



## **Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten Kasuistiken und Konsequenzen**

- 1. Wer spricht?**
- 2. Worum geht es?**  
**Zugänge zum Phänomen (Bei-)Konsum**
- 3. Bedeutungen und Kontexte von (Bei-)Konsum**
- 4. Kasuistiken**
- 5. Konsequenzen für Behandlung und Betreuung  
(für BehandlerInnen und BetreuerInnen)**



**a.i.d** Berlin  
Ambulanz für integrierte Drogenhilfe



# **Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten Kasuistiken und Konsequenzen**

## **1. Wer spricht?**

**A.I.D. Berlin: seit 1997 in Kreuzberg, seit 2000 in Neukölln  
Substitutionspraxis und PsB (Psychosoziale Betreuung) jeweils un-  
ter einem gemeinsamen Dach**

**Zusammenhang Klientel - Struktur**

**Drop In: PsB in Schwerpunktpraxen / z. T. auch noch dezentral**

**PsB-Personal = MitarbeiterInnen des Notdienstes**

**Inhalte, Umfang und Finanzierung der PsB**



**a.i.d** Berlin  
Ambulanz für integrierte Drogenhilfe



## Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten **Kasuistiken und Konsequenzen**

### **2. Worum geht es? Zugänge zum Phänomen (Bei-)Konsum**

**Medizin – Psychosoziale Betreuung:**

**Verschiedene Aufgaben, Rollen, Kontaktszenarios, Instrumente...**

**... verschiedenes Wissen**

**Chance / Herausforderung: Kommunikation, abgestimmtes Handeln  
Nicht vergessen: Substitution als Dreiecksbeziehung! (Patienten!!!)**

# Drogenkonsum als Dauerthema im Rahmen einer Substitution

## **Rahmenbedingungen für die ÄrztInnen:**

### **Kontrollzwang!**

Im Behandlungsverlauf und besonders vor einer Take-home Vergabe ist von den ÄrztInnen zu überprüfen,

- dass die Patienten keine Stoffe konsumieren, die sie mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden oder
- dass sie das verschriebene Substitutionsmittel nicht bestimmungsgemäß verwenden,
- ob sie unter Berücksichtigung der Toleranzentwicklung auf eine stabile Dosis eingestellt wurden und
- ob sie Stoffe mißbräuchlich konsumieren.

### **Btm-VV!**

Wie diese Forderungen von den substituierenden ÄrztInnen erfüllt werden ist nicht vorgeschrieben.

Unser Umgang mit den Kontroll-Anforderungen an die substituierenden ÄrztInnen:

## **1. Klarheit darüber verschaffen**

- **mit welchen Methoden überhaupt**
- **was gemessen werden kann.**

### **Formulierung von Anforderungen an die Qualität des Labors:**

- **wo möglich semiquantitative Ergebnisse der Immunoassays;**
- **wo nötig GC/MS basierte Bestätigungsanalytik;**
- **wenn möglich: Metaboliten-Suche;**
- **Begründete Aussagen zu möglicher Kreuzreaktivität;**
- **Keine Verwendung von „Teststreifen“;**
- **Ergebnismitteilung binnen 24 Stunden**

## **2. Entscheidungen treffen:**

- **Test-Frequenz: von täglich, bis mind. 1 x Monat**
- **Test-Umfang:**  
**Alkohol, Amphetamine + -Derivate, Kokain, Benzodiazepine, (Barbiturate), Differenzierung unterschiedlicher Opiate und des Substituts, im Einzelfall THC**
- **Im Einzelfall: Sicht-Urin-Kontrollen oder Einsatz von Markern (Polyethylenglycole, Prof. Keller, Köln)**
- **Test-Medium: differenzierter Einsatz von Urin, Serum, (Speichel), Ausatemluft**

## **Ziel der Bemühungen:**

**objektive Aussagen zum individuellen Konsum treffen können!**

**Beispiel: Serumspiegelbestimmung Methadon**

Konsumiert der Patient zusätzlich Methadon von der Szene?

