



**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

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

<http://www.bas-muenchen.de>

**Netzwerk Sucht in Bayern  
Dokumentation zur 7. Tagung  
„Ihre Themenwünsche an die BAS:  
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit  
- Ko-Abhängigkeit“  
vom 26. März 2003**

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

**Bankverbindung:**

Stadtparkasse München

Konto-Nr. 87-149951

BLZ 701 500 00

**1. Vorsitzender:**

Prof. Dr. med. Jobst Böning

**2. Vorsitzender:**

PD Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

**Schatzmeister:**

Prof. Dr. Gerhard Bühringer

**Vorstandsmitglieder:**

Christiane Fahrmbacher-Lutz  
Apothekerin

Bertram Wehner

**Verantwortlich für die  
Geschäftsstelle:**

**Bertram Wehner**

## Ablauf der Tagung

Am 26. März 2003 fand in den Räumen der Bayerischen Landesärztekammer in München die siebte Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern mit 30 Teilnehmern statt. Vom gewohnten Ablauf abweichend wurde diesmal auf die nachmittäglichen Workshops verzichtet, um den Tagungsteilnehmern die Möglichkeit zum Besuch des 2. Suchtforums mit dem Schwerpunktthema Arzneimittelabhängigkeit zu geben.

## Aktuelle Informationen

Frau Fahrmbacher-Lutz informierte die Tagungsteilnehmer über die derzeit stattfindende Aktion der BAS, mit der am Thema Sucht interessierte Ärzte und Apotheker angeworben werden sollen. Dazu sind entsprechende Aufrufe sowohl im Bayerischen Ärzteblatt als auch in der Pharmazeutischen Zeitung erschienen.

Bezüglich der am 1.1.2003 in Kraft getretenen neuen BUB-Richtlinien hat die BAS ein Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gerichtet, um bei unklaren und verschiedenen interpretierbaren Formulierungen nachzufragen. Eine Antwort auf dieses Schreiben steht noch aus.

Die Bundesopiumstelle hat eine Anfrage an Referenzapotheken gerichtet, wobei die Frage nach einer zunehmenden Nachfrage von frei verkäuflichen Arzneimitteln mit dem Inhaltsstoff **Dextrometorphan** gestellt wurde. Dextrometorphan findet sich in verschiedenen hustenstillenden Präparaten und kann psychoaktiv wirken. Die Netzwerk-Partner werden hier gebeten, diese Anfrage auch in ihren Regionen weiter zu geben und entsprechende Beobachtungen der Bayerischen Landesapothekerkammer (Tel. 089-92620) mitzuteilen. Ein nachgewiesener Missbrauch von dextrometorphanhaltigen Präparaten könnte in der Folge zur Verschreibungspflicht dieser Mittel führen.

## Zusammenfassung Vortrag Dr. Schneider (Veranstaltung aus der Vortragsreihe der BAS vom 19.03.2003)

Frau Queri skizzierte kurz den Vortrag von Herrn Dr. Schneider (INDRO e.V., Münster), der den diesjährigen Zyklus der BAS-Vortragsreihe eröffnet hat.

Der Vortrag mit dem Titel „Drogenmythen-Abstinenz-Akzeptanz“ sollte eine kritische Einführung in das Thema der Vortragsreihe „Soziale Integration als Therapieziel der Suchthilfe – ohne oder auch *mit* Konsum?“ geben.

Trotz der positiven drogenpolitischen Veränderungen seit Ende der 80er Jahre (Umorientierung von abstinenzorientierter und hochschwelliger zu stärker adressatenorientierter und niederschwelliger Drogenhilfe) zieht Herr Dr. Schneider eine ernüchternde Bilanz.

Seine zentrale Kritik ist, dass es in den vergangenen Jahren nicht gelungen ist, die existierenden Drogenmythen zu entkräften bzw. die Drogenangst und –hysterie zu relativieren.

