

Stephan Barth (1998)

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER MEDIKAMENTENGESTÜTZTEN REHABILITATION HEROINABHÄNGIGER

1. Einleitung

Die Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger wird in der Bundesrepublik Deutschland erst seit einigen Jahren intensiver praktiziert. Obwohl die medikamentengestützte Rehabilitation bereits seit zum Teil mehreren Jahrzehnten in den meisten anderen europäischen Staaten, den USA und Australien großflächig angewandt wird¹, war und ist sie in Deutschland heftig umstritten. Gegner und Befürworter dieser Therapiemethode standen sich lange Zeit unversöhnlich gegenüber, die Auseinandersetzung trug zeitweise Züge eines Glaubenskrieges². Beide Seiten argumentierten häufig in Extremen. So diffamierte der ehemalige Berliner Drogenbeauftragte und Psychologe W. HECKMANN (1979) substituierende Ärzte als "Dealer mit weißem Kittel", während der Arzt G. GRIMM (1985) die Ersatzdrogenvergabe als "Lösung des Drogenproblems" idealisierte.

Die zunehmende Verelendung der Heroinabhängigen, die dramatisch steigende Zahl der Drogentoten und nicht zuletzt die Befürchtung einer schnellen Verbreitung des HI-Virus veranlaßten die Politik schließlich, in zunächst begrenzten Modellprojekten die Substitution zuzulassen.³ Anlaß war allerdings auch, daß sich die bis dahin als "Königsweg" propagierte stationäre Langzeittherapie als recht ineffizient erwiesen hat: Durch diese Abstinenztherapien werden lediglich ca. 30% der Heroinabhängigen überhaupt erreicht, von denen wiederum lediglich ca. 30% erfolgreich abschließen.⁴

Die Modellprojekte in Nordrhein-Westfalen und Hamburg wurden intensiv wissenschaftlich begleitet und ausgewertet, sodaß nunmehr valide Daten eine Bewertung der Möglichkeiten und Grenzen medikamentengestützter Rehabilitation erlauben. Allerdings muß bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß beide Gutachten von den jeweiligen Initiatoren der Programme in Auftrag gegeben wurden. Tatsächlich ist beiden auch der Versuch gemeinsam, das erhobene Datenmaterial in einer Weise zu interpretieren, daß abschließend möglichst in allen angestrebten Bereichen eine erfolgreiche Behandlung resümiert werden kann. Eine Aufgabe des vorliegenden Beitrages liegt daher auch darin, die Daten einer eigenen unvoreingenommeneren Interpretation zu unterziehen.

Substituiert werden Heroinabhängige mit verschiedenen Medikamenten. Ich werde mich in dieser Arbeit aber auf die gängigste Praxis beziehen, nämlich die Vergabe von Methadon bzw. Polamidon. Wenn ich im folgenden von Methadon spreche, ist Polamidon ausdrücklich eingeschlossen.

¹Vgl. RASCHKE 1994a, S. 13.

²Vgl. BOSSONG/STÖVER 1992, S. 11.

³Vgl. MARTIUS 1991, S. 75.

⁴Vgl. WEINRICH 1986, S. 10ff.

2. Methadon - Pharmakologische Wirkung und Behandlungsmöglichkeiten

Methadon ist ein synthetisches Opiat, das 1942 von der Fa. Hoechst entwickelt wurde. Es besetzt die Opiatrezeptoren, die sich im Gehirn und Teilen der Muskulatur befinden. Dadurch löst die Zufuhr anderer Opiate wie Heroin keine Effekte mehr aus, da eine wechselseitige Kreuztoleranz besteht.⁵

Die Vorzüge des Methadons bestehen darin, daß es mit ca. 24 - 36 Stunden eine sehr lange Wirkungs-dauer besitzt und somit eine einmalige tägliche Vergabe ausreichend ist, daß es oral verabreicht werden kann, daß sich die Begleitwirkungen mit therapeutischer Dosierung verringern, es wirkt blockierend auf Heroinwirkungen und bewirkt nach der Toleranzentwicklung keine euphorisierenden Effekte.⁶

Bedingt durch die angesprochenen Kreuztoleranz kommt es bei einer Umstellung vom Heroin nicht zu körperlichen Entzugserscheinungen. Es bleibt allerdings bei der körperlichen Abhängigkeit, wobei der körperliche Entzug von Methadon wesentlich langwieriger ist als der von Heroin.⁷

Methadon-Vergabe ist in unterschiedlichen Formen praktikabel:

1. Kurzzeitbehandlungen

Hierzu zählt zum einen die Detoxifikations-, zum anderen die Überbrückungsbehandlung. Bei ersterer geht es darum, über sinkende Methadondosen kurzfristig das Ziel der Drogenfreiheit zu erreichen, bei zweiterer darum, die Zeitspanne bis zum Antritt einer auf Abstinenz zielenden Langzeitbehandlung zu überbrücken.⁸