Serumkontrollen im Verlauf (Talspiegel, Methadon):

<b>Datum</b>	<b>01.04</b>	<b>03.04</b>	<b>12.04</b>	<b>01.05</b>	<b>03.05</b>	<b>05.05</b>
<b>Dosis (mg)</b>	160	160	<b>60</b>	70	70	<b>70</b>
<b>Spiegel (ng/ml)</b>	306	320	<b>307</b>	188	195	<b>438</b>

**H U R R A !!!**

**Wir haben objektive Ergebnisse!**

**Aber was machen wir damit?**

Auch das Vorhandensein von Kokain oder Benzos in einer UK, eine positive Promille-Messung oder alles auf einmal kann nur

**im Behandlungsverlauf**

**zu einem sinnvoll verwendeten Bestandteil einer Behandlungsplanung**

**unter Einbeziehung des oder der Betroffenen werden.**





## (Bei-)Konsum von SubstitutionspatientInnen

Bereich Substitution und Betreuung

Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige Berlin e. V.

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

<b>S &amp; B</b>	m	w	H (P)	H (U)	K (P)	K (U)	B (P)	B (U)	THC(P)	THC(U)	A (P)	A (U)
Summe	260	113	89	22	45	13	59	12	47	108	82	24
Anteil	69,7	30,3	80,2	19,8	77,6	22,4	83,1	16,9	30,3	69,7	77,4	22,6
Gesamt	373		111		58		71		155		106	
Anteil an Gesamtheit			29,8		15,5		19,0		41,6		28,4	
Anteil P an Gesamtheit			23,9		12,1		15,8		12,6		22,0	



# **(Bei-)Konsum von SubstitutionspatientInnen**

## **Determinanten des Handlungswissens von PsB-MitarbeiterInnen**

### **Interesse**

- professionelles Selbstbild
- Verantwortungsübernahme versus Delegation (im Rahmen der Kooperation/Arbeitsteilung mit der Medizin)
- (Selbst-)Sicherheit in der Kommunikation
- Konkurrenz der Problemfelder

### **Information**

- Art und Sicherheit der Quellen
- Hintergrundwissen zu Substanzen, Entzugs- und Intoxikationssymptomen, Wechselwirkungen, psychiatrischen Störungen...)
- Richtung und Intensität der Aufmerksamkeit

### **Wertung**

- Bedeutungszuschreibung und Kontextklärung
- Gefährdungseinschätzung und Prioritätensetzung



**a.i.d Berlin**  
Ambulanz für integrierte Drogenhilfe



# Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten Kasuistiken und Konsequenzen

## 3. Bedeutungen und Kontexte von (Bei-)Konsum

Der sogenannte „Beikonsum“ als historische Fehlkonstruktion  
mit Konsequenzen

## **Hintergründe und Motivkonstellationen von „other drug use“**

### **Der sogenannte „Beikonsum“ als historische Fehlkonstruktion mit Konsequenzen**

**Ausgangspunkt nicht beim Problem, sondern beim Behandlungsangebot (Das Substitut in der Hand bewirkt den Opiat-Fokus im Kopf.)**

**Immer weitere Entfernung von der Lebenswirklichkeit von Opiatkonsumenten (Konservierung eines zu keiner Zeit stimmigen Junkie-Bildes)**

**Unrealistische Prioritäten, Behandlungsziele, Verhaltenserwartungen und Regularien**

# Hintergründe und Motivkonstellationen von „other drug use“

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 Sachgassenaussicht“)

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 « Beigebruch » - ein Alltags-Politikum, In: Gerlach, R. / Stöver, H.: 20 Jahre Substitution in Deutschland – Eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellungen für die Zukunft, Lambertus Verlag (im Erscheinen)



# Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten Kasuistiken und Konsequenzen

