche Medikamente zur

Behandlung zur Verfügung (EASL, 2009). Die beste individuelle Therapie sollte mit einem spezialisierten Arzt besprochen werden. Mit einer 20 %igen Heilungschance kann ein Versuch mit Interferon unternommen werden. Alternativ können gut verträgliche antivirale Medikamente verschrieben werden, die das Virus unterdrücken und so die Folgen der chronischen Infektion, Leberzirrhose und Leberkrebs verhindern können (EASL, 2009). Das Hepatitis D-Virus kann nur im Zusammenhang mit der Hepatitis B erworben werden. Effektive Therapien stehen derzeit noch nicht zur Verfügung.

Ende der 80er Jahre wurde das Hepatitis C-Virus (HCV) entdeckt und kurze Zeit später ein erster Screening-Test entwickelt. Es stellte sich schnell heraus, dass für die meisten der bis dahin so genannten Non-A-non-B-Hepatitis das HCV verantwortlich war. In vielen epidemiologischen Studien der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass intravenöser Heroinkonsum ein Hauptrisikofaktor für eine Hepatitis C-Infektion ist. Je nach geographischer Region wurden zwischen 31 % und 98 % der Heroinabhängigen positiv auf HCV-Antikörper getestet. In Europa wurden Seroprävalenzraten zwischen 62 % und 98 % gefunden (Backmund et al., 2003; Reimer et al., 2005). Dies bedeutet, dass 500.000 Heroinabhängige in Europa HCV-infiziert sind (Nalpas et al., 1998), ohne dass dabei die ehemals Heroinabhängigen mitgezählt werden. Im Vergleich zu Heroinabhängigen beträgt die HCV-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 0,4 % bis 0,63 % (Palitzsch et al., 1999; Thierfeld et al., 2001). Für die meisten Hepatitis C-Neuinfektionen ist die Gruppe der Heroinabhängigen verantwortlich. Die Inkubationszeit variiert im Mittel zwischen 6 und 12 Wochen, wobei auch über Inkubationszeiten von 2 bis 26 Wochen berichtet worden sind. Die für eine Hepatitis typische klinische Symptomatik kommt lediglich bei 30 % der Patienten/-innen vor. Bei diesen Patienten/-innen besteht eine bis zu 50 %ige Wahrscheinlichkeit, dass die Hepatitis spontan ausheilt. Transaminasen im Normbereich und fehlende klinische Symptomatik schließen eine Hepatitis C nicht aus. Nach Simmonds (1995) können verschiedene Genotypen des HCV unterschieden werden. In Deutschland sind die Genotypen 1a und 1b und 3 besonders häufig. Aber auch die Genotypen 2 und 4 werden gelegentlich diagnostiziert. Bei 60 % bis 85 % der Menschen mit akuter Hepatitis C Infektion entsteht ein chronischer Verlauf mit oder ohne Erhöhung der Leberwerte (Transaminasen). Von diesen entwickeln in 10 bis 20 Jahren zwischen 8 % und 25 % eine Leberzirrhose mit dem Risiko, an Leberversagen oder einem hepatocellulären Karzinom (HCC) zu erkranken und zu versterben. Weltweit ist die durch die chronische Hepatitis C verursachte Leberzirrhose heute die häufigste Indikation für eine Lebertransplantation. Das Robert Koch-Institut hat im Jahr 2007 die Hepatitis C als zweitwichtigste Infektionskrankheit Deutschlands gewichtet.

Analog zur HIV-Transmission wurde der Nadel- und Spritzentausch als eine wesentliche Ursache für die Verbreitung des HCV unter intravenös Heroinabhängigen gefunden. Allerdings scheinen so genannte Spritzentauschprogramme bei der Verhinderung einer HCV-Infektion nicht so erfolgreich zu sein wie bei der Verhinderung der HIV-Infektion. Dies liegt wohl daran, dass HCV im Gegensatz zu HIV in hoher Konzentration auch in den anderen für die Heroinjektion benutzen Utensilien wie Filter, Löffel, Spülflüssigkeit nachweisbar ist und daher nicht nur der Nadel- und Spritzentausch, sondern das gemeinsame Benutzen auch der anderen genannten Utensilien ein großer Risikofaktor für eine HCV-Infektion darstellt. In verschiedenen Studien wurden als weitere Risikofaktoren gefunden: intranasaler Kokainkonsum, intravenöser Kokainkonsum, frühere Gefängnisauferhalte, höheres Alter, längere Dauer des Heroinkonsums, höhere Injektionsfrequenz, weibliches Geschlecht, intravenöse Heroinjektionen durch oder bei Fremdpersonen und Konsum mehrerer verschiedener Drogen. Die Therapie ist je nach Genotyp unterschiedlich. Patienten/-innen mit Genotyp 2 oder 3 werden in der Regel über 24 Wochen mit pegyliertem Interferon und Ribavirin behandelt mit bis zu 80 %iger Heilungschance. Die Genotypen 1a und 1b werden derzeit am besten mit drei verschiedenen Medikamenten, pegyliertem Interferon, Ribavirin und Boceprevir oder Telaprevir, behandelt. Durch die Tripletherapie sind auch hier sehr hohe Heilungsraten erreichbar, wenn die Patienten/-innen es schaffen, das dritte Medikament exakt alle acht Stunden einzunehmen. Bei ausgeheilter Hepatitis C besteht kein Immunschutz, das heißt, man kann sich wieder anstecken.

