



# Gliederung

|  |    |
|--|----|
| Abkürzungsverzeichnis  | 4  |
| 1. Einleitung  | 5  |
| 2. Begriffsdefinitionen  | 7  |
| 2.1 Droge  | 7  |
| 2.1.1 Opiate   | 8  |
| 2.2 Klassifikation nach ICD-10                                       | 8  |
| 2.2.1 Abhängigkeit   | 9  |
| 3 Drogenarbeit in Deutschland  | 9  |
| 3.1 Geschichte der Drogenarbeit in Deutschland                       | 9  |
| 3.2 Abstinenzorientierte Drogenarbeit                                | 11 |
| 3.3 Akzeptanzorientierte Drogenarbeit                                | 13 |
| 3.3.1 Harm-Reduction   | 14 |
| 3.3.2 Prinzipien der akzeptanzorientierten Drogenarbeit              | 14 |
| 3.3.3 Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit                   | 16 |
| 3.4 Gesellschaftlicher Umgang mit Drogen                             | 18 |
| 4 Substitutionsbehandlung  | 18 |
| 4.1 Ziele der Substitutionsbehandlung                                | 19 |
| 4.2 Rechtliche Grundlagen  | 20 |
| 4.3 Psychosoziale Betreuung  | 23 |
| 4.4 Beikonsum  | 23 |
| 4.5 Kritik an der Substitutionsbehandlung                            | 24 |
| 4.6 Substitutionsmittel  | 26 |
| 4.6.1 Methadon   | 26 |
| 4.6.2 Diamorphin / Heroin  | 28 |
| 4.6.2.1 Heroingestützte Behandlung in der Schweiz                    | 29 |
| 4.6.2.2 Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung in den Niederlanden | 31 |
| 4.6.2.3 Das Englische System   | 32 |
| 4.6.2.4 Aktuelle Situation in Deutschland                            | 33 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 4.6.3   | Andere Substitutionsmittel  | 34 |
| 5       | Vergleich der Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Diamorphin als akzeptanzorientierte Maßnahme | 35 |
| 5.1     | Methoden und Datenmaterial  | 35 |
| 5.1.1   | Bundesdeutsche Modellstudie zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger                           | 36 |
| 5.1.2   | Andere verwendete Studien   | 38 |
| 5.1.3   | Vergleichbarkeit der Studien  | 40 |
| 5.2     | Ergebnisse  | 41 |
| 5.2.1   | Verminderung konsumbedingter Schädigungen   | 41 |
| 5.2.1.1 | Haltequoten   | 41 |
| 5.2.1.2 | Mortalität  | 43 |
| 5.2.1.3 | Beikonsum während der Substitution  | 43 |
| 5.2.1.4 | Gefährlicher Konsum   | 47 |
| 5.2.2   | Verbesserung des Gesundheitszustandes   | 48 |
| 5.2.2.1 | Körperliche Gesundheit  | 48 |
| 5.2.2.2 | Psychische Gesundheit   | 50 |
| 5.2.3   | Soziale Integration   | 53 |
| 5.2.3.1 | Arbeit  | 53 |
| 5.2.3.2 | Wohnen  | 55 |
| 5.2.3.3 | Kontakte  | 56 |
| 5.2.3.4 | Legalverhalten  | 58 |
| 5.2.4   | Aktivierung der Selbsthilfepotentiale   | 60 |
| 6       | Fazit   | 62 |
|         | Literaturverzeichnis  | 65 |
|         | Internetquellen   | 70 |
|         | Eidesstattliche Erklärung   | 70 |

## **Abkürzungsverzeichnis**

AAK - Atemalkoholkonzentration

BMI – Body Mass Index

BtmG – Betäubungsmittelgesetz

BtmVV – Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

DSM – Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders

GSI – Global Severity Index

HCV – Hepatitis-C Virus

HIV – Humanes Immundefizienz-Virus

ICD – International Classification of Diseases

i.v. – intravenös

MVV-RL – Richtlinie Methode Vertragsärztlicher Versorgung

OTI – Opiate Treatment Index

PSB – Psychosoziale Betreuung

UK – Urinkontrolle

WHO – World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

## 1. Einleitung

1998 – Im Koalitionsvertrag der SPD und Bündnis 90/Die Grünen wird festgelegt, den Weg frei zu machen für eine wissenschaftliche Erprobung einer heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland. Zuvor führten andere europäische Staaten ebenfalls solche Versuche durch, allesamt mit durchschlagendem Erfolg<sup>1</sup>. Doch ist es erst wenige Jahre her, dass hier zu Lande die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mit dem Ersatzstoff Methadon flächendeckend eingeführt wurde.