1. Wer spricht?
2. Worum geht es?  
gänge zum Phänomen (Bei-)Konsum
3. Bedeutungen und Kontexte von (Bei-)Konsum
4. **Kasuistiken**
5. Konsequenzen für Behandlung und Betreuung  
(für BehandlerInnen und BetreuerInnen)

Zu-

# **Nikotin: Kontrolliertes Rauchen bei Substituierten?**

**Herr S., 36-jähriger Klient mit griechischem Hintergrund, Heroin seit 10 Jahren, Substitution erstmals vor 6 Jahren, jetzt durchgängig seit 3 Jahren, seit 2 Behandlung und Betreuung bei A.I.D., Nikotin seit 12. Lebensjahr**

einzigster „Beikonsum“, wohl aber nie in diesem Sinne betrachtet: starker Raucher und – wie sich später herausstellt – zügelloser Kaffeetrinker (nahe am Verbrauch von Honoré de Balzac, der 40-60 Tassen pro Tag konsumiert haben soll), intensivste Konsumschübe über „Nikotin-Coffein-Cocktails“ am Tage wie in der Nacht

## **Kontrollziele und –motive**

Dosisreduktion und damit verbundener Gewinn:

Erstreaktion auf schwere Bein thrombosen und weitere Durchblutungs- sowie Schlafstörungen, weniger Atemwegsprobleme und Erkältungen / Verbesserung der Kondition

weniger Gestank (zum Problem geworden im Kontakt mit den Kindern),

Einsparung von ca. 50.- €/Monat, konkretes Nah-Ziel (das sollte es geben) ist der Erwerb einer ganz bestimmten wunderbaren „Knitterjacke“

Auch auf Opiate transferierbares Modell für die Möglichkeit, mit Abhängigkeit umzugehen, den mit massiven Ängsten verbundenen Entzug auszuhalten...

Klärung von Verantwortlichkeit in der Behandlungs- und Betreuungsbeziehung: statt fremder Kontrolle über Beikonsum (Überwachen und Strafen) Unterstützung bei Selbstkontrolle und gesundheits-bewussterem Verhalten

## Bisheriges Fazit

Ziel erreicht: Dosis in 3 Monaten (Mai-Juli 2004) fast halbiert (von 40 auf 20 –22 Zigaretten/Tag), vierteljährliche Nachbefragung: Ergebnis blieb stabil (aktuell 20 Zigaretten/Tag)

nach eigenen Angaben deutlich besseres körperliches Befinden

am Stinken hat sich weniger geändert, immerhin aber sind 1-2-stündige Konsumpausen ohne Probleme möglich, so dass während des Kontakts mit den Kindern nicht mehr so häufig Konsum stattfinden muss

finanzielle Ersparnis fiel angesichts ungeplanter Kosten erst mit Verspätung ins Gewicht, die „Knitterjacke“ aber war gesichert!

Zu weiterer Reduktion ist Herr S. vorläufig nicht motiviert. Das Thema Dosisreduktion im Hinblick auf das Substitut ist nicht mehr gänzlich tabu.

## Konsequenzen

„Kontrolliertes Rauchen“ kann auch bei Substituierten funktionieren – gewiss aber nicht bei allen und nur unter Nutzung bzw. Schaffung günstiger Bedingungen.

Die PsB ist sicher kein Nichtraucherprogramm, jedenfalls dürften die Kostenträger die Leistungsvereinbarung anders auslegen, aber:

Das **Trainieren eines gesundheitsbewussteren Verhaltens** (überhaupt: das kontinuierliche Abarbeiten eines klar definierten Programms), die **Erkenntnis und die schrittweise Überwindung von Suchtstrukturen** (wobei das Nikotin als „Modell“ den **Zugang zu Dosisreduktion und Entzug des Substituts** wesentlich erleichtert) sind ebenso Betreuungsziele wie die Erhöhung von **Vereinbarungsfähigkeit und Selbstverantwortung**.