Verlief die HIV-Infektion vor 1998 meistens tödlich, kann sie durch die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) sehr gut behandelt werden. Es müssen auch nicht mehr 24 Tabletten dreimal pro Tag geschluckt werden. Vielmehr stehen Therapieregime mit einer oder zwei Tabletten pro Tag zur Verfügung.

5.8 Komorbide psychische Störungen

Drogenabhängige Patienten und Patientinnen sind nicht nur von körperlichen Störungen deutlich mehr betroffen als die Durchschnittsbevölkerung, sondern auch von psychischen Störungen. Unter Opiatabhängigen sind Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen die am häufigsten anzutreffenden psychischen Störungen. Unter der Gesamtgruppe litten mindestens einmal im Leben bis zu 73 % unter affektiven Störungen (Depressionen, bipolare Störungen), bis zu 61 % unter Angststörungen und bis zu 65 % unter Persönlichkeitsstörungen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Wahrscheinlichkeit, an einer affektiven Störung zu erkranken, bei Opiatabhängigen bis zu 11-fach erhöht, für eine Angststörung ist das Risiko bis zu 8-fach erhöht und für eine Persönlichkeits-

störung bis zu 6-fach erhöht. In Abhängigkeit von den diagnostischen Kriterien finden sich z.T. auch noch höhere Zahlen zur psychischen Komorbidität bei Opiatabhängigen. Es steht allerdings nicht fest, dass eine psychische Komorbidität auch zu einem schlechteren Verlauf der Substanzabhängigkeit führt (Brooner et al., 1997; Conway et al., 2006; Verthein et al., 2005). Die geschilderten Probleme können zum Teil auch als Auslöser für den Drogenkonsum angenommen werden und bedürfen schon daher einer angemessenen Behandlung, da ohne diese auch das Abhängigkeitssyndrom nicht erfolgreich behandelt werden kann.

Nach klinischem Eindruck und jüngeren epidemiologischen Erhebungen scheint sich das Ausmaß des Komorbiditätsproblems während der letzten Jahre immer weiter zu verschärfen.

Eine bestehende „primäre“ psychische Erkrankung erhöht generell das Risiko für Missbrauchsverhalten. Die psychopathologisch fassbare Diagnose ist nicht nur als ein Risikofaktor für eine „sekundäre“ Abhängigkeitsentwicklung anzusehen, sondern sie beeinflusst auch die Form des Verlaufs, die gesamte Symptomatik und die Prognose der Abhängigkeit negativ. Eine psychische Erkrankung ist also als Risikofaktor für eine Suchterkrankung anzusehen. Die Suchterkrankung wirkt sich dann auch negativ auf den Verlauf der psychischen Erkrankung aus.

Eine primär bestehende Abhängigkeitsproblematik kann ihrerseits zur Entwicklung einer „sekundären“ psychischen Erkrankung beitragen oder diese auslösen.

Als weitere Möglichkeit gibt es ein gleichzeitiges Nebeneinander von psychischer Erkrankung und stofflichem Missbrauch, ohne dass eine kausale Beziehung bzw. Wechselwirkung zwischen beiden bestehen muss. Forschungsergebnisse und klinische Erfahrung haben in den letzten Jahrzehnten deutlich gemacht:

- ▶ Psychose und Sucht sind bereitliegende Reaktionsweisen und Sucht und psychische Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig.
- ▶ Rausch und Psychose weisen in ihrem Verhältnis zur Realität viele Ähnlichkeiten auf.
- ▶ Komorbide Patienten/-innen sind schwerer gestört, als andere Patienten/-innen, die an einer psychischen Erkrankung leiden.
- ▶ Häufig erfolgt nur die Behandlung der psychischen Erkrankung oder der Suchterkrankung.
- ▶ Komorbide Patienten bzw. Patientinnen leiden häufig an besonders schwerwiegenden sozialen Problemen.
- ▶ Es fehlen speziellen Einrichtungen.

Die Integration der Behandlung von psychischer Störung/Erkrankung und Abhängigkeitsbehandlung in einer Hand wird als entscheidend für den Behandlungserfolg angesehen. Tatsächlich beschränkt sich das stationäre Behandlungsangebot für so genannte Doppeldiagnose-Patienten/-innen immer noch auf wenige Zentren, die entsprechend überlaufen sind sowie auf wenige spezialisierte Arztpraxen und Ambulanzen.

Eine primäre medikamentöse Intervention ist insbesondere bei akut auftretenden Problemen sicher angemessen. Wenn eine längere medikamentöse Behandlung erforderlich zu werden scheint, sind zunächst die der Störung zugrunde liegenden Ursachen bzw. die mit ihr zusammenhängenden Faktoren abzuklären, um eine differenzierte Psychopharmakotherapie einleiten zu können, die allerdings, bis sie greift, etwas Geduld benötigt. Keinesfalls ist es richtig, die Prognose solcher Behandlungen von vornherein fatalistisch einzuschätzen.

Zusammenfassend ist zu diesem ernsthaften und zunehmenden Problem festzuhalten:

- ▶ Doppeldiagnose bedeutet nicht „Doppelkrankheit“, sondern ein im Einzelfall sehr unterschiedliches komplexes Krankheitsbild mit vielen Facetten.
- ▶ Die Diagnostik muss sehr umfassend sein und primär alle möglichen Erwägungen einbeziehen. Sie muss berücksichtigen, dass zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Situationen auch unterschiedliche Symptome in den Vordergrund treten können.
- ▶ Therapeutische Ansätze dürfen sich nicht nur auf einen Teil des Problems beziehen, therapeutische Ideologien und therapeutischer Nihilismus sind fehl am Platze!

