



Handbuch/Toolbox

Die in Handbuch und Toolbox enthaltenen Texte bieten **ERLÄUTERUNGEN UND HINTERGRÜNDE ZU THEMEN WIE „DROGEN“ UND „DROGENKONSUM“** und Informationen zu **RECHTLICHEN BEDINGUNGEN DER PFLEGE** drogenkonsumierender Menschen. Des weiteren **KOMMUNIKATIONSTHEORETISCHEN GRUNDLAGEN**, der Gestaltung von Betreuungskontakten und zu weiteren **PRAXISRELEVANTEN ASPEKTEN** in der Pflege.

Das Handbuch ist eine umfassende Themensammlung; die Toolbox-Texte sind eher eine stark zusammenfassende Auflistung der im Handbuch behandelten Themen. Der schnelle Blick in die Toolbox kann als Gedächtnisstütze im Alltag oder auch als Anregung zu einer weitergehenden Beschäftigung mit den erwähnten Themen herhalten.

Die in Toolbox und Handbuch angebotenen Texte, Meinungen, Darstellungen und drogenpolitischen Positionierungen entsprechen dem „Leitbild“ der Drogenberatung e.V. Bielefeld.

Bielefeld, im Juni 2019

Leitfaden

Geschlechtsspezifische Unterschiede

UNTERSCHIEDE IM ABHÄNGIGKEITSVERHALTEN

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 Codein haltige Medikamente.

Bei den Verhaltenssuchten ist eine ähnliche Differenzierung sichtbar. Bei den Frauen dominiert die Kaufsucht und bei den Männern die Glücksspielsucht.

Abhängigkeitserkrankte Frauen werden gesellschaftlich stärker stigmatisiert als abhängigkeitserkrankte Männer.

Bei Männern ist die Rückfallquote wesentlich höher als bei Frauen.

Frauen konsumieren geringere Dosen als Männer, entwickeln jedoch eher eine Abhängigkeit. Körperliche Schädigungen treten vorzeitiger auf, als bei Männern (z.B. Schädigungen von Herz und Leber).

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.

Frauen sind in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen häufiger Opfer von Gewalt.

Viele Konsumentinnen illegalisierter Drogen finanzieren ihren Suchtmittelbedarf im Verlauf ihrer Abhängigkeit durch Prostitution. Auch in diesem Zusammenhang werden Frauen häufig Opfer von Gewalt und überschreiten ihre psychischen und physischen Grenzen.

Frauen neigen eher zu selbstverletzenden Verhaltensweisen und nehmen häufig immer wieder die Opferrolle ein.

Die unterschiedlichen Themen und Traumata sind oft mit einer großen Scham besetzt und benötigen eine sensible und parteiliche Beratung.

Für Männer mit einer Abhängigkeits-erkrankung sind häufig ganz andere Themen relevant. Viele Männer haben

zwar Kinder, leben aber getrennt von ihnen. Häufig besteht kein verbindlicher Kontakt zu der Familie.

Männer mit einer Abhängigkeit von illegalisierten Drogen werden häufiger inhaftiert und haben im Schnitt eine Haftzeit von fünf Jahren.

Auch Männer werden in ihrer Kindheit und Jugendzeit natürlich Opfer von Gewalt und Missbrauch.

Männer werden eher zu „Tätern“, die durch Gewalttaten und andere kriminelle Aktivitäten auffällig werden.

Für Männer gibt es auch viele Themen und Traumata die tabuisiert sind und die aus diesem Grund einer männerspezifische Beratung bedürfen.

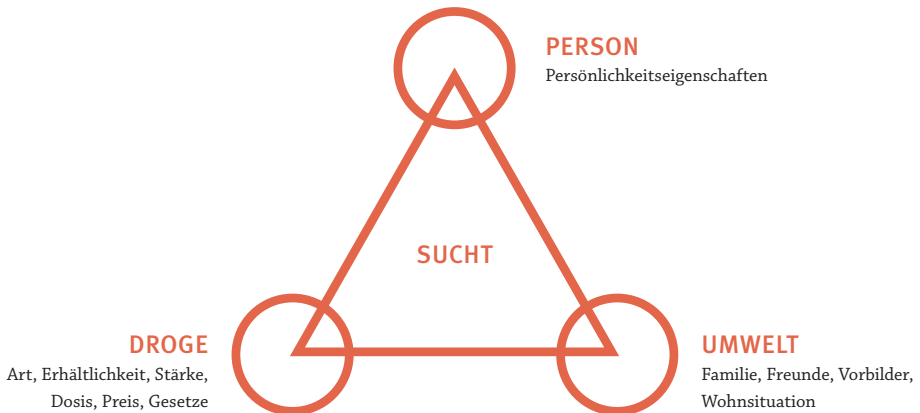
Bestehende traditionelle Muster- und Geschlechterrollenzuschreibungen führen dazu, dass bei Männern oft viel später eine psychiatrische Diagnostik erfolgt als bei Frauen. Dadurch erhalten Männer auch heute noch seltener oder später eine angemessene medizinische Versorgung.

Suchtentstehung

SUCHTENTSTEHUNG ist ein länger dauernder Prozess, mit unterschiedlichsten Ursachen, Bedingungen, Risiko- und **ENTSTEHUNGSFAKTOREN**. Hierbei beeinflussen sich **PERSONENBEZOGENE ASPEKTE**, **SOZIALES UMFELD** sowie **UMWELTFAKTOREN** und die **WIRKUNGSWEISE** der jeweiligen Droge gegenseitig.

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 SUCHTDREIECK



Erklärungsansätze der Suchtentstehung

Nach dem **PSYCHOANALYTISCHEN ERKLÄRUNGSMODELL** liegt die Grundlage süchtigen Verhaltens in der präödpalen Phase. Das Kind ist hier 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 zur Mutter wird aufgelöst. Treten in dieser Phase tiefgreifende Störungen bei der Befriedigung 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 von Drogen wird versucht, diese unangenehmen Affekte und Gefühle zu betäuben und den Schmerz zu lindern.

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.

LERNEN AM MODELL geschieht z.B. wenn Kinder Verhaltensweisen ihrer Eltern übernehmen und das nachmachen, was diese ihnen vorleben. 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.

SYSTEMISCHE ANSÄTZE sehen die Ursachen einer Suchtentwicklung in gemeinsam gelebten Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen. Die Dynamik und die Beziehung zwischen den Mitgliedern eines Systems (wie etwa: Familie) stehen hier im Mittelpunkt. 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 einzelne Menschen immer schwieriger, sich zurechtzufinden. Werte, wie Leistung und Wettbewerb, die unsere Gesellschaft prägen, stellen hohe Anforderungen an den Einzelnen und können die Entwicklung süchtigen Verhaltens fördern. Menschen werden immer häufiger nach Marktkriterien beurteilt. Ihr Wert wird nach ihrer sozialen Lage, ihrem Bildungsabschluss und dem beruflichen Werdegang beurteilt. Wird der gesellschaftliche Druck zu hoch, kann es zu Identitätsproblemen kommen und zu resignativem Rückzug führen. Den massiven gesellschaftlichen Anforderungen wird dann nicht selten mit dem Konsum von Substanzen begegnet.

Harm Reduction (Risikominimierung)

Harm Reduction oder Schadensminimierung ist ein Konzept zur Reduzierung gesundheitlicher und sozialer Schädigungen durch den Drogenkonsum. Dabei geht es nicht primär um Abstinenz, sondern um **RISIKOMINIMIERUNG** und die Sicherung des **ÜBERLEBENS**. Über einen niedrighschwelligen Zugang können Drogengebrauchende Hilfestellungen ohne besondere Vorbedingungen bekommen. Die Angebote von Harm Reduction entsprechen den Bedürfnissen der Betroffenen und sind abhängig von ihrer individuellen Lebenslage. Auf Druck zur sofortigen Verhaltensänderung als „Gegenleistung“ oder Voraussetzung für etwaige Hilfe wird verzichtet. Im Gegensatz zu früheren Hilfsangeboten werden heute flexible Versorgungsstrukturen mit niedrighschwelligen Angeboten, fließenden Übergängen, wohnortnahen Einrichtungen sowie tagesklinischer und ambulanter Behandlung und Rehabilitation bevorzugt.

Harm Reduction ist gleichzeitig auch ein **POLITISCHER ANSATZ** und befasst sich mit nationalen und internationalen Gesetzgebungen und der Drogenpolitik. Durch eine restriktive Gesetzgebung, Kriminalisierung und Diskriminierung werden gesundheitliche Risiken und Schäden der Drogeneinnahme deutlich verschärft. Harm Reduction, Niedrighschwelligkeit und Akzeptanz sind untrennbar mit einander verbunden.

METHODEN UND WERKZEUGE SCHADENBEGRENZENDER MASSNAHMEN

FÖRDERUNG VON SAFER USE/SICHEREM KONSUM UND DER KÖRPERLICHEN GESUNDHEIT DURCH:

- Spritzenvergabe, Kondomvergabe
- Förderung des inhalativen Konsums (als Gegensatz zum IV-Konsum/Spritzen) und des hygienischen IV Konsums (Benutzung von saubereren Spritzen, Spritzhygiene)
- Substitutionsbehandlung (Methadonverschreibung)
- Beratungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der konsumierten Substanzen, Drogenscreening/Qualitätskontrollen, Informationen über Impfprogramme und Angebote ärztlicher Untersuchung und Betreuung.

