

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Sozialarbeit/Sozialpädagogik

Bachelorthesis

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Ein Diskurs über Motive von Beikonsum bei heroinabhängigen Substituierten. Mögliche Herausforderungen von Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung.

Am Beispiel der Stadt Düsseldorf

Erstprüfer:

Dipl. –Soz. Päd. Thomas Tackenberg

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Thomas Münch

Vorgelegt von:

Thea Dörnhöfer
(Matrikelnummer 615839)

Düsseldorf, den 20.12.2016

Gliederung

1. Einleitung	1
2. Begriffserklärungen	3
2.1 Abhängigkeit/ Sucht	3
2.1.1 Suchtdreieck.....	5
2.1.2 Diagnostische Merkmale einer Opioidkonsumstörung	6
2.1.3 Heroin	7
2.2 Rausch	9
2.3 Zwischenfazit.....	11
3. Substitution	11
3.1 Geschichte der Substitution	12
3.2 Substitutionsbehandlung	13
3.2.1 Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung.....	13
3.2.2 Ablauf einer Substitutionsbehandlung.....	14
3.2.3 Ziele einer Substitutionsbehandlung.....	15
3.3 Substitutionsmittel.....	16
3.3.1 Methadon	17
3.3.2 Levomethadon.....	17
3.3.3 Buprenorphin	18
3.4 Zwischenfazit.....	19
4. Beikonsum	19
4.1 Substitution und Beikonsum.....	20
4.2 Umgang mit Beikonsum in der Substitution	21
4.3 Gefahren von Beikonsum während der Substitution	22
4.4 Zwischenfazit	23
5. Psychosoziale Betreuung	23
5.1 Psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe	24
5.1.1 Voraussetzungen der psychosozialen Betreuung	25
5.1.2 Aufgaben der psychosozialen Betreuung	25
5.1.3 Ziele der psychosozialen Betreuung.....	26
5.2 Zwischenfazit.....	27
6. Empirische Untersuchung	28
6.1 Ziel und Fragestellung	28
6.2 Methodische Vorgehensweise.....	28
6.3 Ergebnisse.....	32
6.3.1 Sucht und andere psychische Erkrankungen.....	32

6.3.2	Substitutionstherapie und Substitutionsmittel.....	33
6.3.3	Psychosoziale Betreuung.....	35
6.3.4	Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen.....	36
6.3.5	Motive von Beikonsum.....	38
6.3.6	Umgang mit Beikonsum.....	39
6.3.7	Bestehende Angebote und neue Angebotswünsche	41
6.3.8	Herausforderungen in der Substitutionstherapie	43
6.4	Zwischenfazit.....	44
7.	Neue Herausforderungen und Handlungsschritte	47
7.1	Erste Handlungsschritte für die Substitutionstherapie	48
7.2	Herausforderungen für Akteure der psychosozialen Betreuung	49
8.	Fazit	51
9.	Literaturverzeichnis	54
10.	Anhang	59
10.1	Interviewleitfäden.....	59
10.2	Interviews.....	65

THESIS AM
 FACHBEREICH SOZIAL- UND
 KULTURWISSENSCHAFTEN
 DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

1. Einleitung

Jede Suchtkarriere beginnt meistens mit einer berauschenden Erfahrung und dem Versuch, den Alltag hinter sich zu lassen. Dieser Zustand kann erreicht werden durch eine auf die Psyche einwirkende Substanz oder eine Tätigkeit, der man sich exzessiv hingibt (Tölle, Windgassen, 2009, S. 138).

Im Rahmen dieser Arbeit werden Süchte behandelt, die sich auf Substanzen beziehen. Insbesondere auf Opiate, bzw. Heroin¹.

Die Bundesärztekammer (2011) schätzt in Deutschland die Zahl der Menschen, die unter einer Opiatabhängigkeit leiden, auf 200.000. Viele Opiatabhängige können für eine Entzugs-oder Entwöhnungstherapie nicht motiviert werden oder brechen diese vorzeitig ab. Aus diesem Grund haben Vincent Dole (Mediziner) und Marie Nyswander (Psychiaterin/ Psychotherapeutin) seit 1965 die substituionsgestützte Behandlung mit Methadon propagiert (Soyka, 1998, S.51). Unter einer Substitutionsbehandlung wird eine Drogensersatztherapie verstanden (Weber & Schroeder-Printzen, 2009, S.13). Laut Marlene Mortler, der Drogenbeauftragten der Bunderegierung 2016, erhalten in Deutschland über 77.000 Opiatabhängige eine substituionsgestützte Behandlung, meist durch Methadon. In Düsseldorf wurden laut der Linken Fraktion (2013) im Zeitraum vom 1.7.2012 bis 31.12.2012 1309 Menschen, die unter einer Opiatabhängigkeit leiden, substituiert. Das langfristige Ziel einer substituionsgestützten Behandlung ist die Entwöhnung und die Erhöhung der Chance auf eine Opiatabstinenz. Um dieses Ziel zu erreichen sollten vorher möglichst mehrere Unterziele erreicht werden, wie die Resozialisierung des Opiatabhängigen, die Distanzierung von der Drogenszene und die Senkung der Wahrscheinlichkeit an HIV zu erkranken und somit die Lebenserwartung zu erhöhen (Tölle, Windgassen, 2009, S. 162-163). Bei einer Szenebefragung 2008 durch das Institut für Interdisziplinäre Sucht und Drogenforschung (ISD Hamburg, 2009) stellte sich heraus, dass ca. 60 % der befragten Substituierten aus Düsseldorf den Konsumraum² nutzen und somit Beigebrauch oder Beikonsum³ haben.

¹ Heroin gehört zu der Gruppe der Opiate

² In Konsumräumen wird Drogenabhängigen die Möglichkeit geboten, unter hygienischen Bedingungen und unter fachlicher Aufsicht, ihre mitgebrachten Drogen zu konsumieren (Poehlke, Heinz & Stöver, 2016, S. 93).

³ Unter Beigebrauch und Beikonsum versteht sich jeglicher Gebrauch von Suchtmitteln, für Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, bis auf Nikotin (LVR Klinikum Essen, 2010).

Anhand dieser Erkenntnisse stellt sich die Frage, aus welchen Motiven heraus Substituierte trotz der Vergabe eines Substituts Beikonsum haben.

Der Konsum anderer Drogen oder nicht verschriebener Medikamente kann zum Ausschluss der Behandlung führen. Deshalb ist es ein sinnvolles Ziel die Reduzierung des Beikonsums anzustreben, um den Patient gesundheitlich zu entlasten. Dadurch wird einem möglichen Abbruch durch eine Inhaftierung als Folge der Beschaffungskriminalität vorgebeugt (Passie, Dierssen, 2014, S.151-153).

Allerdings werden durch den Ersatzstoff nur die körperlichen Symptome gelindert, die psychische Abhängigkeit bleibt bestehen. Durch die psychosoziale Betreuung, auch PSB⁴ genannt, kann auf die psychische Abhängigkeit des Patienten eingegangen werden. PSB findet meist in den örtlichen Drogenberatungsstellen statt. Trotzdem gelingt es nur wenigen, den Konsum anderer Drogen zu vermeiden. Obwohl die Substitutionstherapie durch Gesetze und Vorschriften geregelt ist, werden die Substitutionsmittel immer häufiger missbraucht und sind so selbst zu Rauschmitteln geworden (Ärzte Zeitung, 2009).

Das Ziel dieser Arbeit ist es durch Interviews mit Klienten, Ärzten und Sozialpädagogen herauszufinden, warum Klienten im Substituionsprogramm trotz PSB und Ersatzstoffvergabe immer noch Beikonsum haben. Was müsste aus ihrer Sicht verbessert bzw. optimiert werden, damit es Opiatabhängigen langfristig möglich ist, ihren Beikonsum zu reduzieren? Um diese Frage zu beantworten, werden in den Kapiteln zwei bis vier die theoretischen Fundierungen erläutert. Im zweiten Kapitel werden verschiedene Begrifflichkeiten geklärt und beschrieben, um einen Einstieg in die Thematik zu erleichtern. In Kapitel drei wird die Substitutionstherapie beleuchtet, angefangen mit ihrer Geschichte über Voraussetzungen, Abläufe und Ziele einer Substitutionsbehandlung. Anschließend werden die verschiedenen Substitutionsmittel sowie die Droge Heroin beschrieben. Im vierten Kapitel wird auf die psychosoziale Betreuung, speziell in der Drogenhilfe, eingegangen. Hier werden ebenfalls Ablauf, Voraussetzungen und Ziele erläutert. Das fünfte Kapitel befasst sich mit dem Thema Beikonsum in der Substitutionstherapie. Dabei wird auf den Umgang sowie mögliche Gefahren eingegangen. Im darauffolgenden Forschungsteil werden im sechsten Kapitel die Methoden vorgestellt, die für die Erstellung der Interviewleitfäden genutzt wurden,

⁴ PSB ist das allgemein angewendete Standardkürzel und wird im Verlauf der Arbeit als Abkürzung für die psychosoziale Betreuung genutzt (Gerlach & Stöver, 2009, S. 16).

sowie das restliche Vorgehen während der Forschung erläutert. Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2015) werden die Interviews ausgewertet und die Ergebnisse vorgestellt. Im siebten Kapitel werden dann neue Maßnahmen und Handlungsschritte allgemein für die Substitutionstherapie beschrieben. Anschließend werden insbesondere Herausforderungen für die psychosoziale Betreuung herausgearbeitet.

Im Fazit wird auf die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit eingegangen und offene Fragen, die sich aus der Arbeit ergeben haben, erläutert. Außerdem werden vorhandene Probleme, die während der Arbeit aufgetaucht sind, diskutiert.

Zu Beginn der Bachelorthesis wird darauf hingewiesen, dass der Autorin dieser Arbeit bewusst ist, dass eine gegenderte Textform erforderlich ist, um die Gleichstellung der Geschlechter zu verdeutlichen. Aus Gründen der Lesbarkeit soll jedoch in der Bachelorthesis ausschließlich der männliche Terminus verwendet werden.

2. Begriffserklärungen

In diesem Kapitel werden die Begriffe Abhängigkeit, Sucht und Rausch erklärt. Im Zusammenhang mit dem Unterkapitel Abhängigkeit und Sucht, wird auch das Suchtdreieck vorgestellt und erläutert, sowie die nach DSM-5 festgelegten Diagnosekriterien für eine Opioidkonsumstörung und die abhängigkeiterzeugende Substanz Heroin.

2.1 Abhängigkeit/ Sucht

Der Begriff Sucht kommt nicht, wie so oft angenommen, von dem Wort suchen sondern von dem Wort „siechen“. Ins Englische übersetzt heißt es „sick“ und bedeutet „krank“. Anhand der früheren Krankheitsbezeichnungen wie beispielsweise „Gelbsucht“, „Bleichsucht“, „Schwindsucht“ wird das besonders deutlich. Jedoch wird im Englischen nicht das Wort „sickness“ für Sucht verwendet, sondern „addiction“. Dieses Wort wurde früher bei Sklavenauktionen verwendet. Falls ein Sklavenhalter einen Sklaven ersteigerte, wurde er ihm zugesprochen („addicted to“). In den Niederlanden ist die Übersetzung für das Wort Sucht „verslaving“. Dadurch wird sowohl im Niederländischen als auch im Englischen die Unfreiheit der Abhängigen viel drastischer dargestellt als in der

deutschen Sprache. In Bezug auf stoffgebundene Süchte⁵ wird in medizinischen Fachbüchern nur von „Abhängigkeit“ gesprochen (Schneider, 2013, S.2-7). Die WHO empfiehlt das Wort „Abhängigkeit“ im Zusammenhang mit Drogen zu gebrauchen, weil das Suchtmittel nicht nur eine kurzfristige Auswirkung auf den Körper und die Psyche hat, sondern auch länger andauernde, die anhaltende körperliche Veränderungen nach sich zieht (Tölle, Windgassen, 2009, S. 138). Aufgrund der Schwierigkeiten in Bezug auf die Begriffsdefinition hat die WHO in ihrem Klassifikationssystem auf den vagen Begriff „Sucht“ verzichtet und dafür den Begriff „drug-addiction“, also Drogenabhängigkeit verwendet. Allerdings wird dieser Begriff ausschließlich für substanzgebundene Süchte verwendet (Böhnisch & Schille, 2002, S.42). Im Klassifikationssystem DSM 5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) wird über „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ gesprochen (Wittchen, 2015, S.661).

Laut dem Psychotherapeuten Ralf Schneider (2013, S.2-7) ist Sucht eine psychische Störung. Diese Störung ist gekennzeichnet durch eine unüberwindbare Sehnsucht oder einen immer wiederkehrenden Verlust der Selbstbeherrschung über bestimmte Verhaltensweisen. Die Betroffenen versuchen eine angenehme Veränderung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens zu verursachen, indem sie Substanzen konsumieren. Jedoch wird die Person in ihren körperlichen und psychosozialen Funktionen so stark beeinträchtigt, dass auch andere Personen in Mitleidenschaft gezogen werden.

Im medizinischen Bereich wurde in den letzten Jahren weniger vom Wort „Sucht“ in Bezug auf Drogen gesprochen, sondern das Wort „Abhängigkeit“ benutzt. „Sucht“ wurde erst im Zusammenhang mit Verhaltenssüchten wieder vermehrt verwendet.

In der Umgangssprache wird zwischen den beiden Wörtern kaum ein Unterschied gemacht (ebd.). Ralf Schneider (ebd.) bezeichnet „Abhängigkeit“ als etwas passives, „Sucht“ hingegen als etwas aktives und vergleicht es mit „Gier“.

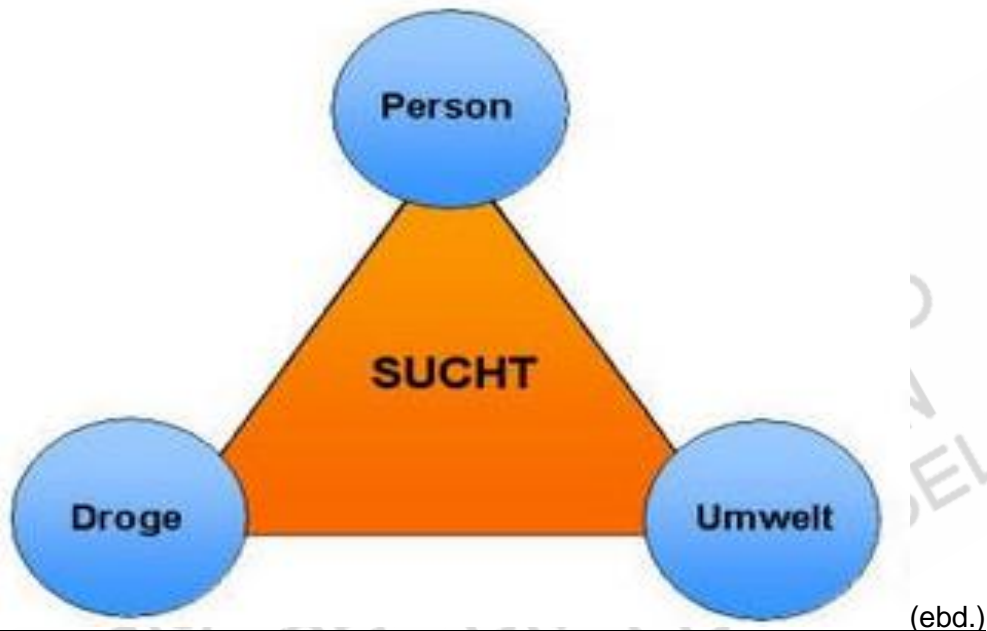
Wird in dieser Arbeit von „Sucht“ gesprochen, ist genauso „Abhängigkeit“ damit gemeint und umgekehrt. Abschließend wird festgehalten, dass „Abhängigkeit“ eine Krankheit ist. Im nachfolgenden Abschnitt wird mit Hilfe des Suchtdreiecks darauf eingegangen, was unter Sucht im Allgemeinen verstanden wird.

⁵ Süchte, die an eine Substanz gebunden sind.

2.1.1 Suchtdreieck

Sucht und Abhängigkeit sind laut Behrendt, Backmundt, & Reimer (2015, S.16) die Folge eines Zusammenspiels der Faktoren Person, Umwelt und Droge:

Abbildung Suchtdreieck:



Ein Faktor sind die Persönlichkeitseigenschaften und die erblich bedingte Bereitschaft einer Person, mit ihren Stärken und Schwächen umzugehen. Der Umgang mit der eigenen Gefühlswelt, das Selbstbewusstsein und die Beziehungsfähigkeit spielen dabei eine Rolle (ebd.)

Ein weiterer Faktor ist die Umwelt einer Person. Sie beinhaltet die gesamte Lebenssituation und die Personen, die sich im direkten Umfeld befinden. Alle äußeren Einflüsse und die damit zusammenhängenden Belastungen, die sich aus diesen Lebensumständen ergeben, sind hier von Bedeutung (ebd.).

Der dritte Faktor ist die Droge selbst. Hier spielen die Dosis, die Stärke, die individuellen Erfahrungen der Person und die gewünschte Wirkung eine Rolle.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Zusammenspiel verschiedener Faktoren beispielsweise auf die Entstehung einer Sucht Einfluss nehmen kann. Im nächsten Abschnitt wird speziell auf die diagnostischen Merkmale einer Opioidkonsumstörung eingegangen (ebd.).

2.1.2 Diagnostische Merkmale einer Opioidkonsumstörung

Eine Opioidkonsumstörung zeichnet sich dadurch aus, dass durch den zwanghaften Drogenkonsum der Erwerb und Konsum des Opiats im Mittelpunkt des Alltags des Betroffenen stehen. Opiate werden entweder auf dem Schwarzmarkt erworben, dem Arzt wird ein körperliches Leiden vorgetäuscht oder mehrere Ärzte werden gleichzeitig kontaktiert. Je häufiger ein Opiat eingenommen wird, desto mehr gewöhnt sich der Körper daran und entwickelt eine erhebliche Toleranz. Dadurch haben die meisten Personen beim Absetzen der Substanz Entzugsserscheinungen. Laut DSM-5 sollten innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten mindestens zwei der folgenden Merkmale gleichzeitig bei einem Patienten vorhanden sein, um eine Opioidkonsumstörung zu diagnostizieren (Wittich, 2015, S. 743-746):⁶

1. Es werden vermehrt Opiate konsumiert, dies geschieht länger als geplant und in höheren Dosen.
2. Die Versuche den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren bleiben erfolglos.
3. Es wird mehr Zeit benötigt sich von den Folgen des Konsums zu erholen, die Droge zu besorgen und sie zu konsumieren.
4. Das Suchtverlangen, Opiate zu konsumieren, wird verstärkt.
5. Es werden Verpflichtungen, wie z.B. auf die Arbeit zu kommen, nicht erfüllt.
6. Trotz der Probleme im sozialen Umfeld, die durch den Konsum von Opiaten verursacht wurden, wird weiter konsumiert.
7. Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Konsums von Opiaten eingeschränkt oder aufgegeben.
8. Es wird durch wiederholten Konsum eine körperliche Gefährdung in Kauf genommen.
9. Trotz körperlicher und psychischer Probleme, die durch Opiate ausgelöst oder verstärkt wurden, wird weiter konsumiert.
10. Toleranzentwicklung, zum einen durch Dosissteigerung um den gewünschten Effekt zu erzielen oder die Wirkung bei gleichbleibender Menge der Substanz, wird verringert.
11. Entzugssymptome treten auf oder werden durch Konsum von Opiaten vermieden (ebd.).

⁶ Die Definition nach ICD 10 wird hier ausgelassen, da die Definitionen sich sehr stark ähneln.

Eine Opiatabhängigkeit ist eine schwere Erkrankung mit einem hohen Abhängigkeitspotential, sowohl psychisch als auch physisch. Sobald die Substanz über einen Zeitraum von wenigen Wochen regelmäßig konsumiert wurde, kann eine Abhängigkeit festgestellt werden. Das äußert sich darin, dass drei- bis viermal täglich quälende Entzugserscheinungen auftreten weil der Opiatspiegel herabgesetzt wird. Da Heroin nur auf dem Schwarzmarkt beschafft werden kann, zieht es soziale, psychische und gesundheitliche Probleme und Risiken nach sich. Gerade bei langjährigen Heroinabhängigen, die sich in keiner Therapie befinden, ist das Risiko frühzeitig zu sterben sehr hoch. Der Grund dafür ist, dass sie dadurch weniger konsumfreie Phasen haben und durch die schädlichen Stoffe, die den Substanzen beigemischt werden, schneller körperlich abbauen. Hinzu kommt, dass viele Heroinabhängige an chronischen Erkrankungen wie Hepatitis oder HIV leiden und oft auch noch psychische Erkrankungen durch die Abhängigkeit entwickeln. Durch begangene Straftaten und die Heroinabhängigkeit ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei einem Großteil der Betroffenen kaum möglich (Michels, Sander, Stöver, 2009, S.111).

Nachdem die Diagnosekriterien einer Opiatabhängigkeit herausgearbeitet wurden, wird im nächsten Unterkapitel die Droge Heroin, die zur Gruppe der Opiate gehört, dargestellt.

2.1.3 Heroin

Heroin wurde 1874 erstmals durch das Versetzen von Morphin mit Essigsäure durch den Engländer Charles Romley Alder Wright hergestellt. 1898 wurde Heroin durch die Firma Bayer als Tranquilizer und Hustenmittel vertrieben.

Morphinabhängigkeit wurde für kurze Zeit mit Heroin behandelt. Die entwickelte sich durch die anfangs ausschließlich orale und niedrige Dosierung, da dadurch nicht das hohe Abhängigkeitspotential der Substanz erkannt wurde. Um 1920 wurde die abhängigkeiterzeugende Wirkung von Heroin erkannt. Das Arzneimittel kam dadurch in Verruf und wurde nicht mehr weiter vertrieben. Danach begann der Handel mit illegal hergestelltem Heroin (Zieglgänsberger & Höllt, 2000, S.95).

Die Wirkung des Heroins lässt im Körper rasch nach. Durch die chemischen Funktionen kann Heroin die Blut-Hirn-Schranke leicht überwinden, auf direktem Weg ins Gehirn gelangen und sich im Körper verteilen. Dieser Prozess begünstigt ein rasches Einsetzen euphorisierender Gefühle. Durch Heroin lässt sich

besonders gut ein sogenannter „Kick“⁷ herbeiführen (Behrendt, Backmund, & Reimer, 2015, S. 16).

Durch die intravenöse⁸ Gabe kann dieses euphorisierende Gefühl, auch „Rush“ genannt, schon während des Konsums auftreten. Bei anderen Verabreichungsformen, durch subkutane⁹ Gabe, Rauchen oder Schnupfen, wird das Auftreten dieses Rush-Gefühls verzögert. Der Effekt ist weniger intensiv. Die Begleiterscheinungen des euphorisierenden Effekts sind Mundtrockenheit, Schweregefühl der Glieder und ein Gefühl der Wärme auf der Haut. Betroffene, die noch in der Anfangsphase ihrer Abhängigkeit sind, haben zusätzlich noch andere Nebenwirkungen wie Erbrechen und Übelkeit, wogegen jedoch schnell eine Toleranz entwickelt wird. Anschließend folgt dem euphorisierenden Effekt ein Dämmerzustand durch den die Herzfunktion und die Atmung oft stark herabgesetzt sind, was zu einer Überdosis und somit zum Tod führen kann. Des Weiteren kann eine andere Zusammensetzung der Heroinpräparation zu einer Überdosis führen, da die meisten Süchtigen ihre Mischung nicht genau kennen. Jedoch scheint die Wirkung durch z.B. Rauchen auszureichen, da diese Verabreichungsform in den letzten Jahren zugenommen hat. Grund dafür könnte die Angst vor ansteckenden Krankheiten wie HIV durch die gemeinsame Nutzung von Konsumutensilien sein (Zieglgänsberger & Höllt, 2000, S.95).

Durch die Toleranzentwicklung des Körpers wird das Leben der Abhängigen kompliziert weil immer größere Mengen an Heroin benötigt werden, um einen „Kick“ zu erzielen. Im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung kann es sein, dass die Menge bis auf das Vierzigfache der Ursprungsdosis erhöht wird. Durch die wiederholte Verabreichung der Droge kommt es zu einer starken körperlichen Abhängigkeit weil sich der Körper daran anpasst, dass Heroin vorhanden ist. Dadurch können heftige Entzugssymptome auftreten wie Muskel- und Knochenschmerzen, Ruhe- und Schlaflosigkeit, Diarrhoe, Erbrechen und Schüttelfrost. Nach wenigen Stunden des letzten Konsums treten die Entzugerscheinungen auf, erreichen nach 24 bis 28 Stunden ihren Höhepunkt und flauen im Normalfall innerhalb einer Woche wieder ab. Es kommt jedoch auch zu einer psychischen Abhängigkeit, die weitaus länger anhält als die körperliche Abhängigkeit und die häufig zu Rückfällen führt. Die langanhaltende Abhängigkeitserkrankung begünstigt medizinische Komplikationen. Darunter fallen

⁷ Als „Kick“ wird das plötzliche Eintreten der Drogenwirkung bezeichnet.

⁸ Intravenös bedeutet, dass eine Substanz in die Vene gespritzt wird.

⁹ Subkutan bedeutet, dass eine Substanz unter die Haut gespritzt wird.

bakterielle Entzündungen von Blutgefäßen sowie der Herzklappen, Gelenk-, Leber-, Nieren- und Lungenerkrankungen, Abszesse und Embolien. Durch gemeinschaftlich genutztes Injektionsbesteck können Krankheiten wie HIV und Hepatitis übertragen werden.

Als Gegenmittel bei einer Überdosis wird Naloxon verwendet, welches ein Antidot des Opiats ist (Zieglgänsberger & Höllt, 2000, S.96). Naloxon hat die Eigenschaft, die meisten Opioide die am Rezeptor sitzen zu verdrängen, und somit auch die Wirkung des Opiats zu unterdrücken (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 13).

Im letzten Kapitel wurde auf die Krankheit Sucht und in den Unterkapiteln spezifischer auf die Abhängigkeit von Opiaten eingegangen. Außerdem wurde in diesem Zusammenhang die Wirkung von Heroin und das Abhängigkeitspotential dieser Droge verdeutlicht. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Abhängigkeit eine psychische Erkrankung ist und von mehreren Faktoren beeinflusst wird. Jeder Mensch hat Schutz- und Risikofaktoren, die ihn vor dieser Erkrankung entweder schützen können oder ein Auslösen dieser Erkrankung begünstigen. Diese Faktoren können sich im Laufe des Lebens immer wieder verändern, da sie von der Außenwelt beeinflusst werden.

2.2 Rausch

Beim Rausch handelt es sich um eine vorübergehende, extern ausgelöste und auf den Körper zurückzuführende Störung des Geistes. Die eigentliche Absicht jedes Drogenkonsums ist die Berauschung. Im Volksmund ist mit Rausch normalerweise nur der schwere Exzess mit Alkohol gemeint. Jedoch handelt es sich schon um Rauschwirkungen sobald Alkohol dabei hilft, Angst oder Hemmungen zu überwinden, Minderwertigkeitsgefühle zu verringern, Trauer oder Wut zuzulassen, Einsamkeit zu ertragen oder Äußerungen der Freude zu verstärken (Schneider, 2013, S. 55). Der Rausch hat eine exzessive Seite, die nicht unterschätzt werden darf. Sie kann eine Bereicherung für das eigene Erleben bedeuten. Aus dieser Perspektive scheint die immer nüchterne, in geordneten Verhältnissen lebende Person zu einem eintönigen Dasein verurteilt, die sich an Prinzipien bindet, die keine Entgleisungen zulassen und eine Bewusstseinsweiterung vorenthalten. Diese Aspekte werden oft als Verteidigung eines Drogenrausches genannt, jedoch darf die Gefahr des Verlustes eines realitätsbezogenen Lebens nicht außer Acht gelassen werden (Tölle, Windgassen, 2009, S. 138). Bei einem Rausch der durch Substanzen ausgelöst wurde, spielen Zusammensetzung und Dosis der Droge

eine große Rolle, aber auch die Wirkung auf das periphere und zentrale Nervensystem. Ein Rausch ist ein außergewöhnlicher Bewusstseinszustand, der vom gewöhnlichen Wachbewusstsein abweicht (Gross, 2016, S.10). Durch einen Rausch wird das Bewusstsein verändert, die kognitiven Funktionen, die Wahrnehmung, das Verhalten und andere Funktionen und Reaktionen des Körpers und der Psyche werden gestört (ICD 10, 2015, S.111).

In Bezug auf Drogen hat der Begriff „Rausch“ eine negative Bedeutung bekommen da Desorientierungen, Fehlverhalten, seelische und körperliche Gefährdung im Vordergrund stehen. Es gibt jedoch viele Menschen die Ekstase ähnliche, intensive emotionale Erfahrungen genießen, ohne Schaden zu nehmen. Die Möglichkeiten, einen Rausch ohne eine Droge hervorzurufen, sind breit gefächert. Laut Dittrich gibt es drei außergewöhnliche oder veränderte Bewusstseinszustände. Diese können durch pharmakologische Stoffe ausgelöst werden oder einen psychologischen Impuls haben.

Psychologische Auslöser für solch einen Zustand sind beispielsweise Meditationen, Trance und Hypnose. Hier wird die Konzentration auf die eigene Innenwelt gelenkt. Aber auch durch Tanz, Musik oder rhythmische Bewegung können solche Zustände ausgelöst werden. Hier wird von Reizüberflutung gesprochen. Der dritte Auslöser ist die Überforderung, die sowohl physisch als auch psychisch ausgelöst werden kann durch eine Angst-Lust Mobilisierung. Bei einem Rausch laufen Körper und Psyche auf Hochtouren. Deswegen hält dieser veränderte Erlebnis- und Bewusstseinszustand nur kurzzeitig an. Es gibt zahlreiche Versuche, ein langfristiges oder ständiges Rauscherleben herbeizuführen. Diese Experimente enden jedoch meist in einer Suchtkarriere. Das liegt vermutlich daran, dass der Rausch die Eigenschaft hat sich zu entziehen, wenn er erzwungen wird. Die Begründung liegt in den Wirkmechanismen des Gehirns. Dort wird versucht, dem Rausch entgegenzuwirken. Bei einer Droge wird beispielsweise das Erreichen eines Rauschzustandes umso schwieriger, je häufiger sie angewendet wurde. Dieser Vorgang wird auch Toleranzentwicklung genannt (Gross, 2016, S.10-12).

Zusammengefasst ist der Rausch ein außergewöhnlicher Bewusstseinszustand, der dabei hilft Gefühle zuzulassen oder Hemmungen fallen zulassen. Funktionen und Wahrnehmungen werden gestört und Körper sowie Psyche werden maximal gefordert. Einige Menschen können solch einen Zustand auch ohne Drogen herbeiführen und genießen. Abschließend kann aber festgehalten werden, dass

durch die Wirkmechanismen im Gehirn ein Rausch nie dauerhaft erreicht werden kann.

2.3 Zwischenfazit

Zu Beginn dieser Arbeit wurden die Begriffe Sucht, Abhängigkeit und Rausch erklärt. Im Zusammenhang mit dem Thema Sucht und Abhängigkeit wurde das Suchtdreieck dargestellt. Zusätzlich wurden die Diagnosekriterien einer Opiatabhängigkeit und die Substanz Heroin erläutert. Eine Heroinabhängigkeit ohne fremde Hilfe zu heilen, ist fast unmöglich. Durch quälende Entzugserscheinungen, süchtige Freunde, chronische Krankheiten und wenig Teilhabe am gesellschaftlichen Leben brauchen drogengebrauchende Menschen Hilfe auf dem Weg aus der Sucht. In den nächsten Kapiteln wird die Substitutionstherapie erläutert. In diesem Zusammenhang wird genau auf die Hilfen eingegangen, die dem Betroffenen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung eine Stütze sein können.

3. Substitution

Zu der substitutionsgestützten Behandlung gehört sowohl der medizinische Teil als auch der psychologische Teil, der durch die psychosoziale Betreuung abgedeckt wird.

Die Substitutionstherapie ist die häufigste Form der Behandlung Opiatabhängiger. Sie besteht darin, durch die Gabe von ärztlich verordneten Opioiden die Entzugsbeschwerden sowie das Verlangen nach Heroin zu unterdrücken. Das Ziel ist also, den unkontrollierten Konsum von Heroin in eine kontrollierte Opiatabhängigkeit zu verändern (Scherbaum, 2007, S. 103-104).

Bei einer Substitutionstherapie wird dem Patienten ein abhängigkeiterzeugendes Medikament als Hilfsmittel verschrieben. Zusätzlich wird er medizinisch und psychosozial betreut. Wie hoch der Patient dosiert wird und wie lange die Behandlung dauert, hängt von mehreren Faktoren ab. Zum einen von der Suchtgeschichte, zum anderen von der Eignung für eine Substitutionstherapie. Außerdem müssen mögliche Kontraindikationen¹⁰ ausgeschlossen werden (Uchtenhagen, 2000, S. 353).