Literatur

- Backmund, Markus et al. (2011): Factors associated with suicide attempts among injection drug users. In: Substance Use & Misuse, 46(12), 1553-1559.
- Backmund, Markus (2008): Heroinabhängigkeit – Hepatitis C – HIV. Bedeutung der Substitution. Landsberg/Lech: Ecomed Verlag.
- Backmund, Markus (2007): Ansprechbarkeit von Drogengebern über Infektionsrisiken für HIV und HCV. Opioidabhängigkeit und HIV-Infektion. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, 471-475.
- Backmund, Markus et al. (2006): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenösen Drogengebern. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 8(3), 129-133.
- Backmund, Markus et al. (2005): Hepatitis C virus infection and injection drug users: prevention, risk factors, and treatment. In: Clinical Infectious Diseases, 40(5), 330-335.
- Backmund, Markus et al. (2005): Co-consumption of benzodiazepines in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients. In: Journal of Addictive Diseases, 24(4), 17-24.
- Backmund, Markus et al. (2003): Alcohol consumption in heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients – frequency and correlates of use. In: European Addiction Research, 9(1), 45-50.
- Backmund, Markus (1999): Drogen- und Alkoholnotfälle im Rettungsdienst. Edewecht : Stumpf + Kossendey.
- Backmund, Markus et al. (1999): Häufiger Notfall: Intoxikationen Suchtkranker durch Drogen und psychotrope Substanzen. In: Der Notarzt, 15, 29-33.
- Behrendt, Klaus; Degkwitz, Peter; Trüg, Erich (Hrsg.) (1995): Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg: Lambertus.
- Brooner, R. K. (1997): Psychiatric and substance use comorbidity in treatment-seeking opioid abusers. In: Archives of General Psychiatry, 54(1), 71-80.
- Budney, A. J. et al. (2007): Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. In: Drug and Alcohol Dependence, 86(1), 22-29.
- Budney, A. J. et al. (2004): Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. In: The American Journal of Psychiatry, 161(11), 1967-1977.
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Deutsches Ärzteblatt, 107(11), 511-516.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) (2012): Therapie. Internet: <http://www.suchthilfe.de/therapie/index.php>, Zugriff: 10.02.2012.
- Conway, K. F. et al. (2006): Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: Journal of Clinical Psychiatry, 67(2), 257-257.
- Copeland, J.; Frewen, A.; Elkins, K. (2009): Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide. Sydney: National Cannabis Prevention and Information Centre.

- Deutsche Rentenversicherung (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Internet: http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=5GB9_26ANL1.4&a=true, Zugriff: 10.02.2012.
- EASL. Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B. In: Journal of Hepatology, 50, 227-242.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2011): Factsheet Drogen - Schwangerschaft – Kind. Hannover. Internet: <https://www.fdr-online.info>, Zugriff: 10.02.2012.
- Frietsch, Robert (2011): Kernprozesse der Suchthilfe. Hrsg. vom Fachverband Drogen und Suchthilfe. Hannover. (fdr-Texte; 12)
- Haney, M. et al. (2001): Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal symptoms. In: Psychopharmacology (Berl), 155(2), 171-179.
- Hser, Y. et al. (2001): A 33-year follow-up of narcotic addicts. In: Archives of General Psychiatry, 58(5), 503-508.
- Krausz, Michael et al. (1996): Opioid addiction and suicidality. In: Crisis, 17(4), 175-181.
- Kuo, I. et al. (2004): Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. In: Drug and Alcohol Dependence, 73(1), 69-78.
- Leune, Jost (2012): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst.
- Litt, M. D. et al. (2008): Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. In: Addiction, 103(4), 638-648.
- Manfredi, R.; Sabbatani, S.; Agostini, D. (2006): Trend of mortality observed in a cohort of drug addicts of the metropolitan area of Bologna, North-Eastern Italy, during a 25-year-period. In: Collegium Antropologicum, 30(3), 479-488.
- Maremmanni, I. et al. (2007): The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a “dual diagnosis”? In: Annals of General Psychiatry, 31(6).
- McCambridge, J.; Strang, J. (2006): The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. In: Addiction, 2006, 99, 39-52.
- Moore, B. A.; Budney A. J. (2001): Tobacco smoking in marijuana dependent outpatients. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 13(4), 583-596.
- Nolan, J. P. et al. (2010): European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. In: Resuscitation, 81, 1219-1276.
- Palitzsch, K. D. et al. (1999): Prevalence of antibodies against hepatitis C virus in the adult German population. In: European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 11(11), 1215-1220.
- Pochaska, J. O.; Diclemente, C. C.; Norcross, J. C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. In: American Psychologist, 47(9), 1102-1114.
- Rathod, N. H.; Addenbrooke, W. M.; Rosenbach, A. F. (2005): Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up. In: The British Journal of Psychiatry, 187, 421-425.

Reimer, J. et al. (2005): Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European union countries. In: Clinical Infectious Diseases, 54(5), 373-378.

Schwoon, Dirk (2008): Umgang mit alkoholkranken Patienten/-innen. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Simmonds, P. (1995): Variability of hepatitis C virus. In: Hepatology, 21(2), 570-583.

Soyka, Michael et al. (2011): Mortalität in der langfristigen Substitution: Häufigkeit, Ursachen und Prädiktoren. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 13(5), 247-252.

Stempel, Klaus (2012): Rauschgiftlage 2010. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich: Pabst.

Termorshuizen, F. et al. (2005): Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among drug users. In: American Journal of Epidemiology, 161(3), 271-279.

Thierfelder, W. et al. (2001): Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. In: European Journal of Epidemiology, 17(5), 429-435.