Nicht zuletzt: **Betreuungsbeziehungen werden vertieft** durch sehr konkrete Thematisierung des Alltags der KlientInnen (über den auf diese Weise jede Menge betreuungsrelevanter Zusatzinformationen fließen).

Und: **Realistische ggf. auch immer wieder überprüfte Ziele sind eher erreichbare Ziele**.

# **Alkohol und Benzodiazepine: Kontrollierter Konsum bei Polytoxikomanie?**

## **Biographische Daten Herr M.**

41 Jahre alt, Vater unbekannt (nordafrikanischer Herkunft), aufgewachsen in schwäbischem Dorf, schon dort bei permanent wechselnden Bezugspersonen,

im 6. Lebensjahr mit Mutter nach Berlin, weiteres familiäre Chaos, schulische Probleme, Schlüsselkind, Orientierung an älteren Straßenbekanntschaften,

rock´n roll, drugs & sex, Arbeit als DJ und Kellner in Bayern, über Beziehung zu einer Partnerin 1 Jahr clean, Trennung, nach Rückkehr in Berlin sofort wieder abgestürzt,

18 Monate Langzeittherapie in Norddeutschland, 8 Monate clean, Arbeit als Restaurateur, erneuter Heroinkonsum,

ab 1984 auf Mittelmehrinsel Arbeit als Bootsbauer, keine Drogen außer Cannabis und Alkohol, 1989 neue Partnerin, 1991 und 1994 Geburt der beiden Kinder, wieder nach Berlin, Probleme, Trennung, „Absturz“,

nach Unfall 3 Jahre Substitution in Praxis, ab 1999 in A. I. D. Substitution und PsB

## **Medizinischer, psychischer und sozialer Status (Verlauf)**

neben Opiatabhängigkeit auch Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen

Symptome einer generalisierten Angststörung (F 41.1; ICD 10)

HIV positiv seit 1988, HCV-Infektion, Leber bereits schwer geschädigt, Antriebsarmut, stark verlangsamte Artikulation, Konzentrationsprobleme, „Gedankenflucht“...

aus vorangegangener Behandlung (ohne Betreuung) wegen gravierender Complianceprobleme ausgeschlossen (unregelmäßige Substitution, dekompenzierter Alkoholkonsum, Randalieren, Unmöglichkeit einer HIV-Therapie, weiterhin obdachlos)

mit Depressionen verbundene Bilanzierungskrise (gravierendes Gefälle zwischen Ressourcen und Situation bzw. Perspektive, seit Jahren kein Kontakt zu Kindern)

untergebracht in Pension, unübersehbarer Schuldenberg, immer wieder neue Ermittlungsverfahren (Ladendiebstahl, Erschleichen von Leistungen, Trunkenheit, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte...)

1999 bis Mitte 2000: mehrere Versuche bei nahezu allen verfügbaren Anbietern, Herrn M. in einer betreuten Wohnform unterzubringen (Vermittlung oder Aufnahme werden regelmäßig dadurch „sabotiert“, dass insbesondere der Alkoholkonsum gänzlich außer Kontrolle gerät.

Nutzung der kurzen Phase relativer Klarheit nach einer der vielen Not-Entgiftungen zur Aufnahme in eine betreute WG. Verbleib dort trotz permanenter Probleme bis Ende 2002.

Auch in dieser Zeit: Mehrere Klinikaufenthalte (Krisenintervention, Alkohol und Pillen-Entzug, i.d.R. Abbruch oder zu frühe Entlassung), kurzzeitiger Haftaufenthalt

Ende 2002: Einzug bei seiner Freundin (die er aus einer Klinik kennt) und bei ihrer Familie, kurzfristige relative Stabilisierung, etwas weniger Alkohol, mehr Benzodiazepine (verschrieben von unbenanntem Arzt, auch Rohypnol), schließlich aber schon bald dieselben Probleme wie in WG (nicht zuletzt Sicherheitsrisiko in Bezug auf Brandgefahr!), scheiternde ambulante Versuche zur Dosisreduktion, nächster Klinik-aufenthalt

Zwei Monate relative Ruhe!