¹⁰ Es muss sichergestellt werden, dass der Patient das Substitutionsmittel verträgt.

Im Folgenden wird nun auf die Geschichte der Substitution eingegangen und dargestellt, wie die Substitutionstherapie sich immer weiter entwickelt hat. Im Anschluss wird auf die Substitutionsbehandlung eingegangen. Das beinhaltet die Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung, sowie den Ablauf und die Ziele. Abschließend wird dann auf die verschiedenen Substitutionsmittel eingegangen.

3.1 Geschichte der Substitution

Die Experimente für eine Opioidersatzbehandlung hatten ihren Ursprung Anfang der 1960er Jahre. Vincent Dole und Mary Nyswander glaubten erforschen zu können, dass kurzwirksame Opioide wie Morphin und Heroin für eine Ersatzbehandlung nicht gut geeignet sind. Es stellte sich nämlich heraus, dass die Dosen ständig erhöht werden mussten, die Patienten immer wieder entzückt waren und nach der Einnahme intoxikiert. Das sorgte für Unzufriedenheit und die Patienten hatten nur den nächsten Schuss als Ziel. Nachdem Dole und Nyswander anfangen Methadon einzusetzen, sorgten die Patienten sich nicht mehr um Drogen sondern gingen an, Abendschulen zu besuchen. Der Grund dafür, dass die vorigen Konzepte gescheitert sind lag daran, dass die falschen Opiate verabreicht wurden. Opiatrezeptoren müssen bei einer Heroinabhängigkeit konstant besetzt sein. Das konnten kurzwirksame Opiate aber nicht erreichen. Die konstante und über längere Zeit andauernde Einnahme von Methadon führte dazu, dass heroinabhängige Patienten von anderen Personen im selben Alter, die unter keiner Heroinabhängigkeit litten, nicht zu unterscheiden waren (Stohler, 2013, S.5). Durch die Ersatzstoffvergabe konnte eine physische Stabilisierung sowie eine Senkung der Kriminalitätsrate, eine soziale und berufliche Wiedereingliederung und ein Herauslösen aus der Drogenszene als Erfolg gefeiert werden. 1970 wurde die Methadonbehandlung als ein geeignetes Behandlungsverfahren anerkannt. Der Bundesgerichtshof folgerte, dass nun jeder Opiatabhängige ein ihm verschriebenes Betäubungsmittel als Suchtmittel statt als Heilmittel verwenden könnte. Deshalb wurde im Betäubungsmittelgesetz 1981 festgehalten, dass eine Substitutionsbehandlung nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgen kann. Trotzdem wurde diese Behandlungsmöglichkeit von den kassenärztlichen Vereinigungen abgelehnt, da eine Substitution pharmakologisch nicht wirksam sei. Anhand der Richtlinien für gesetzliche Krankenkassen war es ab dem 02.07.1991 möglich, eine Substitutionstherapie als kassenärztliche Leistung durchzuführen (Schay, Lojewski & Siegele, 2013, S. 51).

3.2 Substitutionsbehandlung

Der leitende Gedanke einer Substitutionsbehandlung besteht darin dass Menschen, die unter einer Opiatabhängigkeit leiden, kontinuierlich mit einem ärztlich verordneten Ersatzstoff versorgt werden können. Dadurch werden die illegalen Handlungen sowie der tägliche Stress, die Droge zu beschaffen, überflüssig (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S. 142).

Nachfolgend werden die Voraussetzungen sowie der Ablauf und die Ziele einer Substitutionsbehandlung erläutert.

3.2.1 Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung

Der Patient muss seit 2004 bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um in eine substitutionsgestützte Behandlung aufgenommen zu werden. Es sollte seit längerer Zeit, in der Regel ein bis zwei Jahre, eine Opiatabhängigkeit bestehen und durch den Arzt diagnostiziert werden¹¹. Des Weiteren sollten Abstinenzversuche unter ärztlicher Aufsicht in dieser Zeit stattgefunden haben, die keine Erfolge erzielt haben. Außerdem sollte festgestellt werden, ob eine Therapie zu Beginn der Behandlung nicht möglich gewesen ist. Abschließend sollte ermittelt werden, dass die substitutionsgestützte Behandlung die beste Therapiemöglichkeit ist. Bei jungen Patienten könnte beispielsweise eine Entgiftung sinnvoller sein. Die Entscheidung, welche Therapie für den Patienten am sinnvollsten ist, wird vom Arzt getroffen. (Weber & Schroeder-Printzen, 2009, S. 20-21).

Der Patient muss vor und während der Behandlung ordnungsgemäß krankenversichert sein. Unbedingt behandelt werden sollten sowohl Patienten, die unter einer manifesten Opiatabhängigkeit leiden als auch Patienten, die neben der Opiatabhängigkeit noch unter anderen schweren Erkrankungen leiden und schwangere Opiatabhängige. Sollte keine dieser Voraussetzungen zutreffen besteht die Möglichkeit, sich als Patient durch die Qualitätssicherungskommission¹² zur Behandlung überprüfen zu lassen (ebd).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, muss der Arzt noch eine Eingangsuntersuchung durchführen sowie die Anamnese des Patienten erheben.

¹¹ Die Literatur widerspricht sich hier, in einer anderen Quelle muss eine Opiatabhängigkeit von mindestens 5 Jahren vorliegen und es sollte ein Mindestalter von 23 Jahren vorliegen (Müller, 2013, S. 34). Laut Bundesärztekammer (2010) gelten diese Zugangsvoraussetzungen nur für eine diamorphingestützte Substitutionsbehandlung.

¹² Die Qualitätssicherungskommission ist ein Fachgremium der Krankenversicherungen. Durch sie wird eine sichere und qualitative Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Es sollte ausgeschlossen werden, dass der Patient noch in einer anderen Praxis zur Substitution eingeschrieben ist. Unter Umständen kann ein Austausch mit den Ärzten stattfinden, die den Patienten zuvor behandelt haben. Anschließend sollte ein Drogenscreening durchgeführt werden um festzustellen, welche Substanzen der Patient kürzlich konsumiert hat. Der Patient sollte umfassend aufgeklärt werden über die trotz der Substitution weiter bestehende Opiatabhängigkeit. Des Weiteren über Nebenwirkungen und Wechselwirkungen des Substitutionsmittels mit anderen Substanzen, wie z.B. Alkohol oder Benzodiazepine¹³. Der Patient sollte über eine möglicherweise erhöhte Fruchtbarkeit und damit verbundenen Verhütungsmaßnahmen aufgeklärt werden sowie über eine eventuelle Fahruntüchtigkeit durch die Einschränkung des Reaktionsvermögens (Bundesärztekammer, 2010).

Außerdem wird ein individueller Therapieplan erstellt in dem Therapieziele, Substitutionsmittel usw. festgehalten werden. Der psychosoziale Hilfebedarf wird vom Arzt ermittelt. Zusätzlich wird mit dem Patienten eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen. Abschließend muss eine Meldung an das Substitutionsregister der Bundesopiumstelle übermittelt werden und dem Patienten ein Substitutionsausweis ausgestellt werden (Weber & Schroeder-Printzen, 2009, S. 22-23).

3.2.2 Ablauf einer Substitutionsbehandlung

Zu Beginn der Substitutionstherapie findet die Eindosierung des Patienten statt. Dabei ist es wichtig, das Substitutionsmittel langsam nach oben zu dosieren, um eine Intoxikation oder Überdosis zu vermeiden. In der Regel findet die schrittweise Eindosierung ambulant statt. Die Anfangsdosis beträgt z.B. bei Methadon 10-20 mg. Sollten im Tagesverlauf Entzugsbeschwerden auftreten, kann nachmittags erneut eine Dosis von 10-20 mg gegeben werden. Am nächsten Tag wird die Gesamtdosis des Vortages gegeben und falls im Tagesverlauf wieder Entzugsbeschwerden auftreten, kann erneut um 10-20 g erhöht werden. Diese Prozedur wird so lange durchgeführt, bis der Patient frei von Entzugsbeschwerden ist (Scherbaum, 2007, S.106).

Falls der Patient unter einer multiplen Abhängigkeitserkrankung leidet, unter anderem von Alkohol und Benzodiazepinen, wäre es wichtig dass vorerst eine

¹³ Benzodiazepine sind abhängigkeiterzeugende Medikamente, die zur Gruppe der Entspannungs-, Beruhigungs- und Schlafmittel gehören.

Entgiftung dieser Substanzen eingeleitet wird, bevor mit der Substitutionsbehandlung begonnen wird (ebd).

In der Regel wird das Substitutionsmittel einmal am Tag in der Substitutionspraxis unter Aufsicht des Arztes oder des dafür qualifizierten Praxispersonals eingenommen. Dadurch wird sowohl eine Intoxikation, als auch ein Missbrauch durch den Verkauf auf dem Schwarzmarkt verhindert (Scherbaum, 2007, S. 107). Bei einer langanhaltenden Beigebrauchsfreiheit und einer Stabilisierung des Patienten kann von der beaufsichtigten Einnahme abgewichen werden. Des Weiteren wird eine Eigen- sowie Fremdgefährdung möglichst ausgeschlossen und der Patient kann die Kontaktaufnahme zum Arzt und zum psychosozialen Betreuer regelmäßig wahrnehmen. Bei einer „Take Home“ Dosis stellt der Arzt ein Betäubungsmittelrezept aus, welches der Patient in der Apotheke einlösen kann. Der Arzt darf keine Substitutionsmittel aus seinem Praxisbestand herausgeben, damit würde er sich strafbar machen (Bundesärztekammer, 2010).

In einem Quartal finden mehrmals ärztliche Gespräche statt und es werden regelmäßig Urintests durchgeführt um zu prüfen, ob die Substitutionsbehandlung tatsächlich die gewünschten Erfolge bringt. Außerdem wird dadurch geprüft, ob die Substitution durch den Konsum anderer Substanzen gefährdet ist und ob die im Behandlungsplan festgehaltenen Maßnahmen vom Patienten wahrgenommen werden (Scherbaum, 2007, S.107).

Eine langanhaltende Abstinenz des Heroinkonsums, eine Abgrenzung zu der Drogenszene, eine psychische und physische Stabilisierung, eine Wiedereingliederung und ein suchtmittelfreies Leben sowie ein strukturierter Tagesablauf können Kriterien für eine Beendigung der Substitutionstherapie sein. Es gibt jedoch in Deutschland keine zeitliche Begrenzung in Bezug auf die Substitutionstherapie. Die oben beschriebenen Kriterien werden nur von einem geringen Teil der Patienten nach jahrelanger Therapie erreicht (ebd).

Laut den Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) muss der Substitutionsarzt dem Patienten einen Behandlungsausweis ausstellen. In diesem Ausweis werden das Substitutionsmittel und die Tagesdosis festgehalten.

3.2.3 Ziele einer Substitutionsbehandlung

Die Ziele der Substitutionstherapie ähneln den Zielen der Suchthilfe generell. Es geht nicht nur um die Reduktion des Konsums von Heroin. Durch den frühen

Beginn der Drogenabhängigkeit im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter wurden häufig wichtige Entwicklungsschritte wie die Schul- oder Berufsausbildung nicht abgeschlossen. Hinzu kommt, dass viele Heroinabhängige oft mehrfach belastet sind durch gleichzeitig vorliegende psychische und somatische Erkrankungen oder -Störungen. Durch die Opiatabhängigkeit ist der Betroffene aufgrund bestimmter Fehlverhaltensweisen oft nur bedingt in der Lage sich in die Gesellschaft einzuordnen, abgesehen von den daraus resultierenden juristischen Problemen. Aufgrund dieser genannten Probleme benötigen Opiatabhängige häufig weitere Hilfen, die ihnen durch die Substitutionstherapie zugänglich gemacht werden. Die Probleme der Patienten werden in drei Kategorien eingeordnet. Die erste Kategorie sind die basalen Ziele. Hierzu gehören die Überlebenssicherung, Herabsetzen des Heroinkonsums, Senkung der Kriminalität, physische Gesundheit verbessern. Die basalen Ziele können allein durch die Gabe eines Substitutionsmittels erreicht werden. Die zweite Kategorie besteht aus den mittelgradigen Zielen. Diese beinhalten die Minimierung bzw. Abstinenz des Konsums weiterer Substanzen, Verbesserung der psychischen Gesundheit, soziale Wiedereingliederung. Zu der letzten Kategorie gehört das hochgradige Ziel der andauernden Abstinenz von Opiaten (Scherbaum, 2007, S.104).

3.3 Substitutionsmittel

In der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) wird festgehalten, welche Substitutionsmittel verwendet werden dürfen. Dafür ist der aktuelle Stand der medizinischen Forschung ausschlaggebend. Laut Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (2016) § 5 Absatz 4 dürfen Methadon, Levomethadon, Buprenorphin und Diamorphin sowie in gesetzmäßigen Einzelfällen Codein und Dihydrocodein als Substitutionsmittel verschrieben werden. Darüber hinaus dürfen auch andere Arzneimittel¹⁴, die für die Substitution zugelassen sind, verwendet werden. Im Folgenden werden die drei gängigen Substitutionsmittel erläutert, die in Deutschland zugelassen sind (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S. 142).

¹⁴ Seit 2015 wird das Arzneimittel Substitol, welches aus retardiertem Morphin besteht in Deutschland vertrieben und ist für die Substitution zugelassen. (Poelke, Heinz & Stöver, 2016, S.140-141).

3.3.1 Methadon

In den frühen 1960er Jahren wurde Methadon erstmals als Behandlungsmittel von Entzugssymptomen durch Heroin zugelassen. Vorher wurde es in den USA als Schmerzmittel auf den Markt gebracht. Methadon entspricht der Wirkung anderer Opiate. Dadurch wurde entschieden, es als Substitutionsmittel einzusetzen. Es wirkt schmerzstillend, euphorisierend, beruhigend, darmlähmend und trägt zu einem erhöhten Spannungszustand des Blasenschließmuskels bei, was zu Restharnbildung führen kann. Außerdem kann es zu einer Herabsetzung des sexuellen Verlangens kommen sowie zu übermäßigem Schwitzen und Schlafstörungen. Am gravierendsten ist die Gefahr einer Atemdepression oder einer Herzreizleitungsstörung. Dies tritt jedoch selten auf, weswegen Methadon als sicher gilt. Es ist gut geeignet, weil es nach oraler Einnahme durch den Verdauungstrakt langsam ins Blut aufgenommen wird und dadurch kein Kick ausgelöst wird. Durch die langsame Aufnahme hat Methadon eine Halbwertszeit von 13 – 47 Stunden, sodass eine einmalige tägliche Dosis ausreicht und die kontrollierte Abgabe erleichtert wird. In den Leitlinien wird eine Tagesdosis von 80mg bis 120mg als angebracht erachtet. Über Methadon liegen inzwischen jahrzehntelange Erkenntnisse und diverse geprüfte Studien vor, die die Wirksamkeit belegen (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S. 142-143). Es gilt mittlerweile als erwiesen, dass eine einmalige tägliche Dosis des Substituts bei Heroinabhängigen mit der richtigen Indikation den Gesundheitsstatus verbessert. Zusätzlich wird die Ansteckungsgefahr infektiöser Krankheiten minimiert, die Kriminalitätsrate herabgesetzt und der Konsum illegaler Drogen verringert. Dadurch sinkt die Gefahr einer Überdosis und ein daraus resultierender Todesfall (Havemann-Reinecke et al. 2004, S. 238). Etwa ein Drittel der Substituierten missbrauchen Methadon, indem sie es intravenös konsumieren. Trotz der zähflüssigen Grundlösung, die den intravenösen Gebrauch verhindern sollte. Außerdem wird es vermehrt auf dem Schwarzmarkt vertrieben. Dass dadurch die Preise und die Qualität der Drogen ansteigen, ist jedoch nicht bewiesen. (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S. 142-144).

3.3.2 Levomethadon

Levomethadon wird aus Methadon gewonnen. Im Folgenden wird kurz die Vorgehensweise zur Herstellung erläutert. Methadon besteht aus zwei spiegelbildlichen Molekülen, die zu gleichen Teilen vorhanden sind. Es gibt eine linksgedrehte Form, das so genannte Levomethadon und eine rechtsgedrehte

Form, das so genannte Dextromethadon. Das Levomethadon ist die pharmakologisch wirksame Substanz an den Opiatrezeptoren im Gehirn. Die rechtsgedrehte Form hingegen hat an den Opiatrezeptoren keine Wirkung, kann jedoch für unerwünschte Nebenwirkungen mitverantwortlich sein. Wird das Dextromethadon entfernt, so bleibt nur die linksgedrehte Substanz übrig, die auch L-Polamidon genannt wird. Diese Substanz ist in Deutschland als Substitutionsmittel zugelassen. Da Methadon aus beiden Teilen besteht, ist es nur halb so stark wie L-Polamidon und wird deshalb doppelt so hoch dosiert. Methadon ist dafür bedeutend günstiger als Levomethadon. Der höhere Preis des L-Polamidon wird mit einer besseren Wirkung und weniger Nebenwirkungen gerechtfertigt, was aber nicht gesichert ist. Levomethadon, ist in vielen Ländern, Deutschland ausgeschlossen, für die Substitution nicht zugelassen und wird in der Substitutionsbehandlung wenig verwendet (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S. 142-144).

3.3.3 Buprenorphin

Buprenorphin ist unter den zugelassenen Medikamenten, die in der Substitutionstherapie verwendet werden, die wichtigste Alternative zu Methadon. Das verwendete Präparat heißt Subutex. Durch seine teilweise agonistische und antagonistische Wirkung reduziert es nachweislich die Gefahr einer Überdosierung. Im Vergleich zu den anderen beiden Substitutionsmitteln ist Buprenorphin in Bezug auf eine Überdosierung ein sichereres Substitutionsmittel. Außerdem wirkt es nicht sedierend sondern wirkt stimmungsaufhellend, antipsychotisch und hat ein geringes Abhängigkeitspotential. Subutex gilt im Vergleich auch als verträglicheres Substitutionsmittel, da es insgesamt auch weniger Nebenwirkungen hat. Es wird oral eingenommen, darf jedoch nicht heruntergeschluckt werden sondern muss unter die Zunge gelegt werden. Würde die Tablette heruntergeschluckt werden, würde die Leber die Substanz rasch abbauen. Die Tablette entfaltet ihre Wirkung dadurch, dass der Patient die Tablette im Mund zergehen lässt. Hierdurch wird die klinische Wirksamkeit entfaltet und hat je nach Dosis eine Wirkungsdauer von 48-72 Stunden. Aus diesem Grund können die Einnahmeintervalle auf bis zu drei Tage ausgedehnt werden. Der Patient erhält dann je nach Tagesintervall die doppelte Dosis bei zwei Tagen und die dreifache Dosis bei drei Tagen. Dies kann nur durch die langfristige Wirkungsdauer und die herabgesetzte Toxizität ermöglicht werden. Die Wirksamkeit von Buprenorphin ist durch diverse Studien belegt. Ähnlich wie beim

Methadon wird der Gesundheitszustand verbessert, das Infektionsrisiko verringert und die Kriminalität herabsetzt. Darüber hinaus verringert Subutex nicht nur den Beikonsum von Heroin, sondern auch von Kokain. Deshalb scheint Buprenorphin als Substitutionsmittel in seiner Wirkung den anderen Mitteln überlegen zu sein (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S. 144-145).

3.4 Zwischenfazit

Im Abschnitt 3.1 wurde die Geschichte der Substitution beschrieben. Wie die Forscher Dole und Nyswander auf die Idee kamen, Methadon statt kurzwirksame Opiode einzusetzen und damit eine Reihe von Erfolgen verzeichneten. Im nächsten Abschnitt wurde auf die Substitutionsbehandlung eingegangen. Hier wurden nur die wichtigsten Punkte herausgearbeitet, um einen roten Faden zu beizubehalten. Auf Aspekte wie z.B. die „Take-home-Verordnung“ wurde nur kurz eingegangen, da sie in dem Rahmen dieser Arbeit als nicht wichtig empfunden wurden. Abschließend wurden die drei gängigen Substitutionsmittel genannt und deren Wirkung beschrieben. Auch hier wurden andere Medikamente weggelassen, da sie entweder neu auf dem Markt sind, noch nicht überall in Deutschland zugelassen oder nur in Ausnahmefällen verordnet werden dürfen. Im Anschluss an dieses Kapitel wird nun das Thema Beikonsum oder Beigebrauch erläutert, welches eine große Rolle in der Substitutionstherapie spielt.

4. Beikonsum

Der Großteil der Therapieziele kann durch eine Substitution erreicht werden. Jedoch gibt es weitere Ziele, wie z.B. das Erreichen einer Suchtmittelfreiheit, auf die die Substitutionstherapie nur begrenzt einwirken kann. Der Grund dafür ist, dass viele Opiatabhängige von mehreren Substanzen abhängig sind (Specka, Böning & Scherbaum, 2011). Der sogenannte Beigebrauch oder Beikonsum, wird auch als komorbide substanzbezogene Störung in der Substitutionstherapie verstanden. Das heißt, es werden während der Substitution Drogen, Alkohol oder Medikamente, die nicht vom Arzt verordnet wurden, konsumiert. Solch ein Konsum findet in der Substitutionstherapie häufig in unterschiedlichen Ausprägungen statt und wird als Versagen der Therapie verstanden. Zwischen Konsumformen und dem Ausmaß des Konsums wird dabei nicht unterschieden. (Poehlke, Heinz & Stöver, 2016, S.26). In den nächsten drei Unterkapiteln wird das Thema

Beikonsum näher beleuchtet. Jedoch gestaltete sich die Suche nach geeigneter Literatur als schwierig, da es wenig schriftliche Nachweise zum Thema gibt. Aus diesem Grund wird im Forschungsteil näher auf das Thema eingegangen, da im Rahmen der Forschung Klienten interviewt und zu ihrem Beikonsum befragt wurden. Im folgenden Abschnitt werden generelle Aspekte von Beikonsum und Substitution erläutert. Anschließend wird der Umgang mit Beikonsum in der Substitution und die Gefahren von Beikonsum beschrieben.

4.1 Substitution und Beikonsum

Auf Drogen und Medikamente zu verzichten ist ein Ziel in der Substitutionstherapie. Der Patient lernt, seinen Ärger oder seine Krisen anders zu bewältigen als mit dem Konsum von schädlichen Substanzen. Es ist jedoch unrealistisch, seine jahrelang angewandte Bewältigungsstrategie von Krisen sofort abzulegen. Das Ziel, nur noch von Methadon abhängig zu sein, kann nur in kleinen Schritten erreicht werden (Raschke, Verthein & Kalke, 1999, S.300-303). Das Erreichen der kompletten Suchtmittelfreiheit kann durch die Substitutionsbehandlung nur begrenzt unterstützt werden. Der Großteil der Opiatabhängigen leidet unter multiplen Abhängigkeitserkrankungen und ist somit auch von anderen Substanzen wie Benzodiazepinen, Alkohol, Kokain oder sonstigen Substanzen abhängig. Da das Substitutionsmittel nur die Opiatrezeptoren blockt, bleiben die anderen unbehandelten Abhängigkeitserkrankungen bestehen (Specka, Böning & Scherbaum, 2011, S. 395-396). Der Konsum von Heroin und oftmals auch Kokain wird im Laufe der Behandlung verringert oder eingestellt. Der Konsum von Alkohol bleibt meist konstant oder intensiviert sich im schlechtesten Fall. Benzodiazepine werden vor allem von Patienten mit Depressionen oder Angstzuständen eingenommen und so findet eine Form der Selbstmedikation statt (Poehlke, Heinz & Stöver, 2016, S.27). Beikonsum spielt in der Substitutionsbehandlung eine nicht unerhebliche Rolle und kann in vielen Fällen zum Ausschluss der Behandlung führen. Die deutliche Reduzierung des Beikonsums der Substituierten gilt laut Passie und Dierssen (2014, S.151) als sinnvolles Ziel. Abgesehen vom gesundheitlichen Zustand kann der Patient auch finanziell entlastet werden. Außerdem kann das Risiko für Straftaten minimiert und einer daraus resultierenden Festnahme vorgebeugt werden (ebd.). Der Beikonsum spielt gerade in der Anfangszeit einer Substitutionsbehandlung eine große Rolle. Die Verbindungen zur Drogenszene bestehen noch, die Gefühle werden deutlicher wahrgenommen und es fehlt an

Tagesstruktur. In dieser Zeit sind die Patienten sehr labil, sie fallen in alte Muster zurück und versuchen ihren Zustand mithilfe psychotroper Substanzen zu dämpfen. Es wird davon ausgegangen, dass der Beikonsum schon im Verlauf des ersten Jahres weniger wird. In den folgenden zwei Jahren wird lediglich in Krisensituationen auf psychotrope Substanzen zurückgegriffen und im vierten Jahr sollte der Patient frei von Beikonsum sein (Gölz, 1999, S. 300-303).

Im nächsten Abschnitt wird nun beschrieben, wie mit Beikonsum in der Substitutionstherapie umgegangen wird.

4.2 Umgang mit Beikonsum in der Substitution

Laut den Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) muss die Dosis des Substitutionsmittels angepasst bzw. ganz unterlassen werden, wenn der Patient aktuell andere Substanzen konsumiert, die ihn im Zusammenhang mit dem Substitut gefährden könnten. Des Weiteren muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass die gleichzeitige Einnahme von z.B. Alkohol und Substitutionsmittel zu einer Atemdepression oder zu einem Atemstillstand führen kann.

Doch bevor der Patient aus der Behandlung ausgeschlossen wird sollte geprüft werden, ob eine Dosiserhöhung des Substitutionsmittels die Situation verbessert. Außerdem könnte eine intensivere psychosoziale Betreuung oder ein Entzug der beigebrachten Substanzen helfen, den Beikonsum zu verringern. Der substituierende Arzt muss sich regelmäßig ein Bild davon machen, in welchem Umfang der Patient andere unerlaubte Substanzen konsumiert. Dies kann durch verschiedene Laborbefunde festgestellt werden. Liegt ein unerlaubter Konsum vor, müsste die Ursache ermittelt werden. Eventuell hat sich die Lebenssituation des Patienten geändert und er ist deshalb nicht mehr stabil. Weitere Gründe könnte die falsche Dosierung oder eine Unverträglichkeit des Substitutionsmittels sein (Schay, Lojewski & Siegele, 2013, S. 57-58). Die Bundesärztekammer (2010) rät in solchen Fällen zu einer engeren Zusammenarbeit mit der psychosozialen Betreuungsstelle. Klienten, die vermehrt unter psychosozialen Belastungen leiden, haben öfter Beikonsum als Patienten, die weniger psychischen Probleme ausgesetzt sind. Im Verlauf der psychosozialen Betreuung wird eine positive Veränderung der Situation des Klienten angestrebt, sodass er sich in der Lage befindet seinen Beigebrauch zu minimieren (Boywitt et al., 2012, S. 274).

Laut den Richtlinien der Bundesärztekammer (2010) wird eine Behandlung sowohl von Seiten des Arztes als auch von Seiten des psychosozialen Betreuers erst

dann abgebrochen, wenn Interventionsstrategien zu keinem Erfolg geführt haben. Im nächsten Abschnitt werden die Gefahren und Folgen von Beikonsum in Verbindung mit einem Substitutionsmittel dargestellt.

4.3 Gefahren von Beikonsum während der Substitution

Einige Patienten sowie gelegentlich Ärzte wissen nicht, dass durch den Konsum von Benzodiazepinen und Drogen neben dem Substitutionsmittel Wechselwirkungen entstehen können. Durch diese Wechselwirkungen besteht die Gefahr, eine unangenehme oder sogar eine gefährliche Situation hervorzurufen (Schmoldt, 2004, S. 162). Wie in Kapitel 4.1 beschrieben spielt der Beikonsum gerade in der Anfangszeit einer substituionsgestützten Behandlung eine große Rolle. Im Verlauf der Behandlung kann durch eine ausreichend hohe Dosierung des Substitutionsmittels der Opioid- und Kokainkonsum weitestgehend eingeschränkt werden. Der Konsum von Alkohol, Cannabis und Benzodiazepinen bleibt dadurch meist unbeeinflusst. Intoxikationen treten in der Substitutionstherapie häufig durch den gleichzeitigen Konsum mehrerer Substanzen auf. Damit ist der Konsum von z.B. Alkohol oder Benzodiazepinen mit dem Substitutionsmittel gemeint. In schwerwiegenden Fällen kann ein Lungenödem auftreten, welches eine Atemdepression zur Folge hat. Dadurch kann die ausreichende Versorgung der Lunge ausbleiben. In solchen Fällen müssen lebensrettende Sofortmaßnahmen erfolgen, wie die Gabe von Sauerstoff. Bei lebensbedrohlichen Opiatvergiftungen kann die intravenöse oder intramuskuläre Gabe von Naloxon (Siehe Kapitel 2.1.3.) Abhilfe schaffen. Durch die Gabe von Naloxon können Entzugserscheinungen auftreten. Dieser Zustand hält jedoch nicht lange an, da Naloxon eine kürzere Wirkungsspanne hat als die meisten Opiode. Bedingt dadurch kann es zu einer nochmaligen Eintrübung kommen, wenn die Wirkung des Naloxons nachlässt. Von einer erneuten Gabe von Opioiden ist deshalb unbedingt abzuweichen (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S.13-15).

Benzodiazepine werden von Ärzten in akuten Krisensituationen verordnet um Angsterkrankungen, Schlafstörungen oder depressive Zustände zu behandeln. Werden diese Medikamente unkontrolliert zusammen mit dem Substitutionsmittel oder Alkohol eingenommen, kann dies ebenfalls zu einer lebensgefährlichen Atemlähmung führen (ebd).

4.4 Zwischenfazit

Im letzten Kapitel wurden die Gefahren und der Umgang von Beigebrauch dargestellt. Der Arzt muss den Beikonsum während der Behandlung im Blick behalten, damit eine Gefährdung des Klienten vermieden wird. Durch Urintests und andere Laborparameter kann ein Konsum anderer Substanzen festgestellt werden. Um eine Veränderung des Konsumverhaltens herbeizuführen, kann die psychosoziale Betreuung hilfreich sein. Sie findet meist in einer Drogenberatungsstelle statt. Der Patient kann sich seinen psychosozialen Betreuer aussuchen. Das ist wichtig für eine gute Zusammenarbeit und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Im nächsten Kapitel wird die psychosoziale Betreuung dargestellt. Zuerst wird erklärt, was unter psychosozialer Betreuung allgemein verstanden wird.

5. Psychosoziale Betreuung

In den letzten beiden Kapiteln wurde die Substitutionstherapie und die wichtigsten Aspekte des Beikonsums erklärt. In diesem Kapitel wird zuerst die psychosoziale Betreuung im Allgemeinen und in den nachfolgenden Kapiteln speziell die psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe erläutert. Die psychosoziale Betreuung stellt sowohl eine psychologische als auch eine soziale Hilfestellung für die Klienten dar, die in den verschiedensten Problembereichen genutzt wird. Diese Problembereiche umfassen traumatische Erlebnisse in verschiedensten Lebensbereichen bis hin zu schwerwiegenden Katastrophen. Bewältigungshilfen der psychosozialen Betreuung helfen dem Klienten dabei, einschneidende Lebensereignisse zu bewältigen (Uchtenhagen, 2009, S.9).

Durch eine psychosoziale Betreuung erhält der Klient zuerst Unterstützung in der Wiederherstellung seines Gesundheitszustandes, sodass er dadurch in die Gesellschaft wieder eingegliedert werden kann. Um diese Ziele gemeinsam erreichen zu können ist eine vertraute Bindung sowie die Verlässlichkeit zwischen Klient und psychosozialer Betreuer erforderlich. Unter diesen Voraussetzungen entsteht eine gute Zusammenarbeit (Olgiati 2000, S. 345).

Im Folgenden wird auf die psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe eingegangen. Dabei werden die Voraussetzungen für die psychosoziale Betreuung, der Ablauf und die Ziele beschrieben.

