



# **Controlled intake - harm reduction versus therapy target**

**Suchtakademie Berlin-Brandenburg  
17. September 2005**

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin**



# **Kontrollierter „Beikonsum“ bei mehrfach-abhängigen Substituierten:**

## **Ein neuer Anlauf zur Quadratur des Kreises?**

Bernd Westermann

Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (A.I.D.) Berlin-Kreuzberg  
Leiter des Bereichs „Substitution & Betreuung“ im Notdienst Berlin e.V.



## **Das Thema, als Frage formuliert:**

**Können  
(von mehreren Substanzen)  
abhängige Menschen  
die Kontrolle über ihren Konsum  
zurückgewinnen?**

**Falls ja: Unter welchen Voraussetzungen?  
Und: Wie kann man sie dabei unterstützen?**



# Was hat dies zu tun mit der Quadratur des Kreises?

## Mathematisches Problem

(Lineal und Zirkel, Leonardo da Vinci, [www.klaus-schroeer.com](http://www.klaus-schroeer.com), Académie Française 1775, 1882 Ferdinand von Lindemann,  $\pi$ : 1999 über 200 Mrd. Dezimalstellen, sich nie wiederholende Ziffernfolge...)

## Philosophische Herausforderung

(Grenzen der Rationalität, Transzendenz, „utopischer Standort“, „Prinzip Hoffnung“ ...)

## Alltägliche Aufgabe

„Geht nicht gibt's nicht!“ ...



# Kontrollierter „Beikonsum“ als Quadratur des Kreises?

(Substanz-)Abhängigkeit wird in Diagnostik-Manualen wesentlich charakterisiert durch **reduzierte Kontrolle**:

**ICD 10:** Für sichere Abhängigkeits-Diagnose müssen im zurückliegenden Jahr 3 oder mehr von 6 Kriterien zutreffen, eines davon heißt „**verminderte Kontrollfähigkeit** bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums“.

**DSM IV:** Nach Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik werden **häufiger Kontrollverlust** über Konsummenge und -dauer (3) sowie anhaltender Wunsch bzw. **erfolglose Versuche der Reduktion oder Kontrolle des Konsums** (4) als Kriterien für das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung benannt. (es folgen: Zeitverschwendung, Prioritätenverschiebung und Handeln wider besseres Wissen)



# Kontrollierter „Beikonsum“ als Quadratur des Kreises?

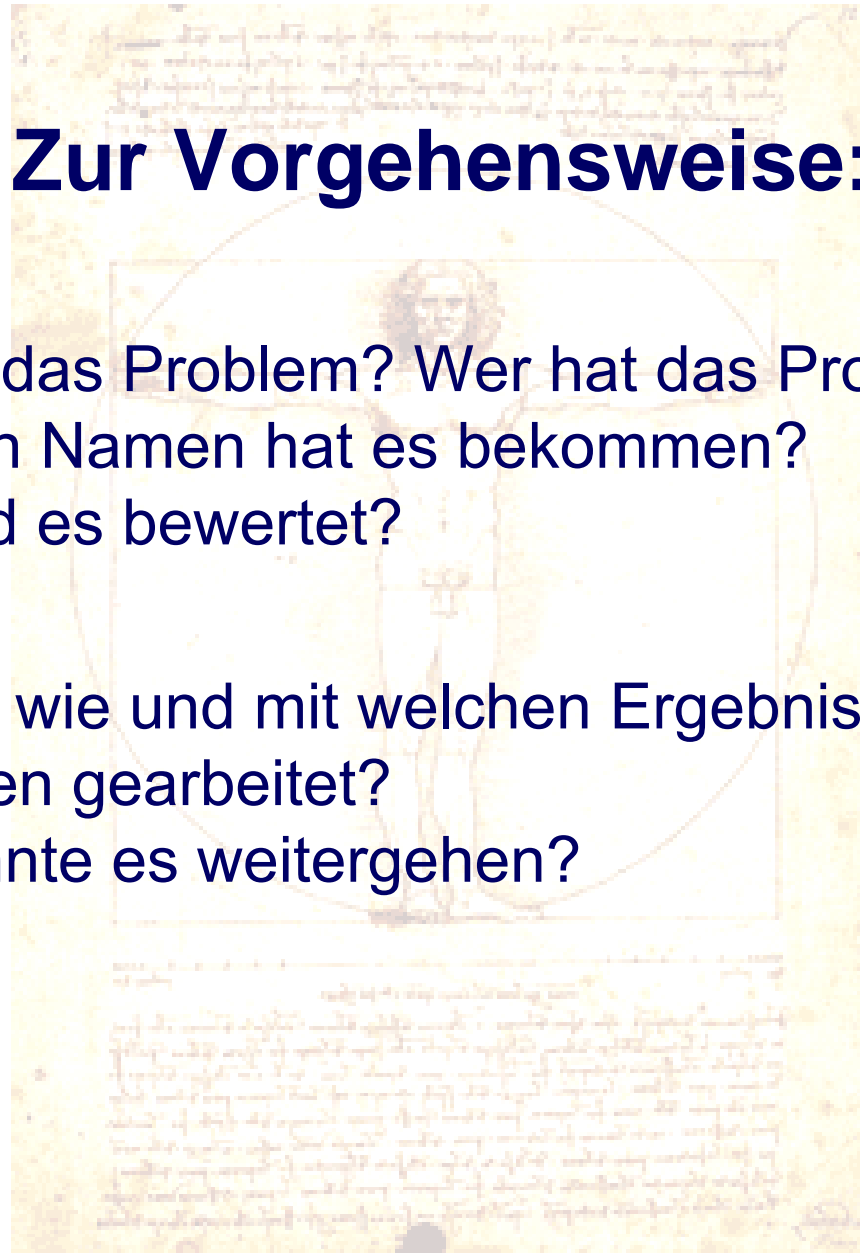
## Zwischenergebnisse:

- Die Quadratur des Kreises ist eine **unlösbare**, dennoch ungebrochen **attraktive**, nicht selten **unumgängliche** Aufgabe, unlösbar, wenn man auf einer 100%-igen Lösung, auf der absoluten Deckungsgleichheit von Ideal und Wirklichkeit, von Plan und Ergebnis besteht.
- Abhängigkeit = Kontrollverlust, Basta! So einfach? Die von Skeptikern rasch ins Gefecht geworfenen Diagnosemanuale klingen bei genauerer Betrachtung weit weniger fatalistisch.
- Ein wenig Demut vorausgesetzt, die in menschlichen Angelegenheiten ja immer angezeigt ist, muss unser Tun nicht vergeblich sein. Fangen wir also endlich an!



## Zur Vorgehensweise:

1. Was ist das Problem? Wer hat das Problem?  
Welchen Namen hat es bekommen?  
Wie wird es bewertet?
2. Warum, wie und mit welchen Ergebnissen wird an  
Lösungen gearbeitet?  
Wie könnte es weitergehen?





# Das Problem: „Beikonsum“ von Substituierten

**Substituierte sind opiatabhängig.**

Das ist Voraussetzung für den Eintritt in diese Behandlungsform.

**Substituierte konsumieren weitere Substanzen,  
sind von weiteren Substanzen abhängig.**

Das war **vor ihrer Behandlung** (ausnahmslos) der Fall.

Das ist **auch während (und nach) der Behandlung**  
eher die Regel als die Ausnahme.

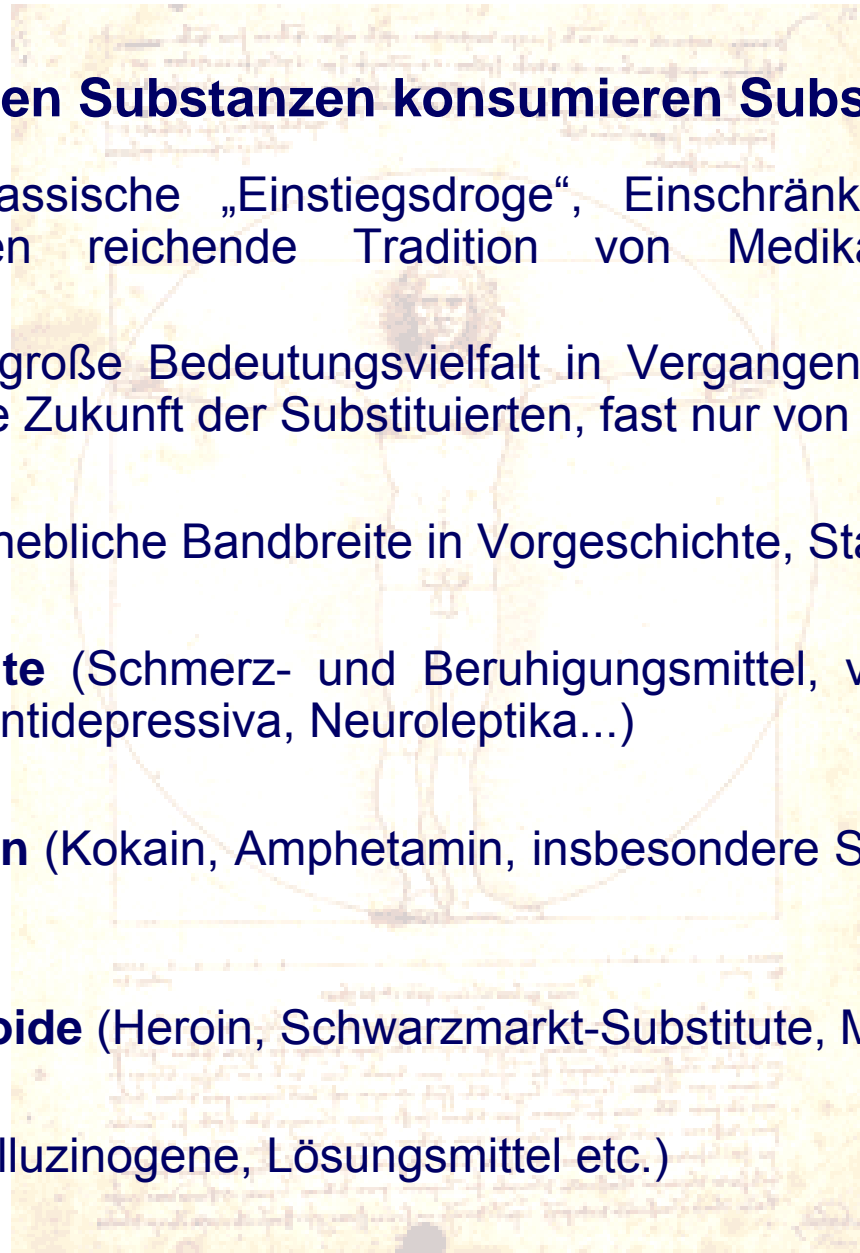
(Darin unterscheidet sich die Substitution übrigens so gut wie gar nicht  
von anderen Suchtbehandlungen.)

