

Suchtkranke in der Rückkehrberatung

Webinar

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Vita



Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter, Jahrgang 1969. Seit 1998 hauptberuflich tätig als Drogenberater und Psychosozialer Betreuer für die Drogenhilfe PUR gGmbH (vormals PUR e.V.) in Dortmund, seit 2007 als hauptamtlicher Geschäftsführer. Vorab langjährige Tätigkeit u.a. für die Stadt Dortmund (Landesmethadonprogramm 1991-1994, Modellprojekt substitutionsgestützte ambulante Rehabilitation für i.v. Drogenabhängige 1994-1997), das Soziale Zentrum Dortmund und den Förderverein zur Bekämpfung von AIDS e.V. (Substitutionsmittelvergabe an Wochenenden und Feiertagen 1990-1998), das Institut für Therapieforschung München (Erstellung von Katamnesen, Durchführung von Interviews 1995-1999), Berufsanerkennungsjahr bei der Stadt Dortmund (Methadonambulanz 1997-1998). 2009 Qualifikation als ZEUS-Trainer durch Euromethwork/Quest4Quality (Amsterdam). Seitdem regelmäßige Tätigkeit als Referent und Moderator mit Schwerpunkt in der Fortbildung für Medizinisches Assistenzpersonal, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen. Seit Sommersemester 2020 Lehrauftrag im Studiengang Soziale Arbeit an der FOM mit regelmäßigen Seminaren an den Standorten Dortmund und Gütersloh.



Video:
„zdf heute“ vom 10. Oktober 2021

Problemstellung

- Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind in allen Kontexten von Sozialer Arbeit und Verwaltungshandeln zu finden.
- Kenntnisse über das Krankheitsbild und Möglichkeiten des Umgangs mit Betroffenen sind daher von hoher Praxisrelevanz.

Agenda

1. Grundlagen
2. Suchtmittel
3. Stoffungebundene Abhängigkeiten
4. Illegale Suchtmittel
5. Entstehungsmodelle
6. Beratungsansätze
7. Komorbiditäten
8. Erkennen von Drogenwirkungen
9. Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten
10. Substitutionsbehandlung

1. Grundlagen

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Video:
Freitag Nacht News, RTL: Bernie und Ert: Drogen. 2002.

Sucht...?

- **Sucht** ist der umgangssprachliche Begriff für verschiedene medizinisch-psychologische Krankheitsbilder. In der Fachwelt ist er ersetzt worden durch den Begriff **Abhängigkeitssyndrom** für substanzgebundene Abhängigkeiten.
- Das Wort „Sucht“ geht auf das althochdeutsche Wort „siechen“ zurück – „Leiden an einer Krankheit“.
- enthalten in vielen alten Begriffen: Schwindsucht, Fettsucht, Gelbsucht, Trunksucht, Eifersucht...
- häufig auch in Alltagssprache: „Ich bin süchtig nach Schokolade“, Binge-Watching (Streamingdienste wie Netflix)
- im offiziellen Sprachgebrauch der WHO bis 1963 verwendet
- Eine Abhängigkeit ist eine anerkannte Erkrankung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn!

Die Entstehung einer Abhängigkeit I

- Abhängigkeit ist nicht von heute auf morgen vorhanden, sondern entwickelt sich teilweise sehr langsam und für Außenstehende zunächst oft unerkennbar.
- (...für die Betroffenen übrigens sehr häufig ebenfalls!)



Konsum

Missbrauch

Abhängigkeit

Die Entstehung einer Abhängigkeit II

- Für eine bessere Unterscheidung und eine differenzierte Sichtweise ist es wichtig, zwischen den Begriffen Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit sowie Toleranz und Gewöhnung zu unterscheiden und sich verschiedene Stufen eines Suchstoffkonsums bewusst zu machen.
- Auf den verschiedenen Konsumstufen entstehen unterschiedliche Problemstellungen.
- Diese gilt es zu erfassen, um in der Prävention, der Information und in den Hilfseinrichtungen der Drogen- und Suchthilfe entsprechende Interventionsinstrumente zu entwickeln, die der Vielschichtigkeit der Fragen und Probleme gerecht werden.

Verschiedene Konsumstufen

Probier- bzw. Experimentierkonsum

Gelegenheitskonsum

Gewohnheitskonsum

Abhängigkeitskonsum

Probier- bzw. Experimentierkonsum

- Dabei geht es den meisten in erster Linie um die Befriedigung der Neugierde auf Unbekanntes im weitesten Sinne.
- (Junge) Menschen probieren verschiedene Suchtstoffe (im Verlaufe ihres Erwachsenwerdens), um mitreden zu können oder um zu wissen, wie bestimmte Sachen auf ihren Körper oder ihre Psyche wirken.
- Dabei fällen die Betroffenen meist selbständig eine Entscheidung darüber, welche Rolle die Stoffe in Zukunft in ihrem Leben spielen sollen. Einige verbannen nach dieser Probierphase die Stoffe aus ihrem Leben, andere nicht. Sie konsumieren die Stoffe bei bestimmten Gelegenheiten.

Gelegenheitskonsum

- Menschen, die einen gewissen Gefallen an probierten Suchtstoffen finden, werden zu sog. Gelegenheitskonsumenten
- Gelegenheits- und Probierkonsumenten führen im Wesentlichen ein völlig selbstbestimmtes und selbstorganisiertes Leben. Sie leiden an keinerlei Kontrollverlust und sind gesellschaftlich unauffällig und voll integrierte Menschen, die die geltenden Werte und Normen weitgehend teilen
- Der gelegentliche Suchtstoffkonsum dieser Menschen ist weder für sie selbst noch für die Gesellschaft ein Problem

Gewohnheitskonsum I

- Besonderes Merkmal ist der regelmäßige Konsum des Suchtmittels, der mehrmals wöchentlich – manchmal auch täglich – oder zu bestimmten Anlässen (Wochenende, Party, Lernen, Schule/Arbeit, Schlafen, Sex...) erfolgt.
- Dem Suchtstoff wird häufig schon eine bedeutende Funktion zugeschrieben.
- Konsumenten sind wesentlich stärker auf die individuelle Verfügbarkeit des Suchtstoffes angewiesen.
- Dementsprechend konsumieren Gewohnheitskonsumenten vielfach konfliktbehaftet und funktionsorientiert, um Anspannungen abzubauen bzw. Hemmungen oder Langeweile entgegenzuwirken.

Gewohnheitskonsum II

- Dabei geht es oft darum, negative Gefühle zu vermeiden, womit bereits die Verdrängungsfunktion des Suchtmittelkonsums in den Mittelpunkt gerückt wird, der dann auch den oft fließenden Übergang in den abhängigen Konsum bildet.
- In dieser Phase des Konsums nimmt der sog. Missbrauch der Stoffe sowohl quantitativ als auch qualitativ zu. Deutlich wird der Missbrauch z.B. in Gewaltanwendung gegen Dritte infolge übermäßigen Alkoholkonsums, beim Führen eines Kraftfahrzeugs unter Alkohol-, Medikamenten- oder Opiateinfluss oder auch Überdosierungen mit Suchtstoffen.

Abhängigkeitskonsum I

- Medizinisch spricht man von einem chronisch-exzessiven bzw. pathologischen Konsum.
- Vom Abhängigkeitskonsum sprechen wir, wenn die Funktionszuschreibung an den Stoff derartig umfangreich und vielschichtig ist, dass ein Dasein ohne den Konsum des Suchtmittels für den Konsumenten nicht realisierbar erscheint.
- Die Einnahme einer Substanz ist ein derart wichtiger Teil seines Lebensstils geworden, dass ein Ausbleiben des Konsums die Person in eine extreme Notlage seines zwanghaften Verlangens nach Zufuhr der Substanz hervorruft.

Abhängigkeitskonsum II

- Die Abhängigkeit zerrüttet den Zustand des Menschen gesundheitlich und sozial. Es ist der krankhafte Endzustand, wobei der Mensch nur noch bestrebt ist, sich das Suchtmittel mit steigender Dosis zuzuführen.
- Enthaltensamkeit vom Suchtmittel ist nicht mehr möglich und führt zu psychischen und/oder physischen Entzugserscheinungen.
- Das Ziel des Konsums ist dann nicht mehr die berauschende oder dämpfende Wirkung, sondern überwiegend nur die Verhinderung oder Beendigung der Entzugserscheinungen.

Abhängigkeitssyndrom

- Eine Gruppe von auf das Verhalten bezogenen kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholter Einnahme von psychotropen Substanzen entwickelt.
- Da Substanzen in einem sozialen Raum eingenommen werden, ist Abhängigkeit das Ergebnis komplexer Wechselwirkungen von seelischen, sozialen und körperlichen Prozessen.

„Abhängigkeit“ ist nicht nur ein
medizinisches Phänomen!

Abhängigkeitssyndrom II – Definition (WHO*)

- *Unerlaubter Gebrauch* ist von der Gesellschaft nicht tolerierter Gebrauch.
- *Gefährlicher Gebrauch* ist Gebrauch mit wahrscheinlich schädlichen Folgen für den Konsumenten.
- *Dysfunktionaler Gebrauch* liegt vor, wenn psychischen oder sozialen Anforderungen nicht mehr entsprochen werden kann.
- *Schädlicher Gebrauch* hat bereits schädliche Folgen (Zellschäden, psychische Störung) hervorgerufen.

* Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization, WHO)

Abhängigkeitssyndrom III – Charakteristika (ICD-10*)

Für eine sichere Diagnose müssen innerhalb eines Jahres drei oder mehr der folgenden sechs Kriterien gleichzeitig vorhanden gewesen sein:

1. Ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, sich die Substanz zuzuführen
2. Fortwährende bzw. periodische Einnahme der Substanz
3. Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
4. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen und Aktivitäten
5. Toleranzerhöhung
6. Physisches und/oder psychisches Entzugssyndrom

* Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)

Cave: ICD 10 – ICD 11

- Mai 2019: Verabschiedung der ICD-11
- Januar 2022: Inkrafttreten innerhalb der WHO
- Anwendung in Deutschland erst mit einer „flexiblen Übergangszeit“ von 5 Jahren – der konkrete Zeitpunkt zur verbindlichen Einführung des ICD-11 steht noch nicht fest
- zu befürchten: Die Einführung der ICD-11 in Deutschland zur Morbiditätskodierung wird aufgrund der hohen Integration der ICD im deutschen Gesundheitswesen und der damit verbundenen Komplexität noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen und kann auch die für die Mortalitätskodierung angedachte flexible Übergangszeit überschreiten.
- Daher gilt, dass bis zu einer Einführung der ICD-11 im jeweiligen Anwendungsbereich die ICD-10 weiterhin die gültige amtliche Klassifikation für Deutschland bleibt.

Quelle: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html

Tab. 1 Beschreibung der Abhängigkeit und des Abhängigkeitssyndroms in ICD-11 und ICD-10

From: [ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit](#) ICD-11: changes in the diagnostic criteria of substance dependence

ICD-11 Abhängigkeit	ICD-10 Abhängigkeitssyndrom
<p>Eine Störung der Regulierung von Substanzgebrauch, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Konsum entsteht</p> <p>Charakteristisches Merkmal ist ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren, welches sich durch die fehlende Fähigkeit manifestiert, den Konsums zu kontrollieren, einer zunehmenden Priorisierung des Konsums gegenüber anderen Aktivitäten und fortgeführten Konsum trotz Schädigung oder negativer Konsequenzen. Diese Erfahrung ist häufig begleitet durch subjektives Verlangen oder Drang zu konsumieren. Physiologische Merkmale der Abhängigkeit können ebenfalls bestehen, einschließlich Toleranz gegenüber der Substanz, Auftreten von Entzugssymptomen nach Absetzen oder Reduktion der Substanz oder Konsum einer gleichartigen Substanz, um Entzugssymptome zu verhindern oder abzuschwächen. Die Merkmale der Abhängigkeit bestehen in der Regel in einem Zeitraum von 12 Monaten, oder die Diagnose kann auch bei Substanzkonsum bei anhaltendem (täglich oder fast täglich) gestellt werden</p>	<p>Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, eine verminderte Kontrolle über ihren Konsum und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom</p> <p>Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen</p>

Die Übersetzung des ICD-11 ist keine offizielle Übersetzung, sondern erfolgte durch die Autoren (Beschreibung des ICD-11 [„Description“] nach der WHO [1], aktuelle „frozen Version“, ICD-10 nach Freyberger und Dillinger [3])

ICD International Classification of Diseases, WHO World Health Organization

Tab. 2 Diagnostische Kriterien für Abhängigkeit und das Abhängigkeitssyndrom in ICD-11 und ICD-10

From: [ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit](#) ICD-11: changes in the diagnostic criteria of substance dependence

ICD-11 Abhängigkeit	ICD-10 Abhängigkeitssyndrom
Die Diagnose erfordert, dass 2 oder mehr der 3 zentralen Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen, kann aber auch gestellt werden, wenn die Substanz mindestens einen Monat kontinuierlich (täglich oder fast täglich) konsumiert wird	Um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms stellen zu können, müssen 3 oder mehr Kriterien mindestens einen Monat lang gleichzeitig oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten vorhanden sein
1 Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum – Bezogen auf Beginn, Menge und Umstände oder Ende des Konsums. Wird oft, aber nicht notwendigerweise von subjektiven Empfindungen von Drang oder Verlangen, die Substanz zu konsumieren, begleitet	1 Ein starkes Verlangen („craving“) oder eine Art Zwang, die Substanzen zu konsumieren
	2 Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
2 Physiologische Merkmale (indikativ für substanzbezogene Neuroadaption) manifestiert sich als: (i) Toleranz, (ii) Entzugserscheinungen nach Konsumstopp oder -reduktion oder (iii) wiederholter Konsum der Substanz, um Entzugserscheinungen zu mindern oder zu verhindern Entzugserscheinungen müssen dem Entzugssyndrom der Substanz entsprechen und sind nicht auf anhaltende Substanzeffekte zurückzuführen	3 Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf
	4 Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
3 Substanzkonsum wird fortschreitend zur Priorität im Leben, d. B., dass die Substanz Vorrang über andere Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen oder der Gesundheitspflege oder persönlichen Pflege erhält. Der Substanzkonsum nimmt zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verschiebt andere Aspekte des Lebens in die Peripherie und wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt	5 Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen
	6 Anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über Art und Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte

Unterschiedliche „Arten“ von Abhängigkeiten

Im ICD-10 (Internationale Klassifikation von Krankheiten und Störungen der WHO) finden sich Abhängigkeiten an unterschiedlichen Stellen bzw. zu unterschiedlichen Störungskategorien zugeordnet.

F1: Mentale und Verhaltensstörung aufgrund des Konsums von psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Tabak, Diazepam, Opioide)

„Sucht“ im ICD-10
(WHO)

F5: Missbrauch von nicht-abhängig machenden Substanzen (Antidepressiva, Abführmittel, Schmerzmittel)

F6: Impulskontrollstörungen, Verhaltenssüchte (keine Substanzen): Glücksspiel, Online Spiele, Einkaufen, Arbeiten

F1-Störungen

- Die erste Kategorie (sog. F1 – Störungen) beziehen sich auf die „klassischen“ Süchte, also Abhängigkeiten von Stoffen, die psychoaktiv wirken
- Hier finden sich neben Alkohol und Nikotin auch sämtliche Drogen, wie Opioiden (Heroin), Kokain, Cannabinoide, Sedativa/ Hypnotika, Halluzinogene, Stimulanzien etc.
- Grundsätzlich wird bei den F1-Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Schweregraden des Konsums unterschieden
- Unterschiedliche Diagnosecodes z.B. für die akute Intoxikation (akuter Rausch), den schädlichen Gebrauch und das Abhängigkeitssyndrom („Sucht“)

F5-Störungen

- Die zweite Kategorie ist dem Kapitel F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) zuzuordnen
- Dieses Kapitel enthält auch die Essstörungen, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen
- Hier entsteht eine Abhängigkeit von Medikamenten, die häufig zunächst ärztlich verschrieben wurden. Es entwickelt sich dann eine unnötig verlängerte Einnahme mit oft exzessiver Dosierung

F6-Störungen

- Die dritte Kategorie ist dem Kapitel F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zuzuordnen
- Dieses Kapitel enthält auch spezifische Persönlichkeitsstörungen (z.B. Narzissmus, Borderline, Dependenz) und Störungen der Geschlechtsidentität oder Sexualpräferenz
- Die sog. Verhaltensabhängigkeiten sind den Impulskontrollstörungen (F63) zugeordnet, genauso wie Pyromanie und Kleptomanie

Stoffgebunden - stoffungebunden

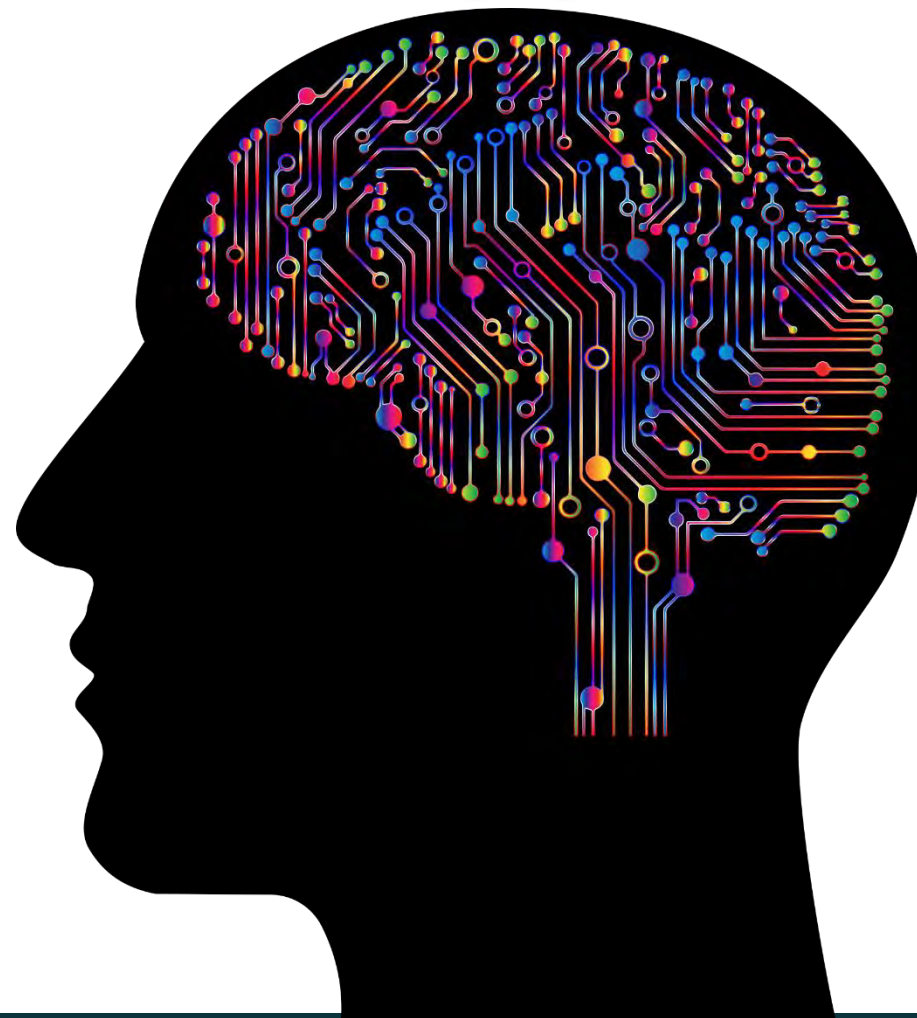
Unterscheidung von stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeiten:

	Stoffgebunden	Stoffungebunden
Typische Beispiele	Alkohol, Nikotin, Cannabis, Kokain, Heroin	Glücksspiel, Computerspiele, Shopping, Arbeiten, Aktien
Wirkung	Stoff wirkt als Ligand (Andocker) an körpereigenen Rezeptoren und stimuliert so „normale“ Neurotransmittersysteme in übermäßigem Ausmaß.	Das Verhalten selbst führt zu Freude, Glücksgefühlen und Motivationsschüben, das Verhalten weiter auszuführen. Das Verhalten stimuliert das Dopaminsystem, das bei Aufregung, Freude und Motivation beteiligt ist.
Abhängigkeit	Physisch (über Ligandenfunktion) & psychisch (über das Dopaminsystem)	Psychisch (über das Dopaminsystem)



Die Neurobiologie der Abhängigkeit I

„Abhängigkeit ist eine Hirnkrankheit“ *

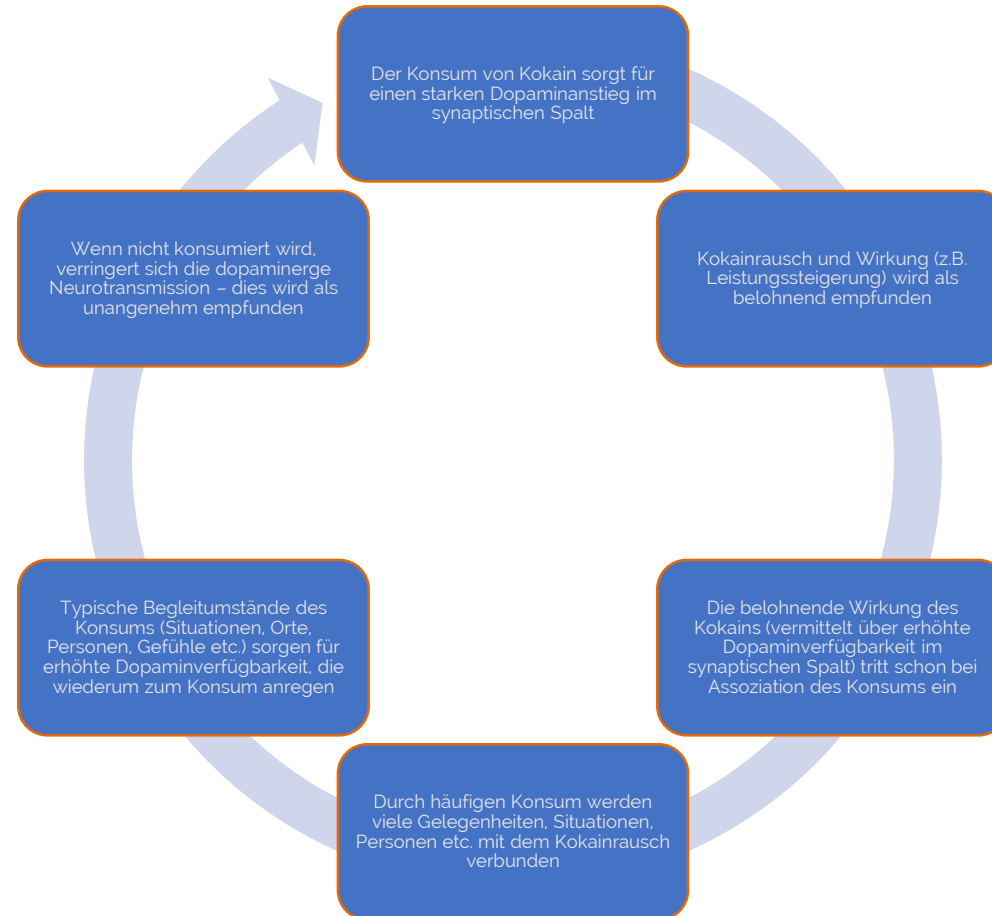


** Alan Leshner 1997 (NIDA - National Institute on Drug Abuse)*

Die Neurobiologie der Abhängigkeit II

- Menschliches Verhalten wird durch ein komplexes Belohnungssystem gesteuert, das auf dem Botenstoff Dopamin basiert.
- Es entwickelt sich ein Wiederholungseffekt, das Individuum verspürt die Lust auf mehr (unwiderstehliches Verlangen, engl. Craving).
- Im Lauf der Zeit nimmt die Anzahl der Rezeptoren, die auf die Droge reagieren, zu; gleichzeitig nimmt die Dopaminproduktion ab.
- Bleibt die Droge aus, wirkt sich das negativ auf die Stimulation des Belohnungssystems aus.
- Abhängigkeit ist eine Folge von wiederholt gestörten Regulationsvorgängen im Belohnungssystem mit Auswirkungen auf Motivation, Gedächtnis und Impulskontrolle.

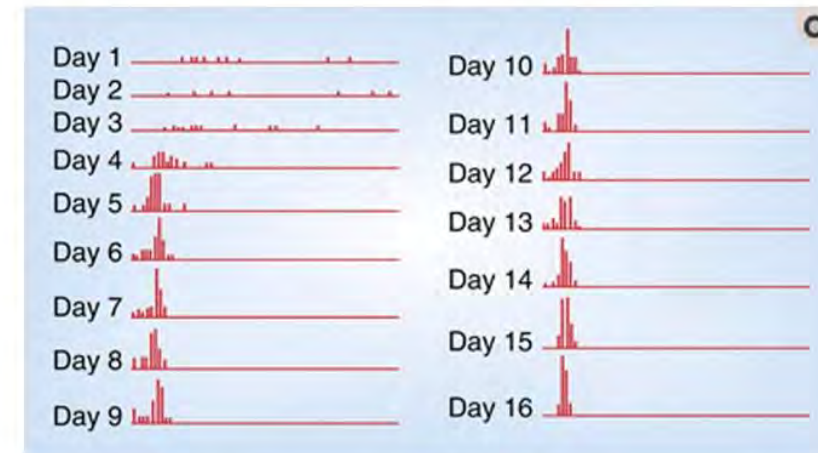
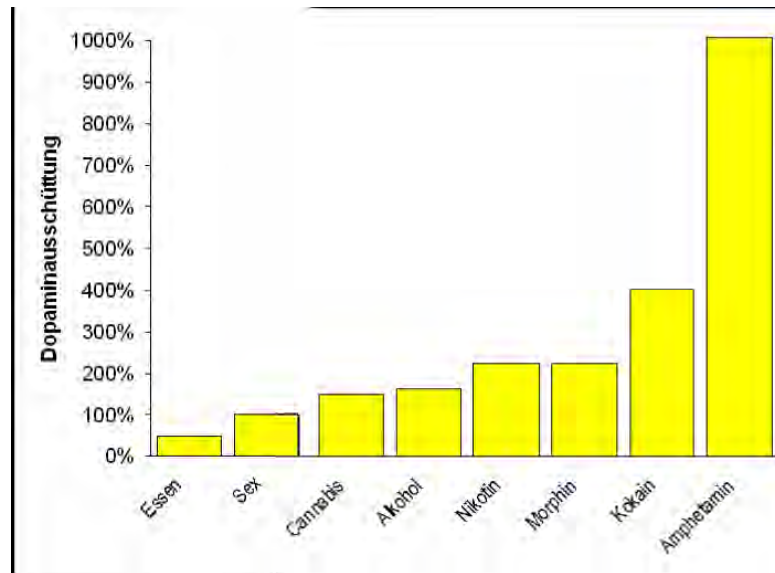
Das „Teufelskreis des Suchtgedächtnisses“



Dopamin, Sucht und Belohnung I

- Rauschmittel lösen einen starken, sofortigen Anstieg in der dopaminergen Neurotransmission aus.
- Drogenstimulierter Dopaminanstieg ist nicht-adaptiv (nicht anpassungsfähig).
- Dopaminausschüttungen hervorgerufen durch konventionelle Verstärker (z.B. Essen) erreichen schnell einen Gewöhnungseffekt; wiederholte Präsentation von ähnlichen oder zugehörigen Reizen löst schnell keine Dopaminfreisetzung mehr aus.
- Alkohol- bzw. drogenassoziierte Reize (Uhrzeiten, Bilder, Umgebungen, Personen, Stimmungen) erhalten motivationale Eigenschaften, die ein intensives Verlangen zum Konsum hervorrufen (Craving).
- Als Resultat des Verlangens verlieren konventionelle Verstärker (Essen, Sex, Familie, Hobbies, Joberfolg) ihre Bedeutung.