5.1 Psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe

Nach mehr als 20 Jahren fehlt immer noch eine eindeutige Definition von dem, was die Abkürzung „PSB“ bedeutet. Die meisten Fachleute sind sich einig, dass die Abkürzung „PS“ für psychosozial steht. Aber was das „B“ angeht, gibt es in allen Instanzen die mit der Substitutionsbehandlung zusammenhängen, unterschiedliche Varianten (Gerlach & Stöver, 2009, S. 16-17). Unter dem Begriff PSB werden psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen und Angebote verstanden die dabei helfen, die Situation des Patienten in jeglicher Hinsicht zu stabilisieren. Die Substitutionstherapie erfolgt ambulant, die Lebensverhältnisse des Patienten haben einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Therapie und werden deshalb ausreichend bearbeitet und stabilisiert. Nur so können sich psychotherapeutische Ansätze systematisch realisieren lassen. In den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) wird immer wieder ein Behandlungskonzept gefordert, welches eine umfassende psychosoziale Betreuungsmaßnahme mit einbezieht (Poehlke, Heinz & Stöver, 2016, S.118-119). Es gibt jedoch kein einheitliches Konzept, wie eine psychosoziale Behandlung ablaufen soll. Wirkung und Nachhaltigkeit wurden bislang nicht umfassend geprüft (Gerlach & Stöver, 2009, S. 16-17). Auch über Dauer, Intensität und die Kostenträger für diese Angebote werden keine Angaben gemacht. Die Teilnahme an einer PSB ist auch nicht, wie oft angenommen, erforderlich für eine Substitutionstherapie obwohl der Arzt, laut den Richtlinien der Bundesärztekammer, darauf hinwirken muss dass diese begleitenden Angebote wahrgenommen werden (Poehlke, Heinz & Stöver, 2016, S. 119). Zu Beginn der Substitutionsbehandlung ist der Arzt dazu verpflichtet, Notwendigkeit und Umfang einer psychosozialen Betreuung zu prüfen. Dies geschieht anhand einer Einzelfallabschätzung. Die Biografie des Patienten ist hier ein guter Anhaltspunkt. Festzustellen sind hier traumatische Erlebnisse, dauerhafte Erkrankungen (z.B. HIV), das Ausmaß einer Desintegration, missglückte Therapien oder Entzüge und die aktuelle psychische Befindlichkeit. Wie in Kapitel 4.1. schon ähnlich dargestellt treten Depressionen, Angststörungen oder andere psychische Störungen bei vielen Patienten erst während der Substitutionsbehandlung wieder auf, da sie vorher die Strategie der Selbstmedikation genutzt haben und die Erkrankungen durch die hohe Dosierung des Heroin überdeckt wurde. In diesen Fällen ist eine fachspezifische Behandlung wichtig, um die Chancen psychosozialer Betreuung optimal zu nutzen (Poehlke, Heinz & Stöver, 2016, S.117-118).

5.1.1 Voraussetzungen der psychosozialen Betreuung

Das Konzept der psychosozialen Betreuung ist mit der gleichzeitigen Substitutionsbehandlung verknüpft. Natürlich kann der heroinabhängige Patient auch eine Drogenberatungsstelle aufsuchen ohne dass er sich in Substitution befindet, aber dann ist es keine psychosoziale Betreuung. Als nächstes muss die Betreuung geplant werden. Das ist verbunden mit einem persönlichen und ausführlichen Erstgespräch. In diesem Erstgespräch wird die Vorgeschichte des Klienten festgehalten und die Situation geklärt, in der sich der Klient momentan befindet. Diese Voraussetzungen bilden die Basis für die psychosoziale Betreuung. Anhand dieser Informationen können mit dem Klienten zusammen individuelle Ziele festgelegt und durch einen Betreuungsplan die Zielerreichung überprüft werden. Als nächstes wird eine fachspezifische Diagnostik durchgeführt. Der für den Klienten zuständige psychosoziale Betreuer erhebt für die Einrichtung die erforderlichen anamnestischen Informationen. Der Anamnesebogen besteht aus mehreren Fragen, welche in Themenbereiche unterteilt sind (Resing et al., 2014, S. 16-17). Zusätzlich wird ein Behandlungsvertrag erstellt. Dieser wird vom zuständigen Arzt, dem psychosozialen Betreuer und dem Patienten unterschrieben, damit alle Seiten abgesichert sind. Hierdurch werden Missverständnisse oder nachträgliche Abweichungen vermieden (Gölz, 1999, S. 295)

5.1.2 Aufgaben der psychosozialen Betreuung

Die psychosoziale Betreuung hat einen breiten Angebotskatalog von Unterstützungsangeboten, die der Klient individuell für sich nutzen kann. Darunter zählt die Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe, was auch Empowerment genannt wird. Der Klient lernt sein eigenes Potential und seine Ressourcen kennen, sodass er sie für sich einsetzen kann. Er wird dabei unterstützt, sich finanziell versorgen zu können und sich somit abzusichern. Darunter zählt z.B. das Beantragen von Arbeitslosengeld, Wohngeld usw.. Des Weiteren sollte die juristische Situation abgeklärt werden, um sich einen Überblick über offene Straftaten oder evtl. drohende Inhaftierungen zu verschaffen. In diesem Zuge sollten Strategien entwickelt werden, um eine Haft zu vermeiden. Besonders am Anfang ist es für den Ausstieg aus der Drogenszene wichtig, dass der Klient eine feste Unterkunft hat. Auch betreute Wohnformen sind hier ein guter Einstieg (Gerlach & Stöver, 2009, S. 21-22). Zusätzlich sind neue soziale Kontakte außerhalb der Drogenszene für eine soziale Integration wichtig. Klienten die ins

Substitutionsprogramm kommen, brauchen eine Tagesstruktur und Hilfe bei der Suche nach sinnvollen Freizeitbeschäftigungen, da ihre Hauptaufgabe, sich Drogen zu beschaffen und sie zu konsumieren, wegfällt. Für eine Teilhabe am Arbeitsleben sollte geklärt werden, wie die schulische bzw. berufliche Ausgangssituation aussieht, sodass hier eine Reintegration stattfinden kann. Falls der Klient psychisch und gesundheitlich dazu in der Lage ist zu arbeiten, kann Hilfe bei der Suche für einen Arbeitsplatz benötigt werden (Resing et al., 2014, S.9). Des Weiteren könnte Hilfe bei der Klärung von Problemen in den unterschiedlichsten Bereichen benötigt werden, wie z.B. mit dem Vermieter, Arbeitgeber oder dem substituierenden Arzt. Die psychosoziale Betreuung steht beratend zur Seite bei Problemen in der Beziehung zu den Eltern, den Kindern, zum Partner, oder zu Angehörigen der Drogenszene. Auch in Angelegenheiten der Kindererziehung, Schwangerschaft oder in Fällen von z.B. Kindeswohlgefährdung kann der psychosoziale Betreuer eine Unterstützung sein (Gerlach & Stöver, 2009, S. 21-22). Außerdem soll der Klient in Bezug auf den sicheren Gebrauch von Konsummaterialien und Safer Sex hingewiesen werden, um die Ansteckungsgefahr zu verringern. Es ist wichtig den Klient gesundheitlich zu stabilisieren, damit eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder möglich gemacht werden kann. Dazu gehört die Motivation, auch über die Substitutionsmittelvergabe hinaus den Arzt aufsuchen, um z.B. Begleiterkrankungen behandeln zu lassen. Auch Hygiene und die richtige Ernährung fördern eine gesunde Lebensweise (Resing et al., 2014, S.9). Darüber hinaus kann die psychosoziale Betreuung eine Ausstiegshilfe sein, was z.B. die Reduzierung des Beikonsums beinhaltet und die Vermittlung in Therapien. Mithilfe des psychosozialen Betreuers kann in Erfahrung gebracht werden, welche Koordinationspartner es gibt. Außerdem besteht die Möglichkeit in belasteten Lebenssituationen eine Krisenintervention durchzuführen. Zusätzlich finden Gruppenarbeiten statt (Gerlach & Stöver, 2009, S. 21-22). Die psychosoziale Betreuung bietet anhand dieses breiten Angebotsspektrums Hilfe in allen Lebensbereichen, sei es Wohnen, Arbeit, Kindererziehung oder Sonstiges (Resing et al., 2014, S. 16).

5.1.3 Ziele der psychosozialen Betreuung

Die psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen zielen auf eine Förderung und die Ermöglichung eines eigenständigen und menschenwürdigen Lebens ab. Das beinhaltet die Stabilisierung der Gesundheit und der psychosozialen Situation. Die

psychosoziale Betreuung wird auf den Klienten ausgerichtet (Gerlach & Stöver, 2009, S. 21-22). Das bestmögliche Ziel der Drogenabstinenz kann je nach Zustand des Klienten und Schwere der Krankheit nur über mehrere Zwischenziele erreicht werden. Selbst dann erreicht dieses Ziel nur ein Teil der Klienten und das auch nur nach mehreren Jahren. Ansonsten gelten die Ziele der Substitutionsbehandlung ebenfalls für die psychosoziale Betreuung. Am wichtigsten ist jedoch die Überlebenssicherung. Dieses Ziel hat höchste Priorität. Um die oben genannten Hauptziele zu erreichen gibt es mehrere Unterziele. Dazu gehört die Vermeidung von Beschaffungskriminalität oder –Prostitution. Für Klienten, die in einem Arbeitsverhältnis sind, ist die Erhaltung des Arbeitsplatzes ein wichtiges Ziel. Eigenverantwortliches Handeln zu fördern und den Klienten dazu befähigen, Konflikte selber zu lösen und Strategien zu entwickeln. Den Klienten dahingehend motivieren, dass er sein Leben unabhängig gestaltet, freie und persönliche Entscheidungen treffen kann und so Lebensziele für sich entwickelt (Resing et al., 2014, S. 9).

5.2 Zwischenfazit

In Kapitel drei wurde das Thema Substitution mit den wichtigsten Aspekten ausführlich bearbeitet, indem erst auf die Geschichte eingegangen wurde, wie das Behandlungskonzept erstellt wurde und wie es schlussendlich in Deutschland als Behandlungsmethode anerkannt wurde. Im weiteren Verlauf wurden die Voraussetzungen, der Ablauf und die Ziele einer Substitutionsbehandlung herausgearbeitet. Anschließend wurden die gängigen in Deutschland zugelassenen Substitutionsmittel genannt und ihre Wirkungsform kurz erläutert. Im vierten Kapitel wurde ein kurzer Diskurs über das Thema Beikonsum dargestellt. Zu dem Thema Beikonsum gibt es wenig Literatur und daher gestaltete es sich als schwierig, auf dieses Thema ausführlicher einzugehen. Im letzten Kapitel des theoretischen Teils wurde auf die psychosoziale Betreuung eingegangen. Hier wurden die Voraussetzungen für die Aufnahme in eine psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe erläutert. Anschließend wurden die Aufgaben eines psychosozialen Betreuers ausführlich dargestellt und im letzten Punkt wurde auf die Ziele der psychosozialen Betreuung eingegangen. Hier ist nochmal zu erwähnen, dass sich die Ziele der Substitution und der psychosozialen Betreuung nicht wesentlich unterscheiden, da es eine zusammenhängende Behandlung ist. Im Anschluss an den theoretischen Teil erfolgt nun der Einstieg in den Forschungsteil.

6. Empirische Untersuchung

6.1 Ziel und Fragestellung

Zum Thema Beikonsum gibt es wenig wissenschaftliche Studien. In den vorhandenen Studien wird meist nur darauf eingegangen, dass Beikonsum bei einem Großteil der Substituierten stattfindet. Durch das bestehende Forschungsdefizit sind Aussagen von Substitutionspatienten als auch von Ärzten und Sozialpädagogen für die Zielsetzung von großer Bedeutung. Im Rahmen der Erhebung quantitativer Daten durch persönliche Interviews konnte die Fragestellung dieser Arbeit präzisiert werden. Warum haben Substituierte trotz ihres Ersatzstoffes Beikonsum und welche Herausforderungen ergeben sich aus dieser Erkenntnis für die Substitution? Dabei wurden die Punkte Beikonsum sowie die Herausforderungen, die sich für die psychosoziale Betreuung ergeben, eruiert. Einige der bestehenden Angebote, die bei der Reduzierung des Beikonsums helfen, werden von Betroffenen kaum genutzt. Der Grund dafür könnte sein, dass diese Angebote möglicherweise nicht für die Zielgruppen geeignet sind. Im Rahmen der Interviews wurde auf diese Problematik eingegangen und die Interviewpartner nach möglichen Anpassungen und Verbesserungen der bestehenden Angebote zur Reduzierung des Beikonsums befragt. Im nächsten Kapitel wird die methodische Vorgehensweise erläutert.

6.2 Methodische Vorgehensweise

Als Erhebungsmethode wurde das auf sprachlicher Basis arbeitende **problemzentrierte Interview** ausgewählt (Mayring 2002, S. 67-72). Die Offenheit ist bei diesem Verfahren ein wichtiges Merkmal. Der Interviewte erzählt frei und ohne mögliche Antwortvorgaben zu erhalten. Die Vorteile eines solchen Vorgehens sind, dass dadurch sichergestellt werden kann, dass der Interviewte die Fragen richtig verstanden hat. Ebenso können die Interviewten ihre subjektiven Ansichten offenlegen. Des Weiteren werden durch die Interviewten eventuell ganz andere Zusammenhänge dargestellt, als vielleicht vorher angenommen wurden. Um dieses Vorgehen angemessen durchzuführen, wurde sich für ein leitfadengestütztes Interview entschieden. Durch einen Leitfaden werden die einzelnen Themenfelder im Vorhinein vom Forscher festgelegt. Es werden am Anfang des Leitfadens Fragen formuliert, die den Einstieg in die Thematik erleichtern (Sondierungsfragen). Anschließend kommen dann die Leitfadenfragen, die den Themenbereichen zugeordnet werden. Während der Interviewsituation wird dazu geraten bei Aspekten, die nicht im Leitfaden enthalten sind, Ad-hoc-

Fragen zu stellen. Unter Ad-hoc-Fragen werden Fragen verstanden, die in dem Augenblick der Interviewsituation zum Thema passen und spontan gestellt werden. Auf diese Weise wird eine natürliche Gesprächssituation beibehalten. Diese Fragen werden nicht mit in den Leitfaden aufgenommen (ebd.). Die **Auswahl der Experten** erfolgte anhand forschungsrelevanter Kriterien. Ein Experte musste seinen beruflichen Schwerpunkt im Bereich der psychosozialen Betreuung haben um die psychischen Aspekte der Klienten besser beleuchten zu können. Außerdem war es wichtig dass die Person schon länger in dem Beruf arbeitet, damit auf Erfahrungswerte in der Drogenarbeit zurückgegriffen werden konnte. Des Weiteren wurde ein Arzt befragt, da die Substitutionsbehandlung größtenteils eine medikamentöse Behandlung ist und die Sichtweise des Arztes hier eine wichtige Rolle spielt. Hier wurde ein Arzt als Interviewpartner gewählt, der sich auf suchtmmedizinische Grundversorgung spezialisiert hatte um möglichst viele aussagekräftige Informationen zu beziehen. Zusätzlich wurden noch zwei Klienten befragt. Dabei wurde beachtet dass ein Mann und eine Frau befragt wurden, um eventuelle Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht aufzeigen zu können. Beide Klienten waren bereits länger im Substitutionsprogramm und hatten auch eine längere Drogenkarriere hinter sich. Zum Zeitpunkt der Befragung hatten beide Klienten eine Mietwohnung und ein Klient hatte einen festen Job. Außerdem hatten beide Klienten eine abgeschlossene Berufsausbildung. In dieser Forschung wurden aufgrund von vorhandenen Kontakten Personen aus dem Raum Düsseldorf befragt. Aufgrund der hohen Komplexität der Suchterkrankungen und der Auswirkungen auf eine Substitutionsbehandlung, war es für die Autorin von großer Bedeutung sich nicht nur auf eine Expertengruppe zu beziehen. Deshalb wurden die wichtigsten Akteure einer Substitutionstherapie befragt und die Meinungen sowie die Erfahrungen in die Forschung mit einbezogen. Dazu zählen Ärzte und Sozialpädagogen, die Experten ihres jeweiligen Arbeitsbereiches sind. Hinzu kommen die Patienten, die von dieser Krankheit betroffen sind und somit Experten ihrer eigenen Lebenswelt sind. Der **Leitfaden** wurde anhand von Merkmalen des SPSS-Prinzips (SPSS= Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) erstellt. Dieses Verfahren besteht aus vier Schritten. Daraus wurden Teile übernommen, die sich der Autorin für die Erstellung des Leitfadens als hilfreich erwiesen. Zunächst wurden alle Fragen, die der Autorin im Verlauf der Forschung wichtig wurden, gesammelt. Anschließend wurde geprüft, ob die Fragen sinnvoll sind oder ob ähnliche Fragen bereits bestehen und zusammengefasst werden können. Des Weiteren wurden sie inhaltlich sortiert und

in Themenbereiche eingeordnet (Helferich, 2011, S.182-185). Der Leitfaden wurde in folgende Themenbereich unterteilt:

1. Allgemeine Angaben zu den Experten
2. Angaben zur Substitutionstherapie

Hier wurde sich auf den medizinischen Teil der Behandlung bezogen und auf die verschiedenen Substitutionsmittel.

3. Angaben zum Beikonsum

In diesem Themenbereich wurden die Auffassung von Beikonsum beleuchtet sowie der Umgang und die Motive für Beikonsum erfragt.

4. Herausforderungen für Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung

Zum Schluss wurde auf die Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen eingegangen sowie Herausforderungen für Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung. Der Abschluss des Gesprächs wurde an diesen Themenbereich angeschlossen. Die Themenbereiche sind immer gleich geblieben, jedoch wurden die Fragen immer auf die jeweilige Expertengruppe angepasst sodass es drei unterschiedliche Interviewleitfäden gibt. Der Leitfaden der Patienten und des Sozialpädagogen bestand aus 12 Fragen, der des Arztes beinhaltete 13 Fragen. Alle drei Leitfäden werden an diese Arbeit angehängen und können eingesehen werden. Die **Vorbereitung der Interviews** bestand aus der Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit den Experten. Die Kontaktaufnahme zu den zwei Klienten erfolgte persönlich über eine Institution, in der die Autorin arbeitete. Zu einer Klientin wurde über die Sozialpädagogin Kontakt aufgenommen. Die Kontaktaufnahme zu dem Arzt und der Sozialpädagogin erfolgte über kommunikative Medien wie Telefon und E-Mail. Die Leitfäden der Interviews wurden der Sozialpädagogin und dem Arzt im Vorhinein per E-Mail zugeschickt, um somit aufkommende Fragen oder Unklarheiten vor dem Gespräch klären zu können. Dieses Angebot wurde von den Befragten jedoch nicht in Anspruch genommen. Den Klienten wurden die Fragen vorher nicht ausgehändigt, um eine mögliche Ablenkung zu vermeiden. Ansonsten hätten die Klienten eventuell nicht so frei erzählt sondern lediglich versucht, die Fragen monoton zu beantworten. Bei der **Durchführung des Interviews** wurde darauf geachtet, dass eine ruhige und angenehme Gesprächsatmosphäre herrscht. Die Interviews vom Arzt und der Sozialpädagogin fanden am jeweiligen Arbeitsplatz in deren Büros statt. Für die Interviews mit den Klienten wurden ebenfalls separate Räume ausgewählt. Das Gespräch wurde mit Hilfe eines Tonbandes aufgezeichnet. Bevor

das Gespräch aufgezeichnet wurde, wurde der erste Themenbereich schriftlich ausgefüllt. Hier wurde das mündliche Einverständnis für die Aufzeichnung und die Verwendung des Gesprächs für die Bachelorthesis eingeholt. Dies erwies sich als hilfreich, da somit die Gesprächspartner an die Interviewsituation herangeführt werden konnten und die Konzentration für den weiteren Gesprächsprozess gesteigert werden konnte. Bei dem Interview mit der Klientin wurde gefragt, ob sie geduzt oder gesiezt werden möchte, um eine respektvolle Atmosphäre zu schaffen. Der Klient wurde geduzt, da er schon länger mit der Autorin durch die Arbeit in Kontakt stand und es unnatürlich gewesen wäre, ihn in der Interviewsituation zu siezen. Die Sozialpädagogin wurde ebenfalls geduzt, da die Autorin auch schon im Vorfeld mit ihr zusammengearbeitet hatte. Die Gesprächsdauer der Interviews betrug 18 bis 40 Minuten. Die **Auswertung der Interviews** resultierte auf Grundlage der Tonbandaufzeichnungen, die nach den Gesprächen transkribiert wurden. Bei der Transkription der Interviews wurde der Schwerpunkt auf den fachlichen Inhalt gelegt. Deshalb wurden Akzente oder Betonungen in der Sprache nicht berücksichtigt. Auch Füllwörter oder Pausen wurden in die Transkription nicht mit übernommen. Im Verlauf des Gesprächs kam es gelegentlich zu Situationen, in denen beide Gesprächspartner gleichzeitig sprachen. In diesen Situationen wurde der Satz dann meist von einem der beiden Redner abgebrochen und mit dem Transkriptionszeichen – gekennzeichnet. Dadurch werden mögliche Missverständnisse vermieden z.B. dass sich der Leser fragt, ob eventuell bei der Transkription Satzteile vergessen wurden. Die Gespräche wurden anhand von Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2015, S.69-87). Als Technik für die Inhaltsanalyse wurde hier auf die „Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung“ zurückgegriffen. Durch eine Paraphrasierung und Kürzung der transkribierten Interviews wurde die Struktur des Kodierleitfadens erarbeitet. Dadurch ergab sich eine Selektion, Reduktion und Zusammenfassung der Gespräche ohne unwichtige und/oder emotionale Anteile. Unter Zuhilfenahme eines induktiven Kategoriensystems wurden die neuen Aussagen der entsprechenden Textstellen dann farblich kodiert. In einem Prozess zur Verallgemeinerung des vorhandenen Materials konnten die induktive Kategorienbildung angewendet, abgeleitet und interpretiert werden. Durch Anwendung dieser Arbeitsweise konnte das Material der Autorin unvoreingenommen abgebildet werden, ohne es wesentlich zu verfälschen. Aus dieser Methode ergaben sich acht Kategorien. Anschließend werden nun die Ergebnisse der Analyse dargestellt und im weiteren Verlauf diskutiert.

6.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die acht induktiv gewonnenen Kategorien des Kodierleitfadens vorgestellt:

1. Sucht und andere psychische Erkrankungen
2. Substitutionstherapie und Substitutionsmittel
3. Psychosoziale Betreuung
4. Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen
5. Motive von Beikonsum
6. Umgang mit Beikonsum
7. Bestehende Angebotsstruktur und neue Angebotswünsche
8. Herausforderungen für Ärzte und Sozialpädagogen

In den nächsten Kapiteln werden die Kategorien mit ihren Ergebnissen erläutert. Dazu werden Zitate als Ankerbeispiele für die unterschiedlichen Kategorien mit eingefügt.

6.3.1 Sucht und andere psychische Erkrankungen

Im zweiten Kapitel dieser Arbeit wurde das Thema Sucht schon ausführlich behandelt. Dabei wurde verdeutlicht, wie der freie Wille durch diese Krankheit beeinträchtigt werden kann. Ein Ausstieg ist sehr schwierig und dauert mehrere Jahre bzw. das ganze Leben. Suchterkrankte erleben immer wieder Situationen oder Bilder, die sie an die Sucht erinnern. Deshalb ist jeder Tag eine Herausforderung für diese Patienten:

„Sucht ist definiert als eine chronische Rückfallerkrankung, das heißt der Beigebrauch ist allein schon per Definition der Fachgesellschaft elementarer Bestandteil der Sucht“ (Interview A).

„Die Substitutionsmittel sorgen dafür, dass die Klienten keinen körperlichen Entzug mehr haben, aber die psychische Erkrankung der Sucht ist dadurch nicht weg“ (Interview S).

„Es gibt Klienten die sind Jahrelang frei von Beikonsum und wünschen sich dann mal wieder berauscht zu sein und da schlägt dann die Sucht nochmal zu (Interview S).

Hinzu kommt, dass die Patienten die unter einer Sucht leiden, sich oft nicht verstanden fühlen. Das liegt alleine schon daran, dass es ein Klischee des Drogenabhängigen gibt, durch das sie stigmatisiert werden. Hinzu kommt dass der Großteil der Gesellschaft Sucht nicht als eine chronische Erkrankung ansieht.

„Unser Hauptproblem ist, egal wen sie draußen treffen, auch innerhalb der Kollegenschaft, es gibt ein Klischee. Und das Klischee des Drogenabhängigen ist immer das gleiche, das sind die Kinder vom Bahnhof Zoo. Eine völlige Verwahrlosung, eine Kriminalisierung. Das sind alles verkommene Subjekte, potentielle Mörder und Diebe, mit denen wollen wir nichts zu tun haben (Interview A).“

„In der Regel, haben die Leute überhaupt keine Ahnung davon wie Sucht ist, wie sich das anfühlt und warum man das macht“ (Interview KW).

Zusätzlich zur Sucht hat ein Großteil der Klienten noch andere psychische Erkrankungen oder Traumata, die nicht verarbeitet wurden. Größtenteils waren diese Erkrankungen schon vor der Sucht da und die Droge war das Hilfsmittel, diese Erkrankung selbst zu behandeln. Daraus entwickelte sich dann die Sucht.

„Wenn man von unserer Erfahrung ausgeht haben die meisten Patienten primär ein psychisches Problem, welches sich durch die Heroinwirkung vordergründig extrem schnell lösen lässt. Ängste werden gemindert, Schlafstörungen beseitigt, Patienten kriegen vermeintlich ein besseres Selbstwertgefühl, sie kriegen ihre Tagesstruktur wieder auf die Kette, Depressionen werden etwas weniger und es hat diese beruhigende Komponente“ (Interview A).

„Hinzu kommt das manche Patienten eine Entwicklungstraumastörung haben“ (Interview A).

Allerdings gibt es auch genug Patienten, die unter einer substanzinduzierten Psychose leiden. Diese Erkrankungen werden durch eine bestimmte Droge ausgelöst und sind dann sogenannte Begleiterkrankungen der Sucht. Eine Heroinabhängigkeit zu heilen ist schwierig, vor allem wenn in Betracht zieht wie die Lebensumstände der Klienten aussehen. Die Substitutionstherapie kann hier eine Stütze sein. Auf dieses Thema wird in der nächsten Kategorie eingegangen.

6.3.2 Substitutionstherapie und Substitutionsmittel

In dieser Kategorie wurde schwerpunktmäßig das Thema Substitutionsmittel behandelt und es wird auf die Substitutionstherapie eingegangen. Zum Einstig wird

hier ein Zitat vom Arzt genannt in dem er beschreibt, wie er die Substitutionstherapie sieht:

„Es ist eine vernünftige bewährte Therapie, die (...) in den allermeisten Punkten wesentliche Verbesserungen, der Lebensqualität und der gesundheitlichen Verhältnisse bringt, mit Ausnahme (...) des Beigebrauchs. Die Substitutionsbehandlung ist eine klassische Erfolgsgeschichte mit kleineren Einschränkungen für die Patienten“ (Interview A).

Durch die Aussage wird nochmal verdeutlicht, dass die Substitutionstherapie eine gute Behandlung für Heroinabhängige ist. Dies wird auch dadurch deutlich, dass die Substitution als Therapie schon seit mehreren Jahren besteht. Durch Medikamentenstudien werden immer wieder neue Substitutionsmittel auf den Markt gebracht, die andere Substitutionsmittel ersetzen oder zusätzlich angeboten werden. In dieser Arbeit wurde auf die gängigen Substitutionsmittel in Deutschland eingegangen (vgl. Kapitel 3.3). In den Interviews wurden sowohl die Klienten als auch der Arzt und die Sozialpädagogin zu den unterschiedlichen Mitteln befragt und speziell danach, welches ihrer Meinung nach das effektivste ist:

„Die am meisten verwendeten Mittel sind Polamidon und Methadon gefolgt von Buprenorphin und Substitol. Das ist die klassische Reihenfolge“ (Interview A)

„Polamidon ist das gesündere Medikament als Methadon, von den Nebenwirkungen her. Subotex, Suboxone oder Substitol natürlich auch“ (Interview S).

„Wenn du jetzt Polamidon und Methadon nimmst hast du ganz starke Schweißausbrüche und du bist auch immer müde und deshalb bin ich eigentlich auf dieses Suboxone gekommen (...). Ich bin nicht müde und ich bin fitter“ (Interview KM).

Im letzten Zitat wurde nochmal deutlich, wie unterschiedlich die Nebenwirkungen der Substitutionsmittel sind. Patienten empfinden diese Nebenwirkung individuell als positiv oder negativ. Jedoch gibt es einen entscheidenden Aspekt, den sowohl Buprenorphin als auch Methadon und L-Polamidon nicht besitzen:

„Weder Polamidon noch Methadon noch irgendein anderes Substitut hat diese psychogene Komponente, sondern die ersetzen ausschließlich (...) die Entzugssymptomatik“ (Interview A).

In Deutschland gibt es seit wenigen Jahren Substitutionstherapien mit dem Originalstoff Diacetylmorphin (Heroin). Allerdings gibt es nur wenige Bundesländer

in denen sich die Behandlung bis jetzt durchgesetzt hat. In Düsseldorf läuft das Diamorphinprogramm voraussichtlich Ende des Jahres 2016 an. Hierzu äußerte der Arzt sich folgendermaßen:

„Im Rahmen einer Studie kam heraus das der Beigebrauch von Alkohol, Benzos, Kokain ein ticken weniger, aber auch von Heroin abnimmt wenn man die richtige Substanz verwendet. Also insofern ist Heroin schon der geeignetste Stoff um auch Komorbiditäten positiv zu beeinflussen“ (Interview A).

„Also das wahrscheinlich effektivste Mittel für die Behandlung der Opiatabhängigkeit ist Diacetylmorphin“ (Interview A).

Auch in Bezug auf ein anderes Medikament, welches seit 2015 zugelassen ist, hat der Arzt bereits Erfahrungsberichte:

„Wir haben jetzt die ersten Erfahrungen mit Substitol das ist retardiertes Morphin. (...) Bei einigen Patienten ist es glaubhaft, dass der Beigebrauch stark zurückging was nicht wahnsinnig verwunderlich ist, weil retardiertes Morphin im Endeffekt im Kopf genau die gleiche chemische Struktur darstellt, wie das Diacetylmorphin“ (Interview A).

Anhand dieser Aussagen wird klar, dass die Wahl des Substitutionsmittels einen erheblichen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung hat. Hierbei sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass die Sucht eine chronische Erkrankung ist. Außerdem leiden die meisten Patienten unter psychischen Problemen und Begleiterkrankungen, auf die die psychosoziale Betreuung einwirken kann. Die psychosoziale Betreuung wird in der nächsten Kategorie erläutert.

6.3.3 Psychosoziale Betreuung

Die psychosoziale Betreuung hilft dabei, die Klienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Das ist keine einfache Aufgabe, da meist der komplette Freundeskreis aus Leuten besteht die Drogen konsumieren, was den Ausstieg aus diesem Milieu nur erschwert. Hinzu kommt dass PSB, wie in Kapitel 5 beschrieben, kein einheitliches Konzept hat und es somit schwierig ist die Nachhaltigkeit dieser Behandlung zu prüfen.

„PSB ist ja weder gesetzlich definiert noch gibt es Kriterien, es gibt auch Studien die sagen PSB bringt nichts, die darf man auch nicht verleugnen. Ich glaub schon, dass die PSB in dem Sinne was bringt, als das sie dafür sorgen kann, dass der Patient das Umfeld verändert“ (Interview A).

„Es ist wie als wenn sie mit dem Auto in die Waschanlage fahren und fahren dann wieder über den gleichen schmutzigen Waldweg nach Hause und wundern sich: warum ist die Karre schon wieder dreckig? Da muss die Waschanlage kaputt gewesen sein, ich muss an dem Waldweg was ändern. Und da kann die PSB ansetzen“ (Interview A).

Laut Arzt müsste die PSB dafür sorgen dass sich das Umfeld des Klientels ändert, um sich aus dem Drogenmilieu zu befreien. Die Klientin äußert in Bezug auf ihre PSB nicht, dass sie dazu beiträgt das Umfeld zu verändern. Vielmehr tragen ihre Termine bei der psychosozialen Betreuung dazu bei sie daran zu erinnern, was ihre Ziele für die Zukunft sind.

„Für mich ist PSB eine permanente Erinnerung, dass ich eigentlich lieber Beikonsum- und Substitutionsfrei leben würde, da dran wo ich eigentlich hin will“ (Interview KW)

Eine Schwierigkeit ist die Erreichbarkeit der Klienten. Um mit ihnen arbeiten zu können, müssen sie auch zur PSB erscheinen.

„Die PSB ist dafür gedacht, dass du mit den Leuten darüber reden sollst wenn du Probleme mit Drogen hast. Die Sozialarbeiter die wissen ja wovon sie sprechen. Deshalb finde ich es eigentlich besser, wenn man es denen auch sagt. Bei meinem Arzt sind wenig Leute, die oft zur PSB gehen die haben gar keinen Bock darauf“ (Interview KM).

An diesem Zitat wird deutlich, dass für viele Klienten die psychosoziale Betreuung häufig als nicht wichtig erachtet wird. In der nächsten Kategorie wird auf die Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen eingegangen. Dabei gibt es einmal die Sichtweise des Arztes und die der Sozialpädagogin.

6.3.4 Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen

Bei der Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen arbeiten zwei unterschiedliche Berufsfelder zusammen. PSB findet meist in Drogenberatungsstellen statt, jedoch kommt es auch vor dass in manchen Praxen ein Mitarbeiter vor Ort die PSB durchführt.

