

Substanzkonsum im pflegerischen Alltag

Erläuterungen, Informationen, Hintergründe

Rechtliche Bedingungen

Kommunikationstheoretische Grundlagen

Weitere praxisrelevante Aspekte

Vorwort

Das hier vorliegende Handbuch und die ergänzende Toolbox sind ein Ergebnisbaustein des Modellprojektes „Suchtkranke Menschen mit Pflegebedarf – Entwicklung, Erprobung und Implementation eines nutzerorientierten Pflege- und Versorgungskonzeptes unter besonderer Berücksichtigung illegaler Konsummuster“.

In den vorliegenden Texten soll ein möglichst umfassendes Wissen zum Thema Suchtmittelkonsum und die Folgen für unterschiedliche Berufsgruppen aus dem Bereich professioneller Pflege und Eingliederungshilfe zur Verfügung gestellt werden. Dies Anliegen kann u.U. dazu führen, dass bestimmte Informationen für einige Leser*innen bereits bekannt sind.

Parallel zum Anstieg der Lebenserwartung in der Gesamtbevölkerung ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten auch die Lebenserwartung der Nutzer und Nutzerinnen illegaler Drogen, namentlich von Opiaten, deutlich gestiegen. So erhöhte sich beispielsweise das Durchschnittsalter von Patienten und Patientinnen, die sich wegen der Probleme im Zusammenhang mit Opioidkonsum in Behandlung begaben, zwischen 2006 und 2013 europaweit um fünf Jahre (EBDD 2015). Ein bedeutender Teil der problematischen Opioidkonsumenten*innen in Europa befindet sich Erhebungen zufolge mittlerweile im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt. Wesentliche Ursachen dieser Entwicklung liegen in der Verbesserung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten häufig auftretender Begleiterkrankungen (z.B. HIV-Infektionen, Hepatitis C), in einer insgesamt über das letzte Jahrzehnt angestiegener Inanspruchnahme von Substitutionstherapien und schadensminimierenden Maßnahmen (z.B. Spritzenvergabe, Impfungen) sowie im Zuwachs und in der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote. Obwohl die oben aufgeführten Maßnahmen eine Verbesserung der Gesamtsituation der Betroffenen bewirken, führt ein langjähriger missbräuchlicher/abhängiger Konsum in aller Regel zu einer „Voralterung“ von ca. 10 – 15 Jahren. Mit diesem Prozess gehen vorzeitig auftretende typische Alterserkrankungen wie Diabetes Mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Osteoporose und eine deutlich reduzierte Lebenserwartung einher.

Über diese körperlichen Beeinträchtigungen hinaus leidet ein erheblicher Teil älterer Drogenkonsumenten und Konsumentinnen unter psychischen Störungen. Angesichts der oftmals komplexen Kombination somatischer und psychischer Gesundheitsprobleme ist es nicht verwunderlich, dass langjährig

Opiatabhängige in hohem Maße auf medizinisch-therapeutische Leistungen angewiesen sind und – so eine in der Praxis zu beobachtende Entwicklung der vergangenen Jahre – auch die Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Unterstützung eine zunehmend wichtige Rolle spielt.

Die Ergebnisse des Modellprojektes zeigen, dass sich zum jetzigen Zeitpunkt noch sehr wenige Betroffene in Pflegeeinrichtungen aufhalten oder die Angebote ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen. Eine große Gruppe wird noch über die Eingliederungshilfe unterstützt und versorgt. Gleichwohl zeigt das Ergebnis der Befragung auch, wenn sich substanzkonsumierende Personen in der Pflege und Eingliederungshilfe befinden, dass besondere Anforderungen entstehen und spezielles Wissen gefordert ist. In der Regel verfügt die Eingliederungshilfe und Alten- und Krankenpflege über dieses Wissen nicht. Hier setzt das Modellprojekt mit dem Ziel an, eine Verbesserung der Versorgungslage für ältere substanzkonsumierende Personen herbeizuführen und die Zusammenarbeit von Pflege, Drogenhilfe und älteren Drogenkonsumenten*innen zu fördern.

IN DIESEM KONTEXT IST DAS HANDBUCH ALS NACHSCHLAGE- UND INFORMATIONSWERK ZU SEHEN. ES ENTHÄLT ERLÄUTERUNGEN, INFORMATIONEN, HINTERGRÜNDE ZU RECHTLICHEN BEDINGUNGEN, KOMMUNIKATIONSTHEORETISCHEN GRUNDLAGEN, SUBSTANZMITTELKONSUM, ABHÄNGIGKEIT UND PFLEGE UND WEITEREN PRAXISRELEVANTEN ASPEKTEN. Zur besseren Orientierung ist es in sieben farblich unterschiedlich gekennzeichnete Hauptkapitel unterteilt. Die Informationen zu den gesuchten Themen sind möglichst ausführlich dargestellt. Die Toolbox besteht aus kompakten Informationskarten und ist als Ergänzung zum Handbuch zu sehen. Es handelt sich dabei um stark zusammengefasste Auflistungen der im Handbuch ausführlich behandelten Themen. Sie ist zur schnellen Kurzinformation, Gedankenstütze im Alltag und als Anregung zur weiteren Beschäftigung mit den dargestellten Themen gedacht. Sie entspricht in der Struktur, der Farbgebung und ihrem Inhalt dem Handbuch.

Die in Toolbox und Handbuch enthaltenen Texte, Meinungen, Darstellungen und drogenpolitischen Positionierungen entsprechen dem „Leitbild“ der Drogenberatung e.V. Bielefeld (www.drogenberatung-bielefeld.de).

Bielefeld, im August 2019

Inhalt

Psychosoziales

- 4 Suchtentstehung
- 9 Konsummuster
- 11 Gender Aspekt
- 14 Harm Reduction
- 16 Kommunikation und Pflegerischer Alltag
- 20 Handlungskonzept der Deeskalation

Pharmakologie

- 24 Übersicht Substanzen
- 25 Einleitung Substanzen
- 26 Amphetamine
- 29 Benzodiazepine
- 31 Cannabis
- 34 Crack-Freebase
- 37 Heroin
- 41 Kokain
- 44 MDMA (Ecstasy)
- 47 Crystal (Metamphetamin)

Substitution

- 50 Einleitung
- 52 Was bewirkt Substitution?
- 52 Ziele der Substitutionstherapie
- 54 Substitutionsmedikamente
- 56 Die Rahmenbedingungen
- 56 Vertrauensvolle Zusammenarbeit
- 57 Versorgung Substituierter in Alten- oder Pflegeheimen, Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- 57 Psychosoziale Begleitung der substituierten Klientel
- 58 Erfordernis und Aufgaben psychosozialer Begleitung
- 60 Praxisbeispiel: Substitutionsbehandlung in der Versorgungsregion Bielefeld

Medizinisches

- 63 Übersicht häufiger Begleiterkrankungen
- 71 Die PEP (Postexpositionsprophylaxe)

Sucht und psychiatrische Komorbidität

- 72 Einleitung
- 73 Epidemiologie/Verbreitung
- 74 Ursachen/Ätiologische Krankheitsmodelle
- 76 Die häufigsten psychiatrischen Störungen in Zusammenhang mit einer Suchtmittelabhängigkeit

Juristische Aspekte

- 81 Medizinrechtliche Rahmenbedingungen
- 92 Strafrechtliche Fragestellungen

Netzwerke

100 Literaturliste

102 Impressum

Suchtentstehung

Drogenkonsum und süchtiges Verhalten waren und sind in allen Gesellschaften anzutreffen, von der Antike bis zur Gegenwart. Bewusstseins- und Wahrnehmungsveränderungen, oder auch die Schaffung eines Gegenentwurfs zum alltäglichen Leben ziehen sich wie ein roter Faden durch die menschliche Geschichte. Probleme und Konflikte des Alltags und immer wiederkehrende Situationen können vergessen, verändert und positiv erfahren werden. Hierzu wurden – und werden – Substanzen konsumiert, die die gewünschte Wirkung haben. Die Palette reicht dabei von legalen Drogen wie Alkohol, Nikotin und Coffein bis hin zu illegalen Drogen wie Heroin, Kokain, Amphetamin oder Cannabisprodukten. Arbeits-, Kauf-, Sport- und Glücksspielsucht oder extreme Essstörungen können ähnliche Effekte und Stimmungen auslösen wie der Konsum von chemischen oder natürlichen Substanzen.

Sucht oder süchtiges Verhalten entsteht in aller Regel nicht von heute auf morgen. Beide haben immer verschiedene Ursachen und Entstehungsfaktoren. Somit gibt es auch keine „Suchtpersönlichkeit“ sondern lediglich verschiedene Bedingungen und Risikofaktoren, die eine Suchtentwicklung begünstigen können.



Kommunikationstheoretische Grundlagen

Hierbei beeinflussen sich personenbezogene Aspekte, das soziale Umfeld und die Wirkungsweise der jeweiligen Droge.

*Bei den **PERSONENBEZOGENEN FAKTOREN** spielen u.a. hohe Belastungen durch traumatische Kindheitserfahrungen, die psychosoziale Entwicklung und genetische Veranlagungen eine wichtige Rolle. Es fehlt häufig an den notwendigen Ressourcen, wie z.B. an Konfliktlösungsstrategien und an der Fähigkeit, angemessen zu kommunizieren, um einer Suchtentwicklung entgegen zu wirken.*

*Zu den **NEGATIVEN UMWELTFAKTOREN** zählen beispielsweise belastende, instabile Familienkonstellationen, Sucht- oder psychische Erkrankungen der Eltern, frühe Trennungen oder auch der Verlust von wichtigen Bezugspersonen und die Erfahrung traumatischer Situationen.*

Arbeitslosigkeit, der Bezug von Sozialhilfe, ein geringer Bildungsstand und/oder die Schwierigkeiten, mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Anforderungen adäquat umzugehen, sind ebenso Faktoren, die eine Suchtentwicklung fördern können.

Sucht oder süchtiges Verhalten entsteht in aller Regel nicht von heute auf morgen.

*Die **PHARMAKOLOGISCHE WIRKUNG VON DROGEN** verschafft zunächst eine schnelle und effektive Regulierung negativer Symptome und Gefühle. Durch die vermehrte Dopamin Ausschüttung steigt das Wohlbefinden, Entspannung, Betäubung oder Hochgefühle setzen ein. Schmerz und unangenehme Empfindungen treten in den Hintergrund. Aufgrund dieses positiven Empfindens ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Konsum fortgesetzt wird. Menschen können sich durch die Einnahme von Drogen belohnen.*

Die hohe Ausschüttung von Dopamin, man spricht hier auch von einer Fehlsteuerung des Belohnungssystems, bewirkt im Gehirn, dass eine legale oder illegale Substanz als wichtiger Reiz wahrgenommen wird. Nach einiger Zeit sucht das Gehirn einen Ausgleich zur ungewohnten Dopamin-Zufuhr und reduziert seine Empfangseinheiten. Durch die Reduzierung der Rezeptoren kann das Dopamin jedoch nicht mehr wie gewünscht andocken. Das führt zur Abschwächung des weitergeleiteten Signals und die Wirkung der Droge lässt nach. Andererseits hat sich jedoch das Gehirn an die vermehrte Dopamin Ausschüttung gewöhnt und es entsteht ein Verlangen nach der jeweils konsumierten Droge, um den Zustand erneut wiederherzustellen. Dies kann der erste Schritt in den Kreislauf von Sucht bedeuten.



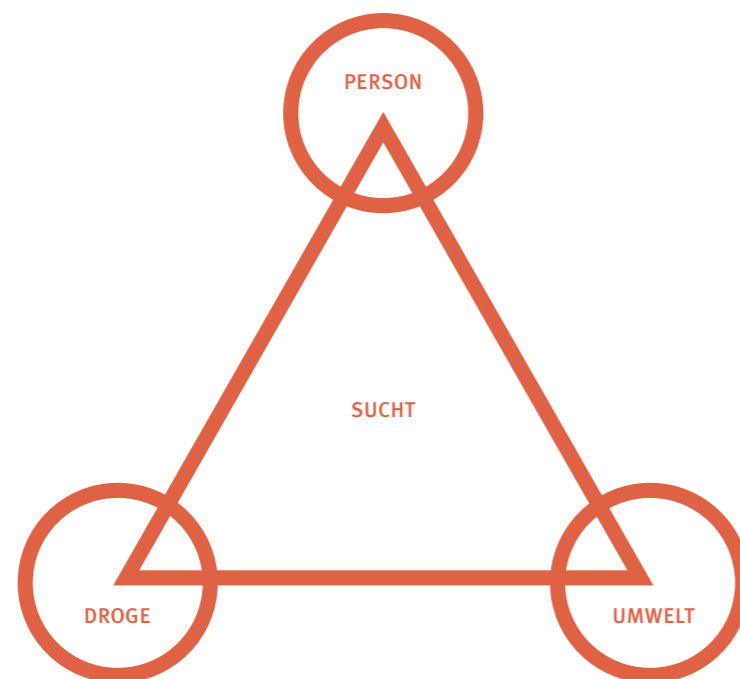
DAS SUCHTDREIECK

(ANGELEHNT AN „TRIAS DER ENTSTEHUNGSURSACHEN DER DROGENABHÄNGIGKEIT“ VON KIELHOLZ UND LADEWIG, 1973)

Die Wirkung der konsumierten Substanz ist u.a. abhängig von der Dosis, der Konsumform, dem Wirkstoffgehalt, eventuell enthaltenen Streckstoffen sowie vom Set (z. B. psychische und körperliche Verfassung, Gewöhnungseffekte) und Setting (Umfeld) des/der Drogengebraucher*in.

Beim Sniefen (nasaler Konsum) setzt die Wirkung nach ca. 4 – 15 min ein, beim Schlucken nach 30 – 45 min (die Wirkung ist weniger stark, sanfter aber länger) und gespritzt nach wenigen Sekunden. Die Wirkdauer kann zwischen 4 und 12 h liegen.

Persönlichkeitseigenschaften, frühkindliche Entwicklung, Familiengeschichte, aktuelle Stressoren



Wirkung, Verfügbarkeit, Suchtpotenzial, Gesellschaftliche Bewertung (legal, illegal)

soziales Umfeld, Normen und Werte, Wirtschaft, Beruf

ERKLÄRUNGSANSÄTZE DER SUCHTENTSTEHUNG

Wissenschaftliche Theorien zur Entstehung von Sucht lassen sich in psychoanalytische, lerntheoretische, systemische, soziologische und biologische Erklärungsansätze unterteilen. Da die einzelnen Modelle für sich jedoch das Phänomen Sucht nicht ausreichend erklären können, werden sie meist zu multifaktoriellen Konzepten verbunden.

Das **PSYCHOANALYTISCHE ERKLÄRUNGSMODELL** geht davon aus, dass die Grundlage süchtigen Verhaltens in der präödi-palen Phase gelegt wird. Das Kind ist in dieser Phase völlig von der Mutter abhängig, sie allein befriedigt seine Lebensbedürfnisse. Mit zunehmender Wahrnehmung und steigenden Bedürfnissen entwickelt das Kind eine differenziertere Vorstellung seiner Umwelt und das anfänglich symbiotische Verhältnis mit der Mutter wird aufgelöst. Die Mutter und auch die eigenen Körperorgane werden als Objekte wahrgenommen, es bilden sich die sog. Objektrepräsentanzen. In der weiteren Entwicklung verdichten sich diese zu einer Selbstrepräsentanz und das Kleinkind entwickelt eine Vorstellung von sich selbst. Treten in dieser Phase tiefgreifende Störungen von elementaren Bedürfnissen auf, kommt es zu Traumata, die sich anschließend durch das gesamte Leben ziehen können. Die Auswirkungen sind mangelndes Selbstvertrauen, Depressionen, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Aggressivität etc. Mit Hilfe der Droge wird versucht, diese unangenehmen Affekte und Gefühle zu betäuben und den Schmerz zu lindern. Aus psychoanalytischer Sicht, ist der suchtkranke Mensch in der oralen Phase stehengeblieben und das Suchtmittel wird zum Ersatzobjekt für entgangene Liebe und Zuwendung.

Ich-psychologische Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass der suchtkranke oder suchtgefährdete Mensch an einer Ich-Schwäche oder Störung des Über-Ich leidet. Sein Selbst erlebt er als schwach, hilflos und wertlos und es ist in seiner Funktionalität beeinträchtigt.

Eine weitere Folge der Traumatisierung ist die Entwicklung einer Affektstörung. Gefühle wie Angst, Schmerz und Depression können nicht differenziert wahrgenommen und verarbeitet werden. Die Möglichkeit, körperliche und psychische Schmerzen durch Ablenkung oder Ersatzbefriedigung zu bewältigen, bleibt dem suchtkranken Menschen verwehrt. Die Droge/der Drogenkonsum ist die einzige

Möglichkeit, überflutende und schmerzhaft Zustände abzumildern.

Im **LERNTHEORETISCHEN ANSATZ** gilt Abhängigkeit als erlerntes Verhalten. Die Persönlichkeitsentwicklung wird gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen der jeweiligen Person. Schlüsselsituationen sind dabei die Beobachtung des Verhaltens von Vorbildern und Modellen sowie deren Nachahmung.

Suchtentwicklung geschieht häufig durch Lernen am Erfolg oder Lernen am Modell. Lernen am Erfolg ist z.B., wenn eine Person durch den Konsum von Alkohol leichter auf Menschen zugehen kann, die Schüchternheit verliert und erfolgreich kommuniziert. Dieser positive Effekt wird als Bereicherung erlebt und führt schnell zu weiterem Konsum bei anderen Gelegenheiten. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen.

Lernen am Modell geschieht z.B., wenn Kinder Verhaltensweisen ihrer Eltern übernehmen und das nachmachen, was sie ihnen vorleben. Wird aus dem nachahmenden Verhalten Genuss gezogen, spricht einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. Dies gilt auch für drogenkonsumierende Gleichaltrige, für Werbung etc.

In der neueren, psychologisch ausgerichteten Suchtforschung vertritt man heute eher die Ansicht, dass Sucht vor allem eine Lern- und Gedächtnisstörung des Gehirns ist. Durch den Konsum von Alkohol oder Drogen und den anfangs daraus resultierenden positiven Erfahrungen lernt das Unterbewusstsein immer mehr der Droge zu fordern und die Erinnerungen und Gewohnheiten zu diesem Thema zu speichern. Der Suchtmittelkonsum wird unbewusst mit angenehmen Erfahrungen, wie Freunde treffen, feiern, gut essen und trinken oder Musik hören verknüpft. Verstärkt wird diese Wirkung durch die Freisetzung des Botenstoffs Dopamin im Gehirn und nach neueren Untersuchungen fördern auch Drogen den „Prozess der neuronalen Plastizität“. D.h. dem Gehirn wird ein Impuls gegeben, das aktuelle Erleben als erstrebenswert abzuspeichern und als positives Ereignis zu wiederholen. Je häufiger angenehme Erlebnisse im Zusammenspiel mit Suchtmitteln stattfinden, desto mehr Dopamin wird freigesetzt, desto stärker werden die entsprechenden Synapsen ausgebildet und desto mehr

wünscht man sich, diese positiven Erfahrungen zu wiederholen. Der Kreislauf der Sucht wird in Gang gesetzt.

SYSTEMISCHE ANSÄTZE sehen die Ursachen einer Suchtentwicklung in gemeinsam gelebten Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen. Die Dynamik und die Beziehung zwischen den Mitgliedern eines Systems stehen hier im Mittelpunkt. Die Familie ist z.B. ein soziales System, das aus verschiedenen Subsystemen und den Wechselwirkungen innerhalb und zwischen diesen Teilen besteht. Innerhalb dieses Systems herrscht oft ein fragiles Gleichgewicht, das mit bestimmten Rollenzuweisungen aufrechterhalten wird. Störungen entstehen dann, wenn ein Teil dieses Systems nicht mehr richtig funktioniert.

Systemische Modelle befassen sich nicht vorrangig mit der Entstehungsgeschichte von Sucht, sondern mit der Frage, welche Mechanismen das abhängige Verhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten, verstärken oder ggfls. verändern.

SOZIOLOGISCHE THEORIEN versuchen anhand gesellschaftlicher Einflüsse und Rahmenbedingungen die Entstehung von Suchtverhalten zu erklären. In einer zunehmend bürokratisierten und hochtechnisierten Gesellschaft wird es für den einzelnen Menschen immer schwieriger, sich zurechtzufinden. Die Gesellschaft prägenden Werte (wie Leistung und Wettbewerb) stellen hohe Anforderungen an den Einzelnen und können die Entwicklung süchtigen Verhaltens fördern. Menschen werden immer häufiger nach Marktkriterien beurteilt, d.h. ihr Wert wird nach ihrer sozialen Lage, ihrem Bildungsabschluss und ihrem beruflichem Werdegang eingeschätzt. Wird der gesellschaftliche „Einforderungsdruck“ zu hoch, kommt es zu Identitätsproblemen. Diese werden verstärkt, wenn keine Rückenstärkung aus dem sozialen Milieu kommt. Der Betroffene fühlt sich hilflos und verunsichert in seiner Lebenssituation und zieht sich resignativ zurück. Dies führt zu einer Destabilisierung der sozialen Beziehungen sowie der Zunahme abweichenden Verhaltens. Den massiven Leistungsanforderungen wird dann nicht selten mit dem Konsum von Substanzen begegnet.

Schwierige wirtschaftliche Verhältnisse und damit verbundene mangelnde Zukunftsperspektiven und -ängste können ebenfalls für die Erklärung von Suchtproblemen herangezogen werden. Menschen aus anderen Kulturen mit Integrations- und Zugangsproblemen zu Arbeit und Bildung stellen eine weitere gefährdete Gruppe dar.

Konsummuster

Es gibt sehr viele und unterschiedliche Formen und Möglichkeiten, den Konsum von Substanzen zu praktizieren. Hierbei spielen Faktoren wie beispielsweise die Menge, die Häufigkeit des Konsums, die Einbettung in den Alltag und auch die Verfügbarkeit eine große Rolle.

Oftmals wird der erste Konsum begleitet von Eltern oder Freunden. „Ein kleines Gläschen Sekt zum Anstoßen oder das erste Bier als heranwachsender Mann.“ Dies kann den ersten Schritt bedeuten in die gesellschaftskonforme „Konsumkultur“. Aktiv rauchende oder trinkende Eltern können hier als Rollenvorbild fungieren. In einigen Fällen kann es aber auch zu einer Ablehnung der von Eltern bevorzugten Substanzen kommen und es werden Alternativen, wie Cannabis oder andere illegale Substanzen bevorzugt.

Abstinenz ist selbstverständlich eine Option.

Die „Begleitung“ im Falle eines illegalisierten Konsums findet meistens im Freundeskreis und der Clique statt. Es geht um das Zugehörigkeitsgefühl oder die Neugier, verbotene Dinge auszuprobieren.

Die Entscheidung, etwas zu konsumieren, kann sehr unterschiedliche Hintergründe haben. Es kann die Ablehnung vorherrschender Vorstellungen bedeuten oder Neugierde und aktives Suchen nach Rausch, nach brausendem Leben und Entspannung.

Um den Umstand zu berücksichtigen, dass es **DIE EINE** Form des Konsums in aller Regel nicht gibt und dass die Entwicklung abhängigen Verhaltens nicht nur von einem Faktor abhängt, unterscheidet man grob in **VERSCHIEDENE KONSUMMUSTER**:

PROBIERKONSUM

REGELMÄSSIGER, NICHT PROBLEMATISCHER KONSUM

STABILER, ODER KONTROLLIERTER KONSUM

PROBLEMATISCHER KONSUM

MASSIV PROBLEMATISCHER KONSUM

HOCHRISIKOKONSUM

ÜBERDOSIERUNG/INTOXIKATION

PROBIERKONSUM

Unter Probierkonsum versteht man einen einmaligen oder innerhalb einer kurzen Zeitspanne stattfindenden mehrmaligen Konsum. Der Probierkonsum, der meistens in relativ frühem Alter anfängt, ist ein normales Verhalten heranwachsender Menschen.

REGELMÄSSIGER, NICHT PROBLEMATISCHER KONSUM

Im Vordergrund steht der Genuss bzw. die Gewohnheit. Eine psychosoziale sowie gegebenenfalls allgemeinmedizinische und/oder psychiatrische Abklärung ergibt keinen Hinweis auf durch den Substanzkonsum verursachte Störung im körperlichen, psychischen und/oder sozialen Bereich.

STABILER ODER KONTROLLIERTER KONSUM

Von stabilem oder kontrolliertem Konsum spricht man, wenn durch den Konsum psychotroper Substanzen persönliche Verpflichtungen und Aufgaben kaum bis gar nicht negativ beeinflusst werden.

Ebenso hat der Konsum kaum bis keine negativen Auswirkungen auf das soziale Umfeld. Die negativen Auswirkungen für die psychische und körperliche Gesundheit sind gering.

PROBLEMATISCHER KONSUM

Konsum- und Abstinenzphasen können sich abwechseln. Der Konsum führt jedoch zu gesundheitlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen.

Folgende Kriterien müssen nach ICD-10- (Kriterienkatalog. Vergleiche „Sucht- und psychiatrische Komorbiditäten“) Klassifizierung erfüllt sein:

- *Nachweis, dass der Substanzgebrauch ursächlich für soziale, körperliche und/oder psychische Probleme ist*
- *Die Art der Schädigung ist klar benennbar*
- *Konsumiert wird mindestens seit einem Monat und das in den letzten Monaten wiederholt*
- *Die o.g. Kriterien treffen nicht zur gleichen Zeit auf eine andere Störung zu.*

MASSIV PROBLEMATISCHER KONSUM

- *Höhere Intensität als problematischer Konsum*
- *Kontrollverlust*
- *Zwanghafter Konsum*
- *Massiv schädlicher Gebrauch*

HOCHRISIKO-KONSUM

- *Unkontrollierter Konsum, keine Kontrolle über Zunahme der konsumierten Menge*
- *Hoher Konsum bewirkt Zunahme der Begleiterkrankungen und umgekehrt (Kreislauf)*
- *Massive Zunahme der körperlichen, gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemlagen*
- *Gefahr von Überdosierungen*
- *Hohes Infektionsrisiko*
- *Destruktives Verhalten*
- *Die Problemlagen spitzen sich rasch zu (Katastrophenverlauf und evtl. Lebensgefahr).*

ÜBERDOSIERUNG BZW. AKUTE INTOXIKATION

- *Deutliche körperliche Störungen wie z.B. Atemstillstand, Bewusstlosigkeit, Erbrechen*
- *Störungen der Bewusstseinslage, der kognitiven Fähigkeiten, der Wahrnehmung, des Affektes und des Verhaltens*
- *Störungen weiterer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Alle Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den pharmakologischen Wirkungen der Substanz.*

Genderspezifische Unterschiede bei Abhängigkeitserkrankten

Der Begriff **GENDER** kommt heutzutage in vielen gesellschaftlichen Bereichen zum Tragen. Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird *gender* zur Bezeichnung des sozialen Geschlechts genutzt. In Abgrenzung dazu steht die Bezeichnung *sex*, die das biologische Geschlecht kennzeichnet. Erstmals wurde die Begrifflichkeit *gender* in den fünfziger Jahren eingesetzt, um zu unterstreichen, dass die Sozialisation die Geschlechtsidentität bestimmt. Das soziale Geschlecht wurde demnach als unabhängig vom biologischen Geschlecht betrachtet. In den sechziger Jahren im Zusammenhang mit der Frauenrechtsbewegung entwickelte sich in den USA das Diversitätsmanagement (Diversity Management). Durch die Internationalisierung erfolgte auch die Beschäftigung mit diesem Ansatz im europäischen Raum. Im Jahre 2006 wurde in der BRD die Charta der Vielfalt ins Leben gerufen. **DIVERSITY BEDEUTET VERSCHIEDENHEIT, VIELFÄLTIGKEIT** und lässt sich auf die wirtschaftliche, kulturelle und soziale Vielfalt in Gesellschaften beziehen. Sie erfasst die verschiedenen Dimensionen zwischen Menschen, wie ethnische und kulturelle Herkunft, Geschlecht, Gesundheit, sexuelle Orientierung und Alter. In diesem Ansatz geht es darum, für die Individuen unabhängig von Geschlecht, Herkunft, sexuellen Präferenzen und Ethnie die bestmöglichen Entwicklungsvoraussetzungen zu schaffen. In der Drogenarbeit findet dieser Ansatz langsam Berücksichtigung, ist aber bislang noch nicht vollständig umgesetzt und erforscht worden. Aus diesem Grund wird dieser Ansatz im weiteren Verlauf dieses Handbuchs nicht weiter aufgenommen.

FRAUENPOLITIK UND GENDER-MAINSTREAMING

Ein wichtiges Ereignis war das am 1. Juli 1958 in Kraft tretende Gesetz zur Gleichstellung von Mann und Frau.

Frauenpolitik bezeichnet Politik auf staatlicher und institutioneller Ebene. Sie soll auf die gesellschaftliche Situation von Frauen wirksam Einfluss nehmen und bestehende Ungleichheiten aufheben (zum Beispiel durch eine Frauenquote in Führungspositionen). Diese Aufgabe obliegt nur wenigen, speziell dafür beauftragten Personen, wie zum Beispiel den Gleichstellungsbeauftragten in Kommunen und Unternehmen.

Gender-Mainstreaming ist eine Strategie zur Förderung der Gleichstellung der Geschlechter. Sie unterscheidet sich von der Frauenpolitik dadurch, dass es eine umfassendere und präventive Strategie darstellt. Die Ungleichbehandlung von Frauen und Männern soll in allen gesellschaftlichen Bereichen verhindert werden. Dies wird als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen. Eine Ungleichbehandlung soll erst gar nicht entstehen können und unterschiedliche Interessen und Lebenssituationen von Männern und Frauen sollen Berücksichtigung finden.

VERÄNDERUNGEN IM HILFESYSTEM

Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Mann und Frau haben auch Einfluss auf das Konsumverhalten von Frauen und Männern und auf die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen. In der Suchtforschung hat man erst Ende der achtziger Jahre den Ansatz der Frauenforschung aufgegriffen. Die wissenschaftlichen Untersuchungen zu dieser Thematik haben deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufgezeigt. Seit Anfang der neunziger Jahre wird dieses Wissen in die Suchthilfe hineingetragen. Dies hat dazu geführt, dass geschlechtsdifferenzierte Angebote umgesetzt worden sind, die sich im Verlauf der Jahre immer weiterentwickelt haben. In dieser Zeit sind sowohl Beratungsstellen für abhängigkeitskranke Frauen als auch frauenspezifische Therapieeinrichtungen entstanden. Ebenso wurde das Thema „Frau und Sucht“ im Landesprogramm gegen Sucht NRW 2004 aufgenommen. Seit 2011 wird die Landeskoordinierungsstelle Frau und Sucht NRW vom Land NRW gefördert. Sie ist die zentrale Steuerungsstelle für geschlechtsspezifisch ausgerichtete Angebote der Suchtprävention, der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe. Das übergeordnete Ziel ist die Weiterentwicklung der bestehenden Angebote im Bereich Prävention und unterstützende Hilfen. Neben dem frauenspezifischen Ansatz hat Gender-Mainstreaming dazu geführt, dass die speziellen Bedürfnisse von Männern und Frauen in den Angeboten der Suchthilfe Berücksichtigung gefunden haben. Heute ist es Standard, dass neben allgemeinen Angeboten sowohl frauenspezifische als auch männerspezifische Angebote vorgehalten werden.

UNTERSCHIEDE IM ABHÄNGIGKEITSVERHALTEN

Im Abhängigkeitsverhalten von Männern und Frauen lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede festmachen. Männer entwickeln zwei bis dreimal häufiger eine Substanzabhängigkeit als Frauen. Der Konsum von Alkohol und illegalisierten Drogen betrifft klassischer Weise eher Männer. Frauen konsumieren vermehrt psychoaktive Medikamente wie zum Beispiel zentral wirkende Schmerzmittel oder codeinhaltige Medikamente. Während Frauen eher zu Beruhigungs- oder Schlaftabletten greifen, konsumieren Männer meist Drogen, die sie anregen oder aufputschen. Frauen versuchen so, ihren Alltag besser zu bewältigen, für die Kinder zu sorgen,

unauffällig und angepasst zu sein. Sie bevorzugen Substanzen und Stoffe, die eher unauffällig sind und im gesellschaftlichen Alltag als relativ harmlos betrachtet werden.

Bei den Verhaltenssüchten ist eine ähnliche Differenzierung sichtbar. Bei den Frauen dominiert die Kaufsucht und bei den Männern die Glücksspielsucht. Auch heute noch werden abhängigkeitskranke Frauen gesellschaftlich stärker stigmatisiert als abhängigkeitskranke Männer.

Bei Männern ist die Rückfallquote wesentlich höher als bei Frauen. Frauen konsumieren geringere Mengen als Männer und entwickeln eher eine Abhängigkeit. Körperliche Schädigungen treten eher als bei Männern auf (z.B. Schädigungen von Herz und Leber). Leiden Frauen an einer Abhängigkeitserkrankung, nehmen sie seltener suchtspezifische Behandlungsangebote in Anspruch; sie werden häufiger in psychiatrischen Institutionen behandelt.

PRAKTISCHE KONSEQUENZEN FÜR DIE SUCHTHILFE

Den unterschiedlichen Bedarfslagen von Frauen und Männern entsprechend hält die Suchthilfe ein breitgefächertes Angebot vor. Frauen stellen in der Gruppe der suchtmittelabhängigen Personen die Minderheit dar. Der Anteil der Frauen bewegt sich zwischen 15 % und 30 %. Betroffene Frauen leben häufiger mit ihren Kindern zusammen als betroffene Männer. Aus diesem Grund ist es für Frauen wichtig, unterstützende Angebote nutzen zu können, die es ihnen ermöglichen, mit ihren Kindern auch weiterhin zusammen leben zu können und die gleichzeitig auch den Kindern Schutz und Unterstützung bieten. Zu diesen Angeboten zählen: die Substitution mit einem Ersatzstoff wie zum Beispiel Methadon oder Subutex, begleitende Hilfen in der Schwangerschaft, nach der Entbindung und im weiteren Verlauf des gemeinsamen Lebens. Dazu gehören zum Beispiel Angebote wie Kids&Ko, Fit Kids, pädagogische Gruppen für Kinder aus suchtbelasteten Familien und stationäre Therapieeinrichtungen für Eltern mit Kindern. Auch wenn sich die Zuschreibungen zu den Geschlechterrollen langsam ändern, haben alte Muster und Zuschreibungen weiterhin Bestand. Das bedeutet, dass Frauen in der Gruppe der Betroffenen eher einen niedrigeren Status einnehmen und häufiger Opfer von Gewalt werden. In gemischtgeschlechtli-

chen Therapieeinrichtungen gehört es auch heute noch zum alltäglichen Bild, dass nur ca. 10 % – 30 % der Patient*innen Frauen sind. Diese Verteilung kann dazu führen, dass alte Muster nicht verändert werden können und damit der Therapieerfolg gemindert wird. Wenn Frauen Opfer von Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch geworden sind, ist es ihnen häufig nicht möglich, in einer gemischtgeschlechtlichen Therapieeinrichtung ihre Abhängigkeit zu bearbeiten. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass Frauen frauenspezifische Therapieeinrichtungen beziehungsweise Therapieangebote zur Verfügung stehen. In der ambulanten Beratung sollte für Frauen immer eine Beraterin ansprechbar sein, die bei Bedarf die Beratung und Begleitung übernehmen kann. Viele Konsumentinnen illegalisierter Drogen finanzieren ihren Suchtmittelbedarf im Verlauf ihrer Abhängigkeit durch Prostitution. Es ist ihnen wichtig, nicht strafrechtlich relevant auffällig zu werden und Haftstrafen zu vermeiden. Auch in diesem Zusammenhang werden Frauen häufig Opfer von Gewalt und überschreiten ihre psychischen und physischen Grenzen. Dieses Thema ist mit einer großen Scham besetzt und benötigt eine sensible und parteiliche Beratung.

