



Veröffentlicht auf www.subletter.de (<http://www.subletter.de>)

[Startseite](#) > Beikonsum – Rückfall – Ver-Suchung. Anmerkungen aus 23 Jahren Substitutionspraxis

Beikonsum – Rückfall – Ver-Suchung. Anmerkungen aus 23 Jahren Substitutionspraxis

Perspektiven

[Ausgabe 04/2013](#) ^[1]

Beikonsum – Rückfall – Ver-Suchung. Anmerkungen aus 23 Jahren Substitutionspraxis ^[2]

Perspektiven

von Dr. Alfred Scheld, Pforzheim

„Der beste Weg, einer Versuchung zu widerstehen, ist, sich ihr hinzugeben“, schreibt Oscar Wilde in „Das Bildnis des Dorian Gray“. Oscar Wilde war ein Querdenker. Seine raffinierte Äußerung zur Versuchungssituation – sprich: dem Beikonsum – enthält eine kluge Anregung. Er rät nicht, der Versuchung „nachzugeben“, sondern „sich ihr hinzugeben“. Wie das?

Vom Versächlichen zum Persönlichen

Wir arbeiten als substituierende Ärzte in einem vom Staat festgelegten Setting: Abgabe der rauscharmen, legalen Suchtmittel Methadon oder Buprenorphin, um das Verlangen nach der illegalen i.v.-Dröhnung durch Opiate zu befriedigen. Schöner Plan der Experten! Dass er vielen hilft, ist eigentlich ein Wunder. Denn was des guten Doctor's drug fehlt, ist eben der Rausch. Und der Rausch ist es, welchen der Mensch sucht, um diverse Probleme zu lösen. Ein zufriedener Mensch wird nicht süchtig! Hinzu kommt ein ungutes Machtgefälle: Der Arzt besitzt den Stoff, der Patient ist abhängig vom Arzt. Sie ahnen, worauf ich hinaus will: Wir müssen unsere Blicke weglenken von der Fixierung auf Stoffe (vom nachweisbaren Beikonsum) hin zu den Umständen von Konsum und Hilfeversuchen. Vom Versächlichen zum Persönlichen.

In einer Fallvorstellung fragte vor kurzem ein Kollege, ob eine übermaximale Menge Ritalin (80 mg) – zur Verhütung von Kokain und Suizid seines Klienten – Langzeiteffekte hervorrufen könnte. Es war eine typische Stoff-Sachfrage. Vom biographischen Umfeld war nichts zu erfahren. Es gab keine Mitwirkungsbereitschaft des Klienten, keine erkennbare Behandlungskooperation noch eine psychosoziale Begleitung. Als Langzeiteffekt dürfte sich für den Kollegen bei dieser rein medizinisch orientierten Suchtbehandlung ein Gerichtsverfahren mit Lizenzentzug einstellen, wenn er an eine entsprechend scharfe Staatsanwaltschaft gerät. Stabilisierung des Patienten

Beikonsum ist weniger eine Frage der Stoffe, als der beteiligten Menschen – auch der beteiligten Ärzte. Das Machtgefälle der Arzt-Patient-Beziehung in der Praxis provoziert Betrugsversuche, denn wenn Strafe oder Beschämung folgen, muss betrogen werden. Und genau dies ist Treibstoff für das Suchtverhalten. Der beteiligte Arzt und seine Mitarbeiter in der Praxis können diesen Teufelskreis etwas lockern, indem sie „barmherzig“ arbeiten: verstehend, und dennoch fest. Das ähnelt sehr der Gemengelage in der Pubertätserziehung. Die allgegenwärtige Nebenkonsumiererei kann nicht mit Zwang unterdrückt werden, sondern sich nur im Laufe der Zeit „auflösen“. Gemeint ist: Der Heilungsprozess in seinem windungsreichen Fortgang trocknet das Rauschbedürfnis aus. Konsumfreiheit (eine schöne Wortverbindung!) ist eine Folge der – sagen wir – Stabilisierung des Patienten, nicht ihr Agens. Im Licht dieser Anschauung bekommt auch der sogenannte Rückfall eine neue Bedeutung.

1. Der langwierige Weg aus der Sucht geschieht nicht geradlinig, sondern – bestenfalls – in aufsteigenden Spiralen. Der Abhängige fällt nicht nur aus „Schwäche“ zurück, sondern sucht vertrautes Gelände noch einmal auf.

2. Beikonsum und Rückfall zum Original sind beim langwierigen Ausstieg aus der Sucht die Regel, nicht die Ausnahme!

3. Den Abhängigen für Rückfälle einfach abzustrafen, zeigt v.a. wie unbarmherzig unser Umgang mit Sucht und Abhängigkeit geworden ist. Eine Mischung aus Konsequenzen (i.S. einer sozialen Hürde) und Interesse (wie es dazu kommen konnte), ist ein notwendiger Kompromiss, vergleichbar der Begleitung (Erziehung) im Jugendalter.

4. Rückfälle geschehen oft innerhalb der noch vertrauten (Drogen-)Szene, sind also nicht nur individuelle Schwäche, sondern soziale Vorgänge, sogar sehr begreifliche. Würden wir ohne Weiteres unsere Kontakte abbrechen, damit es uns auf Hoffnung besser geht? Zu erwarten, ein „Abhängiger“ könne seine jahrelangen Konsumgewohnheiten mit Beginn einer Substitutionsbehandlung oder Therapie schlagartig ändern, ist naiv, überschätzt die Kraft der Hilfsangebote und ist sogar erfolgsschädlich.

Leitlinien für die Vergabepaxis

1. In den ersten Monaten einer Substitutionsbehandlung sind Rückfälle und/oder Beikonsum anderer Rauschmittel (zum Ersatzstoff) häufig und prinzipiell nicht zu eliminieren. Man betrachte sie als suchtsystemrelevant oder fachlich bezeichnet als „komorbide substanzbezogene Störung“.

2. Favoriten sind natürlich Heroin, der unerwünschte i.v.-Konsum von Methadon selbst (Kick! Rausch!), Benzodiazepine und Alkohol, seltener Kokain und Amphetamine, XTC bei unserer Klientel die Ausnahme, Crystal

ist im Kommen. Nikotin als Beikonsum ist die Regel, Ähnliches gilt für Haschisch, welches wir nur bei klinischer Auffälligkeit berücksichtigen.

3. Wir müssen kontrollieren. Substitution ohne Vergewisserung ist naiv. Wir stehen in einem janusköpfigen Setting, welches an die Vergabelizenz auch eine Prüfpflicht knüpft. Die geeigneten Mittel sind Urinprobe, fälschsicherer Kapillarbluttest und Promilleblasen. Die notwendige soziale Vergewisserung geschieht unabdingbar über die Mitarbeiter, die PSB, Streetworker und sogar das Jugendamt.

4. Im Vergleich zum Konsummuster vor Substitution lässt der Heroinkonsum in einer Substitution wie erwartet deutlich nach. Benzodiazepine und Kokain werden etwas weniger, Alkohol und Haschisch aber intensiver konsumiert. Es erfolgt also eine Verschiebung hin zu (quasi-)legalen Drogen.

5. Benzodiazepine als ärztlich verschriebene Substanzen werden i.A. nur von jenen Klienten weiterhin gebraucht, die unter seelischen Belastungen leiden! Hier ist sehr selten eine zeitlich befristete therapeutische Verschreibung gerechtfertigt. Wir nehmen generell keinen Klienten in die Substitution auf, der regelmäßigen Benzokonsum praktiziert. Je nach Eindruck und Umgebungsanamnese gibt es bestenfalls eine Bewährungsphase von vier Wochen, in denen sich aber messbar etwas tun muss. Erfahrungsgemäß handelt man sich ein kaum beherrschbares Problem ein. Die meisten Bewerber verstehen das sehr gut, wie überhaupt Not und Chuzpe bei der Klientel eine Melange bilden.

6. Bei manchen der Klienten verstärken sich seelische Belastungen unter Substitution (Demaskierung – Nöte kommen überhaupt mal als Nöte zur Sprache – unser Sozialpädagoge arbeitet halbtags in der Praxis), bei vielen werden diese geringer. Werden den Belasteten hilfreiche Medikamente vorenthalten, so weichen diese regelmäßig in unerwünschten Beikonsum aus.

7. Dies beweist, dass Nebenkonsum oft eine Art Selbstmedikation unbehandelter seelischer Störungen oder auch eine Reaktion auf die desolante Lebenssituation darstellt: Alles in allem also durchaus nachvollziehbare Gründe hat! Rückfälle und Beikonsum dürfen also im besten systemischen Sinne als untaugliche Lösungsversuche angesehen werden. Das ehrt den Substituierten und fordert von den Helfern Gespräche, Empathie und – Zeit! Ich schätze meine sichtsvergebenden MitarbeiterInnen für diese tägliche menschliche Einmischung sehr! Medizinisch, also für Leib und Leben gefährlich, sind in Verbindung mit Methadon vor allem Heroin, Benzodiazepine und Alkohol. Am bedenklichsten ist etwas Nichtstoffliches: Der Verbleib oder Rückfall in Szenekontakte und Illegalität. Das erfährt der Arzt selten direkt. Dafür ist ein Team unentbehrlich und gleichzeitig die hochwertigste Qualitätssicherung.

8. In den ersten drei bis sechs Monaten der Substitutionsbehandlung ist Beikonsum also verstehbar! Später betrachten wir Beikonsum kritischer. Wir sprechen dann davon, dass ein Klient „die Substitution ungenügend für sich nutzt“. Die Substitution wird deshalb nicht beendet, sondern es wird nach geeigneteren Therapieformen gesucht, manchmal auch an eine andere Praxis verwiesen (neue Besen ...).

Benzodiazepin-Beikonsum

Kaum lösbar ist der regelmäßige Benzodiazepin-Beikonsum. Ihn halte ich wahrhaftig für eine eigenständige Komorbidität, bei der ich trotz und wegen langer Erfahrung manchmal sogar die Behandlung beende – zum Selbstschutz vor der Justiz. In unserem Qualitätszirkel erleben wir seit Jahren zwei, drei Fälle hautnah mit, wo niedrigrschwelligere Kollegen solche Substituierten mit viel Mühe und Risiko zu halten versuchen. Die Benzoverschreibungspraxis diverser Kollegen gehört berufsrechtlich avisiert. In jeder Stadt sind es einige wenige, wohlbekannte und beratungsresistente „Kugelschreiber“, welche den Markt bedienen.

Fazit

Zurück zu Oscar Wilde: eine gute Substitution ist wesentlich mehr als kontrollierte Ersatzstoffabgabe. Man kann sich darauf beschränken. Das wäre laissez faire, ist allerdings KV-kommissionsseitig nicht kontrollierbar. Das wirklich Schwierige an dieser wie aller guten ärztlichen Arbeit sind die Mühen der Beziehung. Sie kosten Zeit, gelegentlich Überwindung der eigenen Unlust, die Wechselbäder von Ärger und Machtversuchung, auch das Aushalten von Niedrigkeiten und aktives Ans-Netz-Gehen, um einem Arbeitsscheuen schulterklopfend Beine zu machen.

Dem Substituierten ist eine neue Haltung zu wünschen: Nicht haltloses „Nachgeben“, sondern eine Art Hingabe, welche auch der bildungsferne junge Mensch zu ahnen begabt ist. Sich den Versuchungen „hingeben“ meint, bewusster handeln und leben. Durchschauen, dass man mit seinen Handicaps hadert und sein Leben nicht in die Hände nehmen will, ergo ballert und sich selber zum Opfer macht. Das sog. kontrollierte Trinken, von dem ich persönlich sehr viel halte, gehört in dieses Umfeld. Es gibt auch dem Noch-Abhängigen Stück für Stück Würde und Kraft zurück, die ihm weiterhelfen. Dazu soll der gute Arzt seine Patienten und sich selber anhalten.

Quellen-URL: <http://www.subletter.de/node/223>

Verweise:

[1] <http://www.subletter.de/category/ausgaben-archiv/ausgabe-04-2013>

[2] <http://www.subletter.de/node/223>