Dennoch ist „Beikonsum“ dort ein Fremdwort.)



## Welche weiteren Substanzen konsumieren Substituierte?

- **Nikotin** (klassische „Einstiegsdroge“, Einschränkung: mitunter über Generationen reichende Tradition von Medikamentenmissbrauch)
- **Cannabis** (große Bedeutungsvielfalt in Vergangenheit und Gegenwart sowie für die Zukunft der Substituierten, fast nur von der Justiz beachtet)
- **Alkohol** (erhebliche Bandbreite in Vorgeschichte, Status und Verlauf)
- **Medikamente** (Schmerz- und Beruhigungsmittel, v.a. Benzodiazepine, aber auch Antidepressiva, Neuroleptika...)
- **Stimulantien** (Kokain, Amphetamin, insbesondere Speed, Medikamente, Coffein)
- **Opiate/Opioide** (Heroin, Schwarzmarkt-Substitute, Medikamente)
- **Andere** (Halluzinogene, Lösungsmittel etc.)





## Der Name des Problems:

Wenn Substituierte neben dem Substitut  
weitere Substanzen konsumieren,  
wird dies als „**Beikonsum**“ bezeichnet.

Dieser Satz gilt nur  
mit einigen (wesentlichen!) **Einschränkungen**.

Diese Einschränkungen haben **Konsequenzen**.



## I. Als „Beikonsum“ gelten üblicherweise nur diejenigen Substanzen, die – in stiller Übereinkunft – für problematisch gehalten werden.

- Diese Selektion hält einer näheren Prüfung nicht stand, wenn reale **gesundheitliche und sonstige Risiken** den Maßstab bilden. Neben weltfremder **Dramatisierung** auf der einen Seite stehen **Desinteresse und Verdrängung** auf der anderen Seite.
- Nicht zu verwechseln ist eine simple **Substanz-Attributierung** mit der Unterscheidung mehr oder weniger problematischer **Konsummuster**, bezogen auf **Konstitution** und **Situation** des konkreten Patienten. Ein realistisch-pragmatisches Vorgehen bleibt aber immer mit der Not verbunden, **verantwortliche Einzelfallentscheidungen** zu treffen. Keines der Synonyme für „problematisch“ (wie z.B. „anhaltend“ oder „gefährlich“), mit denen der Versuch unternommen wird, so etwas wie Kontraindikationen für die Fortsetzung einer Substitution zu benennen, entlastet die Behandelnden wirklich.



## II. Behandelnde begegnen den Beurteilungen des sogenannten „Beikonsums“ durch die Substituierten selbst sehr oft mit höchster Skepsis.

- Als bester Grund dafür dürfte wohl ein (erfahrungsgesicherter) „Verharmlosungs- und **Verleugnungsimpuls** des Süchtigen“ gelten.
- Ausgeblendet bleibt dabei jedoch, dass die Substituierten zweifellos unendlich tiefer in der Realität (**ihrer Realität**) stecken als die fremden Experten.
- So wird aus Patienten-Perspektive viel deutlicher, dass es sich bei der Vokabel „Beikonsum“ um eine **Fehlkonstruktion** handelt (Junkie-Zerrbild statt flexible „poly drug user“, Angebots- statt Problemfokussierung). Dieser **Desorientierung** entsprechen dann geradezu absurde Erwartungen und Regularien.
- Die Entlassung der Substituierten aus dem „Kompetenzteam“ für ihre Behandlung hat selbstverständlich **gravierende therapeutische Folgen**. Sie prägt die von Arzt und Patient übernommenen Rollen. Auch ein paternalistisch-fürsorgliches „Überwachen und Strafen“ kann funktionieren - aber nur wenn alle Beteiligten mitspielen.
- Letztlich haben Patienten immer **die Macht** (nicht das Vermögen!), **zu tun und zu lassen, was sie wollen**. Und das ist auch gut so!