Für Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung sind häufig ganz andere Themen relevant. Viele Männer haben zwar Kinder, leben aber getrennt von ihnen. Häufig besteht kein verbindlicher Kontakt zu der Familie. Gerade Männer mit einer Abhängigkeit von illegalisierten Drogen werden häufiger inhaftiert und haben im Schnitt eine Haftzeit von fünf Jahren. Aus diesen Gründen sollten Männer auf eine männerspezifische Beratung zurückgreifen können, die dieses Thema im Fokus hat. Auch Männer werden in ihrer Kindheit und Jugendzeit natürlich Opfer von Gewalt und Missbrauch. Während Frauen aber oft immer wieder die Opferrolle einnehmen, werden Männer eher zu „Tätern“, die durch Gewalttaten und andere kriminelle Aktivitäten auffällig werden. Hier bietet die ambulante und stationäre Suchthilfe Gruppen- und Einzelgespräche, die die Bearbeitung dieser Problematik unterstützen und ermöglichen sollen. Weiterhin bestehende traditionelle Muster- und Geschlechterrollenzuschreibungen führen dazu, dass bei Männern oft viel später eine psychiatrische Diagnostik erfolgt als bei Frauen. Dadurch erhalten Männer auch heute noch seltener oder später eine angemessene medizinische Versorgung und Unterstützung.

Den unterschiedlichen Bedarfslagen von Frauen und Männern entsprechend, hält die Suchthilfe ein breitgefächertes Angebot vor.

Das Konzept von Harm Reduction/ Schadensminimierung

In den siebziger Jahren konnten nur wenige Drogenkonsument*innen von den Angeboten des Drogenhilfesystems profitieren. Der Grund hierfür lag im Vorhalten von Hilfsangeboten, die ausschließlich auf diejenigen abzielten, die erklärtermaßen abstinent leben wollten. All diejenigen, die diesen Anspruch nicht erfüllen konnten oder wollten, wurden vom Angebot des Hilfesystems ausgeschlossen. Die abstinentorientierte Behandlung war der Königsweg. Diejenigen, die dem Abstinenzparadigma nicht folgen konnten oder wollten, wurden so zunehmend in die Verelendung gedrängt und wurden einem erhöhten Lebensrisiko ausgesetzt. Dieses System war für 2/3 der Drogenkonsument*innen permanenter Alltag. Durch die Initiative einzelner Träger und Personen wurde Mitte der siebziger Jahre dieses System zunehmend in Frage gestellt. Es wurde als nicht ethisch und wenig zielführend bewertet. So entstand die Idee, neben dem Paradigma der Abstinenz andere, gleichwertige Angebote zu initiieren, die auch denjenigen helfen sollten, die ihren Konsum weiterführen wollten oder mussten.

Durch die Verbreitung von HIV und Aids Anfang der 80iger Jahre wurde der politische Boden für diese nicht abstinentorientierte Angebote bereitet. Auch in Deutschland wurden nun -ähnlich wie in anderen europäischen Ländern- Substitutionsprogramme eingeführt. Heute sind Substitutionsbehandlungen „state of the art“ und nicht mehr wegzudenkender Bestandteil eines funktionierenden Drogenhilfesystems. Sie sichern Überleben, sie vermindern kriminelle Handlungen und tragen zu Gesundung des Einzelnen bei.

Die Drogenhilfe heutiger Prägung hält sowohl abstinentorientierte Angebote als auch Angebote der Überlebenseicherung in allen Bundesländern vor. Dazu gehören u.a. Drogenkonsumräume, Spritzenaustauschprogramme und Hilfen zur sozialen und beruflichen Integration.

Über einen niedrighwelligen Zugang können Drogenkonsumierende Hilfestellungen ohne besondere Vorbedingungen bekommen. Auf Appelle zur sofortigen Verhaltensänderung wird verzichtet. Die Angebote des Harm Reduction-Ansatzes entsprechen den Bedürfnissen der Menschen und sind abhängig von ihrer individuellen Lebenslage. Sie sind frei von Zwang und stehen für praktikable Lösungen. Das Motto: das „Wichtigste immer zuerst“.

Entscheidend bei dem Konzept von Harm Reduction ist, dass es nicht primär um Abstinenz, sondern um Risikominimierung und die Sicherung des Überlebens geht. Denn nur wer überlebt, kann auch andere Angebote wie beispielsweise therapeutische Interventionen oder gesundheitsorientierte Angebote wahrnehmen.

Schadensminimierung sollte sich nicht nur auf die Probleme des einzelnen Drogenkonsumenten oder der Drogenkonsumentin beschränken, sondern auch politisch notwendige Lösungen vorantreiben.

Angebote von Harm Reduction sollen die Konsument*innen dabei unterstützen, ihr Verhalten zu verändern, ihr persönliches Risiko zu minimieren und somit ihr Überleben zu sichern.

Gleichzeitig müssen eine nationale und internationale Gesetzgebung und Drogenpolitik infrage gestellt werden, die die gesundheitlichen Risiken und Schäden von Drogenkonsum nicht nur verschärft und billigend in Kauf nehmen, sondern diese ursächlich mit verschulden.

Das Konzept von Harm Reduction ist nicht festgeschrieben, sondern soll von allen Beteiligten kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dabei geht es zum einen um die Planung und Fortentwicklung von politischen Maßnahmen, zum anderen um die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Programmen zur Risikominimierung in jeglicher Hinsicht.

BEREITS UMGESETZTE MASSNAHMEN VON HARM REDUCTION

- *Spritzenvergabe, Kondomvergabe*
- *Substitutionsbehandlung (Methadonverschreibung)*
- *Drogenkonsumräume*
- *Beratungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der konsumierten Substanzen, Impfprogrammen und Angeboten ärztlicher Untersuchung und Betreuung*
- *Verhinderung von Wohnungslosigkeit*
- *Förderung sozialer Stabilisierung*
- *Tagesstrukturierende Maßnahmen*
- *Re-Integration in Arbeit und Beruf*
- *Verbesserung der Health Literacy/Zugang zu medizinischer Versorgung*
- *Essensausgabe und weitergehende Beratungen zu strafrechtlichen und sozialen Fragen*
- *Ansätze einer Entkriminalisierung*

TO DO

- *Entkriminalisierung und Veränderung der aktuellen Gesetzeslage*
- *Erleichterung des Zugangs zu schadensminimierenden Maßnahmen*
- *Originalstoffvergabe*
- *Drugs checking/Qualitätskontrolle*

Kommunikation und pflegerischer Alltag

Kommunikation umfasst alle Fähigkeiten des Menschen, sich anderen mitzuteilen und andere zu verstehen. Die Kommunikationsfähigkeit ist ein Teil der menschlichen sozialen Intelligenz und ermöglicht den Austausch der Menschen untereinander. Dabei geht es um Botschaften, Wünsche, Erwartungen und Gefühle. Kommunikation ist alltäglich und verläuft scheinbar selbstverständlich. Es gibt keine „Nicht-Kommunikation“. Eine Verständigung wird dann erschwert oder verhindert, wenn der gegenseitige Austausch zu Missverständnissen oder gar Konflikten führt. Um diese Störung zu verhindern bzw. zu minimieren, haben Wissenschaftler verschiedene Kommunikationsmodelle entwickelt.

■ DIE 4 WICHTIGSTEN KOMMUNIKATIONSMODELLE:

DAS EISBERGMODELL (Sigmund Freud, von dem die Grundidee des Unterbewussten stammt und Paul Watzlawick, der dieses Konzept in den Bereich der Kommunikation übertragen hat)

DAS VIER-SEITEN- ODER VIER-OHREN-MODELL (Friedemann Schultz von Thun, deutscher Kommunikationswissenschaftler)

DIE TRANSAKTIONSANALYSE (Eric Berne, amerikanischer Psychologe)

DAS SENDER-EMPFÄNGER MODELL (Claude Shannon und Warren Weaver, amerikanische Mathematiker)

■ DAS EISBERGMODELL

beruht auf der Grundannahme von Sigmund Freud, dass die überwiegenden Anteile der Psyche im unbewussten Bereich der Persönlichkeit liegen und nur ein kleiner Teil zutage tritt. Dem Eisbergmodell liegt das gleiche Prinzip zugrunde, nur ein kleiner Teil (20%) befindet sich über der Wasseroberfläche, der weitaus größere Teil (80%) bleibt unter der Wasseroberfläche verborgen. Paul Watzlawick, ein österreichisch-amerikanischer Kommunikationswissenschaftler, hat diese Theorie auf die Kommunikation übertragen. Demnach gibt es den sichtbaren Bereich der Sachebene (rational) und den unsichtbaren Bereich der Beziehungsebene (emotional). Die Verteilung, auch Pareto-Prinzip genannt, ist hier ebenso 20 zu 80.

In der alltäglichen Kommunikation bedeutet dies, dass nur ein kleiner Teil der Botschaft wahrnehmbar ist und zwar die Information auf der Sachebene. Die Botschaften der Beziehungsebene (Gefühle, Stimmungen oder Empfindungen) beeinflussen diese jedoch nicht unerheblich. Nach Watzlawick hat eine gestörte Beziehungsebene auch deutliche Auswirkungen auf die Inhaltsebene. Ein sachliches Gespräch kann sehr schnell eskalieren, wenn nicht berücksichtigt wird, welche unbewussten Botschaften vielleicht mittransportiert werden.

■ DAS VIER-SEITEN- ODER VIER-OHREN-MODELL

von dem deutschen Kommunikationswissenschaftler Friedemann Schultz von Thun unterscheidet in jeder Botschaft vier verschiedene Ebenen:

DIE SACHEBENE: *der/die Sprecher*in informiert über Daten, Fakten und Informationen*

DIE SELBSTKUNDGABE: *was gibt der/die Sprecher*in über sich selber preis? Dies geschieht oft unbewusst, ermöglicht aber einen Einblick in die Gefühlswelt und Persönlichkeit*

DIE BEZIEHUNGSEBENE: *wie steht der/die Sender*in zum/r Empfänger*in und was hält er von ihr/ihm? Hier spielen Wertschätzung, Respekt, Abneigung, Nähe oder Distanz eine große Rolle. Die Wortwahl, der Tonfall, aber auch Mimik und Körpersprache zeigen, wie die beiden Kommunizierenden zueinander stehen*

DER APPELL: *der/die Sprecher*in möchte etwas erreichen und eine Reaktion der Gegenseite hervorrufen. Entweder soll etwas Bestimmtes getan oder unterlassen werden.*

Nach diesem Modell entstehen Konflikte dann, wenn die vier Seiten einer Nachricht von Sender*in und Empfänger*in unterschiedlich gedeutet werden. Auf Seiten des/der Empfänger*in spricht man auch von dem Vier-Ohren-Modell, wobei jedem Ohr eine Ebene zugeordnet wird. Manchmal werden sie aber nicht auf dem richtigen Ohr gehört, sondern landen auf der falschen Interpretationsseite. So kann eine Sachinformation auf dem Beziehungsohr gehört werden und folglich Konflikte auslösen.

Auch in diesem Kommunikationsmodell ist es wichtig zu berücksichtigen, dass Botschaften möglicherweise nicht so ankommen wie erwünscht. Die Beziehungsebene spielt oft eine weitaus größere Rolle als die Sachebene. Ein Teil der Kommunikation ist immer nonverbal und nicht von den Informationsinhalten zu trennen.

■ DIE TRANSAKTIONSANALYSE

wurde in den sechziger Jahren von dem amerikanischen Psychologen Eric Berne entwickelt. Berne ging davon aus, dass der Mensch in der Regel von drei Persönlichkeits-Ebenen heraus agieren kann. Die drei Zustände benannte er

- **DAS ELTERN-ICH**
- **DAS ERWACHSENEN-ICH**
- **DAS KIND-ICH**

Diese Ich-Zustände hat jeder Mensch bereits in seiner Kindheit entwickelt, sie sind bei jedem unterschiedlich ausgeprägt und werden situationsbedingt gewechselt. Wird eine Ebene in einem falschen Zusammenhang gewählt, kommt es zu Störungen in der Kommunikation.

Als **ELTERN-ICH** bezeichnet Berne ein Kommunikationsverhalten mit positiven, fürsorglichen, aber auch negativen und kritischen Botschaften. Es kann Sorge um die andere Person ausdrücken, auf der anderen Seite auch Zurechtweisung und Kritik. Spricht ein/e Gesprächspartner*in auf der Ebene des Eltern-Ichs, kann auf der anderen Seite eine Kind-Ich Reaktion ausgelöst werden.

Das **ERWACHSENEN-ICH** ist durch eine respektvolle, sachliche und rational durchdachte Kommunikation geprägt. Diese Kommunikationsebene verspricht die meisten Erfolge, da sich die jeweiligen Gesprächspartner*innen respektieren und achten und sich auf die eigentlichen Gesprächsinhalte konzentrieren können.

Das **KIND-ICH** äußert sich durch ein verspieltes und trotziges Verhalten und reagiert auf seine unmittelbaren Bedürfnisse. Die Handlungen sind einfallsreich und intuitiv. Der Wechsel von unbeschwertem zu trotzigem und widerständigem Verhalten ist fließend.

Welche dieser drei Ich-Zustände in der jeweiligen Kommunikation zum Tragen kommen, entscheiden vorherige Erfahrungen, Wünsche, Bedürfnisse und die Vorgeschichte des aktuellen Geschehens. Konflikte treten dann auf, wenn unterschiedliche Ich-Zustände aufeinandertreffen. Eine Kommunikation auf der gleichen Ebene bedeutet meist eine erfolgreiche Verständigung. In Situationen, in denen unterschiedliche Ebenen aufeinander treffen, müsste eine der beiden Seiten den eigenen Ich-Zustand hinterfragen und ändern. Dies setzt allerdings die Fähigkeit zu reflektieren voraus.

■ DAS SENDER-EMPFÄNGER MODELL

Das Modell der amerikanischen Mathematiker Claude Shannon und Warren Weaver (an mancher Stelle wird auch Stuart Hall als Begründer dieses Kommunikationsmodell benannt) besagt, dass Kommunikation aus zwei Seiten besteht. Einem/r Sender*in, der/die eine Nachricht weitergeben möchte und einem/r Empfänger*in, der/die diese erhält. Beide Mathematiker arbeiteten in einer Telefongesellschaft und ihre Aufgabe war die Reduktion der Störanfälligkeit zwischen Übertragung und Empfang. Shannon und Weaver gingen von einem/r Sender*in als Informationsquelle aus und einem/r Empfänger*in als Adressaten. Das Sendegerät war der Kodierer, das Empfangsgerät der Dekodierer. Es gab die zu übertragenden Signale, einen Übertragungskanal sowie potenzielle Störungen. Bedingung für den Kommunikationsprozess war die Einrichtung eines geeigneten Kommunikationskanals.

Dieses, anfangs rein technische Modell, wurde weiterentwickelt und ist heute ein klassisches Kommunikationsmodell.

ES BESTEHT AUS 7 SCHRITTEN:

1. *Sender*in A hat eine Absicht oder ein Anliegen*
2. *Er/Sie übersetzt sie in Worte*
3. *Er/Sie sendet die Nachricht bzw. spricht sie aus*
4. *Die Nachricht wird übermittelt*
5. *Empfänger*in B empfängt bzw. hört die Nachricht*
6. *Die Nachricht wird übersetzt*
7. *Die Bedeutung der Nachricht wird interpretiert*

Hat die/der Empfänger*in B die Nachricht von dem/der Sender*in A interpretiert, wird mit der Antwort ein neuer Vorgang der Kommunikation eingeleitet, diesmal jedoch in umgekehrter Richtung. Die Reaktion von B zeigt A, ob die Botschaft verstanden wurde.

Die Wirkung der Worte, die A bei B erzielt, ist in diesem Kommunikationsprozess wichtiger als die Absicht, die Sender*in A vermitteln will. Sender*in A und Empfänger*in B sind in gleichem Maße daran beteiligt, dass die Kommunikation gelingt. Die Aufgabe von Sender*in A ist es deshalb, klare und unmissverständliche Botschaften zu senden, von Empfänger*in B gut zuzuhören und das Gesagte solange nachzufragen, bis die Botschaft im Sinne von A verstanden ist. Neben der Sprache spielen auch hier nonverbale Signale wie Mimik und Gestik eine große Rolle.

Fehler oder Störungen können auftreten, wenn z.B. Sender*in A nicht die richtigen Worte findet oder unklare Aussagen trifft, wenn Empfänger*in B die benutzten Worte nicht kennt oder sie akustisch nicht versteht. Sie können dann unterschiedlich gedeutet werden - es kommt zu Missverständnissen. Da Menschen unterschiedliche Ausdrucksweisen, einen anderen Bezugsrahmen oder eine ganz eigene Sicht der Dinge haben, ist der Austausch von Informationen ein sensibler Prozess. Bereits eine kleine Abweichung vom Codeschema kann eine Störung im Kommunikationsprozess auslösen. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen:

In unserer Kultur bedeutet das Nicken mit dem Kopf eine Zustimmung, in einigen asiatischen Ländern allerdings bedeutet ein Nicken Verneinung. Unterhalten sich 2 Menschen aus diesen Kulturen miteinander und es nickt eine/r, wird das Gegenüber dieses möglicherweise falsch interpretieren.

Missverständnisse können aber genauso passieren, wenn jemand nicht richtig zuhört, das Gesagte in einem anderen Kontext aufnimmt oder wenn die Stimmungen nicht zusammenpassen und das Gesagte z.B. negativer interpretiert wird, als dies gemeint war.

Als erfolgreich kann die Kommunikation gewertet werden, wenn die gesendete Nachricht mit der Empfangenen identisch ist. Voraussetzung dafür ist, dass Ver- und Entschlüsselung übereinstimmen und die Übertragung störungsfrei abläuft.

■ GRUNDASPEKTE FÜR EINE GUTE KOMMUNIKATION

Alle 4 Kommunikationsmodelle setzen sich mit unserer täglichen Verständigung auseinander und betonen neben der verbalen auch die non-verbale Kommunikation. Nur 5% – 7% des Inhalts der Kommunikation machen die Sachbotschaft aus. Viel entscheidender sind mit 20 – 30% Stimme, Tonfall und Sprechrhythmus. Und mit 60 – 70% die nonverbale Kommunikation mittels Gestik, Mimik, Körperhaltung und Bewegungsabläufe. Zur Gestaltung einer gelingenden Kommunikation gehören also bestimmte Gesprächsvoraussetzungen. Erstens eine wertschätzende, akzeptierende Grundhaltung, die auf Veränderungsappelle verzichtet. Zweitens eine klare und verständliche Sprache sowie das Bewusstmachen der eigenen Einstellungen und inneren Haltungen. Drittens die Beachtung der Tatsache, dass jeder Mensch eine für sich individuelle geprägte Wahrnehmung der Welt hat, die Informationen in bekannten Mustern filtert und bestrebt ist, seine Selbständigkeit zu erhalten.

■ WELCHEN EINFLUSS HABEN DIESE VERSCHIEDENEN KOMMUNIKATIONSMODELLE AUF DEN PFLEGERISCHEN ALLTAG?

Im Kontakt zwischen zu pflegenden Menschen und Pflegekräften gibt es eine strukturell bedingte Schieflage, die den Alltag erschweren kann.

Im Gegensatz zur Pflegekraft ist der/die zu Pflegenden auf Hilfe angewiesen. Für die meisten Menschen stellt es eine schwerwiegende Veränderung dar, wenn sie nicht mehr ohne fremde Unterstützung ihr alltägliches Leben meistern können. Zwar weiß die Mehrzahl der Betroffenen zu schätzen, dass man in der eigenen Wohnung verbleiben kann, gleichzeitig hat man Schwierigkeiten damit, dass fremde Menschen die Privatsphäre betreten. Gerade abhängigkeiterkrankte Menschen haben vielfach auf unterschiedlichen Ebenen Diskriminierung und abwertendes Verhalten erlebt; auch durch Vertreter*innen des Hilfe- und Gesundheitssystems. Dies kann zu Misstrauen und ablehnendem Verhalten gegenüber Personen dieser Berufsgruppen führen.

In Anbetracht dieser Problematik ist klar, dass eine zusätzliche Schieflage, die durch eine nicht sorgfältige Kommunikation entstehen kann, zu vermeiden ist.

Die Berücksichtigung der hier aufgeführten 4 Modelle dürfte einen erfolgreichen Kommunikationsverlauf fördern. Im Pflegealltag ist eine gelungene Kommunikation von zentraler Bedeutung für die positive Strukturierung des Kontaktes.

WICHTIG IN DER KOMMUNIKATION SIND DEMNACH:

- *Berücksichtigung der strukturellen Schieflage der Beziehung, der unterschiedlichen Positionen, Rollen und Funktionen*
- *Klare Formulierungen, konzentriertes Zuhören und Überprüfung des Empfangs*
- *Beachtung der Bedeutung nicht verbaler Kommunikation*
- *Berücksichtigung kultureller Unterschiede*
- *Positive Gestaltung der Gesprächs- und Kontaktumgebung*
- *Wahrung einer wertschätzenden, respektvollen Haltung*
- *Berücksichtigung der eigenen jeweiligen Tagesform*

Zur Gestaltung einer gelingenden Kommunikation gehören bestimmte Gesprächsvoraussetzungen.

Deeskalation/Konfliktmanagement

Deeskalation bedeutet das Verhindern und/oder Reduzieren von Konflikten. Das Sich-Aufschaukeln von Prozessen und die Entstehung von „Teufelskreisen“ soll vermieden werden.

Deeskalation ist ein wichtiges Thema in der Pflege, da es hier häufiger zu verbalen und/oder körperlichen Übergriffen kommen kann. Laut Studien wurden 72 bis 78% der Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen bereits einmal verbal angegriffen und 28% erlebten mindestens einmal im Monat massive Gewalt von Patienten*innen oder Angehörigen (Tim Bärsch, Marian Rohde: Deeskalation in der Pflege). Deeskalierende Methoden bauen darauf auf, Differenzen zwischen den Parteien zu überbrücken und das Aggressionspotential zu reduzieren. Eine deeskalierende Methode stellen besondere Gesprächstechniken dar.

VORBEUGUNG

Die erste Möglichkeit der Deeskalation ist die Haltung, mit der wir einer Person begegnen. Wertschätzung, **EMPATHIE** (einführendes Verstehen) und ein guter Kontakt sind die Pfeiler einer guten gemeinsamen Arbeit. Für ein gutes Miteinander ist es positiv, ein konfliktfähiges Vorbild zu sein, das fair streiten und Fehler zugeben kann. Ebenfalls ist eine Begegnung ohne Vorurteile entscheidend für eine gute Begegnung.

Folgenden Gesprächstechniken des aktiven Zuhörens wird eine deeskalierende Wirkung zugeschrieben:

ZUHÖRMODELLE NACH ROGERS UND NACH STEIL, GEWALTFREIE KOMMUNIKATION NACH ROSENBERG UND GORDON-MODELL.

AKTIVES ZUHÖREN

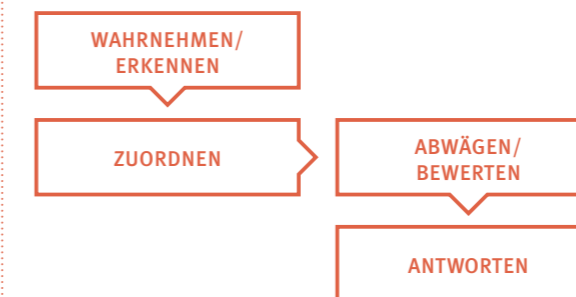
Unter „Aktivem Zuhören“ versteht man eine gefühlsbetonte Reaktion eines*r Gesprächspartners*in auf die Botschaft des/der Sprechers*in. Carl Rogers hat aktives Zuhören erstmals als Methode für die klientenzentrierte Psychotherapie beschrieben. Sein Ansatz schließt auch die emotionale Ebene, nonverbale Äußerungen und gegenseitiges Wohlwollen ein.

ZIEL des aktiven Zuhörens ist unter anderem der Aufbau gegenseitigen Vertrauens, Verminderung von Missverständnissen, Verbesserung der Problemlösung und das Lernen durch Rückmeldung.

ZUHÖRMODELLE

MODELL NACH CARL ROGERS

Carl Rogers veranschaulicht den Prozess des Hörens und Verstehens in vier Stufen. (Vier Stufen des Verstehens nach Rogers, bei Stauder, 1994)



Nach Rogers sind die wesentlichen Elemente

FOLGENDE DREI LEITLINIEN/AXIOME:

- Empathische und offene Grundhaltung
- Authentisches und kongruentes Auftreten
- Akzeptanz und positive Beachtung der anderen Person.

Weiterhin wird das Verstehen des Sprechers durch

FOLGENDE VERHALTENSWEISEN positiv unterstützt:

- Sich auf das Gegenüber einlassen, konzentrieren und dies durch die eigene Körperhaltung ausdrücken
- Mit der eigenen Meinung zurückhaltend umgehen
- Nachfragen bei Unklarheiten
- Zuhören heißt nicht gutheißen
- Pausen aushalten, sie können ein Zeichen für Unklarheiten, Angst oder Ratlosigkeit sein
- Auf die eigenen Gefühle achten
- Die Gefühle des Partners erkennen und ansprechen
- Bestätigende kurze Äußerungen
- Geduld haben und den Sprecher nicht unterbrechen, ausreden lassen
- Blickkontakt halten
- Sich durch Vorwürfe und Kritik nicht aus der Ruhe bringen lassen
- Empathie ausüben und sich innerlich in die Situation des Sprechers versetzen.

WIBR-MODELL NACH LYMAN K. STEIL

Das Modell von L.K. Steil geht ebenfalls von einem vierstufigen Modell aus:

1. **WAHRNEHMUNG (W)** Interessenabhängiges Hören, Begreifen von Körpersprache und Gesichtsausdruck.
2. **INTERPRETATION (I)** Sinnerfahrung und Deutung auf der Grundlage eigener Erfahrungen
3. **BEWERTUNG (B)** Annahme oder Ablehnung aufgrund eigener Wissens, sowie eigener gesellschaftlicher Wertevorstellungen
4. **REAKTION (R)** Antwort in einer angemessenen Form verbal oder nonverbal. Auch ein Nicht-Verhalten wird als Kommunikation wahrgenommen (P. Watzlawick).

DAS HANDLUNGSKONZEPT DER „GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION“ NACH MARSHALL B. ROSENBERG

In den 70-iger Jahren entwickelte Marshall B. Rosenberg sein Modell der „Gewaltfreien Kommunikation“. Ziel sollte die Lösung von Konflikten sein, in der es keine Gewinner oder Verlierer gibt. Eine verbindlich empathische Kommunikation sollte die Möglichkeit schaffen, sich aufrichtig mitzuteilen und wirklich zuzuhören.

Die „Gewaltfreie Kommunikation“ ist mittlerweile der meistgenutzte Trainingsansatz und wird nicht nur als Kommunikation im Alltag genutzt, sondern auch bei friedlichen Konfliktlösungen im persönlichen, beruflichen und politischen Bereich. Mittlerweile gibt es Zentren in 65 Ländern und über 500 ausgebildete Trainer*innen. Rosenberg selbst war in vielen Krisenregionen und ökonomisch benachteiligten Gebieten der Welt unterwegs, um zu vermitteln und einen Beitrag zu friedliche Konfliktlösungen anzubieten.

GRUNDLAGEN UND ZIELE DER „GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION“

Grundlage der „Gewaltfreien Kommunikation“ ist die Erkenntnis, dass alle Lebewesen eins, miteinander verbunden und wechselseitig voneinander abhängig sind. Jeder/jede sollte für sein/ihr Tun Verantwortung übernehmen.

Die innere Einstellung bestimmt Wahrnehmung, Denken und Reagieren sowie das Handeln. Urteile, Erwartungen und Vorstellungen, wie etwas zu sein oder der/die Andere sich zu benehmen hat, sollten in der Kommunikation keine Rolle spielen. Das Handeln aus Pflicht oder ein „Muss-Denken“ sollte sich hin bewegen zu: ich möchte das und ich entscheide mich dafür.

„Gewaltfreie Kommunikation“ ist ein Prozess und die Sprache sollte dabei nicht statisch sein. Der „Achtsamkeit“ als Prinzip kommt eine große Bedeutung zu.

Eine wertschätzende Beziehung beider Kommunikationspartner*innen ermöglicht mehr Kooperation und gemeinsame Kreativität im täglichen Zusammenleben. Dabei hat die Form und Sprache einen entscheidenden Einfluss. Eine Anfrage sollte als Bitte formuliert werden und nicht als Forderung. Es geht nicht darum, eine Pflicht abzuarbeiten oder andere „in die Pflicht zu nehmen“. Kritik sollte konstruktiv geäußert werden und nicht so, dass die Energie des Gegenübers gleich in die Verteidigung oder den Gegenangriff übergeht. Ein moralisches Urteilen über den*die Kommunikationspartner*in sollte vermieden werden. Bedürfnisse und Gefühle, die hinter Handlungen liegen, sollten bewusst gemacht und ehrlich und klar ausgedrückt werden. Die Selbstempathie ist genauso wichtig wie die Empathie für den anderen.

DAS GRUNDMODELL DER „GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION“

Das Grundgerüst in der „Gewaltfreien Kommunikation“ ist das 4 Schritte Modell. Es dient als Leitfaden für eine gelingende Kommunikation ohne Bewertung oder Vorwurf. Gefühle und Bedürfnisse aller Beteiligten dürfen gehört und ausgedrückt werden.

FOLGENDE VIER SCHRITTE können die jeweils eigenen Anliegen in Konfliktsituationen bewusst werden lassen:

1. **BEOBSACHTUNGEN** *Was sehe und höre ich, was nehme ich wahr, ohne mich selbst oder mein Gegenüber zu verurteilen?*
2. **GEFÜHLE** *Was fühle ich, ohne jemand anderen dafür verantwortlich zu machen?*
3. **BEDÜRFNISSE** *Auf welche unerfüllten Bedürfnisse weisen meine Gefühle hin?*
4. **BITTEN** *Worum möchte ich jemand bitten und was möchte ich selbst tun?*

Diese Schritte verwenden wir als **SELBSTMITTEILUNG** sowie auch als **EINFÜHLUNG IN MEIN GEGENÜBER** – wie geht es ihr/ihm, was ist ihr/ihm wichtig?

Im Prozess der „Gewaltfreien Kommunikation“ wird gewechselt zwischen Aufrichtigkeit und mitfühlendem Verständnis. Auf dieser Basis ist kooperatives Verhalten wahrscheinlich und kann zu Veränderungen führen.

Das Grundmodell ist nach Rosenberg eine Übergangshilfe zur Schulung der Aufmerksamkeit. Es kann sehr lange dauern, bis die „Gewaltfreie Kommunikation“ zur Alltagssprache und flüssigen Kommunikation wird.

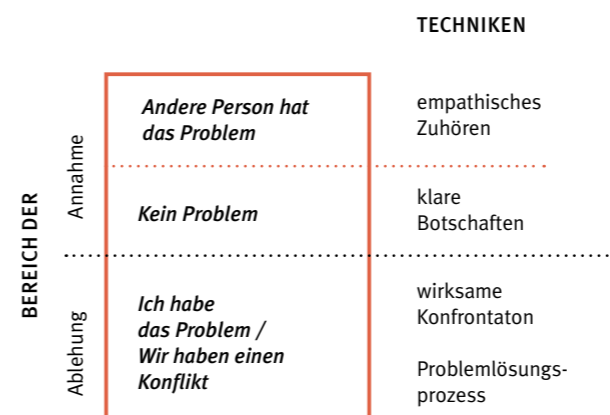
Sollten dennoch im Gespräch keine Lösungen gefunden werden und Grenzen gesetzt werden müssen, dann sollten sie so gewählt werden, dass weitere Verletzungen vermieden werden. Die Grenzen sollten als Schutz dienen und nicht zur reinen Machtausübung genutzt werden. Erst dann besteht die Möglichkeit, erneut in Kontakt zu treten und nach einer Konfliktlösung zu suchen.

DAS GORDON-MODELL (THOMAS GORDON)

Das von Th. Gordon entwickelte Kommunikationsmodell soll zu einem gestärkten Vertrauen und nachhaltiger Entspannung im Miteinander führen. Es unterstützt eine Konfliktlösung, die für alle Beteiligten annehmbare Möglichkeiten beinhaltet.

Die Kernaussage stellt das Verhaltensfenster (siehe Graphik) dar, mit dessen Hilfe man ein Verhalten in den Bereich der Annahme oder der Ablehnung zuordnet. Auf der Grundlage der Zuordnung hat Gordon verschiedene Techniken entwickelt, die zur Lösung des Problems beitragen können.

VERHALTENSFENSTER



DAS VERHALTENSFENSTER UND DIE DAMIT EINHERGEHENDEN TECHNIKEN:

- *Das emphatische Zuhören, wenn eine Person ein Problem hat.*
- *Das Senden von klaren Botschaften, um die Beziehung zu stärken und das Vertrauen gegenseitig zu vertiefen.*
- *Die wirksame Konfrontation, die hilft, die Bedürfnisse anzumelden, ohne die Bedürfnisse der anderen Person zu beeinträchtigen.*
- *Den Problemlösungsprozess im bestehenden Konflikt mit einer nachhaltigen Lösung*

Es sollte immer das Ziel bestehen, dass Fenster der Annahme zu vergrößern. Dies ist nach Gordon mit einfachen Veränderungen zum Beispiel im Bereich des Zeitmanagements oder im Bereich der Umgebung möglich. Immer im Sinne seiner Grundaussage: „Ich bin wichtig – du bist wichtig – wir sind wichtig“.

Abschließend ist zu sehen, dass alle vorgestellten Modelle auf den gleiche Grundannahmen aufbauen:

1. **EINE POSITIVE GRUNDHALTUNG** *Kein Machtmissbrauch, „Wie möchte ich gerne als Patient behandelt werden?“*
2. **KLARE ABSPRACHEN** *Faire Absprachen und ihre Einhaltung*
3. **EINE POSITIVE UMGEBUNGSGESTALTUNG**
4. **KLARE REGELN** *Regeln und Konsequenzen sollten transparent sein*
5. **EINE GESCHULTE WAHRNEHMUNG**
6. **SELBSTREGULATION EMOTIONALER IMPULSE** *Nur wenn eine Fachkraft ihren Stress bewältigt, kann sie Situationen ruhig angehen*

Für welche Methode und welche Werkzeuge man sich entscheidet hängt auch immer von den beteiligten Personen ab.

Übersicht der Substanzen

Die Liste der hier aufgeführten Substanzen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie bildet lediglich **DIE AM HÄUFIGST KONSUMIERTEN STOFFE** ab. Eine Ausnahme bildet Crystal Meth, welches eher in den neuen Bundesländern bevorzugt konsumiert wird, großes mediales Interesse hervorruft und hier lediglich der Vollständigkeit erwähnt wird.

Die hier folgenden Substanzbeschreibungen geben einen allgemeinen Überblick über Zusammensetzung, Wirkung und Nebenwirkungen. Die Auswirkungen von Drogen müssen individuell betrachtet werden. Dauer der Einnahme, Toleranzentwicklung, körperliche und seelische Konstitution, Setting etc. spielen bei den Auswirkungen des Konsums eine entscheidende Rolle. Nachfolgend werden folgende illegalen Substanzen ausführlicher beschrieben:

1. Amphetamine (*Speed / Pep*)
2. Benzodiazepine
3. Cannabis
4. Crack
5. Heroin
6. Kokain
7. MDMA (*Ecstasy*)
8. Methamphetamin (*Crystal*)

Beschreibungen der am häufigsten konsumierten Substanzen

Suchtmittel

Die Geschichte der verschiedenen Substanzen zur Beeinflussung des Nervensystems, die zu Rauschzuständen und Bewusstseinsveränderungen führen, reicht weit zurück. Substanzen, die die Sinne beeinflussen, **GAB ES SCHON VOR VIELEN TAUSEND JAHREN**. So wurde schon in der Steinzeit Bier gebraut, auch die Verwendung von Cannabis und Fliegenpilz zu dieser Zeit ist nachgewiesen.

Im Laufe der Jahrtausende haben sich ganz verschiedene Arten von Suchtmitteln entwickelt. Heute unterscheidet man zunächst einmal zwischen **LEGALEN UND ILLEGALEN SUCHTMITTELN**. Zu den legalen zählen Nikotin, Alkohol, verschiedene Medikamente, Koffein, Lösungsmittel – also all jene Stoffe, deren Besitz, Handel oder Konsum nicht strafbar ist.