„Wir haben eine eigene Mitarbeiterin und wir kriegen jetzt noch zwei neue (...). Ansonsten wird PSB bei uns primär über eine Drogenberatungsstelle gemacht (...), wir sind mit denen eng vernetzt. Also wir haben eigentlich einen ständigen

Austausch, Patienten geben das auch frei über eine Schweigepflichtentbindung“ (Interview A).

„Wir haben zwei Ärzte die ein Praxisprojekt haben, wo eine Kollegin regelmäßig in der Praxis ist und regelmäßige Gespräche mit Klienten und dem Arzt führt über die Behandlung. Das läuft sehr gut, aber die ist eben auch in der Praxis anwesend und das können wir natürlich nicht überall machen, so viel Kapazität haben wir gar nicht“ (Interview S).

Am letzten Zitat wird deutlich dass eine PSB in der Praxis ein guter Ansatz ist, um Klienten besser zu erreichen und auch der Austausch zwischen Arzt und Sozialpädagoge zu vereinfachen. Allerdings ist das nicht die Regel. Im Normalfall werden Rückmeldebögen ausgetauscht, auf denen die wichtigsten Informationen von Seiten des Arztes und des Sozialpädagogen vermerkt sind.

„Wenn wir die Rückmeldebögen von den Ärzten bekommen, ist bei fast allen Klienten angekreuzt „kein Beikonsum“. Das ist auch irgendwie ein Dilemma“ (Interview S).

„Natürlich haben wir eine Kooperation mit dem Arzt, aber ich sag meinen Klienten immer, ich werde nicht bei jedem Beigebrauch den du mir erzählst, den Hörer in die Hand nehmen und sagen, Herr Doktor sowieso wissen sie eigentlich, der hat am Monatsanfang Beigebrauch mit Heroin“ (Interview S)

Diese Zitate veranschaulichen, dass Ärzte auf der einen Seite auf den Rückmeldebögen angeben dass Klienten keinen Beikonsum haben, da sie es eventuell nicht wissen. Auf der anderen Seite sehen psychosoziale Betreuer oft nicht die Notwendigkeit darin, jeden Beikonsum an den Arzt weiterzugeben. Das liegt wahrscheinlich daran, dass so das Vertrauensverhältnis zwischen Sozialpädagoge und Klient gestört werden könnte. Durch die letzten Kategorien konnte ein Einblick in die Substitutionstherapie gegeben werden. Zusätzlich wurde die Wirkungsweise der verschiedenen Substitutionsmittel aufgeführt, das Krankheitsbild der Sucht aus Sicht der Experten erklärt und die psychosoziale Betreuung erläutert. In den Interviews wurden die jeweiligen Experten dazu befragt, aus welchen Motiven heraus sie weiterhin andere Substanzen konsumieren. Auf diese Aspekte wird in der nächsten Kategorie eingegangen.

6.3.5 Motive von Beikonsum

In der ersten Kategorie wurde schon in einem Zitat verdeutlicht, dass die Substitutionsmittel sehr unterschiedlich wirken. Hier wurde deutlich gemacht, dass die richtige Wahl des Substitutionsmittels entscheidend ist und das scheinbar effektivste Mittel das Heroin selber ist.

„(...) wir ersetzen nur einen Teil der Wirkung und deswegen haben die Patienten Beigebrauch, unter anderem“ (Interview A).

Die Gründe für Beikonsum sind vielfältig. Jedoch gibt es meist eine Sache, die alle gemeinsam haben.

„Das Umfeld muss sich ändern, damit der Patient sagt ich sehe nicht die Notwendigkeit etwas zu betäuben. Wer keine Arbeit hat, keine richtige Tagesstruktur, keine Aufgabe im Leben, was sollte den vom Saufen abhalten? Würde uns nicht anders gehen, Leute verlieren ihr Haus, ihren Job, Scheidung, fangen an zu trinken, sind keine drogenabhängigen“ (Interview A).

„Es gibt Patienten, die hier 30 Entgiftungen gemacht haben, aber (...) wir wissen alle, dass wenn der Patient nichts an den Lebensumständen ändert, der Beigebrauch vom Alkohol sich ja auch nicht ändern wird. Das ist wie die zehn Minuten Rast auf dem Parkplatz. Und danach fahren Sie wieder auf die Autobahn drauf. Wenn die Autobahn sich nicht ändert, sind sie wieder auf der Autobahn.“ (Interview A).

Alle Klienten, die substituiert werden, bleiben oft in demselben Umfeld wie vorher wo sie jeden Tag mit vielen Versuchungen konfrontiert werden.

„Vor der Praxis, wissen wir auch, in den Querstraßen steht schon mal der eine oder andere Dealer, also wer hier her kommt ist auch wieder irgendwo Szene nah“ (Interview A).

„Szene Bindung ist schon ganz wichtig, dass viele bewusst sagen ich halt mich von der Platte fern, weil da werde ich angesprochen auf Drogen, an bestimmten Substitutionspraxen ist das schwer, wenn man drauf angesprochen wird, auf Substanzen“ (Interview S).

Laut Experten muss sich das soziale Umfeld ändern, damit die Substituierten nicht ständig mit den Drogen konfrontiert werden. Allerdings sind das oft die einzigen sozialen Kontakte, die sie haben. Hinzu kommt dass sie keine Tagesstruktur haben und keinen Beruf, dem sie nachgehen können. Ebenso bestehen meist

persönliche Probleme, die sie alleine nicht bewältigen können. So entsteht häufig der Drang bei den Klienten, sich betäuben zu müssen.

„Wenn mir was misslingt, (...) oder ich hab Suchtdruck. Suchtdruck ist im Kopf diese Lust haben was zu nehmen, dann muss man versuchen sich abzulenken, aber das ist verdammt schwer, weil (...) ich bin Single und dann ist das nicht so leicht alleine zu sein“ (Interview KM).

„Bei mir ist es oft die Langeweile. Ich brauch Aufgaben um mich davon abzulenken nichts zu nehmen“ (Interview KM).

„Wenn ich mich ärgere oder verletzt bin oder von Behörden irgendwelche Dinge auf mich zu kommen, die unangenehm sind, dann hab ich schon eher das Bedürfnis Beikonsum zu haben und da fällt mir immer zuerst der Alkohol ein“ (Interview KW).

„Sicherlich einfach um Belastungen abzubauen, bei vielen ist es ein geregelter Beikonsum, (...) die brauchen dieses Ritual abends ein Joint zu rauchen oder am Monatsanfang zwei-, dreimal Heroin zu spritzen (...). Und andere sagen, ich will Urlaub von mir selber haben. Ein Klient hat sein Leben lang schon schwere psychische Probleme, so eine Selbstwertproblematik und Depressionen und der sagt nicht da kommen bestimmte Situationen und die überfordern mich und um damit klarzukommen, konsumier ich, sondern der funktioniert in seiner Tages- und Wochenstruktur, das hat der sich ganz gut aufgebaut, aber am Monatsanfang brauch er einfach die zwei, drei Tage Urlaub von seiner eigenen Gefühlswelt“ (Interview S).

Die Gründe für den weiterführenden Konsum neben der Substitution sind individuell. Die Herausforderungen, die dadurch für die Substitutionstherapie entstehen, werden im letzten Kapitel aufgeführt. Die nächste Kategorie beinhaltet wie Klienten, Ärzte und Sozialpädagogen mit Beikonsum bei den Klienten umgehen.

6.3.6 Umgang mit Beikonsum

Als erstes wird darauf eingegangen wie überprüft wird, ob ein Klient Beikonsum hat.

„Patienten die ein bekanntes Alkoholproblem haben pusten jeden Morgen“ (Interview A).

„Wir vertreten die Philosophie, dass die Urinkontrolle die letzte Möglichkeit sein muss um überhaupt Beikonsum abzumachen. Bei uns kommen die Patienten in der Regel rein und sagen ich habe ein Problem. Also wir machen die Urinkontrollen, die unangekündigten aber Ziel ist es, das der Patient, offen und ehrlich redet, von sich aus den Beigebrauch aufmacht“ (Interview A).

„Ich sag meinen Klienten immer, ich werde nicht jeden Beigebrauch den du mir erzählst, sagen Herr Doktor sowieso wissen sie eigentlich, der hat am Monatsanfang Beigebrauch mit Heroin. Ich sag meinem Klienten, wenn es ganz gefährlich bei dir wird und ich das Gefühl hab du gefährdest dich selber und du hast das nicht mehr im Griff, dann versuch ich vorher noch mit dir zu sprechen, aber wenn mir das nicht gelingt und ich dich nicht erreiche, weil du vielleicht schon so drauf bist mit Beigebrauch, das gar nichts mehr geht, dann würde ich auch den Arzt kontaktieren“ (Interview S).

Ein offenes Verhältnis zwischen dem Klienten und dem Arzt bzw. Sozialpädagogen ist wichtig, um so das Vertrauensverhältnis zu stärken. Des Weiteren wird versucht, Einfluss auf mögliche gesundheitliche Risiken zu nehmen.

„Patienten die eine bekannte Alkoholabhängigkeit haben und immer wieder positiv pusten, gehen in die Entgiftung. Also das wird Ihnen nahe gelegt. Nicht mit dem Ziel das die Alkoholabhängigkeit geheilt wird, die Entgiftung ist dafür nicht da. Aber das sie wieder mal eine beigebrauchsfreie Phase haben“ (Interview A).

„Ich versuche zu Beratungsgesprächen mit dem Arzt und zu Entgiftungen zu motivieren. Ansonsten lass ich mir das kontinuierlich sehr genau beschreiben. Viele Klienten sagen ja auch: ich will daran was ändern und dann ist einfach die Konsequenz, dass wir das auch regelmäßig besprechen und einige Klienten sind sicherlich in der Lage sich Ziele zu setzen und zu sagen wie sie den Konsum reduzieren wollen oder was jetzt als nächstes ansteht“ (Interview S).

Die befragten Klienten waren sehr reflektiert, was ihren Beikonsum angeht. Sie wandten sich bei Problemsituationen an ihren psychosozialen Betreuer. Jedoch lehnten beide ein offenes Gespräch mit ihrem Arzt ab, wenn es vermieden werden konnte.

„Die Substitutionsärzte wissen alle, dass wir in Substitution sind, die wissen auch das fast alle Patienten Beikonsum haben, da gibt es nicht viel zu reden“ (Interview KW).

Die Erfahrungen, die sie durch die psychosoziale Betreuung machten, waren größtenteils positiv.

„Der psychosoziale Betreuer gibt mir sehr gute Tipps. Zum Beispiel hatten wir am Mittwoch noch ein Gespräch, ich hab ein bisschen mehr Probleme mit Heroin, sagt er, dann versuch doch mal weniger zu kiffen damit du weniger Lust auf Heroin hast, das will ich mal ausprobieren“ (Interview KM).

„Eine stationäre Therapie kann durchaus hilfreich sein. Ich hab auch mehrere Therapien gemacht, es muss die richtige Zeit, der richtige Ort und die richtigen Leute sein, sonst funktioniert auch die beste Therapie nicht“ (Interview KW).

Falls sowohl der Arzt als auch der Sozialpädagoge keine Möglichkeit mehr sieht, durch Interventionsmaßnahmen Einfluss auf die gesundheitlichen Risiken des Patienten zu nehmen, müssen andere Maßnahmen eingeleitet werden. Aufgrund solcher Maßnahmen wird verhindert, dass der Patient sich weiterhin durch seinen Konsum selbst gefährdet.

„Ansonsten wenn der Alkoholkonsum zu groß wird oder Benzodiazepine. Das kann ja dann auch irgendwann lebensgefährlich werden. Da kann es sein, dass ich mit dem Arzt Kontakt aufnehme oder Fristen setze und sage das kann ich hier in der PSB nicht mehr mittragen, letzte Konsequenz ist, ich mach die PSB bei dir nicht mehr“ (Interview S).

„Das ist ein bisschen Druck erhöhen, die sind freie erwachsene Menschen, können tun und lassen was sie möchten, aber das heißt nicht, dass wir das immer komplett mitgehen“ (Interview S)

Der Klient pflegte ein sehr offenes Verhältnis mit seinem psychosozialen Betreuer und empfand dies als angenehm. Die Klientin hatte aufgrund der Länge ihrer Drogenkarriere schon einige Therapien besucht. Sie berichtete von vielen erfolglosen Therapien die aus ihrer Sicht daran gescheitert sind, dass die oben genannten Komponenten nicht gepasst haben. Abgesehen von Therapien und den Gesprächen in der psychosozialen Betreuung gibt es auch andere Angebote, die von unterschiedlichsten Institutionen angeboten werden. Darauf wird im Folgenden eingegangen.

6.3.7 Bestehende Angebote und neue Angebotswünsche

Die Klienten kannten wenig bestehende Angebote, die auf ihre Zielgruppe zugeschnitten waren. Allerdings sind neue Angebotswünsche bei den Experten

sehr individuell. Zuerst werden Zitate genannt in denen Klienten die Angebote nennen, die sie bereits kennen.

„Das einzige was meiner Meinung nach geholfen hat, war eine Selbsthilfegruppe in der man sich austauschen konnte. Allerdings sind noch konsumierende oder in Substitution sich befindende Süchtige, da ein bisschen außen vor. Ich bin da Jahre lang hingegangen aber da wird dann auch erwartet, dass man innerhalb kürzester Zeit keine Drogen mehr konsumiert“ (Interview KW).

„Es gibt jetzt aber auch eine Gruppe für Süchtige und Substituierte (...) Das ist im Moment einmal in der Woche. Das wird im Moment in Düsseldorf aufgebaut, das gab es vorher noch nicht und unsere Gruppe besteht im Moment aus drei Personen“ (Interview KW).

„Es gibt eine Kochgruppe, die mir weiterhilft“ (Interview KM).

„Ich würde zur Drogenberatungsstelle gehen, ansonsten wüsste ich nichts. Es gibt zwar auch ein Drogentelefon von der Stadt, aber da würde ich nicht anrufen“ (Interview KW).

Der Klient wünscht sich Freizeitangebote, da ihm das alleine sein schwer fällt und er dann unter Suchtdruck leidet (siehe Kategorie 6.3.6).

„Das man eine Sporthalle für einen Abend mietet mit ein paar Leuten“ (Interview KM).

Der Klientin sind dagegen Gespräche mit kompetenten Personen wichtig.

„Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass mir Gespräche mit einem kompetenten Psychologen oder Psychotherapeuten weiterhelfen würden“ (Interview KW)

Solche Angebote können laut der Klientin in der Realität nur schwer verwirklicht werden, den Grund dafür nennt sie im folgenden Zitat:

„Viele Psychologen und Psychotherapeuten arbeiten gar nicht mit Süchtigen und wenn es welche gibt, dann sind die Wartezeiten ca. zwei Jahre“ (Interview KW).

An dem Beispiel wird der Bedarf für mehr Psychotherapie in der Suchtkrankenhilfe deutlich. In der nächsten Kategorie wurden alle Experten befragt, welche Herausforderungen aus ihrer Sicht in Zukunft erfüllt werden müssen, um den Bedarf für solche Angebote zu decken.

6.3.8 Herausforderungen in der Substitutionstherapie

Für eine Substitutionstherapie müssen genügend Ärzte und psychosoziale Betreuer zur Verfügung stehen und laut der Klienten eine individuelle Angebotsstruktur. Diese Bereiche könnten laut Arzt folgendermaßen abgedeckt werden:

„Als erstes müsste es mehr Geld und mehr Stellen für diese Arbeit geben um die Herausforderung erfüllen zu können. Dazu gehört die Aufklärung der Bevölkerung und die Integration der Patienten in die normale Gesellschaft. Würde sie den einzelnen Patienten aus seinem Umfeld nehmen und ihn in ein nicht Suchtumfeld einpflanzen, dann färbt das ab. Der Patient sieht wie andere Tagesstrukturen funktionieren, hat andere Aufgaben, hat vielleicht eine richtige Tätigkeit, hat einen eigenen Verantwortungsbereich und definiert sich darüber, das müsste sich ändern“ (Interview A).

Damit der Patient in ein normales Umfeld integriert werden kann, müsste sich die Einstellung der Gesellschaft ändern, wie der Arzt und die Klientin in den folgenden Zitaten deutlich machen.

„Die psychosoziale Betreuung muss daran arbeiten, das Bild der Patienten in der Bevölkerung positiv zu verändern. Unser Hauptproblem ist, das egal wen die Patienten draußen treffen, es ein Klischee des Drogenabhängigen gibt. Das sind die Kinder vom Bahnhofs Zoo, völlig Verwahrlost, verkommene Subjekte, potentielle Mörder und Diebe, mit denen keiner was zu tun haben will.(...) Da ist es wichtig, dass die PSB, den Patienten begleitet und im eigenen Bereich dafür sorgt, das sich die Einstellung zu den Dingen ändert oder das mehr Infos rausgehen“ (Interview A).

„Dass süchtige keinen Raum haben sich zu treffen außer die Straße und da eigentlich auch nicht willkommen sind. Ihr Bier trinken können und einfach nur sein können. Selbst im Park werden wir vertrieben. Eine höhere Akzeptanz in der Gesellschaft, weil niemand unter den Süchtigen, sagt ich nehme gerne Drogen und ich finde das toll. Vielleicht am Anfang, das ist aber schnell vorbei, vor allem bei Heroin. Drogen zu nehmen, ist immer der Versuch sich selber zu heilen“ (Interview KW).

Anhand dieses Zitats werden die äußeren Einflüsse beschrieben, an denen etwas verändert werden muss. Darüber hinaus sollten mehr Ärzte bereit sein eine Substitutionstherapie in ihrer Praxis anzubieten. Im folgenden Zitat verdeutlicht der

Arzt nochmal dass jeder Arzt, egal welcher Fachrichtung er angehört, im Bereich der Substitution Unterstützung leisten kann.

„Jeder Arzt egal ob Kinderarzt, Gynäkologe, Hautarzt darf substituieren, drei Patienten. Das wäre eine Anregung an die Kollegenschaft, mehr Offenheit, mehr Toleranz, mehr Substitution“ (Interview A).

Die Sozialpädagogin geht auf den Bedarf der Klienten ein und nennt ähnliche Aspekte, die in der vorherigen Kategorie von den Klienten geäußert wurde.

„Tagesstrukturierungen, Freizeitangeboten bis hin zu Förderung von Selbsthilfe und ambulante Therapie“ (Interview S).

Die in der letzten Kategorie genannten Herausforderungen tragen dazu bei, den Beikonsum im besten Fall zu reduzieren. Jedoch waren sich alle Experten einig, dass der Beikonsum nie komplett verhindert werden kann. Der Grund dafür ist, wie in der zweiten Kategorie schon erwähnt wurde, dass der Beigebrauch ein Bestandteil der Suchterkrankung ist. Wichtig ist hier darauf zu achten, dass die Patienten oder Klienten sich mit ihrem Konsum nicht selbst gefährden. Anschließend kommen wir zum Zwischenfazit, indem die Ergebnisse nochmal zusammengefasst werden.

6.4 Zwischenfazit

Nachdem alle Kategorien erläutert und mit Zitaten verdeutlicht wurden, werden jetzt die wichtigsten Aussagen tabellarisch dargestellt. In der ersten Tabelle werden die wichtigsten gemeinsamen Erkenntnisse der Theorie und der Praxis aufgeführt und gegenübergestellt. In den Kapiteln 2-5 und im Kapitel 6.3 dieser Arbeit sind die in der Tabelle aufgeführten Punkte nochmal ausführlich beschrieben. In der ersten Tabelle werden Aspekte der Substitutionstherapie- und der psychosozialen Betreuung verdeutlicht. Zusätzlich wird auf die Suchterkrankung, deren Begleiterkrankungen und den Beikonsum eingegangen. In der zweiten Tabelle wird auf neue Erkenntnisse aus der Forschung eingegangen, die im theoretischen Teil dieser Arbeit nicht genannt wurden. Dabei wird hauptsächlich auf die Aspekte eingegangen, die von den Experten als neue Handlungsschritte für die Therapie genannt wurden. Zusätzlich wird auch auf die Motive von Beikonsum eingegangen. Aus diesen Motiven ergeben sich neue Handlungsschritte für die Substitutionstherapie und Herausforderungen für die psychosoziale Betreuung.

Tabelle 1

Kategorie	Theorie	Praxis
Sucht und andere psychische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische Störung - Immer wiederkehrender Verlust der Selbstbeherrschung - Depression, Angststörung und psychische Störungen treten meist während der Substitutionsbehandlung wieder auf - Psychische Störungen wurden meist durch Heroinwirkung überdeckt - Angenehme Veränderung des Wohlbefindens durch Substanz erreichbar - Psychische Erkrankungen werden während der Abhängigkeit entwickelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronische Rückfallerkrankung - Psychische Erkrankungen bleiben trotz Substitution bestehen - Außenstehenden können Suchterkrankung häufig nicht nachvollziehen - Psychische Probleme lassen sich durch Heroinwirkung vordergründig lösen - Entwicklungstraumastörung
Substitutionstherapie und –Mittel	<ul style="list-style-type: none"> - Häufigste Form der Behandlung - Opiatabhängiger - Unterdrückung der Entzugsbeschwerden und des Verlangens nach Heroin durch Vergabe ärztlich verordneter Opiate - Ziel → Kontrollierte Opiatabhängigkeit - Physische Stabilisierung - Senkung der Kriminalitätsrate - Soziale und berufliche Wiedereingliederung - Herauslösen aus der Drogenszene - Suchtmittelfreiheit kann nur begrenzt erreicht werden - Methadon ursprünglich Schmerzmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - Vernünftige Therapie - Verbesserung der Lebensqualität - Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse - Klassische Erfolgsgeschichte - Ausnahme des Beigebrauchs - Kein Substitutionsmittel mit psychogener Komponente
Psychosoziale Betreuung (PSB)	<ul style="list-style-type: none"> - Seit über 20 Jahren nicht eindeutig definiert - Kein einheitliches Konzept 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht gesetzlich definiert - Studien stellen PSB in Frage - Aufgabe → Änderung des Umfelds

	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkung und Nachhaltigkeit nie umfassend geprüft - Herausforderung → Verbindung zur Drogenszene besteht weiterhin - Keine Tagesstruktur 	
Umgang mit Beikonsum	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßiger Überblick des Arztes über unerlaubt konsumierte Substanzen durch Laborbefunde - Ausschluss einer Eigen- oder Fremdgefährdung - Intensivere PSB - Entzug beigebrauchter Substanzen - Behandlungsausschluss bei erfolgloser Interventionsstrategie - Regelmäßige Kontaktaufnahme zu Arzt und PSB 	<ul style="list-style-type: none"> - Atemalkoholbestimmung - Urinkontrollen - Gefährlicher Konsum (Arzt kontaktieren) - Motivation zu Arztgesprächen - Regelmäßige PSB-Gespräche - Nächste Schritte einleiten (Zielsetzung) - Entgiftungsbehandlungen/Stationäre Therapie - Letzte Konsequenz: Ausschluss aus der Behandlung

Im Anschluss an die erste Tabelle, folgt Tabelle zwei.

Tabelle 2

Kategorie	Praxis
Substitutionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Beigebrauch wird weniger bei der Verwendung der richtigen Substanz
Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen	<ul style="list-style-type: none"> - Ständiger, gut funktionierender Austausch - Informationsweitergabe bzgl. des Beikonsum findet nicht immer statt
Motive von Beikonsum	<ul style="list-style-type: none"> - (Soziales) Umfeld - Szene Bindung - Enttäuschungen - Suchtdruck - Einsamkeit - Langeweile - Ärger - Überforderung - Belastungen abbauen - Ritual

	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Konsum keine Wahrnehmung der eigenen Gefühlswelt
Bestehende Angebote und neue Angebotswünsche	<ul style="list-style-type: none"> - Drogenberatungsstelle - Selbsthilfegruppen - Mehr Freizeitangebote - Gespräche mit Psychologen/Psychotherapeuten
Herausforderungen für Akteure der Substitutionstherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Geld - Mehr Stellen - Aufklärung der Bevölkerung - Integration - Richtige Tätigkeit - Eigener Verantwortungsbereich des Patienten - Bild der Patienten in Gesellschaft verändern - Mehr Infos - Raum schaffen - Mehr Akzeptanz - Mehr Offenheit - Mehr Toleranz - Mehr Substitution

Im nächsten Kapitel dieser Arbeit werden neue Herausforderungen und Handlungsschritte beschrieben. Zum einen Handlungsschritte für die Substitutionstherapie, die zugleich neue Herausforderungen für Akteure der psychosozialen Betreuung darstellen. Dabei wird Bezug auf die beiden Tabellen genommen.

7. Neue Herausforderungen und Handlungsschritte

Anhand der Erkenntnisse aus beiden Tabellen, werden die Herausforderungen für Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung herausgearbeitet. Dabei muss auf die komplette Konstruktion der Substitutionstherapie Bezug genommen werden, da sowohl die medizinische als auch die psychosoziale Behandlung einen Einfluss auf den Erfolg der Therapie haben.

7.1 Erste Handlungsschritte für die Substitutionstherapie

Zuerst müsste eine **Anpassung der Gesetze bzw. Richtlinien** (vgl. Kapitel 4) vorgenommen werden, damit die Behandlung bei anhaltendem Konsum anderer Substanzen nicht beendet wird. Eine Reduktion des Konsums könnte dann schon als Erfolg gesehen werden. Außerdem könnte das Ziel der Opiatabstinenz verändert werden in eine Reduktion des Konsums. Beikonsum ist, wie schon in den Zitaten des Arztes genannt, ein Bestandteil der Suchterkrankung und kann nicht immer vermieden werden. Das heißt nicht, dass Beikonsum damit legitimiert werden soll. Diese Änderung sorgt lediglich dafür, dass der Druck für Ärzte, Sozialpädagogen und Klienten vermindert wird. Der Grund dafür ist, dass das Ziel der Abstinenz nur für wenige Patienten oder Klienten realisierbar ist (vgl. Tabelle 1). Wichtig wäre hier dem Klienten oder Patienten einen ungefährlicheren Umgang mit der entsprechenden Substanz nahe zu bringen. Dies könnte zum Beispiel Mithilfe eines Konsumtagebuchs umgesetzt werden, da dem Klienten auf diese Weise ein bewussterer Konsum nahe gebracht werden kann (vgl. Interview S). Hinzu kommt, dass sich durch diese Veränderung der Informationsaustausch bzgl. des Beikonsums zwischen Ärzten und Sozialpädagogen verbessert. Auch die Zusammenarbeit mit dem Klienten bzw. Patienten würde sich dahingehend verändern, dass ein offenerer Umgang gefördert wird. Des Weiteren müsste es mehr Gelder für die Arbeit rund um die Substitutionstherapie geben. Durch die Gelder könnten mehr Stellen besetzt werden, um den Bedarf der Klienten bzw. Patienten decken zu können. In der Befragung wurde der Wunsch nach **Gesprächen mit einem Psychologen oder Psychotherapeuten** geäußert. Jedoch gibt es wenig Psychologen oder Psychotherapeuten, die sich auf das Suchtfeld spezialisiert haben und durch die große Nachfrage entstehen lange Wartezeiten. Diese Voraussetzungen sind grundlegend für eine Veränderung dieser Behandlung (vgl. Tabelle 2). Ein weiteres Problem ist die Akzeptanz der Substituierten bzw. der Heroinabhängigen in der Gesellschaft. Hier müsste für mehr Aufklärung, Toleranz und Offenheit gesorgt werden. Das kann z.B. durch **Informationsveranstaltungen** erreicht werden, durch die das Klischee der Drogenabhängigen verändert werden kann und somit einer Stigmatisierung vorgebeugt wird. Auf medizinischer Seite müssten **Ärzte vermehrt Substitutionsbehandlungen anbieten**. Dadurch können neue Plätze geschaffen werden für Patienten, die die Akutphase verlassen haben und deshalb aus den Schwerpunktpraxen heraus in ein normales Praxisumfeld integriert werden müssen (vgl. Tabelle 2). Zusätzlich wurde vom Arzt angesprochen, dass der Erfolg einer Substitutionsbehandlung auch von der **richtigen Substitutionssubstanz**

abhängt. In Düsseldorf wird eine Diamorphinambulanz eingerichtet. Diese Alternative soll eine Besserung des Konsums anderer Substanzen versprechen. Hier findet auch psychosoziale Betreuung vor Ort statt.

Zusammengefasst müssen diese ersten Handlungsschritte durch eine Gesetzesänderung unterstützt werden. Dadurch könnte ein besserer Informationsaustausch bzgl. des Beikonsums hergestellt werden und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Expertenkreise würde optimiert werden. Des Weiteren müsste es Gelder geben, durch die mehr Stellen finanziert werden. Für z.B. Psychologen und Psychotherapeuten, die mit Suchtkranken arbeiten. Zusätzlich ist es wichtig, dass es mehr Ärzte gibt die bereit sind zu substituieren. Außerdem verspricht die Behandlung mit der richtigen Substanz einen besseren Erfolg. Welche Herausforderungen für die psychosoziale Betreuung konkret bestehen, wird im nächsten Kapitel erläutert.

7.2 Herausforderungen für Akteure der psychosozialen Betreuung

Im Anschluss an die Handlungsschritte wird nun speziell auf neue Herausforderungen für Sozialpädagogen in der PSB eingegangen. Bei den Befragten wurden die Wünsche nach mehr **Freizeitangeboten** geäußert. Der Grund dafür war dass sie Angaben, bei Langeweile oder Einsamkeit häufiger in die Versuchung kommen, zu konsumieren. Dabei wurden auch Vorschläge gemacht, wie **sportliche Aktivitäten** in einer Sporthalle mit mehreren Leuten (vgl. Tabelle 2). Ein Ansatz wäre hier entsprechende Klienten in einen Sportverein zu vermitteln. Damit könnte der jeweilige Klient in ein suchtfreies Umfeld integriert werden und würde zusätzlich noch neue soziale Kontakte knüpfen. Auch die Möglichkeit, mit Beikonsum in ein **betreutes Wohnen** zu ziehen, wäre in dem Fall des befragten Klienten eine gute Möglichkeit gewesen, den Konsum einzuschränken. Im Rahmen von betreutem Wohnen werden auch Angebote und Aktionen gemacht, die entweder alleine oder in der Gruppe stattfinden. Ein weiterer Wunsch war das Angebot von **Selbsthilfegruppen**. Dieses Angebot gibt es auch bereits. Allerdings wurde von der Befragten bemängelt, dass die Abstinenz in solchen Gruppen oft Voraussetzung ist. Ausnahme ist ein Projekt in Düsseldorf, welches sich zurzeit noch im Aufbau befindet. Diese Selbsthilfegruppe wird auf die Zielgruppe mit Beikonsum zugeschnitten. Dieses Angebot könnte bei einer guten Resonanz weiter ausgebaut werden, sodass es mehrere Gruppen gibt.

Dort könnte es die Möglichkeit geben, zusammen psychische Probleme der Betroffenen aufzuarbeiten und sich in der Gruppe gegenseitig zu stärken. Dafür wäre ein vertrautes Verhältnis wichtig und eine kleine Gruppengröße angebracht. Des Weiteren wurde der Wunsch genannt nach mehr Akzeptanz in der Gesellschaft und für **soziale Räume**, in denen sich auch Gruppen aufhalten können die ein Drogenproblem haben, ohne direkt stigmatisiert zu werden. Die Klientin berichtete, dass sie überall vertrieben werden und keine Möglichkeit haben, mal in Ruhe zusammen ein Bier zu trinken. Hier müsste wieder mehr Aufklärung geleistet werden, beispielsweise in weiterführenden Schulen oder an Hochschulen, um das oft festgefahrene Bild der jeweiligen Personen zu verändern. Des Weiteren könnten, wie in Kapitel 7.1 schon beschrieben, Informationsveranstaltungen stattfinden. Eine weitere Möglichkeit, soziale Räume zu schaffen, wären Trinkerräume. Hier könnten sie ungestört ihr Bier trinken, allerdings würden sie dadurch weiterhin aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden aus dem Grund, dass sie sich weiterhin in der Szene aufhalten. Ein weiterer guter Ansatz ist die **psychosoziale Betreuung in Substitutionspraxen**. Damit wird verhindert, dass Klienten auf dem Weg in eine Drogenberatungsstelle nicht „verloren gehen“. Außerdem kann durch dieses Konzept eine **bessere Vernetzung zwischen Arzt und psychosozialem Betreuer** gewährleistet werden, da beide Professionen in denselben Räumlichkeiten arbeiten. Die Schwierigkeit bei diesem Konzept ist, dass psychosoziale Betreuer die meist in Drogenberatungsstellen arbeiten, nicht ausschließlich psychosoziale Betreuung machen. Nebenbei haben sie weitere Beratungsgespräche mit Personen, die ein Suchtproblem haben und nicht in Substitution sind oder mit Angehörigen. Der Arzt könnte auch einen Sozialpädagogen nur für die psychosoziale Betreuung in seiner Praxis einstellen. Allerdings ist das auch wieder ein Kostenfaktor, den der Arzt selbst übernehmen muss.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass erste Herausforderungen für die psychosoziale Betreuung folgende sind: Zum einen besteht die Nachfrage nach Freizeitangeboten, welche auch sportliche Aktivitäten beinhalten. Darüber hinaus könnten Klienten auch in betreutes Wohnen vermittelt werden. Des Weiteren müsste es Selbsthilfegruppen geben, bei denen die Abstinenz der Teilnehmer nicht Voraussetzung ist. Für das Klientel sind auch soziale Räume wichtig, in denen sie akzeptiert werden. Zum anderen wäre psychosoziale Betreuung in den Substitutionspraxen ein guter Ansatz, um die Klienten besser zu erreichen und um eine bessere Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialpädagogen zu gewährleisten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass es noch andere

Gründe gibt, die aber nur durch eine Befragung einer größeren Gruppe herausgefunden werden können. Anhand der aufgeführten Punkte wird deutlich, wie viele Aspekte in diese Behandlung mit einfließen. Zusätzlich wurde beschrieben, wie schwer es ist sich aus dem Konstrukt einer Heroinabhängigkeit zu lösen. Im Anschluss an dieses Kapitel wird nun das Fazit gezogen, womit die Arbeit beendet wird.