Vandrey, R.; Haney, M. (2009): Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we? In: CNS Drugs, 23(7), 543-553.

Winstock, A. R.; Ford, C.; Witton, J. (2010): Assessment and management of cannabis use disorder in primary care. In: British Medical Journal, 340, 800-804.

Wittchen, H.-U. et al. (2011): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten/-innen unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 13(5), 232-246.

Wurmser, Leon (1997): Die verborgene Dimension: Psychodynamik des Drogenzwangs. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

6 Rechtsfragen und Regelungen

6.1 Betäubungsmittelgesetz

In den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde ein Opiumgesetz verabschiedet, das in seiner modernen Form als Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bezeichnet wird. Das Ziel dieser Gesetzgebung bestand darin, über klare gesetzliche Vorschriften zur Dokumentation und zum Umgang insbesondere mit Morphin und Kokain den weitverbreiteten Konsum dieser Substanzen als Genussgifte zu begrenzen. Ziel des Betäubungsmittelgesetzes ist es, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und zugleich dem Missbrauch von Betäubungsmitteln entgegenzuwirken. Die Strafvorschriften im Zusammenhang mit dem Umgang mit Betäubungsmitteln befinden sich im Betäubungsmittelgesetz vom 01.03.1994.

Gliederung des Betäubungsmittelgesetzes

- ▶ Begriffsbestimmungen
- ▶ Erlaubnis und Erlaubnisverfahren
- ▶ Pflichten im Betäubungsmittelverkehr
- ▶ Überwachung
- ▶ Vorschriften für Behörden
- ▶ Straftaten und Ordnungswidrigkeiten
- ▶ Betäubungsmittelabhängige Straftäter
- ▶ Übergangs- und Schlussvorschriften

Tab. 6.1: Gliederung des Betäubungsmittelgesetzes

Betäubungsmittel sind nach der Gesetzesdefinition in §§ 1 und 2 BtMG alle diejenigen Stoffe und Zubereitungen, die in den Anlagen I bis III zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aufgeführt sind. Nach § 4 BtMG bedarf der gesamte Verkehr mit Betäubungsmitteln einer Erlaubnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte mit der Folge, dass derjenige, der sich ohne Erlaubnis in irgendeiner Form am Verkehr mit Betäubungsmitteln beteiligt, nach dem BtMG bestraft werden kann. Lediglich der bloße Konsum ohne Beteiligung am Verkehr ist straflos.

Bei der Verschreibungspraxis sind Ärztin oder Arzt durch die Rahmenbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) gebunden, die für Ärztinnen und Ärzte sowie Patienten/-innen im Umgang mit Betäubungsmitteln die strafrechtlichen Vorgaben im Spannungsfeld zwischen staatlicher Gefahrenabwehr von Missbrauch und Abhängigkeit einerseits und dem Prinzip der Therapiefreiheit andererseits darstellen. § 13,2 BtMG schließt die Anwendung von in Anlage III genannten Substanzen aus, wenn der Zweck der Behandlung mit anderen Mitteln erreicht werden kann. In der Anlage I sind nicht verkehrsfähige (z. B. Lysergid, Mescaline), in Anlage II verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Substanzen aufgeführt (z. B. Zwischenprodukte von Methadon oder Pethidin). Sie dürfen in keinem Fall ärztlich verschrieben, verabreicht oder zum Verbrauch überlassen werden.

In § 3 BtMG geregelte Tatbestände wie Anbau, Herstellung, Handeltreiben, Einführen und Ausführen, Abgabe, Veräußerung und in Verkehr bringen von Betäubungsmitteln berühren die ärztliche Betäubungsmittelabgabe durch Erlaubnis- und Ausnahmeregelungen nicht unmittelbar. Unter strafrechtlichen Gesichtspunkten kann der Arzt, die Ärztin nach herrschender Auffassung selbst dann nicht für das in den Verkehr bringen eines Betäubungsmittels verantwortlich gemacht werden, wenn nach ärztlich unbegründeter Verschreibung die Patientin/der Patient damit Handel treibt. Die Ausgabe von sterilen Einmalspritzen ist von der Strafandrohung des § 29 BtMG (Verschaffen, Verleiten, Gewähren des unbefugten Verbrauchs von Betäubungsmitteln) ausdrücklich ausgenommen.

Betäubungsmittel dürfen nur im Rahmen eines Heilverfahrens, also um Leben zu erhalten, Leiden zu lindern oder Krankheiten zu heilen, verschrieben werden. Seit 1992 ist im Gesetz explizit die Betäubungsmittelabhängigkeit als Beispiel genannt (§ 13,1,1 BtMG). Nach Paragraph 13 BtMG dürfen nur die in Anlage III aufgeführten verschreibungsfähigen Betäubungsmittel ausschließlich von Ärzten zur Behandlung verwendet werden. Somit können Betäubungsmittel im Rahmen des ärztlichen Heilauftrags zum Erhalt von Leben, zur Heilung von Krankheiten und zur Linderung von Leiden, wozu auch die Heilung und Linderung schwerer Schmerzzustände gehört, eingesetzt werden. Die Anwendung von Betäubungsmitteln muss ärztlich begründet sein. Nicht medizinisch begründet ist die Verschreibung oder Verwendung von Betäubungsmitteln zum Doping, zur Gewichtsabnahme, als Genussmittel oder um sich der Drohungen oder Erpressungen von Patienten, von Patientinnen zu erwehren (Eberth et. al, 2008).

Die Erlaubnis zum Betrieb von Drogenkonsumräumen in § 10a BtMG (Änderungsgesetz vom 8.3.2000) wird von der Prüfung einer Reihe von jeweils landesrechtlich im Detail zu regelnden Voraussetzungen abhängig gemacht. Es müssen u. a.

Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten getroffen werden (ausgenommen ist der Besitz von Betäubungsmitteln zum Eigenverbrauch in geringer Menge), der Kreis der berechtigten Benutzer genau definiert werden und es soll eine Dokumentation und Evaluation der Arbeit der Einrichtungen erfolgen. Notfallversorgung und medizinische Beratung und Hilfe sind vorzusehen, ohne dass aber das Personal zu aktiver Hilfe beim Verbrauch von Betäubungsmitteln berechtigt wäre.

Das Betäubungsmittelgesetz schafft auch die Möglichkeit, bei Verurteilungen wegen Betäubungsmittelkriminalität die Strafvollstreckung zurückzustellen (§ 35), sie auszusetzen (§ 36) oder sogar von der Verfolgung abzusehen (§ 38). Auch wenn es falsch war, in ein Gesetz über Substanzen (Betäubungsmittelgesetz!) einen Abschnitt über Menschen aufzunehmen, waren die Wirkungen dieses Abschnitts 7 „Betäubungsmittelabhängige Straftäter“ sofort sichtbar. Immer mehr Menschen konnten ihre Abhängigkeit behandeln lassen (nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“), anstatt im Justizvollzug in der Regel weiter zu konsumieren und sich nicht nur weiter strafbar zu machen, sondern immer tiefer in substanzbezogene, wirtschaftliche und persönliche Abhängigkeiten zu geraten. Als Behandlung gilt im Gesetzestext der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken. Wurden zunächst stationäre Therapieeinrichtungen anerkannt, so gilt dieses inzwischen auch für die ambulante Therapie und die Substitution.

6.2 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV)

Die rechtlichen Bedingungen und Regelungen der Substitution werden seit 1992 durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt (aktuelle Version: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 11. Mai 2011 (BGBl. I S. 821) geändert worden ist). Dazu gehören Meldepflichten, Kontrolle und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie die suchtttherapeutische Qualifikation des Arztes, der Ärztin.

Die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung sichert die Verfahrensqualität der sachgerechten Verwendung im Rahmen der ärztlichen Verschreibung, ohne die ungebrochene Therapiefreiheit unmittelbar zu berühren. Die Verordnung definiert die Verschreibung in Form eines Betäubungsmittelrezeptes bzw. die Stationsverschreibung als Betäubungsmittelanforderungsschein (§ 1) und setzt Höchstmengen für die in Anlage III BtMG genannten Substanzen fest, von denen höchstens zwei zugleich verschrieben werden dürfen (§ 2). Die Höchstmengen dürfen nur in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden, etwa in der Schmerztherapie.

§ 5 BtMVV berührt die zentralen Verfahrensaspekte bei der Verschreibung eines Substitutionsmittels nach Maßgabe staatlicher Sicherung und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs. Innerhalb dieses Ordnungsrahmens befindliche fachliche Aspekte werden dagegen den Regeln der ärztlichen Kunst zugewiesen. Verstöße gegen § 5 indizieren eine Verletzung der Sorgfaltspflicht. Es gelten u. a. die in Tabelle 6.2 genannten Regelungen:

- ▶ Eine Substitution ist nur bei Opiatabhängigkeit zulässig.
- ▶ Polytoxikomanie (unter Einschluss von Opiaten) ist nicht primär Ausschlussgrund, sondern nur dann, wenn sich ein besonders riskantes Zusammenwirken mit dem Substitutionsmittel ergibt.
- ▶ Endziel jeder Therapie mit einem Substitutionsmittel ist, für den einzelnen Arzt verbindlich, die Abstinenz. Nach der 10. BtMÄndV wird jedoch auch im Wortlaut anerkannt, dass dieser Prozess nicht unmittelbar erreichbar ist („schrittweise Wiederherstellung“). Die zeitliche Vorgabe für die Behandlungsdauer steht im ärztlichen Ermessen.
- ▶ Mögliche Zielsetzungen der Behandlung (ausschleichende Entziehung, ambulante Überbrückung, langfristige Entziehung, Behandlung von schweren Begleiterkrankungen, Schwangerschaft und Periode nach der Geburt) sowie Grundvoraussetzungen und Abbruchkriterien werden definiert, die in den AUB-Richtlinien (vgl. 8.6) ihre Entsprechung finden.
- ▶ Die Pflicht zur Überwachung eines Beikonsums und zur Sicherstellung des bestimmungsgemäßen Gebrauches sowie zur nachdrücklichen Reaktion auf die Feststellung von Abweichungen wird herausgestellt, wobei die Art und Weise der Überprüfung offen gelassen wird. Bei Hinweisen auf nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch ist die Substitution zu beenden.
- ▶ Eine Aushändigung eines BtM-Rezeptes durch den Arzt ist ein Kunstfehler. Substitutionsmittel dürfen nur zum unmittelbaren Verbrauch abgegeben werden.
- ▶ Einzige Ausnahme bildet die sog. Take-Home-Verschreibung, die bis zu 7 Tagen unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:
 - ▶ Der Patient erhält seit mindestens 6 Monaten ein Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch.
 - ▶ Die Einstellungsphase ist abgeschlossen.
 - ▶ Der Arzt hat keine Erkenntnisse über einen Beigebrauch, der „nach Art und Menge die eigenverantwortliche Einnahme des Substitutionsmittels nicht erlaubt“, sowie über einen nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch.
 - ▶ Das Rezept ist durch den Arzt oder seinen ärztlichen Vertreter persönlich auszuhändigen.
 - ▶ Eine Zustimmung der zuständigen Landesbehörde ist seit 1998 nicht mehr notwendig.