### III. Weiter entfernte Instanzen schätzen häufig nicht einmal das Urteil der Behandelnden sonderlich hoch.

- Dahinter kann die **Unterstellung einer Art „Komplizenschaft“** zwischen Ärzten und ihren Patienten stehen, die auf „Hunger“ oder „Liebe“, auf Geldgier oder Co-Abhängigkeit basiert und die Behandelnden blind mache.
- Gern aufgegriffen werden **Qualitätsunterschiede** die es natürlich auch auf dem Feld der Substitution gibt. Einige davon sind jedoch maßgeblich genau dadurch verursacht und gepflegt worden, dass sich ganz besonders viele Köche um den Brei drängeln.
- Vor allem wegen der Masse und Hartnäckigkeit vollkommen sachfremder Erwartungen ist die Substitution **bis heute keine „normale“ Behandlung.**
- Unter permanentem Außenhochdruck weist die Diskussion über die Substitutionsbehandlung Symptome auf, die wir am ehesten von Substituierten mit einer „Doppeldiagnose“ kennen: **habitualisierte Substanzfixierung** und **eingeschränkte Realitätskontrolle.**



#### IV. Bewertungen von „Beikonsum“ sagen oft mehr über die Wertenden als über die Sache.

- Neben den Behandelnden engagieren sich: Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger und deren Gutachter, nahezu sämtliche Justizinstanzen, saisonabhängig auch (Fach-) Politiker aller Ebenen, diverse Vertreter der „öffentlichen Meinung“.
- Das Phänomen „Beikonsum“ wird offenkundig als Einladung begriffen, sehr grundsätzlich zur Substitution Stellung zu nehmen: Möglichst **rasch clean oder gescheitert** bzw. **wenn denn schon substituiert, dann doch wenigstens beikonsumfrei** bleibt die Forderung (an andererseits anerkanntermaßen **chronisch Kranke!**).
- Andernfalls sei dies gar **keine „richtige Therapie“**, sondern nur harm reduction, Ordnungspolitik oder was auch immer – auf jeden Fall nicht durch die Krankenkasse zu zahlen!
- Es ist durchsichtig, dass es hier um **ökonomische Umverteilung** geht, ob nun strafrechtliche Geschütze in Stellung gebracht werden (so der Vorwurf - mindestens - fahrlässiger Tötung) oder Metaphorik aus dem semantischen Feld von „Schuld und Sühne“.



„Konsequenz des Schicksals der Substitution, unter politisch-ideologischer Fremdherrschaft **Wunder** vollbringen zu sollen, ist die gehäufte Verwendung **religiös anmutender Bräuche und Beschwörungen**. Wer Aufnahme in den Kreis der Substituierten begehrt, muss erst **Bekennnis** ablegen und anderen Geistern **abschwören**. Die Formel lautet: „Ich verzichte ausdrücklich auf jeglichen Nebenkonsument von Medikamenten, illegalen Drogen und Alkohol.“ Obwohl dies (warum eigentlich nicht mit Blut?) unterschrieben wurde, folgt auf dem Fuße die Warnung, der Arzt könne u. a. „bei fortgesetztem Beigebrauch“ die Substitution beenden (Ärztekammer Westfalen-Lippe/IGES, 2003). Entgegen anderslautender Versicherung ist der **Rück- bzw. Sündenfall** nämlich nahezu gewiss. Sogar im Schutz von Klostermauern (stationäre Einrichtungen, Haftanstalt) ist er nicht ausgeschlossen. Erst recht droht er dort, wo der schwache Mensch von **Versuchungen** umgeben ist. Schon deshalb hat selbiger sich **Kontroll-Ritualen** zu unterziehen. Es darf auch **gebeicht** werden. **Fürbitten** Dritter können erhört werden. Ob **Absolution** winkt und welche Art von **Buße** (take-home-Streichung?) verhängt wird, liegt letztlich im Ermessen desjenigen, der über die **Segnung des Substituts** verfügt. Die Exkommunizierung bleibt die Ausnahme, irgendwie hängt ja auch der Hirte an den Schafen. Zu Behüten und Behütet-Werden passt die schlichte Teilung der Welt in „Gut“ und „Böse“.“

B. Westermann, Der sogenannte Beigebrauch – Ein Alltagspolitikum, In: Gerlach, R. / Stöver, H. (2005): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland, Lambertus Verlag



## Was wissen wir über „Beikonsum“-Muster von Substituierten?

Auch von den ausdrücklichen Substitutionsbefürwortern wird „Beikonsum“ alles andere als bagatellisiert. Hier liege eine der (drei) **zentralen ungeklärten Fragen**.

Hier gebe es **größte therapeutische Probleme**, zugleich aber - diesem Umstand gänzlich zuwider laufend - **die krassesten Forschungsdefizite**.

Das inzwischen aufgehäufte Datengebirge über den „Beikonsum“ Substituierter ändert nichts an den **grundlegenden methodischen Mängeln** und an der **Vorbestimmtheit einer Begleit-Forschung, die wesentlich der politischen Legitimation dient**.

Unser Wissen kann somit nur zum kleineren Teil aus der Forschung stammen. Oft ist es - nicht mehr und nicht weniger - als **reflektierte Alltagsbeobachtung** (unterschiedlicher Verbindlichkeitsgrade).



## Alltagswissen der Behandler über „Beikonsum“ Quellen und Grenzen: I. Die substituierenden Ärzte (zur „Beikonsum“-Kontrolle gesetzlich und durch KV-en verpflichtet!)