PSYCHOSOZIALE ANGEBOTE/ANSÄTZE WIE:

- Verhinderung von Wohnungslosigkeit
- Förderung sozialer Stabilisierung
- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Re-Integration in Arbeit und Beruf
- Verbesserung der Health Literacy und des Zuganges zu medizinischer Versorgung
- Essensausgabe und weitergehende Beratungen zu strafrechtlichen und sozialen Fragen.

ÜBERGREIFENDE GESELLSCHAFTSPOLITISCHE ANSÄTZE:

- Entkriminalisierung und Veränderung der aktuellen Gesetzeslage
- Erleichterung des Zugangs zu schadensminimierenden Maßnahmen

Leitfaden

zu den unterschiedlichen Konsummustern

WICHTIGE ASPEKTE ZU DEN UNTERSCHIEDLICHEN KONSUMMUSTERN

Bei bestehendem Konsum sollten die Betroffenen Informationen zu weniger gesundheitsschädlichen Konsumformen erhalten, d.h.:

- Cannabis sollte, wenn möglich nicht geraucht, sondern mit einem Vaporisator verdampft werden. Alternative Konsumformen wären die Zubereitung als Tee oder als Gebäck.
- Bei Heroin ist der inhalative Konsum zu bevorzugen.
- Ein kontrollierter Konsum wirkt ebenfalls förderlich auf die Gesundheit.

Allerdings muss immer berücksichtigt werden, dass jede Form von Konsum zu akuten Problemen führen kann. Auch bei einem einmaligen Konsum von Heroin oder Kokain kann es, durch Schwankungen in der Zusammensetzung des Stoffes, zu Überdosierungen kommen. In einem solchen Fall ist zu klären und als relevante Info für den Notarzt/die Notärztin bereitzuhalten, um welche Substanz es sich handelt. Bei Heroin gäbe es in diesem Fall die Möglichkeit Naloxon zu verabreichen, welches die Wirkung des Opiats kurzfristig aufhebt. Naloxon sollte von daher immer griffbereit und die Handhabung des Medikamentes bekannt sein. Bei Überdosierungen ist das Hinzuziehen eines Notarztes/einer Notärztin in jedem Fall erforderlich. Ansonsten gilt immer: Vitalfunktionen prüfen und die normalen Erste-Hilfe-Maßnahmen ergreifen.

Konsummuster (1/3)

Man kann legale oder illegale Drogen in vielfacher Weise zu sich nehmen. Hierbei spielen Faktoren wie persönliche Präferenz, konsumierte Menge, Häufigkeit des Konsums, Einbettung in den Alltag und natürlich 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 Heranwachsende/er.“ Dies kann der erste 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/oder in der Clique statt. Es geht dabei oftmals um das Zugehörigkeitsgefühl, oder um die Neugier verbotene Dinge auszuprobieren und um Grenzen auszutesten.

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

Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass eine solche Entscheidung eine biographische Normalität darstellt und mitnichten zwangsläufig in eine wie auch immer geartete „Drogenkarriere“ führt.

Um den Umstand zu berücksichtigen, dass es **DIE EINE** Ausprägung des Konsums **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

Hierbei spielt weder die Art der konsumierten Substanz, noch die Form der Applikation eine größere Rolle; entscheidend sind die Auswirkungen und die Folgen des Konsums.

Konsummuster (2/3)

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 unproblematische, nicht zwanghafte Gewohnheit. Eine psychosoziale, allgemeinmedizinische und/oder psychiatrische Abklärung ergeben keine Hinweise auf Störungen im körperlichen, psychischen und/oder sozialen Bereich, die durch den Substanzkonsum verursacht wären.

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.

Der Konsum hat auch keine oder kaum nennenswerten negativen Auswirkungen auf das soziale Umfeld der konsumierenden Person.

Die negativen Auswirkungen für die eigene psychische und körperliche Gesundheit sind gering.

PROBLEMATISCHER KONSUM

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

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

- Nachweis, dass der Substanzgebrauch ursächlich für auffällige soziale, körperliche und/oder psychische Probleme ist
- Die Art der Schädigung muss klar benennbar sein
- 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
- Tendenzieller Kontrollverlust mit einhergehendem zwanghaftem Konsum
- Massiv schädlicher Gebrauch

Konsummuster (3/3)

HOCHRISIKO-KONSUM

- Unkontrollierter Konsum, keine Kontrolle über Zunahme der konsumierten Menge
- Zunehmender Konsum bewirkt Zunahme von Begleiterkrankungen
- Massive Zunahme von körperlichen, gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemlagen
- Gefahr von Überdosierungen
- Hohes Infektionsrisiko
- Destruktives Verhalten
- Problemlagen spitzen sich rasch zu, die Gefahr eines „Katastrophenverlaufes“ und lebensgefährdender Situationen wächst.

ÜBERDOSIERUNG BZW. AKUTE INTOXIKATION

- Deutliche körperliche Störungen wie z.B. Atemstillstand, Bewusstlosigkeit, Erbrechen
- Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten
- Störungen weiterer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Alle Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den pharmakologischen Wirkungen der konsumierten Substanz(en)

Probleme von Opioidkonsument*innen, Folgen langjähriger Opioidkonsums

Bei langjährigem Konsum erleiden viele ältere Konsumenten*innen nicht nur unmittelbare Probleme durch den Substanzgebrauch. Häufig kommen körperliche und psychische Erkrankungen sowie soziale Probleme hinzu. Bei älteren Konsumenten*innen von Opioiden werden Erkrankungen und Gesundheitszustände festgestellt, **DIE SONST TYPISCHERWEISE ERST BIS ZU 20 JAHRE SPÄTER** auftreten würden. Gerade durch den langjährigen Konsum von (unreinen) Opioiden sind die Gesundheitsprobleme gravierend und die sozialen Lebenslagen oftmals desolat.

Die physischen Erkrankungen und Begleiterscheinungen stehen nicht ursächlich im Zusammenhang mit der körperlichen Abhängigkeit, die bei langjährigem Opioidkonsum auftreten. Sie werden in erster Linie verursacht durch die Kriminalisierung, die in der Folge verunreinigtes Straßenheroin und lebensbedrohliche „Konsumbedingungen“ (needle sharing, verunreinigte Spritzen, fehlende Ruhe für „vernünftigen“ Konsum etc.) mit sich bringt. Vgl. auch HIV/Hep. C, Abszesse etc.

■ HÄUFIGE KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN:

- Bei intravenös Konsumierenden: Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C. Das Risiko einer Neuinfektion steigt mit dem Alter. Bei 42,2 % liegt eine chronische Erkrankung vor
- Organschädigungen wie Leber- und Lungenerkrankungen, Durchblutungsstörungen, Hypertonie und Nierenfunktionsstörungen. Außerdem Krebserkrankungen, Schädigungen der Blutgefäße sowie Abszesse und Thrombosen
- vorzeitig und plötzlich auftretende beschleunigte Alterungsprozesse. Auch: altersbedingte Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose und Altersdemenzen. Schon ab 40 Jahren kann eine Pflegebedürftigkeit vorliegen
- Zahnerkrankungen bis hin zu vollständigem Zahnverlust.

■ HÄUFIGE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN:

- Abhängiger Konsum unterschiedlicher Drogen, Alkohol, Tabak und Medikamente
- Emotionale Störungen (Angstzustände oder Depressionen) sowie schizophrene Erkrankungen treten bei langjährig Konsumierenden mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen häufig auf. Auch Persönlichkeitsstörungen können Begleiterscheinungen des Drogenkonsums sein.

■ SOZIALE PROBLEMLAGEN:

- Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen, Gewöhnung an Verhaltensmuster der illegalen Geldbeschaffung für den Drogenerwerb
- Verlust von Bezugs- und Vertrauenspersonen wie früheren Freunden/innen, der Familie, aber auch der eigenen Kinder. Vermehrt nur noch Kontakte in der Drogenszene
- Soziale Isolierung, Vereinsamung und finanzielle Probleme
- Schäden durch Kriminalisierung und Inhaftierung. Weitere Kriminalität, „Knast- und Verbrecherkarrieren“.

Sucht- und Rauschmittel

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 Sucht-/Rauschmitteln entwickelt. Heute unterscheidet man zunächst einmal zwischen legalen und illegalen Substanzen. Zu den legalen Substanzen zählen Nikotin, Alkohol, verschiedene Medikamente, Koffein, Lösungsmittel – also jene Stoffe, deren Besitz, Handel oder Konsum nicht strafbar ist.

Genauso wie die illegalen Mittel kann ein regelmäßiger Konsum von **LEGALEN** Stoffen eine Abhängigkeit hervorrufen. Eine Abhängigkeit kann bleibende körperliche Schäden verursachen: So kann übermäßiger Alkoholkonsum zu Leberschäden und Nikotinkonsum zu Lungenkrebs führen.