2. mittelfristige Behandlungen

Diese sogenannten "maintenance - to - abstinence - programs" "sind in der Regel auf einen Zeitraum von zwei bis fünf Jahren ausgerichtet. Als Endziel der Behandlung wird die Opiatabstinenz angestrebt. Im Zielfokus dieser Behandlung stehen jedoch zunächst die gesundheitliche Stabilisierung und die soziale und berufliche (Re-)Integration, die - im Gegensatz zu drogenfreien Therapien - als Grundvoraussetzung zum Erreichen der Abstinenz angesehen werden."⁹

3. Langzeitbehandlungen

Diese Behandlung ist auf unbestimmte Dauer angelegt, im Extremfall auch lebenslang. Sie richtet sich insbesondere an diejenigen Abhängigen, "bei denen eine berufliche, soziale und gesundheitliche Rehabilitation oder Stabilität nur unter Substitution gewährleistet bleibt."¹⁰

⁵Vgl. GERLACH/SCHNEIDER 1994, S. 12f.

⁶Vgl. PLATT/LABATE 1982, S. 16.

⁷Vgl. VOGT 1993, S. 13.

⁸Vgl. GERLACH/SCHNEIDER 1994, S. 16.

⁹ebd., S. 17.

¹⁰ebd.

In der Einleitung wurden bereits die beiden Modellprogramme von Nordrhein-Westfalen und Hamburg angesprochen. Da beide wissenschaftlich begleitet wurden, werde ich mich bei den nachfolgenden Ausführungen auch jeweils nur auf sie beziehen. Vorab sei aber kurz auf die Zugangsvoraussetzungen und Behandlungsmodi eingegangen, da dies hinsichtlich der Interpretation der Auswertungsergebnisse der Begleitforschung von Bedeutung ist.

Das Methadon-Programm in Nordrhein-Westfalen

Das Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen ist als hochschwellig zu bezeichnen, da sehr rigide Aufnahmekriterien erfüllt sein mußten. Für alle Teilnehmenden galt: Sie mußten zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits mehrere Jahre opiatabhängig, aber nicht polytoxikoman gewesen sein und bereit sein, sich psychosozial betreuen zu lassen. Unterschieden wurde ansonsten hinsichtlich HIV-infizierten Drogenabhängigen und solchen, die nicht infiziert waren. Letztere mußten mindestens 22 Jahre alt sein und bereits mindestens zwei gescheiterte Abstinenzbehandlungen hinter sich haben, während HIV-Infizierte bereits mit einem Alter ab 18 Jahren und lediglich einer gescheiterten Abstinenztherapie Aufnahme finden konnten. Durchgeführt wurde das Programm in acht Standorten, insgesamt standen 200 Plätze zur Verfügung.¹¹

Das Hamburger Methadon-Programm

Im Gegensatz zu dem Programm in Nordrhein-Westfalen wurde in Hamburg ein einzelfallbezogenes Konzept verfolgt. Verzichtet wurde auf eine zahlenmäßige Limitierung der TeilnehmerInnen. Aufnahme finden konnten Opiatabhängige, die sich in lebensbedrohlichem gesundheitlichen Zustand befanden, bei schweren Erkrankungen, AIDS-Erkrankung und bei Schwangerschaft. Darüber hinaus gelten aber auch sozialmedizinische und psychosoziale Indikationen: "So kann eine medikamentengestützte Behandlung ... angezeigt sein beim Vorliegen einer Opiatabhängigkeit mit erheblichen Persönlichkeitsstörungen, ausgesprochen destruktiven Tendenzen, ungewöhnlich malignem Suchtverlauf ..."12. Verbindlich ist die Teilnahme an psychosozialen Betreuungsmaßnahmen.

Der Kreis potentieller TeilnehmerInnen ist im Hamburger Substitutionsprogramm also wesentlich größer als in Nordrhein-Westfalen. Dies gilt es sicherlich bei dem Vergleich von Ergebnissen der jeweiligen Begleitforschungen aber auch hinsichtlich daraus gezogener Folgerungen zu bedenken. Es handelt sich jeweils um eine - wenngleich in Hamburg vielfältigere - Teilpopulation der Opiatabhängigen, in beiden Fällen aber um solche, bei denen eine besondere Abhängigkeitsproblematik angenommen werden darf.

3. Ergebnisse der Begleitforschungen zur medikamentengestützten Rehabilitation

¹¹Vgl. MAGS NRW 1993, S. 1ff.

¹²KALKE 1994, S. 348f.

Die beiden dargestellten Substitutionsprogramme zielten insbesondere ab auf somatische und psychische Stabilisierung sowie auf soziale Integration einschließlich beruflicher (Wieder-) Eingliederung¹³. Im Hinblick auf diese Aspekte werde ich im folgenden die Ergebnisse der Begleitforschungen referieren.