Dopamin, Sucht und Belohnung II



From the Wise perspective. Interresponse interval histograms from a rat lever-pressing for intravenous cocaine in 4-h daily sessions at a dose per injection of 1 mg/kg. Of interest is the decrease in variability across days of testing. The narrowing of the distribution of interresponse times over days offers an objective measure of the steady progress to compulsive cocaine taking that develops even with limited daily access to the drug. Wise offers the ratio of mean to standard deviation (M/SD) interresponse time as an objective measure of the subjective label 'compulsive.'

Di Chiara (1997). Alcohol and dopamine. Alcohol health and research world, 21, 108-114.

Eine Abhängigkeitserkrankung
ist...



chronisch



lebenslang



unheilbar

2. Suchtmittel

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

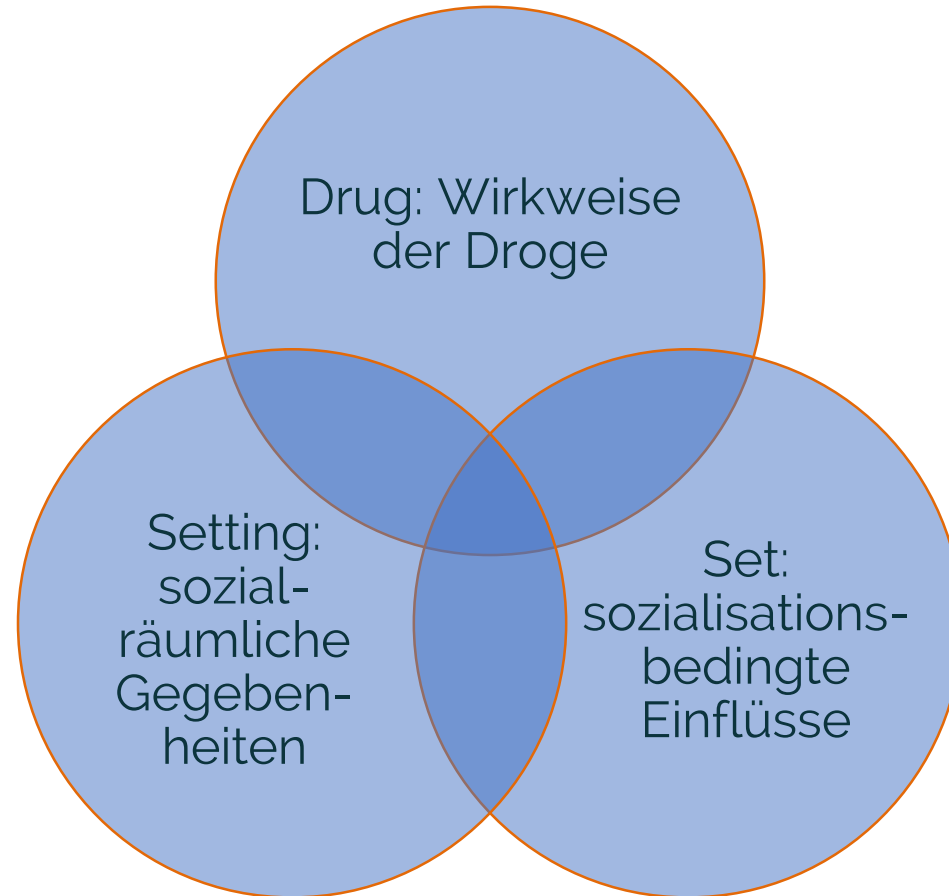
Definition: Drogen/Suchtmittel

Definitionen: Drogen/Suchtmittel

- Unter Drogen allgemein versteht man
„alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar macht.“
- Toleranz
Von Toleranz spricht man, wenn die ursprüngliche Wirkung einer Ausgangsdosis fortlaufend nur erreicht werden kann, wenn die Dosis erhöht wird.
Metabolische (Prozesse der Leber) und Pharmakologische (Anpassung der Rezeptoren im Gehirn)
Toleranz
- Physische Abhängigkeit
Nach Abklingen der durch den Konsum hervorgerufenen Symptome kommt es zu Entzugserscheinungen. Der Körper benötigt den Substanzkonsum, um den Normalzustand aufrechterhalten zu können
- Psychische Abhängigkeit
Starkes Verlangen nach dem Konsum, um einen lustvollen Zustand zu erreichen, bzw. um Unlustgefühle zu vermeiden.

Jungblut, Hans-Joachim: Drogenhilfe. Weinheim 2004

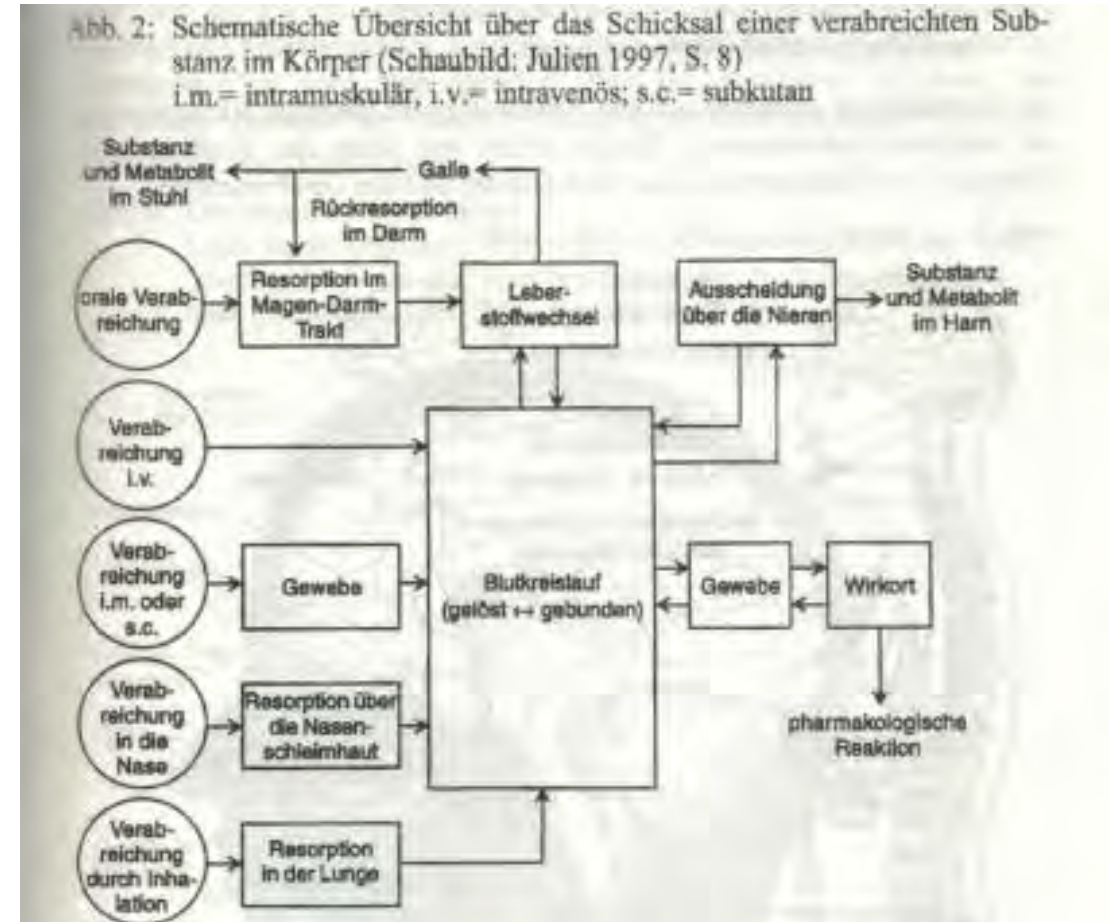
Konsum



Wirkung

Man unterscheidet:

1. Schnelligkeit der Wirkung
2. Intensität der Wirkung
3. Dauer der Wirkung (Halbwertszeit)
 - Dafür ist wichtig, wie die Substanz konsumiert wird und damit, wie schnell sie in den Blutkreislauf kommt
 - Unser Gehirn ist mit Rezeptoren ausgestattet, an denen körpereigene Botenstoffe „andocken“ können
 - Drogen können dann Ihre Wirkung entfalten, wenn sie an entsprechenden Rezeptoren andocken können.
- z.B. docken Opiate an den Rezeptoren für Endorphin an – der körpereigene Regulator zur Schmerz- und Stressregulation



Nikotin/Tabak

Besonderheiten

- Tabakabhängigkeit ist die häufigste psychische Störung.
- Es kommt jedoch selten zur Diagnosestellung.
- Im Unterschied zum Alkohol-, Medikamenten- oder Cannabiskonsum gibt es sehr viel weniger Tabakkonsumenten, die nicht abhängig sind.
- Regelmäßiger Konsum ist grundsätzlich schädlich, d.h. es gibt kaum einen unkritischen Konsum.

Risiken/Folgen

- Todesfälle jährlich in D durch Rauchen: 121.000 Menschen
- Im Schnitt verlieren Raucherinnen und Raucher zehn Jahre ihres Lebens.
- Die häufigsten tabakbedingten Todesfälle resultieren aus Krebserkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- 90 % aller Lungenkrebsfälle werden durch das Rauchen verursacht.
- Rauchen ist außerdem die bedeutendste Ursache für die Entwicklung einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Trends

- „Der Anteil rauchender Jugendlicher hat sich in den vergangenen 10 bis 15 Jahren um zwei Drittel verringert.“
- Die Raucherquote bei Erwachsenen ist seit 2003 um etwa 30 Prozent gesunken.
- „Der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, hat sich in den letzten 10 bis 15 Jahren halbiert.“
- Neue Rauchprodukte: E-Zigarette, Tabakerhitzer, E-Shishas
 - Schadstoffgehalt und Suchtpotential variieren bei diesen Produkten deutlich
 - langfristige gesundheitliche Folgen noch nicht geklärt

Drogen- und Suchtbericht 2018: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf

Kriterien

Eine schwere Tabakabhängigkeit liegt unzweifelhaft vor, wenn...

- man mehr als 20 Zigaretten am Tag raucht
- körperliche Beschwerden bereits vorhanden sind (Kurzatmigkeit, Raucherhusten usw.)
- erfolglos probiert wurde, aufzuhören
- Vorrat stets gesichert ist
- Entzugserscheinungen auftreten, sobald man mehr als 2 Stunden nicht zum Rauchen kommt (Unruhe, Aggressivität, Hungergefühl, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Hitzewallungen)

Fragerström-Test zur Einschätzung des Schweregrads der Tabakabhängigkeit

Fragerström-Test I

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
 - a. Innerhalb von 5 Minuten 3 Punkte
 - b. 6 bis 30 Minuten 2 Punkte
 - c. 31 bis 60 Minuten 1 Punkt
 - d. Später als 60 Minuten 0 Punkte

2. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, an denen Rauchverbot herrscht?
 - a. Ja 1 Punkt
 - b. Nein 0 Punkte

3. Auf welche Zigarette würden Sie am wenigsten verzichten wollen?
 - a. Auf die erste am Morgen 1 Punkt
 - b. Auf eine andere 0 Punkte

Fragerström-Test II

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen am Tag?
- a. Bis zu 10 0 Punkte
 - b. 11 bis 20 1 Punkt
 - c. 21 bis 30 2 Punkte
 - d. Mehr als 30 3 Punkte
5. Rauchen Sie am frühen Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
- a. Ja 1 Punkt
 - b. Nein 0 Punkte
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, obwohl Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?
- a. Ja 1 Punkt
 - b. Nein 0 Punkte

Fragerström-Test III

Auswertung:

- 0 – 2 Punkte: sehr gering
- 3 – 4 Punkte: gering
- 5 Punkte: mittelstark
- 6 – 7 Punkte: stark
- 8 – 10 Punkte: sehr stark

Alkohol

Risiken und Folgen

- Todesfälle jährlich in D durch Alkohol: 21.000 Menschen
- Aufgrund der Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ wurden 2016 234.785 Männer und 87.820 Frauen in Krankenhäusern behandelt (Statistisches Bundesamt 2017). Bei Männern ist diese Diagnose der häufigste Grund für eine Aufnahme im Krankenhaus.
- Bei riskantem Konsum sind relevante kurzfristige Folgen insbesondere Unfälle, Gewalt und riskantes Sexualverhalten.
- Langfristige Folgen betreffen so gut wie alle Organe, z.B. erhöhtes Krebsrisiko (v.a. Leber-, Darm-, Speiseröhren- und Brustkrebs), Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Leberschäden etc.
- Pro Jahr werden etwa 10.000 Babys in Deutschland mit alkoholbedingten Folgeschäden geboren (Fetale Alkoholspektrumsstörungen), davon 2.000 mit schweren Beeinträchtigungen (Fetales Alkoholsyndrom FAS).

Drogen- und Suchtbericht 2018: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf

Trends

- „In Deutschland weisen rund 18 % der Männer und 14 % der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Bei Frauen ist die Prävalenz des Risikokonsums in der hohen Sozialstatusgruppe am höchsten. Bei Männern lässt sich keine eindeutige Tendenz des Risikokonsums nach Sozialstatusgruppen feststellen.“
- „Der Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol ist in den letzten 40 Jahren zurückgegangen. Im internationalen Vergleich zählt Deutschland allerdings weiterhin zu den Hochkonsumländern.“
- Männer konsumieren nach wie vor mehr Alkohol als Frauen. Der riskante Konsum ging bei Männern in den letzten 20 Jahren leicht zurück, während er bei Frauen weitgehend unverändert blieb.
- Der riskante Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist seit 2007 um etwa zwei Drittel zurückgegangen und liegt bei beiden Geschlechtern etwa gleich hoch. Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinken, ist in den letzten zehn Jahren ebenfalls gesunken, liegt bei Jungen aber etwa doppelt so hoch wie bei Mädchen.“

Drogen- und Suchtbericht 2018: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf

Kritischer vs. unkritischer Alkoholkonsum

Wir leben in einer Gesellschaft,

- in der Alkoholkonsum toleriert, gefördert und manchmal sogar gefordert wird
- mit einer liberalen oder sogar gestörten Alkoholkultur

Es ist wenig hilfreich, wenn

- Experten verbreiten, dass es überhaupt keinen risikofreien Alkoholkonsum gibt
- Meinungsmacher verbreiten, dass ein täglicher Alkoholkonsum völlig unproblematisch oder sogar gesund ist

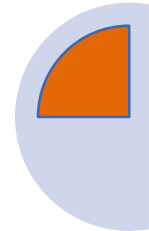
Es muss Regeln geben, wer ab welchem Alter und in welchen Situationen wie viel Alkohol zu sich nehmen darf.

Für die körperliche Gesundheit lassen sich Grenzen in Form von durchschnittlichen Höchstmengen und Konsumtagen einigermaßen klar festlegen.

Jedoch ist es schwierig, die Grenzwerte in ein alltagstaugliches Stopp-Signal zu übertragen.

Schneider, R. (2019). Die Suchtfeibel. Schneider Verlag Hohengehren

Orientierungsmerkmale



Unkritisch (volljährig, gesund)

Alkohol als gelegentliche Möglichkeit des Genießens oder der Konvention

Auf keinen Fall im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, während Krankheiten, während Schwangerschaft

Hobbys, Interessen oder andere Arten zu entspannen existieren, bei denen Alkohol keine Rolle spielt

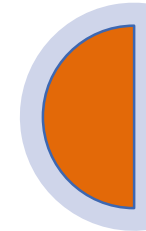
Es existieren Freunde, die mäßig, wenig oder keinen Alkohol trinken

Üblicherweise wird vor oder während des Alkoholkonsums etwas gegessen

Es wird nicht länger als 1-2 Stunden „am Stück“ getrunken

Im Allgemeinen wird keine höhere Blutalkoholkonzentration als 0,5 Promille erreicht, also nicht mehr als eine Trinkeinheit (ca. 10 g Reinalkohol; 0,2-0,3 l Bier) in einer halben Stunde getrunken

Man fühlt sich wohl mit dem eigenen Alkoholkonsum



Kritisch

Alkoholische Getränke werden als unverzichtbarer Teil des Lebens betrachtet

Es werden gelegentlich Verstöße gegen ein situationsbedingtes Trinkverbot erlaubt

Es werden nahezu ausschließlich Hobbys, Interessen sowie Möglichkeiten zu entspannen und zu genießen praktiziert, die irgendwie mit dem Konsum von Alkohol verbunden sind

Man hat einen Freundes- und Bekanntenkreis, in dem viel getrunken wird (bzw. man pflegt kaum Freundschaften)

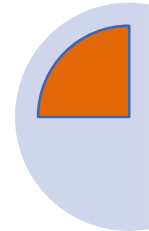
Man trinkt außerhalb von Mahlzeiten und im Verlauf des Tages

Man trinkt oft länger als 1-2 Stunden „am Stück“ und verbringt insgesamt viele Stunden mit dem Trinken

Es wird oft eine Blutalkoholkonzentration von mehr als 0,5 Promille erreicht

Man ist insgeheim nicht so ganz glücklich mit der Art des Trinkens

Orientierungsmerkmale



Unkritisch (volljährig, gesund)

Alkohol als gelegentliche Möglichkeit des Genießens oder der Konvention

Auf keinen Fall im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz

wä

Hol

exis

Es

Alk

Üb

Alk

Es

get

Im

Blu

nich

0,2

Man trinkt sich wohl mit dem eigenen / alkoholfreien



Alkoholische Getränke werden als unverzichtbarer Teil des Lebens betrachtet

Es werden gelegentlich Verstöße gegen ein Verbot erlaubt

ießlich Hobbys,

eiten zu entspannen

t, die irgendwie mit dem

unden sind

und Bekanntenkreis, in

zw. man pflegt kaum

Mahlzeiten und im

2 Stunden „am Stück“

ele Stunden mit dem

Alkoholkonzentration von mehr

als 0,5 Promille erreicht

Man ist insgeheim nicht so ganz glücklich mit der

Art des Trinkens

Faustformel:
Wer einen halben Liter Bier zügig trinken kann, ohne davon eine Änderung im Befinden und in der Stimmung zu erleben, treibt mit hoher Wahrscheinlichkeit Alkoholmissbrauch (oder ist genetisch erheblich gefährdet)

Genuss und Missbrauch

„Der Unterschied zwischen „genießen“ und „missbrauchen“ ist genau dieser: Wenn du ein Vergnügen genießt, bereicherst du dein Leben, und jedes Mal gefällt dir nicht nur das Vergnügen mehr, sondern auch das Leben selbst; das Zeichen dafür, dass du es missbrauchst, ist die Erkenntnis, dass das Vergnügen dir das Leben ärmer macht und dich nicht das Leben interessiert, sondern nur dieses spezielle Vergnügen. Das heißt, das Vergnügen ist kein angenehmer Bestandteil der Vielfältigkeit des Lebens mehr, sondern eine Zuflucht, um dem Leben zu entfliehen, um dich vor ihm zu verstecken.“

(Fernando Savater, Spanischer Philosoph)



Von D.L.L - Eigenes Werk, CC BY 2.5,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1884480>

Merkmale missbräuchlichen Alkoholmissbrauchs

Merkmale missbräuchlichen Alkoholkonsums:

1. Zu unpassender Gelegenheit (Autofahren, Arbeit, Sport, Schwangerschaft etc.) oder
2. Bis zum Rauschzustand oder
3. Zur Besserung einer gestörten seelischen Befindlichkeit (Seelentröster) oder
4. In gesundheitlich bedenklichem Umfang

	Männer	Frauen
Risikant	25-60 g	13-40 g
Gefährlich	bis 120 g	bis 80 g
Hochkonsum	> 120 g	> 80 g

Grenzwerte für den täglichen Alkoholkonsum getrennt für Geschlechter in Gramm Reinalkohol.

Unkritischer Konsum: Männer bis 24g, Frauen bis 12g Reinalkohol täglich PLUS

mindestens 2 abstinente Tage pro Woche.

Aus: Schneider, R. (2019). Die Suchtfiibel. Schneider Verlag Hohengehren

Medikamente

Merkmale von Medikamentenmissbrauch

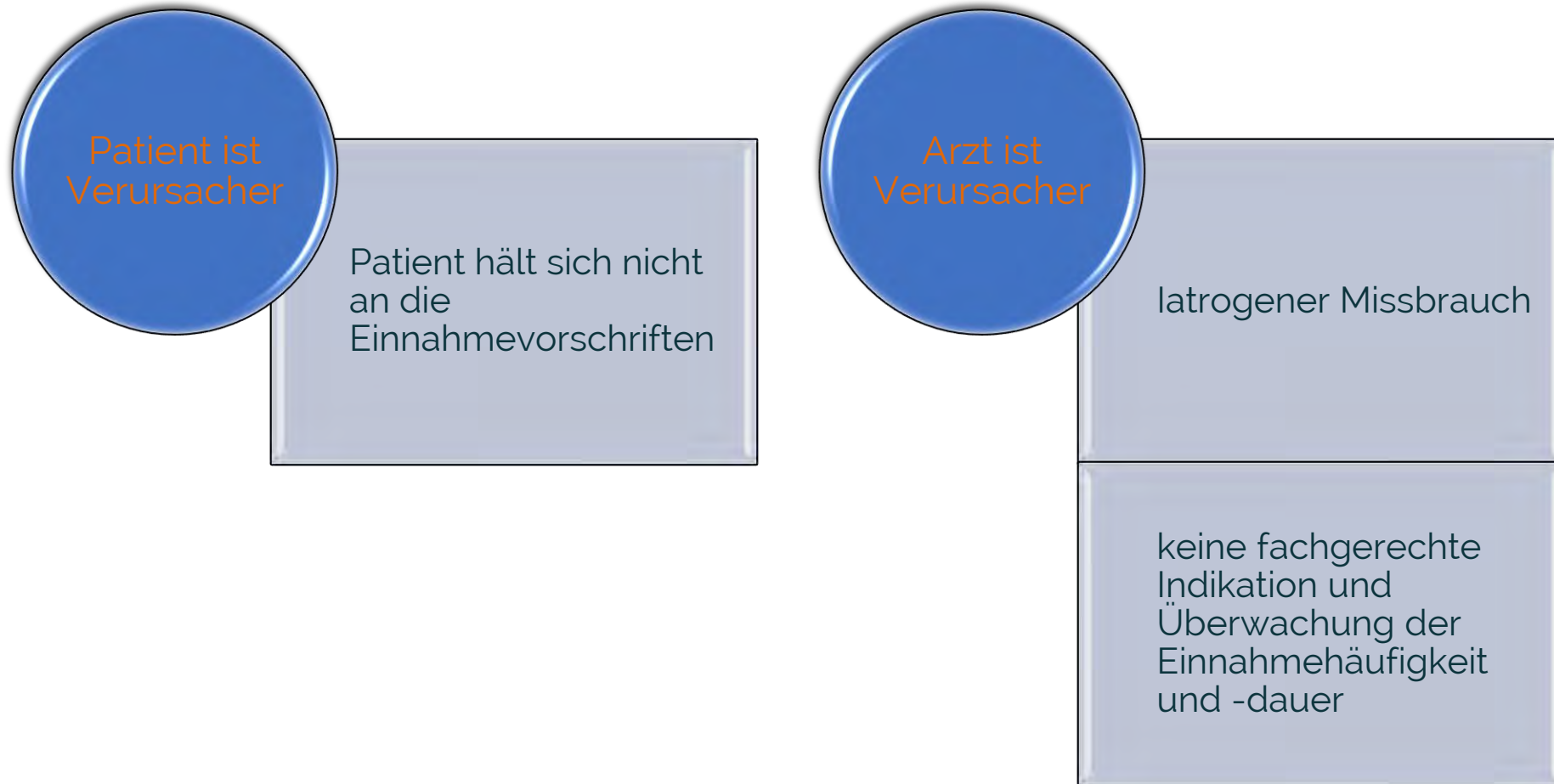
- Psychotrope Medikamente, die die seelische Befindlichkeit beeinflussen, werden wiederholt zur Besserung eines gestörten Allgemeinbefindens verwendet.
- Obwohl therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung der ursächlichen Störung vorhanden wären, werden Medikamente zur symptomatischen Behandlung der Beschwerden verordnet oder angewendet (z.B. Psychopharmaka statt Psychotherapie).
- Die Medikamente werden nicht in der vorgeschriebenen Häufigkeit, Dosierung und Dauer verschrieben und/oder eingenommen.