Die Erklärung, warum manche Substanzen legal, manche illegal sind, ist **NICHT IN DEREN GEFAHRENPOTENZIAL** oder in negativen oder positiven Wirkungen der jeweiligen Substanzen begründet.

Zu den am weitesten verbreiteten **ILLEGALEN** Drogenarten gehören Cannabis (eingeschränkt illegal, s. u. Cannabis), Heroin, Kokain und Ecstasy. Einige dieser Stoffe 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. Cannabis wirkt beruhigend, stärkt das Selbstbewusstsein, kann aber auch zu Zurückgezogenheit führen und Depressionen auslösen.

Ein häufiger und regelmäßiger Konsum von legalen oder illegalen Suchtmitteln kann zu einer Fehleinschätzung der Realität führen.

Amphetamine

(Speed, PEP)

Amphetamin, als (Rauschgift unter) Speed oder Pep bekannt, wurde erstmals 1887 synthetisiert. 1910 erkannte man die **CHEMISCHE ÄHNLICHKEIT MIT DEM ADRENALIN**. Ende der 1920er Jahre wurde die psychische Wirkung des Stoffes erkannt, der nun das natürlich vorkommende Ephedrin ablösen sollte. In den 1930er Jahren hielten sich amerikanische Studenten damit wach, im 2. Weltkrieg wurde es Soldaten verabreicht, um sie aufmerksam und aggressiv zu halten. Schon 1941 wurde es in Deutschland als Suchtmittel klassifiziert und entsprechend im Reichsopiumgesetz erwähnt. Gleichzeitig wurden Amphetamine weltweit im Arzneimittelsektor zum Beispiel als Mittel gegen Erkältungen, Depressionen, Parkinson, Impotenz eingesetzt. Seit den 1950er Jahren beobachtete man eine Häufung des Missbrauchs der Amphetamine sowie der illegalen Herstellung. Seit den 1970er Jahren sind sie genehmigungspflichtig, werden aber weiterhin medizinisch genutzt. Als Droge wirken Amphetamine durch die Stimulation des Sympathikus (ebenso wie Adrenalin) hochmotivierend. Die erhöhte Bereitschaft zur Aggression und übersteigerte Selbstsicherheit können zu unüberlegtem Handeln führen. Längerfristig und in überhöhten Dosen eingenommen, können Psychosen und paranoide Wahnvorstellungen ausgelöst werden. Auch können Gewichts- und Potenzverlust eintreten.

Benzodiazepine

(Gruppe psychoaktiver Medikamente)

Die Einnahme von Benzodiazepinen ist **NEBEN ALKOHOLKONSUM DER HÄUFIGSTE BEIKONSUM** bei einer bestehenden Substitution, bzw. **DER HÄUFIGSTE MISCHKONSUM BEI ALKOHOLKONSUM UND BEI DEM GEBRAUCH VON ILLEGALEN DROGEN**. Benzodiazepine werden entweder aus therapeutische Gründen durch den Arzt/Ärztin verordnet oder über Bezugsquellen in der Szene besorgt.

Die Tabletten werden in der Regel **ORAL EINGENOMMEN**. Gelegentlich werden sie aufgelöst und gespritzt oder nasal konsumiert („gesnieft“).

Plötzliches Absetzen von Benzodiazepinen führt zu einem Rebound-Effekt: Beschwerden, gegen die die Benzodiazepine angewendet wurden (Ruhelosigkeit, Schlafstörungen) treten verstärkt auf (physische Abhängigkeit). Auch besteht die Gefahr, dass die Substanz zwanghaft konsumiert wird, um negativ empfundene Befindlichkeitsveränderungen zu dämpfen (psychische Abhängigkeit). Bei Mischkonsum mit anderen Substanzen (Schlafmittel, Heroin, Methadon, Polamidon und Alkohol) ist die Gefahr der gegenseitigen Wirkungsverstärkung bis hin zu Überdosierung hoch.

Cannabinoide/Cannabis

Cannabinoide sind Stoffe, die in zwei Kategorien eingeteilt werden können: Einerseits sind Cannabinoide körpereigen, andererseits können sie dem Körper zugeführt werden. Es handelt sich hier um Stoffe, die weltweit als Medikament bei Autoimmunerkrankungen, Depressionen, Krebs, Asthma, Epilepsie, Glaukom, Schmerzen, Bewegungsstörungen, Spastik, Appetitlosigkeit bzw. Abmagerungen, Erbrechen und Übelkeit genutzt werden, ... aber eben auch zu Rauschzwecken konsumiert werden. Nicht überall in der Welt hat sich der medizinische Einsatz der Cannabinoide durchgesetzt; so ist derzeit (Stand: 2018) z. B. die medizinische Abgabe von Marihuana nur in 13 Staaten der USA erlaubt.

Cannabis gehört zur Familie der Hanfgewächse. Es handelt sich dabei um eine Pflanze, die mehr unterschiedliche Cannabinoide als jede andere Pflanze enthält. Bereits seit mehr als 3.000 Jahren wird sie (beginnend in China) als Heilmittel eingesetzt. Seit dem Verbot der Pflanze in den USA 1937 sind Begriffe wie Cannabis, Hanf, Marihuana usw. in der westlichen Welt oft negativ besetzt. Gegenwärtig gilt jedoch als gesichert, dass psychische Abhängigkeit durch den Konsum von Cannabisprodukten allenfalls im Pubertäts-, jedoch kaum noch im Erwachsenenalter geprägt wird.

Der „Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin“ hat sich deshalb die Verbreitung und Vertiefung medizinischen Fachwissens über und letztlich die Legalisierung von Cannabis zum Ziel gesetzt.

Cannabis wurde und wird in verschiedenen Kulturkreisen seit Jahrhunderten in unterschiedlichen Formen konsumiert. In Deutschland erlangten Cannabis Produkte ihre zunehmende Bedeutung während der 1960er Jahre und Folgejahrzehnte.

Zu Rauschzwecken eingesetzte Sorten sollen den psychoaktiven Hauptwirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) in möglichst hohen Dosierungen enthalten. Der Hauptwirkstoff THC hat psychische und physische Auswirkungen.

Es gibt unterschiedliche Cannabisprodukte mit verschiedenem THC-Gehalt: Marihuana, Haschisch und Haschischöl.

Seit Januar 2017 ist die Verschreibung von Cannabisprodukten zur medizinischen Behandlung bei schwerwiegenden Erkrankungen in der BRD gesetzlich geregelt.

■ 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 werden sie in Getränken (z.B. in Tee, Kakao) oder Nahrungsmitteln (z.B. in Keksen, Joghurt) zubereitet. Der Dauerkonsum von Cannabis kann bereits vorhandene Depressionen oder depressive Symptome verstärken, ruft diese jedoch nicht zwingend hervor.

Die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit von Cannabis ist möglich. Wird Cannabis gleichzeitig mit anderen Substanzen wie Tabak, Alkohol, Kokain, Amphetamine oder Halluzinogene konsumiert, führt dies zu einer stärkeren Belastung für die Drogengebraucher*innen. Die Wirkung von Cannabis ist abhängig vom Wirkstoffgehalt und Zusammensetzung, sowie von der Konstitution der Drogengebraucher*innen.

Crack

(Szenenamen: Steine, Cracker, Rocks)

CRACK IST MIT BACKPULVER BASISCH FREIGESETZTES KOKAIN (vgl. Kokain). Durch seine 80- bis 100-prozentige Reinheit ist es gefährlicher als „normales“ Kokain. Crack sieht aus wie kleine weiße bis hellgelbe (manchmal auch zart pinke) Steinchen (Rocks) und variiert von Sandkorn- bis zu Kieselsteingröße. Durch seine starke, aber kurze Wirkung und das darauffolgende Tief ist das psychische und körperliche Abhängigkeitspotential von Crack höher als bei vielen anderen Drogenarten.

CRACK WIRD GERAUCHT, wobei ein knackendes Geräusch entsteht. Daher auch der Name. Crack wird durch die Lunge relativ schnell aufgenommen (schneller als Kokain beim Sniefen) und wirkt deshalb innerhalb von wenigen Sekunden. Die Wirkung hält lediglich 5 bis 15 Minuten an, was zu einem starken Verlangen nach einem neuen Rausch führt (hochgradige psychische Abhängigkeit).

Crack hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin in die Nervenzellen im Gehirn. Dadurch erhöht sich die Menge dieses Botenstoffes in den Synapsen. Crack wirkt entängstigend und erhöht die Kontaktfähigkeit. Der Konsument*in fühlt sich euphorisch und voller Energie. Denkabläufe verlaufen schneller, eine Hebung der Sexualität, des Selbstwertgefühls (Selbstüberschätzung/Größenwahn) und der Stimmung sind zu beobachten. Akustische und (seltener) optische Sinnestäuschungen treten auf. Das Hungergefühl ist gedämpft.

Nach der aufputschenden Wirkung ist man niedergeschlagen, depressiv, manchmal auch gereizt und aggressiv. Bei entsprechend vorbelasteten Personen ist die Verstärkung von Selbstmordgedanken und die Neigung zu Gewalttätigkeit zu

beobachten. Dies soll unter Einfluss von Crack deutlich höher sein, als bei anderen Drogen. Bei akuter Drogen-Wirkung kann es zu Verfolgungswahn und deutlichen Angstzuständen kommen.