3.1. Die somatische Situation

Der körperliche Zustand Heroinabhängiger ist oftmals als erheblich reduziert zu bezeichnen. Verursacht ist dies weniger durch die Droge an sich. Heroin ist - im Gegensatz z.B. zu Alkohol und Nikotin - eine organunschädliche Substanz.¹⁴ Verantwortlich für den schlechten Gesundheitszustand sind vielmehr in der Regel die Konsumpraktiken und die Verunreinigungen, die das illegal erworbene Heroin beinhaltet. Das "Needle-Sharing", das Verwenden der gleichen Spritze durch mehrere Abhängige, kann neben der HIV-Infektion zu Pilzerkrankungen, Sepsis, vor allem aber zu Hepatitis führen.

Die Verunreinigungen des Heroin durch Streckungssubstanzen von Beton bis Waschpulver tun ein übriges, den gesundheitlichen Status massiv zu beeinträchtigen.¹⁵ Weitere Quelle somatischer Störungen ist der unter den Bedingungen der illegalen Szene immer wieder auftretende Entzug.¹⁶ Außerdem besteht gerade bei Unkenntnis des Reinheitsgehaltes der Droge immer die Gefahr einer Überdosierung.¹⁷

Die Begleituntersuchung des Hamburger Methadon-Programms kam zu dem Ergebnis, daß sich während der Substitution der körperliche Zustand "drastisch verbessert."¹⁸ Im Behandlungsverlauf verbessern sich Allgemein- und Ernährungszustand kontinuierlich. Die Zahl der Abszesse wie der Hepatitis-Infektionen bildet sich deutlich zurück.

Zusammenfassend kommen WEBER & RASCHKE (1994) zu dem Ergebnis, "daß die gesundheitliche Situation der meisten PatientInnen - wird von den Besonderheiten einer HIV-Infektion abgesehen - relativ rasch einen befriedigenden bis guten Zustand erreicht trotz einer oft sehr schlechten Verfassung vor Beginn der Substitution."¹⁹ Bestätigt wird dieses Ergebnis auch in dem Abschlußbericht des Methadon - Erprobungsvorhabens in Nordrhein-Westfalen.²⁰ Zurückzuführen ist dies sicherlich im wesentlichen darauf, daß der Drogenbeschaffungsstreß wegfällt und die Substituierten auf diese Weise in der Lage sind, wieder in normaler Weise Wert auf Hygiene, Ernährung und gesundheitliche Prävention zu legen. Außerdem ist das verabreichte Substitutionsmedikament im Gegensatz zum Straßenheroin in keiner Weise verunreinigt, bei sachgerechter Behandlung entwickelt sich kein Entzugsge-schehen und die Gefahr der Überdosierung ist gebannt.

3.2. Die psychische Situation

Psychische Probleme oder Störungen haben in der Regel eine für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit auslösende oder aufrechterhaltende Funktion. Es ist also davon auszugehen, daß ohne eine

¹³Vgl. MAGS NRW 1993, S. 2.

¹⁴Vgl. WEBER/RASCHKE 1994, S. 72.

¹⁵Vgl. PLATT/LABATE 1982, S. 37ff.

¹⁶Vgl. BÖLLINGER 1987, S. 42.

¹⁷Vgl. WEBER/RASCHKE 1994, S. 72.

¹⁸ebd., S. 80.

¹⁹ebd., S. 85f.; Hervorhebung im Original.

²⁰Vgl. MAGS NRW 1993, S. 162.

Bearbeitung dieser psychischen Probleme eine dauerhafte Abstinenz eher unwahrscheinlich ist. Mit Hilfe der Droge werden die psychischen Störungen in gewisser Weise selbst medikamentiert, wobei insbesondere dem euphorisierenden Effekt des Heroins eine zentrale Bedeutung zukommt. Bei 70% der TeilnehmerInnen des Programms in Nordrhein-Westfalen wird vor Beginn der Substitution zusätzlich zur Suchterkrankung eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert.²¹