8. Fazit

Diese Arbeit verfolgte das Ziel, die Motive von Beikonsum trotz Ersatzstoff herauszuarbeiten und daraus etwaige Lücken im Hilfesystem zu verdeutlichen. Der Schwerpunkt wurde hier auf den medizinischen Aspekt und auf die psychosoziale Betreuung gelegt. Im Verlauf der Arbeit konnten erste Handlungsschritte und Herausforderungen für die Substitutionstherapie und Sozialarbeiter in der psychosozialen Betreuung herausgearbeitet werden. Dazu wurde die Problematik der Suchterkrankung und insbesondere der Heroinabhängigkeit verdeutlicht. Des Weiteren wurde die Substitution als medizinischer Teil kurz beschrieben sowie die psychosoziale Betreuung. Die Erkenntnisse die es bis heute zum Thema Beikonsum gibt, flossen ebenfalls mit in die Arbeit ein. Im Forschungsteil konnten durch Interviews die Meinungen von Experten zu den Themenbereichen herangezogen werden. Um herauszufinden, aus welchen Motiven heraus heroinabhängige Substituierte Beikonsum haben, wurden eine qualitative Forschung durchgeführt. Dabei wurden zwei Klienten aus dem Raum Düsseldorf zu ihrer Lebenssituation, zur Substitution, zum Beikonsum und zu der Angebotsstruktur befragt. Dadurch konnte ermittelt werden, warum sie trotz Ersatzstoff weiterhin andere Substanzen, insbesondere Heroin, konsumieren. Außerdem wurden sie zu bestimmten Situationen befragt, in denen sie das Verlangen haben, zu konsumieren. Ärzte und Sozialpädagogen erläuterten aus ihrer Sicht, aus welchen Gründen die Substituierten weiter konsumieren. Anschließend wurden Fragen zu bestehenden Angeboten und neuen Angebotswünschen an das Klientel gestellt. Ärzte und Sozialpädagogen wurden zu möglichen Herausforderungen, die ihrer Meinung nach auf die Substitutionstherapie und die psychosoziale Betreuung zukommen, befragt. Insgesamt umfasste die Forschung vier Interviews. Es wurden ein Klient, eine Klientin, ein Arzt und eine Sozialpädagogin interviewt. Aufgrund der geringen Anzahl an befragten Klienten sind die Aussagen nicht repräsentativ und gelten nicht für alle Substituierten. Durch die qualitative Inhaltsanalyse von Philipp

Mayring (2015) wurden die Interviews mit Hilfe eines Kategoriensystems ausgewertet. Im siebten Kapitel konnte anschließend ausführlich beschrieben werden, was in Zukunft im Bereich der Substitution optimiert werden kann. Dabei wurde Bezug auf Ärzte und Sozialpädagogen genommen. Von den Befragten wurden auch gesellschaftliche Aspekte genannt, die sich in Zukunft ändern müssten um z.B. eine erfolgreiche Integration zu gewährleisten. Auf diese Aspekte konnte nur kurz im Zusammenhang mit den Herausforderungen für Ärzten und Sozialpädagogen eingegangen werden. Der Grund dafür war, dass die gesellschaftliche Problematik ein sehr umfangreiches Thema ist. Darüber hinaus war die Arbeit zeitlich begrenzt und in der Fragestellung wurde der gesellschaftliche Aspekt nicht mit einbezogen. Andere Programme, die es in Bezug auf „Harm reduction“ (Schadensmindernd) bereits gibt, sind z.B. das KISS-Programm (Kontrolle im Selbstbestimmten Substanzkonsum). In diesem Programm wird es den Klienten ermöglicht, sich seinem Konsum bewusst zu werden indem er sein Konsumverhalten aufschreibt. Eine weitere Interventionsmaßnahme zur Reduktion des Beikonsums ist das Kontingenzmanagement. Dieses Programm basiert auf lerntheoretischen Prinzipien. Dem Substitutionspatienten werden Gutscheine oder ähnliches ausgehändigt wenn eine Urinprobe abgegeben wurde, die frei von anderen Suchtmitteln ist. Dadurch wurde das Verhalten, nicht zu konsumieren, immer wieder und zeitnah verstärkt. In den USA wurde das durch mehrere Studien belegt, allerdings lässt der Effekt nach Beendigung des Programms deutlich nach (Specka, Böning & Scherbaum, 2011, S. 395). Aus diesem Grund wurde es auch nicht mit in diese Arbeit aufgenommen. In diesem Bereich besteht weiterer Forschungsbedarf, wie es in deutschen Substitutionspraxen mit anderen Maßnahmen, die zur Reduktion des Beikonsums beitragen, verknüpft werden kann. In Düsseldorf läuft im Jahr 2016/2017 das Diamorphinprogramm an. Bei dieser Behandlungsmethode werden Heroinabhängige mit dem Originalstoff (Heroin) behandelt. Das verspricht einen besseren Erfolg als mit den bisherigen Substitutionsmitteln. Aus diesem Thema könnten sich ebenfalls neue interessante Forschungsfragen ergeben.

Abschließend wird zusammengefasst, dass die Motive für den weiteren Konsum individuell sind und sich nicht verallgemeinern lassen. Durch einen weiteren Ausbau der Angebotsstruktur kann der Beikonsum reduziert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt kann anhand der Aussagen des Arztes und der Sozialpädagogin davon ausgegangen werden, dass der Beikonsum ein Bestandteil der Substitutionstherapie bleiben wird. Anforderungen für die Substitutionstherapie

und die psychosoziale Betreuung beinhalten dadurch die Akzeptanz des Konsums. Jedoch kann weiterhin auf eine Reduzierung sowie auf einen bewussteren Umgang mit der Droge hingearbeitet werden. Durch Gespräche, Freizeitaktivitäten und Selbsthilfegruppen kann die Klientel psychisch gestärkt werden mit dem Ziel dass die Notwendigkeit, etwas zu betäuben, geringer wird.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

9. Literaturverzeichnis

Ärzte Zeitung (2009). In der Methadon-Substitution ist der illegale Beikonsum fast die Regel. Verfügbar unter:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/558219/methadon-substitution-illegale-beikonsum-vielen-suechtigen-fast-regel.html [Zugriff am 15.06.2016]

Behrendt, K., Backmund, M. & Reimer, J. (2015). *Drogenabhängigkeit* (3. Aufl.). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Böhnisch, L. & Schille, H.-J. (2002). Drogengebrauch als Risiko- und Bewältigungsverhalten. In H. Arnold & H.-J. Schille (Hrsg.), *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention* (S. 41-50). Weinheim: Juventa.

Bundesamt für Gesundheit (2013). *Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesärztekammer (2010). *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf [Zugriff am: 16.9.2016]

Bundesärztekammer (2011). *Illegale Drogen*. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/illegale-drogen/> [Zugriff am: 15.06.2016]

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). Substitution. Verfügbar unter: <http://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-abhaengigkeiten/heroin/substitution.html> [Zugriff am 15.06.2016]

Die Linke (2013). Methadonvergabe in Düsseldorf. Verfügbar unter:
<http://www.linksfraktion-duesseldorf.de/nc/ratsarbeit/detail/zurueck/archiv-91/artikel/methadonvergabe-in-duesseldorf/> [Zugriff am 15.06.2016]

Gerlach, R. & Stöver, H. (2009). Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen – eine Zwischenbilanz. In R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.), *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung* (S. 9-11). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Gölz, J. (1999). Methadonsubstitution in der Arztpraxis. In J. Gölz (Hrsg.), *Der drogenabhängige Patient* (2., neubearb. Aufl., S. 282-312). München: Urban & Fischer

Gross, W. (2016). *Was sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Heidelberg: Springer.

Havemann-Reinecke, U., Kufner, H., Schneider U., Günther, A., Schalast, N. & Vollmer H.C. (2004) AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. *Sucht*, 50, 226-257.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung - ISD Hamburg (2009). Szenebefragung in Deutschland 2008. Verfügbar unter : http://www.isd-hamburg.de/dl/Abschlussbericht_Szenebefragung_2008.pdf [Zugriff am 15.06.2016]

Kufner, H. & Ridinger, M. (2008). *Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter*

Substitution (PSB-D) Manual 2.0. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Kuntz, H. (2016). *Drogen und Sucht* (5. aktual. und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.

LVR Klinikum Essen (2010). Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger-Chancen und Grenzen. Verfügbar unter:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Fachkonferenz_2010/Scherbaum_Substitution.pdf [Zugriff am: 15.06.2016]

Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Michels, I. I., Sander, G. & Stöver, H. (2009). Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Deutschland.

Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz, 52, 111-121.

Müller, J. (2013). *Drogenabhängigkeit und Soziale Arbeit*. Hamburg: Disserta-Verlag.

Olgati, M. (2000). Ambulante Langzeitbetreuung Drogenabhängiger. In A. Uchtenhagen & W. Zieglänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 343-349). München: Urban & Fischer.

Passie, T. & Dierssen, O. (2014). *Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger* (4. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.

Poehlke, T., Heinz, W. & Stöver, H. (2016). *Drogenabhängigkeit und Substitution – ein Glossar von A-Z* (4. Aufl.). Berlin; Heidelberg: Springer.

Resing, M., Stürmer, M., Steininger, S. & Wiggerhauser, K. (2014). *Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer* (5. vollst. überarb. erw. Aufl.). München: Bayrische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.

Schay, P. (2011). *Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe*. Wiesbaden: Springer.

Schay, P., Lojewski, I. & Siegele F. (2013). *Integrative Therapie in der Drogenhilfe*. Stuttgart: Thieme.

Scherbaum, N. (2007). Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Nervenarzt*, 78, 103-110.

Schneider, R. (2013). *Die Suchtfibel* (17., korr. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Soyka, M. (1998). *Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Specka, M., Böning, A. & Scherbaum, N. (2011). Kontingenzmanagement in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 79, 395-403.

Stohler, R. (2013) Substitutionsgestützte Behandlung: Ein historischer Überblick. *Suchtmagazin*, 39, 4-6.

Täschner, K-L., Bloching, B. Bühringer, G. & Wiesbeck, G. (2010). *Therapie der Drogenabhängigkeit* (2., vollst. Überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Tölle, R. & Windgassen, K (2009). *Psychiatrie* (15. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Uchtenhagen, A. (2000). Substitutionsbehandlung. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 353-363). München: Urban & Fischer.

Uchtenhagen, A. (2009). Vorwort. In R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.), *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung* (S. 9-11). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Weber, B. & Schroeder-Printzen, J. (2009). Substitution und Recht. Heidelberg: ecomed Medizin.

Wittchen, H.-U. (2015). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (S. 661-809). Göttingen: Hogrefe.

Zieglgänsberger, W. & Höllt V. (2000). Opiate und Opioide. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 353-363). München: Urban & Fischer.

10. Anhang

10.1 Interviewleitfäden

Interviewleitfaden Arzt

Themenbereich 1: Allgemeine Angaben

Datum: Beginn: Ende:

Name des Experten/ der Expertin:

Berufliche Qualifikation:

Aktuelle Berufliche Tätigkeit:

Einverständnis (mündlich):

Themenbereich 2: Angaben zur Substitutionstherapie

1. Wie viele Patienten substituieren Sie aktuell?
2. Welches Substitutionsmittel verwenden Sie am häufigsten?
3. Was halten Sie generell von der Substitutionstherapie?
4. Welches Substitutionsmittel halten Sie für das effektivste?
 - Gibt es aus Ihrer Sicht Substitutionsmittel durch die der Beikonsum anderer Drogen minimiert werden kann?

Themenbereich 3: Angaben zum Beigebrauch/ Beikonsum

5. Wie definieren Sie Beigebrauch/ Beikonsum?
 - Wo fängt für Sie Beigebrauch/ Beikonsum an?
6. Was schätzen Sie, wie viele Ihrer Patienten Beigebrauch/ Beikonsum haben?
7. Sprechen Ihre Patienten offen über Beigebrauch/ Beikonsum?

- In welchen Situationen berichten Ihre Patienten über Beigebrauch/ Beikonsum?
 - Was erzählen ihre Patienten?
8. Wie reagieren Sie als Arzt auf Beigebrauch/ Beikonsum?
- Zieht Beigebrauch/ Beikonsum Konsequenzen mit sich?
 - Welche Konsequenzen sind das?
 - Ist es egal welche Droge konsumiert wurde?
9. Kann Ihrer Meinung nach Beigebrauch/ Beikonsum verhindert werden?
- Was muss geschehen um es zu erreichen?

Themenbereich 4: Herausforderungen für Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung

10. Wie gut sind Sie mit den psychosozialen Betreuern vernetzt?
- Wie können Sozialpädagogen und Ärzte Ihre Synergieeffekte besser nutzen?
11. Welche Umstände müssten sich ändern, damit psychosoziale Betreuer angemessen ihre Klienten bei der Entwöhnung von Beigebrauch/ Beikonsum unterstützen können?
12. Welche Herausforderungen sehen Sie als Arzt auf die psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe zukommen, wenn Beigebrauch/ Beikonsum nicht verhindert werden kann?
- Ist es für Sie denkbar, dass Beigebrauch/ Beikonsum ein fester Bestandteil der Substitutionstherapie wird?
13. Haben Sie sonst noch Anmerkungen, die Ihnen wichtig geworden sind?

Vielen Dank für das offene Gespräch!

Interviewleitfaden Klienten

Themenbereich 1: Allgemeine Angaben

Datum: Beginn: Ende:

Alter:

Wohnsituation:

Beruflicher Werdegang:

Angaben zum Drogenkonsum (Beginn, Dauer):

Einverständnis (mündlich):

Soll ich Sie Duzen oder Siezen?

Themenbereich 2: Angaben zur Substitutionstherapie

1. Wie bist Du in das Substitutionsprogramm gekommen?
2. Wie lange wirst Du schon substituiert?
3. Mit welchem Medikament wirst Du substituiert?
 - Mit wie viel Milligramm wirst Du substituiert?
 - Ist diese Menge für Dich ausreichend?
4. Würde Dir ein anderes Substitutionsmittel mehr oder besser helfen?
 - Wenn Ja, welches Substitutionsmittel wäre das?
 - Wenn Ja, hast du es schon mal bekommen?

Themenbereich 3: Angaben zum Beigebrauch/ Beikonsum

5. Wann hat der Beigebrauch/ Beikonsum während der Substitution bei Dir angefangen?
 - Welche Drogen konsumierst Du (Alkohol inbegriffen)?
 - Aus welchen Gründen konsumierst Du andere Drogen während der Substitution?
6. Ab wann würdest Du bei dir von Beigebrauch oder Beikonsum sprechen?

7. Mit wem sprichst Du offen über Deinen Beigebrauch/ Beikonsum?
 - Falls ja, Was sind deine Erfahrungen in Bezug auf die Reaktion von Beigebrauch/ Beikonsum?
 - Falls nein, was hindert Dich daran offen darüber zu sprechen?
 - Welche Reaktion würdest Du Dir wünschen?

8. In welchen Situationen bist du besonders verführt zu konsumieren?
 - Wie fühlst Du Dich vor dem Konsum?
 - Wie fühlst Du Dich nach dem Konsum?

Themenbereich 4: Herausforderungen für Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung

9. Kennst Du in Düsseldorf Angebote die Dir eine Stütze sind, deinen Beigebrauch/ Beikonsum zu reduzieren/ abstinenz zu bleiben?
 - Hast Du schon mal solche Angebote in Anspruch genommen?
 - Wenn Ja, hat es dir geholfen?
 - Würdest Du es nochmal tun?
 - Wenn Nein, warum hast Du sie nicht in Anspruch genommen?

10. Welche Angebote oder Möglichkeiten fallen Dir noch ein, wie Dir Dein Arzt oder Dein psychosozialer Betreuer helfen könnte?
 - Deinen Beigebrauch/ Beikonsum zu verringern?
 - Deinen Beigebrauch/ Beikonsum aufzugeben?
 - Welche Angebote würdest du in Anspruch nehmen?

11. Wie soll Deiner Meinung nach mit Beigebrauch/ Beikonsum umgegangen werden?

12. Gibt es noch irgendwas, was Du noch gerne loswerden möchtest?

Vielen Dank für das offene Gespräch!

Interviewleitfaden Sozialpädagoge

Themenbereich 1: Allgemeine Angaben

Datum: Beginn: Ende:

Name des Experten/ der Expertin:

Berufliche Qualifikation:

Aktuelle Berufliche Tätigkeit:

Einverständnis (mündlich):

Themenbereich 2: Angaben zur Substitutionstherapie

1. Wissen Sie welches Substitutionsmittel Ihr Klient bekommt?
 - Ist es für Ihre Arbeit wichtig zu wissen, welches Medikament der Klient bekommt?

2. Können Sie am Verhalten der Klienten festmachen, welches Substitutionsmittel er bekommt?
 - An welchen Verhaltensweisen können Sie das erkennen?

3. Welches Substitutionsmittel halten Sie für das effektivste?
 - Gibt es aus Ihrer Sicht Substitutionsmittel, durch die der Beikonsum anderer Drogen minimiert werden kann?

Themenbereich 3: Angaben zum Beigebrauch/ Beikonsum

4. Wie definieren Sie Beigebrauch/ Beikonsum?
 - Wo fängt für Sie der Beigebrauch/ Beikonsum an?

5. Was schätzen Sie, wie viele Ihrer Klienten Beigebrauch/ Beikonsum haben?

6. Sprechen Ihre Klienten offen über Beigebrauch/ Beikonsum?
 - In welchen Situationen berichten Ihre Klienten über Beigebrauch/ Beikonsum?

- Was erzählen ihre Klienten?
7. Wie reagieren Sie als Sozialpädagoge auf Beigebrauch/ Beikonsum?
 - Zieht Beigebrauch/ Beikonsum Konsequenzen mit sich?
 - Welche Konsequenzen sind das?
 - Ist es egal welche Droge konsumiert wurde?
 8. Kann Ihrer Meinung nach Beigebrauch/ Beikonsum verhindert werden?
 - Was muss geschehen um es zu erreichen?

Themenbereich 4: Herausforderungen für Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung

9. Wie gut sind Sie mit den Ärzten vernetzt?
 - Wie können Sozialpädagogen und Ärzte Ihre Synergieeffekte besser nutzen?
10. Welche Umstände müssten sich ändern, damit psychosoziale Betreuer angemessen Ihre Klienten bei der Entwöhnung von Beigebrauch/ Beikonsum unterstützen können?
11. Welche Herausforderungen sehen Sie als Sozialpädagoge auf die psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe zukommen, wenn Beigebrauch/ Beikonsum nicht verhindert werden kann?
 - Ist es für Sie denkbar, dass Beigebrauch/ Beikonsum ein fester Bestandteil der Substitutionstherapie wird?
12. Haben Sie sonst noch Anmerkungen, die Ihnen wichtig geworden sind?

Vielen Dank für das offene Gespräch!

10.2 Interviews

Interview Arzt

I: Wie viele Patienten substituieren Sie aktuell?

A: Also vom Prinzip die gesamte Praxis. Wir haben momentan, also auch mit den neuen Standorten, circa 300 Patienten.

I: Und gibt es ein Substitutionsmittel, welches Sie häufiger verwenden?

A: Also die am meisten verwendeten Mittel sind Polamidon und Methadon gefolgt von Buprenorphin und Substitol. Das ist die klassische Reihenfolge.

I: Okay also Polamidon -

A: Polamidon ist das häufigste, Polamidon und Methadon eigentlich - aber von der Menge her bei uns Polamidon.

I: Okay und was halten Sie generell von der Substitutionstherapie?

A: Es ist eine vernünftige bewährte Therapie – die Premos Studie wenn, Sie die kennen?

I: Ja.

A: Die hat ja letztendlich ergeben, dass die Substitutionsbehandlung bei der Opiatabhängigkeit in den allermeisten Punkten wesentliche Verbesserungen der Lebensqualität, der gesundheitlichen Verhältnisse bringt. Mit Ausnahme, das ist ja das Hauptergebnis der Studie, des Beigebrauchs. Also die Substitutionsbehandlung ist eine klassische Erfolgsgeschichte mit kleineren Einschränkungen. Also für die Patienten, zumindest mal um „harm reduction“ zu betreiben und die gesundheitlichen Verhältnisse zu verbessern, die Standardtherapie. Kann man so sagen.

I: Und gibt es aus Ihrer Sicht ein Substitutionsmittel, wo Sie sagen das ist das effektivste?

A: Also man muss mal davon ausgehen, dass keines der Substitutionsmittel entwickelt wurde für die Substitutionsbehandlung. Sondern, wie der Begriff schon sagt, es wird etwas ersetzt. Also ein Opiat wird durch das andere ersetzt. Man ersetzt letztendlich das illegale Heroin durch die legalen Opiate. Bei der Frage muss man sich immer wieder fragen, warum nimmt der Patient Heroin? Also welche Komponente des Heroins ist für ihn die entscheidende? Wenn man jetzt mal von unserer Erfahrung ausgeht haben

alle Patienten eigentlich primär ein psychisches Problem, was sich mit der Heroinwirkung vordergründig aber extrem schnell lösen lässt. Ängste werden gemindert, Schlafstörungen beseitigt, Patienten kriegen vermeintlich ein besseres Selbstwertgefühl. Sie kriegen ihre Tagesstruktur wieder auf die Kette, die Depressionen die sie haben, werden etwas weniger, sodass das die primäre Wirkung des Heroins ist. Und die Beruhigung natürlich, diese beruhigende Komponente, wenn das Leben einfach aus den Fugen gerät. Weder Pola noch Metha noch irgendein anderes Substitut hat diese psychogene Komponente, sondern die ersetzen ausschließlich die körperliche Opiatnebenwirkung. Also die Entzugssymptomatik: Nase laufen, Bauchkrämpfe, frösteln, wie eine sehr schwere Erkältung. Heroinentzug muss man sich vorstellen wie eine sehr, sehr schwere Grippe. Dauert, dazu gibt es klinische Studien, eine Woche. Dann sind sie es los. Das heißt jeder Patient könnte theoretisch einfach in die Klinik gehen und sagen: Ich mache eine Komplettentgiftung und nach sieben Tagen sind sie auch den Heroinentzug los. Aber was sie nicht los sind, sind ihre psychischen Probleme und jetzt kommen wir genau zum Problem und zur Frage, warum konsumiert der Patient obwohl, er doch die Ersatzstoffe kriegt, nach wie vor Heroin? Einfache Antwort: weil nichts so wirkt wie Heroin. Weil eben Heroin nicht nur eine Droge ist, in dem Sinne, sondern ein Psychopharmaka. Und es hat genau die Komponenten Angstlösung, depressive Verstimmungen werden besser, Antrieb wird gesteigert, Patienten fühlen sich besser dadurch. Nachteil, es ist illegal und wir ersetzen nur einen Teil der Wirkung und deswegen haben die Patienten Beigebrauch, unter anderem. Es gibt auch den Lustbeigebrauch. Es gibt Patienten, die sagen ganz klar: das ist ein geiles Zeug das nehme ich weiter. Oder sie treffen Freunde und Bekannte auf der Straße und werden eingeladen, auch ein Klassiker. Der Unterschied zwischen uns beiden und dem Süchtigen, wenn er hier mit am Tisch sitzt und wir einen Bubble, also Heroin, in Verpackung auf den Tisch legen ist, dass bei uns sich überhaupt nichts tut. Außer der Blick auf das Heroin. Aber der Patient hat einen Film im Kopf. Wenn wir aber hier einen lauwarmen Schokoladenkuchen hinstellen mit einer Kugel Vanilleeis daneben, dann haben wir auch ein Gefühl dafür, der eine mehr, der andere weniger. Aber das ist der Hauptunterschied.

- I: Ja also würden Sie auch nicht sagen dass es da ein Substitutionsmittel gibt, was jetzt mehr helfen würde den Konsum von Drogen-

A: Diamorphin, das ist ja aber nichts anderes als Heroin auf Rezept. Also Diacetylmorphin und Straßenheroin sind, was die Heroinkomponente angeht, absolut identisch, chemisch identisch. Heroin ist ja nichts anderes als der Markenname der, eingetragene Waren- oder die Warenbezeichnung der Firma Bayer. Aber chemisch unterscheiden die sich nicht. Also auch Patienten die immer denken, das ist chemisch hergestelltes Heroin, liegen falsch. Weil der Rohstoff, den auch die pharmazeutische Industrie verwendet, ist Rohopium. Aus dem Rohopium wird das Morphin isoliert, acetyliert im Verfahren und dann eben als Heroin, als Diacetylmorphin, legal vertrieben. Also das wahrscheinlich effektivste Mittel für die Behandlung der Opiatabhängigkeit ist Diacetylmorphin. In Deutschland leider nur zugelassen als i.v. Applikation, also in flüssiger Form. In der Schweiz in Tablettenform mit weit weniger restriktiven Auflagen als bei uns. Das wäre eigentlich das optimalste Substitutionsmittel.

I: Aber es ist in vielen Städten ja noch nicht zugelassen zur Substitution. Und dann ist es, wenn man jetzt von Diamorphin absieht -von den anderen gibt es dann nicht unbedingt einen Unterschied - wo man sagt, da wird der Konsum eher weniger?

A: Also wir haben jetzt grade so die ersten Erfahrungen mit Substitol. Das ist ja retardiertes Morphin. Also Patienten haben momentan eine wahnsinnige Interessenswelle, das ist ja immer so wenn was Neues auf den Markt kommt. Alle wollen es erstmal ausprobieren. Am Anfang gab es einige, die sehr schnell wieder zurückgegangen sind und gesagt haben: will ich nicht, bringt nichts. Momentan, auf Deutsch gesagt, rennen sie uns die Tür ein und wollen alle umgestellt werden, weil einige sehr positive Berichte dabei waren. Bei einigen Patienten ist es glaubhaft, dass der Beigebrauch stark zurückging. Was nicht so wahnsinnig verwunderlich ist, weil retardiertes Morphin im Endeffekt im Kopf genau die gleiche chemische Struktur darstellt, wie eben das Diacetylmorphin. Also Heroin wird im Kopf ja auch innerhalb von zwei, drei Minuten chemisch umgewandelt zu Morphin. Und das wiederum wirkt. Das heißt, was wir hier dem Patienten geben ist letztendlich eine Retardkapsel, die langsam Morphin freisetzt und im Kopf kommt auch Morphin an. Also es ist nachvollziehbar, nur die Geschwindigkeit ist halt viel langsamer und der Kick fehlt. Also Insofern bleibt abzuwarten, was die Studien sagen. Ob vielleicht das Substitol in

dem Fall mit am geeignetsten ist. Aber es geht nicht nur um die reine chemische Wirkung. Es gibt auch Patienten, die wollen ein bisschen eingetrübt sein. Also die können die Realität nur schwer komplett klar ertragen. Für diese Patienten ist weder Buprenorphin was, noch Substitol. Weil die sind sehr klar, das wollen die nicht. Das schaffen die einfach nicht. Also brauchen die eher Pola oder Metha, weil das dämpft. Also man muss es ganz individuell immer vom Patienten und vor allem von seinem Umfeld abhängig machen.

I: Ja, ich habe auch Interviews mit Klienten gehabt. Und der eine hat nämlich gesagt dass er genau Subutex richtig findet, weil der das mag dass er so fit ist. Aber genauso gibt es die Leute die das, wie sie grade gesagt haben, nicht ertragen.

A: Genau. Wir hatten da eine Patientin, die kam nach drei Tagen heulend aufgelöst. Sie verträgt das nicht. Ihr wird das plötzlich klar, was das für ein Dilemma ist und geht nicht.

I: Die haben ja auch viel erlebt.

A: Die haben viel erlebt, genau. Und plötzlich kommen die ganzen Gefühle wieder hoch und Pola dämpft das alles. Jetzt kann man natürlich wieder sagen: das ist ja super, dann können die alle daran gehen und arbeiten. Aber wenn die Leute daran zerbrechen, dann bringt das nichts. Wenn eine 30-jährige, die seit dem zwölften Lebensjahr auf Heroin ist weil sie eigentlich nur vergewaltigt geschlagen und abgeschoben wurde, die kriegt man mit einer Psychotherapiesitzung nicht grade gebogen. Und das bringt einfach nichts, da muss man dann so ein bisschen Realpolitik machen und sagen: womit kommen die Leute gut über den Tag und womit führen die ein lebenswertes Leben. Und dann muss man die eben eher real unterstützen.

I: Ja und ich hab auch eine Klientin, hat mir auch gesagt dass die Wartelisten für Psychotherapie ziemlich lang sind. Und da muss man auch erstmal einen Platz bekommen.

A: Genau. Und es ist halt nur ein Therapieansatz, das heißt ja nicht- sie ändern damit ja nichts – also wie gesagt, die benannte Patientin, die hat ihre Vergangenheit. Und wenn sie diese Vergangenheit hätten, da helfen auch keine 20 Therapiesitzungen. Die Vergangenheit ist da sie können nur versuchen, dass sie vielleicht mit dem erlebten besser umgehen kann und

das erlernte Verhalten um konditionieren. Aber weg kriegen tun sie es nicht, das darf man auch nicht vergessen

I: Ja genau. Und wie würden Sie Beikonsum definieren oder Beigebrauch?

A: Ist schwierig. Also wenn man es offiziell nimmt, ist der Beigebrauch ja jeder Konsum von nicht autorisierten, Schrägstrich illegalen, Substanzen außerhalb der Substitutionsbehandlung. Also ein Patient, der aufgrund seiner Angststörung vom Psychiater Benzodiazepine verschrieben bekommt, hat offiziell keinen Beigebrauch. Ein Patient, der sie ohne entsprechende Verordnung und Diagnose nimmt, hat Beigebrauch. Ein Patient, der Alkohol trinkt und im Programm ist, hat pro forma auch Beigebrauch. Jetzt gibt es aber irgendwie sowas auch wie ein Menschenrecht. Also jeder. Ganz Deutschland trinkt Alkohol, das ist die weit verbreitetste Droge überhaupt neben Zigaretten. Auch unsere Patienten dürfen Alkohol trinken. Es ist nur die Frage, wird dadurch die Substitutionsbehandlung gefährdet oder nicht? Konsum von THC, Heroin - also Straßenheroin - Kokain, Amphetamin ist klarer Beikonsum. Damit eben, laut der Gesetzeslage, eine Gefahr für die Substitution und muss eben kontrolliert und gegebenenfalls restriktiert werden.

I: Und, also. Sie kontrollieren das ja anhand von Urinkontrollen. Aber machen Sie auch Bluttests?

A: Wir machen Bluttests nur bei Patienten mit Substitol. Weil unsere Urinkontrollen, die wir haben auf Opiate generell ansprechen. Also der Patient mit Substitol wäre immer Opiat positiv und wir können nicht unterscheiden, hat der jetzt Straßenheroin, hat der Tillidin genommen oder irgendwas anderes. Oder ein Fentanylpflaster ausgekocht oder hat der eben Substitol genommen. Da wird dann eine entsprechende Blutkontrolle gemacht.

I: Ja und Sie hatten eben schon gesagt dass man bei Alkohol nicht wirklich was sagen kann, weil jeder quasi Alkohol trinkt. Und eigentlich ja aber grade der Alkohol gefährlich ist in Verbindung mit den Medikamenten und auch, glaube ich, viele Klienten Alkohol nicht unbedingt zum Beigebrauch zählen weil es ja legal ist. Aber wo würden Sie sagen wo der dann anfängt?

A: Wo die Grenze ist?

I: Ja.