Tab. 6.2: Wichtige Regelungen der BtMVV

Eine sorgfältige Prüfung dieser Voraussetzungen ist insbesondere den in der niedergelassenen Praxis substituierenden Ärztinnen und Ärzten dringend anzuraten.

6.3 Richtlinien der Bundesärztekammer vom 19.02.2010

Die Bundesärztekammer hat gemäß § 5 Abs. 11 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zuletzt am 19.2.2010 (erstmalig 1991, danach 1999, 2002, 2004 und 2011) Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vorgelegt. Sie sieht die substitutionsgestützte Behandlung als eine wissenschaftlich evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit an. Sie regelt folgende Bereiche

- ▶ Geltungsbereich der Richtlinien
- ▶ Indikation
- ▶ Therapiekonzept
- ▶ Einleitung der substitutionsgestützten Behandlung
- ▶ Wahl und Einstellung des Substitutionsmittels
- ▶ Vereinbarungen mit dem Patienten
- ▶ Zusammenarbeit mit der Apotheke
- ▶ Verabreichung unter kontrollierten Bedingungen Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme des Substitutionsmittels („Take-home-Verordnung“)
- ▶ Behandlungsausweis
- ▶ Therapiekontrolle
- ▶ Beendigung und Abbruch der substitutionsgestützten Behandlung
- ▶ Arztwechsel
- ▶ Dokumentationspflicht
- ▶ Qualitätssicherung
- ▶ Qualifikation des behandelnden Arztes

Tab. 6.3: Gliederung Richtlinien der Bundesärztekammer zur BtMVV

6.4 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen werden Richtlinien im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (früher NUB-, dann BUB-Richtlinien, jetzt Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung; Anlage 1, Pkt. 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) für die Behandlung mit Substitutionsmitteln erlassen, die, obwohl sie dem jeweiligen Wissens- und Erfahrungsstand angepasst werden, Interpretationsmöglichkeiten bieten und primär die Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistung sicherstellen. Dort heißt es: „Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (im Folgenden „Substitution“) bei manifest Opiatabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinie gilt für alle Substitutionen, unabhängig davon, mit

welchen nach der BtMVV zugelassenen Substitutionsmitteln sie durchgeführt werden. Als manifest opiatabhängig im Sinne dieser Richtlinie gelten auch solche Abhängige, die bereits mit einem Drogenersatzstoff substituiert werden. Neben den Vorgaben dieser Richtlinie sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zu beachten.“

6.5 Sicherheit im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz

Die §§ 315c und 316 StGB regeln die Tatbestände der Gefährdung des Straßenverkehrs infolge des Einflusses von Alkohol oder „berauschender Mittel“ mit bzw. ohne Gefährdung von Leib und Leben anderer Menschen oder fremder Sachen von bedeutendem Wert. Für auf Drogeneinwirkung zurückzuführende Fahrfehler ist ein erheblicher Strafraum vorgesehen. Unter dem Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr wird entsprechend dem Sicherungsgedanken beim Alkohol im Straßenverkehrsgesetz seit 1998 auch der reine Nachweis von berauschenden Mitteln im Blut beim Führen eines Kraftfahrzeuges als Ordnungswidrigkeit geahndet, es sei denn, der Nachweis ist auf den bestimmungsgemäßen Gebrauch eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels zurückzuführen (§ 24a, Abs.2 StVG). Die Liste der hier gemeinten berauschenden Mittel umfasst bisher Cannabis, Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamin und Designer-Amphetamine (MDE und MDMA). Das Bundesministerium für Verkehr ist ermächtigt, diese Liste zu ändern bzw. zu ergänzen, wenn dies nach wissenschaftlicher Erkenntnis im Hinblick auf die Sicherheit im Straßenverkehr erforderlich ist.

Es gehört zu den ärztlichen Sorgfaltspflichten, die Patienten/-innen über die akuten sowie chronischen Folgen ihrer/seiner Abhängigkeitserkrankung im Hinblick auf eine Gefährdungslage im Straßenverkehr aufzuklären, insbesondere unter der Einnahme des Substitutionsmittels. Ein besonderer Schwerpunkt hat hier wiederum bei der Aufklärung über die Risiken der Wirkungsverstärkung durch Beikonsum zu liegen. Angesichts der potentiellen Folgen wird sich die Beratung in der Einstellungsphase einer Substitutionsbehandlung am ehesten in Richtung eines Verzichtes auf aktive Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr ausrichten. Dies ergibt sich eindeutig aus den „Begutachtungsleitlinien Kraftfahreignung“ des Gemeinsamen Beirates für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr und beim Bundesministerium für Gesundheit sowie aus der seit dem 1.1.1999 gültigen neuen Fahrerlaubnisverordnung, die im gesamten EU-Bereich analog gilt. Wer unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln, anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen und Arzneimitteln im Straßenverkehr auffällig wird, erweist sich demnach als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen. Allenfalls kann bei längerfristiger Substitutionsbehandlung unter stabilen Voraussetzungen

ohne jeglichen Beikonsum, bei ausschleichender Dosierung und nachvollziehbar gutem Zurechtkommen der Patienten/-innen mit dem Mittel die Abwägung im Einzelfall zu einem positiven Ergebnis bezüglich der Verkehrseignung führen. Analog ist bei Patienten/-innen, denen eine berufliche Rehabilitation im Rahmen längerfristiger Therapie gelingt, hinsichtlich des Umgangs mit Maschinen oder potentiell gefährdenden Werkzeugen im Einzelfall eine Risikoabwägung vorzunehmen, in die, wenn möglich, Beteiligte im Arbeitsumfeld der Patientin, des Patienten der Arbeitgeber sowie technische Sachverständige einbezogen werden sollten.