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung wird zwar das Opiatbedürfnis befriedigt, aber kein Euphorisierungseffekt erzielt. Es stellte sich heraus, daß mit dem Absetzen des Heroins bei einer Reihe von TeilnehmerInnen psychische Probleme nun wieder akut wahrgenommen wurden. Die Hamburger Studie stellt fest, daß mehr als die Hälfte der Teilnehmenden über gelegentliche Depressionen berichten, 39% leiden sogar unter häufigen (1 - 2mal die Woche) oder ständigen Depressionen. 19% der Substituierten leiden unter häufig auftretenden Angstzuständen. Immerhin 17% geben an, gelegentlich unter Wahnvorstellungen zu leiden. Interessant ist, daß mit Fortdauer der Substitution psychische Probleme eher häufiger genannt werden.²² Zurückzuführen dürfte dies u.a. darauf sein, daß nach dem Aussteigen aus der illegalen Szene der Beschaffungsdruck wegfällt, der zuvor den Alltag determiniert hat. VERTHEIM (1994) spricht in diesem Zusammenhang von einem "Demaskierungseffekt": "Als eine Reaktion auf die neu eingetretene Lebenssituation unter der Substitution verspürt ein großer Anteil an Polamidon-KlientInnen ein auftretendes 'Loch' oder innere Leere (45%). Ebenfalls über zwei Fünftel der Substituierten fühlen sich einsam oder haben Probleme mit dem Alleinsein (43%). ... So geben fast zwei Drittel der Polamidon-KlientInnen, die seit Substitutionsbeginn eine innere Leere wahrnehmen, oft oder ständig vorhandene depressive Verstimmungen an (63%)".²³ Substituierte mit psychischen Problemen sind seltener berufstätig und haben häufiger noch Kontakt zur Drogenszene. Bei ihnen wird überdurchschnittlich häufig Beikonsum von Tranquilizern festgestellt.

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen der Hamburg-Studie stellt der nordrhein-westfälische Bericht allerdings einen Rückgang psychischer Probleme im Substitutionsverlauf fest, es wird aber etwas nebulös darauf hingewiesen, daß trotzdem der "unauffällige Bereich" nicht erreicht werde.²⁴

Im Hinblick auf die Bearbeitung psychischer Probleme scheinen der Methadon-Behandlung - und zwar selbst mit obligatorischer psychosozialer Betreuung - enge Grenzen gesetzt zu sein. Gerade in diesem Bereich stellen die Programme offensichtlich keine Alternative zu einer psychotherapeutischen Behandlung dar. Eine solche muß allerdings von den Drogenabhängigen auch gewollt und bei ihnen auch praktikabel sein. Nun ist aber im Grunde in beiden Modellvorhaben gerade die Therapieunwilligkeit bzw. -unfähigkeit ein wesentliches Kriterium der Aufnahme gewesen.

3.3. Die soziale Situation

Hinsichtlich der sozialen Situation gilt es zunächst, die Frage der beruflichen Rehabilitation zu untersuchen. Ihr ist auch insofern ein besonderes Augenmerk zu widmen, als in Studien festgestellt werden konnte, daß für eine langfristige Stabilisierung eine berufliche Wiedereingliederung von großer

²¹Vgl. ebd., S. 116.

²²Vgl. VERTHEIM 1994, S. 87ff.

²³ebd., S. 94.

²⁴MAGS NRW 1993, S. 117.

Wichtigkeit ist.²⁵ Das nordrhein-westfälische Erprobungsvorhaben kann diesbezüglich durchaus bescheidene Erfolge verbuchen: Waren vor Beginn der Substitutionsbehandlung 68% arbeitslos, waren dies zum Ende der Modellphase nach vier Jahren nur noch 44%: "Immerhin 43% der Klientinnen und Klienten war entweder durchgängig oder mindestens zu zwei Drittel der Teilnahmedauer erwerbstätig, in Ausbildung/Umschulung oder Studium/Schule; weitere 31% gingen max. 65% und mindestens ein Drittel ihrer Teilnahmedauer einer Beschäftigung oder einer auf die Aufnahme einer Berufstätigkeit gerichteten Maßnahme bzw. Studium/Schule nach."²⁶ Interessanterweise differieren die Ergebnisse der Hamburger Studie recht stark von der vorgenannten, waren doch zum Zeitpunkt der Datenerhebung 65% der Substituierten arbeitslos. Im Vergleich zum Zeitpunkt des Beginns der Substitution hat sich die berufliche Situation bei lediglich 16% der Teilnehmenden verbessert, dafür aber bei 18% sogar verschlechtert.²⁷ Zu bedenken gilt allerdings, daß die Situation auf dem Arbeitsmarkt seit Jahren sehr angespannt ist und gerade der beschriebene Personenkreis aufgrund oftmals minimaler beruflicher Vorkenntnisse als besonders schwer vermittelbar gilt.