Abgrenzung

Abgrenzung zwischen Gebrauch und Missbrauch in der Praxis schwierig, da...

- der Einstieg fast immer über einen Arzt erfolgt
- es einen „offiziellen Grund“ für Substanzkonsum (Autorität hat dies verordnet) gibt
- die Konsumsituation privat und unbemerkt ist, die Substanz in Griffnähe ist
- die Beschaffung „sauber“ und oft kostenlos ist
- die Wirkung gezielt und eingegrenzt ist
- eine Niedrigdosisabhängigkeit nur selten erkannt wird
- Entzugserscheinungen oft nur mit großer zeitlicher Verzögerung auftreten und schnell durch eine erneute Einnahme beseitigt werden können
- sich der Missbrauch (oder die Abhängigkeit) „mit einer weißen Weste“ entwickelt: keine Fahne, kein auffälliger Rausch, vom Doc abgesegnet

Entstehungsursachen



3. Stoffungebundene Abhängigkeiten

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“
Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Definition - Abgrenzung

- Bei einer stoffgebundenen Abhängigkeit ist man von einer Substanz abhängig, die das süchtige Verhalten verursacht, und die die psychische und/oder physische Abhängigkeit fördert.
- Eine stoffungebundene Abhängigkeit bezieht sich auf die Verhaltensweisen, die zwanghaft und/oder exzessiv ausgeführt werden, um dadurch das Belohnungssystem im Gehirn immer wieder zu aktivieren.
- Somit spricht man bei stoffungebundenen Süchten von Verhaltenssüchten.
- Beispiele:
 - pathologisches Glückspiel (Spielbanken/-hallen, Sport-/Pferdewetten, Lotterien, Gewinnspiele -> Glücksspielstaatsvertrag)
 - Mediensucht (Internet, Gaming, Social Media, Fernsehen, Handy/Smartphone)
 - Messie-Syndrom
 - Essstörungen (Anorexie, Bulimie)

Besondere Problematik

- Gerade bei nicht stofflichen Süchten ist es schwer zu erkennen, wo es sich um ganz alltägliche Verhaltensweisen handelt und wo die Sucht beginnt.
- Beispiel: Essen ist notwendig, um zu überleben und kann gleichzeitig Genuss sein, wird aber zur Sucht, wenn man täglich zwanghaft Unmengen jeglicher Art von Lebensmitteln in sich hinein stopft, um sie anschließend wieder zu erbrechen oder zwanghaft darauf verzichtet.
- Zusätzliches Problem: Bestimmte Verhaltensweisen sind gesellschaftlich akzeptiert und besonders exzessives Verhalten wird als wünschenswert gesehen.
- Andere mögliche Verhaltenssüchte:
 - Hypersexualität
 - Arbeitssucht
 - Kaufzwang
 - Beziehungssucht
 - Exzessives Sporttreiben
 - ...

Kriterien

- Craving (intensiver, schwer zu kontrollierender Drang, das Verhalten auszuüben)
- Toleranzentwicklung
- Kontrollverlust
- Vernachlässigung sozialer und beruflicher Verpflichtungen
- finanzieller Ruin
- zerrüttete Familienverhältnisse
- Auch hier kann es zu körperlichen Symptomen beim "Absetzen" des Suchtmittels kommen, zum Beispiel Unruhe und/oder Schlafstörungen.
- *Cave:* „Nicht alle exzessiven und/oder belohnenden Verhaltensweisen müssen beziehungsweise können in einer Sucht münden.“

Diagnostik

- Bisher wurde lediglich die Glücksspielsucht in Form des „pathologischen Spielens“ in die internationalen psychiatrischen Diagnosemanuale aufgenommen – unter „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (wie Kleptomanie oder Pyromanie).
- Außerdem werden Essstörungen als „psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter“ diagnostiziert.
- Arbeitssucht, Internetsucht, Kaufsucht und Sexsucht finden sich nicht in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV.
- *Cave:* Entsprechend schwierig kann sich die Kostenübernahme für psychotherapeutische Maßnahmen gestalten.
- Änderung erst im ICD-11
(Einführung zum 01.01.2022, Übergangszeitraum von mindestens fünf Jahren).

Therapie

- Primäre Behandlungsform: Verhaltenstherapie
- Ergänzend möglich: Pharmakotherapie
- Häufig: Selbsthilfe (www.sekis-berlin.de)
- Ziel: Erhöhung der Stressresistenz
- Alternative Verhaltensweisen bei Anspannung und Druck

4. Illegale Suchtmittel

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Vorbemerkungen I

- Eine hohe Gefährlichkeit entsteht bei Abhängigkeitserkrankungen durch Mischkonsum (Polytoxikomanie).
- Drogenkonsumenten sind selten dem Lehrbuch entstiegen und oft werden mehrere Stoffe parallel oder nacheinander konsumiert.
- So werden z.B. nach dem Konsum aufputschende Stoffe (Amphetamine) Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) oder Schlafmittel konsumiert, um „runterzukommen“.
- Die verminderte Erektionsfähigkeit, die durch manche Drogen ausgelöst wird, wird durch Potenzpillen ausgeglichen.
- Nach dem beruhigenden Cannabiskonsum werden Energy-Drinks oder aufputschende Tabletten genommen, um wieder leistungsfähig zu werden.
- Alkohol wird oft parallel zu anderen Stoffen konsumiert, was manchmal aufgrund des Kontrollverlustes zu versehentlichen Überdosierungen führt.

Drugs & Music - I

Video:

benski tv: The Stranglers - Golden Brown (Restored Music Video)

YouTube. eb, 18.3.22, in <https://www.youtube.com/watch?v=z-GUjA67mdc>

Heroin I

- **Heroin** (*chemisch Diacetylmorphin oder Diamorphin*), ist ein halbsynthetisches, stark analgetisches Opioid.
- Opiate werden seit ca. 3000 v. Chr. als betäubende bzw. euphorisierende Stoffe konsumiert (*China, Ägypten*).
- 1897: Entwicklung von „Heroin“ durch die Elberfelder Farbenfabriken (*Felix Hoffmann*).
- Vermarktung u.a. als Schmerz- und Hustenmittel, aber auch als „nicht süchtig machendes Medikament“ gegen die Entzugssymptome von Morphium und Opium. Verabreichung als Sirup, Zäpfchen oder Tablette.



Heroin II

- bereits 1918 7.000 registrierte Heroinabhängige in New York
- erstes „Opiumgesetz“ in Deutschland 1930, 1931 Einstellung der Produktion bei Bayer, 1954 Ende der Herstellung in Deutschland
- Prävalenz:
 - Lebenszeitprävalenz in den letzten 30 Jahren quasi unverändert (1,4 % 1990, 1,6 % 2018)
 - Aber: Prävalenz in den letzten 12 Monaten im gleichen Zeitraum verfünffacht (von 0,1 % 1990 auf 0,5 % 2018) → mit etwa 225.000 mehr aktive Heroinkonsumenten denn je!

ESA 2018, IFT München

Heroin III - Wirkung

- Hauptwirkung: euphorisierend, analgetisch
- Halbwertszeit 4-6 Stunden
- Nicht toxisch
- Nebenwirkung: Brechreiz, Atemdepression (*Hauptrisiko bei Überdosierungen*), Obstipation (*keine Toleranzbildung!*)





„Meine Glieder wurden wahnsinnig schwer und waren gleichzeitig ganz leicht.

Ich war irrsinnig müde und das war ein unheimlich geiles Gefühl.

Die ganze Scheiße war mit einem Mal weg!“

(Christiane F., „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“, 1978)

Intravenöser Heroin-Konsum I

- Das Heroin wird (*in der Regel auf einem Löffel*) mit einer Säure (*pulverige Ascorbinsäure oder Zitronensaft*) und Wasser erhitzt und danach durch einen Filter aufgezogen. Die Säure bewirkt beim Aufkochen die für die intravenöse Injektion notwendige Bildung eines wasserlöslichen Heroinsalzes.
- Bei intravenösem Konsum von Heroin steigt die körperliche Toleranz gegenüber dem Opioid am schnellsten. Die Infektionsgefahr ist bei subkutanem Gebrauch geringer. Durch häufige intravenöse Injektionen unter nicht sterilen Bedingungen, wie sie unter Schwarzmarktbedingungen vorherrschen, bilden sich oft Hämatome und Vernarbungen, die eine Thrombose verursachen können.

Intravenöser Heroin-Konsum II

- iv-Konsum kann zu Abszessen führen.
- Zittern als Entzugerscheinung führt zu einer erhöhten Verletzungsgefahr bei der Selbstinjektion. Es besteht die Gefahr, die Vene zu verfehlen und sich eine „Kammer“ unter die Haut zu spritzen (*„sich ein Ei schießen“*).
- Die Benutzung derselben Kanüle durch mehrere Personen oder das Aufteilen einer aufgekochten Zubereitung birgt das Risiko einer Infektion mit HIV/AIDS und sonstigen durch das Blut übertragbaren Krankheiten (z. B. *Hepatitis B und besonders Hepatitis C*).
- **Cave:** Durch die Strecksubstanzen in Schwarzmarktheroin (*Strychnin und viele andere*) kann es zu lebensbedrohlichen Vergiftungen kommen.



Nasaler Heroin-Konsum

- Beim „Sniefen“ durch die Nase wird das Heroin zu feinem Pulver zermahlen. Ähnlich wie beim Kokain wird es anschließend mit einem Schnupfröhrchen durch die Nase eingesogen und eingeatmet, wodurch es direkt auf die Nasenschleimhaut gelangt. Dort geht es umgehend in die Blutbahn über und entfaltet seine Wirkung.
- Wird Heroin über einen längeren Zeitraum direkt auf die Nasenschleimhaut aufgebracht, trocknen die Schleimhäute aus und können reißen. Die Folge ist eine Neigung zu Nasenbluten. Da die Nasenschleimhaut zu den Teilen des menschlichen Körpers gehört, die nach einer toxischen Schädigung nicht regenerierbar sind, können die Nasenscheidewände bei extremem Konsum über die Nase Löcher bekommen. Bei dem gemeinsamen Gebrauch von Ziehwerkzeugen kann es zu Krankheitsübertragungen kommen.

Inhalativer Heroin-Konsum

- Beim Rauchen wird das Heroin auf einem Stück Alufolie verdampft. Dieser Dampf wird mithilfe eines Aluröhrchens inhaliert.
- relativ ineffiziente Konsumform; man benötigt mehr Heroin für die gleiche Wirkung
- Vorteil: Die relativ gut kontrollierbare Dosierung. Aufgrund des sofortigen Wirkungseintritts wird eine drohende Überdosis bemerkt, bevor eine zu große Menge der Droge konsumiert wurde, was beim Injizieren oder „Sniefen“ nicht möglich ist.
- Bei den letzteren Konsumformen wird jeweils eine bestimmte Menge der Droge zugeführt und befindet sich dann im Körper. Die Wirkung erreicht ihren Höhepunkt also erst, nachdem der Konsument sich die volle Menge zugeführt hat, so dass er keine Chance hat, diese zu korrigieren („*Goldener Schuss*“).

Drugs & Music - II

Video:

Eric Clapton 'Cocaine'

– from Eric Clapton: Live at the Royal Albert Hall, London /2015

YouTube. Web, 18.3.2022. in <https://www.youtube.com/watch?v=blsDliExqh8>



Kokain

- **Kokain** ist ein starkes Stimulans mit hohem psychischen Abhängigkeitspotenzial. Chemisch gehört es zu den Alkaloiden.
- in Südamerika seit Jahrtausenden bekannt, erste Einfuhr nach Europa um 1750
- Entdeckung des Alkaloids 1859 in Göttingen (Albert Niemann) und Benennung als „Kokain“; 1923 erste Synthese der Reinsubstanz in Darmstadt
- Zwischen 1886 und 1906 enthielt Coca-Cola einen Extrakt aus Cocablättern – ca. 250 mg Kokain/Liter.
- Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts in Europa weit verbreitet und legal.



Kokain - Prävalenz

- Die Prävalenz in Deutschland ist konstant ansteigend:
 - Die Lebenszeitprävalenz bei Erwachsenen hat sich von 1,3 % 1990 auf 4,4 % 2018 mehr als verdreifacht → rund 2 Millionen „Jemals-Konsumenten“
 - Die Zahl der aktiven Nutzer („in den letzten 12 Monaten“) hat sich von 0,3 % auf 1,2 % vervierfacht → ca. 500.000 aktive Konsumenten

ESA 2018, IFT München

Kokain - Wirkung I

- Kokain bewirkt im Zentralnervensystem eine Stimmungsaufhellung, Euphorie, ein Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit und Aktivität sowie das Verschwinden von Hunger- und Müdigkeitsgefühlen.
- Kokain bewirkt eine Erhöhung der Atem- bzw. der Pulsfrequenz evtl. Atemunregelmäßigkeiten und gleichzeitig eine Verengung der Blutgefäße und damit eine Erhöhung des Blutdruckes. Dies kann u. a. Herzrhythmusstörungen bis hin zum Herzanfall zur Folge haben.

Kokain - Wirkung II

- Durch die Störung der Gefühle für Hunger, Durst, Furcht, Schlaf und Wachen kann es zu starken Mangelerscheinungen in diesen Bereichen kommen. Regelmäßiger Konsum kann die Körperreserven ausbeuten. Massiver Schlafentzug aufgrund von Kokainkonsum kann zu paranoiden Halluzinationen, Verfolgungsängsten, zeitlicher und örtlicher Desorientierung, gesteigerter Nervosität und Aggressivität führen.
- Nach dem Ausklingen der Wirkung kommt es häufig zu depressionsartigen Zuständen („*Crash*“). Bei intensiven Konsumformen kann dies zu einem starken Drang zu einem sofortigen weiteren Konsum führen.

Video:
CWS Werbung 'Koks'
YouTube. Web, 18.3.2022. in:
<https://www.youtube.com/watch?v=c6nk8wFob2k>

Kokain – Formen I

- **Kokainhydrochlorid**, also die Salzsäure-Salzform von Kokain, ist die gebräuchlichste Form von Kokain auf dem deutschen Schwarzmarkt und außerdem das, was man gemeinhin unter Kokain versteht. Kokainhydrochlorid ist gut wasserlöslich und daher zum Schnupfen, Essen oder zur Injektion geeignet. Zum Rauchen eignet es sich schlecht, da es sich erst bei hohen Temperaturen (195 °C) verflüchtigt und dann zu einem großen Teil verbrennt. Deshalb wird für diesen Zweck meist Kokainbase oder Crack hergestellt
- **Kokainbase** ist die Basenform von Kokain im Gegensatz zu Kokainhydrochlorid. Kokain kann in Basenform sehr viel effektiver geraucht werden als Kokainhydrochlorid



Kokain – Formen II

- Durch Aufkochen von Kokainhydrochlorid mit Natriumhydrogencarbonat entsteht ein Gemisch aus Kochsalz und Kokain-Hydrogencarbonat, das „Crack“ genannt wird. Crack sind Körner („Rocks“), die bei $96\text{ }^{\circ}\text{C}$ mit knackendem („to crack“) bzw. knisterndem („to crackle“) Geräusch als freie Base verdampfen
- Hergestellt wird Crack, indem Kokainsalz mit Natriumhydrogencarbonat („Natron“) vermischt und erhitzt wird. In den USA wird dazu Backpulver verwendet, welches dort ausschließlich aus Natriumhydrogencarbonat besteht



Drugs & Music - III

Video:

Mocorongo Master. Rick James - Mary Jane

YouTube. Web, 18.3.2022. in <https://www.youtube.com/watch?v=PrPNwLuk0zQ>

Cannabis I

- erste Anwendung von **Cannabis** vor ca. 2.400 Jahren in Indien; in Europa Einfuhr und Anbau ab dem 17. Jahrhundert
- noch Mitte des 19. Jahrhunderts Verwendung von süßem „Haschisch-Konfekt“ als Beruhigungsmittel für Kinder; vorläufiger Höhepunkt als „Jazz-Zigarette“ weltweit in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts
- 1929 in Deutschland verboten, 1937 in den USA
- Applikation inhalativ (*pur oder als „Joint“ gemischt mit Tabak*) oder oral (*eingebunden in fetthaltige Lebensmittel, z.B. „Space Kekse“*)
- mögliche Risiken:
 - Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit
 - Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit
 - erhöhtes Risiko, eine chronische Bronchitis auszubilden



Cannabis II

- Cannabis wird aus verschiedenen Hanfsorten (*Cannabis sativa*, *Cannabis indica*) gewonnen.
- Die getrockneten und zerkleinerten harzhaltigen Blüten und die kleinen oberen Blätter und Stängel der weiblichen Pflanze werden zu Marihuana verarbeitet.
- Haschisch ist das Produkt des gepressten Harzes der THC-haltigen Drüsenhaare.
- Seit 2017 können in Deutschland chronisch und schwer Erkrankte Cannabis auf Rezept erhalten, weltweit lockern einige Länder ihre Bestimmungen.

Marihuana



Haschisch



Cannabis III

- Hauptwirkstoffe sind die sogenannten Cannabinoide; zu ihnen zählt auch Tetrahydrocannabinol (*THC*)
- Cannabinoide beeinflussen das Zentralnervensystem des Menschen. Besonders häufig erzielen sie eine relaxierende, sedierende und antiemetische Wirkung, in höherer Dosierung wird auch von veränderter Wahrnehmung von Farben, Formen oder akustischen Eindrücken berichtet.
- Prävalenz: Cannabis ist in der Bundesrepublik Deutschland die am häufigsten konsumierte illegale Droge.
- Deutlich steigende Konsumentenzahlen: In den letzten 30 Jahren hat sich die Anzahl der erwachsenen Cannabis-Konsumenten mehr als verdoppelt (*von 14,0 % 1990 auf 31,9 % 2018 in der Lebenszeit-Prävalenz, von 4,1 % auf 8,3 % in den letzten 30 Tagen*)

ESA 2018, IFT München

Cannabis - Risikofaktoren

- „Zwar hat der Konsument selbst ein Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, die jedoch objektiv betrachtet immer mehr abnimmt. An die Stelle geordneten Denkens und logischer Schlussfolgerungen tritt häufig eine Art Scheintiefsinn, wovon vor allem Sorgfaltsleistungen betroffen sind. [...] Im Zusammenhang mit dem genannten Amotivationssyndrom zeigt sich ein zunehmendes allgemeines Desinteresse, gepaart mit verminderter Belastbarkeit. Der Konsument zieht sich immer mehr in sich zurück und wird sich selbst und den Aufgaben des Alltags gegenüber immer gleichgültiger: Er fühlt sich den Anforderungen der Leistungsgesellschaft allmählich immer weniger verpflichtet, aber auch immer weniger gewachsen, und schert mehr und mehr aus seinem bisherigen sozialen Gefüge aus.“

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2011)

Cannabis und Psychosen

- besonderes Risiko bei Jugendlichen:
 - Ca. 5 % aller jugendlichen Cannabis-Konsumenten haben psychotische Symptome
- neue Studie aus Hamburg:
 - „Je höher die tägliche Menge an konsumiertem Cannabis ist und je länger der Zeitraum des Missbrauchs, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Schizophrenie zu entwickeln.“
 - „Wer bereits eine Veranlagung zur Schizophrenie hat, löst diese durch die Droge womöglich deutlich früher aus.“

Bad Trips: Cannabis

Christina, 28, hatte einen beängstigenden Rausch auf Cannabis. Sie kiffte schon lange, seit ihrem 24. Lebensjahr mehrmals wöchentlich bis täglich. Außer Alkohol konsumiert sie keine anderen Drogen.

Anmerkungen von Thomas Polak, Arzt und Chemiker am Universitätsklinikum Würzburg in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und am Interdisziplinären Zentrum für Suchtforschung Würzburg.



Benzodiazepine I

- **Benzodiazepine** werden in der Medizin als Tranquilizer (*angstlösend, muskelrelaxierend, sedierend und schlaffördernd*) und als Antiepileptika eingesetzt.
- Wirkung im ZNS – gemeinsam mit Gamma-Aminobuttersäure (GABA). Je stärker die Bindung am Rezeptor, desto intensiver und stärker die Wirksamkeit.
- Häufig konsumiert werden z.B. Flunitrazepam (*Rohypnol®*), Oxazepam®, Diazepam (*Valium®*) und Clonazepam (*Rivotril®*).
- Einsatz seit den 60er-Jahren als „Ersatz“ für Barbiturate (*Hoffmann – La Roche 1960 Librium®, 1963 Valium®*).

Benzodiazepine II

- Eine psychologische und körperliche Abhängigkeit kann sich innerhalb einiger Wochen oder Monate des regelmäßigen oder wiederholten Gebrauches entwickeln.
- ca. 11 % der Bevölkerung berichten von einer Benzodiazepineinnahme innerhalb des vergangenen Jahres; je nach Studienlage verwenden 30-90 % der Substituierten zumindest gelegentlich Benzodiazepine



Benzodiazepine III

- Gründe für Benzodiazepinkonsum:
 - Erhöhung des „Kicks“ durch illegale Drogen
 - Bekämpfung/Linderung von Entzugssymptomen
 - Einsatz als „Downer“, um die aufputschende Wirkung anderer Stoffe zu mildern (Kokain)
 - Selbstmedikation bei psychischen Problemen (Angst, Depression)
- In Kombination mit Alkohol und Methadon/Levomethadon ist die Wirkung der von Heroin sehr ähnlich.
- *Cave:* Häufigste Todesursache bei Drogenabhängigen ist die Kombination von Opiaten und Benzodiazepinen.

Benzodiazepine: Umgang in der Praxis

- Entzug ambulant sehr komplex
- kein schlagartiges Absetzen, schrittweise Reduktion
- stationärer Entzug ist zu bevorzugen, Dauer 3-5 Wochen (!)
- Umstellung auf ein Benzodiazepin mit mittlerer Halbwertszeit, kleine Reduktionsschritte (*z.B. Clonazepam in Tropfenform*)
- bei ambulanter Entgiftung: mindestens zweimalige (*besser bis zu viermalige*) Gabe täglich, Schwerpunkt abends
- Ausschleichen langsam
- Unterstützung durch Antikonvulsivum möglich (*Linderung von Entzugserscheinungen, Senkung des Risikos zu Entzugskrämpfen*)

„Non-Benzodiazepine“ bzw. „Z-Substanzen“

- „Z-Drugs“ als Oberbegriff für eine Substanzklasse von Schlafmitteln, deren Wirkstoffnamen mit „Z“ beginnen:
 - Zopiclon®, Zolpidem®, Zaleplon®...
- „Non-Benzodiazepine“: Chemisch sind diese Stoffe keine Benzodiazepine, greifen aber an den selben Rezeptoren an
- damit sehr ähnliche Wirkungen wie Benzodiazepine (*Hemmung der GABA-Wirkungen im ZNS*) – Bezeichnung „Benzodiazepinagonisten“
- eingeführt in den 90er-Jahren als „nicht abhängig machende Alternative“; Grund: in den Zulassungsstudien waren Suchtpatienten ausgeschlossen, dazu strikte zeitliche Befristung der Gabe

Z-Substanzen im Benzodiazepinentzug

- Keine Eignung im Benzodiazepinentzug: Die Gefahr, Entzugssymptome von Benzos zu erleiden, bleibt beim Absetzen der „Originalsubstanzen“ bestehen.
- *Cave:* Daher keine Indikation in Abdosierungsschemata bei Abhängigen, aber von diesen oft gewünscht/verlangt!
- Möglichkeit der „Einnahme nach Notwendigkeit“ problematisch, wenn die Einnahmedauer zu lang wird (*je nach Z-Substanz zwischen 14 Tagen und vier Wochen*).
- Bei Beendigung der Einnahme Absetzphänomene und Entzugserscheinungen in vergleichbarer Art und Stärke wie bei Benzodiazepinen!

Z-Substanzen: Wirkungen

- Z-Substanzen sind kurzwirksam (*1 Stunde bei Zaleplon®*, *2-4 Stunden bei Zolpidem®*, *etwa 5 Stunden bei Zopiclon®*).
- damit hohes Risiko von erneuter Tabletteneinnahme bei Schlafstörungen und im Entzug
- erwünschte Wirkung: Schlaffördernd, muskelrelaxierend
- unerwünschte Wirkungen:
 - gestörter Gleichgewichtssinn
 - einschränkungen der Muskelsteuerung
 - Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens
 - *Cave:* bei Kindern, älteren Menschen und Patienten mit hirnorganischen Störungen paradoxe Wirkung möglich – erregende Wirkung, Ruhelosigkeit, Wut, Aggression

Z-Substanzen: Umgang in der Praxis

- im Entzug/bei Abstinenzwunsch: Umstellung auf ein Benzodiazepin mit mittlerer Halbwertszeit
- Prognose: Reduktionsschemata wenig Erfolg versprechend aufgrund starker Wirkungsschwankungen (*kurze Wirkdauer*)



Pregabalin I

- Pregabalin ist ein Antiepileptikum.
- Einsatz bei Nervenschmerzen („*Phantomschmerzen*“, *Fibromyalgie*, *Diabetes Mellitus*, *Gürtelrose*), Epilepsie, generalisierten Angststörungen
- Wirkweise: Senkung der neuronalen Erregbarkeit (*Noradrenalin-Reduktion*)
- Pregabalin ist ein Analogon zur GABA, daher häufig „Ersatzmedikament“ für Benzodiazepine und Z-Substanzen
- Produktname: Lyrica®, diverse Generika
- EU-Zulassung 2004

Pregabalin: Missbrauch

- Symptome eines Pregabalin-Missbrauchs: Bewusstseinsminderung, Atemnot (*Verstärkung von opioidindizierter Atemdepression!*), Kopfschmerzen, Agitation/Aggression, Unruhe, Schlafstörungen (*paradoxe Wirkung!*)
- Bei OST-Patienten beliebt, da „Kick ohne Risiko“ – wird in den üblichen Drogenscreenings in der Regel nicht erfasst.
- Prävalenz: LWL-Klinik Lengerich, 2017: Nachweis bei 38 % aller Aufnahmen von polyvalent Abhängigen

Pregabalin II

- ursprünglich eingestuft mit „geringem Abhängigkeitsrisiko“
- in den letzten Jahren massiv steigende Missbrauchszahlen, vor allem bei Substitutionspatienten
- *Cave:* massive Überschreitungen der Tageshöchst-dosis (600 mg) an der Tagesordnung, Konsum vom 10-15fachen der Tagesdosis bekannt
- von 2008-2017 Steigerung der Verordnungs-zahlen um 500 %
- häufige Off-Label-Verordnung



Synthetische Drogen

- Sammelbegriff für Stoffgruppen wie
 - Narkosemittel (z.B. *Ketamin*)
 - Dissoziativa (z.B. *PCP*)
 - Halluzinogene (z.B. *synthetische Cannabinoide wie Spice oder K2, LSD*)
 - Legal Highs (*synthetische Cathinone - „Badesalze“*)
- **Synthetische Drogen** kommen nicht in der Natur vor, sondern stammen aus Labors.
- Unterschieden werden missbräuchliche Nutzung von Medikamenten oder aber speziell in Labors hergestellten Suchtmitteln.