Genauso wie die illegalen Suchtmittel kann ein regelmäßiger Konsum von legalen Stoffen eine Abhängigkeit hervorrufen. Nicht selten endet eine solche Sucht in **BLEIBENDEN KÖRPERLICHEN SCHÄDEN**: So kann übermäßiger Alkoholkonsum zu Leberschäden und Nikotinkonsum zu Lungenkrebs führen. Die Erklärung warum manche Substanzen legal, manche illegal ist nicht in deren Gefahrenpotenzial begründet.

Die Anziehung von Alkohol besteht für viele darin, dass **ALKOHOL HEMMSCHWELLEN HERABSETZT**, das Selbstbewusstsein stärkt und die allgemeine Stimmung hebt. Nicht selten schlägt diese gute Stimmung aber in Aggression um, die Übergänge sind hier im wahrsten Sinne des Wortes „fließend“. Nikotin kann auf den Körper beruhigend wirken, die Aufnahme findet dabei entweder aktiv, zum Beispiel durch Tabakrauchen oder passiv statt. **NIKOTIN HAT EIN EXTREM HOHES SUCHTPOTENTIAL** und ist zusammen mit über 40 anderen gesundheitsschädlichen Stoffen häufige Krebsursache.

Zu den am weitesten verbreiteten illegalen Drogenarten gehören **CANNABIS** (eingeschränkt s. u. Cannabis), **HEROIN**, **KOKAIN** und **ECSTASY**. Einige dieser Substanzen weisen ein extrem hohes Sucht- und Missbrauchspotential auf, es kann zu einer psychischen und/oder physischen Abhängigkeit kommen.

Während Heroin, das aus Rohopium gewonnen wird, stark betäubend und beruhigend wirkt und Schmerzen, Angst und Leeregefühl durch die Einnahme einfach überdeckt, bewirkt Kokain eine deutliche Aktivitätssteigerung, einen rasenden Puls und Schlafstörungen. Cannabis wird hauptsächlich geraucht, kann auch oral (Tee oder Gebäck) eingenommen werden. Ähnlich wie Ecstasy wirkt es beruhigend, stärkt das Selbstbewusstsein, kann aber auch Zurückgezogenheit und Depressionen auslösen. Nicht selten führt ein häufiger und regelmäßiger Konsum von Suchtmitteln zu einer **FEHLEINSCHÄTZUNG DER REALITÄT**.

Amphetamine (Speed/Pep)

■ SUBSTANZ

Amphetamine sind eine synthetische Substanz (alpha-Methylphenethylamin) und zählen zu den Stimulanzien. Bezeichnungen unter Konsument*innen sind: **SPEED, PEP, AMPHE, SCHNELLES, PEPPEN.**

Amphetamine sind meist als weißes oder gelbliches Pulver auf dem Schwarzmarkt erhältlich; oft auch als Paste, selten in Tablettenform oder in Kapseln/Dragees. Amphetaminhaltige Medikamente werden in der Medizin bei ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) oder Narkolepsie (»Schlafkrankheit«) verwendet.

Der Wirkstoffgehalt bei den von www.saferparty.ch analysierten Proben lag in 2013 zwischen 0,7 und 95,5%, betrug im Durchschnitt jedoch 35,7%. So enthält Speed oft weitere, z.T. psychoaktive (Streck-)Stoffe wie Koffein, Ephedrin, 4-Fluoramphetamin (4-FA), 4-Methylamphetamin (4-MA), Ecstasy, Kokain oder Milchzucker. Zudem war 2013 ein hoher Anteil an meist giftigen Synthesenebenprodukten zu verzeichnen (23,5% der getesteten Proben).

Die Substanz wird meist gesniffelt, manchmal in Zigarettenpapier eingewickelt und als **BOMBE** geschluckt oder in einer Flüssigkeit aufgelöst getrunken. Selten injiziert.

■ WIRKUNG

Die Wirkung ist u. a. abhängig von der Dosis, der Konsumform, dem Wirkstoffgehalt, eventuell enthaltenen Streckstoffen sowie vom Set (z. B. psychische und körperliche Verfassung, Gewöhnungseffekte) und Setting (Umfeld) des/der Drogengebraucher*in.

Beim Sniefen (nasaler Konsum) setzt die Wirkung nach ca. 4 – 15 min ein, beim Schlucken nach 30 – 45 min (die Wirkung ist weniger stark, sanfter aber länger) und gespritzt nach wenigen Sekunden. Die Wirkdauer kann zwischen 4 und 12 h liegen.

■ DOSIERUNG

Wegen der unterschiedlichen Reinheit (der Amphetamingehalt schwankt von beinahe 0% bis fast 100%!) ist die Dosierung schwierig und die Gefahr einer Überdosierung hoch. Dosierungen mit mehr als 25mg reinem Amphetamin verstärken die negativen Effekte.

■ WIRKSPEKTRUM

Amphetamine stimulieren das zentrale Nervensystem. Es bewirkt vor allem die Ausschüttung der Botenstoffe Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin im Gehirn. Der Körper wird in eine Art Ausnahmezustand versetzt, der sonst nur in Gefahrensituationen eintritt. Der Organismus stellt „zweit-rangige“ Bedürfnisse (z. B. Schlafen, Essen, Flüssigkeitszufuhr) zurück, weil die Energie für die Steigerung des Stoffwechsels und der Atmung benötigt wird. Puls und Blutdruck steigen an, die Körpertemperatur erhöht sich, Pupillen sind erweitert.

So kann es zu folgenden Wirkungen kommen: gesteigerte Leistungsfähigkeit, erhöhte Konzentration und Aufmerksamkeit, erhöhtes Mitteilungsbedürfnis (Redeschwall) und Selbstvertrauen, körperliches Wohlbefinden, Zufriedenheit, Gelassenheit, vermindertes Schmerzempfinden, Unterdrückung von Hunger, Durst und Müdigkeit, sowie stark gesteigertes sexuelles Begehren.

■ LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Bei häufigem, hoch dosiertem Konsum über einen längeren Zeitraum können sich die Kurzzeitnebenwirkungen weiter verstärken. Amphetamine (Speed) zehren die Körperreserven aus. Die Nasenschleimhaut und Nasenscheidewand werden beim Sniefen stark angegriffen.

Möglich sind eine Schwächung des Immunsystems und eine erhöhte Infektionsanfälligkeit durch mangelnde Zufuhr von Mineralstoffen und Vitaminen, Hautentzündungen (»Speed-Pickel«), Blutdruckerhöhung durch starke Belastung des Herzmuskels, ständige Unruhe, Schlaf- und Kreislaufstörungen, Depressionen, Angstzustände, paranoide Zustände. Es kommt zu Gewichtsverlust (durch unterdrücktes Hungergefühl und erhöhtem Energieverbrauch). Die Folge dessen können u.a. Magenschmerzen sein.

Bei häufigem Konsum von Amphetaminen innerhalb eines kurzen Zeitraums kommt es zu einer Toleranzausbildung (die tägliche Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung erzielen zu können). Im weiteren Verlauf kann es zur Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit kommen.

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum

■ WECHSELWIRKUNGEN

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum; Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden. Es können unerwartete Effekte auftreten, die nicht der Summe der Einzelwirkungen entsprechen. Da die Wirkungen der Substanzen zu verschiedenen Zeiten eintreten und unterschiedlich lange anhalten können, ist es möglich, dass Wechselwirkungen zeitverzögert auftreten.

AMPHETAMINE + ALKOHOL: *Solange die Wirkung von Amphetamin anhält wird die Wirkung von Alkohol kaum wahrgenommen. Die getrunkene Menge Alkohol kann unter Umständen schwerer eingeschätzt werden. Die Folge kann eine Alkoholvergiftung sein! Große Belastungen entstehen für Leber und Niere; die Kombination beider Substanzen führt zu einem Flüssigkeitsverlust des Körpers und kann im Weiteren zu einem Wärmestau bzw. zu Überhitzung des Körpers führen!*

AMPHETAMINE + CANNABIS: *Amphetamine (Speed) intensivieren und verlängern die Wirkung von Cannabis. Cannabis wird oft auch zum »Runterkommen« verwendet, da es die typischen Wirkungen von Speed (z. B. Bewegungsdrang) mindern kann. Es besteht das Risiko von hohen Kreislaufbelastungen. Die Kombination beider Substanzen kann Angst- oder Panikzustände fördern. Der dauerhafte Konsum erhöht das Risiko, eine Psychose und / oder Angst-erkrankung zu entwickeln.*

AMPHETAMINE + ECSTASY: *Amphetamine (Speed) mindern die »typische« Wirkung von Ecstasy (siehe Ecstasy). Dies kann ein schnelleres aufeinander folgendes Konsumieren und dadurch eine Überdosierung mit Ecstasy zur Folge haben. Die stimulierende Wirkung beider Substanzen bleibt erhalten, was zu einer starken Belastung des Herz-Kreislaufsystems führt. Flüssigkeitsverlust und Überhitzung sind möglich.*

AMPHETAMINE + KOKAIN: *Bewirken eine sehr hohe Dopamin-Konzentration im Gehirn. Hektik, Gereiztheit, Überspanntheit, Ungeduld, Zittern und Herzrasen sind möglich; starke Belastung des Herz-Kreislaufsystems, evtl. Atembeeinträchtigung, die zum Herzstillstand führen kann.*

AMPHETAMINE + CRYSTAL: *Erhöhen die Dopamin-Konzentration im Gehirn. Die Kombination ist eine sehr starke Belastung für Herz und Kreislauf. Die Gefahr der Überhitzung besteht.*

AMPHETAMINE + KOFFEIN (KAFFEE / ENERGY DRINKS / COLA / MATE): *Können Herzrasen und/oder Kreislaufprobleme hervorrufen. Ein hoher Flüssigkeitsverlust des Körpers kann zu Überhitzung führen.*

AMPHETAMINE + BETA-BLOCKER, MAO-HEMMER ODER ANTIDEPRESSIVA: *Starker Blutdruckanstieg: Lebensgefahr!*

AMPHETAMINE + BENZODIAZEPINE: *Extrem hohe Kreislaufbelastung, dies kann zum Kreislaufzusammenbruch führen.*

Benzodiazepine

■ SUBSTANZ

Benzodiazepine gehören zur Gruppe psychoaktiver Medikamente, die als Entspannungsmittel (Tranquilizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) nach ärztlicher Verordnung verabreicht werden können.

Bekannteste Vertreter sind **ROHYPNOL®** (Flunitrazepam) und **VALIUM®/ FAUSTAN®** (Diazepam).

Benzodiazepine werden unter Konsument*innen **BENZOS, ROHPIES** und **DIAS** genannt.

Benzodiazepine fanden ursprünglich in der Narkosemedizin Anwendung und werden heute bei Symptomen wie Angst, Depression, Unruhe, Wahn, Halluzinationen oder Schlaflosigkeit angewendet. Anders als Barbiturate unterdrücken sie nicht die REM-Phase (Traumphase), was dazu führt, dass sie heute zu den am häufigsten verschriebenen Beruhigungsmitteln gehören. Allerdings hinterlassen sie einen Hang Over (Schwächegefühl nachdem Schlaf). Auf dem Schwarzmarkt werden Benzodiazepine in Form von Tabletten gehandelt, die geschluckt, zerkleinert gesnieft (nasaler Konsum) und gespritzt werden können.

■ WIRKUNG

DER WIRKUNGSEINTRITT HÄNGT VON DER ART DER EINNAHME AB: Bei oraler Einnahme tritt die Wirkung nach ca. 15 min, nasal nach ca. 5 min, intravenös nach 0,5 min ein. Dauer und Intensität der Wirkung sind je nach Medikament und Dosis unterschiedlich, von 1,5 bis zu 48 Stunden.

Benzodiazepine können erregungs- und angstmindernd, einschläfernd, muskelentspannend, antiepileptisch und mitunter antidepressiv wirken. Besonders in hohen Dosen kommt es zu erheblicher Verlangsamung und erhöhter Schläfrigkeit. Bei Langzeitgebrauch ist jedoch eine Umkehrung der Wirkung möglich.

■ KURZZEITNEBENWIRKUNGEN

ES KÖNNEN AUFTRETEN: Konzentrationsschwäche, starke Einschränkung der Reaktionsfähigkeit, Sekundenschlaf, Reflexdämpfung, eingeschränkte räumliche Koordination, Störungen in der Bewegungssteuerung, Benommenheit, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Oberbauchbeschwerden, Verstopfung, Durchfall, Schwierigkeiten beim Wasserlassen.

AUSSERDEM SIND MÖGLICH: Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien), gesteigerte Aggressivität, Erinnerungslücken, Schaum vor dem Mund, Störungen in der Bewegungssteuerung, geistige Verwirrtheit, Desorientierung und Artikulationsstörungen (undeutliches, zusammenhangloses Sprechen, „Lallen“).

LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Plötzliches Absetzen der Benzodiazepine nach längerem Gebrauch führt zu einer „Rebound“-Reaktion, d.h. Beschwerden, gegen die die Benzodiazepine angewendet wurden (Ruhelosigkeit, Schlafstörungen), treten verstärkt auf (physische Abhängigkeit). Es besteht auch die Gefahr, die Substanz zwanghaft zu konsumieren, um negativ empfundene Befindlichkeitsänderungen zu dämpfen (psychische Abhängigkeit).

Des Weiteren können bei längerem, regelmäßigem Konsum folgende Symptome auftreten:

Bewegungs- und Gangunsicherheit (Torkeln), Muskelschwäche, Schwindelgefühle, Verwirrtheit, akute Erregungszustände, Wutanfälle, Sehstörungen, Doppelbilder, Erinnerungslücken, gesteigerte Aggressivität, Depressionen, Halluzinationen.

Bei Entzug drohen: Schlaflosigkeit, Angstzustände, innere Unruhe, Erbrechen, Zittern, Schwitzen, Muskelzuckungen, Krampfanfälle und Psychosen.

WECHSELWIRKUNGEN

Es besteht die Gefahr der gegenseitigen Wirkungsverstärkung bei Mischkonsum von Benzodiazepinen mit Schlafmitteln und/oder von Benzodiazepinen mit anderen Substanzen, wie Heroin, Methadon/Polamidon und Alkohol.

AUFGELÖSTE TABLETTEN SOLLTEN AUF KEINEN FALL GESPRITZT WERDEN!! DIE TABLETTENINHALTSSTOFFE (Z.B. FARBSTOFFE, MAISSTÄRKE) KÖNNEN SICH, WENN SIE DIREKT IN DIE BLUTBAHN INJIZIERT WERDEN, IN DEN VENEN ABLAGERN. DIES KANN ZU EINEM VENÖSEN VERSCHLUSS FÜHREN, WELCHER DAS ABSTERBEN VON GLIEDMASSEN ZUR FOLGE HABEN KANN. VERSCHIEDENE TABLETTENHILFSSTOFFE KÖNNEN SICH AUCH IN DEN ORGANEN ABLAGERN UND DORT ZU SCHWERWIEGENDEN STÖRUNGEN FÜHREN.

Plötzliches Absetzen nach längerem Gebrauch führt zu einer »Rebound«-Reaktion

Cannabis

SUBSTANZ

Cannabis gehört zur Familie der Hanfgewächse. Die drei Arten der Cannabispflanze heißen Cannabis sativa, Cannabis indica und Cannabis ruderalis. Zu Rauschzwecken produzierte Sorten enthalten den psychoaktiven Hauptwirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC). Neben THC finden sich in den Pflanzen mehr als 109 weitere Cannabinoide, deren Zusammenspiel mit bis zu 400 anderen Inhaltsstoffen für die jeweilige Wirkung verantwortlich ist. Wirkstoffgehalt und Kombination der Cannabinoide variieren je nach Anbaubedingungen und Sorte. Neben THC ist Cannabidiol (CBD) das für die Wirkung relevanteste Cannabinoid.

Es gibt unterschiedliche Cannabisprodukte mit verschiedenen THC-Gehalten:

MARIHUANA (»GRAS«, »GANJA«, »WEED«, »POT« USW.) weibliche Blüten mit oder ohne Blätter und Stiele(n), THC-Gehalt: Ø 10 %; jedoch bis zu 25 % möglich;

HASCHISCH (»SHIT«, »DOPE« ETC.) gepresstes, oft gestrecktes Harz der Hanfpflanze, THC-Gehalt: 8 – 30 %;

HASCHISCHÖL dickflüssiges Extrakt aus dem Harz, THC-Gehalt: bis zu 80 %.

KONSUMFORM

Cannabis-Produkte werden meist pur oder mit Tabak in Joints (Prinzip: selbstgedrehte Zigarette) und in Pfeifen jeglicher Art geraucht oder mit Vaporizern gedampft, seltener in Getränken (z.B. in Tee, Kakao) oder Nahrungsmitteln (z.B. in Keksen, Joghurt) zubereitet.

BEIMENGEN UND STRECKSTOFFE

In Produkten aus illegalisiertem Cannabis werden häufig Streckstoffe und Beimengungen gefunden oder vermutet und über Streckmittelmelder im Internet veröffentlicht. Als Streckstoffe werden zerriebene Teile anderer Pflanzen, Gewürze, Fette, Öle bis hin zu Schuhcreme benutzt. Seltener können Sand, Glas, Wachs, Zucker, Haarspray, Pflanzendünger (wie PK13), Blei(Sulfid) oder speziell hergestellte Streckmittel (z.B. »Brix«) enthalten sein.

Vermehrt werden Cannabinoide auch synthetisch hergestellt und in Kräuter- oder Räuchermischungen angeboten. Viele wirken deutlich stärker und unberechenbarer als natürliches THC. Die damit verbundenen Nebenwirkungen sind nicht einschätzbar.

■ CANNABIS ALS MEDIZIN

Es gibt (halb)synthetische Cannabinoide, die verschreibungsfähige Arzneimittel sind, von denen einige keinen Rausch erzeugen. Auf Grund von krampflindernden, stimmungsaufhellenden, schmerzstillenden, entzündungshemmenden, appetitanregenden und die Bronchien erweiternden Wirkungen werden diese Medikamente bei diversen (chronischen) Krankheiten zur Linderung von Symptomen und zur Verhinderung einer Verschlimmerung der Krankheit eingesetzt. Beispiele sind Epilepsie, Multiple Sklerose, starkes Rheuma, Depressionen, ADHS, Touret-Syndrom, Glaukom, Morbus Parkinson, Krebserkrankungen oder AIDS. Weiterhin können auch natürliche Cannabisprodukte Anwendung finden; sie sind für viele Patient*innen verträglicher als die synthetisierten.

Seit März 2017 dürfen Ärzt*innen in Deutschland Cannabis bei schweren chronischen Erkrankungen (z.B. Rheuma, Krebserkrankungen, AIDS) verschreiben. Jedoch sind die Kosten derzeit hoch, sie liegen zwischen 200,- und 500,- Euro je nach Medikament.

Es gibt mittlerweile Patient*innen die sich hochkonzentriertes Cannabisöl aus den Niederlanden beschaffen, da die Verschreibungspraxis der Ärzte*innen hierzulande zögerlich und die Bewilligungspraxis der Krankenkassen ausgesprochen restriktiv ist. Allerdings besteht ein Risiko bei Einfuhr und Besitz von Cannabisöl/Produkten.

■ WIRKUNG

Die Wirkung kann je nach Wirkstoffzusammensetzung und -gehalt, Dosis, Konsumform, eventuell enthaltenen Streckstoffen sowie von Gewöhnungseffekten, der psychischen und körperlichen Verfassung des/der Drogengebraucher*in und den Rahmenbedingungen des Konsums unterschiedlich ausfallen.

Im menschlichen Gehirn befinden sich Rezeptoren, an denen körpereigene Cannabinoide wirken. Besonders häufig kommen diese im Hippocampus (Steuerung des Kurzzeitgedächtnisses), Hypothalamus (u.a. Regulierung von Blutdruck, Temperatur und Hungergefühl) sowie im Kleinhirn (Bewegungskoordination) vor. Der Konsum bewirkt Einschränkungen im Kurzzeitgedächtnis, einen schnelleren Herzschlag, eine leichte Senkung von Blutdruck, Körpertemperatur und Blutzuckerspiegel, ein verstärktes Hungergefühl sowie Beeinträchtigungen der Bewegungskoordination und des Gleichgewichtssinns.

Cannabinoidrezeptoren befinden sich jedoch auch im restlichen Nervensystem des Körpers sowie in Teilen des Immunsystems und in anderen Organen.

■ WIRKUNGSZEITRAUM

Beim Rauchen oder Dampfen tritt die Wirkung nach 2 – 10 Minuten ein, hat ihren Höhepunkt nach 20 – 30 Minuten und hält je nach Dosis und Qualität 1–5 Stunden an. Beim oralen Konsum in Nahrungsmitteln oder Getränken tritt sie nach 0,5 – 2 Stunden ein und kann bis zu 10 Stunden andauern.

■ WIRKUNGSSPEKTRUM

Der Hauptwirkstoff THC wirkt leicht bewusstseinsverändernd bis psychedelisch, anregend, schmerzlindernd, entzündungshemmend und in niedrigen Dosierungen gegen Übelkeit und Brechreiz. Die Wahrnehmung akustischer und visueller Reize sowie Empfindungen des Tastsinns und des Raum-/Zeiterlebens können verändert werden. Darüber hinaus sind euphorische Gemütszustände mit erhöhter Kontaktfähigkeit möglich. Diese Phase hält 1 – 2 Stunden an, anschließend tritt meist ein beruhigender Effekt in den Vordergrund. Eine aphrodisierende Wirkung kann auftreten.

Die Wirkung von Cannabis sativa wird zusätzlich als energetisch, kreativ und lachlustig machend beschrieben (»high sein«).

Bei Hanfsorten, die über einen höheren Gehalt an Cannabidiol (CBD) und weniger THC verfügen, kommt es neben den THC-Effekten vor allem zu einer beruhigenden sowie körperbetonenden Wirkung. Berührungen, Geschmack und Geräusche werden intensiver wahrgenommen; zudem wird die bewusstseinsverändernde Wirkung des THCs etwas abgeschwächt, dessen Wirkdauer aber verlängert.

Bei einer hohen Dosis THC kann es zu gesteigerten Wahrnehmungsveränderungen und bei einer hohen Dosis CBD zu stark vermindertem Antrieb (Mattheit bis Teilnahmslosigkeit) kommen.

■ NACHWEIS

Nachweiszeiten sind u.a. von der Konsumhäufigkeit und -menge, der Geschwindigkeit des Stoffwechsels sowie von der Konzentration des Urins abhängig. Die folgenden Werte dienen deshalb nur zur Orientierung.

NACH DER LETZTEN EINNAHME IM BLUT/SERUM: aktives THC = 12 – 72 Stunden; Abbauprodukt THC-COOH = 2 – 4 Tage (einmaliger Konsum), 3 – 7 Tage (gelegentlicher Konsum), bis zu 4 Wochen (häufiger/dauerhafter Konsum)

NACH DER LETZTEN EINNAHME IM URIN: Abbauprodukt

THC-COOH = 3 – 5 Tage (einmaliger Konsum), 5 – 20 Tage (gelegentlicher Konsum), bis zu 12 Wochen (häufiger/dauerhafter Konsum). Eine weitere Möglichkeit des Nachweis ist ein Haartest.

■ LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Bei häufigem, hoch dosiertem Konsum über einen längeren Zeitraum können sich dauerhaft Nebenwirkungen wie z.B. Halluzinationen und Angstzustände einstellen.

Durch unangenehme und psychisch belastende Rauscherfahrungen mit Cannabis können bei dazu veranlagten Personen latente (verborgene/vorhandene) Angsterkrankungen bis hin zu Psychosen ausgelöst werden und eventuell bestehen bleiben.

Der Dauerkonsum von Cannabis kann bereits bestehende Depressionen oder depressive Symptome wie Teilnahmslosigkeit, Antriebsminderung, herabgesetzte Belastbarkeit oder alltägliche Passivität verstärken, ruft diese jedoch nicht zwingend hervor.

Es kann zu Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses kommen.

Die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit ist möglich.

Die aufgenommene Menge an krebserregenden Stoffen ist beim Joint- und Bong-Rauchen einer Cannabis-Tabak-Mischung höher als beim bloßen Tabakkonsum, da:

- Der Rauch meist tiefer inhaled und länger in der Lunge gehalten wird
- Die Joint-Filter zumeist kleine gerollte Kartonstücke sind, die keine Schadstoffe filtern können
- Das Wasser in einer „Bong“ (Wasserpfeife) den Rauch hauptsächlich kühlt und wenig Schadstoffe bindet.

Durch das Rauchen von Cannabis-Tabak-Mischungen können Atemwegserkrankungen wie Asthma sowie chronische Bronchitis und Entzündungen der Nasennebenhöhlen auftreten. Ob das Pur-Rauchen von Cannabis die Atemwege schädigen oder Lungenkrebs begünstigen kann, wurde bisher nicht ausreichend befohrt.

Das Rauchen von verunreinigten Cannabisprodukten kann vielfältige gesundheitliche Probleme nach sich ziehen, z. B. Verklebungen der Lungenbläschen (bspw. durch »Brix«, Wachs, Zucker oder Haarspray), Silikose (»Staublunge«, z. B. durch quarzhaltigen Sand) bis zu einem erhöhten Krebsrisiko und / oder Vergiftungserscheinungen (vgl. »Beimengungen und Streckstoffe«).

■ WECHSELWIRKUNGEN

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum; Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden. Es können unerwartete Effekte auftreten, die nicht der Summe der Einzelwirkungen entsprechen. Da die Wirkungen der Substanzen zu verschiedenen Zeiten eintreten und unterschiedlich lange anhalten können, ist es möglich, dass Wechselwirkungen zeitverzögert auftreten.

CANNABIS + TABAK Die Kombination erhöht das Risiko von Übelkeit und Erbrechen sowie von Atemwegserkrankungen. Nikotin unterdrückt die THC-Wirkung, während THC die Nikotinwirkung steigert. Gleichzeitig birgt diese Kombination ein erhöhtes Tabak-Abhängigkeitspotential im Vergleich zum Pur-Konsum von Cannabis.

CANNABIS + ALKOHOL Die Alkoholwirkung wird verstärkt und die Cannabiswirkung überdeckt, die Kombination kann Übelkeit und (starke) Kreislaufprobleme verursachen.

CANNABIS + SPEED, CRYSTAL, KOKAIN Es besteht das Risiko von hohen Kreislaufbelastungen. Die Kombination kann Angst- oder Panikzustände fördern. Der dauerhafte Konsum erhöht das Risiko, eine Psychose und/oder Angsterkrankung zu entwickeln. Allerdings existieren diese Risiken auch beim Konsum ohne Cannabis.

CANNABIS + ECSTASY (MDMA) Es kommt zu einer gegenseitigen Wirkverstärkung. Die Gedächtnisleistung kann temporär eingeschränkt sein. Es besteht das Risiko von hohen Kreislaufbelastungen.

CANNABIS + HALLUZINOGENE (Z. B. PILZE, LSD) Eine gegenseitige Wirkverstärkung ist möglich. Die Kombination kann psychotische, von Angst begleitete Zustände auslösen oder verstärken.

DIE POLIZEI IST BEIM AUFFINDEN VON CANNABISPRODUKTEN VERPFLICHTET ZU ERMITTELN, DA DER (UNBEFUGTE) BESITZ STRAFBAR IST. DIE STAATSANWALTSCHAFT ODER DAS GERICHT KÖNNEN BEIM VORLIEGEN EINER »GERINGEN MENGE«, DIE NUR ZUM »EIGENVERBRAUCH« BESTIMMT IST, BEI DER »DIE SCHULD DES TÄTERS ALS GERING ANZUSEHEN WÄRE, [UND] KEIN ÖFFENTLICHES INTERESSE AN DER STRAFVERFOLGUNG BESTEHT«, DAS VERFAHREN EINSTELLEN (§ 31 A BTMG). SOWOHL DIE FESTLEGUNG DER »GERINGEN MENGE« ALS AUCH DIE ANZAHL DER (TATSÄCHLICH) EINGESTELLTEN VERFAHREN (ZWISCHEN 10 – 90%) UNTERSCHIEDEN SICH BUNDESWEIT Z. T. SEHR STARK.

Crack/Freebase

■ SUBSTANZ

Crack und Freebase sind rauchbare Formen von Kokain. Sie werden in einer Pfeife (Metall/Glas) oder alternativ von einer **ALUFOLIE (BLECH)** geraucht.

Crack wird hergestellt, indem aus dem Kokainhydrochlorid (Straßen-Kokain) das Chlorid-Ion durch Natriumhydrogencarbonat (Natron) oder Ammoniumhydrogencarbonat (Ammoniak) herausgelöst wird. Werden aus Kokainhydrochlorid mittels eines organischen Lösungsmittels (wie Äther oder Chloroform) Verschmutzungen und Streckmittel herausgewaschen, entsteht Freebase (die freie Kokain-Base). Da es sich bei den Lösungsmitteln um hochexplosive Stoffe handelt, ist die Herstellung von Freebase gefährlich und kann zu Todesfällen führen.

CRACK IST WENIGER REIN ALS FREEBASE. Es enthält noch alle Verunreinigungen und Streckmittel des Grundstoffes.

Es ist möglich, Crack auch für den intravenösen Gebrauch aufzubereiten; dazu wird es mit Ascorbinsäure versetzt - es entsteht Kokain-Hydroascorbat.

Crack und Freebase zerfallen schnell an der Luft, wobei Freebase noch um einiges empfindlicher ist, weshalb es kaum in der Szene gehandelt wird. Da auch Crack nicht lange haltbar ist und daher nach der Herstellung schnell verkauft werden muss, ist der Schwarzmarkt eher in Metropolen ausgeprägt. Hierdurch bestehen bessere Möglichkeiten, die Substanz gleich nach der Herstellung an einen großen Kunden*innenkreis zu verkaufen.

Crack und Freebase werden auch als **STEINE** oder **BASE** bezeichnet. Crack wird oftmals auch irrtümlich Freebase genannt oder einfach „nur“ für rauchbares Kokain gehalten.

■ WIRKUNG

Crack und Freebase erzeugen einen sehr kurzen, aber intensiven Rausch ('Flash'). Die Wirkung setzt im Gegensatz zum „Sniefen“ von Kokain innerhalb von Sekunden ein, da der Wirkstoff in der Lunge sehr rasch aufgenommen wird und - ähnlich wie beim Spritzen - sofort zu den Nervenzellen des Gehirns gelangt. Der Rausch hält bei Crack ca. 5 – 10 min., bei Freebase etwa 2–4 min. an und endet mit einem abrupten „Runterkommen“.

Crack und Freebase haben eine stimmungsaufhellende, euphorisierende Wirkung. Ein Gefühl erhöhter Energie, gesteigerter Aufmerksamkeit, Wachheit und Leistungsfähigkeit setzt ein.

Die Wirkung von gespritztem Kokain-Hydroascorbat ist mit der von Freebase und Crack vergleichbar.

Unangenehme Folgen können unkontrolliertes Zucken und/oder Zittern, Schwächegefühl, Müdigkeit, paranoide Zustände, Einsamkeitsgefühl und ein für den Drogengebraucher*in bedrohlich wirkendes Umfeld sein.

■ KURZZEITNEBENWIRKUNGEN

Mögliche Kurzzeitnebenwirkungen können u.a. Blutdruckerhöhung, Verengung der Blutgefäße (Infarkt-Gefahr), Dehydrierung (Wasserverlust), Betäubung der Schleimhäute, Anstieg der Körpertemperatur, Pupillenerweiterung sein.

Appetit und Müdigkeit werden unterdrückt.

Angstgefühle, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Reizbarkeit können nach Abklingen der Wirkung auftreten.

Eine Überdosierung kann zu Atem- oder Herzstillstand bis hin zum Tode führen!

Schon nach kurzer Zeit des Konsums kann der natürliche Stoffwechsel des Gehirns (Dopaminproduktion) geschädigt werden – ob für lange Zeit oder irreversibel ist nicht eindeutig geklärt.

Nach inhalativem Konsum kann es durch die Ablagerung von Verbrennungsrückständen (Aschereste) zu blutigem Auswurf und Wasserbildung in der Lunge kommen. Es besteht das Risiko einer chronischen Bronchitis oder Lungenentzündung.

Beim Injizieren von Kokain-Hydroascorbat besteht die Gefahr einer Überdosierung oder Blutvergiftung („Shake“ s.u. Heroin). Wenn verunreinigte Ascorbinsäure und nicht abgekochtes, unsauberes Wasser verwendet werden, können Viren und Bakterien

besonders leicht übertragen werden. Beim Teilen des Spritzbestecks mit anderen Drogengebraucher*innen besteht ein großes Risiko, sich mit Hepatitis B, C bzw. HIV zu infizieren.

Da Kokain die Einspritzstelle betäubt, wird eine versehentliche Applikation in das Fettgewebe oder Muskeln oft nicht bemerkt, wodurch sich besonders leicht Abszesse bilden können.

■ LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Bei längerem und regelmäßigem Konsum können u.a. auftreten: Unterernährung, schlechter Zustand der Zähne durch Kalziumentzug, Durchblutungsstörungen durch poröse/verengte Gefäße, Leberschäden, Hirnleistungsstörungen, chronische Schmerzen im Mundbereich, eine ständig geschwollene Zunge, Schädigungen der Lunge, der Atemwege und des Herzens.

Psychotische Erkrankungen und motorische Störungen können ausgelöst werden.

Beim Absetzen nach längeren Konsumphasen werden Reaktionen wie starke innere Unruhe, Depressionen, Angstzustände, Verlust der Lebensfreude, Schlaflosigkeit, Schwindel und Suizidgedanken beobachtet, welche über mehrere Wochen oder Monate anhalten können.

Der Konsum kann zwanghaft und unwiderstehlich werden – es besteht das Risiko einer psychischen Abhängigkeit.

Der schnelle Wechsel von Einsetzen und Nachlassen der Wirkung bei mehrmaligem Konsum birgt ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Der Drang, die Droge wiederholt zu konsumieren, ist groß, da die Folge von kurzem, euphorisierendem Rausch und anschließendem depressiven Zuständen („Coming Down“) als unangenehm empfunden wird.

Wenn Drogengebraucher*innen über mehrere Tage hinweg bis zur völligen Erschöpfung konsumieren, werden oft keine Erholungspausen eingehalten. Dies geht mit einer extremen körperlichen Belastung einher, die zur völligen Auszehrung führen kann.

WECHSELWIRKUNGEN

CRACK/FREEBASE + ALKOHOL *Unterschätzung der Alkoholkonsumwirkung möglich (vgl. Kokain). Trotz Trunkenheit fühlen sich die Drogengebraucher*innen nüchtern. Dies kann im schlimmsten Fall zu Selbstüberschätzung und Kontrollverlust führen. Die Möglichkeit einer Alkoholvergiftung besteht.*

CRACK/FREEBASE + NIKOTIN *Führt zur Gefäßverengung mit einem erhöhten Risiko eines Schlaganfalls!*

CRACK/FREEBASE + SPEED, KOFFEIN, ENERGY DRINKS (IN GROSSEN MENGEN) *Sorgen für eine große Belastung des Herz-Kreislaufsystems, dies kann zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.*

SAFER USE

Risikofreien Konsum gibt es nicht! Wenn trotzdem konsumiert wird, sollte der/die Drogengebraucher*in auf die Anwendung von Safer-Use-Regeln hingewiesen werden:

AUF MISCHKONSUM MIT ANDEREN PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN SOLLTE VERZICHTET WERDEN, VOR ALLEM ECSTASY, SPEED UND POPPERS (SCHNÜFFELSTOFFE) TREIBEN DEN KREISLAUF ZUSÄTZLICH AN, WAS ZUM KOLLAPS FÜHREN KANN!

Während der Konsumphasen sollten Drogengebraucher*innen vitaminreich essen und viel trinken, da Crack und Freebase dem Körper wichtige Vitamine, Mineralstoffe und Flüssigkeit entziehen! Die Zufuhr von Kalzium (z.B. in Milchprodukten enthalten) sollte erwähnt werden! Regelmäßiger Crack-Konsum trocknet die Haut aus. Um kleinere Verletzungen (HIV- oder Hepatitis-Infektionsgefahr!) zu vermeiden sollten Drogengebraucher*innen ihre Haut pflegen und regelmäßig viel trinken.