A: Wir haben Patienten die, wenn man es genau nimmt, primär eine Alkoholabhängigkeit haben. Also in dieser Praxis und, ich glaub auch in den anderen Praxen, ist in den letzten Jahren keiner verstorben weil er eine Überdosis an Heroin hatte. Patienten versterben einfach an Begleiterkranken. Und am häufigsten haben sie eine Alkoholbegleiterkrankung, die seit Jahrzehnten oder Jahren besteht, sich dann einfach auf die Leber auf das Organsystem auswirkt. Und dann kommt der berühmte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt, eine akute schwere Erkrankung und das System kollabiert. Patienten, die ein bekanntes Alkoholproblem haben, pusten jeden Morgen. Jetzt haben wir natürlich auch nur eine begrenzte Kontrollmöglichkeit. Also der Diabetologe guckt ja auch nicht, was sein Patient nachmittags in der Konditorei isst. Der geht auch nicht nach Hause und guckt. Und der schmeißt ihn schon gleich gar nicht aus dem Diabetesprogramm raus, weil er mal ein Stück Kuchen gegessen hat. Das ist ja Quatsch. Das heißt wir gucken: trinkt der Patient, wie kommt der hier an, hat der hier Promille und wie ist er vom Aspekt her. Patienten, die eine bekannte Alkoholabhängigkeit haben und immer wieder eben positiv pusten, die gehen in die Entgiftung. Also das wird Ihnen nahe gelegt. Nicht mit dem Ziel, dass die Alkoholabhängigkeit geheilt wird; die Entgiftung ist dafür nicht da. Aber dass sie wieder mal eine begebrauchsfreie Phase haben. Also der Klassiker. Man schont den Körper wenigstens für eine gewisse Zeit, man bringt sich wieder auf Vordermann. Aber wir wissen alle, dass wenn der Patient nichts an den Lebensumständen ändert, der Begebrauch vom Alkohol sich ja auch nicht ändern wird. Das ist wie die zehn Minuten Rast auf dem Parkplatz. Und danach fahren Sie wieder auf der Autobahn drauf. Wenn die Autobahn sich nicht ändert, sind sie wieder auf der Autobahn. Das Umfeld muss sich ändern, damit der Patient sagt: ich hab nicht - ich sehe nicht die Notwendigkeit, etwas zu betäuben. Das geht immer nur ums betäuben. Ich krieg was nicht mit, ich fühl mich besser. Wer keine Arbeit hat, keine richtige Tagesstruktur, keine Aufgabe im Leben - was sollte den vom Saufen abhalten? Würde uns nicht anders gehen. Leute verlieren ihr Haus, ihren Job, Scheidung, what ever. Fangen an zu trinken, sind keine Drogenabhängigen. Das ist ein allgemeines Problem und da muss man ansetzen. Und das ist das Problem Nummer eins im Bereich der Drogentherapie eigentlich.

I: Ja und was schätzen Sie, wie viele Ihrer Patienten Beigebruch haben?
Oder gibt es welche, die keinen Beigebruch haben?

A: Die gibt es. Das ist aber letztendlich wahrscheinlich eher, es ist nicht die Ausnahme. Aber es ist die Minderheit, aus einem anderen Grund. Sucht ist definiert als eine chronische Rückfallerkrankung. Das heißt, der Beigebruch ist allein schon per Definition der Fachgesellschaft elementarer Bestandteil der Sucht, es ist nur eine Frage wann werden Sie rückfällig wie werden sie rückfällig. Wie intensiv ist das. haben Sie - Sie können auch drei Jahre dazwischen völlig clean sein. Aber der Unterschied ist, Sie wissen wie es funktioniert. Wir haben Patienten die regelmäßig Beigebruch haben. Regelmäßig im Sinne von alle Monate, alle zwei Monate, manche auch wöchentlich. Weil ein Problem besteht, welches vordergründig mit Heroin verdrängt werden kann. Das kriegen sie eben mit Pola nicht hin dann muss man da dran arbeiten, dass das Problem sich löst. Dann wird auch der Beigebruch weniger. Das Substitutionsmittel per se kann zwar die Menge der reinen Opiatwirkung irgendwie kompensieren. Aber die Ursache, warum der Patient den Beigebruch hat, die geht nicht weg. Also wenn Sie Prozente wissen möchten, wir sind eine sehr niederschwellig arbeitende Praxis. Das G. schmeißt Leute raus, die Beigebruch haben. Deswegen haben die auch so wenige mit Beigebruch weil, das ist so ein bisschen Rosinenpickerei. Also alles, was Beigebruch hat, geht raus. Die kommen dann zu uns, weil wir eben sagen: ja der Beigebruch ist Bestandteil der Erkrankung also wir setzen uns mit den Kranken auseinander. Und nicht mit denen, die quasi die Akutphase verlassen haben und auf dem Weg der Reha sind. Sondern die sind alle hier noch alle mitten im System. Also ich würde sagen dass 30 Prozent in unterschiedlichen Intervallen immer wieder mal Beigebruch habe. Mit den entsprechenden Konsequenzen.

I: Ja, und sprechen - also ich denk mal beim G. ist das so, da wird nicht unbedingt über Beikonsum oder Beigebruch gesprochen. Aber wie ist das bei Ihnen? Also kommen Ihre Patienten dann zu Ihnen und erzählen Ihnen das offen?

A: Also wir vertreten halt die Philosophie, dass die Urinkontrolle die letzte Möglichkeit sein muss um überhaupt Beikonsum auszumachen. Also unser Patient kriegt am Anfang der Aufnahme gesagt: es gibt hier keine Strafen. Also Patienten haben es gelernt, vor allem die Älteren, dass ein offenes

Wort in der Regel immer zu einer Strafe wird. Die sind rausgeflogen in anderen Praxen weil sie eben gesagt haben: ja ich habe einen Rückfall. Dann waren sie nach einer Woche noch nicht sauber, dann wird eben die Behandlung beendet, das kennen sie. Das ist Blödsinn, weil im Endeffekt breche ich eine Behandlung ab die langfristig zum Ziel hat, dem Patienten zu helfen. Bei uns kommen die Patienten in der Regel rein und sagen: ich habe ein Problem, das und das und das. Ich hab mir einen geraucht. Oder ich musste dieses und jenes machen, das ist die überwiegende Zahl. Also wir machen die Urinkontrollen, die unangekündigten. Aber Ziel ist es immer dass der Patient, weil er einfach das Arzt-Patienten-Verhältnis schätzt und diese Offenheit kennt und weiß, er wird nicht bestraft wenn er offen und ehrlich redet, von sich aus den Beigebrauch aufmacht.

I: Ja, und dann reagieren Sie als Arzt halt auch eigentlich akzeptierend auf Beigebrauch?

A: Wir sind akzeptierend. Wir sind grundsätzlich erstmal akzeptierend, weil das ist die Realität. Also wir können es uns ja schön reden und wir können sagen, wie wir es gerne hätten. Aber die Realität ist halt eine andere. Weil wir machen die Medizin ja nicht für uns, wir machen es ja für die Patienten.

I: Ja und dann ist es für Sie auch erstmal unwichtig, welche Droge da genau konsumiert wurde? Oder wird da dann schon ein Unterschied gemacht?

A: Doch, da wird schon ein Unterschied gemacht. Also ein Patient der Kokain konsumiert hat, hat ja ganz eine andere Intention als jetzt jemand, der Heroin konsumiert. Also es geht ja immer drum, es geht immer um den Einzelfall. Also die klassische Patientin, die plötzlich eine Rotlichtkarriere startet das ist ja nichts was man jetzt so aus Spaß und Freude heraus macht. Da gibt es ja irgendwie ein Zwang. Das ist eine einhellige Berichtsstruktur: die brauchen morgens Kokain, dass sie das überhaupt machen können. Die brauchen einfach diesen Antrieb. Abends brauchen sie aber Heroin, dass sie runter kommen weil sie es sonst gar nicht verarbeiten können, was die ganze Zeit lang passiert ist. Das ist quasi so ein Gegengewicht was sich da immer irgendwo einpendelt. Manche Patienten haben eine primäre Kokainabhängigkeit schon immer gehabt, die kamen irgendwann mal ans Heroin weil sie eben nicht mehr runterkamen vom Kokain. Dann gibt es Leute die ihr Leben lang einfach schon Gras geraucht haben. Es ist immer so, die kamen irgendwann dann mal ans Heroin. Aber Gras rauchen die, weil die abends einschlafen möchten.

Amphetamine spielen hier in der Praxis gar keine Rolle, also die ganzen Designerdrogen auch nicht. Das ist, also, Patienten sind sehr, in dem Bereich wirklich sehr, strukturiert und differenziert und sagen: von dem Quatsch lassen wir alle die Finger, da wollen wir auch nichts mit zu tun haben. Das ist eher so Technoszene und andere Subgruppen aber die haben nichts mit der klassischen Opiatabhängigkeit zu tun. Also wir haben vielleicht zwei aber die sind dann in der Partyszene unterwegs und haben halt dann dementsprechend ab und an mal, wenn es denn so ist, mal ein Amphetaminbeigebrauch. Aber der Großteil hat damit Garnichts zu tun.

I: Ja und, also, Sie haben ja grade gesagt Sie würden das schon unterscheiden, ob man Kokain oder Heroin nimmt. Also was würden Sie da als schlimmer empfinden?

A: Die Wertigkeit, also ich persönlich, kann ja nicht auf eigene Erfahrungen zurückgreifen. Ich kann ja nur sagen, was der Patient so sieht. Kokain wird von Patienten, also eine echte Kokainabhängigkeit, wird von Patienten viel belastender empfunden als eine Heroinabhängigkeit. Fast noch schlimmer wird eine Benzodiazepin Abhängigkeit empfunden. THC ist für die meisten noch nicht mal eine Erkrankung oder noch nicht mal eine Droge. Das ist grade jetzt im Zuge der möglichen Liberalisierung, die sagen: das sitzen wir aus und dann können wir es sowieso kaufen, wenn das G. einen Laden aufmachen wird, so ungefähr. Kommt ja wahrscheinlich auch. Dann ist nur die Frage, ob unsere Klientel dann auch die Erlaubnis bekommt, what ever. Aber ich denke, wenn der Patient sich entscheiden müsste, wenn man ihn zum Weiterkonsum zwingen würde, würde er wahrscheinlich sich immer für Heroin entscheiden, weil es am wenigstens problematisch ist. Dann Kokain. Und alle, die mal ein Benzoproblem hatten sind froh, dass sie davon wieder weg sind. Also Benzos werden über alle Patientengruppen hinweg als das problematischste Beigebrauchsverhalten beschrieben, weil sie wahnsinnig schnell abhängig werden und der Entzug sich ganz anders darstellt. Der Entzug von Heroin ist primär körperlich der Benzoentzug ist psychisch ebenso wie Kokain. Das ist das Problem.

I: Okay und Sie haben ja eben eigentlich schon gesagt, dass das mit dazugehört, irgendwie so Beigebrauch und Beikonsum. Also glauben Sie auch nicht, dass das verhindert werden könnte?

A: Wir versuchen, also wie gesagt, im Rahmen der Heroin Studie kam ja heraus dass der Beigebrauch von Alkohol, Benzos, Kokain ein Ticken

weniger, aber klar auch von Heroin abnimmt, wenn man die richtige Substanz verwendet. Und- Also mein Lieblingsbeispiel ist immer: stellen Sie sich vor man hätte vor 100 Jahren das Insulin entdeckt und dann wäre man auf die Idee gekommen, man verbietet das Insulin, weil die politische Bewegung der damaligen Zeit das Insulin kriminalisiert und sie drängen es in den Schwarzmarkt. Der damals auch bestehende Diabetiker musste sich das Insulin schwarz besorgen und sie wurden über Jahrzehnte verfolgt. Und in knapp 100 Jahren kommt einer auf die Idee und sagt: Mensch Leute, das Insulin, ich weiß es ist illegal - aber es hilft doch so gut bei Diabetes. Sollen wir das nicht endlich mal legalisieren? Das ist eine ähnliche Geschichte, das ist simultan vergleichbar. Dementsprechend der Beigebrauch mit Heroin ist formal illegal, weil die Substanz illegal ist. Aber die Tatsache, dass es jetzt zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig ist belegt ja, dass man erkannt hat das durch den Einsatz des Originalstoffs, unter welcher Prämisse auch immer, sich die Lebensumstände verbessern und eben auch der Beigebrauch anderer Substanzen nachlässt. Also insofern ist Heroin schon der geeignetste Stoff, um auch Komorbiditäten positiv zu beeinflussen.

I: Ja und wie gut sind Sie mit den psychosozialen Betreuern vernetzt? Also ich glaube Sie machen das ja auch hier in der Praxis?

A: Wir haben eine eigene Mitarbeiterin und wir kriegen jetzt noch zwei neue Mitarbeiterinnen, also grade für das Diamorphinprogramm. Wir haben engen Kontakt, also PSB wird primär bei uns über eine Drogenberatungsstelle gemacht. Also ein gemeinnütziger Verein und dann das G. bietet PSB an, wir sind mit denen eng vernetzt. Also wir haben eigentlich einen ständigen Austausch, Patienten geben das auch frei über eine Schweigepflichtentbindung. Das ist schon sinnvoll, definitiv.

I: Ja und was glauben Sie, wie könnten Ärzte und psychosoziale Betreuer noch besser irgendwie die Synergieeffekte nutzen, also sich gegenseitig fördern? Oder finden sie das schon so optimal?

A: Also mit der PSB ist es ja so eine Sache. PSB ist ja weder gesetzlich definiert noch gibt es Kriterien. Theoretisch kann es jeder machen. Und es gibt auch Studien die sagen, PSB bringt überhaupt nichts. Die darf man auch nicht verleugnen. Also da darf kein so ein Besitzstandsdenken sein nach dem Motto: wir haben PSB also muss es auch was bringen. Ich glaub schon, dass die PSB in dem Sinne was bringt, als dass sie dafür sorgen

kann, dass der Patient das Umfeld verändert. Also die PSB darf sich, oder sollte sich, nie großartig in die ärztliche Behandlung einmischen.

Umgekehrt ist es genauso. Wir arbeiten parallel und miteinander. Für uns ist es aber zum Beispiel nie ein Grund, oder anders, wie soll ich es sagen, manche Patienten. Bei manchem Patienten ist im Rahmen der PSB wenig zu holen. Wenn Sie einen Patienten haben der seit 30 Jahren drauf ist, der sich eingerichtet hat im Leben, der so ein gewisses Alter erreicht hat und sagt: Leute lasst mich doch einfach nur in Ruhe. Was wollen Sie da machen? Da hilft auch PSB nichts. Da kann auch jemand jung, motiviert, frisch von der Uni kommen und sagen: jetzt reißen wir es auch nochmal richtig, nee der Patient sagt: ich hab doch alles was ich will lass mich doch einfach nur in Frieden. Die Patienten, die recht jung sind, die noch keine so lange Drogenkarriere haben, da kann die PSB viel machen. Weil ich immer sag ich kann Möglichkeiten aufzeigen, ich kümmere mich zum einen darum wie verändere ich das Umfeld, das ist der alles entscheidende Punkt. Es gibt Patienten, die hier 30 Entgiftungen gemacht haben, aber es ist immer das gleiche. Es ist wie als wenn sie mit dem Auto in die Waschanlage fahren und fahren dann wieder über den gleichen schmutzigen Waldweg nach Hause und wundern sich: warum ist die Karre schon wieder dreckig? Da muss die Waschanlage kaputt gewesen sein, ich muss an dem Waldweg was ändern. Und da kann die PSB ansetzen.

I: Und es kommt auch wahrscheinlich darauf an, ob der Patient oder der Klient Wünsche hat, in der Richtung Abstinenz oder was die Freizeitgestaltung angeht?

A: Genau, richtig, genau. Er muss auch proaktiv mitarbeiten wollen. Also jemand, der einfach nicht mitarbeiten möchte, den kriegen sie auch nur schwer motiviert.

I: Okay und bei dem Punkt sind wir ja eigentlich schon. Welche Umstände müssten sich ändern, damit psychosoziale Betreuer angemessen ihre Klienten bei der Entwöhnung unterstützen könnten? Weil es ist ja schon noch Substitutionstherapie, dass die eigentlich abstinenzorientiert ist.

A: Also die Fachgesellschaften haben das Ziel schon längst aufgegeben, das muss man auch sagen. Das sind gesetzliche Vorgaben und die Gesetze hinken ja häufig einfach mal der Lebensrealität hinterher. Die Abstinenzorientierung ist eine Frage der Moral. Also wenn Sie den gesamtwirtschaftlichen Schaden der verschiedenen Substanzgruppen

einander gegenüberstellen würden, ich weiß nicht, ob Sie das kennen.
Kennen sie das?

I: Nein.

A: Das ist eine ganz entscheidende Sache, da gibt es nämlich eine sehr schöne Gegenüberstellung. Genau, Schäden für den Konsumenten, teuerste Droge. Da sieht man einfach auch mal was letztendlich Auswirkungen auf die Person, das soziale Umfeld, die Gesellschaft etc. hat. Da sind sie eigentlich mit Alkohol ganz weit vorne. Kann ich Ihnen mal kopieren.

I: Ja, danke.

A: Schlägereien in der Altstadt, Polizeieinsätze, Einbruchsdelikte, Körperverletzung etc.. Der Alkohol unbestritten ganz weit vorne, macht der Staat nichts dagegen. Finanziert er sich ja auch ganz gut dadurch. Alkoholsteuer ist gesellschaftlich akzeptiert, das kriegen sie nicht raus. Phasen des Trinkens, Formen des Trinkens. Vom Geburtstags-Gläschen bis hin zum Empfang, bis hin zu der Frage: wie, als Frau, Du trinkst, nichts bist Du schwanger? Das ist immer das Gleiche, das ist etwas. Das ist einfach so, das kriegen sie auch nicht weg. Beim Heroin ist es eben die Illegalität, die da ist. Da muss man im Endeffekt jetzt allein schon mit dem Diamorphinprogramm vielleicht den ersten Schritt in die richtige Richtung der Akzeptanz finden. Jetzt habe ich ehrlich gesagt grad den Faden verloren, um auf die Frage zurück zu kommen.

I: Ich hatte gefragt, welche Umstände sich ändern müssten, damit psychosoziale Betreuer angemessen ihre Klienten bei der Entwöhnung unterstützen könnten.

A: Immer das Gleiche. Mehr Geld, mehr Stellen, das ist klar. Mehr Aufklärung in der Bevölkerung, weil man muss die Patienten in die normale Gesellschaft integrieren. Wenn Sie heute dem Patienten, den einzelnen Patienten, da raus nehmen aus seinem Umfeld und ihn einpflanzen in ein Nicht-Suchtumfeld, dann färbt das ab. Der Patient sieht wie andere Tagesstrukturen gehen, hat andere Aufgaben, hat vielleicht eine richtige Tätigkeit, hat einen eigenen Verantwortungsbereich, definiert sich darüber. Das muss sich ändern.

I: Ja und welche Herausforderungen sehen Sie als Arzt auf die psychosoziale Betreuung in der Drogenhilfe zukommen? Wenn, und das ist ja so, Beikonsum nicht verhindert werden kann?

A: Beikonsum muss auch nicht verhindert werden. Es gibt, also die Kulturgeschichte der Drogen ist über 8000 Jahre alt, das ist eine zutiefst im Menschen verwurzelte Sehnsucht nach der Suche. Der Mensch sucht und Drogen funktionieren. Sie funktionieren einfach. Also man kann es noch so, wie gesagt, es ist eine Frage der Moral. Man kann Sachen verbieten dann, werden sie noch interessanter. Aber jede Droge hat ihre Wirkung. Im 14. Jahrhundert wurden sie umgebracht, wenn sie Kaffee getrunken haben. Da war es dem Adel vorbehalten, überhaupt Kaffee zu trinken. Jeder, der mit Kaffee in Kontakt kam, wurde umgebracht. Das ist eine Sache, die verändert sich im Laufe der Zeit. Heute ist Kaffee völlig legal, ist aber auch eine Droge. Ich glaube die psychosoziale Betreuung muss zum einen auch daran arbeiten, das Bild der Patienten in der Bevölkerung positiv zu verändern. Weil unser Hauptproblem ist, egal wen sie draußen treffen, auch innerhalb der Kollegenschaft, es gibt ein Klischee. Und das Klischee des Drogenabhängigen ist immer das gleiche, das sind die Kinder vom Bahnhof Zoo. Eine völlige Verwahrlosung, eine Kriminalisierung. Das sind alles verkommene Subjekte, potentielle Mörder und Diebe, mit denen wollen wir nichts zu tun haben. Das ist etwas daran, aber das ist so ein Generationenproblem, das wird weniger. Also die jüngere Generation, so jetzt wie Sie, grade mal so Anfang 20, so um den Dreh. Die kommen hier in die Praxis rein, gucken sich das an und sagen: och das ist ja hier irgendwie komisch, was ist das hier denn? Und dann erklärt man das und dann sagen die: och ja spannend. Die Älteren kommen rein und sagen: eine Junkiepraxis. Also das ist im Wandel der Begriff und ich glaube da ist es auch wichtig, dass die PSB - in Bezug auf den Patienten kann sie nichts machen, sie kann den Patienten begleiten und man muss im eigenen Bereich einfach dafür sorgen, dass sich die Einstellung zu den Dingen ändert oder das mehr Infos rausgehen. Infos sind aber auch wieder schwierig, weil natürlich die Bevölkerung mit so einer Info auch schlecht umgehen kann, oder umgehen möchte. Weil wenn sie sowas berücksichtigen, dann müssten sie tolerant werden vielleicht. Und dann haben sie wieder viele, viele Grauzonen und Schwarzweißdenken. Ist so schön einfach: das ist gut, das ist schlecht. Schlecht wollen wir nicht, Junkies sind schlecht. So hätte ich dann einfach die ganzen Graustufen.

Also die Herausforderung an die PSB ist sicher zum einen, den Patienten die Tagesstruktur zu ermöglichen. Das ist die Herausforderung. Das ist aber die Herausforderung des gesamten Suchthilfesystems, weil trockenschleudern in der Entgiftung ist für den Moment nicht schlecht, damit der körperliche Status einfach mal wieder gebessert wird. Aber langfristig ist die Veränderung der Lebensumstände des alles entscheidende, anders wird das nichts.

I: Aber eigentlich kann man das dann schon sagen, dass Beigebrauch schon fester Bestandteil der Substitutionstherapie ist und eigentlich auch bleiben wird?

A: Beigebrauch, also Kant würde jetzt sagen: das ist die normative Kraft des Faktischen. Er ist da und er wird ein zwangsläufiger Bestandteil der Therapie bleiben. Aber er kommt von außen. Der Beigebrauch ist eine Lebensrealität des Suchtpatienten und er wird der alleinige Begriff Beigebrauch. Es ist einfach der Gebrauch von Drogen. Das ist, deswegen hat der Patient eine Suchterkrankung, er hat ein Entwicklungstrauma - alle unsere Patienten haben eine Entwicklungstraumastörung, alle. Von klein auf an gab es eben viele, viele, viele, viele kleine Traumata, die ihn zudem gemacht haben was er heute ist. Da war kein Flugzeugabsturz oder sonst was. Nein, es waren viele kleine Sachen. Liebloses Elternhaus, viele Schläge, körperliche, sexuelle Gewalt, JVA Aufenthalte, falsche Freunde etc. Alles kleine Traumata und die haben ihn zu dem gemacht und letztendlich hilft eine Droge bei der Bewältigung, vordergründig. Das Problem wird dadurch nicht besser aber sie merken es ja nicht. Und der Beigebrauch ist etwas was die Patienten gelernt haben, das ist ein Hilfsmittel. So wie der Normalbürger abends eben sich hinsetzt und zwei Gläschen Wein trinkt und sagt, schön entspannend. So geht auch der Substitutionspatient ab und an nach Hause und sagt: jetzt rauche ich mir ein Blech. Und dann entspannt der ganz gemütlich zuhause. Das ist so, der Unterschied ist nur: das eine ist legal das andere ist illegal. Und es ist halt voller Dreck, kommt auch noch mit dazu. Also er schadet sich damit, aber jeder Raucher schadet sich, weiß auch jeder Raucher. Und jeder Trinker und jeder normale Mensch, der Wein trinkt oder Bier oder Alkohol, schadet sich auch - nur das ist eben legal. Der einzige Unterschied. Das muss man sich mal vor Augen halten. Kennen Sie das Buch die Geschichte des Heroins?

I: Nein

A: Kaufen, lesen. Ganz spannen. Die Geschichte des Heroins geschrieben von einem Hamburger Anästhesisten im Rahmen seiner damaligen Doktorarbeit. Komplette von der – die gesamte Geschichte des Heroins, die gesamte Entstehungsgeschichte der Opiate bis zur Erstsynthese Heroin Firma Bayer 1897. Eingetragen im Handelsregister, Vertrieb weltweit bis hin zur Illegalisierung und eben Folgen. Wahnsinnig spannend, kann ich immer nur empfehlen.

I: Danke, haben Sie denn sonst noch Anmerkungen, die Ihnen wichtig geworden sind während des Gesprächs?

A: Im Rahmen - in Bezug auf PSB, oder?

I: Generell zur Substitutionstherapie, irgendwas was Ihnen-

A: Wir würden uns natürlich wünschen, dass viel mehr Kollegen bereit wären, zu substituieren. Das ist so, das ist unser Hauptproblem. Also wir sind eine Schwerpunktpraxis und zu uns kommen Patienten die so aussehen, wie sich der Normalbürger einen Heroinabhängigen vorstellt, mit all den Begleitumständen. Rucksack, schmutzig, riecht, stinkt zum Teil. Hat einen Hund dabei, ist im Umgang jetzt ein bisschen herausfordernd und ist für eine normale Praxis schwierig zu Händeln, weil es bleiben normale Patienten weg. Wo einer ist kommen zwei, wo zwei sind kommen nochmal zwei, dann sind die Hunde draußen vor der Tür. Das will der normale Kollege nicht und das ist eben schade. Und da wir eben sehr viele von diesen Patienten haben, ganz bewusst, haben wir auch keine Möglichkeit Patienten, die zum Beispiel so weit im Rahmen der Therapie sind, dass sie wirklich komplett Take Home tauglich wären. Wobei auch hier immer wieder die Frage mit dem Beigebrauch ist und dem Rückfall und der rechtlichen Debatte. Dass Kollegen Patienten im Rahmen des Take Home Verfahrens substituieren. Jeder Arzt, das darf man nicht vergessen, jeder Arzt, egal ob Kinderarzt, Gynäkologe, Hautarzt darf substituieren. Drei Patienten, jeder. Aber sie machen es nicht, sie wollen es nicht und das ist für uns ein Problem. Weil wir natürlich dem Patienten sagen müssen: es tut uns wirklich leid aber die Plätze die wir haben brauchen wir, weil wir die Schwerpunktpraxis sind für die Patienten, die wirklich von der Straße weg wollen. Ihr seid so weit oben auf der Skala, ihr seid die Spitze des Eisbergs, ihr könnt wirklich den Absprung schaffen. Nur wenn ihr den

Absprung schaffen wollt, dann müsst ihr auch raus aus dem Praxisumfeld, weil hier treffen sich ja auch die Leute. Vor der Praxis, wissen wir auch, in den Querstraßen, steht schon mal der eine oder andere Dealer. Also wer hier her kommt ist auch wieder irgendwo Szene nah. Wo steht der mobile Eiswagen? Vor dem Schwimmbad. Warum? Weil da die Kinder sind. Also das gleiche, das wäre für uns eine Anregung, also an die Kollegenschaft. Mehr Offenheit, mehr Toleranz, mehr Substitution.

I: Dann danke ich Ihnen, dass Sie sich Zeit genommen haben, für das Gespräch und für Ihre Offenheit.

A: Gerne, gerne.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Interview Sozialpädagogin

- I: Vielen Dank, dass Du dich bereit erklärt hast für das Gespräch. Weißt Du welche Substitutionsmittel deine Klienten bekommen, immer?
- S: Ja, weiß ich in der Regel immer. Entweder von den Klienten selber, und das frag ich eigentlich auch immer wieder ab. Also manchmal vergesse ich es auch und dann frag ich irgendwann: was bekommst du nochmal? Also über die Klienten und über die Rückmeldung vom Substitutionsarzt. Einmal im Quartal gibt der uns eine Rückmeldung über die Substitution und wir geben eine Rückmeldung über die psychosoziale Betreuung. Und da sollte dann von ärztlicher Seite auch drin stehen welches Medikament in welcher Dosierung der Klient erhält. Manchmal vergessen die Ärzte das und dann fragen wir nochmal nach.
- I: Okay. Findest Du es für deine Arbeit auch wichtig zu wissen, welches Substitutionsmittel der Klient bekommt?
- S: Ja. Jetzt nicht irgendwie das aller, aller wichtigste. Aber grundsätzlich schon. Grundsätzlich auch, dosiert der Klient oder die Klientin sich ab oder geht der hoch. Das kriegt man ja mit der Zeit irgendwie so mit. Manche sind ständig am Abdosieren und gehen dann wieder hoch. Oder bei manchen weiß ich einfach, da ist das relativ stabil. Bei manchen ist dann hier auch Thema immer wieder, dass Klienten auf ein anderes Substitutionsmittel umsteigen wollen. Also das ist schon auf jeden Fall immer- Es ist natürlich- Wir sind keine Ärzte. Das ist natürlich eigentlich wirklich der medizinische Teil. Weil ich jetzt auch nicht im genauen sagen kann, welches Substitutionsmittel jetzt wie bei wem am besten ist. Das will ich auch gar nicht entscheiden können. Das wollen auch die Ärzte entscheiden, aber es ist auf jeden Fall immer wichtig. Und die Höhe dann eben auch.
- I: Gibt es irgendwelche Verhaltensweisen, an denen Du festmachen könntest: der bekommt das, der bekommt das oder wie ist das?
- S: Hab ich mir ja vorher auch durchgelesen die Frage und mir Gedanken darüber gemacht. Und ehrlich gesagt: Nein. Man sagt ja, dass diese Substitutionsmittel Suboxone und Subutex den Klienten klarer machen und nicht so irgendwie in Watte packen. Aber ich könnte dir jetzt nicht sagen, dass ich das so merke an den Klienten. Also ich glaube ich merke schon, wenn Leute so enorm hoch eingestellt sind mit Substitutionsmitteln. Dass

sich da so wenig tut hat man oft so den Eindruck, dass sie so wenig in Bewegung sind. Aber sonst wüsste ich das jetzt nicht.

I: Okay. Gibt es ein Substitutionsmittel, wo Du denkst, das ist so das effektivste oder für dich das Beste?

S: Ja, das ist sehr unterschiedlich von Person zu Person, was da das Beste ist. Aber ich glaube schon, dass Polamidon das gesündere Medikament als Methadon ist, einfach von den Nebenwirkungen her. Subotex, Suboxone oder dieses neue Subtitol natürlich auch. Aber das kann für den einen sehr viel besser sein, mit Subotex sich substituieren zu lassen, und der andere kommt darauf gar nicht klar. Weil man da ja schon was klarer ist. Und der eine kommt damit gar nicht klar „klar“ zu sein und auf sein Leben zurückzublicken. Also würde ich sehr individuell sehen.

I: Okay. Ja, und denkst du es gibt irgendein Substitutionsmittel, was eine größere Unterstützung dabei ist, den Beikonsum zu reduzieren?

S: Hab ich auch drüber nachgedacht, aber wüsste ich auch nicht. Ich glaube schon, dass ein Heroin Beikonsum, wenn man Subotex oder Suboxone bekommt, nicht so ganz durchkommt. Also dass da einfach nichts so an Rausch durchkommt und dadurch natürlich das Suchtverlangen auch dann irgendwann- bringt eh nichts, das zu machen also- dann kann ich es auch lassen.

I: Wie würdest du Beikonsum definieren?

S: Naja, wir unterscheiden immer so ein bisschen. Rückfall, Vorfall. War es ein Vorfall oder ist es ein Rückfall, der wieder komplett in den Konsum zurückgeht. Beikonsum kann regelmäßiger- also vielleicht würde ich es so definieren: wo Beigebrauch und Beikonsum regelmäßig sind, also wo das nicht so eine einmalige Sache ist, sondern-. Ich kann das schon als Beigebrauch auch definieren, wenn jemand regelmäßig am Monatsanfang 2 bis 3 Tage Beigebrauch mit Heroin hat. Aber es ist nochmal eine andere Frage, wie ich das bewerte. Also ob ich das als „um Gottes willen“ bewerte oder sag ok, das ist ein geregelter Beigebrauch, der nicht zum absoluten Absturz führt.

I: Also ist das bei manchen ja wahrscheinlich, die machen das wenn sie am Anfang des Monats vielleicht Geld bekommen haben. Oder manche nur einmal die Woche oder so. Und das ist ja dann trotzdem Beigebrauch, aber

das würde man wahrscheinlich dann nicht als so dramatisch bewerten, weil sie ja auch klare Phasen haben.

S: Ja.

I: Und wo fängt für Dich der Beigebrauch an? Alkohol zählt ja eigentlich auch schon zum Beikonsum.

S: Natürlich, natürlich

I: Weil wenn die jetzt mal abends ein Glas Wein trinken...oder würdest Du das dann auch trotzdem auch schon als Beikonsum bewerten?