In den 1990er Jahren war die akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf ihrem Höhepunkt. Die Abstinenzprogramme konnten das Drogenproblem nicht eindämmen, führten aufgrund hoher Zugangsschwellen und Erwartungen gar noch zu einer Ausbreitung des Problems. So mussten andere Konzepte entwickelt werden. Die Idee der akzeptierenden Arbeit ist, dass der Konsum akzeptiert wird und dass nicht als einziges Ziel eine Drogenfreiheit am Ende der Maßnahme steht, sondern die Verbesserung der akuten Situation und die Sicherung des Überlebens. Wenn hinterher eine Abstinenz steht, ist dies gut, wenn nicht, sich die akute Lage des Klienten aber zum positiven wendete, ist dies ebenfalls ein Erfolg.<sup>2</sup>

Etwa zeitgleich mit der Etablierung der Akzeptanzorientierung beginnt in Deutschland auch die der Substitutionstherapie. Die Opiatabhängigen bekommen den Ersatzstoff Methadon, später auch den Originalstoff Diamorphin, ärztlich verschrieben, sodass sie, zumindest in der Theorie, nicht mehr auf den illegalisierten Stoff von der Straße zurückgreifen müssen. Parallel dazu sollen sie an einer psychosozialen Betreuung teilnehmen. Dies soll zu einer Stabilisierung beitragen und die Grundlage schaffen auch vom dem Substitut zu entgiften zu können und drogenfrei zu leben. Der Drogenkonsum wird aber, zum Rahmen der ärztlichen Versorgung, für die Dauer der Therapie akzeptiert. Doch macht bereits dies die Substitution zu einer akzeptierenden Maßnahme?

Und wie akzeptierend sind diese akzeptierenden Maßnahmen wirklich, wenn noch immer der Drogenbesitz und dessen Beschaffung verfolgt und die KonsumentInnen kriminalisiert werden? Wenn noch immer Abhängige als krank und behandlungsbedürftig gelten? Und wenn noch immer das Ziel ist, die KlientInnen über kurz oder lang in die Lage zu versetzen eine Abstinenztherapie erfolgreich abschließen zu können? Wie viel daran ist nun also wirklich akzeptierend? Oder ist nicht vielleicht – in Analogie zum Begriff „*abstinenzorientiert*“ – der Begriff „*akzeptanzorientiert*“

<sup>1</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000; Blaken et al., 2005

<sup>2</sup> Vgl. Gerlach/Engemann, 1995: 53

treffender? Diese Frage wird für diese Arbeit mit einem „Ja“ beantwortet und der Begriff „akzeptierend“ nur dort verwendet, wo auch wirklich eine vollständige Akzeptanz gemeint ist. Andernfalls, und ist den größten Teil der Arbeit der Fall, wird von der *akzeptanzorientierter* Drogenarbeit gesprochen.

Heute, 15 Jahre nach dem Beschluss der damaligen Bundesregierung, wurde die Erprobung der Originalstoffsubstitution erfolgreich durchgeführt, evaluiert und 2009 wurde begonnen, Diamorphin in der regulären Substitution Opiatabhängiger einzusetzen. Sie gilt als effektiver als die Methadonsubstitution. Aktuell sind deutschlandweit ca. 400 Personen in Diamorphinbehandlung und die Versorgung soll in naher Zukunft mit Hilfe von vereinfachten und flexibleren Vorgaben für die Vergabep Praxis ausgeweitet werden.<sup>3</sup> Aber ist das auch aus Sicht der akzeptanzorientierten Drogenarbeit ein Schritt in die richtige Richtung? Ist die Substitution mit Diamorphin akzeptierender und integrativer als die herkömmliche Methadonsubstitution? Und kann man im bei der Substitutionstherapie überhaupt von einer akzeptanzorientierten oder gar akzeptierenden Maßnahme sprechen?