Der Konsum von Crack beeinträchtigt die Fahrtauglichkeit!!

Sollten zusätzlich zum Konsum von Crack sedierende Substanzen (Cannabis, Benzodiazepine, Heroin) eingesetzt werden, um mit dem Runterkommen nach mehrmaligem (mehrtägigem) Crack-/Freebase-Konsum besser umgehen zu können, sollten dies Drogengebraucher*innen sehr bewusst tun! Die Drogengebraucher*innen sollten sich im Klaren sein, dass dies die unangenehmen Nachwirkungen z.T. abmildern kann, aber psychische Gewöhnung keineswegs verhindert wird. Zudem kann sich möglicherweise eine psychische Abhängigkeit von Benzodiazepinen/Opiaten entwickeln.

Diese Safer-Use-Infos gelten auch für den Konsum von Kokain-Hydroascorbat.

Risikofreien Konsum gibt es nicht!

Heroin

SUBSTANZ

Heroin (chem. Diacetylmorphin/Diamorphin) gehört zur Gruppe der Opiode und wird aus Rohopium hergestellt, dem eingetrockneten Milchsaft des Schlafmohns (lat. papaver somniferum). Die Substanz wurde 1873 zum ersten Mal (halb-)synthetisch hergestellt und ab 1898 in größeren Mengen u. a. als Schmerz- und Hustenmittel von der FIRMA BAYER® auf den Markt gebracht.

Heroin wird als weißes, cremefarbenes, graues oder bräunliches Pulver auf dem Schwarzmarkt gehandelt und enthält meist Streckstoffe. Unter Streckstoffen versteht man Substanzen, die Rauschdrogen beigemischt werden. Der Reinheitsgrad der Substanz wird dadurch gesenkt, der Verkaufserlös erhöht. Oftmals sind sie der Auslöser unerwünschter und unangenehmer und teilweise auch lebensgefährlicher Nebenwirkungen.

Der Reinheitsgrad des Straßenheroins kann in Europa zwischen

3% UND 40% (braunes Heroin)

bzw. **6% UND 70%** (weißes Heroin) schwanken.

In Deutschland beträgt der Reinheitsgehalt meist zwischen

3% UND 25%, sehr SELTEN BIS ZU 60%.

Häufig wird Heroin mit einem Gemisch aus Koffein und Paracetamol gestreckt. Gängige wirkungslose Streckstoffe sind u.a. Milchpulver, Backpulver, Schuhcreme, Waschpulver, Strychnin, Lidocain, Mannit, Mehl, Talkum und Ascorbinsäure. Psychoaktive Substanzen wie Valium (Diazepam) und Rohypnol (Flunitrazepam) werden minderwertigem Heroin beigemischt, um eine Steigerung der Wirkung zu erzielen.

Seit 2009 gab es immer wieder Fälle von Milzbrandinfektionen, die durch Heroin verursacht wurden, welches mit Milzbrandbakterien (Anthrax) kontaminiert war. Schwere Krankungsverläufe und Todesfälle in Europa waren die Folge.

Andere Bezeichnungen von Heroin lauten in der Szene: **H** (»ÄITSCH«), **SCHORE**, **MATERIAL**, **BRAUNES**, **CACHLA** (arabisch: schwarz, dunkel), **BROWN SUGAR** etc.

Heroin kann gesnieft (nasal), inhaliert („Blech rauchen“) oder intravenös injiziert werden. Selten wird es unter die Haut oder in die Muskeln gespritzt oder (ohne Nadel) rektal appliziert.

WIRKUNG

Die Wirkung ist u.a. abhängig von der Dosis, dem Reinheitsgrad, den Gewöhnungseffekten, der Konsumform sowie vom Set (psychische und physische Voraussetzungen des/der Drogengebraucher*in) und dem Setting (Rahmenbedingungen des Konsums).

Der Wirkungseintritt erfolgt bei intravenösem Konsum nach ein paar Sekunden, geraucht oder gesnift nach ein paar Minuten.

Die Wirkdauer ist von der Dosis und der Qualität des Heroins, sowie der Konsumform abhängig und beträgt von 2 bis zu 5 Std.

Heroin hat eine euphorisierende, beruhigende und angstlösende Wirkung. Gefühle von Geborgenheit und tiefer Selbstzufriedenheit stellen sich ein, Sorgen treten in der Wahrnehmung zurück, man fühlt sich wie in Watte gepackt. Der beim intravenösen Konsum eintretende Rausch („Kick“) wird von vielen Drogengebraucher*innen als sehr intensiv erlebt und als absolutes Hochgefühl beschrieben. Beim Folie rauchen und Sniefen ist der Rausch weniger stark ausgeprägt, da hier die Substanz nicht direkt ins Blut übergeht. Die Wirkung hält jedoch länger an als beim intravenösen Konsum. Bei wiederholtem Konsum verringert sich der „Kick“ bzw. bleibt gänzlich aus. Weiter konsumiert wird dann am ehesten, um den Entzugssymptomen entgegen zu wirken.

Je nach Dosis und Konsumform wirkt Heroin unterschiedlich stark analgetisch (schmerzlindernd) und hustendämpfend.

Außerdem kann es zu folgenden Wirkungen kommen: Die Verlangsamung der Atem- und Herzfrequenz, ein herabgesetzter Stoffwechsel sowie eine verminderte Darmtätigkeit (möglicherweise im weiteren Verlauf bis hin zur Obstipation).

Weitere Symptome können Blutdruckabfall, Pulsverlangsamung (Bradykardie), Pupillenverengung („Stickies“), Harnverhaltung (Harnblase kann nicht entleert werden) und Atembeschwerden sein.

Bei wiederholtem Konsum verringert sich der „Kick“ oder bleibt gänzlich aus.

NACHWEIS

Nachweiszeiten sind u.a. von der Konsumhäufigkeit und -menge, der Geschwindigkeit des Stoffwechsels sowie von der Konzentration des Urins abhängig. Die folgenden Werte dienen deshalb nur zur Orientierung.

IM BLUT: bis 24 Std.

IM URIN: von 3 bis zu 7 Tagen

„SHAKE“

Durch Verunreinigungen im Heroin können Abwehrmechanismen des Körpers hervorgerufen werden und einen so genannten „Shake“ auslösen: Die Symptome können Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber sowie Juckreiz, Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit oder Schockzustände sein, die sofort nach dem Konsum des Heroins auftreten und mehrere Stunden anhalten können. In der Folge kann bis zu einem Atemstillstand kommen.

Auch die bereits genannten Streckmittel können unangenehme bis lebensbedrohliche Nebenwirkungen hervorrufen.

Vor allem bei unbekannter Qualität des Heroins sind die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen für den Drogengebraucher*in nicht einschätzbar.

KOCHSALZLÖSUNG BEI ÜBERDOSIERUNG?

Unter Drogengebraucher*innen besteht seit vielen Jahren die Meinung, das Kochsalz (NaCl) bei Überdosierung injiziert werden sollte. Dies ist ein Irrglaube, da Kochsalz keinerlei Wirkung bei Überdosierungen hat! Das einzig (kurzzeitig) wirksame Gegenmittel ist das rezeptpflichtige Medikament Naloxon. Auch nach der Naloxongabe (intravenös oder nasal) im Falle einer Überdosierung sollte in jedem Fall ein Notarzt/Notärztin verständigt werden, da Naloxon nur sehr kurz wirkt und nach nochmaligen Konsum von Heroin eine Überdosis verspätet noch einmal eintreten kann!

Informationen zu Naloxon für Drogengebraucher*innen finden Sie unter:

WWW.FIXPUNKT-BERLIN.DE/INDEX.PHP?ID=NALOXON

LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Bei häufigem Konsum über einen längeren Zeitraum kann es zu Abnahme der Libido (sexuelles Verlangen) und Verstopfungen sowie durch Verunreinigungen im Heroin zu Organschädigungen kommen. Die Entwicklung einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit von Heroin ist möglich.

Beim abrupten Absetzen des Heroins können Entzugerscheinungen wie starke innere Unruhe, Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Delirium, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, vorübergehende Bewusstlosigkeit, starke psychische Labilität oder depressive Verstimmungen auftreten. Die sehr unangenehmen körperlichen Entzugerscheinungen sind meist nach ca. 1 Woche überwunden und können auf speziellen Entgiftungsstationen medikamentös abgemildert werden.

Massive Schlafstörungen, die nach dem Entzug über mehrere Wochen andauern können, wirken sich ungünstig auf das psychische Befinden aus und verstärken das Verlangen nach Heroin (Craving), um unangenehme Gefühle zu mindern. Das psychische Verlangen nach der Substanzwirkung kann auch nach längerem Abstinenzphasen wieder auftreten.

SPEZIFISCHE RISIKEN JE NACH KONSUMFORM

BEIM SNIEFEN Die Schädigung der Nasenschleimhäute und der Nasenscheidewand. Durch das gemeinsame Benutzen von Ziehröhrchen oder Geldscheinen ist eine Infektion mit Herpes, Hepatitis oder anderen Krankheitserregern möglich.

BEIM RAUCHEN Schädigung von Bronchien und Lunge, vor allem durch die Ablagerungen aus dem Rauch, die nicht am Röhrchen hängen bleiben. Die Lunge verschleimt bei täglichem Konsum, da die atemlähmende Wirkung des Heroins Hustenreiz und Abhusten unterdrückt.

BEIM SPRITZEN Durch gemeinsame Nutzung von Konsumutensilien oder unsauberem Besteck sind Infektionskrankheiten durch Viren, Bakterien und Pilze möglich. Die Folge können Abszesse, Entzündungen, Infektion mit Hepatitis B und/oder C oder HIV sein.

BEI REKTALER INJEKTION (OHNE NADEL) Unsaubere Utensilien begünstigen Infektionskrankheiten.

WECHSELWIRKUNGEN

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum; Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden. Es können auch ganz unerwartete Effekte auftreten, die nicht der Summe der Einzelwirkungen entsprechen. Die Wirkungen der jeweiligen Substanzen können zu verschiedenen Zeiten eintreten und unterschiedlich lange anhalten, dadurch können Wechselwirkungen zeitverzögert auftreten.

INSBESONDERE FÜR HEROIN GILT: STRECKMITTEL UND UNBEKANNTER REINHEITSGRAD MACHEN (WECHSEL-) WIRKUNGEN UND RISIKEN SCHWER ODER NICHT KALKULIERBAR.

HEROIN + »DOWNER« (Z.B. OPIOIDE (METHADON), ALKOHOL, KETAMIN, BENZODIAZEPINE UND ANDERE DÄMPFENDE MEDIKAMENTE) Durch Potenzierung der Nebenwirkungen kann es zu komatösen Zuständen sowie einer lebensbedrohlichen Lähmung von Atmung und Herzaktivität kommen.

HEROIN + KOKAIN (»SPEEDBALL; COCKTAIL«) Die Wirkungen der beiden Substanzen verstärken sich wechselseitig. Die Wirkung von Kokain kommt zuerst, die durch den Heroinkonsum ausgelöste Euphorie intensiviert sich und mögliche Angstzustände und Unruhe durch den Konsum von Kokain werden abgeschwächt. Die Wirkung von Heroin kann aber auch die des Kokains so stark überdecken, dass von letzterem nichts zu merken ist. In diesen Momenten eine der beiden Substanzen erneut zu konsumieren erhöht die Wahrscheinlichkeit einer lebensbedrohlichen Überdosierung deutlich.

HEROIN + CRACK/FREEBASE Heroin kann die unangenehmen Nachwirkungen von mehrmaligem Crack- / Freebasekonsum zwar zum Teil abmildern, aber die psychische Gewöhnung keineswegs verhindern. Beim Mischkonsum beider Substanzen wird das Herz- / Lungenkreislaufsystem stark belastet, so dass es zum Atemstillstand oder zu einem Herzinfarkt kommen kann.

HEROIN + CANNABIS, LSD, PSILOS Psilocybin ist ein Alkaloid, das in Pilzen vorkommt. Nach der oralen Aufnahme entsteht durch den Stoffwechsel im Körper sofort das Abbauprodukt Psilocin, welches die halluzinogene Wirkung hervorruft)

HEROIN + NALOXON (z. B. IN SUBOXONE®) Kann starke Entzugserscheinungen auslösen. Wird dann erneut Heroin konsumiert, kann dies zu einer Überdosierung führen wenn die Wirkung des Naloxon nachlässt.

HEROIN + HIV / HCV MEDIKAMENTE Informationen zu Wechselwirkungen von Heroin in Verbindung Hepatitis- oder HIV-Medikamenten finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Aidshilfe:

WWW.HIV-DROGEN.DE/WECHSELWIRKUNGEN

DIARMORPHIN (CHEM. DIACETYLMORPHIN) / DAS BUNDESDEUTSCHE MODELLPROJEKT ZUR HEROINGESTÜTZTEN BEHANDLUNG SCHWERST OPIATABHÄNGIGER

Die Substitution mit Diarmorphin ist ein Modellprojekt einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München und wird durch die Bundesärztekammer begleitet.

In den genannten Städten wird die Vergabe von reinem Heroin (chem. Diacetylmorphin) an schwerst Opiatabhängige in dafür geschaffenen Arztpraxen durchgeführt. Die Vergabe von reinem Heroin ist vor allem für Drogengebraucher*innen vorgesehen, die langjährig abhängig sind und bei denen ein Verzicht auf den Konsum von Heroin ausgeschlossen werden kann und die Substitution mit Methadon nicht erfolgreich war.

Mit der wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Studie wurde das **ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE SUCHTFORSCHUNG DER UNIVERSITÄT HAMBURG (ZIS)** beauftragt.

Leiter der klinischen Prüfung (LKP) ist **PROF. DR. DIETER NABER**.

Klinischer Projektleiter ist **PROF. DR. CHRISTIAN HAASEN** (beide ZIS).

Die Reinheit der Substanz und die Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen die Substanz zu konsumieren, sichert das Überleben der Drogengebraucher*in. So gibt es durchaus Teilnehmer im Modellprojekt, die nebenbei einer Tätigkeit nachgehen und ein stabiles soziales Leben führen.

Die Drogenberatung e.V. Bielefeld hat sich ebenfalls mit der Errichtung einer Praxis für die Vergabe von Diarmorphin in Bielefeld beschäftigt. Jedoch sind die Auflagen des Gesetzgebers, der Ärztekammer sehr streng und die Kosten für die Unterhaltung einer solchen Praxis sehr hoch. Eine Umsetzung konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt (März 2018) leider nicht erfolgen.

Es gibt durchaus Teilnehmer im Modellprojekt die nebenbei einer Tätigkeit nachgehen und ein stabiles soziales Leben führen.

Kokain

SUBSTANZ

Kokain ist der Hauptwirkstoff verschiedener Cocastraucharten und ein starkes Stimulans. Meist liegt es in kristalliner Form oder als weißes Pulver (Kokainhydrochlorid) vor. Es ist geruchlos, hat einen bitteren Geschmack und wirkt örtlich betäubend.

Andere Bezeichnungen sind z.B. **KOKS, WEISSES, CHARLY, COKA** oder **SCHNEE**.

Der Wirkstoffgehalt der von www.saferparty.ch in der Schweiz analysierten Proben betrug 2015 im Durchschnitt 71,7%. In Deutschland gab das BKA 2013 einen durchschnittlichen Wirkstoffgehalt von 61,3% an. Auf dem Schwarzmarkt erhältliches Kokain enthält meist Streckstoffe, die eine höhere Reinheit vortäuschen bzw. eine stärkere oder verlängerte Wirkung hervorrufen (sollen). Typische nicht-psychoaktive Beimengungen sind Milchzucker, Stärke oder Zellulose. Das am häufigsten beigemischte psychoaktive Streckmittel war 2015 das Entwurmungsmittel Levamisol (in ¼ aller Proben!).

Kokain kann gesnieft, gespritzt oder chemisch aufbereitet als Base geraucht (vgl. *Crack/Freebase*).

WIRKUNG

Die Wirkung ist u. a. abhängig von der Dosis, der Konsumform, dem Wirkstoffgehalt, der Konsumhäufigkeit, eventuell enthaltenen Streckstoffen sowie von Set (psychische und körperliche Verfassung, Gewöhnungseffekte) und Setting (Umfeld) der konsumierenden Person.

WIRKDAUER

BEIM SNIEFEN: Die Wirkung tritt nach 2 – 3 min. ein. Die Wirkdauer liegt bei 30 – 60 min., zum Teil auch länger

BEIM SPRITZEN: Die Wirkung tritt innerhalb von Sekunden ein, die Wirkdauer liegt bei etwa 5 – 20 min., bei dauerhaftem Drogengebrauch ist sie kürzer.

DOSIERUNG

Eine für den/die Drogengebraucher*in halbwegs genaue Dosierung ist auf Grund des stark schwankenden Wirkstoffgehalts und fehlender Möglichkeiten zum „Drug Checking“ in der BRD schwierig.

Anhaltspunkt für eine mittlere Dosis beim Sniefen von reinem Kokain: 0,5 – 0,8 mg pro kg Körpergewicht; bei einer 75 kg schweren Person entspricht das 37,5 – 60 mg. Gewöhnnte Drogengebraucher*innen dosieren jedoch oft deutlich höher.

Bei intravenösem Konsum sollte deutlich niedriger dosiert werden!

WIRKUNGSSPEKTRUM

Kokain erhöht die Konzentration der Botenstoffe Noradrenalin, Serotonin und vor allem Dopamin im synaptischen Spalt zwischen den Nervenzellen im Gehirn, indem es deren Wiederaufnahme in die Nervenzellen hemmt. Eine erhöhte Dopamin Konzentration bewirkt u.a., dass bestimmte Tätigkeiten und Ereignisse mit Belohnungsgefühlen verknüpft werden, so dass man diese wiederholen möchte.

Es kommt zu einer Beschleunigung des Stoffwechsels und der Atmung, der Puls wird schneller, Blutdruck und Körpertemperatur steigen an, die Pupillen sind erweitert, Hunger, Durst und Müdigkeit werden unterdrückt und das Schmerzempfinden vermindert.

Dies zeigt sich in erhöhter Konzentration, Aufmerksamkeit, gesteigertem Bewegungs- und Rededrang.

Euphorie, stark gesteigertes Selbstvertrauen, Ausgelassenheit, Wegfall von Hemmungen und Ängsten, Gefühl der Stärke, erhöhte Risikobereitschaft und Abnahme der (Selbst) Kritikfähigkeit sind möglich.

Viele Drogengebraucher*innen berichten von starkem sexuellem Verlangen sowie von großem Lustempfinden beim Sex, allerdings ist auch das Gegenteil möglich. Erektionsstörungen können auftreten.

NACHWEIS

Nachweiszeiten sind u. a. von der Konsumhäufigkeit und -menge, der Geschwindigkeit des Stoffwechsels sowie vom Testverfahren abhängig. Die folgenden Werte dienen daher nur zur Orientierung.

NACH DER LETZTEN EINNAHME:

IM BLUT / SERUM: Kokain 6 – 24 h, Abbauprodukt Benzoyllecgonin 2 – 3 Tage

IM URIN: Kokain einige Stunden, Abbauprodukt Benzoyllecgonin bis zu 4 Tage, bei häufigem Konsum 15 – 22 Tage

IN DEN HAAREN: bis zu mehrere Wochen (prominentes Beispiel seinerzeit war Christoph Daum)

KURZZEITNEBENWIRKUNGEN

Es kommt zu einer starken Belastung des Herz-Kreislaufsystems. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko, einen Angina-Pectoris-Anfall (mit plötzlich auftretenden Brustschmerzen, einem Druck- oder Engegefühl über dem Brustkorb sowie in die linke Körperhälfte ausstrahlenden Schmerzen) oder einen Herzinfarkt zu erleiden.

Mögliche psychische Nebenwirkungen sind Unsicherheit, Angst, Störungen im Denkablauf, innere Unruhe, gesteigerte Aggressivität. Weiterhin kann es durch konsumbedingten Schlafmangel zu Angstzuständen, Verfolgungswahn, Desorientierung und Sinnestäuschungen kommen.

Bei einer Überdosierung sind Übelkeit / Erbrechen, Koordinationsstörungen, leichte Krämpfe und Zittern, starker Anstieg der Körpertemperatur, Herzrhythmusstörungen, Angstzustände bis hin zu paranoiden Anfällen, depressiven Verstimmungen und Wahnvorstellungen möglich.

Nach Abklingen der Wirkung sind körperliche und psychische Erschöpfung, Niedergeschlagenheit und depressive Verstimmungen möglich.

Drogengebraucher*innen berichten von einem hohen Drang, häufiger zu konsumieren, wenn die Wirkung nachlässt.

LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Bei häufigem Kokainkonsum über einen längeren Zeitraum können sich die Kurzzeitnebenwirkungen verstärken.

Das psychische Verlangen nach der Substanzwirkung (»Craving«) wird als sehr stark beschrieben. Es kann auch nach längerer Abstinenz wieder auftreten und durch bestimmte Trigger (Personen, Orte, Situationen) ausgelöst werden. Das Risiko, eine psychische Abhängigkeit zu entwickeln, ist daher sehr hoch.

Bei jungen Menschen bestehen durch die starke Belastung des Herzens ein erhöhtes Risiko von Herzrhythmusstörungen und das eines Herzinfarkts.

Es kann zu Veränderungen des Denk-Bewegungs-Ablaufs (nervöse Zuckungen, gesteigerte Aktivität), Zittern, Krampfanfällen, Schädigungen an Zähnen, Nerven, Blutgefäßen, Leber und Nieren (v. a. durch Streckmittel) kommen.

Auf Grund der Schwächung des Körperabwehrsystems sind eine erhöhte Infektionsanfälligkeit sowie Gewichtsverlust als Folge des verminderten Hungergefühls möglich. Sexuelle Funktionsstörungen können auftreten.

Beim **SNIEFEN** werden Nasenschleimhaut und Nasenscheidewand stark angegriffen; häufiges Nasenbluten und eine starke Beeinträchtigung bis zum Verlust des Geruchssinnes sind möglich. Außerdem kann es zu chronischen Entzündungen sowie zu einer Durchlöcherung der Nasenscheidewand kommen.

Mögliche psychische Langzeitbegleiterscheinungen sind z. B. Gereiztheit, starke Stimmungsschwankungen, Depressionen, Wahnvorstellungen, »Kokainhalluzinationen« (»Tiere unter der Haut«) und starke Veränderungen der Persönlichkeit.

Wissenschaftlich diskutiert werden bleibende Störungen des Kurzzeitgedächtnisses bzw. intellektueller Fähigkeiten.

WECHSELWIRKUNGEN

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum; Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden; unerwartete Effekte können auftreten und Wechselwirkungen zeitverzögert eintreten.

KOKAIN + ALKOHOL: Solange die Kokainwirkung anhält wird die Alkoholwirkung kaum gespürt und die getrunkene Menge kann nur schwer eingeschätzt werden – eine Alkoholvergiftung ist leicht möglich. Große Belastungen entstehen für Leber und Niere; die Kombination beider Substanzen trocknet den Körper aus und kann zu Überhitzung führen.

KOKAIN + NIKOTIN: führt zu Gefäßverengung – ein Schlaganfall ist möglich.

KOKAIN + ANDERE STIMULANZIEN (SPEED, KOFFEIN/ ENERGY DRINKS): sind eine hohe Belastung für das Herz-Kreislauf-System. Gereiztheit, Überspanntheit, Zittern, Herzrasen, Überhitzung, Kreislaufkollaps und Herzstillstand sind möglich.

KOKAIN + ECSTASY (MDMA): Kokain mindert die »typische« Ecstasywirkung. Dies kann durch schnelleres Nachlegen eine MDMA-Überdosierung (Serotoninsyndrom) zur Folge haben. Es kommt zu einer starken Belastung des Herz-Kreislaufsystems. Durch hohen Flüssigkeitsverlust ist eine Überhitzung möglich. Die Kombination kann zu innerer Zerrissenheit und Ziellosigkeit führen, aber auch einen harmonischen Effekt haben; gutes Set und Setting sind besonders wichtig.

KOKAIN + CANNABIS: hohe Kreislaufbelastung. Diese Kombination kann Angst- oder Panikzustände fördern. Der dauerhafte Konsum erhöht das Risiko, eine Psychose und/oder Angsterkrankung zu entwickeln.

KOKAIN + MAO-HEMMER: Sympathomimetika (z.B. Clonidin), Betablocker (z.B. Metoprolol) und trizyklische Antidepressiva (z.B. Doxepin; Mitrzapin) können in Verbindung mit Kokain eine gefährliche Blutdrucksteigerung und damit lebensgefährliche Zustände zur Folge haben.

KOKAIN + HIV / HCV MEDIKAMENTE: Informationen zu Wechselwirkungen von Kokain mit HIV-, und oder HCV Medikamenten findet man auf der Internetseite der Deutschen Aidshilfe:

WWW.HIV-DROGEN.DE/WECHSELWIRKUNGEN

Wissenschaftlich diskutiert werden bleibende Störungen des Kurzzeitgedächtnisses bzw. intellektueller Fähigkeiten.

MDMA (*Ecstasy*)

SUBSTANZ

3,4-METHYLEN-DIOXY-N-METHYLAMPHETAMIN (MDMA) gehört zur Gruppe der ring-substituierten Phenethylamine und wird zu den entaktogenen (das innere berührend) und empathogenen (mitfühlend) Amphetaminderivaten gezählt.

Die Substanz wird meist unter dem Namen Ecstasy in Tablettenform oder in kristalliner Form gehandelt; seltener als weißes bzw. cremeweißes Pulver oder in Form von Kapseln. Der MDMA-Gehalt in Ecstasypillen kann unterschiedlich hoch sein. Außerdem enthalten Ecstasytabletten meist Streckstoffe oder (zusätzlich) andere psychoaktive Substanzen (bspw. Koffein, 2C-B, m-CPP, 4-FA oder das hoch giftige PMA (Halluzinogen)).

MDMA wird meist oral konsumiert, seltener gesnift. MDMA-Kristalle werden direkt aus einem Tütchen mit angefeuchtetem Finger „**GEDIPPT**“, in Zigarettenpapier eingewickelt und geschluckt (**BOMBE**) oder in Getränken aufgelöst und getrunken. MDMA-Tabletten werden portioniert (geviertelt, halbiert) oder im Ganzen geschluckt.

WIRKUNG

Die Wirkung von MDMA ist u. a. abhängig von der Dosis, dem Wirkstoffgehalt, der Konsumhäufigkeit, den Gewöhnungseffekten (Toleranzbildung) sowie vom Set (psychische und physische Voraussetzungen des Drogengebrauchers*innen) und dem Setting (Umfeld in dem konsumiert wird) abhängig.

ORALER KONSUM VON MDMA

WIRKUNGSEINTRITT: nach ca. 20 – 45 min

WIRKDAUER: 4 – 6 h

DOSIERUNG: eine durchschnittliche Dosis liegt bei 1 – 1,5 mg pro kg Körpergewicht

NASALER KONSUM VON MDMA

WIRKUNGSEINTRITT: nach ca. 4 – 15 min

WIRKDAUER: 1 – 3,5 h

DOSIERUNG: MDMA wirkt gesnift wesentlich schneller und intensiver als beim oralen Konsum.

WIRKSPEKTRUM

Der Konsum von MDMA bewirkt eine erhöhte Ausschüttung der körpereigenen Botenstoffe Serotonin, Noradrenalin und in geringerem Maße Dopamin. Außerdem hemmt es die Serotonin-Wiederaufnahme, d.h. das Serotonin wird weniger schnell »abgebaut«. So kommt es zu einem hohen Serotoninspiegel im synaptischen Spalt zwischen den Nervenzellen.

MÖGLICHE ENTAKTOGENE (»DAS INNERE BERÜHRENDE«)

WIRKUNG: *intensiveres Erleben der eigenen Gefühle (»rationales Denken« rückt in den Hintergrund), Gefühl innerer Ausgeglichenheit, Loslösung von Ängsten.*

MÖGLICHE EMPATHOGENE (»MITFÜHLENDE«) WIRKUNG:

Steigerung der Kontaktfreudigkeit, große Offenheit und erhöhtes Einfühlungsvermögen, Gefühl von Harmonie, Verliebt sein und Vertrautheit mit anderen.

LEICHT STIMULIERENDE WIRKUNG: *Erhöhung von Puls und Blutdruck, gesteigerter Bewegungsdrang, Erhöhung der Körpertemperatur, Erweiterung der Pupillen, Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen werden zurückgestellt. Außerdem möglich sind: Euphorie, erhöhte Mitteilungsbereitschaft, gesteigertes Berührungsempfinden, verändertes Hör- und Sehvermögen.*

Vor allem beim Einsetzen der Wirkung kann es zu Kribbeln in den Gliedmaßen und Schwindelgefühlen kommen.

NACHWEIS

Nachweiszeiten sind u.a. von der Konsumhäufigkeit und -menge, der Geschwindigkeit des Stoffwechsels sowie von der Konzentration des Urins abhängig. Die folgenden Werte dienen deshalb nur zur Orientierung.

IM BLUT: bis 24 Std.

IM URIN: von 1 bis zu 4 Tagen

KURZZEITNEBENWIRKUNGEN

Trockener Mund, Verkrampfen der Kiefermuskulatur (Zähne mahlen, »Kauflash«), Kopfschmerzen, Schwitzen, Muskelkrämpfe, Übelkeit, Brechreiz, Augenflackern, Unterdrückung des Harndrangs. Weiterhin möglich: niedriger Blutzucker, Lungenkollaps durch eingeschränkte Atmung, Krampfanfälle, Hyponatriämie (zu wenig Salz im Blut), Durchblutungsstörungen des Herzens, im Extremfall plötzlicher Herztod.

Die besonders beim Einsetzen der Wirkung spürbare Steigerung der Herzfrequenz kann unerfahrene User verängstigen. Beim sniefen sind ein starkes Brennen der Nasenschleimhaut sowie eine Verstopfung der Nase möglich. Durch die Verbindung der Nase mit der Mundhöhle kommt es beim »Runterlaufen« zu einem extrem bitteren Geschmack im Mund, der vor allem bei bereits übersäuertem Magen zu Übelkeit bis hin zum Erbrechen führen kann.

Besonders bei einer Überdosierung können Konzentrations- und Wahrnehmungsstörungen, Angstzustände, Halluzinationen oder Paranoia auftreten.

Nach Abklingen der Wirkung kann es zu Gereiztheit, depressiven Verstimmungen, Abgespanntheit, Müdigkeit und Unkonzentriertheit kommen: Der sogenannte »Ecstasy-Kater« kann mehrere Tage andauern.

LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Nach Absetzen der Substanz kann es einige Monate dauern, bis der Serotoninvorrat des Körpers wieder auf dem ursprünglichen Niveau ist.

Durch längeren, häufigen und fortgesetzten Konsum von MDMA kann es zu Störungen des (Kurzzeit-)Gedächtnisses, körperlicher Auszehrung, Konzentrations- und Schlafstörungen, Schädigung der Magenschleimhaut und des Herzens sowie zu Nieren- und Leberschäden kommen.

Je nach Dosis und Häufigkeit des Konsums sind eine Toleranzausbildung, sowie die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit möglich.

WECHSELWIRKUNGEN

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum; Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden. Es können auch ganz unerwartete Effekte auftreten, die nicht der Summe der Einzelwirkungen entsprechen. Die Wirkungen der jeweiligen Substanzen können zu verschiedenen Zeiten eintreten und unterschiedlich lange anhalten, dadurch können Wechselwirkungen zeitverzögert auftreten.

MDMA + ALKOHOL: *In Kombination entzieht es dem Körper Wasser. Es besteht das Risiko der Austrocknung.*

MDMA + CANNABIS: *kann die MDMA-Wirkung verstärken und zu einer größeren Belastung des Kreislaufes führen.*

MDMA + SPEED: *Amphetamine (Speed) mindern die »typische« Wirkung von MDMA. Dies kann einen erneuten Konsum und dadurch eine Überdosierung mit MDMA zur Folge haben. Die stimulierende Wirkung beider Substanzen bleibt erhalten, was zu einer starken Belastung des Herzkreislaufsystems führt. Die Folge von Überhitzung des Körpers ist möglich.*

MDMA + KOKAIN: *Kokain hebt die MDMA-Wirkung auf. Die Kombination beider Substanzen kann zu innerer Zerrissenheit und Ziellosigkeit führen, aber auch einen harmonischen Effekt haben.*

MDMA + HEROIN: *Heroin überdeckt die MDMA-Wirkung. Dies führt zu einer starken Belastung des Kreislaufsystems.*

MDMA + HERZFREQUENZVERÄNDERNDE SUBSTANZEN UND MEDIKAMENTE (Z.B. EPHEDRIN, METHADON, METHYLPHENIDAT [RITALIN®]): *starke Belastung des Herzens durch Veränderungen im Herz-Rhythmus, ein plötzlicher Herztod ist möglich!*

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum.

Crystal (Methamphetamin)

SUBSTANZ

Crystal/Methamphetamin ist ein **SYNTHETISCHES STIMULANS AUF AMPHETAMINBASIS**. Es wirkt wesentlich länger und stärker aufputschend als Amphetamin (Speed). Geläufige Bezeichnungen sind **C, METH, CRYSTAL-METH, ICE, YABA** oder **PIKO**. Methamphetamin wird aus (Pseudo-)Ephedrin hergestellt und hat meist einen sehr hohen Reinheitsgrad. Mögliche Streckstoffe sind diverse Salze oder Ephedrin, außerdem kann Crystal gesundheitsschädigende Stoffe aus dem Herstellungsprozess enthalten. Es ist in kristalliner oder pulverförmiger Form (weiß, gelegentlich eingefärbt), seltener als Tabletten (**»THAI-PILLE«**) oder als Kapseln / Dragees erhältlich.

In der Bundesrepublik ist der Konsum von Methamphetamin bisher vor allem in den Bundesländern, die an die Tschechische Republik grenzen, verbreitet. Crystal wird meist gesnieft (durch die Nase gezogen). Es kann aber auch in Zigarettenpapier eingewickelt und geschluckt (**»BOMBE«**) oder geraucht bzw. verdampft und inhaliert werden. Der intravenöse Gebrauch (in Wasser aufgelöst) kommt relativ selten vor.

WIRKUNG

Die Wirkung ist u.a. abhängig von der Dosis, dem Wirkstoffgehalt, der Konsumhäufigkeit, der Gewöhnung (Toleranzbildung) sowie vom Set (der psychischen und physischen Verfassung) und dem Setting (Umfeld) des/der Drogengebrauchers*in.

WIRKUNGSEINTRITT: *Bei nasalem und gerauchtem / inhaliertem Crystal nach 3–10 min, beim Schlucken nach 30 – 40 min, gespritzt nach wenigen Sekunden.*

WIRKDAUER: *je nach Dosis 4–12 h, bei sehr hoher Dosierung bis zu 30 h !!*

DOSIERUNG: *Eine niedrige Dosis liegt bei 5–10 mg, eine mittlere bei 10–40 mg, gewöhnnte Drogengebraucher*innen dosieren oft deutlich höher.*

VORSICHT: *Methamphetamin ist schon in wesentlich geringerer Dosis wirksam, z.B. im Vergleich zu Speed (Amphetamine)!*

WIRKSPEKTRUM

Methamphetamin stimuliert das zentrale und das dezentrale Nervensystem. Es bewirkt eine erhöhte Ausschüttung der Botenstoffe Noradrenalin und Dopamin im Gehirn sowie von Adrenalin in den Nerven außerhalb des Gehirns und des Rückenmarks. Diese Botenstoffe sind dann in sehr hohem Maße vorhanden und können lange und extrem stark wirken.

Es kommt zu einer Steigerung des Stoffwechsels und der Atmung. Der Puls wird schneller, Blutdruck und Körpertemperatur steigen an, die Pupillen sind erweitert, Hunger, Durst und Müdigkeit werden unterdrückt und das Schmerzempfinden wird vermindert. Es kommt zu erhöhter Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit sowie zu gesteigertem Bewegungs- und Rededrang.

Charakteristisch sind zudem ein gesteigertes Selbstbewusstsein sowie starke Euphorie- und Glücksgefühle.