Januar 2003: Notfall-Einweisung mit Feuerwehr und Polizei, nach Entlassung sofort wieder bzw. weiter „auf Pille“ und auf diesem Wege auch rasch wieder beim Trinken, massive Ängste u.a. wegen anhaltendem Justizdruck, belastende Aktualisierung der Trennung von den Kindern

März 2003: Häufung körperlicher und psychischer Probleme, Belastungsgrenze - auch die der Partnerin - erreicht, Aufnahme regelmäßiger Dreiergespräche und Hausbesuche, Klinik-aufenthalt, Einstellung auf Antidepressivum, Wiederaufnahme der 2001 unterbrochenen HIV-Therapie

## **(Bei-)Konsumsituation (bei „Versuchsbeginn“)**

April 2003: 4 bis 5 Liter Bier/Tag, 8 bis 10 Diazepam (keine Rohypnol mehr), 2 g Cannabis

Herr M. versucht, Alkohol- und Benzo-Konsum über noch mehr Kiffen einzugrenzen, ist nur bedingt ansprechbar, extrem verlangsamt, desorientiert, Tag-/Nacht-Rhythmus völlig verschoben

## **Zustandekommen und Art einer Vereinbarung**

Mai/Juni 2003: kaum veränderte Situation, vom Gericht angeordnete psychiatrische Begutachtung (Angst!!!), Erschütterung über in dieser Form noch nie erlebten Verlust der Impuls-kontrolle (körperliche Gewalt gegen einen Bekannten)

Ende Juni/Anfang Juli: Begleitete Termine mit Gerichts-gutachter und SpD, Dreiergespräch bei Arzt, erstmals deutlicher erkennbares Problembewusstsein, Einigung auf täglich zu führende, wöchentlich gemeinsam ausgewertete Trink- und Pillen-Tabelle, zusätzliche Unterstützung durch Akupunktur

## **Kontrollziele und –motive**

„Rettung“ der Beziehung zur Partnerin

Vermeidung erneuter Straffälligkeit und ihrer Konsequenzen (Inhaftierung)

Einschränkung gesundheitlichen Risiken und Sicherung der laufenden HIV-Medikation

Kontinuierliche Beobachtung des Konsummusters, um erneuten Kontrollverlust zu vermeiden oder wenigstens zu verzögern

Unterstützung der Bemühungen um schrittweise Dosisreduktion

Differenzierung der Beikonsum-Substanzen hinsichtlich ihrer Funktion, ihres Zusammenhangs und des Ausmaßes ihrer „Beherrschbarkeit“

## Verlauf

Ende August 2003: Gerichtsverhandlung, verurteilt zu einem Monat ohne Bewährung – aber mit 35-er-Empfehlung, laut ins Tagebuch aufgenommener Tabelle 3,5 bis 4 l Bier/Tag, 7-8 Diazepam, 1-2 g Cannabis

Mitte September: Liste wird akribisch geführt, Alkohol-Obergrenze wird gehalten, Schwierigkeiten bei Benzos

Oktober: relativ stabil, lähmende Angst vor Bewährungswiderruf

Mitte November: trinkt wieder mehr (5 l /Tag, eventuell auch mehr), Benzos stabil (Befragungsergebnis, Tabellenführung klappt nicht mehr), Ladung zum Strafantritt

Anfang Dezember: Partnerin bestätigt die von Herrn M. selbst gemachten Angaben über wieder gestiegenen Alkoholkonsum und die dadurch zuge-spitzte gesundheitliche und häusliche Situation.