Als problematisch ist die finanzielle Situation der Substituierten zu bezeichnen, insbesondere im Hinblick auf Schulden. Die KlientInnen des nordrhein-westfälischen Programmes weisen durchschnittlich 9.800,- DM, die der Hamburger Substitution sogar 20.000 DM Schulden auf. Allgemein wird von einer durchschnittlichen Verschuldung Drogenabhängiger i.H.v. 15.000 bis 20.000 DM ausgegangen.²⁸ Immerhin 43% der Hamburger Substituierten haben in Zusammenarbeit mit den BetreuerInnen einen Entschuldungsplan erstellt, drei Viertel dieses Personenkreises zahlt monatliche Raten und reduziert damit die Schuldenbelastung. Auch bei 52,2% der nordrhein-westfälischen TeilnehmerInnen konnte im Substitutionsverlauf die Schuldensituation positiv verändert werden. Eine erfolgreiche Bearbeitung der Schuldenproblematik stellt für ZIMMERMANN (1993) ein wesentliches Erfordernis einer gelingenden Rehabilitation dar.²⁹ Ein Vorteil der Substitution im Vergleich zu stationären Abstinenztherapien liegt darin, daß bereits während der Behandlung ein Arbeitseinkommen erzielt werden kann, wodurch begleitende Schuldendienste ermöglicht werden.

Eine weitere wichtige Frage ist die nach einer eventuellen Veränderung der sozialen Beziehungen, rekrutiert der Großteil der Drogenabhängigen die bestehenden Kontakte doch aus der Szene. Die Hamburger Untersuchung berichtet davon, daß im Substitutionszeitraum die Zahl derjenigen steigt, die nie oder nur selten Kontakt zu DrogenkonsumentInnen pflegen. Sind es nach 6monatiger Substitution 54%, steigt der Prozentsatz nach über 2 Jahren auf 83%.³⁰ Ähnlich ist auch das Ergebnis der Studie aus Nordrhein-Westfalen: Gaben zu Beginn der Behandlung 17,6% an, keine Kontakte zur Drogenszene zu unterhalten, waren es zum Ende des Modellversuchs 77,9%. Der Mehrzahl der Substituierten ist es auch

²⁵Vgl. STOSBERG 1987, S. 30f.

²⁶MAGS NRW 1993, S. 57f.

²⁷Vgl. JANCZAK/WENDELMUTH 1994, S. 117f.

²⁸Vgl. ZIMMERMANN 1993, S. 67.

²⁹Vgl. ebd., S. 68.

³⁰Vgl. JANCZAK/WENDELMUTH 1994, S. 125.

gelingen, neue Freundschaften im drogenfreien Kontext zu schließen.³¹ Von daher scheint doch eine nachhaltige Distanzierung vom Drogenmilieu stattgefunden zu haben, die eine Gewähr für eine weitere Stabilisierung darstellen dürfte.

Die Situation Heroinabhängiger ist gekennzeichnet durch eine Kriminalisierung bereits des Konsumes der Droge. Im Zuge einer Substitution soll unter anderem auch eine drastische Reduzierung der Kriminalität erreicht werden, ist doch das Substitutionsmedikament völlig legal erhältlich und finanziert, sodaß auch für die Beschaffungskriminalität keine Notwendigkeit mehr besteht.

Im Hamburger Modell kam es zwar zu einem deutlichen Rückgang der Kriminalität, die Verurteilungsquote bewegt sich aber dennoch auf einem hohen Niveau. Vor der Substitution hatten 80% der KlientInnen illegale Einkommensquellen, immerhin wurden aber 18% der Substituierten wegen während der Substitution begangener Delikte verurteilt. 6% wurden wegen Verstoßes gegen das BtmG verurteilt.³² Dies ist ein deutliches Indiz für praktizierten Beikonsum, auf den im nächsten Abschnitt noch etwas genauer eingegangen werden soll.

Im Zuge des vierjährigen Modellversuchs in Nordrhein-Westfalen wurden 27,9% wegen eines während der Substitution begangenen Deliktes verurteilt, allerdings lediglich knapp 3% wegen eines neuerlichen Verstoßes gegen das BtmG. Im wesentlichen handelte es sich sowohl in Hamburg als auch in Nordrhein-Westfalen um Eigentumsdelikte, die während der Behandlung begangen wurden.³³ Dies scheint ein Indiz dafür zu sein, daß die Herauslösung aus der kriminellen Subkultur bzw. die Änderung vorhandener Beschaffungsverhaltensweisen bei weitem nicht in jedem Fall gelingt, wenngleich die jeweils überwiegende Zahl der TeilnehmerInnen nicht mehr in Konflikt mit der Justiz gerät.

Zuletzt sei noch auf die Veränderung der Wohnsituation hingewiesen, für die allerdings nur aus Hamburg Zahlen vorliegen. Waren vor Beginn der Substitution 40% ohne festen Wohnsitz, sind es Ende 1992 lediglich noch 13%³⁴, es ist also von einer deutlichen Verbesserung zu sprechen.

3.4. Beikonsum

Im Idealfall soll die Substitution sicherstellen, daß keinerlei andere Drogen mehr konsumiert werden. Es stellt sich also die Frage, inwieweit dies realisiert werden konnte. Sowohl in Hamburg als auch Nordrhein-Westfalen wurde regelmäßig auf Beikonsum untersucht.