Berichtet wird von (sehr) starkem sexuellem Verlangen sowie von großer Ausdauer beim Sex. Es kann zu einer Herausforderung des Orgasmus, aber auch zu Erektionsschwierigkeiten auf Grund der Verengung der Blutgefäße kommen.

NACHWEIS

Nachweiszeiten sind u.a. von der Konsumhäufigkeit und -menge, der Geschwindigkeit des Stoffwechsels, sowie von der Konzentration des Urins abhängig (Flüssigkeitszufuhr während der Konsumphase). Die folgenden Werte dienen deshalb nur zur Orientierung.

Methamphetamin kann entsprechend seiner langen Wirkdauer auch lange nach der letzten Einnahme im Körper nachgewiesen werden.

IM BLUT: bei mittlerer Einzeldosis bis zu 24 h, bei Mehrfachkonsum länger

IM URIN: 2 Tage bis eine Woche

KURZZEITNEBENWIRKUNGEN

Beim nasalem Konsum kann es zu starkem Brennen an Nasen- und Rachenschleimhaut sowie zu Verletzungen der Nasenschleimhaut kommen. Zittern, Unruhe, Nervosität, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis, Herzrhythmusstörungen, Kopf- und Muskelschmerzen, Übelkeit sowie zwanghafte planlose motorische Aktivität sind möglich, teilweise auch starke Hypermotorik der Kaumuskelaktivität.

Drogengebraucher*innen berichten, dass sie unter dem Einfluss von Methamphetamin (vor allem in Kombination mit Alkohol) leichter aggressiv werden als sonst.

Bei einer Überdosis kann es zu Fieber, Schwitzen, trockenem Mund, plötzlichem Blutdruckabfall, Schwindelgefühlen, Zittern, Kollaps und Angstzuständen kommen.

Bei hoher Dosierung mit Methamphetamin kann es v. a. nach längeren Konsumphasen ohne Ruhepausen zu Sinnestäuschungen (visuelle und akustische Halluzinationen) bzw. aufgrund von Nährstoff- und Schlafmangel zu Angst und Paranoiden Zuständen (akute psychotischen Zuständen) kommen.

An den darauf folgenden Tagen sind depressive Verstimmungen, Gereiztheit, Trägheit, Extremhunger und 20- bis 30-stündiger tiefer Schlaf möglich.

LANGZEITNEBENWIRKUNGEN

Methamphetamine zehren den Körper sehr stark aus. Bei häufigem, hoch dosiertem Konsum über einen längeren Zeitraum können sich die Nebenwirkungen schnell verstärken.

Möglich sind: starker Gewichtsverlust, Schwächung des Körperabwehrsystems, Infektionsanfälligkeit (durch mangelnde Zufuhr von Mineralstoffen/Vitaminen und erhöhten Energieverbrauch); Hautentzündungen (Pickel), Blutdruckerhöhung durch starke Belastung des Herzmuskels; Magenschmerzen, Magendurchbruch, Nierenschäden, Zahnschäden, Organblutungen, ständige Unruhe, aggressives Verhalten, Schlaf- und Kreislaufstörungen, Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Anhedonie (Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden), Antriebslosigkeit, Paranoia (vorübergehend starke Ängste und Halluzinationen).

Mit zunehmendem, langanhaltendem Konsum steigt das Risiko von Hirnblutungen und Schlaganfällen mit plötzlichen Lähmungen.

Das Nervensystem verliert mehr und mehr die Fähigkeit, Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin in ausreichendem Maße zu produzieren, was eine lang anhaltende und evtl. nicht mehr behebbar Depression hervorrufen kann.

Bei Versuchen mit Mäusen und Ratten hat Methamphetamin bei dauerhaftem Konsum eine neurotoxische Wirkung, d.h. Nervenzellen sterben ab.

Nasenschleimhaut und Nasenscheidewand werden beim Snie-

fen stark angegriffen. Die Zersetzung der Nasenscheidewand möglich!

Eine sehr schnelle Toleranzausbildung ist mit der Einnahme von Methamphetaminen möglich (die Dosis muss stark erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen). Das Risiko der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit unter Methamphetamin ist sehr hoch.

WECHSELWIRKUNGEN

Die Risiken beim Mischkonsum sind höher als beim Monokonsum, Körper und Psyche werden stärker belastet. Einzelne Substanzwirkungen können verstärkt oder geschwächt werden; unerwartete Effekte können auftreten und Wechselwirkungen zeitverzögert eintreten.

METHAMPHETAMINE + ALKOHOL: Solange die Methamphetaminwirkung anhält, wird die Wirkung von Alkohol kaum wahrgenommen. Die getrunzene Menge wird unterschätzt – eine Alkoholvergiftung ist (sehr) leicht möglich! Große Belastung für Leber und Niere; die Kombination trocknet den Körper aus und kann zu einem Wärmestau bzw. zu Überhitzung führen!

METHAMPHETAMINE + ECSTASY: Crystal mindert die »typische« Wirkung von Ecstasy. Dies kann ein schnelleres Nachlegen und dadurch eine Überdosierung mit MDMA zur Folge haben. Die stimulierende Wirkung beider Substanzen bleibt erhalten, was zu einer starken Belastung des Herz-Kreislaufsystems führt. Hoher Flüssigkeitsverlust, eine Überhitzung ist möglich.

METHAMPHETAMINE + CANNABIS: Cannabis intensiviert die Wirkung von Methamphetamin, Blutdruck und Herzfrequenz werden enorm erhöht, es kommt zu einer starken Herz-Kreislaufbelastung. Cannabis wird jedoch auch zum runterkommen verwendet, da es unangenehm empfundene Nebenwirkungen mildert. Die Kombination beider Substanzen über einen längeren Zeitraum steigert das Risiko, Angstzustände, eine Psychose und/oder eine Angsterkrankung zu entwickeln.

METHAMPHETAMINE + ENERGIZER, SPEED: Unangenehme Nebenwirkungen wie Herzrasen und Schwindelgefühle werden verstärkt. Das Risiko eines Kreislaufkollapses steigt, eine Überhitzung des Körpers ist möglich.

METHAMPHETAMINE + KOKAIN: führen zu einer großen Belastung des Herz-Kreislaufsystems. Hektik, Gereiztheit, Überspanntheit, Ungeduld, Zittern und Herzrasen sind möglich. Im Extremfall Atembeeinträchtigung, die zum Herzstillstand führen kann.

METHAMPHETAMINE + DOWNER (BENZODIAZEPINE, KETAMIN ETC.): Diese Kombination belastet den Organismus stark und kann zum Kreislaufzusammenbruch führen.

METHAMPHETAMINE + BETA-BLOCKER, MAO-HEMMER, TRIZYKLISCHE ANTIDEPRESSIVA: Diese Kombinationen können zu lebensgefährlichen Komplikationen durch starke Blutdrucksteigerung führen.

AUCH MIT ANDEREN, HIER NICHT AUFGEFÜHRTEN SUBSTANZEN KÖNNEN (LEBENSBEDROHLICHE) WECHSELWIRKUNGEN AUFTRETEN.

Der Konsum von Methamphetaminen entzieht dem Körper Flüssigkeit. Es sollten immer wichtige Mineralstoffe und Vitamine zugeführt werden. Die ausreichende Zufuhr von Wasser bzw. vitaminreichen Fruchtsäften sollte beachtet werden. Ein Kalziummangel kann durch den Verzehr von Milchprodukten oder Hülsenfrüchten ausgeglichen werden. Vitamin- und Mineralstoffpräparate, aber auch Obst, Gemüse und Nüsse können während oder nach dem Konsum kurzfristig hilfreich sein.

Es sollten keinerlei Fahrzeuge unter dem Einfluss von Methamphetamin geführt oder andere gefährliche Tätigkeiten ausgeübt werden (Maschinen bedienen, Dach decken etc.)!

REGELMÄSSIGER KONSUM VON METHAMPHETAMIN, STEIGERT DIE TOLERANZ GEGENÜBER DER SUBSTANZ ZIEMLICH SCHNELL, ABER DIE NÄHRSTOFF- UND KRAFTRESERVEN DES KÖRPERS NEHMEN IMMER WEITER AB. DESHALB SIND NACH LÄNGEREN KONSUMPHASEN AUSREICHEND SCHLAF, GESUNDE ERNÄHRUNG, HYGIENE UND KÖRPERPFLEGE (V.A. ZÄHNE, ZAHNFLEISCH, NASE) SEHR WICHTIG! ZWISCHEN DEN KONSUMTAGEN IST EINE PAUSE VON MEHREREN WOCHEN ZU EMPFEHLEN, DAMIT SICH KÖRPER UND PSYCHE AUSREICHEND ERHOLEN UND REGENERIEREN KÖNNEN.

Einleitung

Die **SUBSTITUTIONSTHERAPIE** Opiatabhängiger ist die Behandlung von Personen, die an einer Abhängigkeit von Opioiden – meist Heroin – leiden. Die **KONTROLLIERTE, ÄRZTLICH ÜBERWACHTE VERGABE EINES SYNTHETISCHEN OPIOIDS** soll den Verzicht auf den Heroinkonsum oder den Verzicht auf den Konsum anderer, missbräuchlich eingenommener Opioiden ermöglichen. Mit Hilfe dieser Medikamentenvergabe wird der „Heroinhunger“ gestillt, indem entsprechende Rezeptoren im zentralen Nervensystem der Konsument*innen blockiert werden. Heroin oder andere Opioiden können daher - bei ausreichender Dosierung des Medikaments - keine Wirkung mehr an den Rezeptoren entfalten. Heute ist die Substitutionstherapie die erfolgreichste Behandlung der Heroinabhängigkeit. Erfolgreich ist sie insbesondere im Hinblick auf eine Senkung der Mortalitätsrate, die Reduktion von Neuansteckungen mit Hepatitis B, C und HIV und die Zuführung zu weiteren therapeutischen Interventionen. **IN DER BRD WERDEN MIT DIESER BEHANDLUNGSFORM DERZEIT (STAND: DEZ. 2018) 75.000 PERSONEN BEHANDELT.** Die Behandlung erfolgt mit gesetzes- und richtlinienkonform zu verordnenden Medikamenten. Sie ist evidenzbasiert und hinreichend evaluiert. Sie gilt momentan als der „Goldstandard“ in der Behandlung chronisch erkrankter Opioidabhängiger.

Die Substitutionstherapie – die ursprünglich Mitte der 1960-er Jahre in den USA von dem Endokrinologen Vincent Dole und der Psychiaterin Marie Nyswander entwickelt wurde – war in der BRD **LANGE ZEIT HEFTIG UMSTRITTEN.** Während in den USA bereits von großen Erfolgen berichtet wurde und die Methadon-/Substitutionsbehandlung auch im benachbarten

Behandlung von Personen, die an einer Abhängigkeit von Opioiden leiden

europäischen Ausland erfolgreich eingesetzt wurde, lehnten große Teile der bundesdeutschen Fachwelt sie noch lange Zeit vehement ab. Sie galt als Behandlungsfehler, da damit eine Sucht nur gegen eine andere ausgetauscht werde. Auch mit Euthanasievergleichen und „Dealer-in-weißem-Kittel“-Aussagen hielt man sich nicht zurück.

Erst Ende der 1980-er Jahre ermöglichte die damalige NRW-Landesregierung den Einstieg in die Substitutionsbehandlung hier zu Lande: Sie legte einen wissenschaftlich begleiteten Modellversuch auf, welcher unter Vorgabe strengster Rahmenbedingungen die Behandlung einer kleinen Gruppe Schwerstabhängiger in einigen Städten Nordrhein-Westfalens evaluieren sollte. Er wurde später als **„METHADONPROGRAMM“** bekannt. 1992 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA), dass die Substitutionstherapie in bestimmten Fällen als kassenärztliche Leistung abrechnungsfähig sei. Dies war aber nur möglich, wenn neben der Opioidabhängigkeit zusätzlich eine schwere somatische oder psychiatrische Begleiterkrankung vorlag. Erst seit Januar 2003 galt die Suchterkrankung selbst als Indikation zur Substitutionstherapie (BUB-Richtlinien Substitution/G-BA).

HEUTE IST DIE SUBSTITUTION EINE ANERKANNTE UND ERFOLGREICHE BEHANDLUNGSFORM der Heroinabhängigkeit. Sie spielt neben anderen – eher klassischen Behandlungsangeboten – eine wichtige Rolle in der Drogenhilfe.

Nach längerer Vorbereitung trat im Oktober 2017 die neue BtmVV in Kraft. In deren Regelungen zur Substitution in § 5 geht es im Wesentlichen darum, behandelnden Ärztinnen und Ärzten endlich **GRÖßERE RECHTSSICHERHEIT** zu verschaffen, indem die Formulierung ärztlich-therapeutischer Vorgaben für eine Substitutionsbehandlung aus dieser Rechtsverordnung herausgenommen wurde. Die ärztlich-therapeutischen Aspekte einer Substitutionstherapie sind nun in der „Richtlinie ... zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger“ der Bundesärztekammer (BÄK) beschrieben. Diese Richtlinien der BÄK orientieren sich an dem allgemein anerkannten Stand (sucht-)medizinischer Erkenntnisse und haben insbesondere zum Ziel, die Versorgung opioidabhängiger Patientinnen und Patienten allgemein zu verbessern. Von zentraler Bedeutung ist derzeit ein Paradigmenwechsel in der Behandlung: Das apodiktische Ziel „Abstinenz“ wurde zugunsten erreichbarer individueller Ziele modifiziert, aber nicht aus den Augen verloren. Die Überlebenseicherung und eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Betroffenen sollen zunächst angestrebt werden. Im Vordergrund der Behandlung stehen der **ZUGEWINN AN LEBENSQUALITÄT** und die **GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE** – und wenn es gelingt, später auch die Abstinenz von Opioiden.

Was bewirkt Substitution?

Substitution beseitigt nicht die Abhängigkeit. Die bisher konsumierte Substanz (meist Straßenheroin) wird „lediglich“ durch ein ähnlich wirkendes Medikament, ein (halb-) synthetisches Opioid, ersetzt. Allerdings, allein schon der Ersatz der illegalen Substanzen durch ein legales Medikament kann Positives bewirken, oftmals sogar lebensrettend sein.

Bei sachgerechter Auswahl und Dosierung des Substitutionsmedikaments wird das weitere Verlangen nach Heroin gestillt; Entzugserscheinungen werden verhindert. Die zwanghafte tägliche Drogenbeschaffung, verbunden mit Kriminalität, Stress und oftmals auch mit Prostitution entfällt ebenso wie Strafverfolgung und Kriminalisierung.

Gesundheitsrisiken wie Abszesse, Venenentzündungen, Infektionen mit Hepatitiden, mit HIV, Überdosierungen u.v.a.m. durch verunreinigte Substanzen vom Schwarzmarkt sowie durch nicht sterile Konsumutensilien werden vermieden.

Der Wegfall von Geldmittel- und Drogenbeschaffungszwängen ermöglicht eine Normalisierung des alltäglichen Lebens und die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder, lebensrettender und integrierender Hilfsangebote.

Ziele der Substitutionstherapie

Im Einzelnen werden folgende Ziele mit einer Substitutionstherapie angestrebt:

GESUNDHEITSPOLITISCHE ZIELE

- **SENKUNG** der Mortalität und der Morbidität, Überführung einer Mehrfachabhängigkeit in eine Monoabhängigkeit
- **VERBESSERUNG** der sozialen und psychischen Situation, Schaffung einer Grundlage für eine soziale Integration
- **GESUNDHEITSFÖRDERUNG**, Infektionsprophylaxe, Safer-Use-Kompetenz auch im Strafvollzug

DROGENPOLITISCHE ZIELE

- **ENTKRIMINALISIERUNG UND ENTSTIGMATISIERUNG** der Patientinnen und Patienten (aber auch der behandelnden Ärztinnen und Ärzte!)
- **FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG** mit Substitutionsmöglichkeiten und qualifizierter suchtmedizinischer Behandlung
- **VERMEIDUNG UND AUFLÖSUNG** öffentlicher Szenen (offene Szenen wie man sie aus Frankfurt etc. kennt)
- **GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE**
- **AKZEPTANZORIENTIERUNG**

MEDIZINISCHE ZIELE EINER SUBSTITUTION

- **WIEDERHERSTELLUNG** bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit und Herstellung von Behandlungsfähigkeit bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, Sicherung des (möglichst gesunden) Überlebens und körperlicher Schutz für Mutter und Kind während (und nach) der Schwangerschaft, Ermöglichen von Überbrückungsbehandlungen (z.B. bei terminlich vorprogrammierten Abstinenztherapien oder vor Abschlussprüfungen), Stabilisierung in akuten Krisensituationen
- **REDUZIERUNG** der Einnahmehäufigkeit, Einnahmemenge, Praktizieren weniger riskanter Konsumformen und Konsum weniger schädlicher Substanzen, Verlängerung nebenkonsumfreier Perioden, zufriedene Abstinenz (auch mit Substitut), gar drogenfreie Lebensgestaltung

PSYCHOSOZIALE ZIELE

- **VERHINDERN** einer weiteren Verschlechterung des psychosozialen Gesundheitszustandes, von Einsamkeit und Perspektivlosigkeit der Betroffenen, von weiterer Kriminalität/Kriminalisierung, von zunehmender beruflicher und sozialer Desintegration
- **ERREICHEN** von psychischem, physischem und geistigem Wohlbefinden, von sozialer und beruflicher Re-Integration, von stabilen Wohnverhältnissen, Beendigung der Illegalität, wachsender Autonomie und Aufgabe der absoluten Dominanz der Droge

Selbstverständlich ist mit der Formulierung von Behandlungszielen noch lange nicht sichergestellt, dass diese auch erreicht werden. In der Praxis gibt es im Behandlungsablauf der Patienten*innen immer wieder Brüche unterschiedlichster Art – allerdings ohne dass hierdurch die grundsätzliche Idee der Behandlung in Frage gestellt werden müsste.

Mal führen persönliche und soziale Probleme (wie Beziehungskrisen, Probleme mit Behörden) zu einer Stagnation der Behandlung, mal werden alte Strafverfahren zu einem Problem und können zu (erneuten) Inhaftierungen führen. Nicht zuletzt ist der fortgesetzte problematische Substanzgebrauch von Heroin, Kokain, Alkohol und Medikamenten zusätzlich zum Substitut (zu Beginn der Behandlung, aber auch im späteren Verlauf) bei einem Teil der Substituierten eher die Regel als die Ausnahme. Die psychosoziale Begleitung der Klientel (vgl. *Psychosoziale Begleitung*) bekommt hier eine zentrale Bedeutung für den Erfolg der Substitutionsmaßnahme.

Substitutionsmedikamente:

GRUNDSÄTZLICHES

Die Substitutionsmedikamente haben eine höhere Halbwertszeit als z. B. Heroin und müssen daher nur einmal täglich eingenommen zu werden. In der Regel handelt es sich um die orale Applikation wie bei Methadon, Polamidon®, Substitol®, Codein. Buprenorphin dagegen wird sublingual verabreicht. Eine weitere Ausnahme stellt Diamorphin dar. Es ist in Deutschland zurzeit nur als intravenöse Applikation vorgesehen. Die Medikamentenvergabe erfolgt generell in einem ärztlich kontrollierten Setting. Erst nach der Einstellungsphase auf das Substitutionsmedikament und nach einer ausreichenden Stabilisierung der Patientinnen und Patienten ist in Absprache mit der verantwortlichen Ärztin bzw. dem Arzt eine Rezept-Mitgabe (Take-Home-Verschreibung) zur eigenverantwortlichen Einnahme möglich. Mit Eigenverantwortlichkeit ist hier gemeint, dass das Medikament nicht veruntreut oder verloren wird. Der behandelten Person sollte bewusst sein, dass die zur Substitution eingesetzten Dosen für nicht opioidtolerante Menschen (besondere Vorsicht gilt insbesondere gegenüber Kindern) u. U. tödlich sein können.

ÄRZTLICHE AUFNAHME- UND VERLAUFUNTERSUCHUNGEN

Sicherung der Diagnose Opioidabhängigkeit durch ärztliche Eingangsuntersuchung und Laborparameter, EKG – Überwachung möglicher QT-Zeitverlängerung, Prüfung von Kreuztoleranzen mit anderen Medikamenten, Überwachung der Einstellungsphase auf das gewählte Substitutionsmedikament, Verlaufsuntersuchungen und Screenings (Urin, Speichel, Blut) resp. Atemalkoholtests.

AUSWAHL UND EINSTELLUNG DES SUBSTITUTIONSMITTELS

Die Wirkungs- und Nebenwirkungsprofile der zugelassenen Substitutionsmedikamente sowie die individuelle Situation der Patient*innen (Vorerfahrungen, Unverträglichkeiten etc.) sind bei der Wahl des Medikaments zu berücksichtigen. Auch soll die Präferenz der Patient*innen Berücksichtigung finden, da so die Compliance verbessert werden kann.

EINSTELLUNG UND DOSISHÖHE

Die Einstellung auf das Medikament muss sorgfältig überwacht werden. Die Einstiegsdosis ist so zu wählen, dass es auch bei einer nicht bestehenden Opioidtoleranz zu keiner lebensgefährlichen Überdosierung kommt.

DIE LISTE DER ZUGELASSENEN SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTE UMFASST:

METHADON: (*dextro-levo-Methadon*) Das vollsynthetische Opioid ist ein Razemat (Mischung), es besteht aus gleichen Molekülen, die optisch rechts- und linksdrehend sind. Wirksam sind im Wesentlichen nur die linksdrehenden Anteile. Durch eine einmalige tägliche Gabe erzielt man einen konstanten Plasmaspiegel, die Wirkdauer beträgt zwischen 24 bis 36 Stunden. Die Einnahme erfolgt oral, das Methadon wird meistens mit Saft, Sirup, Wasser oder Tee verdünnt. Es muss als nicht injizierbare Trinklösung verabreicht werden. Eine intravenöse Applikation birgt enorme Risiken und kann lebensgefährlich sein. Methadon hat ein dem Morphin vergleichbares Gewöhnungs- und Suchtpotential.

L-POLAMIDON®: (*Levo-Methadon*) ist ebenso ein Vollagonist wie Methadon und unterscheidet sich in seiner Wirkungsweise nur unwesentlich. L-Polamidon® ist von den rechtsdrehenden Molekülen gereinigt und daher geringfügig teurer. Und es ist doppelt so wirksam wie Methadon. Bei einem Übergang in ein anderes Versorgungssetting ist daher auf die Angabe der Dosishöhe (Dosisangaben immer in Milligramm!) besonders zu achten.

METHADDICT®/POLADDICT®: Ein Fertigarzneimittel von Methadon bzw. Polamidon® in Tablettenform zur oralen Verabreichung

SUBUTEX® (BUPRENORPHIN): Subutex® ist seit 2000 als Substitutionsmittel zugelassen. Es ist ein partieller Agonist und sein Abhängigkeitspotential ist geringer als das Potenzial von Methadon und Polamidon®. Es hat weniger unerwünschte Wirkungen und zeigt antidepressive sowie abgeschwächte sedierende Effekte. Da Buprenorphin minder stark betäubend wirkt, fühlen sich Konsumierende oftmals klarer im Kopf als z. B. unter Methadon. Die Anwendung gilt als sicherer, da auch höhere Dosierungen noch vergleichsweise gut vertragen werden. Subutex® hat eine lange Halbwertszeit (ca. 72 Stunden). Die Vergabe kann daher auch zweitägig erfolgen.

SUBSTITOL®: (*Morphinsulfat-Pentanhydrat/retardiertes Morphin*) bewirkt aufgrund der besseren Verträglichkeit eine deutlich höhere Zufriedenheit und damit auch eine bessere Lebensqualität. Substitol® ist seit 2015 als Substitutionsmedikament zugelassen. Der Wirkstoff Morphin ist in seiner chemischen Struktur dem Heroin sehr ähnlich und scheint deshalb besonders gut als Substitut geeignet zu sein. Es werden auch weniger Nebenwirkungen beschrieben (wie das typisch starke Schwitzen), so dass Substitol® für Patientinnen und Patienten, die mit den anderen Medikamenten nicht zufriedenstellend behandelt werden können, eine gute Alternative darstellt. Die Hartkapseln werden unzerkaut mit etwas Flüssigkeit geschluckt.

CODEIN: (*Dihydrocodein*) Codein ist in zahlreichen Hustenmitteln enthalten und wird in Form von Kapseln oder Saft verschrieben. Es unterdrückt Entzugsserscheinungen und „Heroinhunger“. Die Wirkdauer ist mit 5 bis 6 Stunden gering, daher ist täglich eine mehrmalige Einnahme notwendig. Codein wird nur in medizinisch indizierten Ausnahmefällen verordnet – z.B. bei Unverträglichkeiten oder bei sogenannten „Altfällen“.

DIAMORPHIN (SYNTHETISCHES HEROIN – ORIGINALSTOFF): Das Verschreiben von Diamorphin wird in der BtmVV gesondert im § 5a beschrieben. An die Verschreibung von Diamorphin sind spezielle Voraussetzungen geknüpft. Eine Indikation zur Diamorphin-Behandlung liegt nur bei sog. „Schwerstabhängigen“ vor. Es gelten bestimmte Zugangsvoraussetzungen. Die psychosoziale Begleitung ist zumindest in den ersten sechs Monaten der Behandlung zwingend erforderlich. Die Applikation von Diamorphin erfolgt (noch überwiegend) intravenös. Die Diamorphinbehandlung wird nur an ausgewählten – mittlerweile neun – Standorten in der BRD angeboten, die die stark reglementierten gesetzlichen Voraussetzungen für die Ausgabe erfüllen.

Weitere Informationen zu Substitutionsmedikamenten sind z.B. unter WWW.DRUGCOM.DE erhältlich.

Die Rahmenbedingungen

Die Praxis der Substitutionsbehandlung wird durch eine Reihe von Gesetzen, Vorschriften etc. reguliert.

In erster Linie gelten die Regelungen des **BETÄUBUNGSMITTELGESETZES (BTMG)**. Das BtmG regelt den generellen Umgang mit Betäubungsmitteln jedweder Art.

Die **BETÄUBUNGSMITTEL-VERSCHREIBUNGS-VERORDNUNG (BTMVV)** enthält Regelungen zur Sicherung und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs. Zum Inkrafttreten der BtmVV wird die Zustimmung der Bundesländer bzw. des Bundesrats benötigt. Der § 5 der BtmVV beinhaltet alle rechtlichen Bestimmungen zur Verschreibung von Substitutionsmitteln.

Die **RICHTLINIEN DER BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK)** zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger treffen Feststellungen zum Stand der medizinischen Wissenschaft für die Substitutionsbehandlung. Hier werden also die „Regeln der ärztlichen Kunst“ in puncto Substitution festgelegt.

Der **GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der

Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Psychotherapeut*innen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er regelt die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen. Im G-BA wird festgelegt, welche ärztlichen Leistungen in der Substitutionsbehandlung von den Krankenkassen bezahlt werden.

Bei der zuständigen **KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG**, der **KRANKENKASSE** der substituierten Person sowie bei der **BUNDESOPIMUMSTELLE** des **BUNDESINSTITUTS FÜR ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE (BfArM)** muss der Beginn und die Beendigung einer Substitutionsbehandlung angezeigt werden. Die Bundesopiumstelle im BfArM führt im Auftrag der Bundesländer ein Substitutionsregister mit anonymisierten Patientendaten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln. Bei Doppelverschreibungen gibt die Bundesopiumstelle eine Rückmeldung an die Arztpraxen.

Die **FINANZIERUNG** einer Substitutionsbehandlung **ZU LASTEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)** ist allgemeingültig geregelt.

Vertrauensvolle Zusammenarbeit

Die Substitutionstherapie opioidabhängiger Menschen ist komplex und bewegt sich in einem psychosozial schwierigen und durch Gesetze und Verordnungen eng reglementierten Rahmen. Sie erfordert eine gute Kooperation aller Mitarbeitenden und Akteure innerhalb der beteiligten Einrichtungen und Institutionen.

Das Krankheitsbild Sucht mit seinen vielschichtigen medizinischen, psychosozialen und juristischen Implikationen erfordert darüber hinaus die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zwischen Drogenambulanzen und Einrichtungen der Drogenhilfe, Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken, Behörden, psychosozialen Betreuungsstellen und nicht zuletzt Kostenträgern.

Vielleicht gar mehr noch als die Berücksichtigung von Vorgaben und Regelungen (formal) juristischer Art spielen im Kon-

takt zur substanzkonsumierenden Klientel Fragen von Akzeptanz und Vertrauen eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Intervention bzw. der Behandlung.

AKZEPTANZ und **ANERKENNUNG** der Personen und ihrer Lebensformen sind die Grundlagen des Kontaktes zur substanzkonsumierenden Klientel.

VERTRAUEN – mit einem freundlichen und respektierenden Umgang kann eine angenehme Arbeitsatmosphäre geschaffen werden. Ein vertrauensvoller Umgang untereinander ist wichtig und sollte im Laufe der Behandlung zur Selbstverständlichkeit werden. Eine angstfreie und verlässliche Begegnung ist die elementare Grundlage für Drogenhilfe und für Pflege (älterer) drogenkonsumierender Menschen und daher natürlich auch für die (sucht-)medizinische Behandlung.

Versorgung Substituierter in Alten- oder Pflegeheimen, Hospizen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Der Katalog der Einrichtungen, denen das Substitut überlassen werden darf, wurde inzwischen auf stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Gesundheitsämter, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Alten- und Pflegeheime und Hospize erweitert. Das Substitut kann nun auch von angewiesenem Personal dort verabreicht werden. Im § 5 c der BtmVV werden die Anforderungen an die berechtigten Personen der zugelassenen Einrichtungen benannt, damit das Substitutionsmedikament zum unmittelbaren Verbrauch erfolgen darf. „Der substituierende Arzt, der in der Einrichtung nicht selber tätig ist, hat mit der jeweiligen Einrichtung eine **VEREINBARUNG** zu treffen. In dieser muss mindestens

eine in der Einrichtung für die Substitution **VERANTWORTLICHE PERSON** benannt werden. Darüber hinaus muss in der Vereinbarung auch festgelegt werden, wie vom substituierenden Arzt sichergestellt wird, dass das für das Überlassen des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Verbrauch eingesetzte **PERSONAL FACHLICH EINGEWIESEN** wird und wie erforderliche **KONTROLLEN** durch den substituierenden Arzt **DURCHGEFÜHRT WERDEN**. Unbenommen hiervon besteht die Möglichkeit einer konsiliarischen Substitution durch einen in der Einrichtung tätigen Arzt ...“ (Vgl. hierzu auch *Rechtliche Rahmenbedingungen „Pflegetarif und Sucht“*, Andreas Aurin)

Psychosoziale Begleitung der substituierten Klientel

Gemäß der aktuellen Leitlinien der Bundesärztekammer soll die Psychosoziale Begleitung substituierten Patientinnen und Patienten regelhaft empfohlen werden. Die ärztliche Verschreibung des Substitutionsmedikaments incl. der suchtmittelmedizinischen Versorgung und die psychosoziale Begleitung sind die beiden Säulen einer „lege artis“ durchgeführten Substitutionstherapie. In der PSB-Versorgung gibt es deutliche regionale Unterschiede. In der Regel aber wird sie von Drogenberatungsstellen übernommen. In manchen Regionen bieten die Beratungsstellen auch eine Clearingfunktion für Substitutionsmediziner*innen an. Interdisziplinäre Qualitätszirkel von Drogenhilfe, Ärztinnen und Ärzten aus niedergelassenen Praxen und Ambulanzen, Haftanstalten etc. bieten die Plattform

zur fortlaufenden Weiterentwicklung der Versorgung vor Ort. Substituierte Patientinnen und Patienten erleben sehr rasch nach Behandlungsbeginn - allein durch die ärztliche Substitutionsmittelvergabe - eine deutliche Erleichterung von ihrem erschöpfenden und belastenden Alltag. Allerdings realisieren sie oftmals erst nach einer gewissen Zeit die Auswirkungen ihres bisherigen Lebens(-stils). Diese Auswirkungen betreffen sowohl die körperliche als auch die psychische und soziale Lebensrealität: Verlust sozialer Beziehungen, Schulden, Haftenerfahrung, laufende Strafverfahren, psychische Instabilität, somatische Suchtbegleit- und Folgeerkrankungen, Einsamkeit und Perspektivlosigkeit. Wenn ehemalige Konsument*innen illegalisierter Substanzen nun als legale Patient*innen im

Gesundheitssystem geführt werden, können durch das Wegfallen der gewohnten Beschaffungsstrukturen neue Notsituationen auftreten: Aufgrund des Zugewinns neuer frei verfügbarer Zeit und durch den Konsumverzicht auf die bisherigen (illegalisierten) Wirksubstanzen kommen nun möglicherweise verdeckte (psychische) Störungen wieder zum Vorschein.

All diese Aspekte führen möglicherweise zeitweilig zu einer Destabilisierung im Behandlungsgeschehen. Krisenhafte Situationen stehen häufig auch in Zusammenhang mit einem Opiatrückfall oder dem Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen bzw. werden durch diese ausgelöst.

Ziel sollte sein, die Patient*innen in der Behandlung zu halten, sie z. B. nicht für den zusätzlichen Konsum anderer Substanzen zu „bestrafen“ und aus der Behandlung zu entlassen. Bestehende Irregularitäten durch geeignete Maßnahmen (z.B. Entgiftung, engmaschige Begleitung resp. Kontrollen) zu beheben, um die Behandlung fortführen zu können, ist die erste Prämisse. Die Aufrechterhaltung der Substitutionsbehandlung ist auch in Krisensituationen möglichst immer anzustreben.

Erfordernis und Aufgaben psychosozialer Begleitung

Die psychosoziale Begleitung ist Teil des ärztlichen Therapieplans. Das Abwägen des Erfordernisses von PSB gehört zu einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführten Substitutionsbehandlung. Die psychosoziale Begleitung sollte **INDIVIDUELL ABGESTIMMT** sein und je nach Bedarf verschiedene Einrichtungen und Professionen einbeziehen.

Erfahrungsgemäß sollte die psychosoziale Begleitung nicht zwangsweise an die tägliche Vergabe des Substitutionsmedikaments geknüpft werden.

Nur im Falle einer diamorphingestützten Behandlung schreibt der Gesetzgeber vor, dass „... in den ersten sechs Monaten der Behandlung (...) Maßnahmen der psychosozialen Betreuung stattfinden (müssen)“, § 5 Abs. 3 S.2 BtmVV.

Als **ZENTRALE HANDLUNGSFELDER DER PSB** sind Schadensminimierung, gesundheitliche Stabilisierung, gesellschaftliche Integration und Teilhabe sowie abstinenzorientierte Hilfen zu nennen. Abstinenzorientierte Zielsetzungen und stabile langfristige, bisweilen lebenslange Substitution stehen gleichrangig nebeneinander. Die Überlebenssicherung der Klientinnen und Klienten besitzt jedoch die höchste Priorität.

DIE PSB IST ENTWICKLUNGSBEGLEITENDE BEZIEHUNGSARBEIT. Die Aufgabe der psychosozialen Begleitung ist es, gemeinsam mit der Klientel herauszufinden, wie die nächsten wichtigen Schritte in ihrem Leben aussehen können. Sie sollten adäquate Unterstützung erhalten, wenn Probleme und Rückschläge drohen, die sich zu (Konsum-) Krisen ausweiten und zu Störungen in der Substitutionsbehandlung führen könnten.