„Designerdrogen“ I

- Eine **Designerdroge** ist eine synthetische (künstlich hergestellte) Version einer illegalen Droge, die chemisch leicht verändert wurde, damit sie nicht als illegal eingestuft werden kann.
- Im Wesentlichen handelt es sich um ein Experiment eines Chemikers, um eine neue Droge herzustellen, die legal (im Internet oder in Läden) verkauft werden kann und die es Dealern ermöglicht, Geld zu verdienen, ohne das Gesetz zu brechen.
- Während die neuen Substanzen nach und nach dem Gesetz unterstellt und als illegal erklärt werden, entwickeln die Hersteller neue Abwandlungen der Drogen, um weiterhin nicht mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten. So wiederholt sich der Zyklus.

„Designerdrogen“ II

- Einige dieser Drogen werden über das Internet oder in speziellen Läden (als „Kräutermischungen zum Rauchen“) verkauft, während andere als Produkte mit der Kennzeichnung „zum Verzehr nicht geeignet“ (zum Beispiel „Kräuterweihrauch“, „Pflanzennahrung“, „Badesalze“ oder „Schmuckreiniger“) getarnt werden, um ihren beabsichtigten Zweck zu verbergen und die Gesundheits- und Sicherheitsregeln zu umgehen.
- Da ständig neue Substanzen entwickelt werden, hat ein Konsument von Designerdrogen keine Chance zu wissen, was die von ihm eingenommenen Drogen beinhalten. Des Weiteren kann eine kleine Änderung, die an einer bekannten Droge durchgeführt wird – und das ist häufig der Fall – eine völlig neue Droge hervorbringen, die ganz andere Wirkungen hat. Die Konsumenten können daher nicht vorhersagen, welche Auswirkungen die Substanzen, mit denen sie experimentieren, auf die Gesundheit haben.

„Designerdrogen“ - Prävalenz

- In den Vereinigten Staaten wurden zwischen 2009 und 2014 etwa 200 bis 300 neue Designerdrogen identifiziert, von denen die meisten in China hergestellt wurden.
- Europa wurde in den letzten zehn Jahren von mehr als 650 neuen Designerdrogen überschwemmt. Einige von ihnen enthalten Substanzen, die bis heute nicht vollständig identifiziert worden sind, und deren Wirkung auf den menschlichen Körper und Verstand nicht bekannt ist.
- In Deutschland Prävalenz bei Erwachsenen (18 – 64 J.):
2,6% (Drogen- und Suchtbericht 2019)

Beispiel für Medikamentenabusus: Ketamin

- **Ketamin** (*Special K, Vitamin K, Kate*) ist ein Narkosemittel, das überwiegend in der Tiermedizin und unter bestimmten Bedingungen auch beim Menschen Anwendung findet. Es kann das Schmerzempfinden stark mindern und Bewusstlosigkeit hervorrufen.
- Herzfrequenz und Atmung werden nicht beeinträchtigt. Dadurch sollten schmerzfreie Operationen ohne Beatmungsgeräte möglich sein.
- Ketamin wurde erstmals 1962 synthetisiert, massiver Einsatz vor allem im Vietnamkrieg.
- strukturell verwandt mit PCP (*Phencyclidin*), das wegen starker halluzinogener Folgen vom Markt genommen worden war
- verschreibungspflichtig, aber kein BTM

Ketamin – Konsumformen

- Konsum als weißes, kristallines Pulver, in der Regel gesnieft
- kann auch geraucht oder intravenös appliziert werden
- Abhängig von der eingenommenen Menge und der Konsumform kann direkt nach dem Konsum Bewusstlosigkeit eintreten. Wird Ketamin gespritzt, setzt die Narkose innerhalb von 30 Sekunden ein und hält etwa 5-10 Minuten an. Beim Sniefen tritt die Wirkung meist nach ein paar Minuten ein und dauert ein bis zwei Stunden.
- *Cave:* Der Wirkstoffgehalt bei illegal erworbenem Ketaminpulver ist in der Regel nicht bekannt, weshalb immer auch die Gefahr einer Überdosierung besteht!

Ketamin – Wirkung

- Bei niedrigen Dosierungen stellen sich Halluzinationen ein und die Wahrnehmung von Zeit und Raum ist verzerrt.
- Höhere Dosierungen können so genannte **Nahtoderlebnisse** zur Folge haben. Konsumierende werden in Zustände versetzt, die dem Sterben ähnlich sein sollen: Es entsteht das Gefühl, den eigenen Körper zu verlassen oder mit der Umwelt zusammenzufließen, was als Ich-Auflösung oder Ich-Entgrenzung bezeichnet wird. Konsumierende kommen an einen Punkt, an dem sie sich völlig losgelöst fühlen von der Realität. Für diesen Zustand wurde der Begriff „**K-Hole**“ geprägt.

Ketamin – Risiken

Akute psychische Risiken:

- Die starken Bewusstseinsveränderungen ähneln den Symptomen einer schizophrenen Psychose.
- Für manche Konsumierende liegt der Reiz der Droge vermutlich gerade in den halluzinogenen Effekten und dem Abtauchen in die „K-Hole“.
- Diese extremen Zustände können allerdings auch Angst und Panikattacken auslösen.
- Erinnerungslücken und Blackouts können ebenfalls auftreten, weshalb Ketamin ebenso wie GHB auch unter dem Stichwort „K.O-Tropfen“ bekannt geworden sind.

Akute körperliche Risiken:

- Herzrasen, Übelkeit und zeitweilige Bewegungsunfähigkeit,
- Wahrnehmungseinschränkungen
- gesenktes Schmerzempfinden
- stark erhöhtes Unfallrisiko
- schnelle Toleranzbildung, hohes Abhängigkeitspotenzial

Bad Trips: Ketamin

"ES HAT SICH ANGEFÜHLT, ALS WÄRE ICH VERBLÖDET"

Paul, 31, beschreibt seinen Rausch auf Ketamin. Seine erste harte Droge waren Amphetamine, seitdem hat er eigentlich alles schon ausprobiert.

Anmerkungen von Thomas Polak, Arzt und Chemiker am Universitätsklinikum Würzburg in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und am Interdisziplinären Zentrum für Suchtforschung Würzburg.



Amphetamine I

- **Amphetamine** (*Speed, Pep*) sind synthetisch hergestellte Substanzen mit stimulierender Wirkung
- Das Amphetamin ist die Stammverbindung der gleichnamigen Substanzklasse, der viele psychotrope Substanzen angehören, unter anderem MDMA (*Ecstasy*) und das in der Natur vorkommende Ephedrin.



Amphetamine II

- Erstsynthetisierung 1887 an der Humboldt-Universität Berlin (*Lazar Edeleanu*).
- Medizinische Anwendung überwiegend zur Behandlung von ADS/ADHS (*Ritalin®*).
- Im 2. Weltkrieg militärische Anwendung von Methamphetamin unter dem Namen „Pervitin“ („*Panzerschokolade*“).
- Amphetamin wird auch als Dopingmittel, Erkältungsmittel (*Ephedrin*) und als Appetitzügler gebraucht.
- Akute Hauptwirkungen:
 - starke Wirkung am Dopamin-Kreislauf (*erregende/aufputschende Wirkung*)
 - Appetithemmung
 - Mobilisierung letzter Kraftreserven und Verringerung des Schlafbedürfnisses
 - Steigerung des Selbstbewusstseins bis hin zur Euphorie
 - erhöhte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit

Amphetamine III

- Konsum als Pulver (Amphetamin) oder in Pillenform (*MDMA*)
- Das Pulver wird meistens durch die Nase aufgenommen, im Allgemeinen mit einem zu einem Ziehröhrchen geformten Papierstück, einem abgeschnittenen Strohhalm oder einem Metallziehröhrchen, möglich sind aber auch oraler und rektaler Konsum.
- häufiges Vorkommen in der Techno-, Party- und MSM-Szene
- nach dem Konsum häufig Nervosität, Unruhe, Entzugssymptomen: Lethargie, Depressionen bis hin zu Suizidtendenzen, Apathie, Angst und Schlafstörungen
- Wirkdauer: 4-6 Stunden

MDMA/Ecstasy

- Wirkung vor allem am Serotonin-Kreislauf („*Glückshormon*“)
- löst einen eher psychodelischen Rausch aus: Farben und Musik werden intensiver wahrgenommen, Berührungen der Haut fühlen sich intensiver an
- häufige Verwendung als Partydroge und im Umfeld sexueller Aktivitäten
- in den 50er/60er-Jahren Versuche des Militärs, MDMA als „Wahrheitsserum“ einzusetzen
- Risiken: Anstieg der Körpertemperatur, Vernachlässigung von Appetit und Durst, Überwindung von Müdigkeit und Erschöpfung



Crystal Meth

- **Crystal Meth** ist die Kurzform für das englische „Crystal Methamphetamine“.
- Methamphetamin ist eine weiße, kristalline Droge, die geschneift (*durch die Nase inhaliert*), geraucht oder gespritzt wird. Sie wird auch gegessen.
- Crystal Meth hat gewöhnlich die Form klarer, klobiger Kristalle, die an Eis erinnern. Es wird hauptsächlich geraucht.
- Erweckt ein starkes Verlangen, mehr davon zu nehmen, weil die Droge ein falsches Gefühl von Glücklichkeit und Wohlergehen auslöst – ein starkes Gefühl der Zuversicht, Hyperaktivität und Energie. Man verspürt auch Appetitlosigkeit.
- Wirkt üblicherweise 6 bis 8 Stunden, kann jedoch bis zu 24 Stunden wirken.

Rauschphasen I



- *Der Rush:* erste Reaktion nach Injektion. Herzrasen, hoher Blutdruck, hoher Puls. Dauer: bis zu 30 Minuten
- *Das High:* Das Hochgefühl des Konsums. Der Konsument fühlt sich wach, aktiv, aggressiv, hat Überlegenheitsgefühle. Lässt andere nicht ausreden, unterbricht, führt Sätze von anderen weiter. Weitgehender Realitätsverlust, Fokussierung auf Unbedeutendes, Belangloses. Unter Umständen zwanghafte Handlungen. Dauer: 4-16 Stunden
- *Der Binge:* Der Drang des Users, das High aufrechtzuerhalten, indem er maßlos mehr und mehr Crystal raucht/injiziert. Psychische und physische Hyperaktivität, jedoch wird der Rush/das High bei jedem neuen Konsum kleiner, weniger intensiv und hört schließlich auf. Dauer: 3-15 Tage

Rauschphasen II

- *Das Tweaking:* Die Phase nach Ende des Binge, wenn sich kein Rush/kein High-Gefühl einstellt. Der Konsument verspürt völlige Leere, kommt nicht von seiner Gier nach Crystal los. Identitätsverlust, massive psychotische Schübe. Intensiver Juckreiz, Wahngefühle, „Käfer krabbeln unter der Haut“. Schlaflosigkeit, Halluzinationen. Hohe Aggressivität, Fremd- und Eigengefährdung möglich.
- *Der Crash:* Totalabsturz. Lange Schlafphase, Apathie. Dauer: bis zu 3 Tage
- *Der Hangover:* Nach dem Crash kommt der „Kater“. Schlechter psychischer und physischer Zustand, Dehydrierung, Erschöpfung, emotionales Ausgebranntsein. Depressive Stimmung, Suizidgedanken.

Drugs & Music - III

Musik:

Beatles-Hit „Lucy In The Sky With Diamonds“

<https://www.youtube.com/watch?v=naoknj1ebql>



LSD I

- **LSD** („*Acid*“) ist die Abkürzung für Lysergsäure-diethylamid. LSD ist eines der stärksten bekannten Halluzinogene. Es ruft schon in sehr geringen Dosen lang andauernde pseudohalluzinogene Wirkungen hervor. Pharmakologisch gehört LSD zur Gruppe der serotoninverwandten psychedelischen Substanzen.



LSD II

- LSD wurde erstmals 1938 in Deutschland hergestellt und später als Kreislaufstimulanz sowie als psychiatrisches Medikament unter dem Handelsnamen „Delysid“ von der Firma Sandoz vertrieben (*Albert Hoffmann*).
- Wirkdauer: 5-12 Stunden
- starkes psychisches Abhängigkeitspotential, kann eine drogeninduzierte Psychose („*Bad trip*“) auslösen – in diesem Fall Wirkung von mehr als 48 Stunden möglich
- Die Kombination mit anderen Psychopharmaka kann zu starken Wahrnehmungsveränderungen führen mit optischen und akustischen Halluzinationen.

LSD - Konsumformen

- Die Droge wird normalerweise auf Papierstücke aufgebracht, sogenannte Tickets, Pappen oder Trips, die dann gelutscht oder geschluckt werden.
- Man kann LSD aber auch als Lösung in Wasser (*so genanntes Liquid oder auch Drops* [= mit Pipette getropft]), auf Würfelzucker, als Kapsel- oder in Tablettenform einnehmen.

Bad Trips: LSD

"ICH DACHTE, DAS HÖRT GAR NICHT MEHR AUF"

Jonas, 31, erzählt von seinem Bad Trip auf LSD. Er hat mit verschiedenen Drogen Erfahrung (Cannabis, MDMA, Ketamin, Kokain, LSD).

Anmerkungen von Thomas Polak, Arzt und Chemiker am Universitätsklinikum Würzburg in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und am Interdisziplinären Zentrum für Suchtforschung Würzburg.



„Alltagsdrogen“

- **Alltagsdrogen** überwinden die Blut-Hirn-Schranke, beeinflussen Wahrnehmung und Verhalten.
- lösen Reize im Sucht- und Belohnungszentrum aus – negative Konditionierung erfolgt
- Toleranzentwicklung, körperliche und/oder psychische Abhängigkeit möglich
- Beispiele:
 - Deodorants/Sprühflaschen („*Schnüffeln*“): Inhalation von Butan- bzw. Propangas, häufig verstärkt mit einer Tüte über dem Kopf
 - Nagellackentferner/Reinigungsmittel: preiswerter Ecstasy-Ersatz
 - diverse Nahrungsmittel (Muskatnuss, Tee, Salz...)

Salz



- Wirkstoff: Natriumchlorid (*NaCl*)
- Salz aktiviert die gleichen Suchtzentren wie Kokain.
- Wirkung: Salz wird über die Nieren ausgeschieden, damit geht ein hoher Wasserverlust einher. Wassermangel führt zu Gefäßverengungen und lässt den Blutdruck steigen.
- durchschnittlicher Konsum: 8-10 g Salz täglich – mehr als ein Drittel höher als die empfohlene Maximaldosis
- Weltweit schätzungsweise 2,3 Millionen Todesopfer durch übermäßigen Salzkonsum!

Koffein

- Wirkstoff: Purinalkaloid
- Hauptwirkung: Steigerung von Aufmerksamkeit und Konzentration
- Risiken: Panikattacken, Kreislaufkollaps, Nierenversagen, Herzrhythmusstörungen
- besonders hohe Konzentrationen in Energydrinks
- besondere Problematik: Zucker und Geschmacksverstärker überdecken den bitteren Geschmack von Koffein, Taurin verstärkt die giftigen Wirkungen.



Muskatnuss



- Wirkstoffe: Elemicin, Myristicin und Safrol
(auch in Safran enthalten)
- Hauptwirkung: Euphorie, Halluzinationen, Übelkeit
- Risiken: Delirium, Herzstillstand
- Weniger als ein Esslöffel Muskatnuss löst lang anhaltende Halluzinationen aus *(Wirkdauer: bis zu 12 Stunden)*.
- Schwierige Dosierung: Zwischen dem erwünschten euphorischen Rauschzustand und einem Bad Trip liegen nur wenige Gramm.
- *Cave:* bereits drei Muskatnüsse können tödlich sein!

Reinigungsmittel

- Wirkstoff: GBL – Gamma-Butyrolacton
- Hauptwirkung: Euphorie, Enthemmung, Sexuelle Erregung
- Risiken: Bewusstseinsverlust, Koma
- GBL wird häufig als „Partydroge“ oder zur Steigerung sexueller Aktivität konsumiert (*MSM-Szene, Prostitution*)
- Auch möglich: Einsatz als K.O.-Tropfen
- *Cave:* Wenige Milliliter reichen aus, Gefahr von Überdosierungen hoch!



...und was gibt es noch?

Psychodelika

z.B.
Psilocybin
Mescaline



Delirantia



Stechapfel



Tollkirsche

...und, und, und:

- Dissoziativa wie PSP oder Lachgas...
- Psychopharmaka...
- Neuroleptika...
- Schmerzmittel...
- „Kräutermischungen“, „Badesalze“, „Lufterfrischer“...
- ...

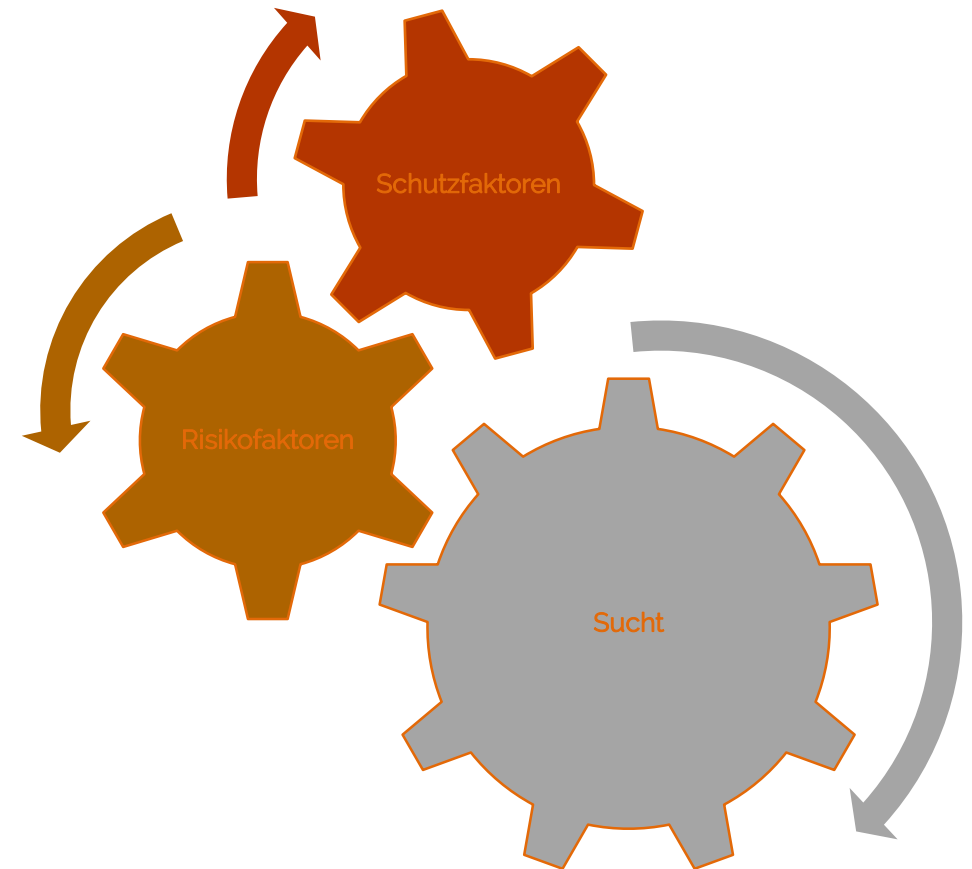
5. Entstehungsmodelle

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Risiko- und Schutzfaktoren

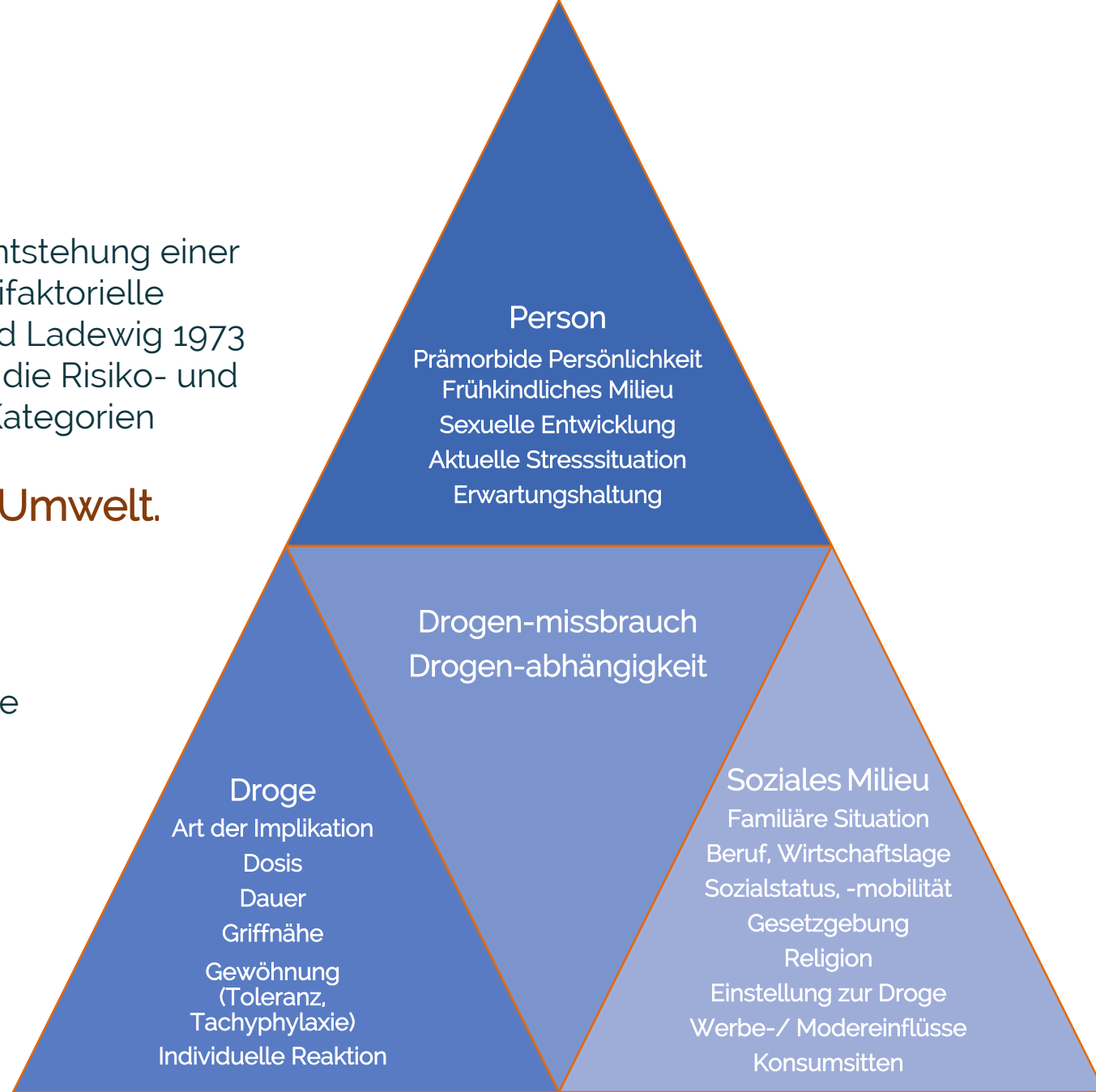
- In der Epidemiologie (Lehre von der quantitativen Erforschung der Faktoren, die Gesundheitszustände beeinflussen) werden Zusammenhänge von Risikofaktoren (Expositionen) und Gesundheitsproblemen (Outcomes) in der Bevölkerung untersucht.
- Ein **Risikofaktor** begünstigt demnach das Auftreten einer bestimmten Erkrankung. Dies ist ein klassischer Ansatz der Pathogenese.
- In der Salutogenese hingegen werden die **Schutzfaktoren** untersucht, die trotz des Vorliegens bestimmter Risiken verhindern, dass eine Erkrankung entsteht.



Für die Erklärung der Entstehung einer Sucht ist das erste multifaktorielle System von Kielholz und Ladewig 1973 entwickelt worden, das die Risiko- und Schutzfaktoren in drei Kategorien einordnete:

Droge, Person und Umwelt.

Dabei sind nicht einzelne Faktoren zu beachten, sondern immer die Wechselwirkungen.