Mitte Dezember: 1. Rechtsmittel (sofortige Beschwerde) gegen Bewäh-rungswiderruf abgelehnt, Angst, Alkohol

Anfang Januar 2004: „Jahreswechselabsturz“ war wohl diesmal weniger gründlich, allerdings 2 „Fallhände“ (was aber gar nichts mit Benzos zu tun habe!)

Mitte bis Ende Januar: gemeinsamer Versuch von Arzt und Betreuer, Herrn M. ins Krankenhaus zu bringen (Entzug, „Erholung“ und Hirnleis-tungsdiagnostik)

Ende Januar bis Anfang März 2004: Aufenthalt in der Psychiatrie, nach Alkoholentzug rasch sehr klar und aktiv, jedoch zunehmend paranoider Wahn, Benzos werden sehr langsam ausgeschlichen, Entlassung nach we-nigen Tagen ohne Medikation

Herr M. ist empört über den Stationsarzt, der ihm beim Entlassungsge-spräch angekündigt habe, er werde sowieso nicht clean bleiben!!!

März/April: Höhepunkt der Psychose (Spaltungserleben, paranoide Wahnvorstellungen, Rache-Ideen, Systemstreben...), nach eigenen Angaben weiter weder Alkohol noch Pillen, auch Partnerin bestätigt dies, laut Labor noch geringfügige Benzo-Mengen

Mai/Juni: Abklingen der Psychose, stabil und unauffällig, weiter keinerlei Alkohol, jedoch Eingeständnis, nach der Klinik durchgängig niedrigdosiert Diazepam genommen zu haben

Mitte August: erstmals ist Rückblick auf psychotisches Erleben möglich, zeitweilig sei Diazepam-Konsum wieder auf 4/Tag angestiegen, womöglich hat dies zur Überwindung der Psychose beigetragen (?)

Herr M. habe bemerkt, dass bei geringer Benzo-Dosis die erwünschte Wirkung eintrete (Angstlösung, Entspannung), schon bei wenig erhöhter Dosis die paradoxe (ihm unangenehme) Wirkung (Agitiertheit, Angst).

Aktuelle Dosis, die aus o.g. Grund nicht mehr überschritten werden sollte: 1-2 Diazepam/Tag. Der Konsum erfolgt „konspirativ“. (Auch die Partnerin wisse nichts davon.)

Das Antidepressivum unterstütze gut die aktuelle und auch weiter angestrebte Alkoholabstinenz.

Anfang September: weiterhin „trocken“, 2 Diazepam/Tag jetzt gemeinsam mit dem Antidepressivum vom Arzt, laufende detaillierte Konsum-Beobachtung über Leistungsdokumentation

Herr M. ist erfreulich klar und verbindlich. Lange aufgeschobene Vorhaben werden Schritt für Schritt realisiert. Es gibt einen wichtigen Zukunftsplan: Herr M. will seiner Partnerin im nächsten Frühjahr „seine“ Mittelmeerinsel zeigen.

Oktober: gemeinsamer Besuch beim Sozialpsychiatrischen Dienst, wo – nach einem Jahr Abstand – die deutliche Veränderung von Herrn M. auffällt. Erstmals ist es nicht nötig, Herrn M. zu einem derartigen Termin zu Hause abzuholen!

Dezember 2004: Trotz anstrengendem Infekt, Familien- und Sozialamts-Stress weiter stabil.

Mitte Januar 2005: fühlt sich gequält durch HIV-Medikation, leidet unter Unklarheit seines Einkommensbezuges, die Reisepläne bleiben bestehen, werden aber aus wirtschaftlichen Gründen auf den Herbst verschoben

Mitte Februar: kommt überhaupt nicht mit seinem Kalender klar, bringt Tage und Monate vollkommen durcheinander, wolle das Valium eigentlich gar nicht mehr, nehme es nur dann, „wenn ich hinter mir her bin“

März: auffällig gesteigerter Cannabiskonsum (3 g/Tag), gedankenflüchtiges Fabulieren, in Zeiten und Themen springend (Engelerscheinung in der Pubertät, Astrophysik, Geheimdienststrukturen, Weltretungspläne...),

Übergabe ausführlicher Tagebuchnotizen aus 2004 und 2005: zwischen seitenlangen, eng beschriebenen, wirren Texten über Wächter, Indianer, den Tod und andere Themen sehr klare Abschnitte zur Lebensbilanz und zum Alltag.

Z.B.: Notiz vom Anfang 2005: „Mit meinen Kindern ist zunächst erst einmal ein schmerzhaftes Ende, und das nach 6 Jahren Warten...“

April: wenig Kontakt

Mai: Bestätigung der Annahme, dass seit dem Jahresanfang – gegenläufig zur Reduktion der ärztlich vergebenen Dosis – wieder Diazepam (2/Tag) zusätzlich konsumiert wird. Hintergründe: Überforderung und Saufdruck (Alkoholtraum), schmerzhaft: Kindertrubel in der Wohnung, weiter „trocken“, neue Verabredung zu Diazepam-Kontrolle

## **Bisheriges Fazit**

**Herr M. lebt – und zwar so gesund wie nie (zumindestens den letzten 9 Jahren).**

**Er ist seit 14 Monaten „trocken“ (12 davon jenseits der Klinik).**

**Ganz ohne Benzodiazepine scheint Herr M. (aktuell) sich und die Welt nicht aushalten zu können. Ein Kontrollsystem für die Einhaltung der Niedrigdosismedikation hatte sich offensichtlich bewährt (noch immer unter Ausschluß der Partnerin) und kann wieder aufgegriffen werden.**

**Die HIV-Therapie von Herrn M. läuft erfolgreich (Viruslast unter der Nachweisgrenze, wieder deutlich mehr Helferzellen), die schwer geschädigte Leber wird deutlich weniger belastet.**

Herr M. wurde nicht aus der Wohnung geworfen. (Dies war als Option durchaus vorgesehen) Die Beziehung zu seiner Partnerin hat eine schwere Belastungsprobe überstanden.

Herr M. wurde nicht inhaftiert. Alle juristischen Angelegenheiten sind geregelt. Es gibt keine neuen Ermittlungsverfahren mehr.

In der Zwischenbilanz beschreibt Herr M sich heute als gesünder, entspannter und wesentlich zufriedener. Er erlebe sich schon jetzt in großem Abstand zum Verlauf der vorangegangenen Jahre.

Nochmals (Ambivalentes) aus den Tagebuch (Juli 2004):

„...der Leber geht es immer besser. Wenn es mit dem Kopf genauso gut und schnell gehen würde, hätte ich mich zusammengefunden und wäre fähig, ruhig und bedacht zu leben...

...das Aufstehen heute früh und überhaupt die letzte Zeit fällt mir schwer und ist vollgestopft mit Unwohlsein und Angst vor dem, was man nicht sehen kann...“

## **Konsequenzen**

Angesichts der Gefährdungen, die polytoxikomaner Konsum mit sich bringt, gibt es keine realistische Alternative zur Unterstützung jeden Versuchs der Konsum-Kontrolle.

Die Grenzen zwischen „harm reduction“ und „kontrolliertem (Bei-)Konsum“ sind fließend.

Geduld, Kontinuität, Flexibilität, Vertrauen und Arbeitsbündnisse aller Beteiligten sind unabdingbar.