DIE PSB-ANGEBOTE KONKRET:

PSB-BERATUNG

- Ermittlung des persönlichen Beratungsbedarfs
- PSB-Bescheinigung
- Psychosoziale Beratung – Ressourcen, Empowerment
- Materielle Hilfen – Sozialberatung: Wohnen, Schulden, Transferleistungen, KV etc.
- Unterstützung bei juristischen Problemen, Haftbetreuung
- Berufliche Orientierung und Integration, Führerschein, MPU
- Beratung – Schwangerschaft, Elternschaft, Kinder
- Überlebenssicherung, Schadensminimierung, Safer-Use
- Krisenintervention
- Konfliktmoderation (z. B. 6-Augen-Gespräche in Arztpraxis)
- Beratung über Ausstiegsmöglichkeiten/-hilfen
- Kooperationsabsprachen, Koordination

PSB-VERMITTLUNG

- Qualifizierter stationärer Entzug in Konsumkrisen oder bei Abstinenzwunsch
- Gesetzliche Betreuung
- Eingliederungshilfe: Ambulant oder stationär Betreutes Wohnen
- (Teil-)stationäre medizinische Rehabilitation
- Ambulante medizinische Rehabilitation
- Tagerstrukturierende Maßnahmen
- Projekte zur Arbeitsförderung
- Hilfen für pflegebedürftige Patientinnen und Patienten (auch im Alter)
- Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien
- Psychotherapeutische Behandlung
- Fachärztliche Mitbehandlung z.B. bei Hepatitis C – Therapiewunsch/-erfordernis
- Selbsthilfegruppen
- Übergangmanagement

Praxisbeispiel: Substitutionsbehandlung in der Versorgungsregion Bielefeld

Besteht der Wunsch resp. die Notwendigkeit einer Substitutionsbehandlung nimmt die opiodabhängige Person zunächst Kontakt zur **DROGENBERATUNG E.V. BIELEFELD** auf und zwar zur

CLEARINGSTELLE IN DER BERATUNGSSTELLE

- Die Klientinnen und Klienten kommen intern über das niedrigschwellige Café oder werden extern über Arztpraxen, Beratungsstellen, Entgiftungsstationen, Justizvollzugsanstalten, Krankenhäuser u.a. vermittelt. In der Clearingstelle erfolgt die
- Information und Beratung über eine Substitutionsbehandlung, Klärung der Voraussetzungen und Indikationsstellung zur Substitution, Erstellung einer Aufnahmedokumentation: Anamnese, Suchtverlauf, Vermittlung an eine Methadonambulanz oder an eine niedergelassene Arztpraxis. Zu berücksichtigende Aspekte/Prioritäten in der Vermittlung sind: freie Kapazitäten in der Praxis/Ambulanz, Wohnortnähe, Behandlungssettings „Wer passt gut wohin?“ und „Wer ist für die PSB zuständig?“.

Die in der Beratungsstelle der Drogenberatung e.V. zu leistende **PSYCHOSOZIALE BEGLEITUNG** umfasst persönliche Beratung und die Übernahme einer Brückenfunktion zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient zu verschiedenen Themen: Subs-

titutionsmedikament, Take-Home (eigenverantwortliche Einnahme des Medikaments an bestimmten Tagen; es wird ein BtM-Rezept für die Take-Home-Tage ausgehändigt), Dosishöhe, Konsum weiterer Substanzen, die das Ziel der Substitution gefährden könnten, werden problematisiert. t.

WEITERER KONKRETER HILFEBEDARF, der von der Klientel im Rahmen der PSB thematisiert wird:

- Regelungen bei Reisen/Urlaub, Sicherstellung der Weiterbehandlung vor Ort (auch im Ausland)
- Unterstützung bei der Sicherung der materiellen Grundversorgung (Einkommen, Arbeit, Wohnung, Schulden)
- Unterstützung bei der Aufnahme und Weiterführung der medizinischen Versorgung, Gesundheitsberatung bei Fragen der Ko-Morbidität
- Kriseninterventionen
- Begleitung und Unterstützung bei der persönlichen und individuellen Zieldefinition und Motivationsentwicklung
- Unterstützung bei Entwurf und Umsetzung neuer Lebensperspektiven
- Unterstützung bei ausstiegs-/abstinenzorientierten stationären Maßnahmen (Entgiftung, Therapieplanung)

Das **ÄRZTLICHE LEISTUNGSSPEKTRUM** einer Substitutionsbehandlung umfasst konkret folgende ärztliche Leistungen – dargestellt am Beispiel der Bielefelder **PRAXIS FÜR SUCHT-MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG UND ALLGEMEINMEDIZIN VON DR. MED. STEPHAN HÜBENER**

AUFNAHME/DIAGNOSTIK: Ärztliche Untersuchung und Gespräch zur Sicherung der Diagnose Opioidabhängigkeit: Anamnese, Screening Drogen-, Medikamenten-, Alkoholkonsum, körperliche Untersuchung, Labor

DIAGNOSTIK BEGLEITERKRANKUNGEN: körperliche Untersuchung, Untersuchungen auf Virusinfektionen (Hepatitis A, B, C und HIV), besondere Diagnosen, z.B. Röntgen in Kooperation mit den jeweiligen Fachärzten, Sonographie, EKG.

BEGLEITENDE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN: Neben der täglichen Substitutionsbehandlung/Vergabe des Substitutionsmedikaments bietet die Praxis eine hausärztliche Versorgung, Hausbesuche, Behandlung von medizinischen Begleiterkrankungen und entsprechende Medikation, kleine Chirurgie, Versorgung von Beschwerden psychiatrischer Begleiterkrankungen bzw. Kooperation mit entsprechenden Therapeut*innen. Therapien von Virusinfektionen (Hepatitis – insbesondere Hepatitis C, HIV, TBC u.a.) erfolgen auch in Kooperation mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Facharztpraxen.

Weitere Informationen siehe unter:

WWW.DROGENBERATUNG-BIELEFELD.DE/DE/EINRICHTUNGEN/SUBSTITUTIONSPRAXIS-STEPHAN-HUEBENER

Häufige Begleiterkrankungen und Postexpositionsprophylaxe

1. Abszesse
2. Chronisch venöse Insuffizienz
3. COPD
4. Hepatitiden B/C
5. HIV/AIDS
6. Hyperalgesie (Symptom)
7. Osteoporose
8. Parodontose/Karies

Häufige Begleiterkrankungen und Postexpositionsprophylaxe

Übersicht häufiger Begleiterkrankungen bei Substanzmittelmissbrauch

Das vorzeitige Auftreten von schwerwiegenden Begleiterkrankungen bei legalem oder illegalem Substanzmittelkonsum ist wahrscheinlich. Das Risiko einer oder mehrerer Begleiterkrankungen steigt mit zunehmender Konsum- bzw. Abhängigkeitsdauer. In der Regel führt ein Substanzmittelmissbrauch zu irreversiblen Schädigungen der Gesundheit.

Drogengebraucher*innen erleiden häufig körperliche Folgen aufgrund langjähriger Konsumdauer oder Abhängigkeit. Zudem treten durch die Lebensumstände (Illegalität, Strafverfolgung, soziale Isolation) körperliche und psychische Erkrankungen auf.

ABZESSE

Abszesse sind abgekapselte, eitergefüllte Hohlräume im Gewebe, die sich im Rahmen einer Infektion im Körper bilden. Umgangssprachlich werden Abszesse auch „Eiterbeulen“ genannt.

Ausgelöst durch intravenösen Konsum kommen diese häufig in der täglichen Praxis mit Drogengebraucher*innen vor. Sie können hervorgerufen werden durch unhygienische Bedingungen wie z.B. fehlendes Händewaschen, unsterile Konsumutensilien, verunreinigtes Wasser und fehlender Hautdesinfektion vor und Abdeckung der Einstichstelle nach dem Konsum. Des Weiteren können auch kontaminierte Substanzen zu einer Infektion führen. Zusätzlich begünstigt das angegriffene Immunsystem der Konsument*innen ebenfalls das Entstehen von entzündlichen Prozessen.

Abszesse können an den oberen und unteren Extremitäten auftreten, im Bereich der Achseln sowie der Leistenregion. Sie sollten möglichst schnell erkannt und behandelt werden, um eine Ausbreitung zu verhindern.

Die Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin ist dringend anzuraten, da bei Nichtbehandlung betroffene Areale weiter geschädigt werden können. Ebenso kann es entzündliche Veränderungen an den Organen bedingen, so dass diese unter Umständen in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt werden.

CHRONISCH VENÖSE INSUFFIZIENZ

Die Schädigung der Venen durch intravenösen Konsum ist eine häufig zu beobachtende Begleiterkrankung. Hierzu zählen die chronisch-venöse Insuffizienz oder Beinvenenthrombosen. Hervorgerufen durch den oft jahrelang vollzogenen intravenösen Konsum tragen die Gefäße an Armen, Händen, Beinen und der Leistenregion irreparable Schädigungen davon, die zu einer dauerhaften Funktionseinschränkung der Gefäße führen. Ihre Symptome (Vernarbung, Wassereinlagerungen im Bindegewebe, Schwellung der Gliedmaßen, Schmerzen, Durchblutungsstörungen) können durch eine medizinische Behandlung zwar gelindert, nicht aber rückgängig gemacht werden.

COPD (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

Die Entstehung einer COPD steht häufig im Zusammenhang mit dem Genuss von Nikotin. Genetische Voraussetzungen und Umwelteinflüsse spielen allerdings eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Pathogenetisch kommt dem Rauchen die größte Bedeutung bei der Entstehung einer COPD zu. Etwa 90% aller Patient*innen mit einer chronischen Bronchitis sind Raucher*innen. Das Rauchen hat gravierende Auswirkungen auf die Funktion der Lungen. Der Abtransport von Schadstoffen über die Flimmerhärchen wird stark gemindert. Gleichzeitig kommt es beim Rauchen zu einer Verengung der Bronchiolen. Aber nicht jede*r Raucher*in bekommt eine ausgeprägte COPD. Genetische Faktoren dürfen hierbei eine Rolle spielen.

Durch den inhalativen Konsum von Heroin („Blech rauchen“) werden die Bronchien und die Lunge geschädigt - vor allem durch die Ablagerungen aus dem Rauch, die nicht am Inhalationsröhrchen hängen bleiben. Die atemlähmende Wirkung des Heroins unterdrückt den Hustenreiz und das Abhusten; die Lunge verschleimt.

HEPATITIS C

Die Infektion mit **HEPATITIS B UND/ODER C** kommt häufig vor. Unbehandelt führt die Hepatitis C zu irreparablen Schädigungen der Leber (bis hin zum Leberkarzinom). Mittlerweile lassen sich beide Formen der Hepatitiden medikamentös meistens erfolgreich behandeln!

Bei der **HEPATITIS C** (Leberentzündung Typ C) handelt es sich um eine Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus. Sie wird vorwiegend über Blutkontakte übertragen. Eine Hepatitis-C-Infektion verläuft meist ohne Beschwerden (asymptomatisch), geht aber häufig in einen chronischen Verlauf über. Dann kann es zu Spätfolgen wie Leberzirrhose und Leberkrebs kommen.

Früher wurde die Erkrankung als Hepatitis-Non-A-Non-B bezeichnet. Erst 1988 wurde das verursachende Virus entdeckt und Hepatitis-C-Virus (HCV) genannt. Das Virus ist ein RNA-Virus und gehört zu der Familie der Flaviviren. Es existiert in vielen verschiedenen Unterformen (sechs Genotypen und 30 Serotypen). Bei etwa 30 Prozent der Betroffenen ist der Übertragungsweg unklar. Zu den Risikogruppen zählen vor allem intravenös Konsumierende und medizinisches Personal. Ein erhöhtes Ansteckungsrisiko besteht ebenfalls beim gemeinsamen Benutzen von Utensilien zum nasalen Drogenkonsum („sniefen“).

In Deutschland besteht eine namentliche Meldepflicht für alle erstmalig diagnostizierte Hepatitis-C-Infektionen. Im Jahr 2013 lag die Zahl der Erstinfektionen bei etwa 5.100. Eine Impfung gegen Hepatitis C existiert bisher noch nicht.

Bei medizinischem Personal, das mit Hepatitis-C-Patient*innen oder Probenmaterial solcher Patient*innen Kontakt hat, besteht ein Risiko für eine Ansteckung mit Hepatitis-C. Die Wahrscheinlichkeit, sich bei einer Nadelstichverletzung zu infizieren, liegt bei 2 Prozent. Da Hepatitis-C-Viren bei der Übertragung auf Blut-Blut-Kontakte angewiesen sind, ist das Risiko, sich über Geschlechtsverkehr anzustecken, eher gering.

Die Zeit zwischen Ansteckung und Auftreten der ersten Symptome von Hepatitis C (Inkubationszeit) beträgt zwei bis 26 Wochen, liegt aber in der Regel bei sieben bis acht Wochen. Eine Ansteckungsgefahr für andere besteht grundsätzlich so lange, wie das Erbgut der Viren (HCV-RNA) im Blut nachweisbar ist.

Hepatitis-C-Infektionen verlaufen in etwa 75 Prozent der Fälle asymptomatisch, also ohne Beschwerden, oder nur mit unspezifischen Symptomen (wie grippeähnlichen Beschwerden). Etwa 25 Prozent der Infizierten entwickeln eine akute Hepatitis. Sie wird in 50 bis 85 Prozent der Fälle chronisch (das heißt die Hepatitis-C-Infektion besteht mehr als sechs Monate).

Falls die Infektion nicht asymptomatisch verläuft, zeigen sich in der ersten Krankheitsphase (Prodromalphase) meist nur milde und uncharakteristische Hepatitis-C-Symptome wie:

- *Abgeschlagenheit, Muskel und Gelenksschmerzen, leichtes Fieber (grippale Symptome)*
- *Appetitlosigkeit und Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel*
- *Übelkeit*
- *Druckschmerz im rechten Oberbauch*

In der zweiten Krankheitsphase kann die Hepatitis C Symptome einer erkrankten Leber zeigen:

- *Gelbsucht (Ikterus) – dabei färben sich Haut, Schleimhäute und das Weiße der Augen gelb*
- *Der Stuhl entfärbt sich, der Urin wird dunkel*
- *Selten treten Gelenksbeschwerden auf*

In seltenen Fällen nimmt die akute Infektion einen schweren, fulminanten Verlauf. Akutes Leberversagen kann dann zum Tod führen.

Eine chronische Hepatitis C verläuft meist über viele Jahre schleichend und bleibt oft lange unmerklich. In einigen Fällen wird die Leberentzündung überhaupt erst im chronischen Verlauf diagnostiziert mit einer unbekanntem Infektionsdauer. Bei etwa zwei Drittel der Patient*innen treten Müdigkeit, unspezifische Oberbauchschmerzen und verminderte Leistungsfähigkeit auf. Ein kleiner Teil der Patient*innen klagt über Juckreiz und Gelenksbeschwerden.

Das Risiko, mit einer chronischen Hepatitis C eine Schrumpfleber (Leberzirrhose) zu entwickeln, ist mit bis zu 35 Prozent relativ hoch. Die Zirrhose geht schließlich in zwei bis fünf Prozent der Fälle in Leberkrebs über. Durchschnittlich vergehen 20 Jahre zwischen der Ansteckung mit HCV und der Entwicklung einer Schrumpfleber.

Besteht der Verdacht auf Hepatitis C, kann die Infektion über einen Hepatitis-C-Test nachgewiesen werden. Über eine Blutuntersuchung wird nach Antikörpern gegen Hepatitis-C-Viren gefahndet. Solche Antikörper lassen sich schon sieben bis acht Wochen nach der Infektion nachweisen.

Es kann auch direkt nach der Erbsubstanz des Virus (HCV-RNA) gesucht werden. Je mehr RNA vorhanden ist, desto aktiver ist die Krankheit.

Ebenfalls anhand einer Blutprobe werden regelmäßig die Leberwerte (Transaminasen) bestimmt, um den Fortschritt der Erkrankung zu beurteilen.

Mit einer Ultraschalluntersuchung (Sonografie) werden Größe und Beschaffenheit der Leber beurteilt. Eine Gewebeprobe der Leber (Biopsie), die meist zu Beginn der Therapie und im chronischen Verlauf entnommen wird, zeigt an, wie schwerwiegend die Leberschädigung bereits ist.

Die Hepatitis-C-Therapie besteht bei der akuten Form aus der Gabe von Interferon wie pegyliertem Interferon-alpha (PEG-IFN). Dieser immunstimulierende und antivirale Wirkstoff wird über 24 Wochen einmal wöchentlich unter die Haut gespritzt. Trotz hoher Nebenwirkungen wird eine Therapie mit Interferon empfohlen, weil dies vor einem chronischen Verlauf schützt und damit das Risiko von Leberzirrhose und Leberkrebs minimiert.

Bei der chronischen Hepatitis C zählt die Behandlung mit PEG-IFN zusammen mit Ribavirin als Standardtherapie. Ribavirin ist ein Anti-Viren-Mittel (Virostatikum), das in Kombination mit Interferon-alpha verhindert, dass sich die Viren im Körper vermehren.

Meist ist die Kombinationstherapie erfolgreich, jedoch hängt dies auch von dem Schweregrad der Erkrankung ab. Eine zusätzliche Infektion mit HIV oder Hepatitis B erschwert die Therapie.

Im Jahr 2011 wurden neue Wirkstoffe gegen HCV eingeführt - sogenannte Proteaseinhibitoren aus der Gruppe der DAA (direct-acting agent). So wirkt zum Beispiel Boceprevir bei Hepatitis-C-Viren vom Genotyp 1. Der Wirkstoff wird nach einer vierwöchigen Vorbehandlung mit PEG-Interferon und Ribavirin verabreicht. Mit diesem Schema lässt sich bei mehr Patient*innen Virusfreiheit erzielen als mit der Standardtherapie.

Als weiterer Wirkstoff aus der Gruppe der DAA wurde Anfang 2014 Sofosbuvir zur Behandlung von HCV zugelassen. Er wird zusammen mit Ribavirin angewendet. Je nach Virus-Genotyp wird auch noch PEG-Interferon alpha verabreicht. Die Therapiedauer ist kürzer als bei der Standardbehandlung, Sofosbuvir ist sehr teuer, verspricht aber große Heilungschancen.

■ HIV-INFektion UND AIDS

AIDS ist eine erworbene Immunschwächekrankheit und stellt das Endstadium einer HIV-Infektion dar. Die HI-Viren befallen die Zellen des Immunsystems und führen zur Schwächung des Abwehrsystems.

ANSTECKUNG/ ÜBERTRAGUNG

Das Virus kann durch ungeschützten Sex, infiziertes Drogenbesteck und Stichverletzungen sowie durch medizinisches Gerät übertragen werden.

STADIEN UND SYMPTOME

STADIUM A – Die ersten Symptome sind eher unspezifisch, ähnlich eines grippalen Infekts oder „Pfeifferschen Drüsenfiebers“. Sie treten in den ersten Wochen nach Ansteckung auf. Die Zeitspanne von der HIV-Übertragung bis zum Ausbruch des Vollbildes AIDS beträgt mehrere Jahre.

STADIUM B/AIDS RELATED COMPLEX (ARC) – Das Immunsystem ist soweit geschwächt, dass verschiedene Krankheiten auftreten. Das können Nachtschwitzen, langanhaltender Durchfall, Fieber, Lungenentzündung, Tuberkulose und/oder Hautausschläge sein.

Ebenso gehört das Wasting-Syndrom zu den definierten Erkrankungen. Dieses ist gekennzeichnet durch starken Gewichtsverlust (zirka 6% des Körpergewichts in sechs Monaten) sowie HIV-bedingter Lymphdrüsenkrebs und bösartige Tumore der Haut.

STADIUM C/AIDS – In diesem Stadium kann das stark geschwächte Immunsystem den Krankheitserregern nicht mehr standhalten.

Die Symptomphasen gehen nicht ineinander über, sondern auf jede Symptomphase folgt eine symptomfreie Zeit=Latenzphase. In dieser Phase bleiben die Viren aktiv und schwächen weiterhin das Immunsystem. Diese Latenzphase kann sich über mehrere Jahre erstrecken.

BEHANDLUNG

Die Behandlung erfolgt heute mit Medikamenten, die den/die Patient*in ein weitgehend normales Leben ermöglichen. Die Therapie wird auf den/die Patient*in individuell abgestimmt. Die Medikamentenkombinationen müssen lebenslanglich eingenommen werden. Diese hochaktive antivirale Therapie (HAART) besteht aus einer Kombination verschiedener Medikamente. Es stehen folgende Medikamente zur Verfügung:

REVERSE-TRANSKRIPTASE-HEMMER (RTI) – Sie hindern das Virus an der Vermehrung, da sie die Neuzusammensetzung der Viruspartikel hemmen.

INTEGRASE-INHIBITOREN (INI) – Diese Hindern das Virus daran, sein Erbgut in die menschliche Wirtszelle einzufügen. Dadurch können keine neuen Viren entstehen.

FUSIONS-INHIBITOREN (FI) – Sie verhindern, dass sich das Virus in eine menschliche Zelle einschleusen kann.

Wann und in welchem Umfang eine HAART-Behandlung eingeleitet wird, muss für jeden/ jede Patient*in einzeln entschieden werden. Es gibt jedoch eine grobe Richtlinie, wann eine HAART-Behandlung ratsam ist. Es ist dann der Fall, wenn der/die Betroffene an Symptomen der Kategorie B und C leidet. Ebenfalls werden Laborergebnisse als Entscheidungskriterium hinzugezogen. Liegt die Anzahl der T-Helferzellen (CD4-Zellen) unter 350 pro Mikroliter Blut, wird häufig eine Therapie eingeleitet.

Drogengebraucher*innen sind im Gegensatz zur „Normalbevölkerung“ relativ häufig von einer Infektion mit HIV betroffen. Die Angst vor einer Diagnose, Stigmatisierung innerhalb der Szene und das fehlende Wissen über Behandlungsmöglichkeiten erschweren die Beratung und den Zugang zur Behandlung. Hier bedarf es einer immer wiederkehrenden Safer

Use Aufklärung in Kontakt- und Beratungsstellen, um mögliche Infektionsrisiken zu minimieren. Zusätzliche Angebote zur Testung und Beratung in Beratungsstellen von Gesundheitsämtern, Suchthilfe oder AIDS-Hilfe schaffen einen möglichen Zugang zur Behandlung.

Neben der medizinischen Beratung und Begleitung der Drogengebraucher*innen ist eine psychosoziale Unterstützung von großer Bedeutung. Um die Behandlung mit HIV erfolgreich zu gestalten, bedarf es der Compliance durch die Patient*innen. Diese wird erschwert, wenn die Lebenssituation nicht stabil ist.

Stabilisierende Faktoren für eine erfolgreiche Therapie sind eine Substitutionsbehandlung, feste Tagesstruktur, stabile Wohnsituation und tragfähige soziale Beziehungen.

HYPERALGESIE (SYMPTOM)

Langjährig abhängige Drogenkonsument*innen können als Folge eines raschen, nicht medikamentös gestützten Absetzens von Opioiden unter Schmerzen leiden. Diese Symptomatik beschreibt man auch in Zusammenhang mit opioidhaltigen Medikamenten als Hyperalgesie.

Reine Opiode sind potent und gut verträglich und werden von der WHO bei chronischen Schmerzen (Stufe III) als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Statt Schmerzlinderung können die morphinähnlichen Substanzen unter gewissen Umständen auch das Gegenteil ihrer erwünschten Eigenschaften bewirken und eine hohe Schmerzempfindlichkeit auslösen.

Eine Forschergruppe um Prof. Dr. med. Jürgen Sandkühler am Zentrum für Hirnforschung der Universität Wien hat herausgefunden, dass das abrupte Absinken des Plasmaspiegels zur opioidinduzierten Hyperalgesie (übermäßige Schmerzempfindlichkeit) führen kann.

Bei Versuchen an den Nervenbahnen von jungen Ratten konnte nachgewiesen werden, dass durch das abrupte Absetzen von Opioiden die Konzentration von Kalziumionen in den Nervenzellen des Rückenmarks schlagartig erhöht wird und es zur Schmerzverstärkung kommen kann (Science 2009; 325: 207–210).

Kalziumionen erregen die Nervenzellen. Eine Langzeitpotenzierung kann dazu führen, dass die Nervenzellen unter anderem auch für Neurotransmitter und damit auch für die Schmerzübertragung an den Synapsen empfänglich werden. Je mehr Kalziumionen sich dabei an den Rezeptoren ansammeln, desto stärker wird der Schmerz empfunden.

Das Paradoxon der opioidinduzierten Hyperalgesie kann also immer dann auftreten, wenn die Konzentration der Opiode in der Nervenzelle schnell sinkt. Im Wesentlichen gibt es zwei Fälle, bei denen der Opioidplasma Spiegel rasch abfällt: erstens bei einmaliger Anwendung (z.B. Operationen) oder zweitens bei Langzeitanwendung (Substanzmittelmisbrauch) mit sofort einsetzender oder gegenläufiger Freisetzung des Wirkstoffs. Beide Szenarien führen zu einem schwankenden Opioidplasma Spiegel, bei welchem die Gefahr starker Schmerzen besteht.

Zur Vermeidung der Hyperalgesie werden zwei verschiedene Therapieansätze empfohlen. Beim ersten Ansatz wird neben dem Opioid ein Zusatzmedikament gegeben, das selektiv die Kalziumrezeptorkanäle blockiert, so dass die Nervenzellen nicht mehr durch Kalzium aktiviert werden können. Mit einem Zusatzmedikament kann das Auftreten einer Hyperalgesie verhindert werden. Der Blocker muss dabei unbedingt rechtzeitig gegeben werden, noch bevor die Opioidkonzentration sinkt.

Die „Wiener Forschergruppe Sandkühler“ gibt jedoch einem zweiten Therapieansatz den Vorzug, bei dem trotz des Absetzens der Opiode keine Schmerzsignale mehr messbar waren. Hierbei handelt es sich um eine allmähliche, kontrollierte Dosisreduktion („Ausschleichen“) des Opioids. Bei dieser Vorgehensweise verlässt das Analgetikum die Rezeptoren so langsam, dass das Kalzium die Nervenzellen nicht erregt und der Organismus nicht mit Entzugsschmerz reagiert.

Um im Rahmen der chronischen Schmerztherapie oder des langjährigen Heroinkonsums Hyperalgesie-Phänomene zu vermeiden, sollten z.B. opioidähnliche Medikamente und bei Drogenkonsument*innen die tägliche Heroindosis kontinuierlich ausschleichend und nicht direkt und abrupt abgesetzt werden.

OSTEOPOROSE

Als Folge langjährigen Opioidkonsums, einseitiger Ernährung und ungesunder Lebensumstände (z.B. Wohnungslosigkeit) kann Osteoporose (Knochenschwund) recht frühzeitig als Folgeerkrankung bei Opioidgebraucher*innen auftreten.

In der Regel tritt diese Erkrankung in der „Normalbevölkerung“ überwiegend bei Frauen auf, die älter als 65 Jahre sind; bei Opioidgebraucher*innen ist Osteoporose ab dem 40. Lebensjahr nicht unüblich.

Opiode entziehen dem Körper das für den Knochenaufbau notwendige Kalzium. Wird dies nicht in ausreichender Form z.B. über die Nahrung (Milch, Joghurt, Käse) aufgenommen, kommt es zu einer Verringerung der Knochenmasse mit Osteoporose als Folge.

Osteoporose entwickelt sich meistens sehr langsam und zeigt dabei lange keine (spürbaren) Symptome – deshalb wird die Erkrankung auch als „der stille Dieb am Knochen“ bezeichnet. Bis der erste Knochen bricht, können bis zu zehn Jahre vergehen. Aber nicht nur Knochenbrüche stellen sich als Folge der Erkrankung ein. Auch anhaltende Rückenschmerzen, eine erhöhte Sturzneigung, Bewegungseinschränkungen und die Bildung eines Rundrückens sind Zeichen der Erkrankung.

Im späten Stadium kann sogar starkes Husten oder Niesen eine Fraktur auslösen. Mediziner sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Spontanfrakturen“. Die Bezeichnung „manifeste Osteoporose“ wird verwendet, wenn der erste Knochenbruch infolge der Erkrankung eingetreten ist.

KNOCHENBRÜCHE BEI OSTEOPOROSE BETREFFEN HÄUFIG:

- *Wirbelkörper (Rücken)*
- *Handgelenke, Ober- und Unterarm*
- *Oberschenkelhals*

PARODONTOSE/KARIES

Der Konsum von Substanzen wie z.B. Nikotin, Opiaten und Kokain führt dazu, dass Drogengebraucher*innen häufig ein schlechtes Gebiss haben. Die Ursachen für die Schädigung der Zähne sind der Entzug von Kalzium und ein verminderter Speichelfluss (u.a. durch inhalativen Konsum von Nikotin und Heroin), die zu Erkrankungen der Zähne (Karies) und des Zahnfleisches (Parodontose) führen. Karies und Parodontose können Organschädigungen (z.B. am Herz) auslösen. Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme, unregelmäßige Zahnpflege und der ausbleibende Besuch beim Zahnarzt führen zu einer weiteren Verschlimmerung dieses Zustands.

Als Folge davon können sich zahnschädliche anaerobe Bakterien besser im Mundraum verbreiten.

Durch die schmerzlindernde Wirkung (z.B. von Heroin) bleibt eine zahnmedizinische Behandlung der Zähne aus oder wird zu spät begonnen. Der Besuch beim Zahnarzt ist schamhaft besetzt und viele Drogenkonsument*innen leiden unter Ängsten, die eine Behandlung erschweren. Die tägliche Praxis zeigt, dass es nicht einfach ist, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin zu finden, der/die sich ohne Vorurteile gegenüber der Klientel zu einer Behandlung bereit erklärt.

Die PEP (Postexpositionsprophylaxe)

Kommt es bei der Behandlung von Patient*innen zu einer unbeabsichtigten Selbstverletzung mit einer gebrauchten Kanüle, kann – neben den üblichen Sofortmaßnahmen – eine PEP (Post-Expositions-Prophylaxe) sinnvoll sein. Durch sie ist die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit HIV deutlich verringert.

In einem solchen Fall sollte man zeitnah handeln und nach einer entsprechenden Beratung – möglichst innerhalb von 24 Stunden mit der PEP beginnen. Ob eine PEP in Frage kommt, muss eine Ärztin oder Arzt entscheiden.

Die PEP ist eine aufwendige medizinische Behandlung, die bei Nadelstichverletzungen zum Tragen kommt. Bei der Pflege von Risikogruppen die an einer Infektion mit dem HI-Virus erkrankt sind, werden die Kosten einer PEP von der Krankenversicherung übernommen.

■ WAS IST EINE PEP?

Bei einer PEP werden über einen Zeitraum von etwa 4 Wochen spezielle Medikamente eingenommen, um nach einem Risikokontakt eine Ansteckung mit dem HI-Virus zu verhindern. In den meisten Fällen gelingt dies – hundertprozentige Sicherheit gibt die PEP jedoch nicht.

Sucht und psychiatrische Komorbidität

Der Begriff **PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT** beschreibt das Phänomen, dass Patienten*innen sowohl eine Abhängigkeitserkrankung als auch weitere Störungen aus dem Gebiet der psychiatrischen Diagnosen aufweisen. Alle Diagnosen, auch die psychiatrischen, erfolgen mit Hilfe eines international anerkannten Diagnoseschlüssels. Dies ist der, im Auftrag von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte, ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Die Bezeichnung der Erkrankungen erfolgt mit Hilfe eines Zifferncodes. Den meisten Menschen ist der Zifferncode des ICD aus Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und ärztlichen Attesten bekannt. Die Diagnose wird immer von dafür ausgebildeten Ärzten*innen und Psychiatern*innen gestellt. Je nach Schweregrad der Erkrankung kann eine Einstellung auf ein Medikament erfolgen, das die Symptome und Auswirkungen der psychiatrischen Erkrankung mindern kann. Bei Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, erfolgt eine medikamentöse Behandlung der psychiatrischen Erkrankungen seltener. Häufig wird davon ausgegangen, dass die psychiatrische Komorbidität eine Folge des Suchtmittelkonsums ist. Diese Annahme wird aber durch neuere Studien widerlegt.

Sucht und psychiatrische Komorbidität

Epidemiologie/Verbreitung

Es liegen viele veröffentlichte Daten vor, die das gleichzeitige Vorkommen von Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychiatrischen Diagnosen belegen. Die Studie von Kessler et al. von 1997 hat gezeigt, dass der Prozentsatz der Patienten*innen mit einer Alkoholabhängigkeit und einer anderen psychiatrischen Störung bei Männern bei 78 % und bei Frauen bei 85 % liegt. Die Studie zeigt auch, dass im Vergleich von Männern und Frauen massive Unterschiede in der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen bestehen.

Für drei oder mehr psychiatrische Diagnosen sind folgende Risikofaktoren zu nennen:

- Weibliches Geschlecht
- Jüngere Altersgruppe
- Niedriges Einkommen
- Geringer Bildungsstand
- Leben in der Stadt

Bei der Durchführung standardisierter diagnostischer Interviews mit Konsument*innen illegalisierter Drogen sind hohe Lebenszeitprävalenz und aktuelle Häufigkeiten psychischer

Störungen ermittelt worden. Die Lebenszeithäufigkeit psychischer Störungen, Persönlichkeitsstörungen eingeschlossen, kann bei bis zu 80 % liegen.

Besonders verbreitet sind affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

Die Tabelle zeigt die Raten der aktuellen Diagnosen laut unterschiedlichen Untersuchungen und Befragungen*.

Die dort aufgeführten Raten bei den Abhängigkeitserkrankten liegen deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung.

Über den Schweregrad und den Fortbestand (Persistenz) der psychischen Störungen gibt es nur wenige Studien. Dazu zählen die COBRA-Studie und die Studie von Kunze et al.. In diesen Studien liegt die Zahl der dauerhaft schwer belasteten substituierten Patient*innen zwischen 31 % und 50 %.

Die pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der komorbiden Störungen sind hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und ihrer Wirksamkeit bisher kaum erforscht.

	Betroffene	allg. Bevölkerung
Affektive Störungen (Depression/Manie)	30 % – 55 %	16 %
Angststörungen	25 %	25 %
Antisoziale Persönlichkeitsstörungen	33 %	4 %
Borderline- Persönlichkeitsstörungen	12 % – 28 %	3 %
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom	30 %	5 %
Posttraumatische Belastungsstörung	30 %	4 %
Schlafstörungen	21 %	15 %
Psychosen	5 %	1 %

* (z.B. Abschlussbericht Ältere Drogenabhängige in Deutschland, www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_42/Aeltere... PDF Datei)

Irmgard Vogt, Natalie Eppler, Constance Ohms, Karin Stiehr, Margarita Kaucher

http://www.bado.de/dokumente/2013/BADO-Statusbericht%202013_www.pdf

Ursachen/Ätiologische Krankheitsmodelle

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung wurde erst in den 1990-er Jahren intensiviert, um die Verknüpfungen der jeweiligen Krankheitsbilder genauer erforschen zu können.

Es existieren verschiedene Ursachenmodelle, die versuchen das gleichzeitige Auftreten von mehreren psychiatrischen Störungen zu erklären.

SELBSTMEDIKATIONSHYPOTHESE ODER DRIFTER-HYPOTHESE

Der Substanzgebrauch ist Folge der psychischen Störung. Die Betroffenen versuchen, sich mit Hilfe von unterschiedlichen Substanzen selbst zu therapieren. Als Beispiel wird hierzu der hohe Anteil an Raucher*innen bei Schizophreniepatienten*innen herangezogen. Nikotinkonsum verbessert kurzzeitig die kognitiven Fähigkeiten.

Der Suchtmittelkonsum dient der Linderung von psychischen Beschwerden.

Die Präferenz/Vorliebe für bestimmte Substanzen ist Resultat ihrer psychopharmakologischen Eigenschaften und ihrer Wirkungsweisen. So kann Heroinkonsum zur Angstlösung (Anxiolyse) beitragen oder selbstquälendes Grübeln mindern.

Als Beleg für diese Hypothese werden die hohen psychopathologischen Belastungen opiatabhängiger Menschen wie zum

Beispiel die hohen Raten an Persönlichkeitsstörungen und bestehende Traumata gewertet.

Als weitere Untermauerung wird gewertet, dass die psychischen Erkrankungen auch während und nach einer erfolgreichen Behandlung der Abhängigkeitserkrankung weiterbestehen.

Die Annahme der Selbstmedikation ist mit der Beobachtung vereinbar, dass frühe psychische Störungen einen Risikofaktor für Suchtmittelabhängigkeit darstellen.

GEGENARGUMENTE:

- *Selbstmedikation ist nicht als alleiniger Erklärungsansatz für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung anzusehen*
- *Eine spezifische Auswahl des Suchtmittels entsprechend einer psychiatrischen Symptomatik ist generell nicht belegbar*

PSYCHISCHE STÖRUNGEN ALS FOLGE DER SUCHTERKRANKUNGEN ODER TRIGGERMODELL

Die psychische Störung wird als Folge der Abhängigkeitserkrankung angesehen. Als Beleg wird hierfür eine drogeninduzierte Psychose als Folge des Cannabiskonsums gewertet.