Crack wird fast vollständig in der Leber abgebaut, ein Teil der Droge wird über die Niere ausgeschieden. Zirka ein bis vier Prozent der Droge werden unverändert im Urin ausgeschieden. Der Entzug von Crack ist recht anstrengend, körperlich belastend und kann tagelang dauern. Dies führt häufig zum Abbruch der Entgiftung.

Während des Rausches und bei höheren Dosen können sich folgende Symptome zeigen: Angstzustände, Psychosen, Herzrasen, Pupillenerweiterung, Blässe, Krampfanfälle, Koordinationsstörungen, Blutdruckerhöhung, Erhöhung der Körpertemperatur, Störungen der Herzfunktion bis hin zu Herzversagen, Hirnödeme, Schlaganfälle mit halbseitigen Lähmungen.

Nach längerem Konsum wurden neben körperlichen Wirkungen (etwa Abmagerung und Appetitlosigkeit) auch Verzweiflung und Psychosen beobachtet.

Leber, Herz und Gehirn werden häufig in Mitleidenschaft gezogen. Infarkte und Krampfanfälle sind nicht selten. Auch bei sporadischen Gebrauch sind tödliche Komplikationen nicht auszuschließen!

Ecstasy

(MDMA)

Der Wirkstoff MDMA war in den 1980er Jahren gleich zu setzen mit dem Namen **ECSTASY** und zählt zu der Gruppe der **AMPHETAMINE**. In den Köpfen der Konsumenten*innen besteht diese Verbindung noch bis heute.

Tatsächlich werden aber seit den 1990er Jahren Pillen gehandelt, die wenig bis gar kein MDMA enthalten. Die Hälfte der untersuchten Pillen enthalten andere Inhaltsstoffe, wie zum Beispiel Amphetamin, met-chlorphenylpiperazin (mCPP) oder para-Methoxy-N-methylamphetamin (PMMA). Viele dieser Tabletten haben eine ganz eigene Form und Farbe und jede Sorte hat eine eigene Bezeichnung. Der Preis pro Pille liegt bei zirka 5 – 17 Euro.

Deutlich zu unterscheiden von Ecstasy ist die Substanz Herbal Ecstasy. Diese besteht aus einer Mischung aus Guarana, Coffein, und Ephedra.

Außerdem werden heute häufiger MDMA-Kristalle gehandelt, mit denen eine höhere Qualität verbunden wird. Der Szenename für diese Substanz ist M oder Emma. Der Preis liegt bei zirka 50 Euro pro Gramm.

WÄHREND ECSTASY GESCHLUCKT WIRD, WIRD DER REINE WIRKSTOFF MDMA IN WASSER AUFGELÖST UND GETRUNKEN, nasal konsumiert oder in Zigarettenpapier eingewickelt und geschluckt. MDMA setzt im Körper die Stoffe Serotonin und Noradrenalin frei. Der erhöhte Spiegel dieser Botenstoffe sorgt dafür, dass der/die Konsument*innen ihre Stimmungslage innerhalb von Sekunden verändern können. Das Mitteilungsbedürfnis wird gesteigert und die Kontaktaufnahme fällt den Konsument*innen leichter. Musik und Sex werden stärker empfunden. Hunger, Durst

und Schmerzempfinden werden verringert; Puls, Blutdruck und Körpertemperatur sind nach der Einnahme (z.T. stark) erhöht. Die Atemfrequenz wird gesteigert.

Als negative Nebeneffekte können Panikattacken, Halluzinationen und eine gesteigerte Aggressivität auftreten. Diese Effekte können sich auch noch einige Tage nach der Einnahme einstellen.

Heroin

Heroin gehört zur Gruppe der Opiode und **WIRD AUS ROHOPIUM HERGESTELLT**, dem eingetrockneten Milchsaft des Schlafmohns. Heroin wird als weißes, cremefarbenes, graues oder bräunliches Pulver auf dem Schwarzmarkt gehandelt und enthält meist reichlich Streckstoffe, die unerwünschte, gesundheitsschädliche und teilweise auch lebensgefährliche Nebenwirkungen haben.

Der **REINHEITSGRAD** des Straßenheroins schwankt in Deutschland **ZWISCHEN 3 % UND 60 %** (selten).

Heroin **KANN GESNIEFT (NASAL), INHALIERT („BLECH RAUCHEN“)** ODER **INTRAVENÖS INJIZIERT** werden. Seltener wird es unter die Haut oder in die Muskeln gespritzt oder rektal appliziert.

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 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 und somit im Gehirn weniger stark wirkt. 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.

■ 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. Naloxon wirkt nur sehr kurz und nach nochmaligem Konsum von Heroin kann eine Überdosierung erneut auftreten!

Häufiger Konsum von Heroin über einen längeren Zeitraum kann zu Verstopfungen führen und eine Abnahme der Libido bewirken. Verunreinigtes Heroin kann Organschädigungen verursachen.

Die Entwicklung einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit von Heroin ist möglich/wahrscheinlich.

Beim abrupten Absetzen des Heroins können Entzugserscheinungen wie starke innere Unruhe, Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Delirium, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, vorübergehende Bewusstlosigkeit, starke psychische Labilität oder depressive Verstimmungen auftreten. Diese Entzugserscheinungen sind aber 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). Das psychische Verlangen nach der Substanzwirkung kann auch nach längeren Abstinenzphasen wieder auftreten.

Kokain

Kokain entstammt dem Coca-Strauch. Das weiße Pulver, **ZUMEIST DURCH DIE NASE GESCHNUPFT (GESNIEFT)**, wird chemisch gewonnen. Das Alkaloid Kokain wird hierbei aus den Blättern des Kokastrauches extrahiert und in einen pulverartigen Stoff (Kokain-Hydrochlorid) umgewandelt. Anbaugbiet der Kokapflanze ist hauptsächlich Südamerika.

Der Konsum führt zu einer gehobenen Stimmung, besserem Selbstwertgefühl, Steigerung des sexuellen Verlangens und zu Leistungssteigerung. Hungergefühle werden unterdrückt. Die Wirkung tritt nach kurzer Zeit ein und kann bis zu 60 Minuten dauern.

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts wurde Kokain in der Medizin als lokales Anästhetikum oder gegen Kopfschmerzen und Müdigkeit eingesetzt. Später wurde es aufgrund des hohen Suchtpotenzials verboten. Dennoch etablierte sich Kokain weltweit zu einer der beliebtesten Drogen. Beim Schnupfen, der üblichen Konsumform, tritt die Wirkung nach zwei bis drei Minuten ein und hält bis zu einer Stunde an. Es kann jedoch auch gespritzt oder geraucht werden. Das Rauchen oder Spritzen bewirkt einen noch schneller eintretenden, stärkeren, jedoch kürzer anhaltenden euphorischen „Kick“. Es wirkt im zentralen Nervensystem und erhöht die Ausschüttung der körpereigenen Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin. Gleichzeitig wird deren Wiederaufnahme in die Nervenzelle verhindert.

Dies bewirkt eine extreme Stimulation des Nervensystems, die sich durch eine erhöhte Pulsfrequenz, Redseligkeit, eine verstärkte Atmung sowie eine Erweiterung der Pupillen bemerkbar macht. Nach Abklingen dieser Euphorie, kommt oft zu depressiven Verstimmungen, die zum erneuten Konsum der Droge führen können.

Metamphetamin

(Crystal)

Metamphetamin unterdrückt Schmerz, Hungergefühl und Müdigkeit. Es verleiht für kurze Zeit ein Gefühl von Stärke und Selbstvertrauen und vermittelt den Konsument*innen das Gefühl, **SIE „BEFÄNDEN SICH AUF DER ÜBERHOLSPUR“**. Die Nebenwirkungen sind beträchtlich: Metamphetamin kann Paranoia, Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen als Folge von Schlafentzug oder bei entsprechender Vorgeschichte verursachen. Häufiger Konsum führt zu einer Gewöhnung - die Wirkung lässt über die Zeit nach, wodurch Abhängige ihre Dosierung erhöhen - bei gleichzeitiger Erhöhung der Nebenwirkungen. Metamphetamin ist in Deutschland nicht zur Verschreibung zugelassen. Das letzte zugelassene Mittel mit diesem Inhaltsstoff, Pervitin (zum Unterdrücken von Müdigkeit), wurde hier zu Lande bereits im Jahre 1988 vom Markt genommen. Metamphetamin führt zu Wegfall des Hunger- und Durstgefühls und einer Minderung der sexuellen Leistungsfähigkeit/des Sexualtriebs.

Die berauschende Wirkung hält ca. 10 – 12 Stunden an, gefolgt von starker Erschöpfung.

Der Bedarf für den illegalen Markt in Deutschland wird vorwiegend mit in osteuropäischen Ländern produziertem Metamphetamin gedeckt.