In Hamburg gingen in die Analyse insgesamt 11.127 Urinproben ein, von denen in 31% Heroin, 28% Kokain und in 31% Cannabis nachgewiesen werden konnte. Sogar in 43% konnten Benzodiazepine gefunden werden, die allerdings in den meisten Fällen von den behandelnden Ärzten verschrieben wurden. Noch dramatischer erscheint, daß lediglich bei 33% der Substituierten nie Heroin und gar nur bei 23% nie weder Heroin noch Kokain festgestellt wurden. Oft bzw. ständig konsumierten 26% Heroin,

³¹Vgl. MAGS NRW 1993, S. 60.

³²Vgl. JANCZAK/WENDELMUTH 1994, S. 133f.

³³Vgl. MAGS NRW 1993, S. 64.

³⁴Vgl. Vgl. JANCZAK/WENDELMUTH 1994, S. 110f.

was die Frage aufwirft, wieso hier die Substitution überhaupt fortgesetzt wurde. Allerdings ist im Verlauf der Behandlung ein deutliches Absinken des Heroinkonsums zu beobachten. In den ersten Monaten sind fast 50% der Urinproben positiv, die Quote sinkt im Laufe des ersten Jahres auf 30%, nach ca. 2 Jahren sind noch 20% positiv und nach 3,5 Jahren nur noch 10%.³⁵ Dies sagt aber in meinen Augen nicht sehr viel aus, da davon auszugehen ist, daß diejenigen, die ständigen oder häufigen Beikonsum haben, diese lange Zeitstrecke nicht im Programm verbleiben. Hier scheint mir der Versuch unternommen zu werden, die Situation "schönzurechnen".

Die Studie des Programms in Nordrhein-Westfalen befließigt sich bei der Beikonsum-Analyse eines durchaus zweifelhaften Vorgehens: In die Analyse gehen überhaupt nur diejenigen ein, die mindestens ein halbes Jahr teilgenommen haben. Es darf wohl sicher davon ausgegangen werden, daß dadurch eine Gruppe ausgeblendet wird, die erheblichen Beikonsum hatte und wohl auch deshalb aus dem Programm ausschied. Auch ansonsten sind die Zahlen schwer nachzuvollziehen. Es gibt keine Angaben zu KlientInnen, bei denen nie ein positiver Beikonsum- oder zumindest nie ein positiver Heroin-Befund vorgelegen hat. Stattdessen werden alle, bei denen weniger als 10% der Urinproben Heroin nachweisbar machten, als nahezu heroinfrei bezeichnet (begründet wurde dies damit, daß das Testverfahren nicht 100% richtige Ergebnisse liefert). Auch dieses Vorgehen scheint geeignet, die Ergebnisse zu beschönigen. Auf diese Weise gelten nämlich 70% der KlientInnen zu Beginn der Behandlung und nach 2,5 Jahren Teilnahmedauer sogar 90% als (nahezu) heroinfrei.³⁶

4. Zur Relevanz der Substitutionsbehandlung für die Sozialarbeit

Zu Beginn dieses abschließenden Abschnitts werde ich zunächst noch einmal die bisherigen Ergebnisse zusammenfassen:

Die Substitutionsbehandlung vermag hinsichtlich einer Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation ganz offensichtlich deutliche Erfolge vorzuweisen. Anders stellt sich dies in Bezug auf die psychische Situation dar: Psychische Probleme können offensichtlich nur in eher geringerem Umfang bearbeitet werden, im Gegenteil treten sie oftmals erst nach Beginn der Substitution in Erscheinung. Dies ist sicherlich auch ein Indiz dafür, daß eben im Grunde keine Bearbeitung der Abhängigkeit und ihrer Ursachen stattfindet.

Die soziale Situation stabilisiert sich im Rahmen der Substitution, wenngleich nicht in sämtlichen Bereichen gleichermaßen. Im Zuge der Ersatzdrogenvergabe besteht die Möglichkeit einer konsequenten Schuldenregulierung, bedingt auch durch gewisse Erfolge der beruflichen Rehabilitation. Erfreulich scheint auch die große Zahl der TeilnehmerInnen, die sich aus Drogenkreisen lösen und anderweitige Kontakte aktualisieren bzw. erst aufbauen. Es gelingt auch eine Reduzierung der Kriminalität, die allerdings auf unbefriedigend hohem Niveau verbleibt.

³⁵Vgl. RASCHKE 1994b, S. 172ff.

³⁶Vgl. MAGS NRW 1993, S. 101ff.

Als sicherlich unzufrieden ist der fortdauernde Beikonsum einer größeren Zahl Substituierter zu betrachten. Diesbezüglich vermag die Ersatzdrogenvergabe ihre Ziele nicht zu erreichen.