Die Arbeitshypothese der Arbeit ist, dass die Substitution mit Diamorphin aus Sicht der akzeptierenden Drogenarbeit besser geeignet ist um dessen Zeile zu erreichen als die Substitution mit Methadon. Es werden anhand einer Sekundäranalyse vorhandener Daten die Auswirkungen der Diamorphin- mit denen der Methadonsubstitution verglichen und diese auf der Grundlage des Konzepts der akzeptanzorientierten Drogenarbeit mit dessen Zielen abgeglichen.

Im ersten Kapitel der Arbeit werden die grundlegenden Begriffe „Droge“ (Kapitel 2.1) und „Opiate“ (Kap. 2.1.1) und die Klassifikation psychischer Krankheiten nach dem ICD-10 (Kap. 2.2) und hier im speziellen die Abhängigkeitserkrankung (Kap. 2.2.1) erläutert. Anschließend wird kurz die Geschichte der Drogenarbeit in Deutschland betrachtet (Kap. 3.1), auf die beiden großen Strömungen, die abstinenzorientierte (Kap. 3.2) und die akzeptanzorientierte Drogenarbeit (Kap. 3.3), eingegangen, wobei die akzeptanzorientierte, da sie die Grundlage dieser Arbeit darstellt, einen weitaus größeren Teil einnehmen wird. Zudem wird ein Blick auf den gesellschaftlichen Umgang mit illegalisierten Suchtstoffen geworfen (Kap. 3.4).

Um die Substitution direkt geht es im dritten Kapitel. Hier wird nach einer generellen Definition auf einige spezielle Aspekte eingegangen: Auf die Ziele (Kap. 4.1), die rechtlichen Bestimmungen (Kap. 4.2), die psychosoziale Betreuung (Kap. 4.3), den Beikonsum (Kap. 4.4) und der Kritik an dieser Methode (Kap. 4.5). Im Anschluss widmet die Arbeit sich den Substitutionsmitteln, die Gegenstand der Arbeit sind. Zum einem dem Ersatzstoff Methadon (Kap. 4.6.1), zum anderen dem

---

<sup>3</sup> Vgl. <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-470/01-2013-01-17-diamorphin.pdf> (Zugriff: 01.02.2011)

Originalstoff Diamorphin (Kap. 4.6.2). Hier werden zunächst die Erfahrungen mit Diamorphin im Ausland, in der Schweiz (Kap. 4.6.2.1), in den Niederlanden (Kap. 4.6.2.2) und in England (Kap. 4.6.2.3), erläutert, anschließend die Situation in Deutschland (Kap. 4.6.2.4).

Der Hauptteil der Arbeit (Kapitel 5) widmet sich der Bearbeitung der oben genannten Fragestellung und der Arbeitshypothese. Da ausreichendes Datenmaterial zur Verfügung steht, wird für die Beantwortung der Frage eine Sekundäranalyse dieser Materialien angewendet. Hierfür werden die Ziele, die eine akzeptanzorientierte Maßnahme erreichen soll, mit den tatsächlichen erzielten Erfolgen der Methadon- bzw. der Diamorphinbehandlung, in den Bereichen der Abwendung von konsumbedingter Schäden (Kap. 5.2.1), dem Gesundheitszustand (Kap. 5.2.2), der sozialen Integration (Kap. 5.2.3) und der Förderung und Aktivierung von Selbsthilfepotentiale (Kap. 5.2.4) verglichen. In einem abschließenden Fazit (Kapitel 6) werden die Ergebnisse zusammengefasst, die zuvor gestellten Fragen beantwortet und ein kleiner Ausblick gegeben, an welchen Stellen Optimierungsbedarf herrscht.