Morphin

Morphin zählt zu den Opioiden und gilt in der Medizin als **STÄRKSTES VERFÜGBARES SCHMERZMITTEL**. Es unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. Der Gebrauch und weiterer Umgang ohne schriftliche Erlaubnis oder Bescheinigung ärztlicherseits ist daher in jedem Fall strafbar. Morphin wirkt zentral, verhindert Schmerzweiterleitung und senkt das Schmerzempfinden der Patient*innen. Durch die direkte Einwirkung auf das Brechzentrum im Hirnstamm führt Morphin bei den ersten Einnahmen häufig zu Erbrechen und Übelkeit. Die Nebenwirkungen lassen nach einiger Zeit nach. Eine Morphinabhängigkeit kann sich schnell und unauffällig einstellen. Lebensgefährliche Nebenwirkungen sind Atemdepressionen bis hin zu Atemstillstand. Atemstillstand tritt häufig bei Überdosierung auf, da das Atemzentrum komplett gelähmt wird. Darüber hinaus können Depressionen, Blutdruckabfall und Apathie auftreten. Ferner verursacht Morphin Bewusstseinsstörungen, wie zum Beispiel Halluzinationen und kann bei zu häufigen und zu hohen Dosierungen zum Koma führen. Die Wirkungsdauer beträgt in der Regel zwischen zwei und vier Stunden.

Heroin hat eine ähnliche chemische Struktur wie Morphin, da es durch eine Umwandlung des Morphins gewonnen wird.

Neuroleptika

Neuroleptika sind psychotrope Medikamente die sedierend, antipsychotisch und psychomotorisch wirken. Sie werden in der Behandlung klinischer Psychosen **GEGEN PSYCHOTISCHE UND SCHIZOPHRENE SYMPTOME EINGESETZT** und können – vereinfacht ausgedrückt – auch als „Nervendämpfer“ bezeichnet werden. Sie werden sowohl akut als auch präventiv verabreicht. Wenngleich einige der neuroleptischen Wirkstoffe auch stimmungsaufhellend wirken, sind sie nicht mit Antidepressiva zu vergleichen. Sie wirken allesamt symptomatisch, das heißt, sie bewirken keine direkte Heilung, sondern bekämpfen Symptome. In einigen – meist akuten – Fällen jedoch, kann eine dauerhafte Symptombefreiheit mit einer Heilung in etwa gleichgestellt werden. Neuroleptika wirken auf die synaptische Übertragung im Gehirn, und können Wahnvorstellungen und Halluzinationen weitestgehend unterdrücken. Sie wirken sich nicht negativ auf die intellektuellen Fähigkeiten aus, können jedoch sedierend wirken. Je nach Potenz des Medikamentes kann auch eine Steigerung der Konzentrationsfähigkeit folgen. Als häufigste Nebenwirkung der Neuroleptika wird eine Bewegungsstörung beschrieben, die an die Parkinson-Krankheit erinnert. Auch Spasmen oder teilweise Lähmung der Gesichtsmuskeln können vorkommen. Darüber hinaus können sie vereinzelt negativ auf das emotionales Gleichgewicht, in Form von Depressionen und emotionaler Verarmung, wirken.

Neuroleptika sollten nicht in Kombination mit Alkohol, Kaffee und anderen koffeinhaltigen Lebensmitteln, oder gar mit Beruhigungsmitteln eingenommen werden.

Opioide

Opioide sind natürliche oder synthetische, dem Opium ähnliche, **SUBSTANZEN MIT MORPHINARTIGEN EIGENSCHAFTEN**. Körpereigene (endogene) Opiode übernehmen im Körper große Teile der Schmerzunterdrückung. Opiatähnliche Wirkstoffe finden daher hauptsächlich in der Schmerztherapie Anwendung. Des Weiteren wirken sie sich auf Sexualhormone aus, erzeugen Euphorie und wirken regulierend auf Körpertemperatur und Atmung. Die gewünschte schmerzunterdrückende Wirkung der Opioide wird begleitet von einer Reihe weiterer Wirkungen, die nur zum Teil erwünscht sind. Atemdepressionen können ebenso auftreten wie Übelkeit, Erbrechen und Spasmen des Darmtraktes. Besonders erwähnenswert ist die psychotrope Wirkung, wie sie bei allen Opiaten vorkommt. Sie ist sowohl sedierend als auch euphorisierend und kann gegen Angstzustände eingesetzt werden. Die psychotrope Wirkung kann allerdings auch gegenteilig sein und Halluzinationen auslösen und/oder das emotionale Empfinden erheblich stören. Die psychotrope Wirkung einiger Opioide ist auch der vornehmliche Grund für den Missbrauch dieser Substanz und verantwortlich für eine psychische Abhängigkeit. Wie bei allen Opiaten entwickelt der Körper eine Toleranz gegen die Substanz.

Bis auf zwei (Tramadol® und Tilidin®; Stufe II Opioid), unterliegen sämtliche Opiate dem Betäubungsmittelgesetz. Die generelle Verschreibungspflicht aller Opiate und opiumähnlicher Substanzen ergibt sich aus dem Arzneimittelgesetz.

Im Rahmen einer Intoxikation können Opioide ein Koma und den Tod hervorrufen.

■ FOLGEN LANGJÄHRIGEN OPIOIDKONSUMS

Bei langjährigem Konsum erleiden viele ältere Konsumenten*innen nicht nur unmittelbare Probleme durch den Substanzgebrauch. Häufig kommen körperliche und psychische Erkrankungen sowie soziale Probleme hinzu. Bei älteren Konsumenten*innen von Opioiden werden Erkrankungen und Gesundheitszustände festgestellt, die sonst typischerweise erst 20 Jahre später auftreten würden. Gerade durch den langjährigen Konsum von (unreinen) Opioiden/Heroin sind die Gesundheitsprobleme gravierend und die sozialen Lebenslagen oftmals desolat.

Die physischen Erkrankungen und Begleiterscheinungen stehen nicht ursächlich im Zusammenhang mit der Opiat-/Heroinabhängigkeit langjährig konsumierender Menschen. Sie werden in erster Linie verursacht durch Kriminalisierung, die in der Folge verunreinigtes Straßenheroin und lebensbedrohliche „Konsumbedingungen“ (needle sharing, verunreinigte Spritzen, fehlende Ruhe für „vernünftigen“ Konsum etc.) mit sich bringt. Vgl. auch HIV/Hep. C, Abszesse etc.

Psychopharmaka

Hinter dem ursprünglich griechischen Begriff „Psychopharmakon“ verbergen sich die Worte „Seele“ und „Arzneimittel“. Psychopharmaka sind Arzneimittel, die auf die Psyche von Patient*innen einwirken und vorwiegend zur Behandlung von neurologischen Krankheiten und psychischen Störungen eingesetzt werden. Sie beeinflussen das zentrale Nervensystem und damit die Stimmung, die Wahrnehmung und das gesamte Verhalten der Konsument*innen. Bei kurzzeitiger Einnahme können sie den Gebraucher*innen zu Ruhe und Gelassenheit verhelfen. Sie können aber auch dann bereits schwere Nebenfolgen und Spätfolgen nach sich ziehen. Psychopharmaka lassen sich in verschiedene Gruppen einteilen.

SO ZÄHLEN ZU IHNEN

- Antidepressiva, zur Behandlung von Depressionen
- Neuroleptika, zur Behandlung von Psychosen
- Tranquilizer, die angstlösend wirken
- Halluzinogene, die Veränderungen der akustischen und visuellen Wahrnehmung hervorrufen und
- Phasenprophylaktika, welche bei ganz bestimmten seelischen Erkrankungen verwendet werden

Alle oben aufgeführten Psychopharmaka können sehr schnell und meistens unbemerkt abhängig machen. Darüber hinaus können sie Schwindel, Krampfanfälle, Sehstörungen, Schlafstörungen, einen erhöhten Puls, unkontrollierbare Zuck-Bewegungen und Depressionen auslösen. Außerdem: Herzrhythmusstörungen und Kammerflimmern, die bis hin zu einem Herzstillstand führen können.

Rohypnol®

Rohypnol® ist der Markenname für das Präparat Flunitrazepam. Das Medikament gehört zur Gruppe der Benzodiazepine, ist dem Diazepam verwandt und **WIRD ALS BERUHIGUNGS- UND SCHLAFMITTEL EINGESETZT**. Aufgrund der starken Wirkung ist es verschreibungspflichtig und sollte nur unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden. Die beruhigende Wirkung ist sehr ausgeprägt und tritt bereits 15 bis 20 Minuten nach der Einnahme ein. Auch bei bestimmungsmäßigem Gebrauch besteht bereits nach kurzer Zeit die Gefahr der Abhängigkeit. Bei einer Überdosierung sind die Gefahren der Sucht deutlich verstärkt. Autofahren oder das Bedienen von Maschinen sollte während der Behandlung bis 24 Stunden nach der letzten Einnahme unterlassen werden, da die Reaktionsfähigkeit eingeschränkt wird. In Verbindung mit Alkohol oder opioidhaltigen Schmerzmitteln kann ein Gedächtnisverlust auftreten. Rohypnol ist ein äußerst wirksames Beruhigungsmittel, das direkt auf das Zentralnervensystem einwirkt. Es wird auch als Heroinersatzstoff konsumiert und fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Besonders bei Kindern und älteren Patient*innen können bei Einnahme von Rohypnol gegenteilige Effekte auftreten. Wie bei allen Medikamenten dieser Art sollte eine dauernde ärztliche Kontrolle eine Selbstverständlichkeit sein.