Primärfaktoren

Umweltspezifische Faktoren

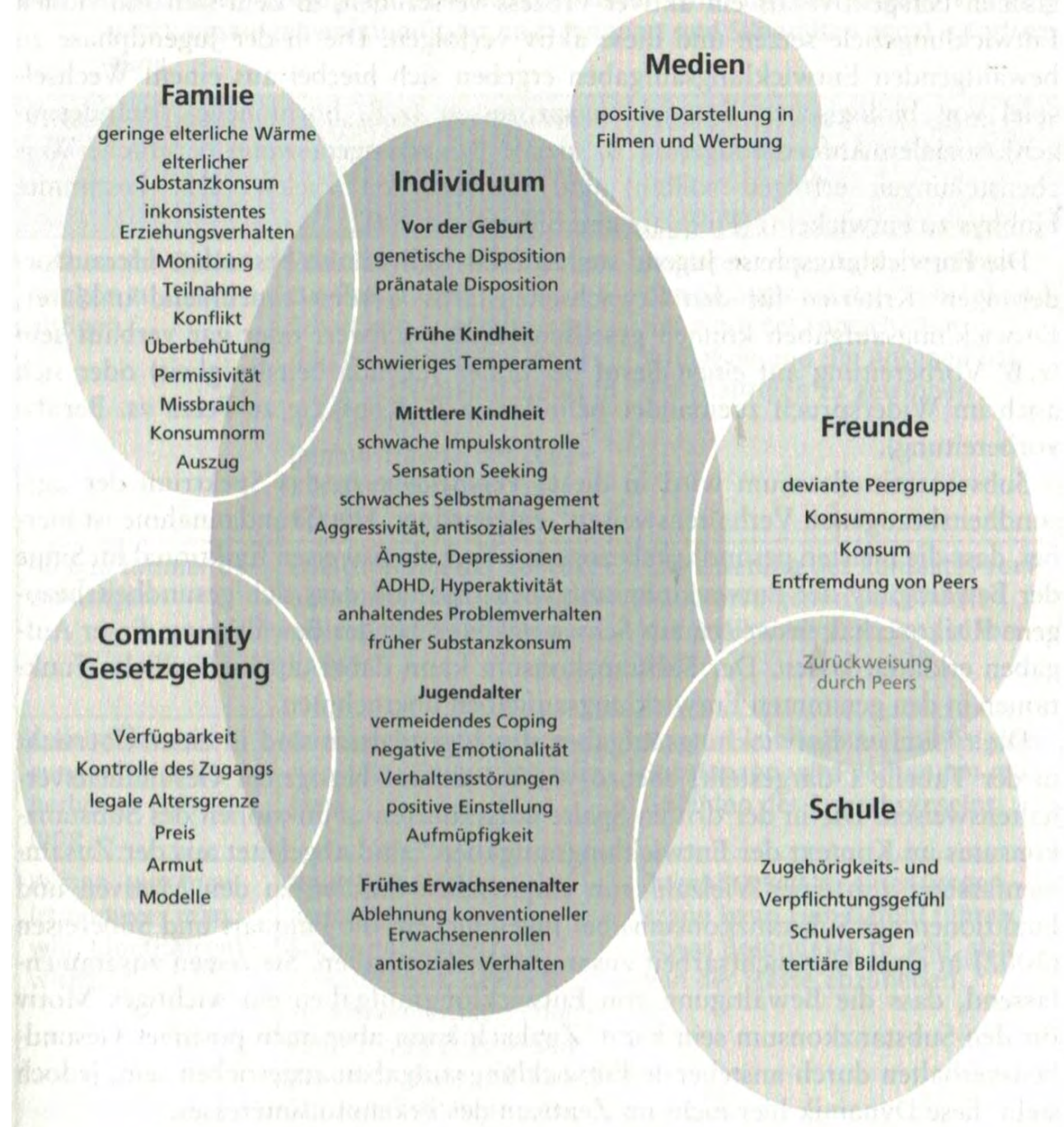
- familiäre Ursachen wie Missbrauch, Misshandlung, "broken-home"
- Suchtkranke Frauen in abhängigen Beziehungen
- Trennung vom Partner
- Änderung der Rolle z.B. durch Weggang der Kinder oder fehlende Lebensaufgaben
- Erziehungsverhalten der Eltern und Modelllernen
- Zuwendung durch die Eltern durch materielle Dinge
- Leistungsdruck
- Peer-Group
- gesellschaftliche Akzeptanz

Suchtmittelspezifische Faktoren

- Selbstmedikation
- Erreichbarkeit
- Akzeptanz
- Wirkung
- (vermeintliche) Gefährlichkeit

Personenspezifische Faktoren

- somatische Erkrankung und der Versuch, diese zu bewältigen
- traumatische Erlebnisse
- psychische Störungen (Depressionen, Ängste, mangelnde Frustrationstoleranz)



Erklärungsansätze

- genetische Ansätze
- neurobiologische Ansätze
- soziale Bedingungsfaktoren
- kognitive Ansätze
- lerntheoretische Ansätze (klassische/operante Konditionierung)

...warum konsumieren
Menschen?

Hintergründe & Motive I

- Unter- oder Fehlversorgung im Hinblick auf...
- Dosis und/oder Art des Suchtmittels oder des Substituts
- auf psychiatrische Behandlung – inklusive Medikation
- auf die psychosoziale Unterstützung oder andere Hilfen
- Ausdehnung der „Selbstmedikationshypothese“ vom Suchtmittel auf andere Substanzen
- Versuche des Umgangs mit Ängsten, Dysphorie/Depressionen, Schmerzen, Schlafstörungen etc.

Hintergründe & Motive II

- kompensatorischer Konsum:
 - Verzweifeln an überhöhten Selbsterwartungen, am realistischen Erleben der Ambivalenz von Behandlungsfortschritten
 - Erfahrung der Substitution als „Parkplatz mit Sackgassencharakter“
- Mangel an Frustrationstoleranz und an Bewältigungsstrategien (sowohl in akuten Krisen wie auch grundsätzlich)
- „Reservate“, in denen eskapistische Träume oder rebellische Devianz-Bedürfnisse überlebt haben

Hintergründe & Motive III

- biographisch geprägte, relativ stabile Konsum-Motivationen, sowie (damit korrelierend) unterschiedliche Muster des Umgangs mit dem Behandlungsrahmen und der Patienten-Rolle
- demonstratives Verlangen nach mehr Aufmerksamkeit oder Versuche der Ablenkung von unattraktiven oder gefährlichen Themen
- Reinszenierung von Beziehungsmustern (z.B. aus Kindheit und Familie, aus der Szenesozialisation): Manipulationen, Provokationen, Kontaktblockaden und -abbrüche, chronische Beziehungsstörungen

6. Beratungsansätze

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Der „Idealfall“: Selbstregulation

Bedingungen, die geschaffen werden müssen, damit eine selbstregulierte Änderung in Gang kommt:

- Alle Ereignisse, die den Konsumenten darauf aufmerksam machen können, dass etwas in seinem Leben nicht richtig läuft, werden in aller Deutlichkeit sichtbar und spürbar
- Der ursächliche Zusammenhang dieser Ereignisse mit dem Trinken, Drogen- oder Medikamentengebrauch wird vom Konsumenten erkannt
- Es wird als unannehmbar empfunden, dass persönlich wichtige Werte infolge des Suchtmittelgebrauchs vernachlässigt und verletzt wurden
- Die Verantwortung für das eigene Verhalten beim Verstoß gegen das persönliche Wertesystem wird akzeptiert; Schuldzuweisungen an andere werden reduziert
- Die Erkenntnis, was man falsch gemacht hat, wird aktiv gesucht, aber sie muss erträglich gehalten werden, damit sie nicht zu viel Abwehr auslöst
- Das, was man im Sog der Droge durch Unterlassung oder Taten falsch gemacht hat, wird nicht verharmlost, sondern realistisch negativ bewertet
- Die Hoffnung, dass es einen gangbaren Weg zur Lösung der Probleme gibt, ist vorhanden oder wird gefördert
- Das Selbstvertrauen/ die Selbstwirksamkeit ist noch oder schon wieder hinlänglich groß

Therapie- und Änderungsmotivation

- Berater und Therapeuten nehmen oft an, dass Klienten motiviert sind, sich bzw. ihr System zu verändern, weil sie zu ihnen kommen.
- „Wer ein Problem hat, will es auch lösen“? – Verwechslung von Therapie- und Änderungsmotivation

Therapiemotivation

Motivation, eine Therapie/Beratung aufzusuchen; diese kann neben der Veränderungsmotivation noch ganz andere Gründe haben:

- Therapie als **Alibi**: zeigen, dass man dem Druck, etwas zu tun, nachgibt; tatsächlich liegt hohe Motivation vor, gar nichts bzw. sich gar nicht zu ändern (Sabotage therapeutischer Arbeit)
- Therapie als **Bestätigung**: Stabilisierungsmotivation – man will vom Berater bestätigt werden oder von ihm wissen, wie man andere besser manipulieren kann
- Therapie als **Erlösung**: man will nicht aktiv an einer Veränderung arbeiten, sondern man will Ratschläge und Lösungen, ohne selbst etwas tun zu müssen; man sucht jemanden, der „durchs Leben führt“

Änderungsmotivation

Motivation, aktiv etwas dafür tun zu wollen, dass sich der eigene Zustand oder das eigene System ändert

- Man will nicht nur, dass etwas anders wird, man will auch etwas anders machen
- Änderungsmotivation impliziert, dass die Person erkennt...
 - dass sie Kosten hat
 - dass diese Kosten ihren Motiven zuwiderlaufen, Ziele sabotieren, die wichtig sind (also will man die Kosten nicht)
 - dass sie durch ihr Verhalten oder durch ihre Schemata die Kosten selbst erzeugt
 - dass sie selbst etwas an sich ändern muss, wenn sie die Kosten reduzieren will
 - dass sie die Änderungen durchführen muss
- Änderungsmotivation entsteht erst dann, wenn man nicht nur die Kosten sieht, sondern wenn man für die Kosten auch Verantwortung übernimmt

Motivationsblockade

Motivationsblockade durch dysfunktionale Schemata

- Manchmal können sich Menschen nicht für die Verfolgung funktionaler, sinnvoller Ziele entscheiden, weil dysfunktionale Schemata sie davon abhalten
- Schemata dieser Art sind z.B.
 - „Ich bin ein Versager.“
 - „Ich bewirke in der Realität nichts.“
 - „Wenn ich mich wehre, wird alles schlimmer.“
- Doppelter Nachteil dysfunktionaler Schemata:
 - (1) Sie verursachen Probleme
 - (2) Sie behindern Entscheidungen für Alternativen und damit die Lösung dieser Probleme

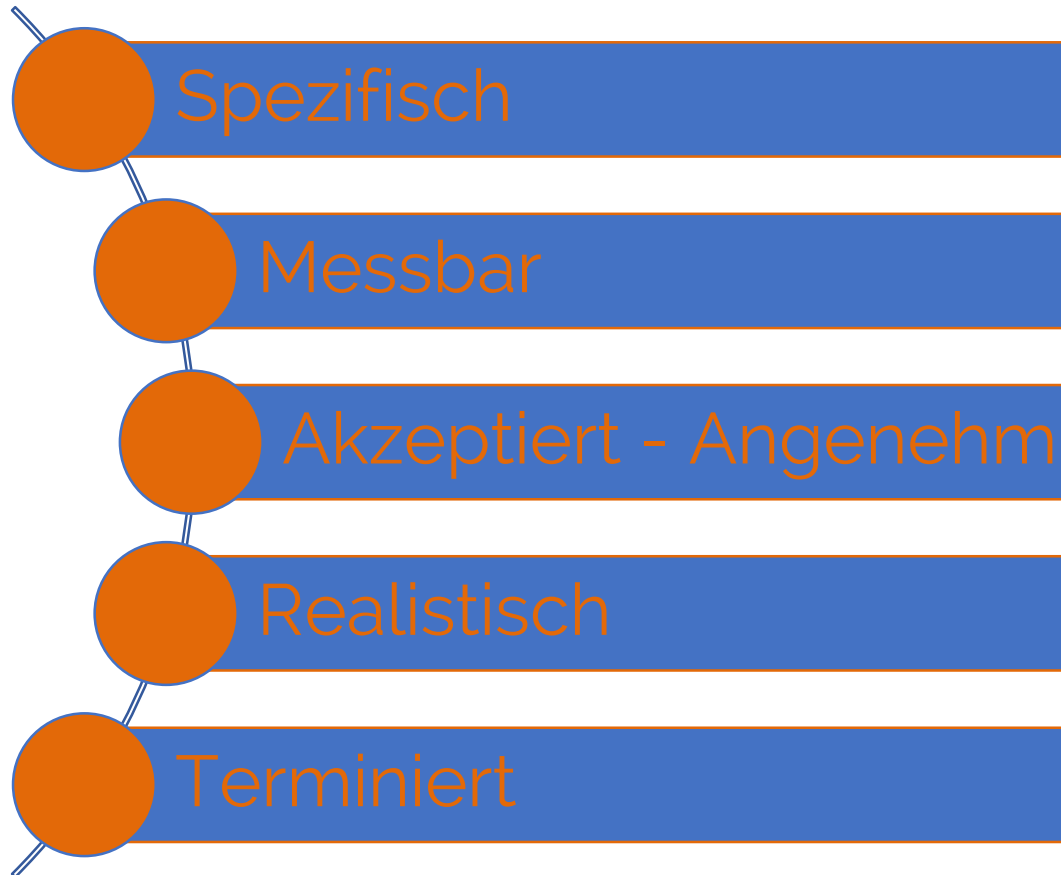
Interventionen

Abbau von Motivationsblockaden

Bearbeitung von Entscheidungsängsten

- „Warten auf den Erlöser“:
- Manchmal entscheiden sich Menschen dafür, gar nichts zu tun und darauf zu hoffen, dass eine andere Person (insbesondere Berater/ Therapeut) sie rettet.
- In diesem Fall ist es notwendig, diesen Menschen deutlich damit zu konfrontieren, dass
 - ...man sich nicht nicht entscheiden kann: Wenn man sich nicht entscheidet, entscheidet man sich immer dafür, dass es so bleibt, wie es ist; oftmals bedeutet das auch, dass der Zustand sich weiter verschlechtert
 - ...es keinen Retter oder Erlöser geben wird und dass es gar nichts bringt, außer dass es den Zustand verschlechtert, wenn man auf ihn wartet
 - ...es keine Entscheidung ohne Kosten gibt: Jede Entscheidung für etwas bedeutet auch eine Entscheidung gegen etwas anderes. Die dritte Alternative, die ohne Kosten, ist eine Illusion

SMART: Handlungspläne



- Wenn es um Verhaltensänderungsprozesse geht, erhöht Planung die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung deutlich (mittlere bis hohe Effektstärken)
- Wichtig: Man muss sich erst für das Ziel entscheiden (= Motivation), dann kann Planung unterstützen
- Je konkreter Handlungspläne gebildet werden, desto einfacher können sie auch umgesetzt werden
- Im Gesundheitskontext gilt es, konkrete Pläne zu machen bzw. zu vereinbaren, die vor allem und gerade in schwierigen Situationen (in denen „etwas dazwischen kommt“) helfen, an den gesetzten/vereinbarten Zielen festzuhalten
- Unterscheidung Ausführungs- und Bewältigungsplanung und Implementations-Intentionen (Wenn-Dann-Pläne bzw. Wann-Wo-Wie-Pläne)

CAGE-Fragen

- Es hat sich international eine extrem vereinfachte Diagnostik anhand von 4 Fragen bewährt, die erste Hinweise auf eine Suchtproblematik liefert
- Zwei oder mehr Ja-Antworten bei den CAGE-Fragen signalisieren schädlichen oder abhängigen Konsum

Cut-down (*Verringern*)

- „Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie weniger ... sollten?“

Annoyed by criticism (*Genervt durch Kritik*)

- „Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass andere Ihr ...verhalten kritisiert haben?“

Guilty feelings (*Schuldgefühle*)

- „Haben Sie sich wegen Ihres ...verhaltens schon einmal schlecht oder schuldig gefühlt?“

Eye-opener (*Aha-Erlebnis*)

- „Haben Sie jemals zu Zeiten, an denen eigentlich etwas anderes zu tun war, ... oder haben Sie ..., um ein schlechtes Gefühl loszubekommen?“

Positive Psychologie

- Die Positive Psychologie ist ein neues Forschungsgebiet, das an der Salutogenese von Antonovsky anknüpft, dabei aber auch Forschungsergebnisse aus vielen anderen Bereichen integriert, z.B. aus der Resilienzforschung, der Entwicklungs- und Klinischen Psychologie
- Positive Psychologie ist die Wissenschaft von Stärken und Ressourcen, die es Menschen ermöglichen, ein erfülltes und gelingendes Leben zu führen. Themen sind z.B. Glück, Wohlbefinden, Flow, Selbstbestimmung, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Mut, „Positive Health“ etc.
- Als Begründer der Positiven Psychologie wird häufig Martin Seligman (University of Pennsylvania, USA) genannt, der die Forschung in der Positiven Psychologie durch umfangreiche Forschungsaktivitäten voran gebracht hat

„Drei gute Dinge“

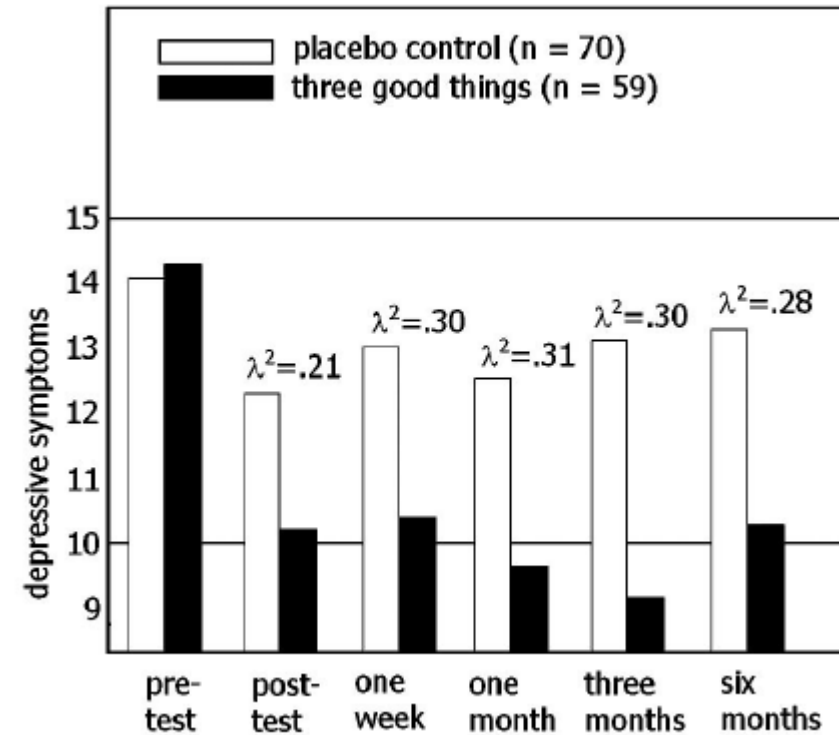
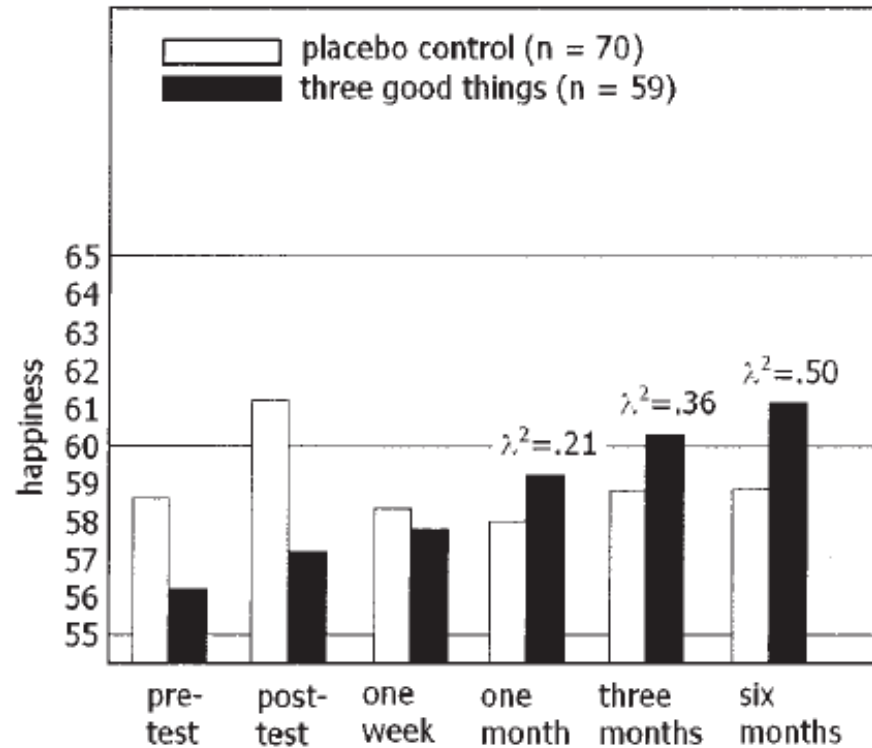
Kleine Motivationsübung für abhängige KlientInnen:

Schreiben Sie drei Dinge auf, die heute gut gelaufen sind, und warum sie gut gelaufen sind!

1. _____ Warum: _____
2. _____ Warum: _____
3. _____ Warum: _____

Wirksamkeit der Übung

Happiness steigt, depressive Symptome verringern sich



Quelle: Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421

Gesprächsführung

„Do's“ und „Don'ts“ für BeraterInnen

„Ich“ vs. „Du“

- Auf Vorwürfe verzichten (keine „Du“-Botschaften)
 - Du trinkst zu viel!
 - Kiffst du schon wieder?!
 - Du bist schon wieder zu spät, weil du deinen Rausch ausschlafen musstest
 - ...
- Eigene Wahrnehmung kommunizieren („Ich“-Botschaften)
 - Ich habe den Eindruck, dass du zunehmend mehr trinkst
 - Ich habe das Gefühl, dass du sehr häufig kiffst
 - Nach meiner Einschätzung kommst du häufig zu spät, weil du dich müde und erschöpft fühlst
 - ...

In der Beratung

- Harte Konsequenzen (zunächst) vermeiden; angemessene Konsequenzen auswählen
- Sich auf Beweise, tatsächliche Vorkommnisse berufen
- Nicht das Verhalten verteufeln, sondern nach den Motiven fragen (Warum?)
- Diskussionsbereitschaft, keine Monologe
- Gemeinsame realistische Handlungspläne entwickeln, die beide Parteien akzeptieren
- Wörter, wie „Sucht“, „Problem“, „Psychische Störung“, „Therapie“ (zunächst) vermeiden

Aktives Zuhören

- Aktives Zuhören
 - Gesprächstechnik für verbessertes gegenseitiges Verständnis und zur Vorbeugung von Missverständnissen
 - Anwendung von Empathie
 - Fähigkeiten der Selbsthilfe unterstützen
 - Gefühle und Gesagtes des Gegenübers verbalisieren
 - Werturteilsfrei Zuhören
 - Aufmerksamkeit, Einfühlungsvermögen und Konzentration
 - Verbale und nonverbale Techniken
- Nonverbale Techniken
 - Offene, zugewandte Körperhaltung
 - Blickkontakt
 - Interesse am Sprecher
 - Gesprächspausen, geringerer Redeanteil

Verbale Techniken

(1) Paraphrasieren

- Umschreibung des Gesagten
- Wiederholung des Gesagten mit eigenen Worten
- Aussage wird auf sachliche Ebene gebracht
- Hervorhebung der Kernaussage
- Lenken des Gesprächs in ruhigere Bahnen
- „Verstehe ich das richtig, dass...“, „Meinst du, dass...“

Keine eigene Botschaft
(Urteil, Meinung Rat,
Argument, Analyse)!
Nur Rückmeldung der
„eigentlichen“ Botschaft.

(2) Verbalisieren

- Zielt auf die Gefühlsebene ab, betont emotionale Komponente
- „verborgene Nachricht“, „zwischen den Zeilen lesen“
- Mit Ich-Botschaften sollen Gefühle des Gegenübers gespiegelt werden
- „Ich habe das Gefühl, dass...“, „Mir erscheint es so, als ob...“

Hemmende Reaktionsweisen

- Nicht auf den Gesprächspartner Bezug nehmen
- Kein Interesse zeigen, z.B. durch Nachfragen
- Anderen Beschäftigungen nachgehen
- Blickkontakt beenden
- Den anderen oder seine Ausführungen abwerten
- Den anderen unterbrechen
- Das Thema ohne Erklärung wechseln
- Ratschläge erteilen oder den anderen überreden
- Dem Gesprächspartner vermitteln, dass man ihm nicht zutraut, eigene Lösungen zu finden

7. Komorbiditäten

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Erklärungsmodelle Komorbidität

Sucht



Psychische Störungen
und Krankheiten (z.B.
ADHS, Angststörungen,
Depressionen)

Sucht



Psychische Störungen
und Krankheiten (z.B.
ADHS, Angststörungen,
Depressionen)





Somatische Komorbidität

- „klassische“ somatische Begleiterkrankungen:
 - Hepatitis B/C
 - HIV/AIDS
 - STIs (sexuell übertragbare Erkrankungen)
- Aktuell häufig anzutreffen:
 - Kardiologische Probleme
 - COPD, Asthma, Lungenfunktionsstörungen (...nach inhalativem Gebrauch)
 - Gefäßerkrankungen (...nach intravenösem Gebrauch)

Psychiatrische Komorbidität

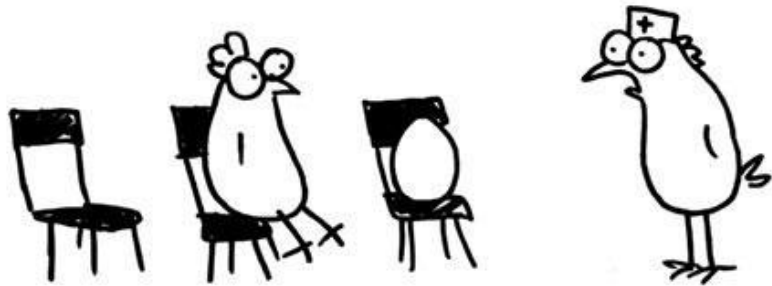
Begriffsbestimmung

- Eine psychische oder seelische Störung ist eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft und mit psychischem Leiden auf Seiten der Betroffenen einhergeht
- Die Wissenschaften, die sich primär mit Störungen der Psyche beschäftigen, sind die Klinische Psychologie und die Psychiatrie
- Heute wird der Begriff der „Störung“ oft gegenüber dem der „psychischen Krankheit“ bevorzugt

Psychische Störungen und Drogenabhängigkeit

- Das Auftreten psychischer Störungen kann Auslöser/Ursache einer Drogenabhängigkeit sein
- Psychische Störungen können aber ebenso gut die Folge von Drogengebrauch sein (Drogeninduzierte Psychose)

SO - UND WER WAR JETZT ZUERST DA?