- **Der persönliche Kontakt** (Gesprächsleistungen), limitiert durch: Praxisorganisation, Abrechenbarkeit, suchtmmedizinische und methodische Qualifikation, sich geschickt entziehende Patienten...
- **Laborbefunde, Schnelltests, Atemluftkontrollen** („harte Daten“): nur begrenzt finanzierbar, technische Unzulänglichkeiten, einfallsreiche Patienten
- **Das medizinische Hilfspersonal** (i. d. R. die Arzthelferinnen): oft allein gelassen und überfordert, nicht immer hinreichend ernst genommen, für den Umgang mit Drogenabhängigen unzureichend vorqualifiziert
- **Informationen von außen** (Angehörige, Bewährungshelfer, Amtspersonen, Betreuer verschiedenster Art): interessegeleitet bis „verstrickt“, somit schwer einzuschätzen, zum anderen Teil „von zu weit weg“, zu sporadisch...



## Alltagswissen der Behandler über „Beikonsum“ Quellen und Grenzen: II. „Psychosoziale Betreuung“

- **Berliner Spezialitäten:** Verbindlichkeit („Berliner Linie“), Verfügbarkeit (differenziertes Angebot in verschiedenen settings), Finanzierungsmodell (§§ 53, 54 SGB XII, Leistungsvereinbarung)
- Relativ zeitintensiver, längerfristiger, flexibel gestaltbarer **Betreuungskontakt** (sehr aufmerksam kontrolliert durch die Kostenträger!)
- Auch dieses Wissen ist **beschränkt und „verzerrt“**, und zwar auf den Ebenen:
  - Interesse** (professionelles Selbstbild, Verantwortungsübernahme oder Delegation, Kommunikationssicherheit, Problem-Konkurrenz)
  - Information** (Art und Sicherheit der Quellen, Hintergrundwissen, z. B. zu pharmakologischen und psychiatrischen Zusammenhängen...)
  - Wertung** (Bedeutungszuschreibungen und Kontext-“Theorien“, Risikoeinschätzung und Prioritätensetzung...)



## Motivkonstellationen und Kontexte von „Beikonsum“

(Neben „Hedonismus“ und Abhängigkeit:)

- Unter- oder Fehlversorgung (im Hinblick auf Dosis oder Art des Substituts, auf psychiatrische Behandlung – inklusive Medikation –, auf die psychosoziale Unterstützung oder andere Hilfen)
- Ausdehnung der „Selbstmedikationshypothese“ vom Opiat auf andere Substanzen (Versuche des Umgangs mit Ängsten, Dysphorie, Schmerzen, Schlafstörungen etc.)
- Kompensatorischer Konsum (Verzweifeln an überhöhten Selbsterwartungen, am realistischen Erleben der Ambivalenz von Behandlungsfortschritten, Erfahrung der Substitution als „Parkplatz mit Sackgassenaussicht“)
- Mangel an Frustrationstoleranz und an Bewältigungsstrategien (in akuten Krisen, wie auch grundsätzlich)
- „Reservate“, in denen eskapistische Träume oder rebellische Devianz-Bedürfnisse überlebt haben
- Biographisch geprägte, relativ stabile Konsum-Motivationen sowie (damit korrelierend) unterschiedliche Muster des Umgangs mit dem Behandlungsrahmen und der Patienten-Rolle
- Demonstratives Verlangen nach mehr Aufmerksamkeit oder Versuche der Ablenkung von unattraktiven oder gefährlichen Themen
- Reinszenierung habitualisierter Beziehungsmuster (aus Kindheit und Familie, aus der Szenesozialisation): Manipulationen, Provokationen, Kontaktblockaden und -abbrüche... chronische Beziehungsstörungen

Vgl.: Westermann, B., Der sogenannte „Beigebrauch“ – ein Alltags-Politikum...



## Der Umfang des Problems: Das „Handlungswissen“ des Betreuungspersonals über den „Beikonsum“ ihrer Klienten

Datenbasis: standardisierte schriftliche Kurzbefragung von 20 PsB-MitarbeiterInnen (A.I.D. Kreuzberg, A.I.D. Neukölln, Drop In)

Bereich S & B	Männer	Frauen
Summe	260	113
%	69,7	30,3
Gesamt	373	



## Der Umfang des Problems: Das „Handlungswissen“ des Betreuungspersonals über den „Beikonsum“ ihrer Klienten

Bereich S & B	Heroin (p)	Heroin (u)
Summe	89	22
%	80,2	19,8
H von n = 373	111	
%	29,8	
H (p) von n = 373	23,9	



## Der Umfang des Problems: Das „Handlungswissen“ des Betreuungspersonals über den „Beikonsum“ ihrer Klienten

Bereich S & B	Kokain (p)	Kokain (u)
Summe	45	13
%	77,6	22,4
K von n = 373	58	
%	15,5	
K (p) von n = 373	12,1	