S: Ja, ich habe auch- Also Alkohol ist schon was, was wir hier sehr immer im Blick haben. Weil wir so das Gefühl haben, dass die Klienten die so Mitte 40, Ende 40 und substituiert werden und so, einen steten Beigebrauch von Alkohol haben, haben Probleme es bei dem einen Glas zu belassen. Und es ist eben sehr gesundheitsschädlich. Wir sehen den Beigebrauch von Alkohol immer als sehr gefährlich an. Die meisten sterben an jahrelangem Beigebrauch mit Alkohol, haben wir so den Eindruck.

I: Ja, das ist ja auch mit den Substitutionsmitteln nicht so gut zu vereinbaren, aber für viele Klienten ist ja Alkohol irgendwie so: ja, das ist ja nicht illegal und genau, aber-

S: Ja, aber Beigebrauch, was ich immer ganz lustig finde...was heißt ganz lustig. Wenn ich Klienten frage, muss ich eigentlich den Begriff: „Wie sieht es eigentlich bei dir mit Beikonsum aus neben der Substitution?“, ich muss den immer erklären. Weil viele meinen natürlich, es ist nur der Gebrauch von illegalen Drogen die Rede. Aber wir meinen damit natürlich auch und insbesondere auch Benzodiazepine, Missbrauch von Medikamenten und den Alkohol und auch Cannabis. Wobei ich jetzt nicht die Hände über dem Kopf zusammenschlage, wenn mir jemand sagt: ich habe Beigebrauch mit Cannabis. Aber auch da, wenn der mir sagen würde ohne Cannabis komme ich gar nicht klar und ich kiff morgens, mittags, abends, würde ich auch gucken. Wie findest du das denn noch so, ist das so gut für dich?

I: Ja, und was schätzt Du wie viele deiner Klienten Beikonsum haben? Oder gibt es welche, die keinen Beikonsum haben?

S: Oh, da muss ich mal eben scharf überlegen. Warte mal. Das läuft ja das Ding, oder?

I: Ja.

S: Einfach nur mal so kurz- also ich glaube ich hab einen Klienten, den ich regelmäßig von der- Hörst du mich noch, hört mich das Ding noch meine ich?

I: Das weiß ich grad nicht, ich kann sonst aber auch rüberkommen.

S: Ja, doch, ich habe Leute ohne Beikonsum. Ich habe einen, den ich eigentlich regelmäßig immer von der PSB befreie. Der kommt aber alle drei Monate dann mal und erzählt, wie es ihm geht. Der hat tatsächlich auch keinen Beigebrauch mehr und ansonsten hab ich auch, ich hab aktuell 44 Klienten, ich hab zwei Cleaner aus Therapie, die jetzt in der Nachsorge sind. Allerdings ging es da nicht um Heroin. Und ich habe, sagen wir mal, 5-6% der Substituierten, die im Moment so komplett ohne Beikonsum sind. Also nicht mal ein Bierchen und auch nicht mal irgendwie einen Joint.

I: Ja, aber das ist dann auch noch so momentan oder sind die wirklich schon stetig, seit längerer Zeit?

S: Och, die sind dann schon stabil ohne Beikonsum.

I: Okay, ja.

S: Ich schätze dann auch aus dem Bauch heraus, ich glaub ich hab bestimmt aber auch 15% mit einem gefährlichen Beikonsum, zurzeit.

I: Okay und Deine Klienten, sprechen die immer offen mit dir über den Beikonsum? Oder gibt es manche, bei denen du das dann so herausfinden musst, irgendwie?

S: Keine Ahnung (lacht). Ich weiß ja nicht, ob das stimmt, was mir meine Klienten erzählen. Aber ich versuch das schon zu fördern. Das ist halt immer so das Ding, wir machen die PSB und der Arzt sitzt woanders und wir haben halt-, natürlich haben wir eine Kooperation mit dem Arzt. Aber ich sag meinen Klienten immer, ich werde hier nicht jeden Beigebrauch, den du mir erzählst, da werde ich nicht den Hörer in die Hand nehmen und sagen, Herr Doktor sowieso wissen Sie eigentlich, der hat am Monatsanfang Beigebrauch mit Heroin. Ich sag meinem Klienten, wenn es ganz gefährlich bei dir wird und ich das Gefühl hab du gefährdest dich selber und du hast das nicht mehr im Griff, dann versuch ich vorher noch mit dir zu sprechen. Aber wenn mir das nicht gelingt und ich dich nicht

erreiche, weil du vielleicht schon so drauf bist mit Beigebrauch, dass gar nichts mehr geht, aber dann würde ich auch den Arzt kontaktieren. Ansonsten ist das glaube ich etwas, was man so kultivieren muss, dass die Klienten einfach offen über ihren Beikonsum berichten.

I: Ja, aber es kommt jetzt nicht vor, dass-, weil die machen ja auch beim Arzt Urinkontrollen, dass der Arzt dann anruft und sagt, der und der hat Beikonsum, habe ich in der Urinkontrolle festgestellt.

S: In der Regel erlebe ich das ganz oft anders. Weil wenn wir die Rückmeldebögen von den Ärzten bekommen, ist bei fast allen Klienten angekreuzt „kein Beikonsum“. Und ich denk mir dann immer: Hatte der nicht letztens noch erzählt? Oder weiß es eben noch. Das ist auch irgendwie ein Dilemma, eine Schwierigkeit.

I: Ja, glaubst Du das ist manchmal sowas, was die Ärzte dann vielleicht nicht vertuschen, aber so denken: Das fällt so hinten rüber?

S: Ja, das vermute ich.

I: Ja und in welchen Situationen berichten die Klienten darüber? Also wann sind die besonders gefährdet?

S: Also da wo ich das weiß, dass die Klienten so Beigebrauch haben, der jetzt nicht, der irgendwie mit dem Leben gerade noch zu vereinbaren ist, also wo die mir nicht komplett wegbrechen und irgendwie nichts mehr auf die Kette kriegen, da thematisier ich das mit den Klienten auch eigentlich regelmäßig. Oder wir machen schon mal, ich biete schon mal an, dass man so eine Konsumreflexion machen kann oder ein Konsumtagebuch. Wo sie so mal gucken können, wie ist das eigentlich mit dem Alkoholbeikonsum. Viele benennen eigentlich auch oft von sich selber, ich habe- manche Klienten die sagen mir: das ist kein Problem, ich habe das im Griff mit dem Beikonsum. Ob es Alkohol ist oder eben der monatliche Heroinkonsum oder der Cannabiskonsum. Aber viele benennen eben auch: ich will das reduzieren, gerade bei Benzos und Alkohol sind sie glaube ich unzufrieden selber damit. Und da kann man ja dann schon mal gut versuchen dran zu arbeiten.

I: Ja, gibt es irgendwelche- Erzählen die Klienten dann: da und da habe ich dann immer besonders Suchtdruck und meine was nehmen zu müssen,

zum Beispiel wenn denen irgendetwas misslingt oder wenn die dann an der Platte vorbeigehen, dass sie dann wieder besonders-

S: Ja, ich glaub so die Szenebindung ist schon ganz wichtig. Dass viele bewusst sagen, ich halt mich vom Worringer Platz oder von der Platte fern, weil da werde ich angesprochen. Auch auf Drogen. Oder die auch sagen, so an der Substitutionspraxis, an bestimmten Substitutionspraxen ist das schwer, wenn man drauf angesprochen wird auf Substanzen. Sicherlich einfach, um so Belastungen abzubauen, dass sie so erzählen, dass sie dann konsumieren. Bei vielen aber auch, wo es so ein geregelter Beikonsum ist. Wo man eher schon so das Gefühl hat, das ist so ritualisiert. Die sagen auch irgendwie, ich merk da gar nichts mehr von aber ich brauch das einfach. Ich brauch so dieses Ritual mir abends ein Joint zu rauchen oder ich brauch das Ritual am Monatsanfang zwei-, dreimal Heroin zu spritzen, dann auch. Viele reden dann auch von dieser Spritzengeilheit. Und andere, ich weiß noch der eine Klient der erzählt mir immer: ich will einfach Urlaub von mir selber haben. Der hat sein Leben lang schon schwere psychische Probleme, so eine Selbstwertproblematik und Depressionen sicherlich. Und der sagt gar nicht, da kommen bestimmte Situationen und die überfordern mich und um damit klarzukommen, konsumier ich dann was. Sondern der funktioniert so in seiner Tages- und Wochenstruktur so, das hat der sich ganz gut aufgebaut. Aber am Monatsanfang brauch er einfach die zwei, drei Tage Urlaub von seiner eigenen Gefühlswelt.

I: Und wie reagierst Du dann darauf, wenn dir Klienten von ihrem Beikonsum erzählen? Und-, oder zieht das dann irgendwelche Konsequenzen mit sich? Du hast ja eben gesagt, eigentlich sprichst Du nicht mit dem Arzt darüber, nur wenn es gefährlich wird. Aber-

S: Es hat auf jeden Fall schon mal die Konsequenz, dass sie damit rechnen können dass ich das regelmäßig thematisiere. Das wenn sie dann einen Termin haben, dass das hier mit-, also neben den Bedürfnissen, die die so mitbringen, hier immer wieder Thema ist. Bis hin zu solchen Situationen, dass ich dann eben auch Entgiftungsbehandlungen thematisiere. Oder nochmal nach weiterführende Hilfen. Oder die Beratung vielleicht mit dem Arzt nochmal, nochmal versuche dazu zu motivieren. Weil dann vielleicht die Einstellung der Höhe des Substitutionsmittels ja auch nicht richtig ist. Entgiftungsbehandlungen, dann die Unterstützung sowas anzuleiern.

Ansonsten lass ich mir das glaube ich auch immer kontinuierlich sehr, sehr genau beschreiben und versuche einfach den Prozess oder dann eben- also viele Klienten sagen ja auch: ich will daran was ändern. Und dann ist einfach die Konsequenz, dass wir das auch regelmäßig besprechen und einige Klienten sind dann sicherlich auch in der Lage, sich so Ziele zu setzen. Zu sagen, wie sie den Konsum reduzieren wollen. Oder was jetzt als nächstes so ansteht. Und dann kommen sie aus der Nummer dann nicht mehr ganz raus.

I: Ja, und ist es dann- Du hast ja eben schon gesagt, es ist ein Unterschied, was genommen wird. Aber ist es dann auch unterschiedlich, wie Du reagierst in Bezug auf die Droge, die konsumiert wurde?

S: Versteh ich jetzt nicht. Sag nochmal.

I: Also Du hast ja eben gesagt, wenn die zum Beispiel THC genommen haben, dann würdest Du nicht die Hände über dem Kopf zusammenschlagen und sagen „oh meine Güte“. Und mit den Entgiftungen und so, wenn jetzt zum Beispiel einer immer nur THC konsumiert, würdest Du dann auch eine Entgiftung anleiern oder kommt das schon bei Dir auf die Droge an, was die konsumieren und so Sachen?

S: Es kommt schon auf die Gefährlichkeit des Beigebrauchs an. Und da würde ich, wie gesagt, bei einem Menschen der vielleicht eine, der da noch eine Zusatzdiagnose hat in Richtung Psychose oder paranoide Schizophrenie, kommt irgendwie der Cannabiskonsum auch irgendwann nicht gut. Der Probleme mit Depressionen hat und überhaupt keinen Antrieb mehr hat, auch da würde ich irgendwann wenn es, wenn einfach die gesamte Lebenssituation schwierig wäre, zu einer Entgiftung raten. Oder sogar zu einer Therapie. Wenn dann die Abdosierung von dem Substitutionsmittel- Ansonsten bin ich natürlich auch wirklich. Wenn der Alkoholkonsum zu groß wird oder Benzodiazepine, da sind ja auch einfach- Das kann ja dann auch irgendwann lebensgefährlich werden. Und da kann es auch schon mal sein, dass ich eine Frist setze. Dass ich entweder mit dem Arzt Kontakt aufnehme oder auch Fristen setze und sage, das kann ich so hier in der PSB nicht mehr mittragen. Letzte Konsequenz ist auch manchmal, aber vorher bewegt sich ja dann doch immer nochmal was, dass wir sagen: ich mach die PSB bei dir nicht mehr. Du kannst gerne weiter zur Beratung kommen, aber ich mach die unterstützende Begleitung

zur Substitution nicht mehr. Weil du absolut lebensgefährlich unterwegs bist mit deinem Beikonsum und dann sind wir da raus aus der Nummer.

I: Ja und dann müsste er sich entweder einen Neuen suchen oder vielleicht sagt dann der Arzt auch, ich mach das auch nicht mehr mit.

S: Genau, das ist so ein bisschen Druck erhöhen dann im Endeffekt irgendwann. Weil die sind freie, erwachsene Menschen, können tun und lassen letztlich was sie möchten. Aber das heißt nicht, dass wir das immer so komplett mitgehen.

I: Ja, genau und glaubst Du, dass Beikonsum auch komplett verhindert werden kann? Oder gehört das schon irgendwie dazu?

S: Schwierige Frage. Also ich sag mal, die Substitutionsmittel sollen natürlich irgendwie den Entzug wegmachen und auch den Suchtdruck wegmachen. Aber das macht die Sucht nicht weg, es macht die psychische Erkrankung der Sucht nicht weg, es macht die letzten 20 Jahre oder die Zukunft die bevorsteht nicht weg. Also dieses seelische Leid sag ich mal, ist damit irgendwie nicht weg. Und von daher gibt es immer so Phasen, wo Leute- Ich hab eine junge Frau, die hab ich so überhaupt mal in eine kontinuierliche Substitution begleiten können, die war vorher immer nur: Substitution, wieder drauf kommen, Entgiftung, Substitution. Alles immer nur so Zweimonatsgeschichten. Weil die dachte das alles schnell bewältigen zu müssen. Die hatte die erste Zeit, als sie substituiert wurde, war Beigebrauch gar kein Thema. Und jetzt sind so drei bis vier Jahre vergangen und jetzt wünscht die sich einfach auch mal wieder berauscht zu sein, weil sie eben süchtig ist.

I: Und die war dann jetzt aber vorher die ganze Zeit wirklich Beikonsum frei?

S: Genau, die war so zwei, drei Jahre wirklich frei von Beikonsum. Und dann fing es so langsam wieder an mit hier mal Heroin. Und dann eben auch irgendwann nochmal umgesattelt auf Alkohol und auf einmal regelmäßiger Alkoholkonsum. Und da schlägt dann irgendwann die Sucht dann doch nochmal zu. Schwierig.

I: Ja, also muss eigentlich viel mehr diese psychische Erkrankung behandelt werden, um auch Beikonsum reduzieren zu können oder in Griff zu bekommen? Oder vielleicht auch- Vielleicht kann man das auch gar nicht diese Erkrankungen so behandeln, ich weiß auch nicht.

S: Ist ja auch eine chronische Erkrankung, also ich glaub auch das ist schwierig. Also einfach nur die Medikamentenvergabe hilft vielleicht einigen.

I: Ja, und Du hast ja eben schon gesagt, ihr tauscht euch immer Ende des Monats aus mit dem Arzt. Und glaubst Du, dass das noch besser werden könnte mit dem Austausch?

S: Ja das ist hier immer-, also da gibt es ja verschiedene Konstrukte auch irgendwie zu. Ich find das halt immer- Wir haben hier alle- Ich habe immer so den Eindruck, die verschiedenen Ärzte mit denen wir zusammenarbeiten, und wir haben alle unterschiedliche, eine unterschiedliche Sichtweise von Suchterkrankungen. Der eine Arzt, für den ist Beikonsum okay. Und auch jemand der regelmäßigen Alkoholkonsum hat und da auch alkoholabhängig ist, also den sollte man auch nicht in eine Entgiftung zwingen. Die anderen Ärzte sind da super streng oder geben kein „take home“. Also einfach so diese Sicht von Suchterkrankungen oder auch die Akzeptanz von Suchterkrankungen, inwieweit Beigebrauch auch akzeptiert wird zum Beispiel. Und ist total unterschiedlich.

I: Okay. Also ist das auch von Arzt zu Arzt unterschiedlich, wie stark man da im Austausch steht oder nicht?

S: Ja. Wir haben ja jetzt so zwei Ärzte, die so ein Praxisprojekt-, wo eine Kollegin regelmäßig in der Praxis ist und auch regelmäßige Gespräche mit dem Klienten und dem Arzt führt über die Behandlung. Das läuft sehr gut. Aber die ist eben auch in der Praxis anwesend und das können wir natürlich nicht überall machen. Weil so viel Kapazität haben wir gar nicht. Und zwei Ärzte, die alle vier bis sechs Wochen in unsere Einrichtung kommen. Und wo wir uns dann austauschen über die Klienten, also wir so ein bisschen erzählen was Stand der Dinge ist. Und dann merkt man einfach, man merkt einfach dass wir größtenteils unterschiedliche Einstellungen zu den Menschen auch-, ich glaube das hat was mit Menschenbild zu tun-, und zur Suchterkrankungen haben. Es gibt viele Ärzte die zum Beispiel- Ich bin auch niemand- Meinetwegen dürfen meine Klienten ihr Leben lang weiter substituiert sein. Und ich krieg auch nicht die Krise bei jedem Beikonsum. Das ist deren Entscheidung, ich bin da schon sehr akzeptanzorientiert. Aber ich kenn zum Beispiel kaum einen Arzt, der etwas von Entwöhnungsbehandlung hält. Auch wenn mir auch klar ist, nach einer Therapie bleiben die evtl. nicht clean und die Erkrankung ist weg. Es

ist eine chronische Erkrankung. Aber es kann doch noch mal andere Erfahrungen mit sich bringen und eine andere Lebensqualität irgendwie bringen. Das ist so die medizinische und die sozialarbeiterische Sicht. Ich weiß auch nicht, das ist komisch.

I: Und glaubst Du es gäbe irgendwelche Sachen, die sich ändern könnten oder müssten, um die Klienten noch besser zu unterstützen bei der Entwöhnung? Wenn sie es überhaupt möchten? Manche Klienten möchten ja auch gar nicht frei vom Beikonsum werden.

S: Ja, da gibt es verschiedene Möglichkeiten. Um einfach mit und für unsere Klienten einfach, ich sag immer so ein bisschen Lebensqualität entwickeln zu können. Damit unsere Klienten auch die Möglichkeit haben, Lebensqualität für sich zu entwickeln und dann einfach eine stabilere Lebenssituation haben. Und natürlich der Druck, Drogen zu nehmen und abzuschalten und sich anders zu fühlen, abnimmt. Da könnte man viele Sachen überlegen. Von Tagesstrukturierungen, Freizeitangeboten bis hin zu Förderung von Selbsthilfe finde ich auch immer, dass die sich endlich mal für sich selber auch einsetzen und aus so einer Konsumhaltung quasi auch rauskommen. Da gibt es jede Menge ganz bunte Möglichkeiten, glaub ich.

I: Ist wahrscheinlich auch individuell für jeden Klienten. Weil oft braucht ja auch jeder was anderes. Also manche brauchen diese Freizeitangebote, manche vielleicht eher Struktur.

S: Therapie, ambulante Therapie. Oder sowas.

I: Genau. Und die nächste Frage ist jetzt, welche Herausforderungen Du als Sozialpädagogin auf die psychosoziale Betreuung zukommen siehst, wenn Beigebrauch nicht verhindert werden kann. Aber das hat sich ja im Gespräch eigentlich schon raus gestellt, dass es nicht verhindert werden kann. Und ob Du denkst, dass das dann ein fester Bestandteil der Substitutionstherapie wird. Ob das für Dich denkbar ist?

S: Ja, vielleicht, genau, ist für mich denkbar. Substituiert zu werden heißt nicht ich, bin frei von der Sucht oder frei vom Beikonsum. Ich glaube das muss man immer im Blick behalten. Was da vielleicht wichtig wäre, wäre, dass so der körperliche Aspekt nochmal ein bisschen mehr mitbehandelt wird. Es gibt ja viele Substitutions-, und da könnten natürlich Drogenberatung als auch Ärzte viel machen, habe ich jetzt grad so die Idee, da viele

Substitutionstherapien, die jetzt gar nicht so auf körperliche Symptome irgendwie achten.

I: Ja, und dass das vielleicht auch von- Du hast ja gerade gesagt du arbeitest sehr akzeptanzorientiert, und dass da Ärzte vielleicht auch mit einsteigen und sagen: gut, das ist ein Teil und man kann das nicht immer verhindern.

S: Ja genau. Manche Ärzte tun das schon und sind da ganz offen und sagen: ja gut, dann ist das so. Manche wollen es dann glaub ich eher nicht wissen, weil sie da eine andere Haltung zu hätten. Aber dann ständig alle Patienten in die Beikonsumentgiftung schicken müssten. Das würde ja auch nicht funktionieren. Oder eben keine Patienten hätten, wenn sie es wissen würden. Ich glaube das muss man schon als festen Bestandteil der Substitutionstherapie sehen. Was ich total wichtig finde ist dann halt irgendwie, ich würde unglaublich gerne Substituierte mit hohem Beigebrauch/Beikonsum die Möglichkeit geben-, oder wenn die die Möglichkeit hätten mit ihrem Substitut eine Entwöhnungsbehandlung zu machen. Aber eben nicht abdosieren müssten von der Substitution, sondern einfach wirklich nur den Beigebrauch in Griff bekommen könnten. Und das geht ja irgendwie noch gar nicht. Das finde ich total wichtig. Das steht irgendwann an, dass es eine Entwöhnungsbehandlung für Klienten gibt, die ihr Methadon behalten dürfen, ihr Subotex. Aber einfach sich ohne Beikonsum so was aufbauen können, dass es ihnen besser geht.

I: Okay. Hast Du sonst noch irgendwelche Anmerkungen, die Dir wichtig geworden sind?

S: Ich glaub ich habe schon genug geredet.

I: Okay, dann vielen Dank für das Gespräch!

S: Gerne, waren spannende Fragen.

I: Danke!

Interview Klient

I: Also, jetzt kommen Angaben zur Substitutionstherapie. Wie bist Du in das Substitutionsprogramm gekommen?

K: Ich bin in das Substitutionsprogramm gekommen aus dem Grunde, weil ich selber bei mir gemerkt habe, ich kann die Droge mit dem Beruf nicht mehr vereinbaren. Ich hab dann auch aufgehört mit der Arbeit. Hab dann direkt gekündigt, weil ich gesagt hab, ich hab ein Drogenproblem und das war bei mir- Das fing bei mir alles so 2004, ja genau 2004 fing das- Hab ich auch meine erste Entgiftung dann gemacht, weil ich einfach gemerkt hab in den 4 Jahren wo ich mir, von 99 bis vier, bis 2004 angefangen habe, dass ich wirklich ein Heroinproblem habe. Weil es kam bei mir so sporadisch. Ich habe immer am Anfang noch einmal die Woche, und dann zwei-, dreimal die Woche und dann schon wieder fast täglich und irgendwann hab ich gemerkt, dass ich abhängig war. So fing das bei mir also an, also so immer Zeit, immer langsam in einer Zeit von vier Jahren.

I: Ja und dann bist Du 2004 in die Entgiftung gegangen und hast dann deinen Job-

K: Gekündigt richtig. Dann habe ich 2004, war ich in Bedburg-Hau, zum ersten Mal in meiner Entgiftung. Das weiß ich nämlich noch, genau und wie gesagt, so kann man das sagen.

I: Und dann bist Du anschließend in die Substitution gekommen, also nach der Entgiftung?

K: Warte mal, wie war das jetzt 2004? Und zwar, ich hab, genau, ich hab glaub ich zuerst entgiftet, dann, genau, dann war ich in der Entgiftung und dann nachher, ja doch kann man sagen 2004 war ich im Programm, kann man sagen, beim, sogar beim G. Jetzt erinnere ich mich nämlich genau, das war beim G.

I: Ja und seitdem wirst Du- Also hattest du dazwischen nochmal eine Pause in der Substitution? Oder bist Du seitdem durchgehend-

K: Ja, ich hatte noch eine Pause, ich hatte noch eine Pause in der Substitution, und zwar, das müsste gewesen sein- Ich glaub zwei Jahre, hatte ich glaub ich gar keine Entgiftung. Ich mein gar keine Substitution, weil ich bin nämlich rückfällig geworden nachdem, nach der Therapie. Das weiß ich nämlich noch 2004 und fünf, weil ich hatte nämlich zwei, drei Therapien gemacht und hab die nicht abgeschlossen. Ich war in Köln-

Worringen, in Köln war ich, das weiß ich nämlich noch und da hat es also nicht geklappt. Und deshalb bin ich auch rückfällig geworden, nach der Therapie. Und- dann war ich nämlich beim G. von-, bis 2006 und dann bin ich nochmal in die Therapie gegangen 2008, jetzt hab ich es. 2008 und dann war ich drei Jahre sauber, hab nichts genommen und das war-, 2000, warte mal eben 2000, fünf, sechs, sieben, sieben, 11. 2011 und seitdem bin ich wieder im Programm. Ja, so ist das bei mir gewesen.

I: Ok und dann bist Du jetzt seit 2011 bis heute durchgehend im Programm?

K: Ja genau. Und zwar kannst Du sagen, ich war von 2011 und 2012 auf der R. Straße bei einem. Bei dem Doktor L. und P. war ich, weil ich da direkt gearbeitet habe. Das war immer hervorragend. Ich hab-, bin morgens immer zum ab schlucken, weil die Arbeit um die Ecke war. Und danach direkt zur Arbeit gegangen. Genau da war ich beim P. und dann bin ich seid, beim H. wo ich heute bin, bin ich eigentlich erst seit 2 Jahren.

I: Aber der Übergang vom P. zum H., das war fließend, also dazwischen hattest Du keine Pause?

K: Ja das war fließend. Weil ich hab auch gemerkt, das Programm gibt mir Sicherheit. Weil das Programm, das ist eigentlich das Schöne, weil ich weiß genau, wenn ich mal nasche, ich kann das mit meinem Suboxone wieder auffangen und hab keinen Turkey. Und das ist eigentlich das Schöne, das gibt mir Sicherheit das Programm. Das ich nicht immer renne, renne, das ist eigentlich das Schöne am Programm.

I: Ja, genau Du wirst dann mit Suboxone substituiert?

K: Substituiert, richtig. Muss also gelutscht werden. Und das muss dann, auf den Schleimhäuten muss das dann, und dann dockt es eben anstatt des Heroins an die Rezeptoren an. Und deshalb hat man also auch keinen Turkey.

I: Ja, und wie viel Milligramm bekommst Du dann?

K: Acht.

I: Acht?

K: Ich hab aber glaube ich angefangen, mit 12 und habe mich dann immer so mit der Zeit so ein bisschen runterdosieren lassen. Weil ich auch clean war,

hab immer saubere UKs abgegeben. Und jetzt bin ich auf acht und ich komm auch gut damit klar.

I: Okay also würdest Du sagen, die Menge ist für dich ausreichend?

K: Richtig, zurzeit noch. Aber ich möchte natürlich irgendwann auch mal raus aus dem Programm. Das ist auch natürlich ein Wunsch von mir.

I: Und würdest Du dann auch sagen, dass das so das Substitutionsmittel ist, was Dir am besten hilft?

K: Ja, ich kann Dir auch sagen warum. Und zwar ist es so, wenn du jetzt zum Beispiel dieses Polamidon und Methadon nimmst, hast du ganz starke Schweißausbrüche. Ach ich hab glaub ich einmal kurz sogar Methadon bekommen, fällt mir jetzt grade ein-, Entschuldigung, und zwar war ich da in Wesseling, in Köln, und zwar war das so, dann hab ich glaub ich irgendwie immer zwei oder drei Gramm und hab mich damals auch, was selten vorkommt in der Therapie, auf null runterdosieren lassen. Und ich war am Schwitzen wegen diesem-, weil man tut glaub ich dieses ganze Methadon immer dann ausschwitzen. Wenn du in der Küche arbeitest, das ist sehr, sehr unhygienisch. Weil du schwitzt und das hat mir also überhaupt nicht- und deshalb bin ich eigentlich auch wegen diesem- und du bist auch immer müde von diesem Methadon und Polamidon. Und deshalb bin ich eigentlich auf dieses Suboxone gekommen. Aber man kann Suboxone nur nehmen, wenn du relativ wenig Heroin konsumiert hast. Wenn du jetzt immer fünf oder sechs Gramm-, dann musst du dieses Pola und Metha nehmen, weil das kann das auffangen. Dieses Suboxone und Subotex kann das nur auffangen, wenn du kleine Mengen von, ich sag mal, einem Gramm bis anderthalb genommen hast oder maximal zwei. Dann können die noch sagen, können wir es damit auffangen. Aber wenn du wirklich viel genommen hast, dann ist es besser Methadon oder Polamidon zu nehmen als Substitution

I: Okay, ja, aber dann hast Du das mal kurz bekommen, aber das wäre-, würdest Du jetzt im Nachhinein auch sagen, wäre Garnichts für Dich?

K: Richtig, ich bleib bei meinem Suboxone. Weil das eben ein Kuschelentzug ist. Ich hab kein- Ich bin nicht müde, ich bin fitter, viel, viel fitter und so. Das ist das Schöne daran.

I: Ja, genau, dann kommen wir jetzt zum Beigebrauch oder Beikonsum.

K: Ja, erzähl.

I: Wann-, also ab wann hat das bei Dir angefangen dass du-, also nebenbei konsumiert hast? Oder war das von Anfang an?

K: War von Anfang an, kann ich dir sagen-, doch.

I: Ja und was konsumierst Du-, also seitdem Du in Substitution bist, was konsumierst Du da? Also auch Alkohol gehört ja auch mit zum Beikonsum.

K: Polytoxikomanie, sagt Dir das was? Polytoxikomane?

I: Nein

K: Und zwar Polytoxikomane oder Polytoxikomanie heißt, wenn man die Drogen mischt. Wenn du zum Beispiel jetzt Haschisch mit Alkohol und Heroin nimmst. Und, ja, ich hab auch ein bisschen das, also ich hab-, ich muss zugeben ich rauche, wenn ich sag ich jetzt mal Heroin nehme, dann kiffe ich auch und ich muss sagen, ich trink auch manchmal Alkohol. Aber abends trink ich immer gerne zum Schlafengehen so meine ein, zwei Bierchen.

I: Okay.

K: Aber ich bin jetzt nicht einer, der irgendwie immer besoffen ist oder so gar nicht. Also-, und ich bin also auch polytoxikoman. Also das ist eigentlich nur dieses mixen von verschiedenen Drogen.

I: Also wenn Du dann mal Beigebrauch hast, dann hast Du, also dann rauchst Du dir ein Blech und dann-

K: Richtig direkt alles, richtig dann rauch ich mir auch, dann kiffe ich, dann bleche ich, dann alles.

I: Ja, okay.

K: Es ist aber dann auch dieser Kick, alles zusammen. Das ist dann eben auch was mir leider auch-, dann leider gefällt.

I: Okay, dann hat sich die nächste Frage auch schon erübrigt, aus welchen Gründen konsumierst Du andere Drogen während der Substitution? Weil es dir einfach gefällt?

K: Genau, ja, genau. Weil es mir gefällt. Eigentlich sollte es das nicht, aber naja, leider.

I: Aber ab wann würdest Du selber sagen, dass du Beikonsum hast? Also Du hast ja grade gesagt, ein, zwei Bier abends vor dem Schlafengehen. Würdest Du die für dich schon dazu zählen, zum Beikonsum? Oder ist das für Dich erst-

K: Nein, das ist- also Beikonsum fängt für mich an, wenn ich wirklich jeden Tag Heroin nehmen würde. Dann würde ich sagen- Dann würde ich auch gar nicht mehr ins Programm gehen. Dann würde ich sagen, ich konsumier nur noch und da ist es eben so, dass du eben dann- dass du dann auch mit der Dosis- Du brauchst dann immer mehr, weil Heroin irgendwie nicht satt macht im Kopf. Und du kannst dann immer mehr rauchen und dir geht's dann zwar gut, aber nach ein paar Stunden geht es dir wieder so schlecht. Deshalb find ich ist eigentlich dieses Programm eigentlich für mich eine Art Sicherheit. Weil ich dann eben- weil es mir dann eben wieder gut geht. Ich hab, wenn es mir wirklich sowas von dreckig geht und ich schluck meine Tablette, innerhalb von 2 Minuten, als ob nichts passiert wäre, das ist unglaublich. Also nichts, ist alles weg. Mir geht es richtig gut dann, das ist unglaublich. Und so schnell auch, geht richtig schnell.

I: Würdest Du jetzt selber sagen, dass Du an sich so gar keinen Beikonsum hast? Dass die paar Male, wo du es machst, eigentlich nicht der Rede wert sind?

K: Nein, das ist der Rede wert. Jeder Konsum ist der Rede wert, finde ich. Und ich habe Beikonsum. Ja, kann man sagen.

I: Aber Du würdest jetzt nicht ein Bier abends dazu zählen?

K: Doch würde ich auch, würde ich auch. Würde ich auch auf jeden Fall.

I: Okay, und wenn Du dann Beikonsum hast, sprichst du da offen drüber? Also mit deinem psychosozialen Betreuer?

K: Ja.

I: Oder mit dem Arzt?