- *Cave:* In der Diagnostik ist häufig schwer zu differenzieren!
- Komorbidität von psychischen Störungen ist häufig Grund für Instabilität und Beikonsum in Beratungskontexten!

Klassifikation (ICD-10)

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Psychosen

- Als Psychose bezeichnet man eine schwere psychische Störung, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezugs einhergeht
- Eine Drogenpsychose (medizinisch: *drogeninduzierte Psychose*, psychiatrisch: klassifiziert unter *exogene Psychosen*) ist eine Psychose, die durch Drogen, beispielsweise Alkohol, Kokain, Amphetamin oder LSD, ausgelöst wurde
- Drogenpsychosen können irreversibel, also unheilbar, aber auch vorübergehend sein
- Psychoaktive Substanzen können Psychosen *verursachen, beschleunigen* oder *auslösen*



Drogeninduzierte Psychosen

- bereits abgeklungene Psychosen können erneut ausbrechen. Hierfür reicht unter Umständen bereits einmaliger Konsum
- Nach ICD-10 ist eine drogeninduzierte Psychose u.a. abzugrenzen von:
 - Intoxikation – Entzugssyndrome/Delir - amnestischem Syndrom - Flashbacks
- Besonderes Risiko für jugendliche Drogenkonsumenten
- Studie: Bei Jugendlichen bleiben Gehirnveränderungen u.U. ein Leben lang
 - Verkleinerung des Hippocampus möglich (Gedächtnisstrukturen)
 - Schrumpfung der Amygdala (Gefühlsregulation -> Angst/Aggression)
 - Intelligenzstörungen
- 5% aller Cannabis-Konsumenten im Jugendalter haben psychotische Symptome

UKE Hamburg, Thomasius 2018

Depressionen und Sucht

- *Cave:* Depressionen können nicht nur Auslöser für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung sein, sie sind oft auch eine Folge- oder Begleiterkrankung:
 - Alkohol und Opioide fördern die Ausbildung depressiver Anteile
 - Auch der langjährige Gebrauch von Substitutionsmitteln wie Methadon/Levomethadon gilt als Depressionen auslösend – Buprenorphin und retardiertes Morphin haben diesbezüglich günstigere Prognosen



ADS/ADHS



- „Chronologie des Scheiterns“
- hohes Risiko für spätere Suchtentwicklung
- Bis zu 50 % der Alkoholiker haben deutliche Hinweise auf eine schon in der Kindheit bestehende ADHS
- Häufig werden psychotrope Substanzen als Selbstmedikation eingenommen
- Besonders häufig: Nikotin (besonders intensive Bindung an die Dopaminrezeptoren)
- Es zeigen sich alle Formen von Abhängigkeiten: Esssucht, Kaufsucht, Kleptomanie, Spielsucht...
- Vor allem für illegal Drogenabhängige gilt: frühe Gewöhnung an psychotrope Substanzen (Ritalin®) erhöht das Risiko einer späteren Gewöhnung

Weitere häufig anzutreffende Störungsbilder

- Angststörung
- Soziale Phobie
- PTBS (Traumata)
- Persönlichkeitsstörungen
- ...

Zwangs- behandlung?



- Menschen mit schweren psychischen Störungen und einer fehlenden Einsicht über die eigene Behandlungsnotwendigkeit können auch gegen ihren Willen einer Behandlung zugeführt werden, wenn sie aufgrund der Erkrankung andere oder sich selbst gefährden (Eigen- oder Fremdgefährdung)
- Die Behandlung erfolgt in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung. Die Regelungen zur Akuteinweisung sind landesrechtlich festgelegt
- Ohne zusätzliche richterliche Anordnung darf eine solche Zwangsunterbringung längstens 24 Stunden betragen
- Zu längerdauernden Zwangsbehandlungen kann es ausschließlich in folgenden Zusammenhängen kommen:
 - Nach einer Straftat als Maßregel der Besserung und Sicherung (Maßregelvollzug, auch strafrechtliche Unterbringung genannt; Grundlage: §§ 63, 64 StGB)
 - Als Unterbringung nach dem jeweiligen Unterbringungsgesetz (PsychKG, Psychisch-Kranken-Gesetz), das je nach Bundesland unterschiedlich gestaltet ist (sog. öffentlich-rechtliche Unterbringung)
 - Auf Anordnung eines rechtlichen Betreuers oder Bevollmächtigten nach § 1906 BGB (mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes)

8. Erkennen von Drogenwirkungen

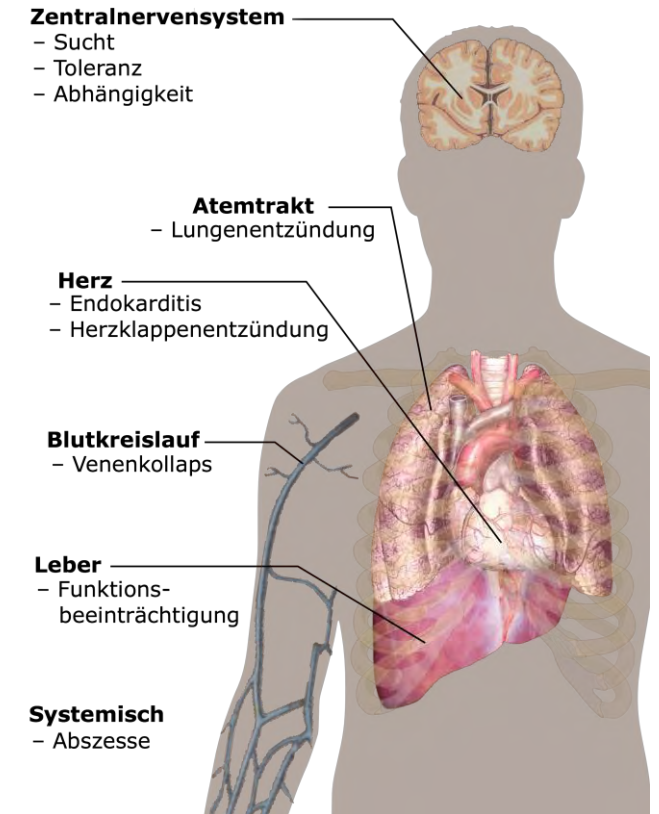
Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

Heroin/Opioide

- Miosis (Pupillenverengung - „Stecknadeln“)
- Obstipation (Verstopfung)
- massive Sedierung bis hin zum Koma
- Neigung zu Sekundenschlaf
- Verengung der Atemwege
- Herz-Rhythmus-Störungen, niedriger Puls/Blutdruck
- Niedrige Körpertemperatur, kalter Schweiß
- Bewusstseinsstrübung
- Sprachstörungen, Lallen, verlangsamte/undeutliche Sprache
- untypische Bewegungen, Kopfnicken
- Entzündungen, schlechtes Hautbild, Abszesse, Thrombosen
- Schlechtes Zahnbild
- Überdosis: Atemdepression (tödlich!)
- Im Enzug: ausgeprägte Nervosität, Zittern, „Turkey“, Aggressivität, Hilflosigkeit, kalter Schweiß
- Typisch für i.v.-Konsumenten: Langarmige Kleidung, Abdecken von Einstichstellen

Langzeitfolgen des Heroinkonsums



Kokain/Amphetaminen/Crystal

- Verengung der Blutgefäße, Steigerung von Blutdruck und Herzfrequenz
- Betäubend, schmerzlindernd
- Hunger, Durst und Müdigkeitsgefühle verschwinden, gestörter Schlafrythmus
- Möglich: Auslöser einer Drogenpsychose (Wahn/Halluzinationen)
- Paranoide Empfindungen nicht selten
- Nach dem Konsum: Euphorie, Erregung, Ruhelosigkeit, Hyperaktivität, Geschwätzigkeit, erhöhte Aufmerksamkeit/Vitalität, Schlaflosigkeit
- Im Enzug: Angst, Anspannungen, Langfristig: Depressionen bis hin zu latenter oder akuter Suizidalität, chronische Müdigkeit/Erschöpfung, Antriebslosigkeit
- *Cave:* Starke Neigung zu (Auto-)Aggressivität
- Körperlich: starker Gewichtsverlust, Konzentrationsstörungen
- Bei nasalem Konsum: Schädigungen der Nasenschleimhaut/Nasenscheidewand (Löcher, Veränderungen der Stimmlage)
- Letale Dosis möglich (Herzanfall, Hirnblutungen/Schlaganfall)

Halluzinogene (LSD, Pilze...)

- Auslöser von Psychosen
- Wahrnehmungsstörungen/-verzerrungen, Desorientiertheit
- Psychedelische Effekte (Musik, Farben...)
- Ekstatische Gefühlsintensivierung
- Ideenflucht, Fahrigkeit, Unkonzentriertheit
- Häufig: chronische Unpünktlichkeit
- *Cave:* „Horrortrip“ möglich (Angst, Panik, Fehlwahrnehmungen)
- Möglich: Flashbacks Tage/Wochen nach der Einnahme

Cannabis (Haschisch, Marihuana)



Bild von [squarefrog](#) auf [Pixabay](#)

- Gerötete Augen, Herzrasen, gestörte Feinmotorik
- Psychisch: Euphorie, Entspannung, Verlangsamung, Ideenflucht
- Häufig: Amotivationales Syndrom (Lethargie, Passivität, Teilnahmslosigkeit)
- Scheintiefsinn, Neigung zu „Schwafeln“
- Bei dauerhaftem Konsum: Dysphorie, Antriebsminderung, reduzierte Leistungsfähigkeit

Sedativa/Hypnotika

- Häufig: Benzodiazepine, Barbiturate, Z-Substanzen, Pregabalin...
- Euphorie, Sedierung, Affektlabilität, Gedächtnislücken
- *Cave:* paradoxe Wirkungen möglich (Erregungszustände, Agitiertheit, Schlafstörungen)
- Häufiges Zeichen: Speichelfluss, „Sabbern“
- Subjektives Empfinden häufig „unauffällig“ (dabei objektiv deutlich intoxikiert)
- Im Entzug Krampfanfälle, Delir möglich
- *Cave:* Verstärkung von Atemdepressionen bei Mischkonsum mit Opioiden (Heroin, Schmerzmittel, Substitute)

9. Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

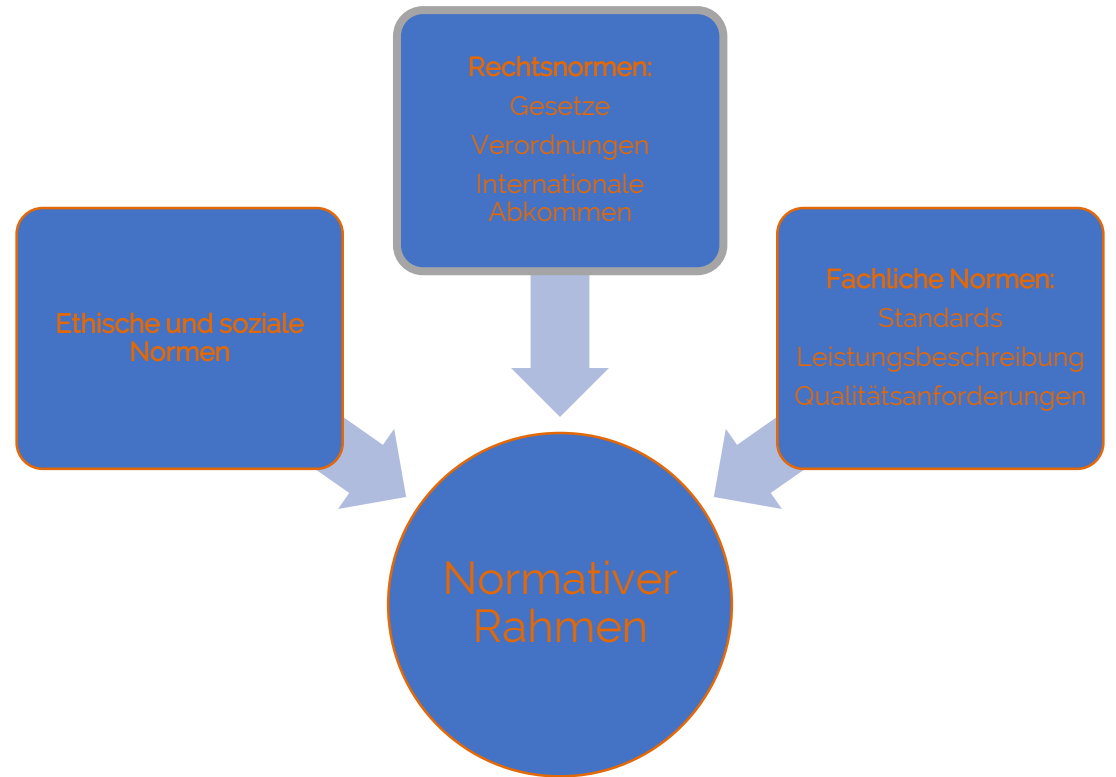
Vorbemerkungen

- Zunahme an substanzbezogenen Störungen in der Gesamtbevölkerung
- Ausbau des Suchthilfesystems seit den 1970er Jahren
- Arbeitsfeld Suchthilfe hat für Fachkräfte der Sozialen Arbeit in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen



Normativer Rahmen

- In Suchthilfe ist Vielzahl unterschiedlicher, z.T. auch konträr positionierter Einflussgrößen zu finden
 - Bevölkerung
 - Politische Parteien
 - Sozialämter
 - Justiz
 - Polizei
- „Es gibt eine Drogenpolitik, aber keine Diabetes- oder Schizophreniepolitik“ (Meili et al., 2004, zitiert nach Laging, 2018)



Rechtsnormen

- Paradigmenwechsel in den letzten 20 Jahren (v.a. im Bereich der Behinderungen)
- Sucht wird sozialrechtlich als Form der seelischen Behinderung gefasst
- Neue Impulse der normativen Rahmung der Suchthilfe:

SGB IX



2001

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

WHO



2001

ICF Klassifikation (International Classification of Functioning, Disability and Health)

UN/ BRD



2006 bzw. 2009

UN-Behindertenrechtskonvention

Laging, M. (2018). Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Kohlhammer.(Kapitel 8).

Paradigmen

(1) Personenzentrierte Sichtweise

- Bedeutung individueller Ressourcen
- Berücksichtigung von Kontextfaktoren suchtkranker Personen
- Individuell angepasste Maßnahmepläne
- Förderung und Unterstützung der Selbstbestimmung
- Wunsch- und Wahlrecht
- Mitwirkung in den Einrichtungen des Beratungssettings
- Abstinenzorientierung vs. zieloffene Hilfen

(2) Teilhabe

- Ziel, Menschen mit Behinderungen zu gleichberechtigten Bürgern zu machen
- Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ist Rechtsanspruch
- Menschen mit Behinderungen sind nicht Personen mit Defiziten sondern Bürger mit Einschränkungen, die an der vollen Teilhabe gehindert werden

Das Abstinenzparadigma...

Bis heute herrscht Vorstellung in Gesellschaft und Fachkreisen, dass Suchthilfe dazu dient, abhängige Menschen und die Gesellschaft von Sucht zu befreien

- Suchterkrankung verläuft progredient und ist nur durch Verzicht zu stoppen
- Soziale und gesundheitliche Schäden erledigen sich durch Abstinenz
- Minderung von Risiken und Schäden durch einzelne Maßnahmen (z.B. Spriztentausch) ohne Bearbeitung der Sucht vermindert den Leidensdruck
- Dadurch wird Motivation zur Abstinenz gemindert
- Alle Hilfen, die Leiden und Schäden verhindern oder begrenzen, wirken der Entwicklung von Abstinenz entgegen

...und das Problem damit

- Unterschiedliche Gründe tragen dazu bei, dass manche Menschen mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum nicht für abstinentes Leben zu gewinnen sind:
 - Abstinenzbehandlungen sind in Vergangenheit häufig gescheitert
 - Überforderung durch Abstinenz
 - Abstinentes Leben entspricht nicht Lebensvorstellung
- Diese Menschen werden von Hilfen unter dem Abstinenzparadigma ausgeschlossen
- Seit 1970er Jahren: Hilfen der „Schadensminimierung“ bzw. „Harm Reduction“
 - Ziel: Reduktion der schwersten Schädigungen
 - Verbesserung der Lebensqualität
 - Substitutionsbehandlungen, Sprizentausch, Konsumräume, Wärmestuben

Zielpyramiden der Suchthilfe

Innerhalb des Abstinenzparadigmas



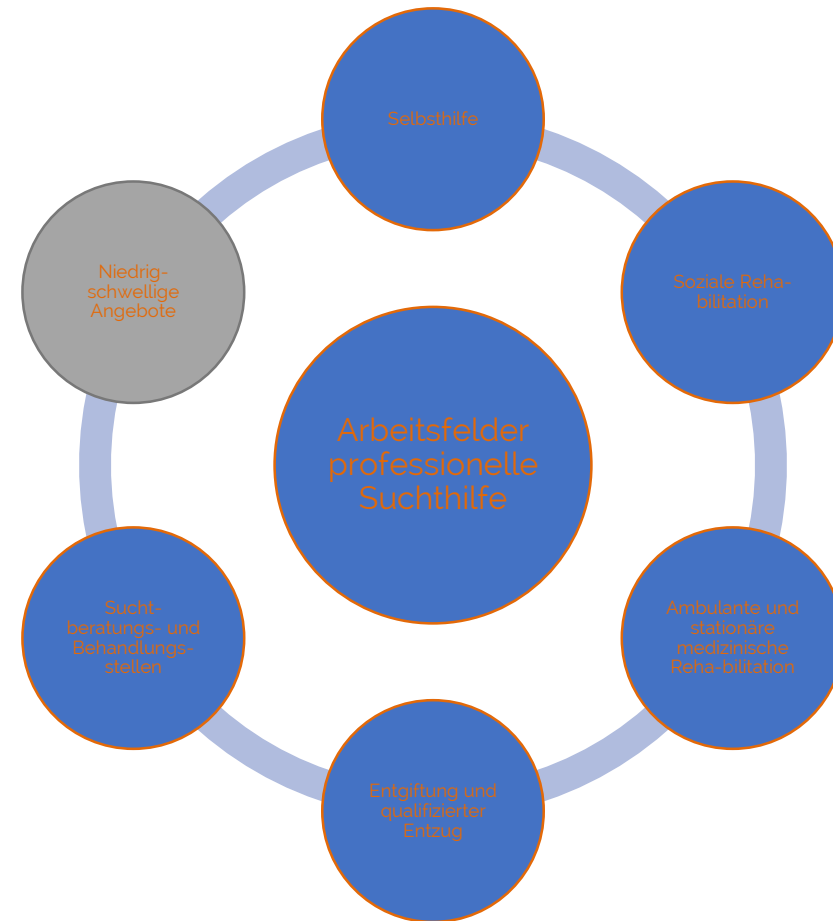
Außerhalb des Abstinenzparadigmas



Strukturen und Angebote der Suchthilfe

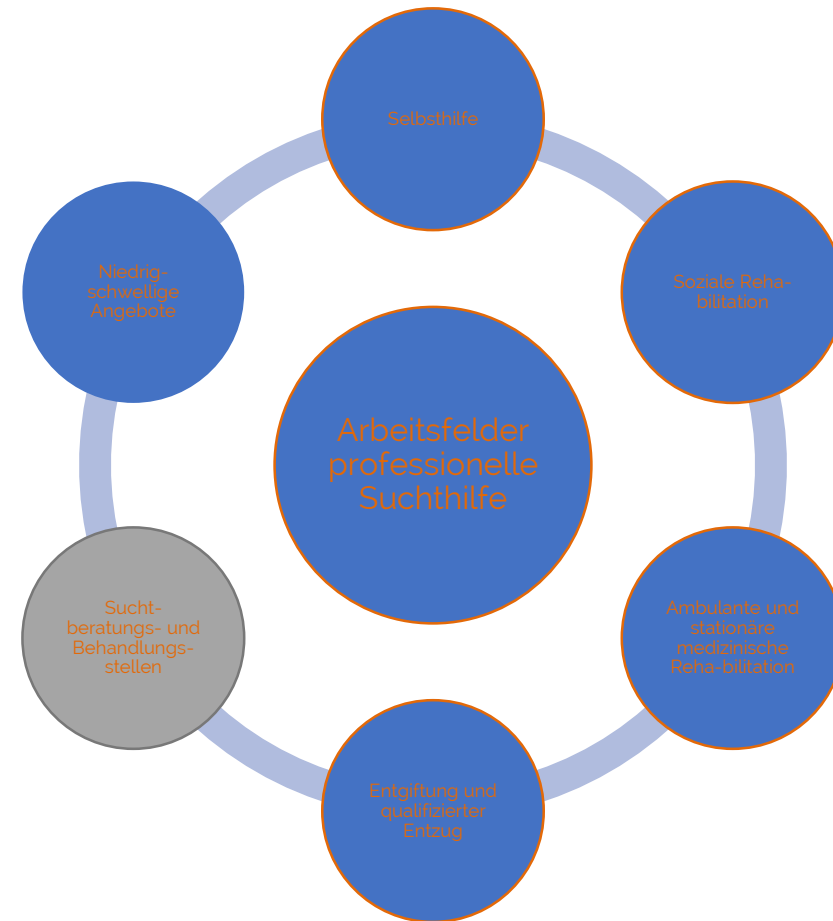
Niedrigschwellige Angebote

- Eigenständige Angebote
- Schadensminimierung
- Überlebenssicherung
- Unterstützung nicht an Abstinenz gekoppelt
- Angebot, das ins Hilfesystem führt
- Erstkontakt als Grundlage
- Streetwork, Konsumräume, Kontaktläden
- *Bundesweit ca. 3000 Angebote*



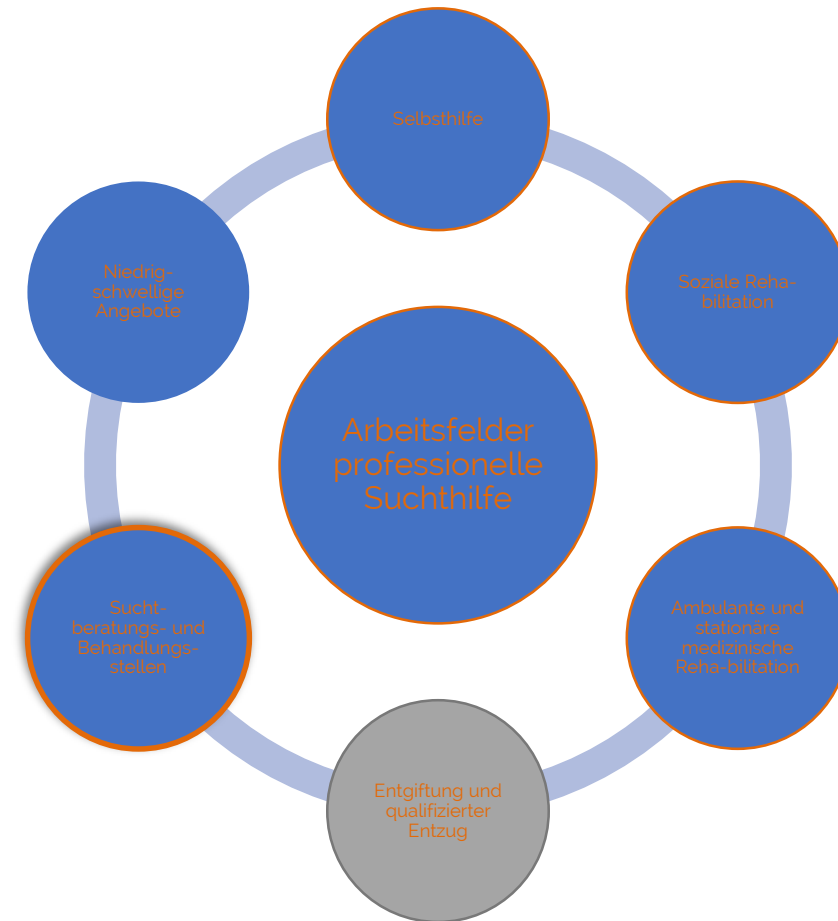
Suchtberatungs- und Behandlungsstellen

- Zentrale Anlaufstellen in den Kommunen
- Beratung und Betreuung von Menschen mit missbräuchlichem oder abhängigem Konsum
- Aufbau der Motivation, Hilfe anzunehmen
- Hilfepläne
- Vermittlung in weiterführende Angebote (Rehabilitation)
- Beratung von Angehörigen
- Psychosoziale Begleitung Substituierter
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Fachstellen für Prävention
- *Bundesweit ca. 1300 Stellen mit ca. 500.000 Klienten*



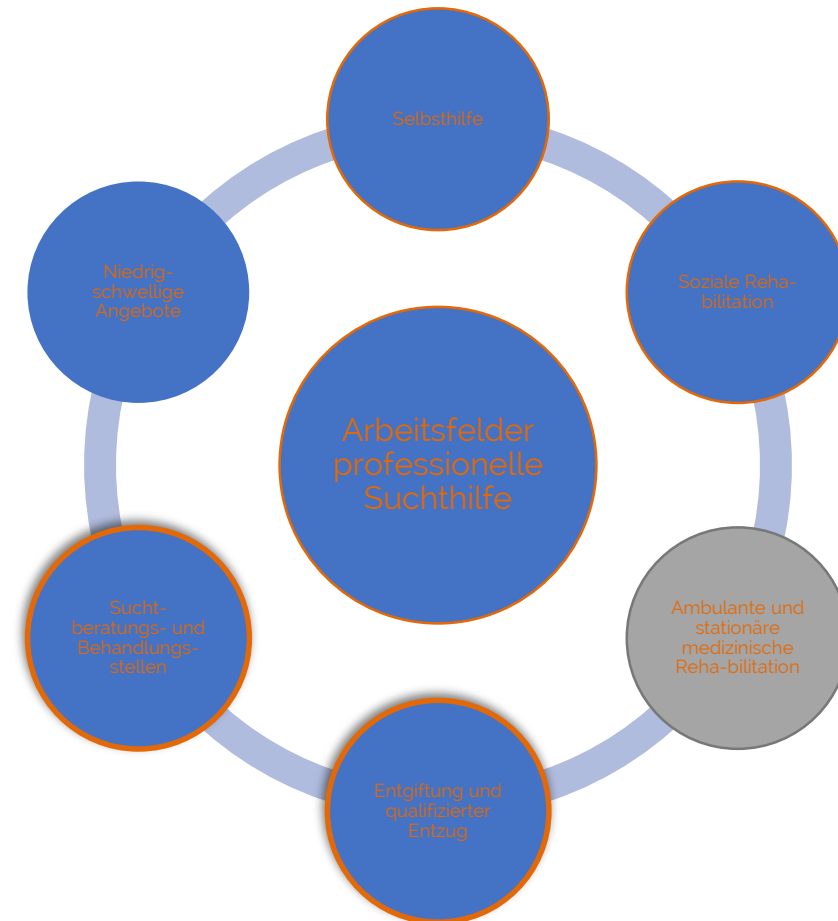
Entgiftung/ Qualifizierter Entzug

- Voraussetzung für weitere Hilfen ist meist Entgiftung bzw. Entzug
- Im qualifizierten Entzug werden Entzugserscheinungen medikamentös aufgefangen
- Psychosoziale Begleitung des Entzugs
- *Bundesweit ca. 7500 Plätze in über 300 spezialisierten Einrichtungen (Krankenhäuser)*