Alles in allem beinhaltet die Substitution also durchaus rehabilitative Potentiale, ihr sind andererseits aber auch Grenzen gesetzt. Von ihr eine Lösung des Drogenproblems zu erwarten, erweist sich als illusorisch, andererseits halte ich sie als Ergänzung bestehender Abstinenzangebote für gerechtfertigt.

Sozialarbeit im Rahmen einer Substitutionsbehandlung ist letztlich Bestandteil einer "akzeptierenden Drogenarbeit", deren Prämisse es ist, Abhängigen auch dann Hilfeangebote zu unterbreiten und Unterstützung zu gewähren, wenn damit nicht der Ausstieg aus der Sucht verbunden ist.

Gerade im Bereich der psychosozialen Betreuung im Rahmen von Substitution liegt ein originäres Aufgabengebiet der Sozialarbeit. Die Sozialarbeit verfolgt in ihren fachlichen Bemühungen primär das Primat der "Hilfe zur Selbsthilfe". Dazu gehört die Gewährung von Hilfe zur Befähigung des Menschen, im Rahmen seiner Möglichkeiten ein selbstbestimmtes Leben führen und Problem- und Konfliktsituationen konstruktiv lösen zu können. Dazu gehört aber ebenso, gesellschaftliche und soziale Defizite auszugleichen und dadurch eine Integration in das und eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Ganz offensichtlich besteht in der Bundesrepublik ein Defizit an pluralen Hilfeangeboten für Drogenabhängige, wenngleich sich die Situation in den letzten 10 Jahren bereits gebessert hat (beispielsweise durch die Etablierung auch ambulanter Therapie für Heroinabhängige und eine größere konzeptionelle Vielfalt der Drogenhilfeeinrichtungen). Festgestellt werden konnte, daß die klassische Abstinenztherapie nur einen Teil der Abhängigen überhaupt erreicht und die Erfolgsquote durchaus bescheiden ist. Eine weitere Beschränkung auf den "Königsweg" der Abstinenztherapie würde bedeuten, einen großen Teil der Heroinabhängigen in ihrer verelendeten Situation zu belassen, gleichsam entschuldigt dadurch, daß die Suchtkranken ja durchaus auf das bestehende Angebot zurückgreifen könnten. Dies ist allerdings mit den skizzierten Grundzügen der Sozialarbeit schwer vereinbar. Gerade der interdisziplinäre (und in gewisser Weise ganzheitliche) Ansatz der Sozialarbeit, ein Problem nicht isoliert als medizinisch oder rechtlich oder psychisch zu definieren, ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtungsweise und verhilft zu der Einsicht, daß Problemlösungsstrategien vielfältig sein müssen, um auf individuelle Problem- und Bedürfnislagen adäquat reagieren zu können.

Wer würde bestreiten, daß die wünschenswerteste aller Lösungen des Drogenproblems das Erreichen einer stabilen Abstinenz ist? Diese Lösung läßt sich aber realistischweise nicht bei allen Drogenabhängigen unmittelbar erzielen.

Hilfe zur Selbsthilfe kann daher auch darin liegen, durch Vergabe einer Ersatzdroge Abhängige zunächst überhaupt wieder in die Lage zu versetzen, eigene Anstrengungen hinsichtlich einer Stabilisierung ihrer sozialen Situation zu unternehmen. Im Rahmen einer psychosozialen Begleitung erwachsen der Sozialarbeit vielfältige Aufgaben zu, angefangen von der Hilfe bei der Arbeits- und Wohnungssuche, über die Schuldenberatung, die Unterstützung beim Aufbau neuer sozialer Beziehungen außerhalb des Drogenkontextes, der Freizeitgestaltung bis hin zur Bearbeitung psychischer Probleme, von "Rückfällen" in frühere Konsumgewohnheiten und der Erarbeitung realistischer Zukunftsperspektiven.

Fraglich ist, inwieweit eine psychosoziale Betreuung obligatorisch sein sollte. Dagegen spricht, daß die Akzeptanz des Angebotes im Falle einer freiwilligen Annahme sicherlich größer ist und auch mit einer höheren Motivation zur Erreichung gesteckter Ziele zu rechnen ist. Andererseits bietet aber gerade erst eine psychosoziale Betreuung die Gewähr für das Erreichen einiger der genannten Erfolge, etwa die berufliche Rehabilitation, die finanzielle Sanierung, die Verbesserung der Wohnungssituation und der Integration in drogenfreie Kontexte. Außerdem können auch Zukunftsperspektiven erarbeitet werden, die das Ziel der späteren Abstinenz eher erreichbar erscheinen lassen. In den beiden Modellprojekten war die Annahme psychosozialer Betreuung obligatorisch und die Akzeptanz dennoch ausgesprochen hoch. Konkrete Zahlen diesbezüglich liegen über das Hamburger Modell vor: 79% der Substituierten bewerten die psychosoziale Begleitung als positiv, lediglich 5% empfinden sie als störend. Die psychosoziale Betreuung hat unter allen Programmpunkten die höchste Akzeptanz.³⁷