Obwohl die Drogenhilfe mittlerweile dem Hilfesuchenden die Wahlfreiheit einräumt, ein abstinentes Leben oder ein Leben mit Konsum zu führen, gibt es nach wie vor Aspekte, über die nachgedacht werden sollte:

Die gesamte Drogenhilfe ist zu bürokratisch und dreht sich im Kreis um Qualitätsabläufe, Rechtsverordnungen, Leitlinien und Lenkungsausschüssen. Es herrscht immer noch eher institutionsorientiertes Denken und weniger klientenorientiertes bzw. bedürfnisorientiertes Denken vor. Das Problem des Klienten wird dem Angebot der Institution „angepasst“.

Fazit von Herrn Dr. Schneider ist: Drogengebraucher werden immer noch **generell** als behandlungsbedürftig eingestuft. Drogengebrauch führt aber nicht automatisch zu Sucht mit Kontrollverlust, Handlungsunfähigkeit etc.. Forschungsergebnisse belegen, dass es einen erfolgreichen Selbstausstieg ohne professionelle Hilfe durchaus gibt (z.B. Schneider et al. 1997, 1999, 2002). Die drogenpolitische Umorientierung ist demzufolge längst nicht vollzogen. Voraussetzung dafür wäre, die repressive Drogenverbotspolitik aufzuheben, um die Drogenhilfe von den ihr zugeschriebenen Funktionen, die Gesellschaft vom Grundübel illegaler Drogen (oder vielmehr vom Grundübel der Konsumenten illegaler Drogen) zu befreien und Abstinenz herzustellen, zu entbinden. Aufgabe der Drogenhilfe sollte künftig vielmehr sein, Risikokompetenz zu vermitteln, weil alles, was Genuss verschafft, immer auch Risiken beinhaltet!

### **Vorstellung eines Leitfadens zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen einer Substitutionsbehandlung**

Frau Christine Gais von der Fachambulanz für Suchtprobleme ein Kelheim stellte den o.g. Leitfaden vor, der im Rahmen eines Arbeitskreises mit Vertretern verschiedener Fachambulanzen im Bereich der Diözese Regensburg entwickelt wurde. Der vorgestellte Leitfaden findet sich im Anhang zu diesem Protokoll.

### **Ko-Abhängigkeit der Bezugspersonen – ein Stabilisierungsfaktor und Verstärker der Sucht**

Schließlich berichtete Herr Dr. Christoph Schwejda, Oberarzt der Suchtabteilung am Bezirkskrankenhaus Haar, über das Thema Ko-Abhängigkeit der Bezugspersonen, vor allem im Hinblick auf das therapeutische Personal. Gleich zu Beginn seines Vortrags wies Herr Schwejda darauf hin, dass er sein ursprüngliches Ziel, epidemiologische Zahlen zur Ko-Abhängigkeit der Therapeuten zu nennen, aufgrund mangelnder Untersuchungen zu diesem Thema nicht verfolgen konnte.

Die Zahl der Ko-Abhängigen in Deutschland kann nur geschätzt werden. Wenn 80% der Abhängigen eine Bezugsperson haben, kommt man auf 5,2 Millionen Ko-Abhängige. Andere Schätzungen legen vier Bezugspersonen pro Abhängigen zugrunde, so dass 26 Millionen Personen ko-abhängig sein könnten.

So gibt es auch verschiedene Definitionen von Ko-Abhängigkeit, die jedoch zum Teil nicht sehr verständlich sind oder bestimmte wichtige Aspekte außer Acht

lassen. Die folgende Definition, modifiziert nach Fengler, beschreibt das Phänomen der Ko-Abhängigkeit am treffendsten:

*Ko-Abhängigkeit bezeichnet Haltungen, Verhaltensweisen und Status von Personen und Gruppen, die in einem direkten emotionalen Kontakt durch ihr Tun und Unterlassen dazu beitragen, dass der süchtige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann.*

Für ko-abhängiges Verhalten existieren verschiedene Erklärungsmodelle, die zum Teil aus der Psycho- oder Transaktionsanalyse stammen oder von falscher Fürsorge (Hambrecht 1987) geprägt sind. Schmidbauer (1975) erklärt ko-abhängiges Verhalten mit der Neigung zu ungestillter Liebesbedürftigkeit.