## **2. Begriffsdefinitionen**

### **2.1 Droge**

Der Begriff „Droge“ (oder auch Betäubungsmittel) bezeichnet alle psychoaktiven oder psychotropen Substanzen, sowohl pflanzlicher als auch synthetischer Herkunft. Die WHO definiert es als „a substance that, when ingested, affects mental processes, e.g. cognition of affect.“<sup>4</sup> Sie Kennzeichnen sich also dadurch, dass dessen Konsum Veränderungen im Befinden und Erleben ihrer KonsumentInnen bewirken kann. Sie wirken über Stoffwechselprozesse auf das zentrale Nervensystem. Somit sind nicht nur illegalisierte Substanzen gemeint, sondern auch legale Mittel wie Alkohol, Nikotin und Koffein.<sup>5</sup>

Die Verkehrsfähigkeit dieser Mittel ist nach dem BtmG geregelt. In Anlage I die „nicht verkehrsfähigen Betäubungsmittel“ (z.B. Cannabis und Heroin), Anlage II die „verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel“ (z.B. Diamorphin zur Substitution Opiatabhängiger) und in Anlage III die „verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel“ (z.B. Methadon, Diazepam und Codein).<sup>6</sup> Dann wiederum gibt es legale Betäubungsmittel wie Alkohol, Tabak und auch Koffein. Dies sagt jedoch noch nichts über die Gefährlichkeit und das Suchtpotential der Substanzen aus. Inzwischen ist empirisch belegt, dass

---

<sup>4</sup> [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/) (Zugriff: 14.02.2013)

<sup>5</sup> Vgl. Loviscach, 1996: 17f

<sup>6</sup> Vgl. [http://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/index.html) (Zugriff: 14.02.2013)

auch Alkohol und Nikotin sehr gesundheitsschädlich sind und ein erhebliches Suchtpotential haben. Die Einteilung in *legale* und *illegale* Drogen ist politisch gewollt und wird nicht einzig nach wissenschaftlichen Erkenntnissen betrieben.<sup>7</sup> Demnach wird auch von *legalisierten* und *illegalisierten* Drogen gesprochen.

### 2.1.1 Opiate

Opiate (synonym: Opioide) sind opiumhaltige, schmerzlindernde, spannungslösende und euphorisierend wirkende Stoffe. Zudem können sie die Motorik und das Urteilsvermögen beeinträchtigen. Der Hauptinhaltsstoff von Opium ist Morphin. Die Grundsubstanzen, die Opiumderivate, werden aus den Kapseln des Schlafmohns gewonnen, welcher seit Jahrtausenden angebaut wird. Wie lange hieraus bereits Opium gewonnen wird ist unbekannt. Zu Beginn des 19. Jahrhundert gelang es Wissenschaftlern erstmals Morphin als Reinsubstanz zu isolieren. Als Rauschmittel stiegen Opiate erst im 20. Jahrhundert auf. Zu der Gruppe der Opiate zählen u.a. Morphin, Codein, Heroin und Methadon.<sup>8</sup>

## 2.2 Klassifikation nach ICD-10

Der Missbrauch von Betäubungsmitteln zählt zu den psychischen Störungen. Diese werden im deutschsprachigen Raum überwiegend nach dem ICD-10 der WHO klassifiziert.<sup>9</sup> Der Missbrauch und die Abhängigkeit von Suchtmitteln werden in der Kategorie „F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zusammengefasst. Es wird weiter geordnet nach den Substanzen (Alkohol F10, Opioide F11, Cannabinoide F12, Sedative oder Hypnotika F13, Kokain F14, andere Stimulanzien einschließlich Koffein F15, Halluzinogene F16, Tabak F17, flüchtige Lösungsmittel F18 und multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen F19). In diesen Kategorien werden jeweils die klinischen Erscheinungsbilder differenziert (insbesondere Akuter Rausch F1x.0, schädlicher Gebrauch F1x.1, Abhängigkeit F1x.2 oder einer anderen Störung F1x.3-9).<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. Loviscach, 1996: 19

<sup>8</sup> Vgl. Götzke 2011: 7f; Stimmer, 2000: 437

<sup>9</sup> International findet auch zunehmend das DSM-IV Anwendung. In dieser Arbeit wird sich aber auf die hierzulande geläufigere ICD-10 Klassifikation bezogen.