Resümierend halte ich die Substitutionsbehandlung für geeignet, in gewissem Umfang rehabilitative Erfolge auch bei Abhängigen zu erzielen, die durch alternative Angebote der Abstinenztherapien bislang nicht erreicht werden konnten. Sich von ihr eine "Lösung" des Drogenproblems zu erwarten, ist allerdings illusorisch, sie vermag außerdem auch den Beikonsum und delinquentes Verhalten nicht wirklich überzeugend zu überwinden helfen. Neben gesundheitlicher Rehabilitation sind positive Effekte insbesondere hinsichtlich der sozialen Situation zu beobachten. In diesem Bereich kann der Sozialarbeit eine wichtige rehabilitative Aufgabe zuwachsen.

5. Literatur

- BÖLLINGER, L. (1987): Drogenrecht, Drogentherapie. Ein Leitfaden für Drogenberater, Drogenbenutzer, Ärzte, Juristen. Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik. Frankfurt/M.
- BOSSONG, H.; STÖVER, H. (HRSG.) (1992): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. Frankfurt/New York.
- GERLACH, R.; SCHNEIDER, W. (1994): Methadon- und Codeinsubstitution. Erfahrungen, Forschungsergebnisse, Praxiskonsequenzen. Berlin.
- GRIMM, G. (1985): Die Lösung des Drogenproblems. Flintbek.
- HECKMANN, W. (1979): Wenn der Dealer einen weißen Kittel trägt.
In: PSYCHOLOGIE HEUTE, Heft 3, S. 40 - 44.
- JANCAZAK, H.; WEDELMUTH, F. (1994): Die soziale Situation.
In: RASCHKE, P. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 98 - 139.
- KALKE, J. (1994): Programm, Rahmenbedingungen und Akzeptanz.

³⁷Vgl. KALKE 1994, S. 367.

- In: RASCHKE, P. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 345 - 420.
- MARTIUS, M. (1991): Erfahrungen mit Methadonprogrammen: BRD.
In: BÜLOW, A.v.; HEIDHAUS, H.; KIRSCHKE, M.; KRÖGER, S. (HRSG.): Methadon. Grundlagen, Erfahrungen und Probleme medikamentengestützter Drogentherapie. München/Wien, S. 74 - 89.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES NRW (MAGS NRW) (HRSG.) (1985): Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des "Hammer Modells". Düsseldorf.
- MAGS NRW (HRSG.) (1992): Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsbericht der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Institut für Soziologie/Sozialpädagogik. Düsseldorf.
- MAGS NRW (HRSG.) (1993): Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Prognos-Abschlußbericht über das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben. Düsseldorf.
- PLATT, J.; LABATE, C. (1982): Heroinsucht. Theorie, Forschung, Behandlung. Darmstadt.
- RASCHKE, P. (1994a): Einleitung.
In: DERS. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 13 - 18.
- RASCHKE, P. (1994b): Der Beikonsum der Polamidon-PatientInnen.
In: DERS. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 172 - 240.
- RASCHKE, P.; KALKE, J. (1993): Substitutionstherapie in der Bundesrepublik Deutschland.
In: NEUE PRAXIS, Heft 3, S. 207 - 219.
- RASCHKE, P.; VERTHEIM, U.; KALKE, J. (1994): Ergebnisse und Folgerungen.
In: RASCHKE, P. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 19 - 53.
- STOSBERG, K. (1987): Wege aus der Heroinabhängigkeit. Katamnesen bei Patienten der Klinik Hochstadt.
In: MAGS NRW (Hrsg.): Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen. Düsseldorf, S. 24 - 32.
- VERTHEIM, U. (1994): Die psychische Situation.
In: RASCHKE, P. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 87 - 98
- VOGT, F. (1993): Methadon. Substitution im Widerstreit. Freiburg im Breisgau.
- WEBER, T.; RASCHKE, P. (1994): Die gesundheitliche Situation.
In: RASCHKE, P. (HRSG.): Substitutionsbehandlung. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg, S. 69 - 87.
- WEINRICH, G. (1986): Das teutonische Prinzip. Weist Methadon neue Wege in der Drogentherapie?
In: DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN, Heft 2, S. 10 - 15.
- ZIMMERMANN, D. (1993): Schulden - Ein Rehabilitationshindernis.
In: BEWÄHRUNGSHILFE, Heft 1, S. 66 - 74.

Verfasser: Stephan Barth, Dr. phil., Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialarbeiter ist hauptamtlicher Bewährungshelfer und Lehrbeauftragter für Erziehungswissenschaft und Forschungsmethoden an der Universität Siegen