Valium

(*Diazepam*[®])

Valium ist ein Medikament **MIT ANGSTLÖSENDER UND SEDIERENDER WIRKUNG** aus der Gruppe der Tranquilizer. Diese Gruppe der Psychopharmaka wirkt entspannend, muskelrelaxierend, teils hypnotisch und auch antiepileptisch. Valium **GILT WELTWEIT ALS EINES DER UNENTBEHRLICHSTEN MEDIKAMENTE**, wobei Valium nur der Handelsname für den Wirkstoff Diazepam darstellt. Diazepam hat eine Halbwertszeit von 24-48 Stunden, mit reiner Wirkdauer von max. 30 Minuten. Valium wird deshalb häufig akut verabreicht z.B. bei akuten Anfällen von Erregung, Angstzuständen, Panikattacken, gelegentlich auch gegen epileptische Anfälle. Darüber hinaus findet ebenfalls eine medikamentöse Behandlung vor Operationen und anderen, diagnostischen, Eingriffen statt, etwa gegen Klaustrophobie in Verbindung mit einer Computertomographie. Die Anwendung von Valium sollte so kurz wie möglich andauern (max. 6 Wochen), da sein Suchtpotenzial recht hoch ist. Eine strenge ärztliche Kontrolle ist unerlässlich, da es auch bei Medikamenten dieser Wirkungsklasse zu paradoxen Reaktionen kommen kann (Wutausbrüche, Angstzustände, Halluzinationen, Alpträume, Psychosen). Eine gleichzeitige Einnahme von Neuroleptika, Alkohol, Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln oder psychotropen Substanzen, ist zu vermeiden. Valium ist verschreibungspflichtig und fällt sowohl unter das Betäubungsmittel- als auch unter das Arzneimittelgesetz. Bei einer Langzeittherapie und/oder Missbrauch des Medikaments können Depersonalisierungen, Psychosen, schwere Abhängigkeit, Amnesie, bis hin zur Atemdepression (Atemstillstand) die Folge sein.

Leitfaden

Substitution allgemein

WELCHE VORAUSSETZUNGEN MÜSSEN FÜR SUBSTITUTION ALLGEMEIN ERFÜLLT SEIN?

- Volljährigkeit, Alter über 18 Jahre
- Bestehende, manifeste Opioidabhängigkeit
- Ausnahme: BTMVV insbesondere § 5 sowie Richtlinien der BÄK von Oktober 2017

WELCHE AUFGABEN SOLL/KANN DIE PROFESSIONELLE PFLEGE VOR AUFNAHME IN EINE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG ERFÜLLEN?

- Vereinbarung eines Termins mit einer Clearingstelle oder Substitutionsambulanz
- Wenn nötig, Begleitung zum Termin

ÄRZTLICHE AUFGABEN

- Sicherung der Diagnose Opioidabhängigkeit
- Ausführliche Beratung über Wirkung und Nebenwirkung des jeweiligen Substituts
- Ergänzende Untersuchungen und Maßnahmen

ZU KLÄREN BEI BESTEHENDER SUBSTITUTION FÜR DIE PROFESSIONELLE PFLEGE

- Wer ist der zuständige Arzt/Ärztin
- Welche Regel besteht für die Vergabe (täglich, wöchentlich)
- Ist der/die Patient*in mobil und kann er/sie das Substitut selbständig abholen
- Bei eingeschränkter Mobilität der zu pflegenden Person: Organisation einer Begleitung zur Vergabe

Seit 2017 besteht das Delegationsrecht. Die substituierenden Ärzt*innen können die Vergabe auf das Pflegepersonal übertragen. Voraussetzung ist eine Unterweisung/Schulung durch die substituierenden Ärzt*innen. Eine sichere Verwahrung des Ersatzstoffes muss gewährleistet sein. Allerdings gilt auch hier die 30 Tage Regel, d.h. 1-mal monatlich muss der/die Patient*in die ärztliche Praxis.

MASSNAHMEN BEI FORTGESETZTEM SUBSTANZKONSUM („BEIGEBRAUCH“) WÄHREND EINER SUBSTITUTION:

- Bei manifester Alkoholabhängigkeit – stichprobenartige bis engmaschige Alkoholkontrollen je nach Verlauf
- Bei kontinuierlichem Substanzkonsum individuelles Vorgehen (z.B. ambulante oder stationäre Entgiftung). Ein Behandlungsabbruch ist möglichst zu vermeiden (erhöhtes Mortalitätsrisiko)
- Bei dauerhaftem Psychopharmaka-Konsum: psychiatrische Abklärung und ggf. Mitbehandlung (Frage: therapeutische Komedikation mit Benzodiazepinen erforderlich?)
- Generell sollten beim fortgesetzten Konsum psychoaktiver Substanzen mögliche Ursachen eruiert und nach Chancen einer Veränderung gesucht werden.

Diese Aufgaben/Maßnahmen können von der Pflege allenfalls angeregt/begleitet werden. Sie gehören zum ärztlichen und/oder psychosozialen Repertoire der Suchthilfe.

Substitution (1/2)

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 Opioide ermöglichen. Mit Hilfe dieser Medikamentenvergabe wird der „Heroinhunger“ gestillt, indem entsprechende Rezeptoren im zentralen Nervensystem der Konsument*innen blockiert werden. Heroin oder andere Opioide können dann keine Wirkung mehr entfalten. Die Substitutionstherapie 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 europäischen Ausland erfolgreich eingesetzt wurde, lehnten große Teile der bundesdeutschen Fachwelt sie noch lange Zeit vehement ab. Erst Ende der 1980-er Jahre ermöglichte die damalige NRW-Landesregierung mit dem sog. „Methadonprogramm“ den Einstieg in die Substitutionsbehandlung. Heute ist die Substitution eine **ANERKANNTE UND ERFOLGREICHE BEHANDLUNGSFORM** der Heroinabhängigkeit. Sie spielt neben anderen, eher klassischen Behandlungsangeboten eine wichtige Rolle in der Drogenhilfe.

Substitution beseitigt nicht die Abhängigkeit. Die bisher konsumierte Substanz (meist Straßenheroin) wird „lediglich“ durch ein ähnlich wirkendes Medikament, ein (halb-) synthetisches Opioid, ersetzt und das weitere Verlangen nach Heroin gestillt; Entzugserscheinungen werden verhindert. Allerdings, alleine schon der Ersatz der illegalen Substanzen durch ein legales Medikament kann Positives bewirken, oftmals sogar lebensrettend sein. Die zwanghafte tägliche Drogenbe-

schaffung, 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. werden vermieden.

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

Substitution (2/2)

■ DIE RAHMENBEDINGUNGEN

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

In erster Linie gilt das **BETÄUBUNGSMITTELGESETZE (BTMG)**. Es 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 (Zahn-)Ärzte/Ärztinnen, 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.

Übersicht häufiger Begleiterkrankungen bei Substanzmittelmissbrauch (1/4)

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

Das vorzeitige Auftreten von **SCHWERWIEGENDEN BEGLEITERKRANKUNGEN** bei legalem oder illegalem Substanzmittelkonsum ist wahrscheinlich. Das Risiko an einer oder mehreren Begleiterkrankungen zu erkranken ist mit zunehmender Konsum- oder Abhängigkeitsdauer unter Umständen hoch. In der Regel führt ein langfristiger Substanzmittelmissbrauch zu irreversiblen Schädigungen der Gesundheit. Drogengebraucher*innen erleiden häufig körperliche Folgen aufgrund langjähriger Konsumdauer oder Abhängigkeit. Zudem verstärken die Lebensumstände (Illegalität, Strafverfolgung, soziale Isolation) körperliche und psychische Erkrankungen.

| ABSZESSE

Abszesse sind abgekapselte, eitergefüllte Hohlräume im Gewebe, die sich im Rahmen einer Infektion im Körper bilden. 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 fehlende 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 können Abszesse 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 lediglich gelindert, aber nicht rückgängig gemacht werden.

Übersicht häufiger Begleiterkrankungen bei Substanzmissbrauch (2/4)

■ COPD (CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG)

Die Entstehung einer COPD **STEHT HÄUFIG IM ZUSAMMENHANG MIT DEM GENUSS VON NIKOTIN**. Genetische Voraussetzungen und Umwelteinflüsse spielen ebenso eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Dem Rauchen kommt 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.

Auch 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.

Im Jahr 2011 wurden neue Wirkstoffe gegen HCV eingeführt – sogenannte Proteaseinhibitoren aus der Gruppe der DAA (direct-acting agent). Bei medizinischem Personal, das mit Hepatitis-C-Patienten*innen oder Probenmaterial solcher Patienten*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 zu Blut Kontakte angewiesen sind, ist das Risiko, sich über Geschlechtsverkehr anzustecken, gering.

Übersicht häufiger Begleiterkrankungen bei Substanzmissbrauch (3/4)

■ HIV-INFEKTION UND AIDS

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

ANSTECKUNG/ÜBERTRAGUNG

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

STADIEN UND SYMPTOME

STADIUM A – Die ersten Symptome sind eher unspezifisch, ähnlich eines grippalen Infekts oder von „Pfeifferschem Drüsenfieber“. Sie treten in den ersten Wochen nach Ansteckung auf. Die Zeitspanne von der HIV-Übertragung bis zum Ausbruch von 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 Hautausschläge sein.

Ebenso gehört das Wasting- Syndrom zu den definierten Erkrankungen. Dies 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 in einander 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 Patienten*in ein weitgehend normales Leben ermöglichen. Die Therapie wird auf den/die Patienten*in individuell abgestimmt und 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 Patienten*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.

Übersicht häufiger Begleiterkrankungen bei Substanzmittelmissbrauch (4/4)

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

■ 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.

Opioide 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.

PARODONTOSE/KARIES

Der Konsum von Substanzen wie z.B. Nikotin, Opiaten oder Kokain führt häufig zu einem **MANGELHAFTEN BIS SCHLECHTEN GEBISSZUSTAND**. Die Ursache 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) auszulösen. Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme, unregelmäßige Zahnpflege und der ausbleibende Besuch beim Zahnarzt führen zu einer weiteren Verschlimmerung dieses Zustands.

In der Folge können sich zahnschädliche anaerobe Bakterien im Mundraum besser verbreiten.

Durch die schmerzlindernde Wirkung (z.B. von Heroin) bleibt eine zahnmedizinische Behandlung der Zähne aus oder wird zu spät begonnen. Außerdem ist es oftmals schwierig, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin zu finden, der/die sich ohne Vorurteile gegenüber der Klientel zu einer Behandlung bereit erklärt.

PEP

(Post-Expositions-Prophylaxe)

Kommt es bei der Behandlung von Patienten*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 ein 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.

Verhalten bei Nadelstich-, Schnitt-, Biss- & Kratzwunden, Kontakt mit Blut

STICH ODER SCHNITTVERLETZUNG

INSPEKTION:

- Wie tief ist die Verletzung (Oberhaut, Muskulatur?)
- Wurden Blutgefäße verletzt?
- Mit welchem Instrument ? (Nadel/Skalpell)

MASSNAHME:

Den Blutfluss fördern, durch Auspressen der Gefäße oberhalb Verletzung in Richtung der Verletzung, länger als 1 min.!

BISS, BLUTVERSCHMUTZUNG GESCHÄDIGTER HAUT, AUGE, MUNDHÖHLE

INSPEKTION:

- Wie tief ist die Verletzung?
- Wurden Blutgefäße verletzt?

MASSNAHME:

Intensive Spülung mit Erreichbarem:

Auge: physiol. Kochsalzlg. (NaCl) oder PVP Jodlösung oder Wasser.

Mundhöhle: Ausspülen 5x mit physiol. Kochsalzlösung oder Wasser.

WEITERE SCHRITTE:

- Risiko der Infektion klären
- Dokumentation im Verbandbuch
- Vorstellung beim Durchgangsarzt (BG Arbeitsunfall)
- Bei Verdacht HIV: Postexpositionsprophylaxe (Vgl. PEP)
- Bei Verdacht Hepatitis B: ggf. Impfung, passiv und aktiv
- Bei Verdacht Hepatitis C: Überwachung, ggf. med. Therapie

STICHVERLETZUNGEN SIND KEINE BAGATELLVERLETZUNGEN!

Im Zweifel (Infektionsrisiko HIV) erst Medikamente einnehmen, dann nachdenken, beraten lassen.

ERSTVERSORGUNG UND BERATUNG IN BIELEFELD

INFEKTIONSAMBULANZ KLINIK MARA

Mo – Fr: 9 – 15 h

Tel.: 05 21. 772-77752

Außerhalb der Zeiten über die Information der Klinik Mara;

Tel.: 05 21. 772 -77730

NACHSORGE BEIM ZUSTÄNDIGEN ARZT

HIV, HBV, HCV: nach 6 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten, evtl. 12 Monate

Die häufigsten psychiatrischen Störungen in Zusammenhang mit Suchtmittelabhängigkeit

- Affektive Störungen (Manie und Depression)
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS)/Dissoziale Persönlichkeit
- Aufmerksamkeitsdefizit bzw. Hyperaktivitätssyndrom ADHS/AD/HD
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung
- Generalisierte Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung/PTBS

■ EPIDEMIOLOGIE/VERBREITUNG

Das gleichzeitige Auftreten von Abhängigkeitserkrankungen und psychiatrischen Diagnosen ist belegt. Die Studie von Kessler et al von 1997 hat gezeigt, dass der Prozentsatz alkoholabhängiger Patienten*innen mit einer psychiatrischen Störung bei Männern bei 78 % und bei Frauen bei 85 % liegt. Im Vergleich von Männern und Frauen bestehen massive Unterschiede in der Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen.

Bei Konsument*innen illegalisierter Drogen sind eine hohe Lebenszeitprävalenz und auffallend viele aktuelle Störungen ermittelt worden. Die Lebenszeithäufigkeit psychiatrischer Störungen, Persönlichkeitsstörungen eingeschlossen, kann bei bis zu 80 % liegen.

Über den Schweregrad und den Fortbestand (Persistenz) der psychiatrischen 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 Patienten*innen zwischen 31 % und 50 %.

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

Komorbidität

Abhängigkeitskranke sind viel häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen als andere Personen. Auch in abstinenten Phasen oder während einer Substitution bestehen diese psychiatrischen Komorbiditäten meistens weiter. **SIE SIND EINE STARKE BELASTUNG FÜR DIE BETROFFENEN MIT NEGATIVEN AUSWIRKUNGEN AUF IHRE LEBENSZUSAMMENHÄNGE:** eingeschränkter und schwieriger Kontakt zur Außenwelt und immer wieder Phasen des Konsums/Beikonsums. Eine medikamentöse Behandlung dieser Erkrankungen erfolgt eher selten. Wenn sie erfolgt, wird sie von den Betroffenen oft nicht langfristig durchgehalten. Ursächlich hierfür können die Nebenwirkungen der Medikamente, ein gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein der Betroffenen oder ein Zurückfallen in alte Konsummuster sein.

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 psychiatrischen Erkrankungen können ein 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 besonders wichtig.

Bei einer eingeschätzten Fremd- oder Selbstgefährdung sollte immer ein Arzt/eine Ärztin oder Psychiater*in zur Abklärung hinzu gezogen werden.

ES WERDEN FOLGENDE ERKLÄRUNGSANSÄTZE/ÄTIOLOGISCHE KRANKHEITSMODELLE UNTERSCHIEDEN/BESCHRIEBEN:

- Selbstmedikationshypothese (Khantzian) oder Drifter-Hypothese
- Störungen als Folge der Suchterkrankung/Triggermodell
- Störungen als Folge gestörter Stoffwechselprozesse/Dopaminhypothese

Leitfaden

Kommunikation/Deeskalation

Kommunikation umfasst alle Fähigkeiten des Menschen, sich anderen mitzuteilen und andere zu verstehen. **KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT IST EIN TEIL DER SOZIALEN INTELLIGENZ.** Sie ermöglicht den Austausch der Menschen untereinander. Dabei geht es um Botschaften, Wünsche, Erwartungen, Gefühle etc. Kommunikation ist alltäglich und scheint selbstverständlich. Es gibt keine „Nicht-Kommunikation“. Eine Verständigung wird erschwert oder verhindert, wenn der gegenseitige Austausch zu Missverständnissen oder gar Konflikten führt.

Um diese Gefahr zu verhindern bzw. zu minimieren, haben Wissenschaftler verschiedene Kommunikationsmodelle (Eisbergmodell, Vier-Ohren-Modell, Transaktionsanalyse, Sender-Empfänger Modell) und Modelle zur Deeskalation (Zuhörmodell nach Rogers und Steil, Gewaltfreie Kommunikation, Gordon-Modell) entwickelt.

In der zwischenmenschlichen Kommunikation werden 20 – 30 % der Botschaften durch Stimme, Tonfall und Sprechrhythmus vermittelt; 60 – 70 % der Botschaften mittels Gestik, Mimik, Körperhaltung und Bewegungsabläufe und **LEDIGLICH 5 % – 7 %** des Inhalts der Kommunikation machen die **SPRACHLICH FORMULIERTE** Sachbotschaft aus.

Eine wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung, die auf Veränderungsappelle verzichtet sowie das Bewusstsein der eigenen Einstellungen und inneren Haltungen sind grundsätzliche Voraussetzungen einer gelungen Kommunikation.

Im Pflegealltag ist gerade in schwierigen Situationen eine gelungene Kommunikation von zentraler Bedeutung für den positiven Verlauf des Kontaktes.