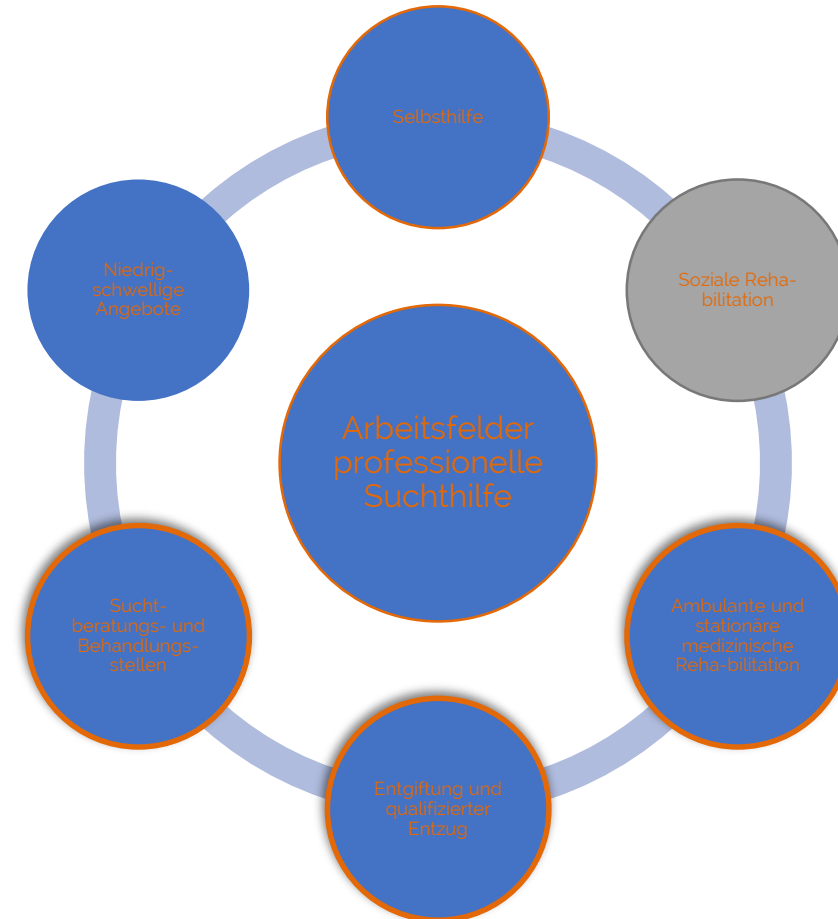
Medizinische Rehabilitation (Ambulant und stationär)

- Ziel, Menschen wieder in das berufliche Leben zu integrieren
- Gestaltung der Behandlung wird individuell und zeitlich begrenzt festgelegt
- Sozialrechtlich Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung
- *Bundesweit ca. 720 anerkannte Einrichtungen und ca. 73.000 Maßnahmen jährlich*



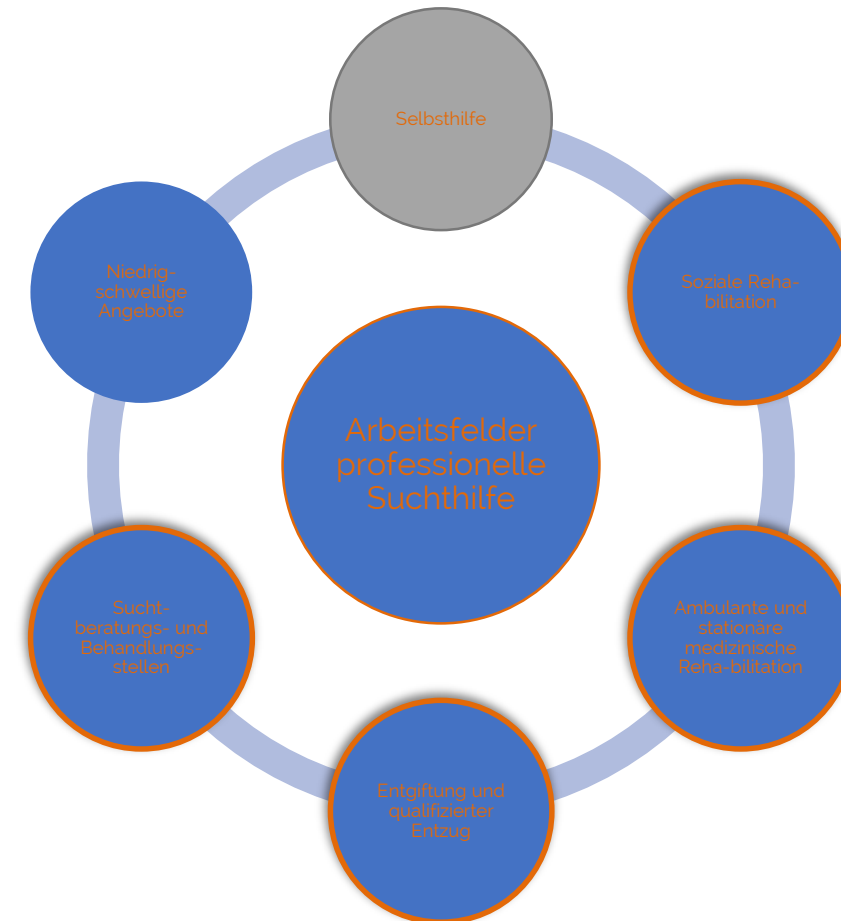
Soziale Rehabilitation

- Notwendig vor allem bei mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken
- Hilfe zum Wohnen und zur Arbeit
- Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- *Bundesweit*
 - *268 stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie mit mehr als 10.700 Plätzen*
 - *112 teilstationäre Einrichtungen mit mehr als 1200 Plätzen*
 - *460 Angebote des Ambulanten Betreuten Wohnens mit mehr als 12.000 Plätzen*



Selbsthilfe

- Freiwilligkeit der Mitglieder
- Leitung durch Betroffene
- Ohne Zuweisung und Kontrolle
- Ergänzung der professionellen Hilfe
- „Freundeskreise“ aus Suchtberatungsstellen
- Kreuzbund, das Blaue Kreuz, Anonyme Alkoholiker (überregionale Selbsthilfeangebote)
- Wohnortnahe Selbsthilfe in Kommunen heute Standard
- *Bundesweit ca. 8700 Gruppen*



...und noch ein paar Zahlen:

Ambulante Behandlung I

TABELLE 01
Angebote der Suchthilfe

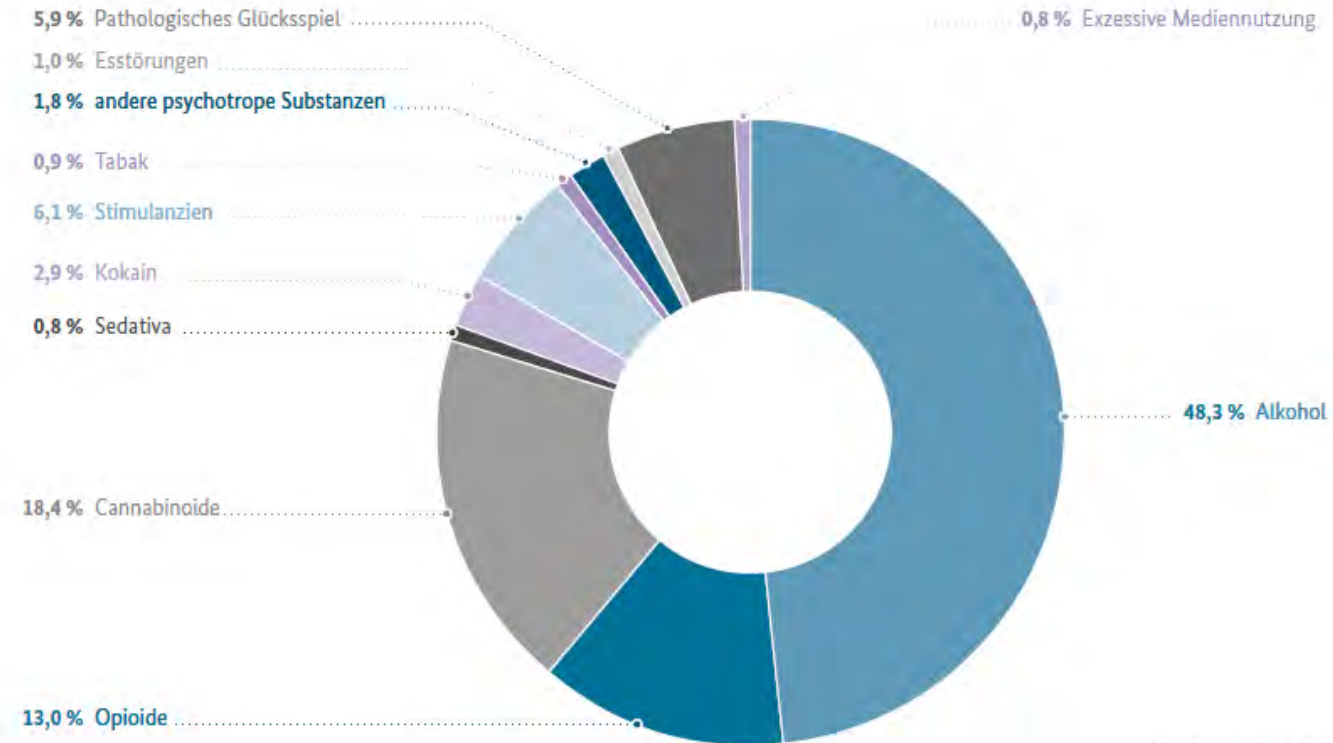
Art der Einrichtung	Anzahl der Einrichtungen (gerundet)	Anzahl der Klienten
Beratungsstellen u. -dienste (pro Jahr) ca.	1.500	> 500.000
Substitutionsbehandlung	2.585	79.400
Niedrigschwellige Angebote	268	k. A.
Spezialisierte psychiatrische Krankenhäuser	344	110.000
Psychiatrische Instituts-ambulanzen	84	91.800
Ganztägige Ambulante Rehabilitation	88	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	388	19.788
Adaptionseinrichtungen	102	k. A.
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	414	k. A.
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	81	k. A.
Ambulant betreutes Wohnen	571	> 12.000
Arbeitsprojekte/ Qualifizierungsmaßnahmen	102	> 4.800
Selbsthilfegruppen	8.700	k. A.

Quelle: DHS, Jahrbuch Sucht 2019

Ambulante Behandlung II

ABBILDUNG 02

Hauptdiagnosen bei ambulanter Behandlung 2017



Quelle: DSHS, 2018

Stationäre Behandlung I

- Akutbehandlungen im Krankenhaus
- Entwöhnungsbehandlungen (Rehabilitationseinrichtungen)
- Einrichtungen der Sozialtherapie
- Adaptionseinrichtungen
- Therapeutische Gemeinschaften

TABELLE 02

Behandlungsfälle im Krankenhaus aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen 2017

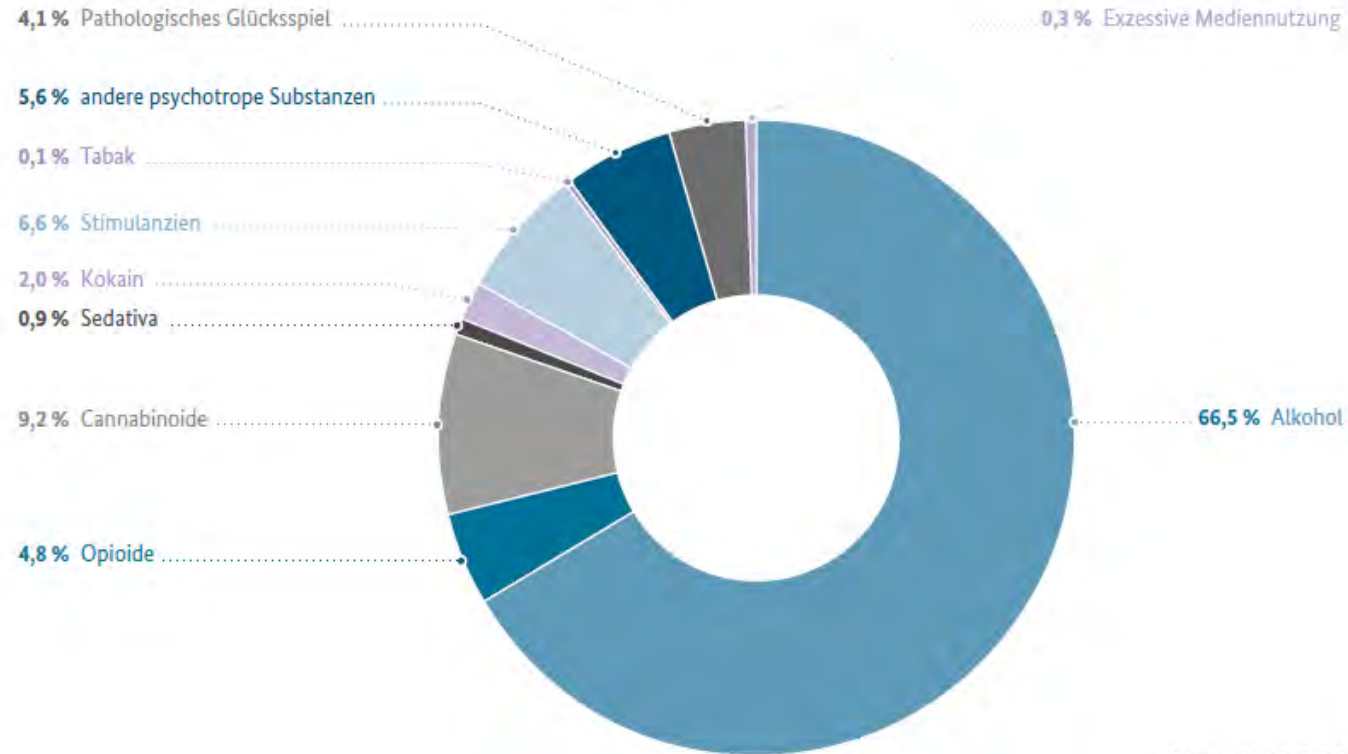
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Behandlungsfälle
insgesamt	422.052
durch Alkohol	314.211
durch andere Substanzen	107.841
davon	
Opioide	32.888
Cannabinoide	18.710
Multipler Substanzgebrauch	31.827

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2019

Stationäre Behandlung II

ABBILDUNG 04

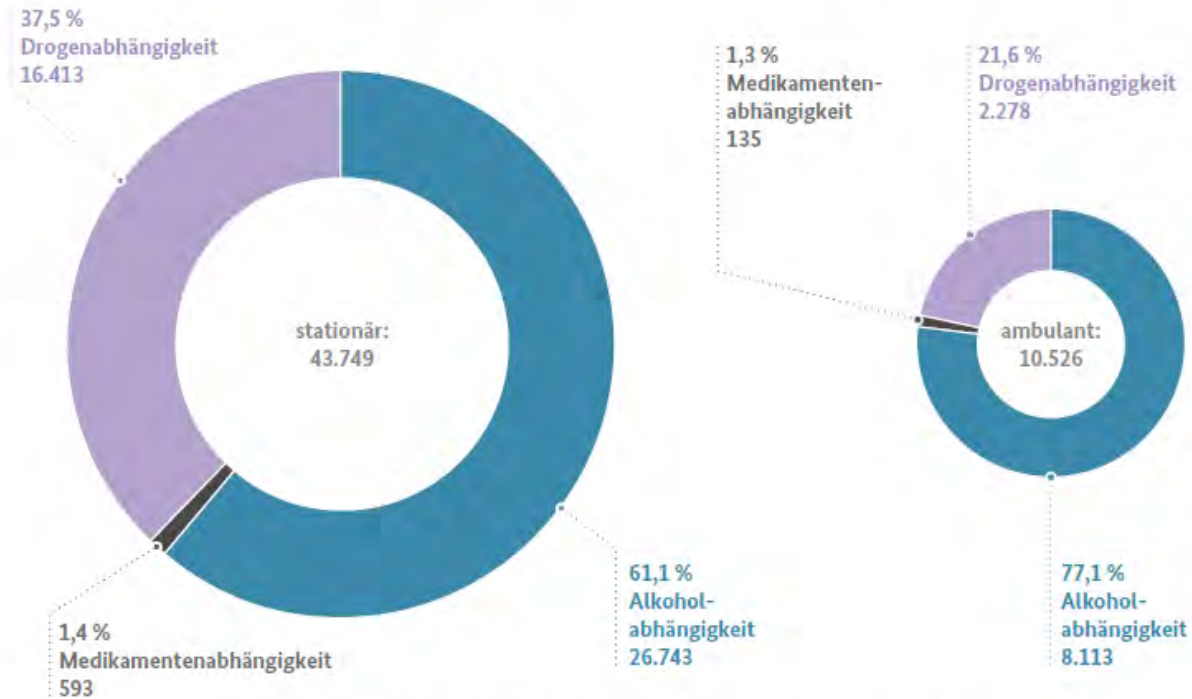
Hauptdiagnosen in stationären Rehabilitationseinrichtungen 2017



Quelle: DSHS, 2018

Entwöhnungsbehandlungen

ABBILDUNG 05
Bewilligte Entwöhnungsbehandlungen durch die Deutsche Rentenversicherung 2018



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik 2018

10. Substitutionsbehandlung

Webinar „Suchtkranke in der Rückkehrberatung“

Michael Gierse, Diplom-Sozialarbeiter

OST

Die Opioid-Substitutions-Therapie

- Anwendung eines sicheren Medikamentes: Agonist – eine Substanz, die einen bestimmten Transmitter in seiner Wirkung imitiert bzw. ersetzt
- Wirkt ähnlich wie Opiate
- Hat eine längere Halbwertszeit bzw. Wirkdauer
- Lindert Entzugserscheinungen
- Langzeitbehandlung
- Eingesetzt in Erhaltungstherapie und Entgiftungsbehandlung

Rezeptorblockade

- Rezeptorblockade durch Substitutionsmedikamente bei ausreichender Dosierung und hoher Rezeptorabdeckung
- Keine agonistische Wirkung durch nachträgliche Verabreichung anderer Opioide bzw. Opiate bei suffizienter Dosierung
- Kein „Kick“ nachträglich verabreichter Opioide, z. B. Heroin
→ Reduktion des Beigebrauchs

Kleine Substitutionsgeschichte

- 1896: Patentierung von Diacetylmorphin durch die AG Farben unter dem Markennamen „Heroin“
- Produktionseinstellung in den USA 1931, Verkauf in Deutschland bis 1958 – endgültiges Verbot erst 1971
- 1939: Erstsynthetisierung von Methadon durch Hoechst, erster Einsatz 1942 als „Amidon“
- 1949: Vertrieb von Methadon-Racemat in Deutschland als „Polamidon“
- 1953: Patentierung von Levomethadon als L-Polamidon
- 1965: Umstellung der Methadon-Herstellung auf L-Polamidon®
- 1966: Erste Methadon-Erhaltungsbehandlung in den USA (Dole/Nyswander)



Kleine Substitutionsgeschichte II

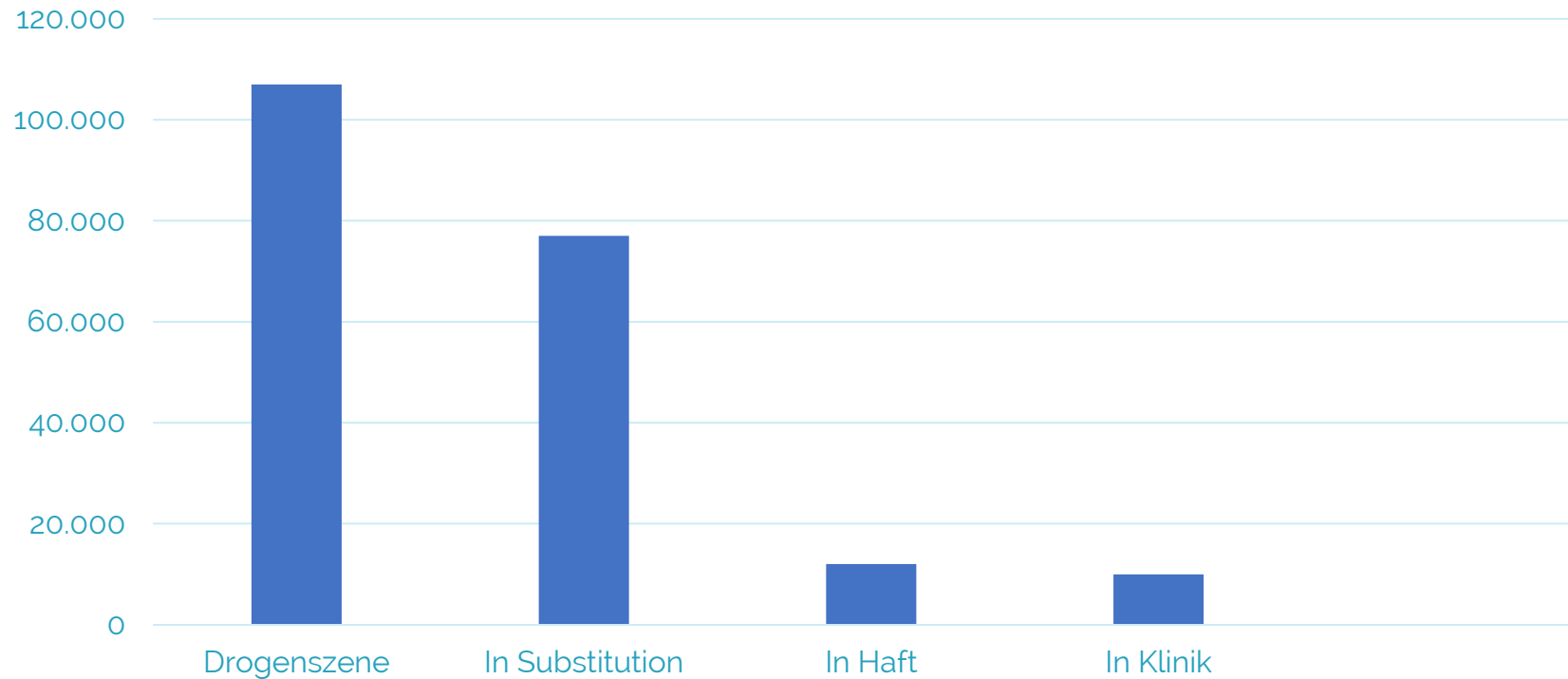
- 1991: „Landes-Methadonprogramm“ in NRW
- 1994: D,L-Methadon wird verschreibungsfähig für die Substitution
- 1999: Verschreibung von Codein wird BtM-pflichtig
- 2000: Erstzulassung von Buprenorphin zur Substitution, Einführung von Subutex®
- 2001: „L-Polamidon® Lösung zur Substitution“
- 2006: Zulassung von Suboxone®
- 2009: Aufnahme von Diamorphin in die BtMVV-VO, erste bundesweite Diamorphin-Modellprojekte
- 2015: Zulassung von Substitol®
- 2018: Zulassung von Buvidal®

Substitutionsmedikamente

In Deutschland können nur Mittel zur Substitution eingesetzt werden, die in der BtMVV* aufgeführt sind

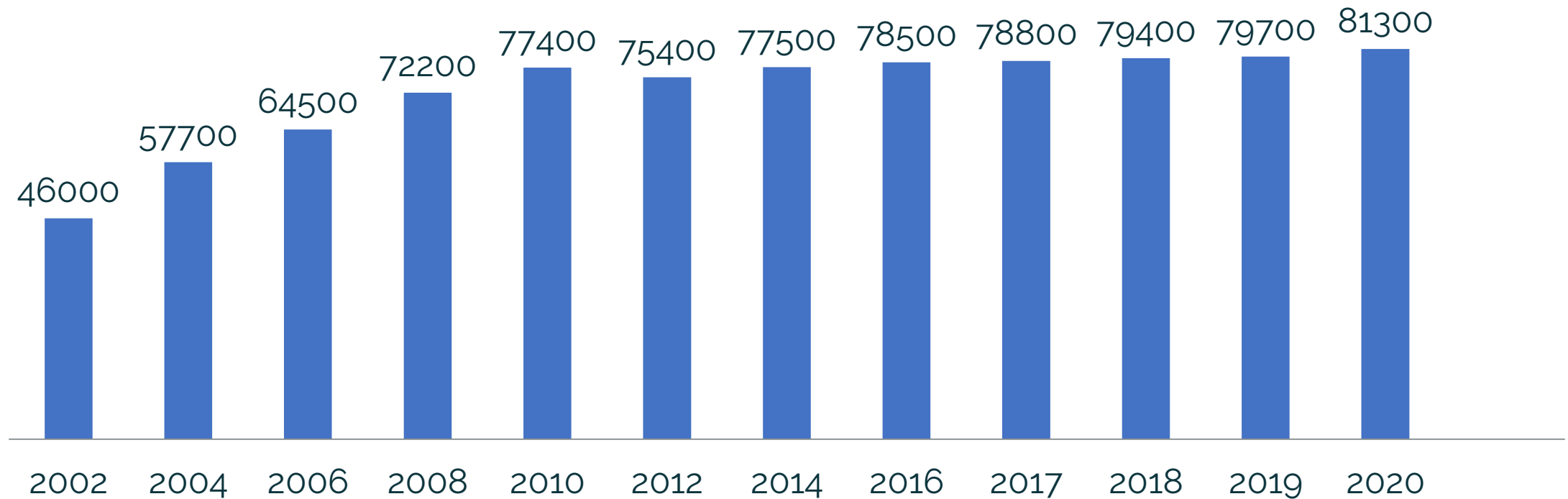
- D,L-Methadon als Rezeptur oder Fertigarzneimittel
- Levomethadon
- Buprenorphin (Sublingual, Depot, Film)
- Retardiertes Morphin
- Diamorphin (BtMG 21. Juli 2009)
- Mit der 15. BtMÄndV sind Codein und Dihydrocodein nur noch in begründeten Ausnahmefällen zur Substitution verschreibbar