Folgende Charakteristika von Sucht und Ko-Abhängigkeit lassen sich gegenüberstellen:

<u>Sucht</u>	<u>Ko-Abhängigkeit</u>
Gier	Kontrolle
Verleugnung der eigenen Sucht	Verleugnung der Sucht des Angehörigen
Vermeidung der Verantwortung	Vermeidung der Auseinandersetzung mit eigenen Problemen
Vergessen wollen	Selbstvergessen im Altruismus
Grenzenlosigkeit	Inkonsequenz
Passivität	Aktivität
Versorgungswünsche	Versorgung

Typische, in der Regel von Familienangehörigen entwickelte Abwehrmechanismen bestehen darin, *zu gut sein zu wollen*. Diese Situation ist auch auf den Arzt übertragbar, indem er beispielsweise bei seinem schwierigen Substitutionspatienten, der kurz vor seinem Schulabschluss steht, immer noch Benzodiazepine und Opiate im Urin feststellt. Der Patient wird in dieser Situation nicht mit seinem Verhalten konfrontiert und dadurch von unangenehmen Konsequenzen entlastet. Durch *rebellierendes Verhalten*, meist durch Geschwister von Abhängigen, kommt es zur Ablenkung und dadurch zur Konfrontationsvermeidung. Durch *apathisches Verhalten* wird die Wahrnehmung der Sucht verweigert, so dass der Süchtige dadurch an Freiräumen gewinnt.

Nelson (1975) beschreibt suchtförderndes Verhalten durch folgende Charakteristika:

- Vermeiden und Beschützen
- Kontrolle des Drogenkonsums zu bewahren
- (persönliche) Verantwortung übernehmen
- Rationalisieren und Akzeptieren
- Kooperation und Kollaboration (z.B. Mutter substituiert Sohn)
- Retten und sich dem Abhängigen nützlich machen

Typische Merkmale der Ko-Abhängigkeit sind nach Mauerer (1998) Außenorientierung, Beziehungssucht, Klammerbeziehung, keine Abgrenzung, kein Vertrauen in die eigene Wahrnehmung, übertriebene Fürsorge (Märtyrer), körperliche Erkrankung, Thema der Kontrolle, verzerrte Gefühle bzw. kein Kontakt zu eigenen Gefühlen, Unentbehrlichkeit, Egozentrismus, Leichtgläubigkeit, Verlust der eigenen Moral, Angst, Starrheit und Rechthaberei.

Die Ko-Abhängigkeit verläuft typischerweise in folgenden Phasen. Die Beschützerphase geht über in die Kontrollphase, die wiederum von einer Anklagephase und schließlich vom Zustand völliger Hilflosigkeit gefolgt wird.

Um Ko-Abhängigkeit therapeutisch anzugehen, besteht zum einen die Möglichkeit der Psychoedukation und zum anderen die der Teilnahme an Selbsthilfegruppen wie Al-Anon oder Ala-teen. Eine Psychotherapie sollte immer den folgenden Leitsatz berücksichtigen:

*Hilfe durch Nicht-Hilfe lernen und Nicht-Hilfe von Nicht-Tun unterscheiden.*

Um das Ausmaß der Ko-Abhängigkeit zu erfassen, kann man verschiedene standardisierte Fragebögen einsetzen. Die Namen und eine kurze Inhaltsbeschreibung der entsprechenden Untersuchungsinstrumente finden sich im Anhang zu diesem Protokoll.

Eine 1999 veröffentlichte Studie hat die Ko-Abhängigkeit bei therapeutischen Personal untersucht (Martsolf D..S. et al.: Codependency in male and female helping professionals). 149 Probanden (Krankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeiter und Ärzte) wurden mit dem Codependency Assessment Tool (CODAT) untersucht. Dabei zeigte sich, dass 82% der Befragten minimale und 18% leichte Zeichen von Ko-Abhängigkeit zeigten, wobei in erster Linie Männer betroffen waren. Weitere Untersuchungen an größeren Populationen sind geplant.

Da der Begriff Ko-Abhängigkeit gerade bei substituierenden Ärzten sehr negativ belastet ist und in Bezug zum Verhalten von Angehörigen gebraucht wird, ist die Bezeichnung des suchtfördernden Verhaltens der Therapeuten mit dem Begriff „Helfer-Syndrom“ vorgeschlagen worden.