<sup>10</sup> Vgl. Dilling/Freyberger, 2012: 61

## 2.2.1 Abhängigkeit

Eine Abhängigkeit nach ICD-10 entwickelt sich nach wiederholtem Substanzgebrauch. Sie liegt dann vor, wenn von den folgenden sechs diagnostischen Kriterien mindestens drei über die Dauer von einem Monat Bestand haben oder während eines Jahres wiederholt kurzzeitig auftreten:

- ⌚ Ein starkes Verlangen/Zwang zum wiederholten Substanzgebrauch (Craving)
- ⌚ Verlust der Kontrolle über den Substanzkonsum (Beginn, Menge, Beendigung)
- ⌚ körperliches Entzugssyndrom (F1x.3/4) bei Absetzen oder Reduzierung der Substanzzufuhr
- ⌚ Toleranzentwicklung gegenüber der Wirkung der Substanz
- ⌚ Vernachlässigung anderer Lebensbereiche zugunsten des Substanzgebrauchs
- ⌚ Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen<sup>11</sup>

Wenn diese Kriterien auf Heroin zutreffen, ist von Opiatabhängigkeit/Heroinabhängigkeit (F11.2) die Rede.

## 3. Drogenarbeit in Deutschland

### 3.1 Geschichte der Drogenarbeit in Deutschland

Der Gebrauch von Opium zu medizinischen Zwecken, als Analgetika und Sedativa, ist im Raum des heutigen Deutschlands seit dem 16. Jahrhundert bekannt. Insbesondere im 19. Jahrhundert, nach Erfindung von Morphinum, kam es zur Massenanwendung, vor allem bei Soldaten im Deutsch-Französischen Krieg, mit der Folge, dass die Anzahl des Abhängigen sprunghaft anstieg. Erst nach Kriegsende fand es auch den Weg in die zivile Gesellschaft.<sup>12</sup> Doch erst da wurde die Morphiumsucht als Krankheit erkannt und beschrieben. Bereits zu diesem Zeitpunkt gingen die Meinungen der Fachleute auseinander in der Strategie der Behandlung: „absolute Abstinenz versus Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung gesundheitlicher Stabilität und gesellschaftlicher Integration unter zeitlich befristeter oder unbefristeter Opiatmedikation“<sup>13</sup>.

Als Rausch- oder Genussmittel fand es bis Anfang des 20. Jahrhunderts jedoch kaum Anwendung in der breiten Bevölkerung und war überwiegend der Oberschicht vorbehalten<sup>14</sup>. Von Seiten des Gesetzgebers bestand also noch kein Handlungsbedarf, da die MorphinistInnen nicht als

---

<sup>11</sup> Vgl. Dilling/Freyberger, 2012: 77f

<sup>12</sup> Vgl. Gerlach/Engemann, 1995: 6f

<sup>13</sup> Vgl. ebd.: 7

<sup>14</sup> Vgl. ebd.: 8f

gesellschaftliches Problem definiert wurden, „da sie sich vornehmlich aus einem sozial-integrierten [...] Personenkreis rekrutierten und Konformität bewahrten“<sup>15</sup>.

Am 30. Dezember 1920 wurde das erste deutsche Opiumgesetz eingeführt<sup>16</sup>. So wurde durch Verstärkte staatliche Kontrolle das Rauschgiftproblem erst künstlich geschaffen. Die Opiat- und KokainkonsumentInnen wurden gesellschaftlich geächtet, so dass sich eine sichtbare Szene herausbildete, die wiederum von der Gesellschaft umso mehr mit dem Stigma des moralisch bedrohlichen belegt wurde. „Bis dahin als ‚normale‘ Kranke definierten DrogengebraucherInnen wurden nun in Psycho- und SoziopathInnen umdefiniert“<sup>17</sup>. Der Prototyp der Opiatabhängigen und die damit verbunden Vorurteile, die noch heute in der Gesellschaft verankert sind, entstanden hierdurch<sup>18</sup>.