Die Suchterkrankung besteht zuerst. Die psychiatrischen Erkrankungen sind Folge des bestehenden Suchtmittelkonsums.

Der Konsum und die Beschaffung des Suchtmittels sind mit einem hohen Ausmaß an Stress verbunden, welcher dann im

Sinne einer reaktiven Störung zum Beispiel eine Depression bewirken kann.

Die dauerhafte Einnahme eines Suchtmittels führt zu einer Verfestigung und Verstärkung dieses Kreislaufs.

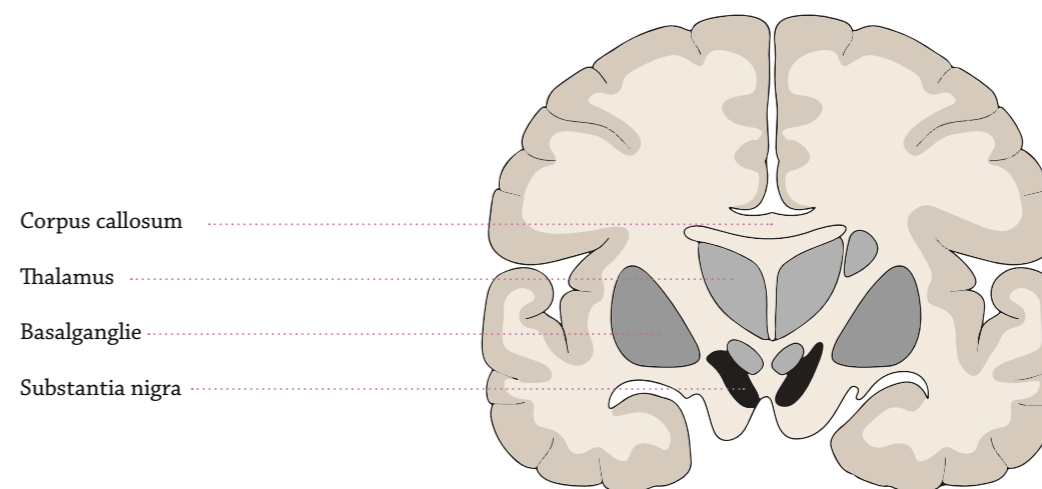
GEGENARGUMENT:

- *Bei vielen Betroffenen besteht vor der Suchterkrankung eine psychiatrische Erkrankung*
- *Auch nach einer langen konsumfreien Zeit, bleiben die psychiatrischen Erkrankungen weiter bestehen*

PSYCHISCHE STÖRUNGEN ALS FOLGE EINES GESTÖRTE STOFFWECHSELS ODER DOPAMIN-HYPOTHESE

Der Substanzmissbrauch und die psychiatrische Erkrankung sind auf eine genetische Störung zurückzuführen, die zu einem Ungleichgewicht im Dopamin-Haushalt führt. Dopamin wirkt als Neurotransmitter, der für viele psychischen und physischen Effekte zuständig ist. Die Wirkung ist überwiegend erregend. Aus diesem Grund wird es ebenso wie Serotonin als Glückshormon bezeichnet. Die Herstellung erfolgt hauptsächlich im Nebennierenmark und weiteren Organen. Das Dopamin wird in erster Linie im Hypothalamus und in der Substantia nigra (Teil des Mittelhirns) erzeugt (synthetisiert).

Dopaminmangel kann sich sehr unterschiedlich zeigen, zum Beispiel durch depressive Verstimmungen, Antriebslosigkeit oder Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit.



Die häufigsten psychiatrischen Störungen in Zusammenhang mit einer Suchtmittelabhängigkeit

AFFEKTIVE STÖRUNGEN – DEPRESSION UND MANIE

Die Depression wird den affektiven Störungen zugeordnet. Dies sind Störungen der Stimmung, die entweder zu einer Depression oder zu einer Manie führen können. Man unterscheidet:

BIPOLARE AFFEKTIVE STÖRUNG Diese Störung ist durch mindestens zwei unterschiedliche Episoden charakterisiert. Die Stimmung ist zunächst deutlich gehoben und es zeigt sich ein vermehrter Antrieb (Hypomanie oder Manie), danach ist die Stimmung deutlich gesenkt und gekennzeichnet durch Antriebslosigkeit (Depression).

MANISCHE EPISODEN Die Manie wird als krankhafte Hochgestimmtheit bezeichnet. Sie kann sich durch starke innere Unruhe und Getriebenheit und den Verlust von Hemmungen äußern. Die Erkrankten weisen häufig Symptome wie ständige Betriebsamkeit, ein nicht nachlassendes Stimmungshoch, ein übersteigertes Selbstwertgefühl und ein geringes Schlafbedürfnis auf. In manchen Fällen kann sich die Manie auch durch eine starke Gereiztheit und Anspannung äußern.

DEPRESSIVE EPISODEN Die Betroffenen leiden unter gedrückter Stimmung (leicht, mittel, schwer) und verminderter Antrieb. Dies zeigt sich auch in der Einschränkung der Freude, des Interesses und einer geringeren Konzentrationsfähigkeit. Das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Es gibt kaum Reaktionen auf aktuelle Lebensumstände.

WICHTIG: DIE KÖRPERLICHEN SYMPTOME DOMINIEREN. SIE WERDEN MEIST ALS ERSTES BENANNT, DA SIE WENIGER DISKRIMINIEREND SIND ALS PSYCHISCHE SYMPTOME = LAVIERTE ODER MASKIERTE DEPRESSION

Eine Depression wird von sogenannten somatischen Symptomen begleitet, wie zum Beispiel Früherwachen, Morgentief, deutliche psychosomatische Hemmungen, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

Depressionen treten meist wiederholt und in Phasen auf.

Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. Allerdings erkrankt ein beträchtlicher Teil der Menschen schon in der Kindheit oder Adoleszenz. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer.

Zirka 60 % der depressiv erkrankten Menschen leiden noch an einer weiteren psychischen Erkrankung.

Die Suizidrate ist deutlich erhöht im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (bis zu 30mal höher).

KRANKHEITSURSACHEN Es gibt vielfältige Krankheitsursachen für eine affektive Störung. Dazu zählen frühkindliche Hirntraumata, belastende psychosoziale Entwicklungen in der Kindheit, genetische Prädispositionen, Veränderungen oder Störungen der Neurotransmitter (Botenstoffe) Serotonin, Noradrenalin und Dopamin.

WICHTIG: ZAHLREICHE KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN KÖNNEN EBENFALLS DEPRESSIVE VERSTIMMUNGEN NACH SICH ZIEHEN. DAZU GEHÖREN ENDOKRINE STÖRUNGEN WIE SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN UND DIABETES MELLITUS, NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN WIE PARKINSONISMUS, HIRNSCHLAG, HIRNTUMOR UND SCHÄDEL-HIRN-VERLETZUNGEN EBENSO WIE GRIPPE, HEPATITIS ODER LUNGENENTZÜNDUNGEN.

JE NACH SYMPTOMSCHWERPUNKT KÖNNTE AUCH EINE HIRNORGANISCHE VERÄNDERUNG, EIN SCHIZOPHRENES KRANKHEITSBILD (SINNESTÄUSCHUNGEN/WAHNVORSTELLUNGEN) ODER EINE ANGSTSTÖRUNG VORLIEGEN.

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNGEN

Die generalisierte Angststörung tritt vergleichsweise häufig auf. Die Angst kann nicht konkret bestimmt werden, da viele Bedrohungen über den Tag hinweg wahrgenommen werden. Die Betroffenen werden die meiste Zeit des Tages von Sorgen verfolgt. Immer wieder wird das befürchtete Szenario im Kopf durchgespielt, was in der Regel zu einer Verstärkung der Ängste führt. Die ständige Anspannung hat körperliche Auswirkungen, die zum Erscheinungsbild der generalisierten Angststörung gehören.

Die generalisierte oder unspezifische Angststörung ist häufig am schwierigsten zu erkennen. Neben der generalisierten Angststörung stehen noch die Phobien (überwertige spezifische Ängste) wie zum Beispiel Agoraphobie (Furcht vor Menschenmengen), soziale Phobie (Angst vor sozialen Situationen), spezifisch isolierte Phobien und Panikstörungen.

In der Bevölkerung leiden etwa 4 % – 7 % der Menschen einmal in ihrem Leben unter einer generalisierten Angststörung. Der Beginn der Erkrankung liegt meistens im jugendlichen Erwachsenenalter, er tritt aber auch vermehrt im Alter zwischen 50 und 60 Jahren auf. Frauen sind von einer generalisierten Angststörung häufiger betroffen als Männer. Die meisten Betroffenen leiden an weiteren psychischen Problemen, welche allerdings meistens nicht mit organischen Beschwerden ein-

ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (ASPS)/DISSOZIALE PERSÖNLICHKEIT

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass ständig soziale Normen missachtet werden und die eigenen Ziele ohne Rücksicht auf andere Menschen durchgesetzt werden. Das auffällige Verhalten tritt meist schon in der Kindheit oder im Jugendalter auf. In der Regel führen Strafen oder negative Erfahrungen nicht zu einer Veränderung im Verhalten. Menschen mit einer ASPS weisen mangelndes Einfühlungsvermögen, fehlendes Schuldgefühl und/oder fehlendes Verantwortungsgefühl auf. Ebenso ist ihre Schwelle für ein aggressives oder gewalttätiges Verhalten sehr niedrig. Man unterscheidet zwischen einer reaktiven und einer instrumentellen Aggression.

REAKTIVE AGGRESSION Die reaktive Aggression ist dadurch gekennzeichnet, dass Personen in für sie bestehenden Extremsituationen Gewaltausbrüche produzieren. Außerhalb ihrer Ausbrüche sind sie meist beherrscht und friedlich.

hergehen. Charakteristische Merkmale der generalisierten Angststörung sind körperliche Symptome wie:

- Muskelverspannungen
- Schlafstörungen
- Konzentrationsprobleme
- Starkes Schwitzen
- Herzrasen und Schwindel
- Magen-Darmprobleme

KRANKHEITSURSACHEN Eine generalisierte Angststörung kann durch unterschiedliche Faktoren begünstigt werden, zum Beispiel durch frühen Verlust eines Elternteils, Vernachlässigung und Missbrauch. Auch können aktuelle belastende Ereignisse, wie Scheidung, Tod eines nahestehenden Menschen oder Arbeitslosigkeit eine generalisierte Angststörung auslösen. Fehlfunktionen im Gehirn können ebenfalls eine Angststörung verursachen.

WICHTIG: BEVOR EINE PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE ERFOLGT SOLLTE ABGEKLÄRT WERDEN, OB EINE KÖRPERLICHE ERKRANKUNG VORLIEGT. EINE SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION, NEBENWIRKUNGEN ANDERER VERORDNETER MEDIKAMENTE ODER EIN ENTZUG VON DROGEN KÖNNEN DIE GLEICHEN GENANNTEN SYMPTOME VERURSACHEN.

INSTRUMENTELLE AGGRESSION Menschen die dieses Störungsbild aufweisen, sind in ihrem Verhalten vor allem auf Geld und andere materielle Werte ausgerichtet. Sie haben keinen Leidensdruck und eher ein übersteigertes Selbstvertrauen und Machtgefühl. Aus diesem Grund zeigen sie wenig Veränderungsbereitschaft.

Studien zufolge sind 1 % – 4 % der Bevölkerung von ASPS betroffen. Bei Männern kommt diese Störung viermal so häufig vor wie bei Frauen.

VERBREITUNG UND URSACHEN Verbreitung des Störungsbildes im Behandlungskontakt in der/dem:

- Allgemeinmedizin 10 % – 30 %
- Psychiatrie 30 % – 80 %
- Strafvollzug 39 % – 76 %
- Forensik 53 %

Als Ursache wird das Zusammenwirken von biologischen, psychischen und umweltbezogenen Faktoren angesehen.

In medizinischen Studien ließ sich nachweisen, dass bei Personen mit einer ASPS eine Störung des MAO-A-Gens vorliegt. Dies führt zu einer erhöhten Ausschüttung der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin im Gehirn. Diese senkt die Hemmschwelle und erhöht die Bereitschaft zu Impulsivität und Aggressivität. Umweltfaktoren wie schwierige soziale Verhältnisse, geringer Bildungsstand und/oder Gewalterfahrungen und eine ADHS in der Kindheit gelten ebenfalls als Risikofaktoren.

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEIT

Eine Borderline Persönlichkeitsstörung (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung) ist meist gekennzeichnet durch impulsives Verhalten und starke Schwankungen in den Gefühlen, dem Selbstbild und den zwischenmenschlichen Beziehungen. Durch ihr impulsives Verhalten neigen betroffene Personen dazu, sich selbst zu schaden oder in Gefahr zu bringen. Das Krankheitsbild lässt sie zum Missbrauch von Suchtmitteln tendieren. Generell ist die Neigung zu allgemein riskantem Verhalten sehr hoch und viele leiden auch an einer Essstörung.

WICHTIG: 80% DER BETROFFENEN LEIDEN AN DEPRESSIONEN UND VON DIESEN HABEN 70% SCHON MINDESTENS EINMAL DEN VERSUCH UNTERNOMMEN, SICH DAS LEBEN ZU NEHMEN. SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN WIE AUCH DISSOZIATIVE SYMPTOME KÖNNEN EBENSO ZUM ERSCHEINUNGSBILD GEHÖREN.

Der Beginn dieser Erkrankung liegt häufig in der Pubertät oder im frühen Erwachsenenalter. Etwa 1% – 4% der Bevölkerung sind betroffen, davon sind etwa dreiviertel Frauen. Die Symptomatik bei Männern und Frauen unterscheidet sich. Bei Männern überwiegen eher aggressives und dissoziales Verhalten. Es gibt Hinweise, dass sich die Borderline-Störung im Alter eher abschwächt und sich hin zu einer Depression verlagert.

Als Ursache für dieses Störungsbild wird auch hier von einem Zusammenwirken biologischer, psychischer und umweltbezogener Faktoren ausgegangen. Bei betroffenen Personen kann eine Veränderung im Bereich der Amygdala und des Hippocampus (Verkleinerung) nachgewiesen werden. Die Amygdala ist die Hirnregion für Gefühle wie Angst und Stress. Der Hippocampus spielt eine wesentliche Rolle für die Gedächtnisfunktionen – Gefühle können schlechter verarbeitet werden und gefühlsbeladene Situationen prägen sich stärker ins Ge-

dächtnis ein. Ebenfalls kann eine geringe Aktivität des Botenstoffs Serotonin im Gehirn festgestellt werden. Dies kann zu einer erhöhten Impulsivität und Aggressivität führen. Erleben von Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch, Trennung oder Todesfälle in der Familie gelten auch als Risikofaktoren.

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT/HYPERAKTIVITÄTS-SYNDROM ADHS/AD/HD

Die Wahrscheinlichkeit einmal im Leben für eine begrenzte Zeit oder dauerhaft an ADHS zu erkranken liegt nach Auswertung neuester Studien bei 7%. Die Diagnosehäufigkeit steigt stark von Vorschulalter über das Grundschulalter bis zur späten Kindheit an. Das männliche Geschlecht überwiegt dabei erheblich; es sind 4 – 5fach mehr Jungen betroffen als Mädchen. Im Erwachsenenalter besteht ADHS mit gewissen Veränderungen bei 30% – 50% der Betroffenen fort. Während im Vorschulalter hyperaktiv-impulsives Verhalten im Vordergrund steht, überwiegt im Erwachsenenalter die Aufmerksamkeitsstörung ohne ausgeprägte Hyperaktivität.

ADHS ist gekennzeichnet durch unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität und führt zu Beeinträchtigungen in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und Leistungsbereichen von Schule und Beruf.

WICHTIG: BEI EINER VORLIEGENDEN ERKRANKUNG AM AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT/HYPERAKTIVITÄTSSYNDROM IM ERWACHSENENALTER LIEGT DIE LEBENSZEITPRÄVALENZ FÜR WEITERE PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN BEI 90%.

Besonders Erwachsene mit einer ADHS und einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens bzw. einer dissozialen Persönlichkeitsstörung weisen häufiger komorbide Suchterkrankungen auf. Sie werden als Hochrisikogruppe mit besonders schwerem Verlauf und frühem Einstiegsalter eingeordnet. Die Lebenszeitprävalenz von Suchterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung wird mit 15% angegeben. Die Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Suchterkrankung bei Menschen mit einer ADHS liegt bei zirka 50%. Hinsichtlich der Präferenz für einzelne Suchtstoffe besteht für die meisten Suchtmittel kein signifikanter Unterschied. Abweichungen gibt es für Opiode (bei 16% ADHS und 3% Allgemeinbevölkerung) und Halluzinogene (bei 18% ADHS und 7% Allgemeinbevölkerung).

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG PTBS

PTBS ist eine psychiatrische Erkrankung, die durch ein erlebtes Trauma wie Krieg, Gewalt, Naturkatastrophen oder schwere Krankheiten entstehen kann. Sie wird auch posttraumatisches Belastungssyndrom genannt, da sie viele unterschiedliche Symptome umfassen kann.

MÖGLICHE SYMPTOME SIND:

- *Angst, Gereiztheit, Schlafstörungen oder Panikattacken*
- *Flashbacks = wiederholtes Erleben traumatischer Situationen Überflutung von Emotionen und Erinnerungen*

Eine posttraumatische Belastungsstörung tritt meist sechs Monate nach dem Erlebnis auf. Nach Studien erleben etwa 8% der Bevölkerung einmal in ihrem Leben eine PTBS und für zwei Drittel der Betroffenen besteht das Risiko der Chronifizierung. Personen ohne soziale Unterstützung mit geringem Bildungsstand und Kriminalität im engeren Umfeld gelten als anfälliger. Ebenso Menschen, die psychiatrisch vorerkrankt sind.

Man unterscheidet zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung.

KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG Für diese Diagnose muss eine besonders lang anhaltende und wiederholte Traumatisierung vorliegen. Die Menschen durchleben Situationen katastrophalen Ausmaßes, die nicht an-

ZUSAMMENFASSUNG

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind viel häufiger von mindestens einer psychiatrischen Erkrankung betroffen als andere Personen. Auch in abstinenten Phasen oder während einer Substitution mit einem Ersatzstoff bleiben diese psychiatrischen Komorbiditäten bei den meisten Menschen weiter bestehen. Dies stellt eine starke Belastung für die Betroffenen dar und kann sich ungünstig auf deren Lebenszusammenhänge auswirken. Der Kontakt zur Außenwelt ist in der Regel sehr eingeschränkt und mit Schwierigkeiten gekoppelt. Dies kann dazu führen, dass immer wieder Phasen des Konsums/Beikonsums auftreten. Eine medikamentöse Behandlung der oben aufgeführten Erkrankungen erfolgt eher selten. Wenn sie erfolgt, wird diese oft von den Betroffenen nicht langfristig durchgehalten. Dazu können die Nebenwirkungen der Medikamente, ein gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein der Betroffenen oder ein Zurückfal-

gemessen verarbeitet werden können und die jede Bewältigungskompetenz überfordert. Das gilt natürlich besonders bei einem Erleben in der Kindheit.

Die Symptome einer komplexen PTBS zeigen große Überschneidungen mit insbesondere einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer dissoziativen Störung. Man kann aber davon ausgehen, dass eine dissoziative Störung in den meisten Fällen auf Traumata zurück zu führen ist. Bei der Borderline-Erkrankung kann dieser eindeutige Zusammenhang nicht nachgewiesen werden.

Die Folgen komplexer Traumata sind mit bekannten Therapieverfahren nicht vollständig behandelbar. Nachwirkungen, ausgelöst durch belastende Lebenssituationen oder Triggererlebnisse (Schlüsselreiz der ein Wiedererleben der Situation und der damit verbundenen Reaktionen auslöst), können über die gesamte Lebensspanne immer wieder in Erscheinung treten.

Auf Grund der Unterschiedlichkeit des Störungsbildes bei den Betroffenen werden oftmals abweichende Diagnosen gestellt, die sich lediglich an den Einzelsymptomen wie Angststörung oder Depressionen orientieren.

WICHTIG: DIE PTBS IST GEKENNZEICHNET DURCH EIN BREITES SPEKTRUM KOGNITIVER, AFFEKTIVER UND PSYCHOSOZIALER BEEINTRÄCHTIGUNGEN.

len in alte Konsummuster beitragen. Im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitserkrankung werden Veränderungen oder Auffälligkeiten im Verhalten der Personen meist einer Konsumphase zugeordnet. Es können aber auch aktuelle körperliche Erkrankungen bestehen, die diese psychischen Veränderungen bewirken. Auch kann es belastende Lebensereignisse geben, die verdeckte psychische Erkrankungen wieder aktivieren. Die erfahrene gesellschaftliche Bewertung von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Erkrankungen kann ein Sich-Verbergen auf Seiten der Betroffenen bewirken und ihre Behandlungsbereitschaft stark senken. In Phasen akuter Erkrankung, ist die Kommunikation mit den betroffenen Menschen häufig eher eingeschränkt möglich. Klare Absprachen mit den Erkrankten sind in dieser Phase wichtig. Bei einer eingeschätzten Fremd- oder Selbstgefährdung sollte immer ein Arzt/Ärztin oder Psychiater*in zur Abklärung hinzugezogen werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen Pflegebedarf und Sucht

„Jeder Mensch hat einen Anspruch auf die hiermit garantierten Menschenrechte und Freiheiten ohne irgendeine Unterscheidung, wie etwa Rasse, Farbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, nach Eigentum, Geburt oder sonstigen Umständen“ (UN-Menschenrechtscharta).

Medizinrechtliche Rahmenbedingungen

Andreas Aurin Rechtsanwalt, Schwerpunkt Medizinrecht

1. EINFÜHRUNG IN DAS GESAMTKONZEPT

Die Pflege alter Menschen hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Immer mehr ältere Menschen wünschen sich, in ihrer eigenen Häuslichkeit bleiben zu können. Die Unterstützung und die wertschätzende Beratung der pflegebedürftigen Personen sowie der Angehörigen und Freunde in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege sind wichtige Aufgaben in der Pflege, gerade bei drogenabhängigen und Drogen gebrauchenden Menschen. Um diese Aufgaben zu erfüllen, ist es notwendig, Symptome, Ursachen und Maßnahmen bei der Pflege und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen zu kennen, um angemessen reagieren zu können.

2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER ALTENHILFE

2.1.

Wesentlich sind die verfassungsrechtlichen Vorschriften und die gesetzlichen Regelungen für die praktische Arbeit.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schätzen ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt (Artikel 1 Abs. 1 Grundgesetz). Dieser Artikel des Grundgesetzes steht über allen Grundrechten. Er bestimmt das Ziel, das Ideal, das für alle Menschen auf dieser Welt angestrebt wird, aber noch für viele Menschen nicht erreicht ist. Die Missachtung der Menschenwürde wird als Menschenrechtsverletzung bezeichnet.

Die Grundrechte, die jedem Menschen zustehen, sind im Grundgesetz verankert.

Für die Tätigkeit in der Pflege ist die Charta der Rechte der pflegebedürftigen Menschen wichtig. Die Wahrung der Würde des Menschen ist im Pflegealltag eine ständige Aufgabe und Herausforderung. Mit Hilfe von ethischen Standards wie z. B. dem „Ethik-Kodex des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpflegern“ (2008) sowie der „Patienten-Charta-Patientenrechte in Deutschland“ (2002) sollen die Rechte alter und pflegebedürftiger Menschen besonders geschützt werden.

Die Pflege hat sich hieran maßgeblich zu orientieren!

2.2.

Der auf der Grundlage der UN-Charta entwickelte Leitfaden, der ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der Grundwerte und Grundrechte bei einer würdevollen Pflege unterstützt, benennt folgende Grundsätze:

- **PRIVATHEIT:** Das Recht, allein, ungestört und unbeeinträchtigt zu sein sowie öffentlich unbehelligt Beziehungen zu anderen Menschen pflegen zu können
- **WÜRDE/INDIVIDUALITÄT:** Die uneingeschränkte Anerkennung der Wertvorstellungen eines Menschen durch die Achtung seiner Einzigartigkeit und seiner persönlichen Bedürfnisse
- **UNABHÄNGIGKEIT:** Ohne Rechtfertigungszwang gegenüber irgendeiner anderen Person zu denken und zu handeln, einschließlich des Rechts, ein abgewogenes Risiko einzugehen
- **WAHLFREIHEIT:** Die Möglichkeit, unbeeinflusst aus einer Reihe von Möglichkeiten wählen zu können
- **RECHTSICHERHEIT:** Wahrung aller garantierten Bürgerrechte, wie etwa Glaubens-, Gewissens- und Meinungsfreiheit sowie Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis
- **RECHT AUF LEBEN UND KÖRPERLICHE UNVERSEHRTHEIT**
- **RECHT AUF UNVERLETZLICHKEIT DER WOHNUNG**
- **RECHT AUF SELBSTVERWIRKLICHUNG:** Die Verwirklichung persönlicher Wünsche und Fähigkeiten in allen Bereichen des täglichen Lebens

2.3.

Aufgaben und Kompetenzen der Pflegekräfte werden in den Ausbildungs- und PrüfungsVO der Pflegeberufe gesetzlich geregelt.

Demnach gilt für Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte, dass sie bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten mitwirken, in folgenden Tätigkeitsbereichen aber selbstständig tätig sind:

- Eigenverantwortliche Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs
- Planung, Organisation
- Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege
- Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugsperson
- Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen bis zum Eintreffen des Ärztlichen Dienstes

Die pflegerische Arbeit und die allgemeine Tätigkeit im Gesundheitswesen sind jedoch auch geprägt von Arbeitsteilung.

Dabei müssen die Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit in und zwischen den Berufsgruppen beachtet werden. Es bedarf klarer Abgrenzung der pflegerischen und medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Das Aufgabengebiet der Pflegefachkraft ist Heilkunde im weiteren Sinn. Die Tätigkeit trägt direkt oder indirekt zum Heilungsprozess der Betroffenen bei. Sie umfasst die sach- und fachkundige, umfassende und geplante Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses.

In den Berufsgesetzen sind bestimmte Tätigkeiten für die jeweilige Berufsgruppe nicht abschließend vorgeschrieben oder festgelegt. Nur durch die Ausbildungsinhalte und Ausbildungsanforderungen können Grenzen der pflegerischen Tätigkeit hergeleitet werden.

Andere Vorschriften, wie etwa die Regelungen des Sozialgesetzbuches V (SGB V) oder ergänzende Regelungen in Gesetzen oder Verordnungen hierzu, enthalten weitere Vorgaben. Auch sie sind jedoch nicht abschließend.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Tätigkeit in der Altenpflege und in der Krankenpflege sind praktisch geprägt durch die sog. „formale und materielle Qualifikation der Pflegekraft“.

Dies bedeutet:

FORMALE QUALIFIKATION

Die formale Qualifikation richtet sich nach der staatlich anerkannten Ausbildung oder dem Abschluss, den die Pflegekraft erworben hat.

MATERIELLE QUALIFIKATION

Als materielle Qualifikation wird dagegen die tatsächlich vorhandene Qualifikation bezeichnet, die sowohl von der einzelnen Pflegekraft als auch von der jeweiligen Situation abhängt.

WAS BEDEUTET DAS?

Es kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass mit dem Bestehen der Prüfung und der Zulassung zu einem Beruf die in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen festgelegten formal-fachlichen Fähigkeiten und Kompetenzen erworben worden sind. Die materielle Qualifikation hängt davon ab, ob die einmal erworbene Qualifikation auch tatsächlich noch vorhanden ist.

Es gibt aber keine Aufgaben, die nach den rechtlichen Vorgaben generell nur dem einen oder anderen pflegerischen Beruf zugewiesen sind.

2.4.

Anders sieht die Situation bei der Zusammenarbeit von examinierten Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften aus. Das Berufsrecht ist nicht eindeutig, weil es abgesehen von der Heimpersonalverordnung bzw. von den sie ablösenden Regelungen der Länder, die Pflegehilfskräfte nicht als Fachkräfte ansieht und es keine einheitlichen Regelungen für die Alten- und Krankenpflegehelfer*in gibt.

Die Ausbildung zum/zur Alten- oder Krankenpflegehelfer*in ist nämlich nicht mehr bundeseinheitlich im Krankenpflegegesetz oder dem Altenpflegegesetz geregelt. Vielmehr gibt es hierfür nur auf den Ebenen der Bundesländer einzelne Ausbildungsgesetze.

GRUNDSÄTZLICH GILT:

Altenpflegehelfer*innen und Krankenpflegehelfer*innen dürfen den examinierten Fachkräften nur „zur Seite stehen“. Sie haben nicht die persönliche und fachliche Kompetenz der examinierten Kräfte. Krankenpfleger*- und Altenpflegehelfer*innen können daher nicht eigenständig und allein verantwortlich in der Pflege eingesetzt werden. Sie sind nur für einige Pflegetätigkeiten zumeist im Bereich der Allgemeinen Pflege (Grundpflege) qualifiziert.

2.5.

Von den pflegerischen Tätigkeiten ist die ärztliche Tätigkeit abzugrenzen.

Generell gilt, dass zu den Kernaufgaben der Ärzteschaft das Treffen von medizinischen Entscheidungen gehört und zwar insbes. von Entscheidungen über die Diagnostik und Therapie.

Der Arzt oder die Ärztin hat diese Entscheidung eigenverantwortlich und selbständig zu treffen.

Die Abgrenzung in der Zusammenarbeit der Pflege mit dem Ärztlichen Dienst ergibt sich aus dem Inhalt und den Grenzen der „Mitwirkung“. Die eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen zählt zur pflegerischen Tätigkeit. Es sind dies Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

Dies wird konkretisiert durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, wonach es zu den Aufgaben der Pflegekräfte gehört, in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst

- die für die jeweiligen medizinischen Maßnahmen erforderlichen Vor- und Nachbereitungen zu treffen,
- bei der Durchführung der Maßnahmen mitzuwirken,
- Patient*innen bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie zu unterstützen,
- die ärztlich veranlassten Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen.

Dabei sind die relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen.

2.6.

Zulässig ist die Delegation („Weitergabe“) ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte.

Die berufliche Geschichte zwischen der Ärztin/dem Arzt und der/dem Pflegenden ist von einer klaren Hierarchie geprägt. Historisch ist diese Hierarchie „aufgebrochen“ worden. Pflegefachkräfte erbringen ihre Tätigkeit heute eigenständig, aber in Kooperation mit den Ärzt*innen.

Ärztliche Maßnahmen können an Pflegefachkräfte delegiert werden. Die Delegation wird folgendermaßen definiert:

Die Delegation ist eine Möglichkeit der Arbeitsteilung in Institutionen des Gesundheitswesens.

Im Wege der Arbeitsteilung können Aufgaben horizontal und vertikal übertragen werden.

Die horizontale Arbeitsteilung liegt vor, wenn Delegierende und Empfänger*innen der Delegation im gleichen Kompetenzbereich tätig sind. Beide erfüllen also das gleiche Aufgabenspektrum. Bei der vertikalen Arbeitsleistung übernimmt der/die Delegierende ein breites Aufgabenspektrum. Er/sie überträgt dieses an die Empfänger*innen der Delegationsleistung.“

Wenn man im Gesundheitswesen von Delegation spricht, so ist damit zumeist die vertikale Art der Arbeitsteilung gemeint. Also die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nicht ärztliches Personal, wobei der/die Arzt/Ärztin in der ärztlichen und juristischen Verantwortung bleibt. Anders ist dies bei der Delegation in der Substitution, wobei die Verantwortung an das nicht ärztliche

Personal übergeht (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK 2010).

2.6.1.

Die Abgrenzung zwischen pflegerischer und ärztlicher Tätigkeit ist im Einzelfall nicht einfach.

Bestimmte Leistungen darf der/die Arzt/Ärztin nicht delegieren. Er/sie muss sie selbst ausführen. Grund hierfür sind die besonderen Fachkenntnisse von Ärzt*innen sowie die Absicherung, dass in medizinisch sensiblen Bereichen mit wissenschaftlich gesicherten Kenntnissen vorgegangen wird.

Zu diesen Leistungen im Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit gehören u. a. die Anamnese, die Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, die Diagnosestellung, die Aufklärung und Beratung von Patient*innen, die Entscheidung über Therapie sowie die Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Dies ist schon vor dem Hintergrund des Arztvorbehaltes zu verstehen, da nur ein Arzt oder eine Ärztin entsprechende Eingriffe durchführen darf.

Die Delegation (Weitergabe) von Hilfsleistungen an nichtärztliche Mitarbeiter*innen, die dem/der Arzt/Ärztin zugerechnet werden können, ist nach § 15 Abs. 1 BMV-Ä grundsätzlich möglich, wenn der/die Arzt/Ärztin die Maßnahmen anordnet und überwacht. Zwingende Voraussetzung für die Weitergabe der Arbeit ist, dass der/die Mitarbeitende ausreichend qualifiziert ist.

2.6.2.**REGELN DER DELEGATION**

Da die Grenzbereiche in der Zusammenarbeit unklar sind, ist es insbesondere bei der Delegation wichtig, zunächst zu prüfen, ob die Annahme einer delegierten Leistung tatsächlich zum Tätigkeitsbereich der Fachkraft gehört. Im Anschluss ist zu prüfen, ob die delegierte Leistung von der Fachkraft übernommen werden darf. Schließlich muss geprüft werden, wer die Verantwortung übernimmt.

VERORDNUNGSVERANTWORTUNG

Der/die Delegierende trägt die Verantwortung für die fachliche Richtigkeit der Anordnung. Im Fall der Delegation einer ärztlichen Tätigkeit auf Pflegenden ist der/die Arzt/Ärztin dafür verantwortlich, dass er/sie durch seine/ihre besonderen Fachkenntnisse das richtige Medikament für die vorliegende Erkrankung eines/r Betroffenen anordnet.

INSTRUKTIONSPFLICHT/ÜBERWACHUNG

Der/die Delegierende hat die Pflicht, sich von den Fähigkeiten des/der Mitarbeitenden zu überzeugen, an den/die er/sie die Aufgabe delegiert.

DOKUMENTATIONSPFLICHT

Die ärztliche Anordnung muss aus Sicherheitsgründen grundsätzlich schriftlich erfolgen. Ausnahmsweise reicht in Notfällen oder bei einer telefonischen Anordnung das nachträgliche Abzeichnen durch den/die Arzt/Ärztin. Die Dokumentationspflicht ist begründet in der Rechenschaftspflicht des/r Arztes/Ärztin gegenüber den Patient*innen. Die Dokumentationspflicht ist in § 10 der Musterberufsordnung (MBO-Ä) festgelegt und weitgehend inhaltsgleich mit den Berufsordnungen der Landesärztekammer.

2.6.3.**ALLGEMEIN DELEGIERBARE TÄTIGKEITEN.**

Administrative Tätigkeiten können weitgehend delegiert werden, und zwar nicht nur auf medizinische Fachangestellte, sondern auch auf Schreib- und Bürokräfte. Dies gilt etwa für die Vorbereitung einer Anamnese und Aufklärung. Der/die Arzt/Ärztin ist aber weiterhin verpflichtet, diese selbst zu überprüfen und ggf. zu ergänzen. Selbst in Routinefällen muss der/die Arzt/Ärztin die Aufklärung in einem persönlichen Gespräch zumindest anbieten, eigentlich aber eher aufdrängen.

Bei der Durchführung technischer Untersuchungen wie Röntgen, CT und MRT ist eine Delegation auf entsprechend ausgebildete Mitarbeiter*innen zulässig. Bei der Verwendung von Kontrastmitteln muss der/die Arzt/Ärztin selbst anwesend sein, da diese nur von einem/r Arzt/Ärztin injiziert werden dürfen.

In jedem Fall muss aber ein/e Arzt/Ärztin so in der Nähe sein, dass er/sie die geforderte Aufsichtspflicht erfüllen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn die medizinischen Angestellten und Pflegekräfte nicht fachlich speziell ausgebildet sind.

Früherkennungsleistungen dürfen auf entsprechend ausgebildete Fachkräfte übertragen werden.