Die typischen „Krankheitssymptome“ der Helfer bestehen nach Rennert in einer starken *Außenorientierung*, wobei sich die Behandlung nur auf die Bedürfnisse des Suchtkranken konzentriert. Indem sie den Wunsch haben, besser zu sein als die anderen Helfer kommt es zu häufigem *Vergleichen*. Durch ständiges *Kontrollieren* wird die Selbstverantwortung des Betroffenen geleugnet und der ko-abhängige Helfer hat das *Bedürfnis*, auf alles eine Antwort haben zu müssen. Schmidbauer beschreibt das Helfer-Syndrom als eine an das hohe, starre Ich-Ideal orientierte Fassade, deren Funktionieren von einem kritischen, böartigen Über-Ich überwacht wird. Dabei werden eigene Schwächen und Hilfsbedürftigkeit verleugnet, Gegenseitigkeit und Intimität in der Beziehung vermieden.

Um den ko-abhängigen Therapeuten zu helfen, sind Balint-Gruppen oder auch regelmäßige Supervision geeignet.

## **Diskussionsbeiträge**

### BUB-Richtlinien

Die Teilnehmer des AK BAS Nord erhielten von einer Nürnberger Vertreterin der KV die Auskunft, dass die Bescheinigung über die obligatorische psychosoziale Beratung nicht schon vor Beginn der Substitutionsbehandlung vorliegen muss. Falls sich im Rahmen des Beratungsgesprächs ergeben sollte, dass momentan eine psychosoziale Beratung nicht erforderlich ist, so ist dies entsprechend zu dokumentieren.

Die Rolle der ehemaligen Methadonkommissionen besteht seit dem 1.1.2003 darin, anhand der erforderlichen Dokumentation die gesamte Substitutionsbehandlung des Arztes zu überprüfen.

### Drogenmythen-Abstinenz-Akzeptanz (Vortrag Dr. Schneider)

Was die von Herrn Dr. Schneider vorgebrachten Kritikpunkte an der aktuell praktizierten Drogenarbeit betrifft, wurde seitens der Netzwerkangehörigen größtenteils Zustimmung signalisiert. Der Vortrag hat in „überspitzter“ Weise die bereits bekannte Problematik auf den Punkt gebracht. Solcherart Vorträge sind nach Ansicht einiger Teilnehmer insbesondere deshalb wichtig, weil eine kritische Selbsthinterfragung immer wieder neu „angestoßen“ werden muss (und weniger deshalb, weil sie grundsätzlich Neues beinhalten).

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Viele Patienten suchen trotz Aufforderung durch den Arzt keine PSB zur Beratung auf. Andererseits erhalten Klienten in der PSB oft nur einen Kontaktnachweis, aus dem der weitere Beratungsbedarf nicht hervorgeht. Von den Beratungsstellen kommt hingegen der Vorwurf, die Ärzte seien in erster Linie an der reinen Bescheinigung über ein stattgefundenes Gespräch interessiert und wüssten keine qualifizierte Begleitung. Vor dem Hintergrund der vorgeschriebenen Dokumentation und möglicher Regressforderungen wird das Interesse an einem bayerneinheitlichen Formular zur Vereinfachung der Zusammenarbeit zwischen Arzt und PSB geäußert.

### Ko-Abhängigkeit

Bei der Substitutionsbehandlung kann eine Orientierung an Leitlinien sehr sinnvoll sein, um zu erkennen, ob es sich beim Behandler um einen „Dealer in Weiss“ oder einen qualifizierten arbeitenden Therapeuten handelt. Fühlt sich der behandelnde Arzt möglicherweise durch Leitlinien zu festgelegt oder kann diese mitunter nicht nachvollziehen, so ist es für ihn besonders wichtig, immer wieder das eigene Verhalten zu reflektieren.

### Anhänge:

- Programm
- Leitfaden zur interdisziplinären Substitution im Rahmen einer Substitutionsbehandlung
- Handout zur Ko-Abhängigkeit der Bezugspersonen

Die 8. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der BAS e.V. findet statt am

**Mittwoch, den 01.10.2003 in Nürnberg.**

**Themen und Anregungen für die Aktivitäten und  
Tagungsgestaltung des Netzwerkes Sucht nehmen wir gerne  
entgegen.**