Verteilung von iv-Drogenabhängigen



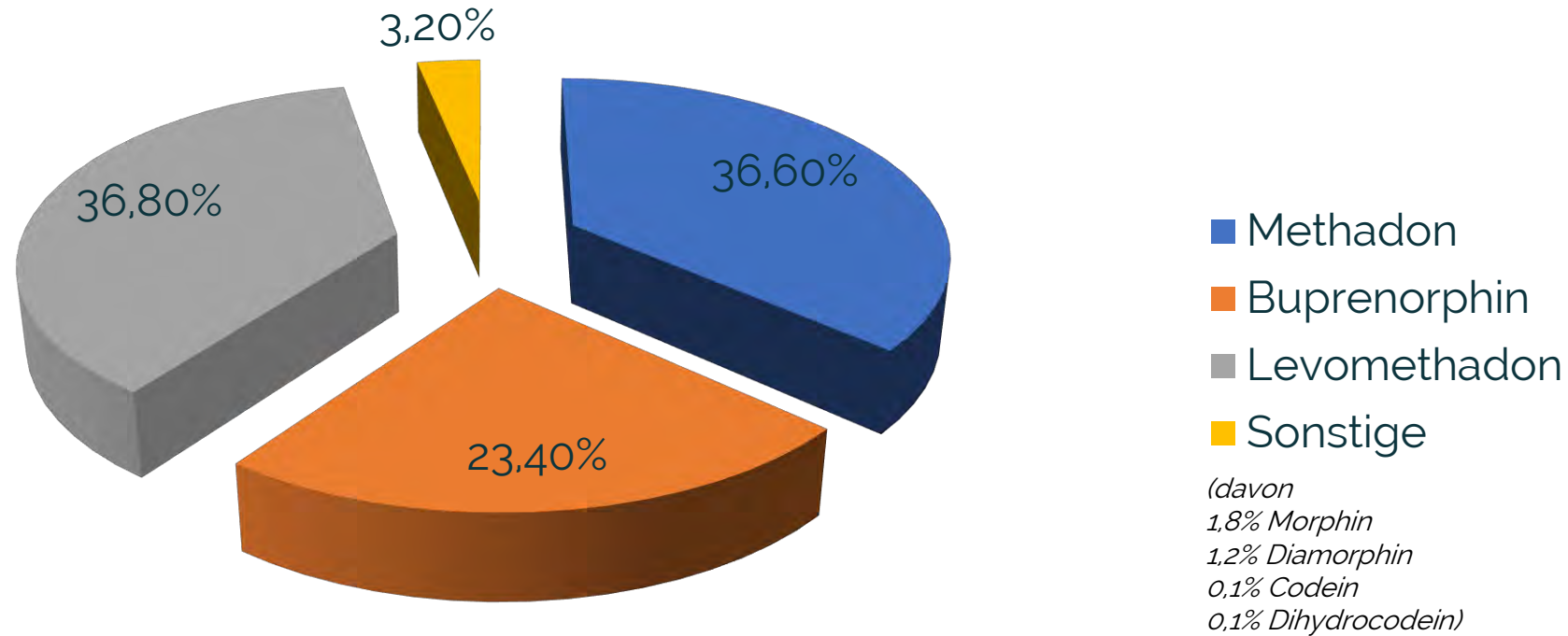
Zahlen und Fakten zur Substitution I

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland
(jeweils Stichtag 01. Juli)



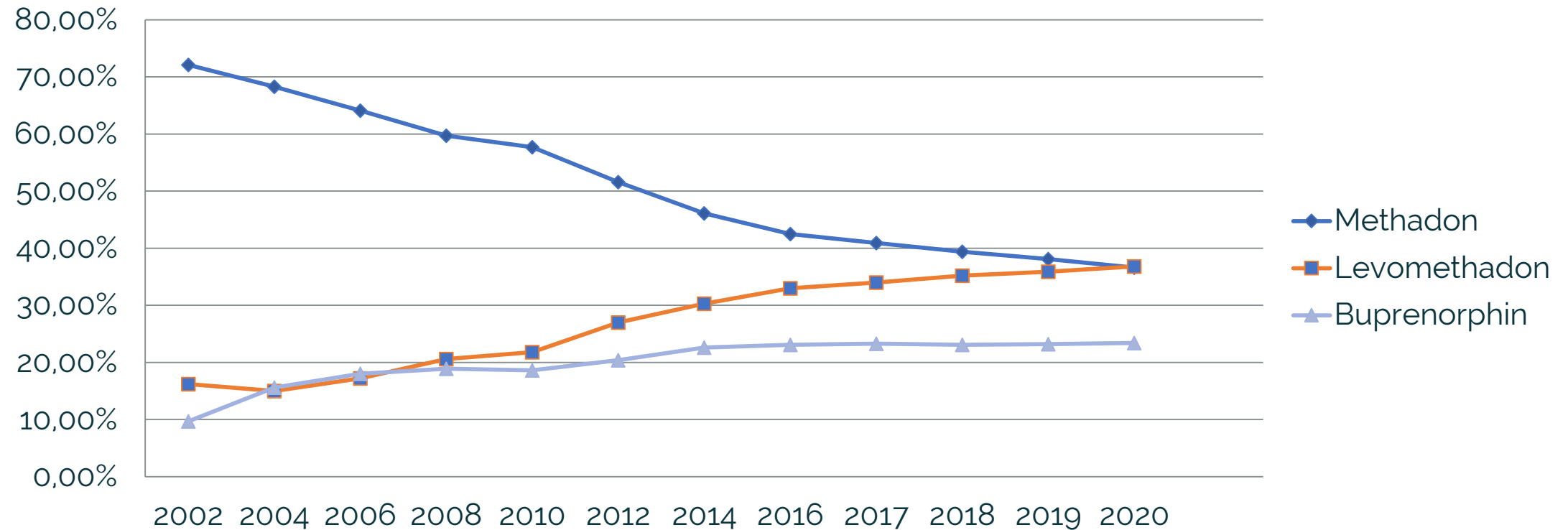
Zahlen und Fakten zur Substitution II

Art und Anteil der gemeldeten Substitutionsmittel



Zahlen und Fakten zur Substitution III

Entwicklung der Häufigkeit gemeldeter Substitutionsmittel



Zahlen und Fakten zur Substitution IV

- 2020 insgesamt 85.700 Ab- und Ummeldungen bei SubstitutionspatientInnen (teils mehrfach)
- 208 Doppelbehandlungen im Jahr (Tendenz sinkend, 2020 erstmals wieder gestiegen)
- Nur noch 2.545 substituierende ÄrztInnen deutschlandweit (vor zehn Jahren waren es noch 2.796)
- 563 Ärzte (ca. 22 %) nutzten die Konsiliarregelung – sie behandelten lediglich 1,5% der PatientInnen
- Im Jahr 2020 haben 13 Einrichtungen in 7 Bundesländern Substitutionsbehandlungen mit dem Substitutionsmittel Diamorphin durchgeführt.

Zahlen und Fakten zur Substitution V

Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten pro Arzt	Anteil der meldenden substituierenden Ärzte
bis zu 3	25 %
4 - 50	51 %
51 - 100	16 %
mehr als 100	8 %

Etwa 14 % der substituierenden Ärzte hatten zum Stichtag die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet!

Zahlen und Fakten zur Substitution VI

Bundesland	Gemeldete PatientInnen	Substituierende ÄrztInnen	Ø	Pat. pro 100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	10.435	384	27	94
Bayern	9.059	330	27	69
Berlin	5.823	137	43	159
Brandenburg	114	22	5	5
Bremen	1.759	54	33	258
Hamburg	3.938	83	47	213
Hessen	7.778	219	36	124
Mecklenburg-Vorpommern	304	30	10	19
Niedersachsen	7.758	249	31	97
NRW	26.041	718	36	145
Rheinland-Pfalz	2.359	79	30	58
Saarland	664	18	37	67
Sachsen	767	45	17	19
Sachsen-Anhalt	712	35	20	32
Schleswig-Holstein	3.434	119	29	118
Thüringen	402	23	17	19



...was kann
Substitution
eigentlich
erreichen?

Individuelle Effekte der Substitutionsbehandlung

- Überleben
- Reduzierung des Risikoverhaltens (harm reduction)
 - Senkung des intravenösen Konsums
 - Verminderung des Konsums illegaler Drogen
- Verbesserung des physischen und sozialen Wohlbefindens
 - Erhöhte Inanspruchnahme von medizinischen Diensten
 - Angehen von sozialen Problemen
- Reduzierung der Beschaffungskriminalität/-prostitution
- Verringerung von Infektionen mit Hepatitis B + C, HIV, Geschlechtskrankheiten...



Gesellschaftliche Effekte von Substitutionsbehandlung



65% weniger
Einlieferungen in die
Notaufnahme

59% weniger
Krankenhausaufnahmen

55% weniger Aufnahmen
in die Psychiatrie

Verringerung der
Ausbreitung von HIV und
anderen
Infektionskrankheiten

Senkung der
Behandlungskosten

Verbesserungen im
Gesundheitssystem



64% weniger
Eigentumsdelikte

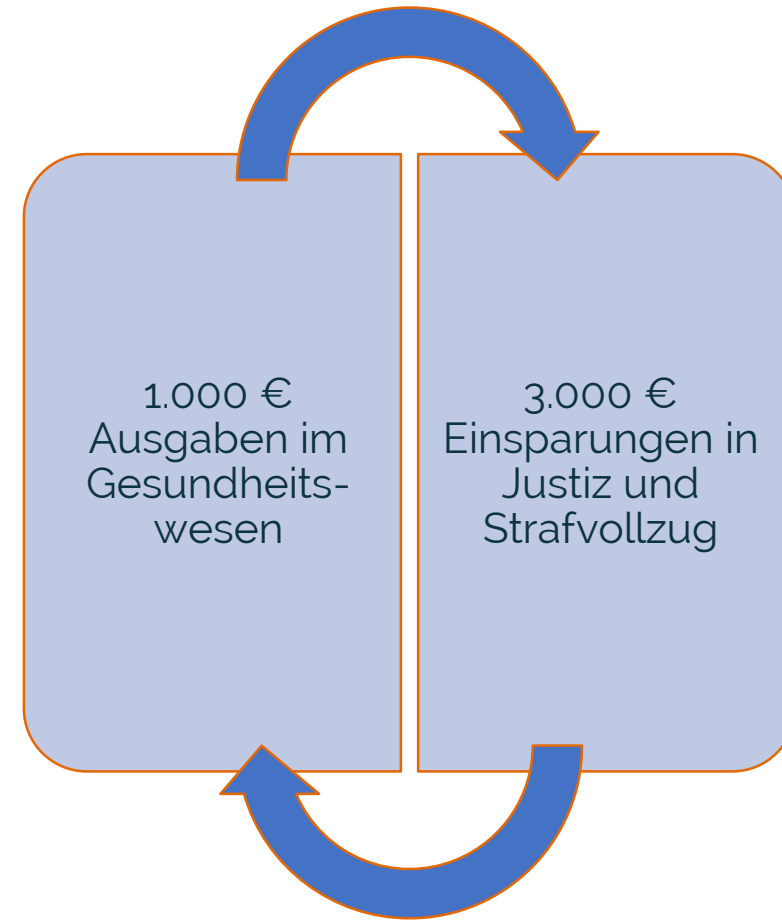
54% weniger
Festnahmen

63% weniger
Festnahmen aufgrund
von Drogendelikten

Verbesserungen in
Justiz und Strafvollzug

Kosten und Nutzen I

Gesamtgesellschaftlich gesehen ist die Zusammenarbeit verschiedener Bereiche wichtig, da Ausgaben in einem Bereich Ersparnisse im anderen Bereich erzeugen



Kosten und Nutzen II

Nach einer Schätzung des DASA (Division of Alcohol and Substance Abuse, New York) verteilen sich die jährlichen Kosten eines Opiatabhängigen wie folgt:

- Ohne Behandlung auf der Straße \$ 40.000
- Im geschlossenen Strafvollzug \$ 40.000
- In stationärer Langzeittherapie \$ 12.000
- In Substitution \$ 2.500

Geldbedarf eines iv-Drogenabhängigen

- Reinheitsgrad für sichergestelltes Heroin in der EU 2017: zwischen 18 – 33 % (minimal 9 %, maximal 60 %)
- Straßenpreise: zwischen 38 – 60 €/Gramm (minimal 22 €, maximal 140 €)
- *Cave:* Der Preis ist in den letzten zehn Jahren um fast 20 % gefallen, der Reinheitsgrad um ca. 10 % gestiegen
- Kokain: zwischen 59 – 78 €/Gramm
- Bedarf: bei 1 g Heroin und 0,5 g Kokain tgl. im Schnitt 120 € tgl.
- Hochgerechnet: 43.800 € Jahresbedarf

Beschaffung

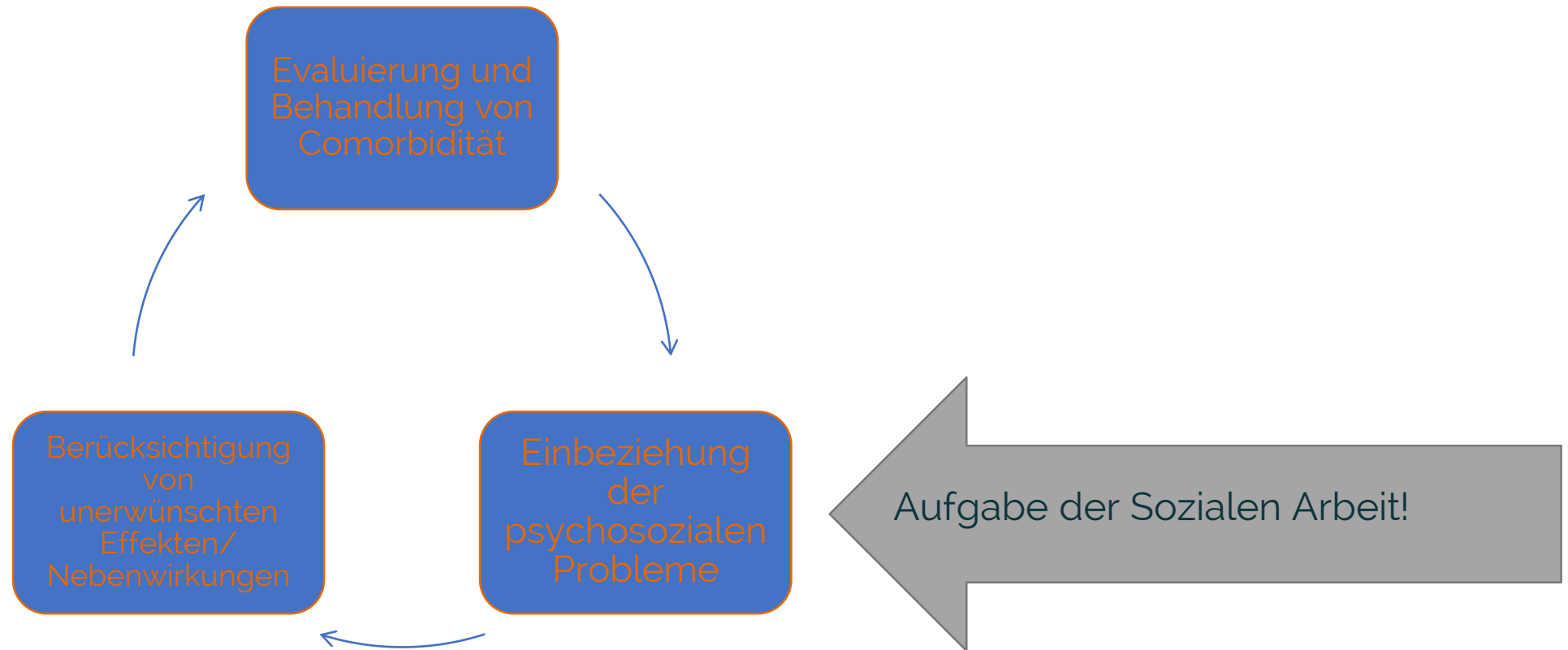
Diebstahl/Einbruch

- Bei Neuware: Hehler zahlt ca. 10 % des Neuwertes
- Bei gebrauchter Ware (aus Einbrüchen...): weniger als 5 % des Wertes
- Bei einem Bedarf von ca. 40.000 € muss Neuware im Wert von etwa 400.000 € pro Jahr beschafft werden!

Prostitution

- Durchschnittspreis für sexuelle Dienstleistungen auf dem Straßenstrich: 10 – 50 €
- In Clubs höhere Einnahmen möglich – selten bei Drogenabhängigen
- Bei 40.000 € Jahresbedarf und einem Durchschnittseinkommen von 25 € pro Freier müssen pro Jahr etwa 1.600 sexuelle Kontakte erfolgen!

Wichtig: Umfassende Behandlung



Kehrseiten der Substitution

- Stabilisierung auf einem Agonisten kann zur medikamentösen Abhängigkeit und zu einer Abhängigkeitsbeziehung vom Arzt führen
- Der Substitutionsbehandlung wird oft weniger Legitimität beigemessen als der Behandlung mit direktem Abstinenzziel („Dealer in weiß“)
- Die Substitution ist mehr als „Verbesserungsmaßnahme der Lebensqualität“ statt als Heilmaßnahme gedacht

Missbrauch

- Verschriebene Substitutionsmittel können nicht bestimmungsgemäß, d.h. zweckentfremdet eingesetzt werden (z.B. nasale oder intravenöse Anwendung)
- Injizierbare Substanzen sind:
 - Heroin, Kokain, Methadon-Sirup, Buprenorphin, etc. – alles, was sich auflösen lässt
- Missbrauchs-Verhalten wird ausgelöst durch das Verlangen einer sofortigen Bedürfnisbefriedigung (Suchtgier, Craving, Entzug)

Missbrauch von Substitutionsmitteln

- Saubere Einstiegsdroge, v.a. in Raver-Techno-Szene, MSM-Szene etc.
- “Kick“ ohne Risiko positiver Urinkontrollen in der Substitution!!!

Überdosis

- Tödliche und nichttödliche Überdosen sind die hauptsächlichen Ursachen für Morbidität und Mortalität
- Die Überdosis mit Todesfolge erfolgt meistens durch Atemdepression; diese unterbricht die Sauerstoffzufuhr zum Gehirn und führt somit zum Herzstillstand
- Erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Überdosis besteht bei:
 - intravenösem Konsum
 - Polykonsum
- Die Substitutionsbehandlung führt nachweislich zu einer Reduzierung der Überdosismortalität und der Morbidität

Nebenwirkungen

- Bei manchen Patienten können sich Nebenwirkungen (erhöhtes Schwitzen, Verstopfung, Schlafstörungen, reduzierter Sexualtrieb und leichte Konzentrationsschwäche) einstellen
- Diese Nebenwirkungen haben in der Regel keine medizinischen Folgen
- *Cave:* Veränderungen in der QT-Zeit unter Methadon/Polamidon möglich – Gefahr von Herzrhythmusstörungen!
- Substitution hat sich für ungefähr 70% aller Patienten als wirksam erwiesen

Folgerungen

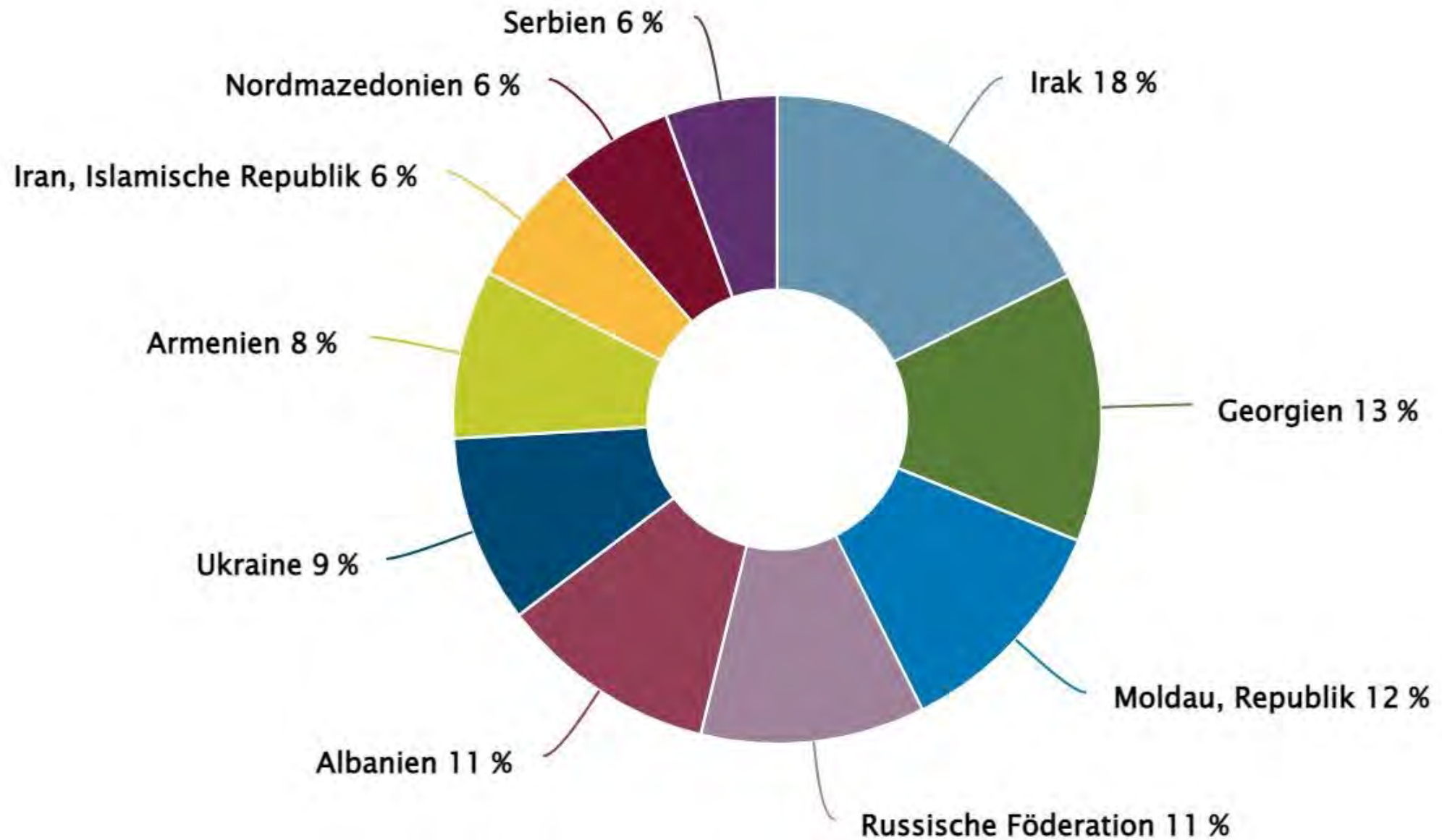
- Es ist wichtig, dass ein breitgefächertes Spektrum von Medikamenten zur Verfügung steht
- Genaue Indikationsstellung und Informierung des Patienten hinsichtlich der verschiedenen Medikamente ist unbedingt erforderlich
- Veränderungen an Substitut, Dosis und Einnahme sind im Laufe der meist langjährigen Behandlung üblich und orientieren sich sowohl an medizinischen wie sozialen Notwendigkeiten, z.B.
 - Individueller Verlauf der Abhängigkeitserkrankungen
 - Somatische und/oder psychiatrische Komorbiditäten
 - Alter
 - Veränderungen in der patientenindividuellen Lebenssituation

Substitution und Rückkehrer

Substitution von Asylbewerbern

- Asylbewerber dürfen im Regelfall nicht substituiert werden
- Ausnahme: Einzelfallentscheidung nach § 4 AsylblG
(Erforderlichkeit und Notwendigkeit der Behandlung)
- In Westfalen-Lippe Hinzuziehung eines Amtsarztes notwendig (Ministerium für Inneres und Kommunales NRW 01/2016)
- Keine Leistungspflicht, wenn die amtsärztliche Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, dass die Substitutionsbehandlung „nicht eindeutig indiziert“ ist

Top 10 REAG/GARP-Zielländer in 2020*



Substitution in Zielländern

- In den Top 10 der REAG/GARP-Zielländern ist eine Weiterbehandlung nur in einzelnen Ländern und nur eingeschränkt möglich:
 - Serbien
 - Mazedonien
 - Iran
 - Albanien
- In den anderen Top 10-Zielen (Armenien, Georgien, Irak, Moldau, Russland, Ukraine) ist eine Substitutionstherapie nicht oder nur zu ungewissen Bedingungen möglich

Länderindex Substitution

Über die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten (angesiedelt bei INDRO e.V. in Münster) können erste Informationen für z.Zt. 156 Länder (unabhängige Staaten plus autonome Territorien) online abgerufen werden:

<https://indro-online.de/laenderinformationen/>