## Der Umfang des Problems: Das „Handlungswissen“ des Betreuungspersonals über den „Beikonsum“ ihrer Klienten

Bereich S & B	Benzo (p)	Benzo (u)
Summe	59	12
%	83,1	16,9
B von n = 373	71	
%	19,0	
B (p) von n = 373	15,8	



## Der Umfang des Problems: Das „Handlungswissen“ des Betreuungspersonals über den „Beikonsum“ ihrer Klienten

Bereich S & B	Alkohol (p)	Alkohol (u)
Summe	82	24
%	77,4	22,6
A von n = 373	106	
%	28,4	
A (p) von n = 373	22	



## Der Umfang des Problems: Das „Handlungswissen“ des Betreuungspersonals über den „Beikonsum“ ihrer Klienten

Bereich S & B	THC (p)	THC (u)
Summe	47	108
%	30,3	69,7
THC von n = 373		155
%		41,6
THC (p) von n = 373		12,6



## Ein angemessener Umgang mit dem „Beikonsum“ bedarf einer besonderen Qualität der Kommunikation zwischen Ärzten, Betreuern und Patienten

- Keiner der Beteiligten ist im Alleinbesitz der „Wahrheit“.
- Ziel ist die Einigung darüber, was **unbedingt nötig** und was aktuell mit welcher Art von Unterstützung **möglich** ist.
- Die Beendigung einer konkreten riskanten Form von „Beikonsum“ ist oft **nicht ganz oder nicht gleich möglich**.
- Genau dann ist es sinnvoll, unter Umständen sogar **alternativlos, eine Reduktion und/oder Kontrolle des „Beikonsums“ zu vereinbaren**.
- Dabei können **vorhandene Erfahrungen und Kompetenzen** der Substituierten exploriert und gezielt erweitert werden.
- Basis der Arbeit in Richtung „kontrollierter Konsum“ sind **gemeinsame Interessen aller Beteiligten**.



## Welches Interesse signalisieren Substituierte an einer Reduktion oder Kontrolle ihres „Beikonsums“?

Als störend, belastend oder einschränkend werden u.a. empfunden:

- **körperliche und psychische Beeinträchtigungen** (Schmerzen, Kreislaufprobleme, Atemwegserkrankungen, Konditionsabbau, massive Schlafstörungen, Antriebsarmut, Libido- und Potenzprobleme, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, massive Ängste und Depressionen)
- **Gehäufte „Unfälle“ aller Art** (Verletzungen, verlorene Impulskontrolle und deren z. B. auch juristische Folgen), **Beziehungsprobleme** (Partner, Kinder, Nachbarn, Vermieter, Sachbearbeiter, sonstige Bezugspersonen) und **finanzielle Schwierigkeiten**
- **Einschränkungen der Freizügigkeit und andere Sanktionen** (keine Mitgabe des Substituts, verstärkte Kontrollen, zusätzliche Gespräche, Drängen in Richtung Teilentzug, Androhung des Behandlungsabbruchs, immer wieder neue Ermittlungsverfahren, Bewährungswiderruf...)



## Gesicherte Vorerfahrungen aus der Betreuungspraxis

Die geläufige Unterscheidung zwischen „extrinsischen“ und „intrinsischen“ Motivationen hat sich auch auf diesem Gebiet als nicht sonderlich ertragreich erwiesen.

Statt dessen bringt es voran, mit großer Geduld immer wieder **unklare Zusammenhänge zwischen aversiv besetztem Erleben und praktiziertem „Beikonsum“** (psychoedukativ) zu erhellen.

Auf diesem Weg kann die **Entwicklung von Problembewusstsein und Veränderungsmotivation** gefördert werden – ganz besonders effizient im Schutz gewachsener, belastbarer Betreuungsbeziehungen.

Die darauf aufbauende **Unterstützung von Entscheidungsfindung und konkreter Verhaltensveränderung** ist der nächste, oft schon weitaus weniger schwierige Schritt.

Selbst unter extrem schwierigen Voraussetzungen sind **nachhaltige Fortschritte in Richtung reduzierten oder kontrollierten „Beikonsums“** möglich – mitunter aber auch ursprünglich nicht anvisierte Ergebnisse. Dazu gehören nicht selten **Schritte in Richtung des völligen Verzichts auf den Konsum bestimmter Substanzen.**



# CONTRA ICT

## KonsumKontrollTraining für (Drogen-) Abhängige

- ist ein **manualisiertes, individuell zugeschnittenes, sehr flexibel handhabbares Trainingsprogramm für Substituierte**, die neben den verschriebenen Medikamenten weitere Substanzen konsumieren, daran etwas ändern wollen (oder müssen), dies aber allein nicht schaffen und daher gewillt oder motivierbar sind, professionelle Unterstützung anzunehmen.
- profitiert von den verdienstvollen **Anregungen anderer Programme für andere Zielgruppen**, ohne dass ein einfacher Transfer dieser Modelle erfolgversprechend erscheint.
- ist eine „**Baustelle**“, ein längst nicht abgeschlossenes Projekt, das **im Rahmen der laufenden Versorgung entwickelt** wird.