Injektionen (sowohl intramuskulär als auch subkutan, einschließlich Impfungen) dürfen auf eine/en medizinische/en Fachangestellte*n übertragen werden. In Abhängigkeit von der Substanz und der gesundheitlichen Situation des*r Patienten*in kann der Einsatz eines/einer Arztes/Ärztin erforderlich sein. Gleiches gilt bei intravenösen Injektionen sowie dem Anlegen einer Infusion. Die intravenöse Erstapplikation von Medikamenten ist danach delegierbar. Injektionen mit besonderem Risiko (etwa in herznahe Venen, in das Ventrikelsystem oder das Anlegen von Bluttransfusionen) sollten in der Regel immer vom/von der Arzt/Ärztin durchgeführt werden.

ES GILT:

Delegationsfähige Leistungen dürfen grundsätzlich übertragen werden, wenn die Fachkraft hierzu formal und materiell qualifiziert ist:

HIERZU ZÄHLEN:

- Allgemeine Laborleistungen
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Wechsel von Kathetern
- Einfacher Verbandswechsel

BEI ALLEN GENANNTEN LEISTUNGEN MUSS DER/DIE ARZT/ÄRZTIN ABER FÜR DEN FALL EINES NOTFALLES ERREICHBAR SEIN!

IM EINZELFALL ÜBERTRAGBARE LEISTUNGEN SIND Z. B.:

- Injektionen
- Infusionen
- Blutabnahme

Sie sind delegierbar, wenn der/die Mitarbeitende die erforderliche Zuverlässigkeit hat, Berufserfahrung und Qualifikation aufweist sowie das persönliche Tätigwerden des/der Arztes/Ärztin nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist!

NICHT DELEGATIONSFÄHIGE LEISTUNGEN.

AUF KEINEN FALL dürfen an nicht ärztliche Mitarbeitende folgende Leistungen übertragen werden:

- sämtliche operative Eingriffe
- ärztliche Untersuchungen und ärztliche Beratung des/r Patient*in
- invasiv diagnostische Eingriffe wie z. B. Kernspinnuntersuchungen mit Kontrastinjektion
- ärztliche Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen

Für die Delegation muss jeweils die Einwilligung der Patient*innen und der Fachkraft gegeben sein. Es soll eine schriftliche Anordnung des/r Arztes/Ärztin vorliegen!

Selbständige Injektionen durch Pflegehelfer*innen sind grundsätzlich **NICHT** zulässig!

Da die Pflegehelfer*innen im Wesentlichen die Aufgabe haben, Hilfestellung zur Entlastung der examinieren Fachkräfte zu leisten, stehen sie berufsrechtlich unter Aufsicht und Anleitung der examinieren Kräfte.

Nur so dürfen sie eingesetzt werden!

Die Arbeit in der Pflege erfolgt in Kooperation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen, Pflegenden und anderen Berufsgruppen ist in jedem Fall unumgänglich.

2.7.

Haftungsrechtlich geht es darum, wer bei einem Fehler zur Verantwortung zu ziehen ist und ob der Fehler unter Umständen auch darauf zurückzuführen ist, dass die ausgeführte oder übernommene Tätigkeit nicht zum Aufgabenbereich des/r Auszuführenden gehört.

Der/die Pflegende trägt die Verantwortung für die richtige Ausführung der Tätigkeit. Hier gilt die

„6 R-REGEL“:

- richtige/r Bewohner*in
- richtiges Medikament
- richtige Dosierung und Konzentration
- richtiger Zeitpunkt
- richtige Verabreichungsart
- richtige Dokumentation

Der/die behandelnde Arzt/Ärztin trägt die Verantwortung für die Gesamtbehandlung. Er/Sie haftet etwa im Zusammenhang mit einer fehlerhaften Durchführung delegierter Leistungen sowie für das Verschulden bei Ausfall, Anleitung und Überwachung der Mitarbeitenden als auch für das Verschulden der Hilfsperson.

Stellt die Pflegefachkraft fest, dass die formale (persönliche Kompetenz) für eine delegierte Aufgabe nicht vorhanden ist, besteht neben der Weigerung auch die Möglichkeit der Überlastungsanzeige. Dies ist eine schriftliche Information an die Pflegedienstleitung über Arbeitsbedingungen, die einer sicheren Durchführung der pflegerischen Arbeit im Wege stehen.

2.8.

Für die Medikamentengabe und den Umgang mit Betäubungsmitteln gelten besondere Regeln.

Als Betäubungsmittel werden Substanzen bezeichnet, die die Bewusstseinslage oder die Stimmung von Menschen (massiv) verändern können. Hervorrufen können sie Zustände wie etwa Entspannung, Schmerzlinderung, Euphorie, Halluzinationen, Selbstüberschätzung oder panische Reaktionen. Die Nutzung ist unter strikten Auflagen zulässig.

GRUNDSÄTZE:

- jeder Mensch hat das Recht auf eine angemessene Schmerzbehandlung. Wenn dieses mit „herkömmlichen“ Wirkstoffen nicht erreicht werden kann, müssen Betäubungsmittel genutzt werden
- Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit dem/der Hausarzt/Ärztin notwendig. Seine/ihre Vorgaben sind strikt umzusetzen. Jede Abweichung wird dem/r Hausarzt/Hausärztin umgehend mitgeteilt
- Der Betäubungsmittelbesitz, ohne dafür ein persönliches Rezept vorlegen zu können, ist grundsätzlich strafbar
- Die Abgabe von Betäubungsmitteln ist strafbar, wenn der Abgebende keine Erlaubnis dafür besitzt

2.8.1.A.

Bei der Ausführung pflegerischer Leistungen sind gesetzliche Vorschriften zum Umgang mit Arzneimitteln zu beachten. Neben den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes (AmG) gilt dies insbesondere für das Betäubungsmittelgesetz (BtmG).

Das Arzneimittelgesetz hat das Ziel, im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Menschen für die Sicherheit im Umgang mit Arzneimitteln zu sorgen. Es regelt folgende Aspekte:

- Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit von Arzneimitteln
- Ablauf der Herstellung, Registrierung, Verkehr und behördliche Überwachung von Arzneimitteln
- Schutz des Verbrauchers vor Arzneimittelrückständen
- Festlegung von Straf- und Bußgeldvorschriften bei Verstößen gegen das Gesetz

Das **BETÄUBUNGSMITTELGESETZ** regelt den generellen Umgang mit Betäubungsmitteln.

Ziel des Gesetzes ist es, Sicherheit in der Zulassung, im Vertrieb und im Umgang mit Betäubungsmitteln (bewusstseins- und stimmungsverändernde Substanzen, die u.U. zur Abhängigkeit führen können) zu gewährleisten.

Was im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes Betäubungsmittel sind, ist rechtlich durch die Aufnahmen bestimmter Stoffe und Zubereitungen, die in Anlagen zum Gesetz (sogenannte Positivlisten) stehen, geregelt. Die Listen werden ständig fortgeschrieben.

Die Anlagen zum Gesetz unterscheiden sich in der Intensität des Verbots.

Das Gesetz enthält insgesamt **DREI ANLAGEN**, in denen folgende Betäubungsmittel unterschieden werden.

- **ANLAGE 1** ist der abschließende Katalog für überhaupt nicht „verkehrsfähige Betäubungsmittel“. Abgabe und Handel sind verboten
- **ANLAGE 2** erfasst Betäubungsmittel die nicht verschrieben werden können
- **ANLAGE 3** umfasst Betäubungsmittel, die unter sehr strengen Voraussetzungen verordnet werden können. Dies sind zum Beispiel Barbiturate und Präparate, die Kokain, Morphin, THC oder Opium enthalten

Betäubungsmittel der Anlage 3 können verschrieben, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn dies für eine Behandlung etwa durch eine/n Arzt/Ärztin erfolgt und eine Indikation am oder im Körper begründet ist.

Ansonsten sind die Verabreichung und die Überlassung verboten!

Unter den Voraussetzungen im § 5 Absatz 1 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) besteht die Möglichkeit, Suchtmittelabhängigen zur schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes, verschreibungsfähige Betäubungsmittel zu verabreichen.

Hierunter fällt die Substitution etwa mit „Methadon“.

Die Substitutionstherapie ist auch als unterstützende Behandlung einer neben der Abhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung erlaubt.

Wenn bei der Verordnung oder Überlassung der Betäubungsmittel die für die Substitutionstherapie aufgestellten Regeln Berücksichtigung finden, ist die Behandlung nicht strafbedroht.

2.8.1.B.

Die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen ist in § 10 a BtmG geregelt. Der Drogenkonsum soll dort kanalisiert und im Sinne von „safer use“ weniger riskant und weniger schädlich gestaltet werden können. Betreiber der Konsumräume müssen eine „sofort einsatzfähige medizinische Notfallversorgung“ gewährleisten (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 BtmG). Weiterhin sind medizinische Beratung und hygienische Vorsorge etwa durch bereit gestellte, sterile Einmalspritzen, Tupfer, Desinfektionsmittel u.a. zu gewährleisten. Es dürfen keine Drogen zum Konsum verabreicht werden, die Klientel bringt also ihr eigenes (Straßen-)Heroin u. dgl. mit in die Einrichtung – und ist damit auch weiterhin möglicher strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt.

2.8.2.

Gesetzlich vorgeschrieben ist eine **STRIKTE DOKUMENTATIONSPFLICHT!**

Betäubungsmittel dürfen erst unmittelbar vor der Einnahme ausgegeben und „ausgelistet werden“. Sie dürfen nicht im Vorgriff bestellt werden!

Die Ausgabe von Betäubungsmitteln ist in einem Dokumentationsbuch festzuhalten. Das Dokumentationsbuch muss drei Jahre aufbewahrt werden! Es beinhaltet folgende Angaben:

- Eingang
- Patientennamen
- Verordnende/r Arzt/Ärztin
- Zeit der Abgabe (Entnahme)
- Rückkontrolle
- Datum
- Unterschrift

Das Betäubungsmittelrezept umfasst drei Teile:

TEIL 1 bleibt beim/bei der Arzt/Ärztin,

TEIL 2 bleibt in der Apotheke,

TEIL 3 dient der Abrechnung.

Wichtig beim BTM-Rezept:

- Unterschrift des/r Arztes/Ärztin!
- im Normalfall ein übliches Rezept, das aber nach BtmV-Verordnung nur einen Tag gültig ist.

2.9.

Für die pflegerische Tätigkeit gilt folgender **PRAKTISCHER LEITFADEN**:

1. Der/die Patient*in muss mit der Maßnahme und mit der Durchführung durch Pflegekräfte einverstanden sein (Einwilligung des/r Patienten*in, ggf. nach ärztlicher Aufklärung).
2. Die Art des Eingriffs darf nicht das persönliche Handeln des/r Arztes/Ärztin erfordern.
3. Es muss zwischen der Pflegedienstleitung und dem Ärztlichen Dienst abgestimmt sein, welche Pflegekräfte welche Tätigkeiten übernehmen sollen.
4. Eine ärztliche Maßnahme muss konkret angeordnet bzw. verordnet werden. (keine „Bedarfsanordnung“ oder „Bedarfsmedikation“). Die Anordnung sollte schriftlich erfolgen.
5. Die ausführende Pflegekraft muss zur Durchführung der Maßnahme befähigt sein. Die Befähigung ergibt sich nicht nur aus der Ausbildung oder Weiterbildung. Es kommt vielmehr auf den zum Zeitpunkt des Tätigwerdens konkreten Kenntnisstand und die dann vorhandenen Fähigkeiten an.
6. Die angewiesene Pflegekraft muss zur Ausführung der ärztlichen Aufgabe bereit sein, sofern nicht ausnahmsweise eine entsprechende Verpflichtung besteht. Sie kann die Tätigkeit verweigern, wenn sie zur Ausführung nicht in der Lage ist. Die ausreichend qualifizierte Pflegekraft kann die Übernahme einer solchen Tätigkeit aber nicht mit der Begründung verweigern, dass es nicht ihre Aufgabe sei.
7. Die Ausführung muss der Pflegekraft zumutbar sein. Sie muss also ggf. rechtzeitig ärztliche Hilfe oder pflegerische Hilfe bei nicht mehr zu bewältigenden Situationen erhalten können. Dies muss vor der Übertragung geklärt werden.

8. Die Anordnung und Durchführung müssen sorgfältig dokumentiert werden. Hierzu gehören der Name des/r anordnenden Arztes/Ärztin, die Form der Anordnung, der Eintrag im Anordnungsblatt, der Name der ausführenden Pflegekraft, die Bezeichnung von Auffälligkeiten und Sicherungsmaßnahmen.
9. In Notfällen kommt es nicht auf die oben genannten Voraussetzungen für die Ausführung pflegerischer Tätigkeiten oder die Voraussetzung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an. Dann gibt es die Pflicht der Pflegekraft, den in ihrer Obhut stehenden Patient*innen/Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten. Ein Verstoß kann eine unterlassene Hilfeleistung nach § 323 c Strafgesetzbuch begründen.

Strafrechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit der Pflege langjährig drogen- insbesondere opiodkonsumierender Personen

Georg Schulze, Rechtsanwalt für Strafrecht

1. WIE HABEN SICH DIE ANGESTELLTEN VON PFLEGEDIENSTEN ZU VERHALTEN, WENN ILLEGALE SUBSTANZEN IM HÄUSLICHEN UMFELD GEFUNDEN WERDEN?

Bei dem Umgang mit Drogen bzw. Betäubungsmitteln sollte zunächst zwischen Rechten und Pflichten von Pflegekräften unterschieden werden.

Dabei stellt sich zuerst die Frage, ob diese verpflichtet sind, den Besitz oder den Konsum bei den Strafverfolgungsbehörden anzuzeigen. Der **BESITZ** von Betäubungsmitteln ist nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BtMG strafbar, wenn der/die Besitzer*in nicht zugleich im Besitz einer schriftlichen Erlaubnis für den Erwerb ist. Daneben werden weitere Straftatbestände, wie z.B. das Herstellen oder das Veräußern in der Vorschrift aufgeführt; der bloße **KONSUM** fällt aber nicht darunter, ist also **NICHT STRAFBEDROHT**.

Grundsätzlich besteht für Privatpersonen niemals die Pflicht, **BEREITS BEGANGENE** Straftaten zur Anzeige zu bringen.

Bei **GEPLANTEN** Straftaten ist weiter zu differenzieren. Nach § 138 StGB sind gewisse schwere Straftaten -dort näher aufgeführte Verbrechen- von denjenigen anzuzeigen, die von ihrem Vorhaben zu einer Zeit erfahren, in der die Ausführung noch verhindert werden kann.

Zwar fällt der Besitz von Betäubungsmitteln in die rechtlich schwierige Kategorie der Dauerdelikte, jedoch ist keine der strafbaren Handlungen in Bezug auf Betäubungsmittel in § 138 StGB aufgelistet. Demnach besteht rechtlich **KEINERLEI PFLICHT**, Pflegebedürftige wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln **ANZUZEIGEN**.

Die Anzeige stellt die Offenbarung eines zum persönlichen Lebensbereich des Pflegebedürftigen gehörenden Geheimnisses dar. Unabhängig von einer nicht bestehenden Anzeigepflicht kann diese Offenbarung selbst nach § 203 StGB sogar strafbar sein. Die umgangssprachlich als „Schweigepflicht“ bezeichnete Pflicht obliegt u.a. allen Angehörigen eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert.

Dies sind Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen und wohl auch Altenpfleger*innen. Zusätzlich trifft die (Schweige-)Pflicht auch all diejenigen, die mit einer der drei genannten Berufsgruppen in der Pflege zusammenarbeiten.

Dies bedeutet folglich, dass sich die rechtlich durchaus **MÖGLICHE** Anzeigenerstattung für die aufgezählten Berufsträger*innen in ein **VERBOT** der Offenbarung strafrechtlich relevanter Delikte – jedenfalls was Drogendelikte betrifft – wandelt. Die „Schweigepflicht“ verbietet die Anzeige!

Für Mitarbeiter*innen von Pflegediensten, die keine staatlich anerkannte Berufsausbildung besitzen, bleibt es bei der rechtlichen Möglichkeit der Anzeigenerstattung; eine **PFLICHT BESTEHT** – wie gesagt – **NICHT**.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie mit **GEFUNDENEN BETÄUBUNGSMITTELN** umgegangen werden sollte.

Wie oben dargestellt, ist der Besitz von Betäubungsmitteln strafbar.

Deshalb ist es **RECHTLICH NIEMALS ZU EMPFEHLEN**, die Betäubungsmittel ohne vorherige Rücksprache mit Behörden aus den Räumlichkeiten der Drogenkonsument*innen zu entfernen! Auch nicht, um diese bei der Polizei abzugeben. Diese Absicht mag den Besitz rechtfertigen, sie ist aber im Nachhinein nicht immer zweifelsfrei zu beweisen. Die Herkunft der Drogen darf zudem nicht offenbart werden (Vgl. *Obenstehendes zu Schweigepflicht*).

Sofern sich die Mitarbeiter*innen sicher sind, Betäubungsmittel gefunden zu haben und ausschließen können, dass es sich um Substitutionsmedikamente handelt, ist es **RECHTLICH GANGBAR**, diese zu zerstören bzw. wegzuworfen. Denn der kurzfristige Besitz wäre dadurch gerechtfertigt, dass eine mögliche von der Droge ausgehende Gefahr für den Konsument*innen von ihnen abgewendet wird. Ob dieses Verfahren jenseits rechtlicher Möglichkeiten/Fragen zu empfehlen ist, kann an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden, erscheint aber durchaus fraglich.

Wichtig ist auch die Frage, ob für den Pflegedienst eine (straf-)rechtliche **PFLICHT ZUR WEGNAHME** der Drogen besteht, etwa um den Abhängigen zu schützen.

Zwar haben alle Mitarbeiter*innen eines Pflegedienstes angesichts ihrer beruflichen Stellung die Betreuung der Patient*innen und zugleich die Aufgabe übernommen, diese vor Gefahren zu bewahren. Sie sind daher als sogenannte Beschützergaranten zu bezeichnen.

Jedoch unterfällt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine eigenverantwortliche Selbstgefährdung (durch Drogenkonsum) grundsätzlich nicht den Tatbeständen eines Körperverletzungs- oder Tötungsdelikts, wenn sich das mit der Gefährdung vom Opfer bewusst eingegangene Risiko realisiert. Dies bedeutet, dass durch den Konsum zugefügte körperliche Schäden grundsätzlich in der Risikosphäre des Drogenkonsument*innen liegen. Angestellte von Pflegediensten machen sich somit **NICHT STRAFBAR, WENN SIE DIE DROGENKONSUMENT*INNEN WEITER KONSUMIEREN LASSEN**.

Lediglich dann, wenn der Konsum im **BEISEIN** der Pflegekräfte erfolgt **UND** sich daraus ein medizinischer **NOTFALL** ergibt, trifft die Mitarbeiter*innen die jedermann obliegende Pflicht zur Hilfeleistung, deren Nichtbefolgung nach § 323 Abs. 1 StGB strafbar ist.

2. WIE IST MIT DIEBSTÄHLEN UMZUGEHEN, WENN EINE AUFKÜNDIGUNG DES PFLEGEVERTRAGES AUS VERSORGUNGSSPEZIFISCHER PERSPEKTIVE NICHT IN FRAGE KOMMT?

Hinsichtlich sich ereignender Diebstähle kann keine klare rechtliche Empfehlung ausgesprochen werden, sofern eine Entlassung/Kündigung des Pflegevertrages ausgeschlossen ist.

Je nach vertraglicher Ausgestaltung wäre Diebstahl ein Grund zur fristlosen Kündigung des Pflegevertrages, da das Vertragsverhältnis auf einem besonderen Vertrauensverhältnis beruht, welches durch jegliche strafbaren Handlungen zum Nachteil des Pflegedienstes oder seiner Mitarbeiter*innen zerstört wäre.

Ob wegen Diebstählen oder anderer Delikte Anzeige erstattet werden sollte, ist deshalb jeweils von Einzelfall und Schwere der Tat abhängig zu machen.

In jedem Fall sollten Vorfälle sorgfältig **DOKUMENTIERT** werden. Teilweise können Diebstähle von geringwertigen Sachen (Schaden weniger als 25,- €) nur binnen eines Zeitraums von drei Monaten zur Anzeige gebracht werden.

3. WO LIEGT DIE GRENZE ZWISCHEN SELBSTBESTIMMUNG DER ABHÄNGIGEN UND DEN PFLICHTEN EINES PFLEGEDIENSTES IN BEZUG AUF KONSUM UND HYGIENE?

Das allgemeine **PERSÖNLICHKEITSRECHT** und die allgemeine **HANDLUNGSFREIHEIT** sind **VERFASSUNGSRECHTLICHE GRUNDRECHTE** eines jeden einzelnen Menschen.

Die Grundrechte sind von so überragender Bedeutung, dass sie niemals ganz hinter andere wichtige Belange zurücktreten können. Ein Eingriff, insbesondere in das allgemeine Persönlichkeitsrecht, ist daher schwerlich zu rechtfertigen.

Durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts wird den Patient*innen sogar ein **RECHT AUF KRANKHEIT** zugebilligt. Im Spannungsfeld zwischen einer bedarfsgerechten Pflege der Menschen und deren Selbstbestimmungsrecht wird sich eine Behandlung gegen den Willen eines/r Pflegebedürftigen quasi nie durchsetzen können. Zwar hat der Pflegedienst auch die vertragliche Verpflichtung, sich um den körperlichen Zustand eines/r Pflegebedürftigen zu kümmern. Dennoch überwiegt regelmäßig der freie Wille der Pflegebedürftigen, solange sie sich nicht in einem den freien Willen ausschließenden Zustand befinden. Bei Anzeichen dafür, dass ein/e Pflegebedürftige/r **NICHT MEHR FREIVERANTWORTLICHE ENTSCHEIDUNGEN** treffen kann, ist dann aber ebenfalls **KEINE ZWANGSBEHANDLUNG ZULÄSSIG!** Es ist sodann die Frage zu klären, ob der/die Pflegebedürftige eines rechtlichen Betreuers bedarf. Doch selbst bei betreuten Personen sind Zwangsbehandlungen nur in engen Grenzen zulässig. Hierfür kann der sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Bielefeld kontaktiert werden.

Anderenfalls muss der freie Wille selbst dahingehend akzeptiert werden, dass der/die Pflegebedürftige sich selbst einem erheblichen Risiko für seine Gesundheit aussetzt. Es gilt nun allenfalls, den

Pflegebedürftigen mit beharrlicher Bereitschaft zur Annahme von Hilfe zu überzeugen. Jede/r Drogenabhängige hat demnach auch ein **RECHT**, seinem/ihrem Körper mittels Drogen **ZU SCHADEN**. Den Konsum zwangsweise einzuschränken, ist folglich ebenfalls nicht möglich bzw. nicht durchsetzbar.

Die Pflegebedürftigen haben damit analog zur oben genannten Rechtsprechung gewissermaßen ein **RECHT ZUR VERWAHRLOSUNG**.

4. WELCHE PFLICHT HABEN DIE MITARBEITER*INNEN VON PFLEGEDIENSTEN, WENN IHNEN BEKANNT WIRD, DASS DIE BETREUTEN PERSONEN INTOXIKIERT AUTO FAHREN?

Wie bei der ersten Frage erörtert wurde, haben die Pflegedienstmitarbeiter*innen eine Garantstellung gegenüber den pflegebedürftigen Personen. Aufgrund dieser rechtlichen Stellung obliegen ihnen besondere rechtliche Pflichten.

Beobachten oder erfahren sie sonst wie, dass eine pflegebedürftige Person trotz Intoxikation von Alkohol oder Betäubungsmitteln versucht, ein Auto zu führen, haben sie dies zu **VERHINDERN, SOFERN ES IHNEN ZUMUTBAR IST**. Zumutbar ist in aller Regel nur die Wegnahme der Autoschlüssel, soweit sie sich damit nicht selber in Gefahr begeben.

Verhindern sie die Autofahrt nicht, obwohl dies zumutbar war, wären sie wegen **BEIHILFE ZU EINER TRUNKENHEITSAHRT DURCH UNTERLASSEN** strafbar.

Auch eine Strafbarkeit wegen **FAHRLÄSSIGER KÖRPERVERLETZUNG ODER TÖTUNG** kommt unter Umständen in Betracht.

Bielefeld, 2019

Netzwerke

Netzwerke und Netzwerkarbeit sind sehr eng mit der Entwicklungsgeschichte der Sozialen Arbeit verknüpft. Im FoKus steht immer das Vernetzen von Menschen und Systemen. Soziale Netzwerke stellen die Gesamtheit der Beziehungen zwischen einer definierten Menge von Personen, Rollen oder Organisationen dar. Entstanden ist das Konzept des sozialen Netzwerks in den Sozialwissenschaften. John Barnes setzte dieses Konzept erstmal 1954 als analytisches Instrument zur Erfassung des Aufbaus sozialer Gefüge ein.

ES WERDEN FOLGENDE HAUPTNETZWERK-TYPEN UNTERSCHIEDEN:

PRIMÄRE NETZWERKE

Dies sind persönliche Netzwerke die sich aus Personen eines engen Umkreises bilden, wie zum Beispiel Freunde, Familie oder Nachbarn.

SEKUNDÄRE NETZWERKE

Gesellschaftliche Netzwerke, die dem öffentlichen oder beruflichen Austausch dienen. Dazu zählen zum Beispiel das Handwerk oder öffentliche Einrichtungen für Bildung und soziale Dienste.

TERTIÄRE NETZWERKE

Sie stehen zwischen primären und sekundären Netzwerken und bieten praktische Alltagshilfen im sozialen Bereich, wie zum Beispiel die Selbsthilfe, professionelle Sozialdienste oder Bürgerinitiativen.

Netzwerke und Netzwerkarbeit

PRINZIPIEN DER NETZWERKARBEIT

In der Netzwerkarbeit treffen viele unterschiedliche Meinungen und Interessen aufeinander, die nicht immer übereinstimmen. Ebenso haben alle Netzwerkpartner neben den bestehenden Netzwerkzielen eigene Ziele. Dies kann in großen Netzwerken zu Konflikten führen, die jedoch durch ein gutes Netzwerkmanagement aufgelöst werden können.

DAMIT NETZWERKARBEIT GELINGEN KANN, ORIENTIERT SIE SICH AN FOLGENDEN MERKMALEN:

- *Die Grundlage der Zusammenarbeit bilden gemeinsam erarbeitete Ziele, welche informell oder vertraglich festgehalten werden*
- *Die Netzwerkarbeit zeichnet sich durch flache Hierarchien und transparente Kommunikation aus*
- *Die Kontrolle über die Wirksamkeit der Arbeit wird über ein gemeinsames Gremium geregelt*
- *Die beteiligten Akteure*innen bleiben sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich autonom*
- *Die Bereitstellung zeitlicher und sozialer Ressourcen bildet die Grundlage jeder Netzwerkarbeit*
- *Die fortlaufende Verständigung und die Konsensbildung sind wichtiger Bestandteil der Netzwerkarbeit*

AUFBAU VON NETZWERKSTRUKTUREN

Netzwerke sind nicht klassisch hierarchisch organisiert. Definierte Ebenen mit fest zugeordneten Aufgaben fehlen häufig. Deshalb muss ein Mechanismus gefunden werden, mit dessen Hilfe die Unterschiedlichkeit der Teilnehmer*innen zur Erreichung des gemeinsamen Ziels nutzbar gemacht werden kann. Hier sind unterschiedliche Steuerungsmodelle möglich:

Die Koordinationsstelle: sie stellt ein Minimalkonzept dar und ist vor allem für kleine, zeitlich befristete Netzwerke geeignet.

Die Clearingstelle: diese hat in einem Netzwerk eine herausgehobene, aber neutrale Stellung mit einem eigenen Auftrag. Sie kann wie eine Geschäftsstelle handeln, Verwaltungsaufgaben erledigen und sie kann aus eigener Initiative Netzwerke in Bewegung halten.

*Der „Runde Tisch“: dieser ermöglicht einen gleichberechtigten und demokratischen Diskussionsprozess. Alle Organisationen sind gleichberechtigt und tragen gemeinsam die Verantwortung. Es handelt sich um eine offene Struktur, in der neue Akteure*innen gut zu integrieren sind. Mit diesem Steuerungsmodell ist häufig ein hoher Zeitaufwand verbunden und es erfordert starke Disziplin der Beteiligten.*

WIRKUNG VON NETZWERKEN

Die Motivation, sich in einem Netzwerk zu organisieren, entsteht häufig aus fehlenden Informationen und der Möglichkeit, sich zusätzliche Handlungsalternativen zu erschließen. Der Arbeitsalltag ist oft durch fehlende Informationen und Ineffizienz geprägt, die durch den Synergieeffekt eines Netzwerkes ausgeglichen oder gar vermieden werden können. Netzwerke in der sozialen Arbeit sollen eine höheren Transparenz fördern und dazu beitragen, Ressortdenken abzubauen. Gemeinsame Schnittstellen/Knotenpunkte können definiert und bearbeitet werden. Über die multiprofessionelle Zusammenarbeit können neue Lösungswege entstehen, die den Akteuren den Vorteil der Ressourcenbündelung verschaffen. Der direkte interdisziplinäre Kontakt und die Transparenz über bestehende Angebotsstrukturen führen zu einer Verkürzung der Wege. Es kommt bei den Teilnehmer*innen zu Wissensaustausch und-Zuwachs.

EFFEKTE VON NETZWERKARBEIT

EIGENE ZIELE KÖNNEN IM RAHMEN VON NETZWERKARBEIT
BESSER ERREICHT WERDEN

EIGENE PROZESSE KÖNNEN VON ERFAHRENEREN PARTNERN*INNEN
UNTERSTÜTZT WERDEN

ZUGANG ZU RESSOURCEN UND KOMPETENZEN, DIE IN DER
EIGENEN ORGANISATION NICHT VORHANDEN SIND

ANREGUNGEN UND BEREICHERNDER IDEENTRANSFER

LEISTUNGEN, DIE EINER ORGANISATION ALLEINE NICHT MÖGLICH
WÄREN, KÖNNEN ERBRACHT WERDEN

Netzwerke und Netzwerkarbeit werden geprägt durch die lokalen Bedingungen, die Bedürfnisse und Ziele der Netzwerkpartner*innen. Um ein funktionierendes Netzwerk zu schaffen, müssen die Grundlagen der Netzwerkarbeit berücksichtigt werden.

Literaturliste

AHLFELD, Benedikt

NLP und Körpersprache – Erfolgreich nonverbal kommunizieren

ZHI Consulting, Wien, 2012

AWO Bundesverband

Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis.

AWO Bundesverband, 2004

BOCKSCHECKER, Stefan, **KIBBERT**, Dejan

Profession und Haltung in der Sozialen Arbeit

Ibidem Verlag, Hannover, 2015

BÖHME, H., **BARKHOFF**, J., **RIOU**, J.

Netzwerke. Eine Kulturgeschichte der Moderne

(Literatur – Kultur – Geschlecht)

Böhlau, 2004

BUNDESMIN. der Justiz, Bundesmin. für Gesundheit, Bundesärztekammer, Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen u.v.a.m.

Patientencharta – Patientenrechte in Deutschland, 2002

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Grundgesetz für die BRD, 1949 (zuletzt geändert: 2017)

GERLACH, Ralf, **STÖVER**, Heino (Hrsg)

Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten –

Legalisierung von Drogen

Fachhochschulverlag, Frankfurt/M, 2012

GERLACH, Ralf, **STÖVER**, Heino

Vom Tabu zur Normalität – 20 Jahre Substitution in Deutschland

Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft

Lambertus Verlag, Freiburg /Breisgau, 2005

GREIF, Sigfried

Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion – Theorie,

Forschung und Praxis des Einzel- und Gruppencoaching

Hogrefe Verlag, Göttingen, 2008

GROSS, D., **HOLZ**, G., **BOECKH**, J.

Qualitätsentwicklung lokaler Netzwerkarbeit. Ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung.

ISS-Pontifex 1, 2005

GROSS, D. (2005)

Determinanten erfolgreicher Netzwerkarbeit. Impulsvortrag zur

Tagung „Netzwerkevaluation –Perspektiven einer Evaluationskultur.“

iSPO-Institut Saarbrücken, 2005

HEINER, M.

Evaluation zwischen Qualifizierung, Qualitätsentwicklung

und Qualitätssicherung

Lambertus, 1996

HEROLD Gerd, et al.

Innere Medizin

Gerd Herold, 2017

HOFF, Tanja, **KUHN**, Ulrike, **KUHN**, Silke, **ISFORT**, Michael (Hrsg)

Sucht im Alter, Maßnahmen und Konzepte für die Pflege

Springer Verlag, Hamburg, 2017

HOLLER, Ingrid

Trainingsbuch „Gewaltfreie Kommunikation“

Junfermann Verlag, Paderborn, 2012

HURRELMANN, Klaus

Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in wissenschaftliche

Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Juventa Verlag, Weinheim und München, 2006

ISP – Institut für Suchtprävention der Sucht und

Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Grundlagen der Sucht

Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht und

Drogenkoordination Wien (SDW), Wien, 2018

KESSLER et al.

1997

KUTSCHKE, Andreas

Sucht-Alter-Pflege – Praxishandbuch für die Pflege

suchtkranker Menschen

Verlag Hans Huber, Bern, 2012

MENCHE, Nicole

Weiße Reihe

Innere Medizin, Elsevier GmbH, Amsterdam, 2016

NETTER, Frank H.

Allgemeinmedizin

Thieme, Stuttgart, 2006

OMER, Hain, **VON SCHLIPPE**, Arist

Autorität durch Beziehung – Die Praxis des gewaltlosen

Widerstands in der Erziehung

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2016

OMER, Haim, **VON SCHLIPPE**, Arist

Stärke statt Macht – Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde

Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2016

QUILLING, Eike, **NICOLINI**, Hans J., **GRAF**, Christine,

STARKE, Dagmar

Praxiswissen Netzwerkarbeit – Gemeinnützige Netzwerke

erfolgreich gestalten

Springer Verlag, Hamburg, 2013

SANDKÜLER, J. et al.

In: Science 2009; 325:207-2010

SCHNEIDER, Ralf

Die Suchtfibel – Wie Abhängigkeit entsteht und wie man

sich daraus befreit

Schneider Verlag, Hohengehren, 2012

STÖVER, Heino, **JAMIN**, Daniela, **PADBERG**, Christina (Hrsg)

Ältere Drogenabhängige – Versorgung und Bedarfe

Fachhochschulverlag, Frankfurt/M, 2017

TELLER, M., **LONGMUSS**, J.

Netzwerkmoderation: Netzwerke zum Erfolg führen. Ziel.

2007

VEREINTE NATIONEN

Menschenrechtscharta, New York, 1948

VOGT, Irmgard (Hrsg)

Auch Süchtige altern – Probleme und Versorgung

älterer Drogenabhängiger

Fachhochschulverlag, Frankfurt/M, 2011

WELTBUND DER KRANKENSCHWESTERN UND KRANKENPFLEGER

(international council of nurses)

Ethik Kodex, 2008

WOLTER, Dirk K.

Sucht im Alter/Altern und Sucht – Grundlagen, Klinik,

Verlauf und Therapie

Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 2011

DIVERSE BUNDES- UND LANDESGESETZE UND –VERORDNUNGEN:

Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz, Ausbildungs- und Prüfungs-

verordnung der Pflegeberufe, Ausbildungs- und Prüfungsgesetze und

-verordnungen der Länder, Bundesmantelvertrag-Ärzte, Arzneimit-

telgesetz, Betäubungsmittelgesetz, Betäubungsmittel Verschreibungs

Verordnung, Strafgesetzbuch.

SONSTIGE

Musterberufsordnung der Ärztekammer sowie Berufsordnung(en)

der Landesärztekammer, Richtlinien der Bundesärztekammer

www.drugcom

www.drogenberatung–bielefeld.de

Impressum

© 2019 Drogenberatung e.V., Bielefeld

*Projektmitarbeiter*innen:*

Cornelia Borgmann, Frank Griwatz,
Jutta Schlieckmann, Piet Schuin

Gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW.

Wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für
Pflegerwissenschaft an der Universität Bielefeld.

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Autoren unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Gestaltung: mukutu Gmbh (Marc Brautmeier)