6.6 Weitere gesetzliche Regelungen

Über weitere gesetzliche Regelungen gibt die nachstehende Grafik Auskunft:

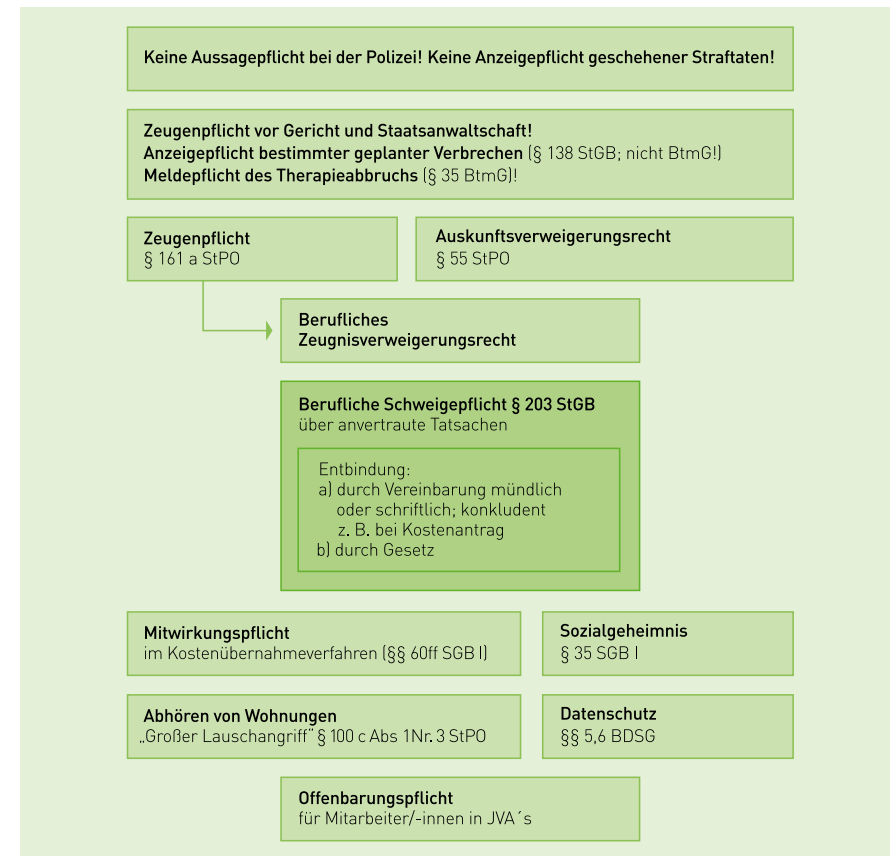


Abb. 6.1: Weitere gesetzliche Regelungen

Literatur

- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Internet: www.bundesaerztekammer.de, Zugriff: 10.02.2012.
- Eberth, Alexander; Müller, Eckhart; Schütrumpf, Matthias (2008): Verteidigung in Betäubungsmittelstrafsachen. 5. Auflage. Heidelberg: C.F.Müller.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2007): Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Deutschland. Hannover. Internet: <https://www.fdr-online.info>, Zugriff: 10.02.2012.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Internet: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL_2011-10-20.pdf, Zugriff: 10.02.2012.

7 Anhang

7.1 Ergänzende Literatur

- Barth, Volker (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Heidelberg: Ecomed.
- Batra, Anil; Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.) (2012): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart; New York: Thieme.
- Freye, Enno (2014): Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen: Pharmakologie, Wirkmechanismen, Vorgehen bei Intoxikation. Lengerich: Pabst.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg: Lambertus.
- Hettenbach, Michael et al. (2015): Drogen und Straßenverkehr. 3. Auflage. Bonn: Deutscher Anwaltverlag.
- Klipfel, Dieter et al. (2009): Leitfaden Drogenerkennung: Drogenvortests und Anfangsverdacht in der Unfallaufnahme und Verkehrsüberwachung. Bonn: Kirschbaum.
- Parnefjord, Ralph (2005): Das Drogentaschenbuch. Stuttgart; New York: Thieme.
- Passie, Thorsten; Dierssen, Oliver (2011): Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger. Ein Praxishandbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schay, Peter; Lojewski, Ilona; Siegele, Frank (Hrsg.) (2013): Integrative Therapie in der Drogenhilfe: Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. Stuttgart; New York: Thieme.
- Tretter, Felix (Hrsg.) (2008): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart; New York: Schattauer.
- Uchtenhagen, Ambros; Zieglgänsberger, Walter (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Jena: Urban & Fischer.