# CONTRA ICT

## KonsumKontrollTraining für (Drogen-) Abhängige

**besteht aus variabel dimensionierten und auszugestaltenden Modulen:**

- **Konsummuster im Kontext** (Bestandsaufnahme I)
- **Problembewusstsein und Veränderungsmotivation** (Bestandsaufnahme II)
- **Ressourcen** (Bestandsaufnahme III)
- **Zieldefinition und -bewertung** (Planung I)
- **Instrumente und Vereinbarungen** (Planung II)
- **Verlaufskontrolle und Anpassung von Zielen und Instrumenten** (Aktion)
- **Verlaufs- und Ergebnisbewertung sowie Verabredungen** (Bilanz)

(Zu den einzelnen Modulen gehören laufend überarbeitete und ergänzte Materialien wie Checklisten, Impulsvorgaben für qualitativ orientierte Fragen, Arbeitsblätter, Konsumtagebuch, Spielutensilien...)



# CONTRA ICT

## KonsumKontrollTraining für (Drogen-) Abhängige

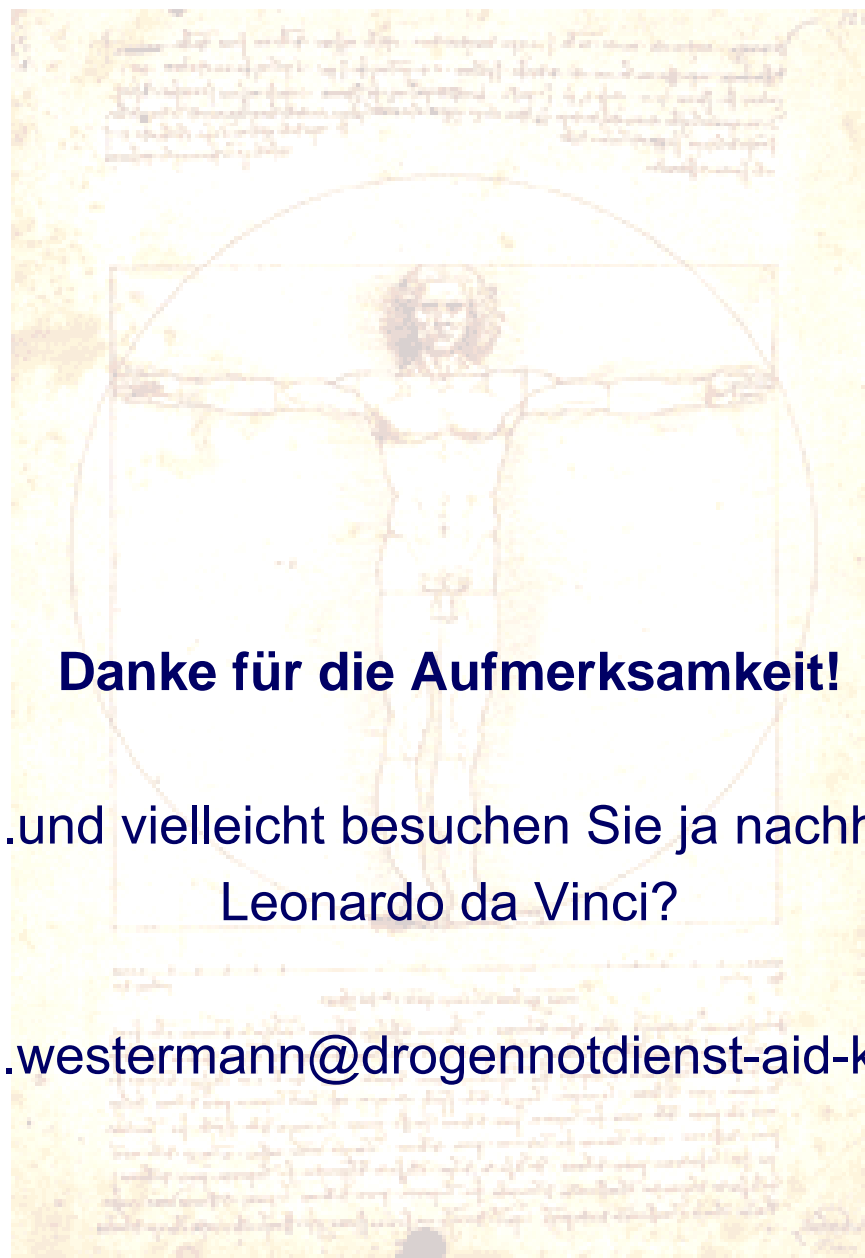
- ist vorläufig lediglich **intern, qualitativ und relativ unsystematisch evaluiert.** (Dies ist ein Defizit, das wir selbst nur anteilig beheben können und darf somit gern auch als ausdrückliche Einladung an Forschung verstanden werden.)
- bezieht seinen **Wirksamkeitsnachweis** somit bislang vor allem **aus einem hohen Maß an unmittelbarer Bestätigung im Substitutionsalltag.** (Allerdings wurde keineswegs versäumt, auch der Öffentlichkeit sehr detailliert Fälle zu präsentieren, die im Hinblick auf Voraussetzungen, Problematik, konkretes Vorgehen und Verlauf stark variieren.)
- kann und will selbstverständlich **keinerlei Erfolgsversprechen** geben. Das Programm bietet „nur“ ein **zusätzliches Instrumentarium** in Situationen, in denen andere Mittel nicht greifen oder bereits „verschlissen“ sind. (Es gibt also ausdrücklich **keinerlei Konkurrenz zu anderen Interventionen!**)
- kann letztlich natürlich nicht ausschließen, dass jemand „früher oder später“ rückfällig wird. Dieses **Restrisiko bleibt immer und auf jedem Weg.**