K: Ja also es ist so, ja und nein. Also es ist so, ich hab auch schon mal-, Ich hatte zwar einmal den Fall, da musste ich eine UK abgeben und ich hab mir gedacht: „mein Gott Junge, Du hast gestern was genommen“ und dann hab ich gesagt, „passen Sie auf Herr H., ich hab was genommen“. Und dann meint er: „Ist doch okay, gut dass Sie es gesagt haben“. Weil die

sparen ja auch Geld. Die müssen ja immer dieses Ding da nehmen, wo du reintunken musst. Und ich sag mal so, logisch, die Leute würden natürlich nicht zum H. sagen dass sie was genommen haben. Das wär- Das macht keiner, das wär auch doof. Aber ich sag jetzt mal so, man sollte es eigentlich, wenn man ein reines Gewissen hat, dem Arzt sagen, ich hab was genommen. Würde ich schon sagen. Besser ist das. Aber die Leute sagen es eigentlich nicht, weil es ist eben Sucht, das ist eben das doofe. Sucht ist Sucht.

I: Aber wenn Du jetzt nicht das mit der UK hättest, dann würdest Du nicht offen mit dem Dr. H. darüber sprechen?

K: Nee, würde ich nicht.

I: Okay und mit deinem psychosozialen Betreuer?

K: Dem würde ich es sagen, weil das irgendwie eben nicht der Doktor ist. Es ist eben eine andere Bezugsperson in der Hinsicht.

I: Also wenn Du in der PSB bist, dann sagst du das auch immer, ich hab nochmal konsumiert?

K: Ja, hab ich ihm immer gesagt, das weiß der psychosoziale Betreuer auch. Bin ich auch stolz drauf, weil viele sagen das auch nicht und ich denk immer so, dafür ist die PSB ja auch gedacht. Wenn du wirklich Probleme mit Drogen hast, dass du auch dringend mit den Leuten darüber reden sollst. Weil ich denk mal so, selber kann man sich nicht-, hat man einfach nicht die Logik für. Weil die Leute haben ja auch ein bisschen Ahnung, die Sozialarbeiter, die wissen ja auch von was sie sprechen. Deshalb finde ich es eigentlich besser, wenn man es denen auch sagt. Und die Leute-, ich merk auch beim H. sind wenig Leute, die auch oft zur PSB gehen. Die haben gar keinen Bock darauf, weil vielleicht ist es so bei Junkies, können auch schwer Struktur haben. Also die leben in den Tag. Und ich mein, ich bin ja arbeiten, was ja auch eine Ausnahme ist bei Junkies eigentlich. Aber ich bin eben zuverlässig und die meisten Junkies sind unzuverlässig und deshalb klappt die PSB nicht. Die machen Termine und die Leute erscheinen nicht. Das ist eben das Problem bei der PSB, leider. Ist damit Deine Frage beantwortet?

I: Ja, und wenn Du mit deinem psychosozialen Betreuer darüber sprichst, was sind so die Erfahrungen? Wie reagiert der darauf?

K: Er gibt mir sehr, sehr gute Tipps und das finde ich gut. Er sagt mir, versuch es mal so und so. Zum Beispiel, wir hatten jetzt das-, jetzt am Mittwoch hatte ich noch ein Gespräch. Da hat er zu mir gesagt, ich so „ja ich hab ein bisschen mehr Probleme mit Heroin“, sagt er „ja dann versuch es doch mal weniger zu kiffen damit du weniger Lust auf Heroin hast“. Weil er hat zu mir gesagt, wenn ich jetzt das Kiffen reduzieren würde dann würde ich auch nicht so schnell Lust auf Heroin bekommen. Und das will ich mal ausprobieren. Das sind also gute Tipps, die der psychosoziale Betreuer mir geben kann.

I: Okay. Also sind das auch so die Reaktionen, die Du dir wünschst von Deinem psychosozialen Betreuer?

K: Ja richtig, genau. Ja logisch, natürlich.

I: Du hast ja grade gesagt, wenn Du viel kiffst dann bist du eher verführt dazu, zu konsumieren. Gibt es noch irgendwelche andere Situationen, in denen Du verführt bist, zu konsumieren?

K: Ja, ich glaub schon. Ich hab das bei mir selber manchmal gemerkt, wenn ich Heroin genommen habe-, merke ich an mir dass ich sehr, sehr schnell von null auf 100-, also ich bin dann wirklich super schnell aggressiv. Was eigentlich auch normalerweise nicht meine Art ist und- Wie war die Frage nochmal?

I: In welchen Situationen Du besonders verführt bist zu konsumieren?

K: Ja und irgendwie- Wenn mir irgendwie- Wenn mir manchmal was misslingt, schieße ich hol mir jetzt was. Das ist dann irgendwie so eine Art, so eine Trotzreaktion manchmal oder ich hab Suchtdruck. Also Suchtdruck besteht darin, dass du irgendwie an dieses Zeug denkst. Und sollst du jetzt und dann denkst du, sollst du jetzt dir was holen, sollst du dir nichts holen. Und dann hast du dieses Kopfkino und der Suchtdruck wird dann größer. Suchtdruck ist eigentlich das wenn die Leute, also die im Kopf diese Lust haben, was zu nehmen. Das ist also Suchtdruck und man kann eigentlich fast dagegen-, man muss sich versuchen abzulenken. Aber das ist natürlich verdammt schwer, weil ich bin alleine. Ich bin Single und dann ist das manchmal nicht so leicht, alleine zu sein.

I: Also ist es, wenn Du dann alleine zuhause bist, dass Du dann-

K: Genau, dann ist es die Einsamkeit manchmal dann denkst du „ach komm“ oder dir misslingt irgendwas „ach komm jetzt hol ich mir was“. So aus-, so als vielleicht Belohnungssystem, wenn dir das was sagt. So ein bisschen vielleicht. Dann geht es mir wieder, denk ich, geht es mir vielleicht besser wenn ich was genommen habe. Obwohl das eigentlich völliger Schwachsinn ist.

I: Aber dass Du so Trigger hast, wenn du zum Beispiel an der Platte vorbei gehst oder irgendwas, dass Du dann -

K: Nein.

I: Das hast Du gar nicht?

K: Hab ich nicht. Ich hab es sogar einmal gemacht, da war ich in der Therapie und hab gedacht, jetzt probierst du es mal aus, den Weg zur Platte. Und hab mir nichts geholt. Ich hab nur mit den Leuten geredet und hab mir nichts geholt, weil ich auch nichts holen wollte. Also ich hab eigentlich selten auch das, wenn ich sage „du ich geh zur Platte“, dann hol ich mir auch was. Also ich geh jetzt nicht zur Platte, nur um mit den Leuten zu quatschen, entweder oder, sag ich mir dann.

I: Okay und bevor Du konsumierst, wie fühlst du Dich davor? Bevor du dir das holst, bist Du angespannt?

K: Ja, ich bin ein bisschen angespannt. Weil ich nicht weiß, was ich bekomme. Das ist das Ungewisse, bekommst du gutes, bekommst du schlechtes Zeug. Und, Vorfreude will ich das nicht nennen, aber ja doch vielleicht Vorfreude ein bisschen. Doch, hat man doch. Weil man weiß, dann geht es einem ja eigentlich dann gut. Man hat diesen Kick. Ich bin vielleicht ein Konsument, ich brauch meinen Kick pro Tag. Deshalb Kiffe ich auch, weil ich eben einmal diesen Kick brauche bei mir, leider.

I: Ja und wie fühlst Du dich dann, nachdem Du konsumiert hast? Also-

K: Ja ich sag mal so: Reue kommt da eigentlich nicht so oft auf. Dass ich mir sage, warum haste das jetzt gemacht. Manchmal, ja doch, manchmal hab ich das auch, dass ich mir irgendwie sage, scheiße hättest du dir doch nichts geholt. Dann verfluch ich das Zeug manchmal sogar, aber das ist ja nur für den Moment. Am nächsten Tag denk ich vielleicht ganz anders und sag: schade, warum kannst du dir nicht wieder was holen. Und zurzeit bin ich also auch- und zurzeit versuch ich mich wirklich am Riemen zu reißen

und sag so, jetzt holst du dir heute nichts. Das muss ich mir wirklich-, da standhaft bleiben. Weil ich hab in letzter Zeit-, bekomme ich immer nach der Arbeit manchmal Suchtdruck. Aber ich hab gesagt, komm fahr nach Hause ist das Beste was du machen kannst. Um mich selber auch zu schützen eben. Weil ist ja auch eine Sache des Geldes. Ich mein sind zwar nur zehn Euro, aber das summiert sich.

I: Ja das stimmt. Ja und kennst Du in Düsseldorf halt Angebote, die Dir eine Stütze sind deinen, also den Konsum zu reduzieren? Oder, also dann wenn du sagst, nach der Arbeit Du denkst darüber nach, dann zu sagen, ich hol jetzt doch nichts?

K: Abstinenz?

I: Genau, dass Du es dann einfach sein lässt.

K: Ja, genau. Das habe ich auch. Aber Du fragst jetzt nach einer Institution die es gibt?

I: Ja oder vielleicht auch sowas -

K: So Freunde die, einem da helfen können meinst Du?

I: Ja oder Angebote von irgendwelchen Einrichtungen wie jetzt das Kochangebot oder sowas?

K: Ich wüsste nur die Drogenberatungsstelle, wo ich hingehen würde oder vielleicht-, es gibt auch so ein Drogentelefon von der Stadt Düsseldorf. Aber ich glaub, da würde ich glaub ich nicht anrufen. Also ich glaub, weil ich glaub, es ist ja auch so, viele Leute haben ja auch gar nicht den Mut, das überhaupt jemandem zu sagen. Über ihre Drogenproblem zu sprechen. Am Anfang war das bei mir auch so. Ich wollte mit keinem darüber reden. Es sollte keiner wissen. Weil mir war das auch ein bisschen peinlich, dass ich überhaupt drogenabhängig geworden bin. Also das war bei mir am Anfang auch so, es ist also nicht leicht mit jemand darüber zu reden, weil es dir nicht recht ist. Es ist ja eben nichts Schönes, sag ich jetzt mal.

I: Ja aber Du suchst dann nicht irgendwelche Angebote auf oder irgendwas anderes?

K: Nein, gar nicht. Weil ich auch gar keine kenne, davon abgesehen.

I: Ja, also nur die Drogenberatungsstelle?

K: Richtig, genau.

I: Und was würde Dir noch einfallen, was dir helfen würde, neben Deinem psychosozialen -

K: Nicht zu konsumieren?

I: Ja, genau. Was Dein psychosozialer Betreuer machen könnte ,oder Dein Arzt?

K: Um mir besser zu helfen?

I: Ja, gibt es da was, Möglichkeiten, Angebote, die du Dir wünschen würdest?

K: Ach so, in der Hinsicht. So von der Stadt aus?

I: Ja oder auch was mit Deinem psychosozialen Betreuer zusammen?

K: Also ich finde das, ich find das Kochen ist was. Ist eine super Sache, das Kochen.

I: Das Kochen?

K: Also sowas, von sowas, ja, mit das Schöne ist- Was auch schade ist, es gibt die Angebote, aber die Leute nutzen es nicht. Man tut sich den Mund quasselig reden und die Leute haben keinen Bock. Ist schade drum. Weil ich glaub auch, es gibt Angebote, aber die Leute haben keinen Bock, das ist es eben, die Leute wollen das nicht. Warum weiß ich auch nicht. Sich nicht helfen zu lassen. Ist eigentlich schade drum. Also ich find das klasse, dass es überhaupt dieses Kochen hier gibt und toll. Schade das es also -

I: Aber sowas gibt es sonst nicht?

K: Nee, wüsste ich nicht. Wüsste ich jetzt nicht oder vielleicht mal ein paar sportliche-, also dass Leute, dass man eine Sporthalle für einen Abend mietet oder so mit ein paar Leuten.

I: Und da dann einfach Volleyball spielt oder so?

K: Ja, genau, sowas. Das kenn ich nicht, also wüsste ich jetzt nicht, dass es sowas gibt. Aber wäre natürlich nicht schlecht. Aber man muss auch Leute finden. Weil ich glaub, die Junkies sind eben auf ihre Junk, Junk. Die sind dann nur zu Hause und konsumieren oder verticken. Die-, wo sie dann dem sie dann nachgehen. Und ich sag mal, so du hast ja auch so Leute, die eben dann verticken und die Käufer. Ud ich find manchmal ist es so, dass

die Verkäufer wirklich dann schon so arrogant sind. Und dann wirklich denken, sie sind was Besseres, nur weil sie das Zeug verkaufen, denken die natürlich sie seien was Besseres. Das denk ich auch manchmal, dass das eine Arroganz schon wär, nur weil sie das Zeug verkaufen, das muss nicht sein, finde ich.

- I: Ja aber wenn es so Angebote geben würde, meinst Du, würde Dir das schon mehr helfen und würdest Du es nutzen?
- K: Ja, auf jeden Fall. Ja klar würde ich das nutzen, weil ich denk mal, solange ich nicht zuhause bin, weil mein zuhause ist ja eben, ist ja eben dieser Punkt. Wo ich auch nur konsumiere. Ich konsumiere nicht auf der Straße oder so. Ich konsumiere nur bei mir zuhause. Ich hab also nur meine Wohnung, wo ich konsumiere. Ich geh also nicht in den Druckraum oder so, gar nicht. Ich mach das nur bei mir zu Hause, ist ebenso. Weil ich eben auch Single bin, sag ich jetzt mal. Ich glaube wenn ich eine Freundin hätte, würde es mir glaub ich-, bei mir bestimmt einfacher auch gehen, glaub ich. Aber das ist ja nicht die Frage.
- I: Ja, aber wenn auch so-, sagen wir jetzt mal, der psychosoziale Betreuer würde mit Dir abends noch so Freizeitprogramm machen. Zum Beispiel mit Dir ins Kino gehen oder sowas? Das könnte Dir -
- K: Das würde ich nutzen, auf jeden Fall. Na klar, logisch. Ich sag mal so, es kommt drauf an, weil guck mal, ich mein, wenn du jetzt zum Beispiel ein Pärchen hast, die würden wahrscheinlich anders reagieren als so einzelne Personen. Also das kommt auch auf den Typ individuell an.
- I: Ja, aber Du für dich, Du würdest sagen, dass du das auf jeden Fall nutzen würdest?
- K: Ich würde es nutzen, ja natürlich. Weil ich bin ja auch zuverlässig. Weil ich würde wetten wenn es-, es gibt so viele Angebote, die könnte-, kann die Stadt auch machen. Aber die Leute kommen nicht, weil die noch in ihrem Drogensuff lieber Drogen nehmen als dass sie dahin kommen, vermute ich jetzt mal.
- I: Ja. Aber glaubst Du, würde es Angebote geben wo, also, wenn es sowas geben würde, eine für jeden Tag. Glaubst du, dass es dann auch möglich wäre Deinen Konsum komplett aufzugeben?

- K: Ja, dann schon. Weil ich glaub, bei mir ist es oft die Langeweile die dann eben dazu sagt, komm ich hab nichts vor, komm renn ich mal, hol ich mir was. Auf jeden Fall, weil ich brauch vielleicht Aufgaben, um mich davon abzulenken. Nichts zu nehmen. Aber wie gesagt, das ist eben auf jeden Typen individuell zugeschnitten, man kann das nicht verallgemeinern glaube ich.
- I: Ja und wie würdest Du sagen, soll Deiner Meinung nach mit Beigebrauch oder Beikonsum umgegangen werden? Also auch von Ärzten aus?
- K: Also ich find es eigentlich, zum Beispiel ich weiß noch da war ich beim P. auf der R. Straße. Da war es so, wenn die Leute abgepustet haben und die waren positiv, die haben nichts bekommen beim abschlucken. Das ist hart. Aber ich sag mir, vielleicht ist es auch gar nicht schlecht für die Leute. Andererseits ist es so, wenn die Leute nichts vom Arzt kriegen holen sie sich auf jeden Fall Heroin. Also das ist immer so ein zweischneidiges Schwert, glaube ich jetzt. Weil ich denk mal, wenn die Leute vielleicht noch härter rangenommen werden würden, sie vielleicht auch mehr nehmen. Also ich finde so wie es jetzt ist sollte es auch bleiben. Weil der H. macht ungefähr, sagen wir mal einmal im Monat, vielleicht mal eine Massen-UK. Und dann immer nur einzeln die Leute. Das finde ich auch besser, so sollte es auch bleiben, finde ich.
- I: Ja, okay und gibt es sonst noch irgendwas was du gerne -
- K: Ändern würdest?
- I: Ja, oder was du jetzt im Laufe des Interviews, was Du gerne loswerden möchtest, was dir noch eingefallen ist?
- K: Nein, wüsste ich nicht. Wüsste ich nichts.
- I: Gut, dann war es das schon und -
- K: Echt so kurz?
- I: Vielen Dank für deine Offenheit!
- K: Ja, habe ich gerne gemacht, logisch.

Interview Klientin

I: Wie bist Du in das Substitutionsprogramm gekommen?

K: Über einen Substituierten- Ich bin zum Arzt gegangen.

I: Also das hat sich quasi- Hast Du mit jemandem gesprochen, der auch schon im Substitutionsprogramm war und der hat Dich dann mitgenommen und Dir das gesagt?

K: Ja irgendwie wusste ich das, dass es da eine Möglichkeit gibt.

I: Und wie lange wirst Du jetzt substituiert?

K: Mit Unterbrechungen. Jetzt bin ich substituiert, ich glaube seit 2012 wieder, vielleicht auch schon eher. Ich war clean, also auch ohne Substitution, bis 2008. Von 2004 bis 2008, ja genau. Und dann bin ich höchstwahrscheinlich eher, wahrscheinlich schon 2010, in das Programm wieder zurückgegangen.

I: Okay. Und das war dann aber von 2010 bis jetzt durchgehend und davor hattest Du dann ab und zu mal Pausen?

K: Nein, das war dann schon durchgehend.

I: Okay. Ja und mit welchem Medikament wirst Du substituiert?

K: Jetzt mit Polamidon-, Ich bin irgendwie noch nicht wach.

I: Alles gut.

K: Jetzt mit Polamidon und davor mit Methadon und auch mal eine Zeit lang mit Subutex.

I: Okay und mit wie viel Milligramm wirst Du momentan substituiert?

K: 20 Pola.

I: 20. Und denkst Du die Menge ist für dich ausreichend?

K: Die ist gut für mich die Menge, ja das reicht.

I: Und Du hast ja grade gesagt, Du wurdest auch schon mal mit Methadon und Subutex substituiert. Und glaubst Du, dass jetzt das Polamidon für Dich das richtige ist? Oder glaubst Du, ein anderes würde dir besser helfen? Ein anderes Substitutionsmittel?

K: Nein, ich glaub schon dass-, das das Richtige ist.

I: Das ist das Richtige, okay. Und wann hat das bei Dir angefangen, dass du Beikonsum hattest während der Substitution? Oder war das von Anfang an?

K: Das war von Anfang an.

I: Und welche Drogen konsumierst du nebenbei, also Alkohol mit inbegriffen?

K: Im Moment so gut wie keinen Alkohol, aber Speed.

I: Speed?

K: Ja, also ich habe früher immer Heroin Beikonsum gehabt. Ganz früher auch Alkohol, Heroin und Tabletten. Und jetzt eben dieses Speed.

I: Okay und das ist jetzt weniger geworden? Also war das dann, als Du am Anfang substituiert wurdest, dass das dann alles Mögliche war und ist jetzt einfach weniger geworden?

K: Ja.

I: Okay und aus welchen Gründen konsumierst Du andere Drogen? Also gibt es da bestimmte Gründe?

K: Ich weiß nicht, irgendwie befriedigt mich das nicht voll mit dem Polamidon. Da fehlt noch was.

I: Aber bei den anderen, wie war das bei den anderen Substitutionsmitteln? Da hattest Du das auch?

K: Ja, genau.

I: Aber da war das für Dich noch unbefriedigender?

K: Ja es ist auch so, dass wenn ich jetzt Heroin nehmen würde, hätte es gar keine Wirkung. Weil durch das Polamidon sind die Rezeptoren und alles schon so besetzt, dass das Heroin gar nicht mehr wirkt. Und die Qualität ist so schlecht.

I: Ja und das war beim Methadon dann zum Beispiel anders, dass Du da-?

K: Ja, zumindest habe ich gemeint, ich würde dann eine Wirkung spüren.

I: Ja und ab wann würdest Du von dir selber sagen, dass du Beikonsum hast? Also würdest du dann, wenn Du Bier trinkst, schon sagen ich hab jetzt Beikonsum. Oder fängt das bei Dir erst woanders an?

K: Nein, ich bin auch jahrelang zu einer Selbsthilfegruppe gegangen. Also bei mir ist Beikonsum auch ein Schnaps oder ein Bier. Beikonsum ist Beikonsum.

I: Ja und mit wem sprichst Du offen über deinen Beikonsum?

K: Ja mit meiner Sozialarbeiterin und mit ein, zwei Freunden.

I: Okay und was sind so Deine Erfahrungen? Wie reagieren die Leute dann auf das Thema?

K: Ich spreche eigentlich gar nicht mehr mit nichtsüchtigen über das Thema. Weil in der Regel, also außer ein paar wenigen Sozialarbeitern, haben die Leute überhaupt keine Ahnung davon wie Sucht ist. Wie sich das anfühlt und warum man das macht.

I: Ja aber wenn Du mit deinem Sozialarbeiter da drüber sprichst, dann fühlst Du dich da-, Also sind das schon so die Reaktionen, die da kommen, die Du dir auch wünschen würdest? Also hilft dir das, darüber dann zu sprechen?

K: Ja, ich fühle mich da überwiegend schon verstanden.

I: Und gibt es da dann auch irgendwelche Hilfen? Also, dass dir Ratschläge gegeben werden, wie Du das vielleicht besser in den Griff bekommen kannst, oder-?

K: Ja, Ratschläge nicht. Es ist eigentlich eher so eine permanente Erinnerung, dass ich eigentlich lieber Beikonsum- und auch Substitutionsfrei leben würde. Ja das ist immer wieder so eine Erinnerung da dran, wo ich eigentlich hin will.

I: Ach so, okay. Und mit Deinem Arzt zum Beispiel würdest Du aber nicht da drüber sprechen?

K: Doch, den habe ich vergessen. Mein-, Also jetzt nicht der Substitutionsarzt sondern-, ich habe seit Jahren den gleichen Internisten und zu dem habe ich auch Vertrauen. Und der weiß auch, wie viel ich konsumiere und dass ich Beikonsum habe.

I: Und wie reagiert der Arzt darauf?

K: Der sagt, Sie sind halt ein Suchtblöde und der hätte es auch lieber anders. Aber was soll man machen?

- I: Aber der ist Dir da auch eine Stütze, so eine Erinnerungsstütze wie Du eben gesagt hast?
- K: Ja, er beschränkt sich überwiegend auf das medizinische, was ich mit ihm zu tun habe. Und registriert das einfach nur, wenn ich Beikonsum habe oder dass ich Beikonsum habe und er wertet das nicht. Und das finde ich auch ganz gut.
- I: Aber mit dem Substitutionsarzt würdest Du nicht darüber sprechen?
- K: Die Substitutionsärzte, ja die wissen ja alle, dass wir in Substitution sind. Die wissen auch, dass fast alle Patienten Beikonsum haben. Da gibt es nicht viel zu reden.
- I: Also ist das überhaupt auch gar nicht wünschenswert, da mit dem Arzt irgendwie offener drüber reden zu können?
- K: Ja, ich glaube nicht dass einem- Wenn man nicht selber die Initiative ergreift und irgendwie sich auf den Weg begibt, irgendwie von außen irgendjemand dabei helfen kann. Fällt mir keine Art von Hilfe ein.
- I: Und gibt es besondere Situationen in-, also, oder gibt es Situationen in denen Du besonders dazu verführt, bist zu konsumieren?
- K: Ja, natürlich. Also wenn ich mich ärgere oder verletzt bin oder grade von solchen Behörden oder so irgendwelche Dinge, auf mich zu kommen, die unangenehm sind. Oder, dann hab ich schon eher das Bedürfnis, Beikonsum zu haben als sonst. Und da fällt mir immer zuerst der Alkohol ein. Immer noch.
- I: Und wie fühlst Du dich dann so, bevor du konsumierst? Was gehen Dir dann so für Gedanken durch den Kopf?
- K: Also wenn es richtig heftig ist, dann ist es so eine Art Not irgendwie. Und nichts hilft mehr, außer die Droge.
- I: Und nachdem Du konsumiert hast, wie fühlst du dich danach?
- K: Unterschiedlich. Manchmal fühlt es sich nicht gut an und mein schlechtes Gewissen überwiegt. Aber meistens ist es so, dass dieses unguete Gefühl weg ist und ich an was anderes denken kann.

I: Okay und kennst Du in Düsseldorf Angebote, also auch die Drogenberatungsstelle mit eingeschlossen, die Dir eine Stütze sind, deinen Beikonsum zu reduzieren? Oder auch abstinent zu bleiben?

K: Wenig, also ja die Drogenberatungsstelle. Jetzt habe ich mich grad seit einer Woche oder so engagiert bei einem bundesweiten Netzwerk der Drogenselbsthilfe. Also das einzige was eigentlich meiner Meinung nach wirklich hilft, ist eine bestimmte Selbsthilfegruppe. Aber da ist man als noch Konsumierender oder in Substitution sich befindender Süchtiger, wie soll man sagen, so ein bisschen außen vor. Die Leute sind halt- Ich bin da Jahre lang hingegangen und die Leute sind halt clean und zum Teil sehr lange. Und da wird einfach auch erwartet, dass man dann innerhalb kürzester Zeit auch wirklich clean ist.

I: Also wäre eigentlich so ein Angebot, wenn man so eine Gruppe hätte, aber vielleicht mit Leuten, die genau in derselben Situation stecken, wo man dann darüber reden kann?

K: Ja deshalb das bundeweite Netzwerk der Drogenselbsthilfe.

I: Okay, also bei denen ist das so, dass man dann die Gruppe hat und die sind alle in derselben Situation?

K: Ja, das ist eine Gruppe für Süchtige und Substituierte

I: Okay und wie oft trifft ihr euch dann?

K: Das ist im Moment einmal in der Woche.

I: Okay und das geht dann-

K: Das wird grade in Düsseldorf aufgebaut, das gab es noch nicht. Das heißt unsere Gruppe besteht im Moment aus drei Personen.

I: Okay, aber das ist ja auch schön, weil dann ist es persönlicher vielleicht?

K: Ja, es befindet sich im Aufbau einfach.

I: Ja und was würde Dir noch einfallen, was Dir helfen könnte, Möglichkeiten, Angebote, im Bezug auch auf, mit deiner psychosozialen Betreuerin. Was Dir da noch helfen könnte, das zu reduzieren?

K: Ja, also ich denke, dass eine stationäre Therapie durchaus hilfreich sein kann, immer wieder. Ich hab auch mehrere, ich mein bei meinem Alter, drei, vier Therapien gemacht. Und da ist es auch immer nötig,

merkwürdigerweise, so ein merkwürdiges Zusammenspiel von, es muss die richtige Zeit, der richtige Ort und die richtigen Leute sein. Das trifft man nicht immer an im Leben, erst recht nicht, wenn man das vielleicht zwei Mal im Leben braucht. Aber das ist wirklich so, sonst funktioniert auch die beste Therapie nicht. Das muss passen.

I: Aber Du hättest dann auch kein Problem damit, immer wieder in so eine stationäre Therapie zu gehen?

K: Nein, wie gesagt. Die Voraussetzungen, dass muss einfach passen. Es muss auch für mich der richtige Moment sein. Ich muss auch den Willen und die Kraft haben, das jetzt nochmal ernsthaft anzugehen und mich auf die Therapie einzulassen und so Sachen. Und auch wenn ich das habe, dann reicht das unter Umständen nicht aus. Wenn vielleicht die Gruppe aus irgendwelchen Gründen überwiegend nicht daran interessiert ist, irgendwelche inneren Probleme auf den Tisch zu legen, dann passiert das nicht in dieser Gruppe. Und man ist keinen Schritt weiter nach mehreren Wochen. Das ist alles eine sehr sensible Kiste.

I: Ja, glaube ich. Und das ist ja dann vielleicht auch enttäuschend, wenn man da war und dann, genau wie du grad sagst. Es waren vielleicht nicht die richtigen Leute da und man ist dann nicht weiter gekommen.

K: Ja, vielleicht. Wobei, wenn man es mehrmals gemacht hat und so alt ist wie ich, dann dauert die Enttäuschung nicht so lange. Weil man fast damit rechnet oder weiß, dass es einfach schwierig ist überhaupt aufzuhören mit den Drogen. Den richtigen Moment dann auch zu- Das Glück zu haben, dass die Dinge zusammen passen, dass man die richtigen Gesprächspartner hat in der Gruppe und auch als Therapeuten. Das sind so viele Komponenten die passen müssen. Das kann man einfach nicht erwarten, dass das einfach so bei jedem der in Therapie geschickt wird, passiert. Das ist eine Illusion.

I: Aber gibt es Angebote, die Du dir noch zusätzlich wünschen würdest? Die Du da auch in Anspruch nehmen würdest und die Dir noch weiter helfen könnten?

K: Ja, ich könnte mir durchaus vorstellen, dass mir Gespräche mit einem kompetenten Psychologen oder Psychotherapeuten weiterhelfen würden. Ja, durchaus.

- I: Ja und das hast Du aber noch nicht in Anspruch genommen?
- K: Das ist schwierig, viele Psychologen und Psychotherapeuten arbeiten gar nicht mit Süchtigen. Und wenn es welche gibt, dann sind die Wartezeiten irgendwie zwei Jahre oder so.
- I: Okay, aber irgendwann frei von Beikonsum und vielleicht auch die Substitution aufzugeben, ist für Dich dann schon auch ein Ziel hattest Du ja eben-
- K: Ja. Ich weiß nicht ob ich es nochmal erreiche. Aber ja, möchte ich schon.
- I: Okay und wie soll Deiner Meinung nach mit Beikonsum umgegangen werden? Also ist das für Dich so wie das jetzt gemacht wird, findest Du es so gut?
- K: Ich glaube es geht nicht anders, es muss irgendwie auch toleriert werden. Weil die Leute eben nun mal Beikonsum haben und es muss auch. Medizinisch und psychologisch, irgendwie müsste man den Blick drauf werfen. Weil es tödlich enden kann. Ich weiß nicht, vielleicht ist es ein neuer Ansatz. Für Düsseldorf zumindest, diese Gruppe des bundesweiten Netzwerks der Drogenselbsthilfe, wo man was in Angriff nehmen kann. Obwohl man in Substitution ist, was nicht stationär ist.
- I: Ja das stimmt und das ist ja auch bei vielen-
- K: Eine Hürde, natürlich.
- I: Und wenn man keine guten Erfahrungen gemacht hat, dann denkt man erst recht, warum soll ich das nochmal machen?
- K: Ja, irgendwann erwartet man auch nichts mehr davon. Man kennt sich, man kennt seine eigenen Probleme. Man hat das von jeder Seite schon betrachtet und dann letztendlich kommt man darauf, dass man einfach nur aufhören muss. Punkt. Und trotzdem kriegt man es nicht hin.
- I: Ja, und gibt es sonst noch irgendwas was Du loswerden möchtest? Was Dir noch einfällt?
- K: Also jetzt akut fällt mir nur ein, dass Süchtige eigentlich keinen Raum haben irgendwie miteinander sich zu treffen oder so. Außer die Straße. Und sie da eigentlich auch nicht willkommen sind. Schade, dass es eigentlich keine Räume gibt irgendwie, wo Süchtige sich treffen können und ihr Bier trinken können. Und einfach nur sein können. Selbst im Park

werden wir vertrieben. Ja und allgemein eine höhere Akzeptanz in der Gesellschaft fände ich wünschenswert. Weil es ist niemand unter den Süchtigen, der irgendwie sagt ich nehme gerne Drogen und ich finde das toll oder so. Das sind ganz wenige die irgendwie sagen, ja trinken will ich immer oder- Doch es gibt schon viele die sagen, also mein Bier lass ich mir nicht verbieten oder Haschisch rauchen werde ich mein Leben lang oder so. Aber gerne Drogen nimmt glaub ich kaum jemand. Vielleicht am Anfang, das ist aber schnell vorbei, vor allen Dingen bei Heroin.

I: Und eigentlich ist es ja auch ein Problem was jeden treffen kann und das wird dann oft glaub ich so abgetan in der Gesellschaft.

K: Ja, ist es. Drogen nehmen ist immer der Versuch sich selber zu heilen. Gelingt nicht.

I: Ja, dann vielen Dank für das offene Gespräch!

K: Ja.

I: Ja, dann war es das.

K: Okay.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelorthesis zum Thema: Ein Diskurs über Motive von Beikonsum bei heroinabhängigen Substituierten. Mögliche Herausforderungen von Sozialpädagogen in der psychosozialen Betreuung. Am Beispiel der Stadt Düsseldorf selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Bachelorthesis zur Einsicht ausgelegt wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF