

**Bayerische  
Akademie für  
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel.: 089-530 730-0

Fax: 089-530 730-19

E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)

Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

**Dokumentation der  
20. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**„Substitution in der Krise – Spezielle Anforderungen  
und zielgruppengerechte Angebote“**

**14. Oktober 2009 in Nürnberg**

**BAS e.V.** (VR 15964)

**Bankverbindung:**

Bank für Sozialwirtschaft AG

Konto-Nr. 8890100

BLZ 700 205 00

**1. Vorsitzender:**

PD Dr. med. Norbert Wodarz

**2. Vorsitzender:**

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

**Schatzmeister:**

Bertram Wehner

Dipl.-Sozialpäd. (FH)

**Vorstandsmitglieder:**

Christiane Fahrmbacher-Lutz  
Apothekerin

Dr. rer.soc. Christoph Kröger  
Dipl.-Psychologe

**Ehrevorsitzender:**

Prof. Dr. med. Jobst Böning

## Ablauf der Tagung

Am 14. Oktober 2009 fand im Kleinen Sitzungssaal im Nürnberger Rathaus die 20. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern mit rund 50 Teilnehmern statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

- 09:30 Begrüßung und aktuelle Informationen  
Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand der BAS e.V.
- 09:45 Nachgehakt – Versorgungssituation Substituierter in Bayern - Vorstellung der Ergebnisse aus der Befragung bayerischer Beratungsstellen  
Dr. Beate Erbas, BAS e.V.
- 10:10 Fentanyl – das neue (?) Problem in der Substitutionspraxis  
Dr. Astrid Täuber Klinikum Nürnberg Nord
- 10:40 *Kaffeepause und interdisziplinärer Austausch*
- 11:00 Genderaspekte in der Therapie – Was sollte berücksichtigt werden?  
Prof. Christel Zenker, Berlin
- 12:00 Umgang mit Schwerstabhängigen – Braucht es spezielle Angebote?  
Dr. Thilo Beck, ARUD Zürich
- 13:00 *Mittagspause*
- 14:00 Beginn der Workshops:  
  
Auffrischungskurs Erste Hilfe und Reanimation mit praktischen Übungen  
Klaus-Jürgen Zankl, Klinikum Nürnberg Nord
- oder
- Umgang mit Doppeldiagnosepatienten in der PSB  
Manuela Bolz, Ursula Böhm beide Mudra, Nürnberg
- 15:45 *Kaffeepause und interdisziplinärer Austausch*
- 16:00 Forum: Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse
- 16:30 Ende der Veranstaltung

## Begrüßung

Herr Georg Hopfengärtner, Drogen- und Suchtbeauftragter der Stadt Nürnberg begrüßte die Teilnehmer.

Frau Fahrmbacher-Lutz begrüßte die Teilnehmer und wies im Rahmen der „Zwei-Tages-Verschreibung“ der 23. BtMÄndV (Überbrückung von z. B. Wochenenden und Feiertagen bei noch nicht Take-home-fähigen Patienten) darauf hin, dass unbedingt dokumentiert werden muss, dass wirklich keine Vertretung für diesen Zeitraum möglich ist.

Außerdem stellte sie die Broschüre „Prävention von Drogentodesfällen – Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis“ vor, die im Ständigen Ausschuss Praxis (STAP) der BAS entwickelt wurde. Die Broschüre kann in der Geschäftsstelle der BAS gegen Übersendung eines beschrifteten und frankierten (1,45 €) DIN A 5 Umschlages bestellt werden. Außerdem ist die Datei über die BAS-Website abrufbar.

## Versorgungssituation Opiatabhängiger in Bayern – Ergebnisse einer Umfrage unter bayerischen Beratungsstellen im Sommer 2009

Frau Dr. Erbas, wissenschaftliche Mitarbeiterin der BAS e.V., berichtete über die Ergebnisse der im Juli/August 2009 durchgeführten Befragung bayerischer Beratungsstellen. Die Response rate lag mit 44,4% erfreulich hoch (67 Rückmeldungen bei 151 E-Mail-Aussendungen).

Im Mittel wurden im ersten Halbjahr 2009 52 (arithmetisches Mittel) bzw. 30 (Median) Klienten im Rahmen der psychosozialen Beratung betreut. Der Anteil der *krankenkassenfinanzierten Substitutionsbehandlung* betrug durchschnittlich 81% (Median 95%).

Rund zwei Drittel aller Klienten erhielten *Take-home-Verordnungen*, wobei bei 56% die Verschreibungshöchstdauer von 6 bzw. 7 Tagen ausgeschöpft wurde. Take-home-Rezepte wurden signifikant häufiger ( $p=0,039$ ) in Gegenden mit Beratungsstellen ausgegeben, deren Einzugsgebiet (hinsichtlich der Bevölkerungszahl) kleiner und damit vermutlich ländlicher geprägt war. Bei den 7-Tage-Verordnungen fand sich kein derartiger Zusammenhang.

Die Frage, ob es derzeit *unversorgte Klienten* gäbe, die einen Substitutionsplatz suchten, wurde von rund 47% bejaht. Am stärksten betroffen waren die Landkreise Donau-Ries (70 Betroffene), Rosenheim (60), Augsburg, Deggendorf, Günzburg und Landshut (jeweils 50) sowie die Gegend um Ingolstadt/Neuburg/Pfaffenhofen und Regen (je 30) und Schweinfurt (25).

Auf die Frage, *wie viele Ärzte* derzeit im Einzugsgebiet der Beratungsstelle *Substitutionsbehandlung anbieten*, teilten 12,5% ( $n=7$ ) mit, dass es keinen Arzt gäbe. Inwieweit sich die Zahl der substituierenden Ärzte seit Anfang 2007 verändert hat, ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Anzahl ist ...	Häufigkeit	Prozent
gleich geblieben	25	47,2
zurückgegangen	21	39,6
gestiegen	5	9,4
weiß ich nicht	2	3,8

Tab. 1: Veränderungen der Zahl substituierender Ärzte seit 2007

Besonders betroffen von diesem Rückgang ist der Großraum Nürnberg – Fürth mit den angrenzenden Landkreisen, wo insgesamt 6 Ärzte ihre Substitutionstätigkeit eingestellt haben. Jeweils drei Ärzte haben in den Landkreisen Weilheim und Fürstenfeldbruck aufgehört sowie je ein Arzt in acht weiteren Landkreisen mit einem Schwerpunkt in niederbayerischen Landkreisen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der Kenntnis von Ärzten, die *in naher Zukunft* beabsichtigen werden, die *Behandlung einzustellen*, wichtig. 36,5% der Befragten ( $n=19$ ) sind derartige Absichten bekannt. Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die Regionen Neu-Ulm und der Landkreis Augsburg mit jeweils drei Ärzten, die überwiegend altersbedingt ihre Tätigkeit einstellen werden.

Von dieser Entwicklung sind zwischen 2 und 250 *Patienten* (Mittelwert 65; Median 40) *betroffen*. Die am stärksten betroffenen Gegenden sind München (250 Patienten), Neu-Ulm (160), Kempten/Ostallgäu (100), die Region Ingolstadt/Neuburg/Pfaffenhofen (81) sowie Schweinfurt (80).

Die neu hinzu gekommenen Ärzte können diesen Trend nicht stoppen. Lediglich in München und dem Landkreis Ebersberg haben Ärzte Substitutionsbehandlung neu angeboten oder beabsichtigen, dies in Kürze zu tun.

62% der Befragten beklagten u.a. die Abwanderung der Klienten in die Großstädte, den Aufnahmestopp in den bestehenden Praxen und das unterschiedliche Vorgehen der Kontrollbehörden in den verschiedenen Landkreisen. Von vielen Seiten kam zudem der Wunsch nach Substitutionsambulanzen.

## Fentanyl – das neue (?) Problem in der Substitutionspraxis

Frau Dr. Täuber, Ärztin für Psychiatrie am Klinikum Nürnberg Nord, gab zunächst einen Überblick über die lokale Presseberichterstattung zum Thema Fentanylmissbrauch, der im Raum Nürnberg 2009 bereits zu mehreren Todesfällen geführt hat.

Charakteristika: Fentanyl ist ein synthetisches Opioid, das in der Anästhesie und Intensivmedizin sowie bei der Therapie von chronischen Schmerzzuständen Anwendung findet. Die Substanz wirkt als Agonist am  $\mu$ -Opioid-Rezeptor und ist etwa 100-mal so potent wie Morphin (stark analgetisch, sedierend und atemdepressiv). Für die Therapie chronischer Schmerzen stehen nasale und transdermale Zubereitungen zur Verfügung.

Anwendung durch Drogenkonsumenten: Die Pflaster werden transdermal angewendet, wobei allerdings bei täglichem Wechsel mehrere Pflaster pro Tag geklebt werden. Außerdem wird die Gelkammer ausgelutscht oder die Pflaster werden in Wasser ausgekocht und die gewonnene Lösung anschließend injiziert.

Die besondere Attraktivität erklärt sich durch die stärkere und längere Wirkung als Heroin. Außerdem ist die Substanz legal auf Rezept erhältlich und kostengünstiger als Heroin.

Herkunft der Pflaster: Die Pflaster werden entweder aus dem Müll (z.B. von Altenheimen oder Krankenhäusern) gewonnen, von pflegebedürftigen Schmerzpatienten entwendet oder auch über ärztliche Verordnungen in der Apotheke eingelöst.

Pharmakologie bei missbräuchlicher Verwendung der Pflaster: Ein großes Problem besteht darin, dass die genaue Wirkung eines ausgekochten Fentanylpflasters bei i.v.-Anwendung nicht vorausgesagt werden kann. So gibt es auch keinerlei Erkenntnisse zur Halbwertszeit, wenn zur transdermalen Anwendung hergestelltes Fentanyl i.v. appliziert wird.

Eine weitere Gefahr stellt die ungleichmäßige Wirkstoffverteilung im Pflaster dar, wobei auch völlig unklar bleibt, welche Substanzmenge mit einer Injektion zugeführt wird. Wie sich die Substanz im Körper verteilt oder, ob sie möglicherweise kumuliert, ist auch ungeklärt.

Probleme für Substitutionspraxis und Drogenentzug: Bei Substituierten ist die Gefahr einer Atemdepression bei Fentanylbeigebrauch sehr hoch. Mit Schnelltests kann die Substanz nach ca. vier Tagen häufig nicht mehr nachgewiesen werden.

Bei reinem bzw. überwiegendem Fentanylkonsum zeigen sich extrem starke Opiatentzugssymptome (stärker als nach Heroinkonsum), so dass der Bedarf an Levomethadon sehr hoch ist. Außerdem finden sich häufig Tachykardie (Herzrasen) sowie schwer behandelbare Schlafstörungen.

Nürnberger Behandlungskonzept: Solange Fentanyl noch im Urin nachweisbar ist, bestehen trotz Levomethadongabe Entzugssymptome, die mit dem Abfall des Fentanylspiegels im Urin korrelieren. Die Tachykardie könnte ein Fentanyl-spezifisches Entzugssymptom sein.

Zur Entgiftung wird zunächst hochdosiert Levomethadon verabreicht, bis eine deutliche Linderung der Entzugssymptome auftritt. Eine langsame Dosisreduktion sollte erst ab einem Fentanyl-negativen Urin (z.B. Fentanyl < 2 ng/ml) erfolgen.

Bedeutung für die Praxis:

- ✓ Vor der Verschreibung von Fentanyl sollte in allen Fällen die Indikation kritisch geprüft werden. Ggf. empfehlen sich auch bei Schmerzpatienten gelegentliche Urinkontrollen um sicherzustellen, dass die Schmerzpflaster auch angewendet und nicht weitergegeben werden.
- ✓ Fentanylpflaster sollten nicht über den Hausmüll entsorgt werden, sondern nach persönlicher Vereinbarung über die Apotheke oder vor einer Weiterverordnung durch die Arztpraxis zurückgenommen werden.
- ✓ Bei Verdacht auf Fentanylmissbrauch sollte engmaschig der Urin kontrolliert werden.
- ✓ Bei schwerem Entzugssyndrom sollte man an Fentanyl denken.

## Genderaspekte in der Therapie – Was sollte berücksichtigt werden?

Frau Prof. Zenker erläuterte in ihrem Vortrag zunächst den theoretischen Hintergrund zu Gender (*soziale* im Gegensatz zur *biologischen* Dimension von Geschlecht), indem Gender als ein ab der Geburt beginnender, fortwährender Differenzierungsvorgang zu begreifen ist, der das Individuum bezüglich seiner Handlungs-, Denk- und Gefühlmuster lebenslang prägt. Daraus ergeben sich gesellschaftliche Normierungen (z.B. typisch Frau – typisch Mann) mit vielen Facetten.

1999 verpflichtete sich die Bundesregierung Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe und Leitprinzip zu fördern.

Gesundheit und Krankheit: Suchtmittel und Suchtverhalten dienen der Konstruktion von Gender. Der Frauenanteil überwiegt beispielsweise bei der Medikamentenabhängigkeit (66%), bei Bulimie und Anorexie (90%) und bei den atypischen Essstörungen (65%). Der Anteil von Männern ist höher bei den abhängigen Rauchern (57%), den Alkoholabhängigen (71%), bei den missbräuchlich Cannabis Konsumierenden (80%) und den Konsumenten anderer illegaler Drogen (75%). Auch unter den pathologischen Glücksspielern finden sich fast nur Männer (95%).

Gender und Suchtentstehung: Unabhängig vom Geschlecht sind Gewalterfahrungen vor dem 16. Lebensjahr, anhaltendes Leistungsversagen neben negativen sozialen Faktoren in der Kindheit (z.B. Sucht der Eltern, Tod eines Elternteils) sowie die Peer Group als Familienersatz Faktoren, die ursächlich für die Entwicklung einer Sucht sein können.

*Bei Frauen* führen Eigenschaften wie z.B. Anspruchslosigkeit, Verständnis, Verfügbarkeit oder auch Demütigungen zur mangelnden Ich-Identität und Selbstbestimmung, die zu Depression und Sucht führen können. Durch eine negative Abgrenzung von der Mutter kommt es zu übersteigerter oder abgelehnter Weiblichkeit, die ebenso in Ich-Störungen oder Sucht münden kann. Zudem sind Frauen häufig mehrfachbelastet, wenn sie einerseits neben dem Mann auch für die materielle Sicherheit zuständig, andererseits aber zugleich in traditioneller Frauenrolle verankert sind.

Psychosoziale Risiken für *Männer* bestehen dann, wenn aufgrund der fehlenden Vaterfigur in Kindheit und Jugend eine ambivalente Einstellung zum Mann-Sein erwächst: Aggressivität gegenüber Frauen, dissoziales Verhalten oder Sucht können die Folge sein. Überforderungssituationen können sich durch die existentielle Versorgung der Familie ergeben.

Gender und Suchtverläufe: Der Suchtverlauf *bei Frauen* ist gekennzeichnet durch Unauffälligkeit, häufig psychischen Komorbidität, Risiken durch Prostitution (z.B. Gewalt, Infektionen) sowie ein höheres Rückfallrisiko innerhalb von 12 Monaten (50%) verglichen mit den Männern, die diesen Wert erst nach vier Jahren erreichen. Abhängige Frauen leben häufig in stabilen Suchtpartnerschaften (77%, bei Männern 33%) und erfahren bei ihrem Ausstiegswunsch nur geringe familiäre Unterstützung.

*Bei Männern* zeichnet sich der Verlauf der Suchterkrankung durch Gewalt, hohes Risikoverhalten und juristische Probleme aus. Ursächliche Gewalterfahrungen werden nicht benannt und erkannt. Die Therapiebereitschaft ist meist gering.

Suchthilfe und Gender: Ist-Zustand: Mehr männliche als weibliche Patienten befinden sich in ambulanten oder stationären Einrichtungen und schließen eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich ab. Unter den Beratern und Therapeuten finden sich mehr Frauen, in den Führungspositionen überwiegen die Männer.

In Forschung und Praxis sind Männer das bestimmende Geschlecht. Die mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen und das Dominanzstreben der Männer verfestigen die bestehenden Abhängigkeitsverhältnisse. Leitbilder und Behandlungskonzepte sind in der Mehrzahl genderneutral, eigene Frauen- und Männergruppen haben oft nur Alibifunktion.

Nutzen von Gender in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten: Allgemein formuliert lassen sich folgende Punkte festhalten:

- ✓ Verhinderung von Ungleichheit bei Angeboten und Ausstattung

- ✓ Mehr Akzeptanz durch Betroffene und Geldgeber
- ✓ Verbesserung der Versorgungsqualität durch zielgruppengerechte Arbeit
- ✓ Nachhaltigere Zielerreichung durch identitätsstiftende Genderkonstruktion

Süchtige mit Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend und damit häufig verbundenem frühen Suchtbeginn, risikoreichen Konsumformen, hoher Komorbidität und erfolglosen Therapieergebnissen profitieren besonders von *häufigen und gleichgeschlechtlichen* Therapiekontakten. Je stärker die Identitätsstörung ist, desto wichtiger ist es, dass die Patienten in gleichgeschlechtlichen Gruppen eine *stabile Identität* aufbauen können. Auch die Berater und Therapeuten müssen stabil in ihrer Genderrolle verankert sein.

*Geschlechterhomogene Gruppen* dienen u.a. dazu das einengende Rollenverständnis zu überwinden und eine befriedigende Identität als Frau oder Mann zu entwickeln. In *geschlechterübergreifenden Angeboten* kann der respekt- und achtungsvolle Umgang miteinander eingeübt werden.

#### Literatur:

- ✓ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit
- ✓ Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinischen Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen
- ✓ Zenker C (2009): Gender in der Suchtarbeit – Anleitung zum Handeln. fdr-Texte # 9, Neuland Verlagsgesellschaft
- ✓ Zenker C, Bammann K, Jahn I (2002): Genese und Typologisierung der Abhängigkeits-erkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung , Bd. 148. Baden-Baden: Nomos

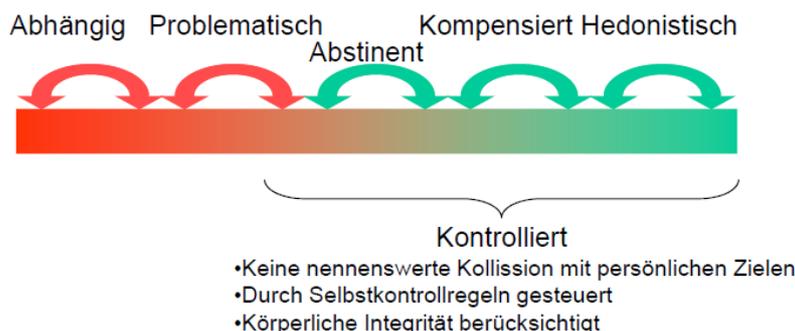
## Umgang mit Schwerstabhängigen – Braucht es spezielle Angebote?

Herr Dr. Beck, Chefarzt der ARUD (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen) plädierte in seinem Vortrag für ein zieloffenes, akzeptierendes und niedrigschwelliges Behandlungsangebot.

Therapie im Spannungsfeld der Überzeugungen: Therapeuten sind oft befangen, indem sie dem Druck durch soziokulturelle Werte ausgesetzt sind, durch bestehende Kategorien in ihrem Blick- und Erfahrungsfeld eingeschränkt sind und/oder das Konsumverhalten meist nur dichotom wahrnehmen.

Typische Fallstricke in der Therapie sind Wünsche nach Heilung bzw. Erlösung, nach Vermeidung eines Rückfalls „um jeden Preis“ oder Klarheit im Ambivalenzkonflikt. Lineare, unidirektionale Entwicklungen in den Patientenkarrerien sind ebenso wünschenswert.

Verzerrte professionelle Wahrnehmung: Die Realität sieht allerdings so aus, dass es eine individuelle Variabilität der verschiedenen Konsumformen über die Zeit gibt (siehe Abbildung).



Der Behandlungsfokus ist jedoch zumeist auf den abhängigen Konsum fixiert.

Prinzip der Schadensminderung: Beigebrauch psychotroper Substanzen ist im Rahmen der Substitution als Behandlungsrealität zu sehen und ein komplexes, multifaktorielles Problem. Oft stecken Selbstmedikationsversuche dahinter, die in erster Linie thematisiert und nicht sanktioniert oder kontrolliert werden sollten.

Aufgrund der Unterschiede in den Sterberaten Opiatabhängiger (Unbehandelte 2,5-3% pro Jahr, Behandelte 1% pro Jahr) sollte die substitutionsgestützte Behandlung so vielen Abhängigen wie möglich zugänglich gemacht werden. Dabei ist die Retentionsrate möglichst hoch zu halten, da das übergeordnete Ziel in der Drogenmedizin die Senkung der Mortalität ist.

Allgemeine Prinzipien einer medizinischen/ therapeutischen Behandlung:

Die Behandlung muss prioritär auf die Verminderung der folgenschwersten Konsequenzen ausgerichtet sein (*Prinzip der Reduktion des maximalen Schadens*).

Therapeutische Ziele sind nur dann sinnvoll, wenn sie erreichbar sind. Eine Überforderung der Patienten durch eine unrealistische Zielsetzung ist zu vermeiden (*Realitätsprinzip*).

Therapeutische Zielsetzungen werden am effektivsten erreicht, wenn sie von Patienten und Therapeuten gemeinsam erarbeitet werden (*Prinzip der Gemeinschaftlichkeit*).

Therapeutische Ziele müssen von Patienten gewählt und umgesetzt werden können (*Prinzip von Autonomie und Selbstwirksamkeit*).

## Workshop 1: Erste Hilfe und Reanimation im Drogenotfall

Herr Zankl, Krankenpfleger für Psychiatrie und Rettungsassistent, gab einen kurzen Überblick über Themen und Ziele des Drogenotfalltrainings, bevor die Teilnehmer die korrekte Seitenlagerung einer bewusstlosen Person sowie die Reanimation bei Atemstillstand (Brustkorbkompression und Beatmung) üben konnten.

## Workshop 2: Umgang mit Doppeldiagnosepatienten in der PSB

Nachfolgend sind die diskutierten Themenbereiche zu hilfreichen Interventionen und Rahmenbedingungen im Umgang mit Patienten mit Doppeldiagnosen stichpunktartig zusammengefasst, so wie sie im Workshop von Frau Dipl. Sozialpäd. Bolz und Frau Dipl. Psych. Böhm bearbeitet wurden.

Themenüberblick:

- ✓ Instrumente, Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen
- ✓ Erstellen eines individuellen Fallkonzepts
- ✓ Medikation und Compliance, Krankheitseinsicht
- ✓ Aufbau der Arbeitsbeziehung
- ✓ Setting
- ✓ Zielvereinbarungen
- ✓ Umgang mit Krisen, Rückfällen, Beikonsum
- ✓ Haltung als „BehandlerIn“
- ✓ Kooperation und Netzwerkarbeit

Eine detailliertere Darstellung sowie der Einführungsvortrag ist den beiden pp-Präsentationen zu entnehmen, die Sie auf der Website der BAS ([www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)) unter der Rubrik Publikationen – Tagungsdokumentationen finden.

**Die 21. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS e.V. findet am **17.03.2010** im Hansa-Haus in München statt.

**Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch Schwierigkeiten informieren!**