**CONTRA**  **ICT**  
KonsumKontrollTraining  
für (Drogen-) Abhängige

**ist ja vielleicht wirklich ein neuer Anlauf zur Quadratur des Kreises.**

**Na und?**



**Danke für die Aufmerksamkeit!**

...und vielleicht besuchen Sie ja nachher  
Leonardo da Vinci?

Infos: [bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org](mailto:bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org)



•Literaturhinweise:

- Ärztammer Westfalen-Lippe Institut für Gesundheits-und Sozialforschung (Hg.): ASTO-Handbuch (Ambulante Substitutions-Therapie Opiatabhängiger). Teil Q: QM-Handbuch. Stand 12/2003
- Berthel, T.: Scheitern des Substitutionsansatzes oder Mitagieren des Therapeuten im Theater der Süchtigkeit? In: Jellinek, C. / Westermann, B. / Bellmann, U. (Hg.): „Beigebruch“. Offene Grenzen der Substitution. a. a. O.: 195-205
- Bürki, C. / Hendry, P.: Beikonsum in Substitutionsbehandlungen, Fachseminar 66/05 der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern. Fachhochschule Zentralschweiz. In:  
<http://www.hsa.fhz.ch/fachseminare/>. 2005
- Dobler-Mikola, A. / Dober, S. / Meili, D.: Muster des illegalen Drogengebrauchs während der Methadonbehandlung. In: In: [http://www.arud.ch/forschung/publikationen/Beikonsummuster\\_d.pdf](http://www.arud.ch/forschung/publikationen/Beikonsummuster_d.pdf). 2004
- Fischer, B.: The Phenomenon of so-called “Other Drug Use” among Opiate Addicts in North American Context: Evidence, Consequences, Questions. In: In: Jellinek, C. / Westermann, B. / Bellmann, U. (Hg.): „Beigebruch“. Offene Grenzen der Substitution. a. a. O.: 95-117
- Fischer, B.: Quality of Life (QoL) in Illicit Drug Addiction Treatment and Research: Concepts, Evidence and Questions. In: Westermann, B. / Jellinek, C. / Bellmann, U. (Hg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. a. a. O.: 21-59
- Gellert, R. / Schneider, G.: Substitution und Heroin. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau 2002
- Jellinek, C. / Westermann, B. / Bellmann, U. (Hg.): „Beigebruch“. Offene Grenzen der Substitution. BELTZ. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 2000
- Jellinek, C. / Bellmann, G. / Westermann, B. (Hg.): Mehr als abhängig? Schlafstörungen: Trauma, Betäubung, Behandlung. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau 2003
- Klein, L.: Heroinsucht: Ursachenforschung und Therapie. Biographische Interviews mit Heroinabhängigen. Campus Verlag. Frankfurt a. M. / New York 1997
- Klein, L.: Zum Einfluss langfristiger biographischer Entwicklungen auf den Erfolg von Substitutionsprogrammen und Heroinvergabepraktiken. In: Bellmann, G. / Jellinek, C. / Westermann, B. (Hg.): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. BELTZ. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1999: 81-99
- Rieger, K.: Prävalenz des Arzneimittel-Beikonsums während des stationären Aufenthalts und dessen Einfluss auf die Arzneimittelsicherheit. In: [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2003/4231/pdf/Diskette\\_Zusammenfassung.pdf](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2003/4231/pdf/Diskette_Zusammenfassung.pdf). 2003
- Seivewright, N. / Behrendt, R.: Erfahrungen mit Beikonsum bei der Substitution in Großbritannien. In: In: Jellinek, C. / Westermann, B. / Bellmann, U. (Hg.): „Beigebruch“. Offene Grenzen der Substitution. a. a. O.: 129-132
- Techniker Krankenkasse. In: [http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/d42\\_\\_sucht/10\\_\\_heroin/04\\_\\_therapie/therapy.html](http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/d42__sucht/10__heroin/04__therapie/therapy.html). 2003
- Westermann, B.: Der sogenannte Beigebruch - Ein Alltagspolitikum, In: Gerlach, R. / Stöver, H.: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Lambertus Verlag, Freiburg 2005 (im Druck)
- Westermann, B. / Jellinek, C. / Bellmann, U. (Hg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. BELTZ. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 2001: 269-300
- Westermann, B. et al.: Leben im Konjunktiv. Persönliche Botschaften von der Insel der Substituierten. In: Westermann, B. / Jellinek, C. / Bellmann, U. (Hg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. a. a. O.: 269-300