**a.i.d. Berlin**  
Ambulanz für integrierte Drogenhilfe



# Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten Kasuistiken und Konsequenzen

1. Wer spricht?
2. Worum geht es?  
gänge zum Phänomen (Bei-)Konsum
3. Bedeutungen und Kontexte von (Bei-)Konsum
4. Kasuistiken
5. Konsequenzen für Behandlung und Betreuung  
(für BehandlerInnen und BetreuerInnen)

Zu-



**a·i·d Berlin**  
Ambulanz für integrierte Drogenhilfe



## **5. Konsequenzen für Behandlung und Betreuung (für BehandlerInnen und BetreuerInnen)**

## **Konsum, Kontrolle, Kontrollzwang, Krankheitswert**

- 1. Tatsache: ein polyvalenter oder polytoxikomaner Konsum vieler Substituierter;**
- 2. Tatsache: ein mehr oder weniger weitgehender Kontrollverlust über diesen oder jenen Konsum auch unter Substituten ist ein Alltagsproblem**
  - für die PatientInnen und**
  - für die BehandlerInnen**
- 3. Tatsache: coabhängiges Verhalten beschränkt sich keineswegs nur auf Angehörige! Praevention heißt in diesem Fall: ich muß mich in die Auseinandersetzung mit den PatientInnen begeben!**
- 4. Tatsache: ich bin auf ein objektives Bild vom Konsum meiner PatientInnen angewiesen,**
  - weil nur so eine vernünftige Behandlungsplanung möglich ist,**
  - und ich nur so an eine begründete Einschätzung über den Sinn von z.B. Hepatitisbehandlungen und HIV-Therapie kommen kann**

**Tatsache: daraus resultiert, daß ich in einer anderen Position bin, als die Psychosoziale Betreuung!**

## **Was tun?**

### **Aus ärztlicher Sicht:**

- 1. objektive Daten erheben!**
- 2. Die Befunde zum Thema machen und**
- 3. die psychosoziale Betreuung in diese Auseinandersetzung mit einbeziehen!**
- 4. Dann eine realistische Behandlungsvereinbarung zwischen allen Betroffenen abmachen, die**
- 5. auch beinhaltet, was passieren soll, wenn die getroffenen Vereinbarungen nicht einzuhalten sind.**

### **Das Ziel muß sein:**

- **in jedem Einzelfall „Hedonismus“ von „Abhängigkeit“ unterscheiden zu lernen;**
- **Abstinenzbemühungen zu unterstützen, aber auch akzeptieren zu lernen, daß es sinnvoller sein kann einen unkontrollierten Konsum in einen kontrollierten zu überführen**

**Dazu ist die ärztliche Seite in jedem Fall auf die Zusammenarbeit mit der PSB angewiesen!**

## **Es ergeben sich**

- jede Menge Kommunikations- und Klärungsbedarf, sehr schnell auch – z. T. erhebliche, ernst zu nehmende – Widerstände.**
- große Chancen zur Diskussion unausgesprochener Differenzen und vermiedener Themen sowie zum Austausch über den Methoden-Pool.**
- Abstimmungsbedarf v. a. mit unmittelbaren Kooperationspartnern, dann auch mit anderen Instanzen.**



# Kontrollierter (Bei-)Konsum von Substituierten Kasuistiken und Konsequenzen

## Fallübergreifende Erfahrungen

- liegen aktuell vor für Alkohol, Benzodiazepine, THC und Nikotin sowie für Misch-Konsum/Mehrfach-Abhängigkeiten.

(Die Ergebnisse differieren stark: in einigen Fällen deutliche und nachhaltige Fortschritte, gelegentlich lang anhaltende „Stagnation“, einige rasche Abbrüche, in anderen Fällen nach offenkundigem Scheitern direkter Übergang zu stationärem Entzug)

- deuten auf größere Probleme bei Heroin und Kokain hin, obwohl - mehr oder weniger erfolgreiche - (Selbst-)Kontrollversuche auch damit bekannt sind.

- sprechen immer wieder für: lange Vorlaufzeiten, direkte Verknüpfung von Kontroll-Versuchen mit anderen Themen (Gesundheit, Justiz, Beziehung...), Auf und Ab und Pausen im Verlauf, deutliche Favorisierung des Einzel-Settings (fast egal welche Gruppenform: regelmäßiger Flop), individualisierte und flexible Formen der Hilfestellung (Konsumbeobachtung, geeignete Instrumente, Zwischenbilanzen...)