7.2 Landesstellen für Suchtfragen

Landesstelle für Suchtfragen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg

70173 Stuttgart, Stauffenbergstr. 3
Ansprechpartner: Dr. John Litau
Tel. +49 711 61967-12
Fax +49 711 61967-68
info@suchtfragen.de
https://lss-bw.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe

80336 München, Lessingstr. 1
Ansprechpartnerin: Kornelia Poth
Tel. +49 89 536515
Fax +49 89 5439203
info@kbs-bayern.de
www.kbs-bayern.de

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

10585 Berlin, Gierkezeile 39
Ansprechpartnerin: Angela Grube
Tel. +49 30 34389160
Fax +49 30 34389162
buero@landesstelle-berlin.de
www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

14467 Potsdam
Behlertstr. 3a, Haus H1
Ansprechpartnerin: Andrea Hardeling
Tel. +49 331 581380-0
Fax +49 331 581380-25
info@blsev.de
www.blsev.de

Bremische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

Bürgermeister-Smidt-Str. 35
Ansprechpartnerin: Eva Carneiro Alves
Tel. +49 421 98979-17
Fax +49 421 98979-30
info@brels.de
www.brels.de

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

20095 Hamburg, Burchardstr. 19
Ansprechpartnerin: Linda Heitmann
Tel. +49 40 30386555
hls@sucht-hamburg.de
www.sucht-hamburg.de

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

60325 Frankfurt a.M., Zimmerweg 10
Ansprechpartnerin: Susanne Schmitt
Tel. +49 69 71376777
Fax +49 69 71376778
info@hls-online.org
www.hls-online.org

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

30159 Hamburg, Grubenstr. 4
Ansprechpartner: Michael Cuypers
Tel. +49 511 626266-0
Fax +49 511 626266-22
info@nls-online.de
www.nls-online.de

Suchtkooperation NRW Geschäftsstelle

c/o Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8
50663 Köln
Ansprechpartnerin: Dr. Anne Pauly
Tel. +49 221 809-7794
kontakt@suchtkooperation.nrw
https://suchtkooperation.nrw

Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz e. V.

c/o Diakonisches Werk der Pfalz
67346 Speyer, Karmeliterstr. 20
Ansprechpartnerin: Anette Schilling
Tel. +49 6232 664-254
Fax +49 6232 664-130
anette.schilling@diakonie-pfalz.de

Saarländische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

c/o Caritasverband für die Diözese Speyer

66424 Homburg, Schanzstr. 4
Ansprechpartner: Andreas M. Heinz
Tel. +49 6841 934850
Fax +49 6841 9348529
info@slsev.de

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.

01099 Dresden, Glacisstr. 26
Ansprechpartner: Dr. Olaf Rilke
Tel. +49 351 8045506
Fax +49 351 8045506
slsev@t-online.de
www.slsev.de

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt

39112 Magdeburg, Halberstädter Str. 98
Ansprechpartnerin: Helga Meeßen-Hühne
Tel. +49 391 5433818
Fax +49 391 5620256
info@ls-suchtfragen-lsa.de
www.ls-suchtfragen-lsa.de

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

24119 Kronshagen, Schreiberweg 10
Ansprechpartnerin: Monika Fries
Tel. +49 431 657394-40
Fax +49 431 657394-55
sucht@lssh.de
www.lssh.de

Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

99096 Erfurt, Steigerstr. 10
Ansprechpartner: Sebastian Weiske
Tel. +49 361 7464585
Fax +49 361 7464587
info@tls-suchtfragen.de
www.tls-suchtfragen.de

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchthilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V.

Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30

info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet (www.dhs.de)

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Gleichzeitig besteht ein Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern. Die Einrichtungsdatei ermöglicht den schnellen Zugang zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.

Beratungs- und Einrichtungssuche (www.suchthilfeverzeichnis.de und www.dhs.de)



Auf der Internetseite www.suchthilfeverzeichnis.de finden Sie eine Adressdatenbank mit allen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland. Oder Sie wählen den Zugang über www.dhs.de „Einrichtungssuche“.

DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden:

www.dhs.de/Infomaterial

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 40.000 Titel. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- ▶ Der „aktuelle“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- ▶ Das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Sie nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161

50825 Köln

Tel. +49 221 89920

Fax +49 221 8992300

poststelle@bzga.de

www.bzga.de

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Telefon eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln:

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Tel. +49 221 892031

(Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters)

Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr und

Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

Sucht & Drogen Hotline

Tel. +49 1806 313031

(0,20 €/Anruf aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,60 €/Anruf

Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.) Montag – Sonntag von 0 – 24 Uhr

www.drugcom.de

Mit www.drugcom.de richtet sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) direkt an Jugendliche und junge Erwachsene. Die Internetseite bietet einen umfangreichen Infobereich an, in dem man sich über Wirkungen und Risiken legaler und illegaler Drogen informieren kann. Darüber hinaus haben die Nutzer die Möglichkeit, im Online-Chat oder per E-Mail individuell beraten zu werden.

Ziel von www.drugcom.de ist es, Jugendliche dazu anzuregen, sich mit dem eigenen Konsum von Zigaretten, Alkohol und illegalen Drogen auseinanderzusetzen und eine kritische Haltung zu diesen Fragen zu entwickeln.

Quit the Shit

„Quit the Shit“ ist ein internetbasiertes Informations- und Beratungsprogramm speziell für jugendliche Cannabiskonsumenten. „Quit the Shit“ befindet sich auf dem Internetportal www.drugcom.de.



Herausgeber

© Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann
Jost Leune
Christa Merfert-Diete
Alle Rechte vorbehalten

6. Auflage,
Juli 2021

Neubearbeitung

Dr. med. Klaus Behrendt
PD Dr. med. Markus Backmund
Prof. Dr. med. Jens Reimer, MBA

Autoren der ersten Auflage (2006)

Dr. med. Klaus Behrendt
Prof. Dr. Gerhard Bühringer
Dr. med. Axel Heinemann
Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher

Gestaltung

Volt Communication GmbH, Münster

Druck

Dieses Medium wurde klimaneutral
gedruckt.

Warlich Druck Meckenheim GmbH,
Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

Auflage (Code)

6.10.07.21

ISBN 978-3-937587-03-5

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln (order@bzga.de) kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Best.-Nr.: 33221204

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit





Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-937587-03-5