- **BERÜCKSICHTIGEN SIE EINE MÖGLICHE STRUKTURELLE SCHIEFLAGE IN DER BEZIEHUNG.**

Die Mehrzahl der Betroffenen weiß zwar zu schätzen, dass man in der eigenen Wohnung verbleiben kann, aber: Fremde Menschen betreten ihre Privatsphäre, die i.d.R. und aus gutem Grund eher gut geschützt wird. Gerade abhängigkeiterkrankte Menschen haben vielfache Diskriminierung und abwertendes Verhalten erlebt. Misstrauen und ablehnendes Verhalten können häufig Folge dieser Erfahrungen sein. Haben Sie hierfür Verständnis und nehmen Sie es nicht persönlich.

- **WÄHLEN SIE KLARE UND VERSTÄNDLICHE FORMULIERUNGEN, HÖREN SIE KONZENTRIERT ZU UND ÜBERPRÜFEN SIE DEN „EMPFANG“.**

- **GESTALTEN SIE DIE GESPRÄCHS- UND KONTAKTUMGEBUNG HÖFLICH, POSITIV UND ANGENEHM.**

- **BEACHTEN SIE DEN NICHT VERBALEN ANTEIL DER KOMMUNIKATION.**

Berücksichtigen Sie kulturelle Unterschiede unterschiedlicher Art (Szenezugehörigkeit, soziale Herkunft, Migrationshintergrund etc.).

- Begegnen Sie Ihrem Gegenüber mit Wertschätzung, Empathie und Offenheit
- Versetzen Sie sich innerlich in die Situation Ihres Gegenübers
- Lassen Sie sich auf Ihr Gegenüber ein, seien Sie konzentriert und achten Sie auf eine entsprechende Körpersprache
- Halten Sie Ihre eigene Meinung (zunächst) zurück
- Bei Unklarheiten: Nachfragen
- Halten Sie Pausen ruhig aus. Sie können ein Zeichen für Unklarheiten, Angst oder Ratlosigkeit sein und Ansatzpunkte für weitere Entwicklungen
- Seien Sie sich über Ihre eigene Gefühle und Emotionen im Klaren
- Erkennen Sie die Gefühle Ihres Gegenübers und zögern Sie nicht, diese anzusprechen
- Geben Sie ein regelmäßiges Feedback durch bestätigende, kurze Äußerungen
- Seien Sie geduldig, unterbrechen Sie den/die Sprecher*in nicht. Lassen Sie sie/ihn so weit wie möglich ausreden
- Halten Sie Blickkontakt
- Bei Kritik oder Vorwürfen – Ruhe bewahren.

Gesetzliche Grundlagen der Altenhilfe (1/3)

Die praktische Altenhilfearbeit wird im Wesentlichen von verfassungsrechtlichen Vorschriften und entsprechenden (gesetzlichen) Regelungen bestimmt (u.a. Ausbildungs- und PrüfungsVO, SGB V, AmG, BtmG, UN Charta, Ethik-Kodex des WbKK, Patienten-Charta-Patientenrechte).

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.

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 die rechtlichen Rahmenbedingungen zu kennen, um angemessen reagieren zu können.

Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte wirken bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten mit, sind aber in folgenden Tätigkeitsbereichen selbständig tätig:

- 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.

■ ÄRZTLICHE AUFGABENGEBIETE

Von den **PFLÉGERISCHEN** Tätigkeiten sind die **ÄRZTLICHEN** abzugrenzen.

GENERELL GILT: Kernaufgaben der Ärzteschaft sind medizinische Entscheidungen, insbes. über 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.

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

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.

Gesetzliche Grundlagen der Altenhilfe (2/3)

ABGABE VON BETÄUBUNGSMITTELN

Abgabe von und Umgang mit **BETÄUBUNGSMITTELN** werden durch das Arzneimittelgesetz (AmG) und insbes. durch das Betäubungsmittel-Gesetz (BtmG) geregelt.

Betäubungsmittel können Entspannung, Schmerzlinderung, Euphorie, Halluzinationen, Selbstüberschätzung oder panische Reaktionen auslösen. Die Nutzung ist nur unter strikten Auflagen zulässig.

GRUNDSÄTZE:

- Jeder Mensch hat das Recht auf eine angemessene Schmerzbehandlung. Wenn diese 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.

Unter den Voraussetzungen im § 5 Absatz 1 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) besteht die Möglichkeit, Suchtmittelabhängigen 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.

Gesetzliche Grundlagen der Altenhilfe (3/3)

LEITFADEN FÜR PFLEGERISCHE TÄTIGKEIT

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

- Einverständnis des/der Patient*in mit der Maßnahme und der Durchführung durch Pflegekräfte
- Die Art des Eingriffs darf nicht das persönliche Handeln des/r Arztes/Ärztin erfordern
- Klärung: welche Pflegekräfte übernehmen welche Tätigkeiten;
- Eine ärztliche Maßnahme muss konkret und schriftlich angeordnet bzw. verordnet werden
- Die ausführende Pflegekraft muss zur Durchführung der Maßnahme befähigt sein (konkreter Kenntnisstand und vorhandenen Fähigkeiten zum Behandlungszeitpunkt)
- Die angewiesene Pflegekraft muss zur Ausführung der ärztlichen Aufgabe bereit (oder ausnahmsweise verpflichtet) sein. Sie kann die Tätigkeit u.U. 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
- 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

- Die Anordnung und Durchführung muss sorgfältig dokumentiert werden
- 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 Fragen (1/2)

Bei der Pflege illegal konsumierender Menschen stellen sich für die Pflege regelmäßig einige spezifische strafrechtliche Fragen.

1. WAS SOLLTEN PFLEGER*INNEN TUN, WENN ILLEGALE DROGEN IM HÄUSLICHEN UMFELD GEFUNDEN WERDEN?

A. Der **BESITZ** von Betäubungsmitteln ist nach BtmG strafbar, wenn keine schriftliche Erlaubnis für ihren Erwerb vorliegt. Der **KONSUM** aber **NICHT**. Grundsätzlich besteht für Privatpersonen **NIEMALS DIE PFLICHT**, bereits begangene Straftaten zur Anzeige zu bringen. Für Pflegekräfte besteht alleine schon deshalb rechtlich keinerlei Pflicht, Pflegebedürftige wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln anzuzeigen.

Außerdem: Die „**SCHWEIGEPFLICHT**“ trifft u.a. alle Altenpfleger*innen und diejenigen, die mit ihnen in der Pflege zusammenarbeiten. Hieraus ergibt sich ein Verbot der Offenbarung strafrechtlich relevanter Delikte – jedenfalls was Drogendelikte betrifft.

EINE PFLICHT ZUR ANZEIGE BESTEHT NICHT.

B. WAS TUN MIT GEFUNDENEN BETÄUBUNGSMITTELN?

Der **BESITZ** von Betäubungsmitteln ist strafbar – alleine schon deshalb: Betäubungsmittel niemals ohne vorherige Rücksprache mit Behörden aus den Räumlichkeiten der Drogenkonsument*innen entfernen, auch nicht, um diese bei der Polizei abzugeben. Diese Absicht mag den Besitz rechtfertigen, ist aber im Nachhinein nicht immer zweifelsfrei zu beweisen bzw. es darf – s.o., **SCHWEIGEPFLICHT** – die Herkunft nicht offenbart werden.

C. BESTEHT EINE (STRAF-)RECHTLICHE PFLICHT ZUR WEGNAHME DER DROGEN, ETWA UM DIE ABHÄNGIGEN ZU SCHÜTZEN?

Nein. Durch den Konsum zugefügte körperliche Schäden liegen grundsätzlich in der Risikosphäre der Drogenkonsument*innen. Mitarbeiter*innen von Pflegediensten machen sich somit **NICHT STRAFBAR**, wenn sie die Drogenabhängigen weiter konsumieren lassen.

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. WO LIEGT DIE GRENZE ZWISCHEN SELBSTBESTIMMUNG DER DROGENABHÄNGIGEN 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. Das Bundesverfassungsgericht billigt den Patient*innen ein Recht auf Krankheit zu. Jede*r Drogenabhängige hat demnach ein Recht, seinem/ihrem Körper mittels Drogen zu schaden – hat ein Recht zur Verwahrlosung.

Zwar hat der Pflegedienst auch die vertragliche Verpflichtung, sich um den körperlichen Zustand eines Pflegebedürftigen zu kümmern. Dennoch überwiegt regelmäßig der freie Wille des Pflegebedürftigen.

Strafrechtliche Fragen (2/2)

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

Pflegedienstmitarbeiter*innen haben eine Garantenstellung gegenüber den pflegebedürftigen Personen.

Erfahren sie, dass eine pflegebedürftige Person trotz Intoxikation von Alkohol oder Betäubungsmitteln versucht, ein Auto o.ä. zu führen, haben sie dies zu verhindern, **SO FERN 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 Trunkenheitsfahrt durch Unterlassen strafbar.

Auch eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung kommt unter Umständen in Betracht.

4. WIE IST MIT DIEBSTÄHLEN UMZUGEHEN?

Je nach vertraglicher Ausgestaltung könnte der Pflegevertrag fristlos gekündigt werden. Das Vertragsverhältnis beruht auf einem besonderen Vertrauensverhältnis, welches durch strafbare Handlungen zum Nachteil des Pflegedienstes oder seiner Mitarbeiter*innen zerstört wäre. Einzelfallprüfung! Wichtig: zeitnahe und sorgfältige Dokumentation.