Bereits Ende der 1920er Jahre wurde der abstinenorientierte Ansatz in der Behandlung Drogenabhängiger als der einzig richtige manifestiert. Der behandelnde Arzt hatte die Pflicht OpiatkonsumentInnen in geschlossene Einrichtungen einzuweisen. Nur bis Beginn des Entzugs sollte eine Versorgung mit Originalsubstanzen möglich sein.<sup>19</sup> Auch im Nachkriegsdeutschland wurde vorerst von diesem Umgang mit der Abhängigkeit nicht abgewichen. Diese Grundsatzentscheidung zugunsten stationärer, abstinenorientierter Behandlung wurde sowohl als Beschluss der Ärzteschaft als auch seitens verschiedener Fachpublikationen in den 1950er und 1960er Jahren mehrfach bestätigt.<sup>20</sup>

Bis Ende der 1960er Jahre spielte der Opiatgebrauch in der deutschen Gesellschaft jedoch kaum eine Rolle. Erst um 1968, im Zuge der StudentInnenbewegung nahm die Zahl der KonsumentInnen illegalisierter Drogen und Opiaten insbesondere unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen sprunghaft zu, so dass in Folge dessen das Opiumgesetz 1971 durch das repressivere Betäubungsmittelgesetz (BtmG) ersetzt wurde.<sup>21</sup> Die vorhandenen Beratungsstellen waren strikt abstinenorientiert ausgerichtet und wurden von der betroffenen Gruppe der KonsumentInnen wenig in Anspruch genommen. Die Krankenhäuser und psychiatrische Anstalten waren mit dem neuen Phänomen überfordert, denn es standen keine adäquaten Behandlungsmethoden zur Verfügung<sup>22</sup>. Vielmehr setzte das damalige Suchthilfesystem auf eine Täter-Opfer-Sichtweise. Aus

---

<sup>15</sup> Gerlach/Engemann, 1995: 9

<sup>16</sup> Vgl. ebd.: 10

<sup>17</sup> Ebd.: 12

<sup>18</sup> Vgl. ebd.: 11f

<sup>19</sup> Vgl. ebd.: 14f

<sup>20</sup> Vgl. ebd.: 15ff

<sup>21</sup> Vgl. ebd.: 20ff

<sup>22</sup> Vgl. Gerlach/Engemann, 1995: 22f; Jensen, 2003: 21

juristischer Sicht sein die KonsumentInnen Täter, die bestraft werden müssen, aus medizinischer Sicht Kranke und Persönlichkeitsgestörte, Opfer ihrer Krankheit und Sucht und keinesfalls mündige Persönlichkeiten und Individuen.<sup>23</sup>

Als erster Versuch einer weniger repressiven Suchthilfe schlossen sich ab 1970 Selbsthilfe- und Basisinitiativen unter dem Namen „Release“ zusammen, welcher als Vorläufer der akzeptanzorientierter Drogenarbeit zu sehen ist. Als Alternative zum strikten Abstinenzgebot der bisherigen Angebote sind die „Release“-Angebote konzeptionell als Hilfe zur Selbsthilfe angelegt und durch einen Verzicht auf Zwangsausübung, Freiwilligkeit und antiautoritären Stil geprägt. Die KonsumentInnen sollen, nach abgeschlossenem Heroinentzug psychisch und physisch stabilisiert werden und alternative Verhalten- und Lebensformen erlernen. Viele der heutigen in der Praxis der niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Drogenarbeit zu findenden Konzepte, wie Kontaktläden, Übernachtungsangebote, Beratungsstellen oder therapeutische Wohngemeinschaften, finden hier ihren Ursprung. Aufgrund von Streichung finanzieller Mittel wurden diese Angebote jedoch bereits nach wenigen Jahren wieder aufgegeben, zugunsten von strikt abstinenzorientierten, hochschwelligen und hierarchisch aufgebauten Angeboten, die für die KonsumentInnen erst bei Überwindung des akuten Drogengebrauchs erreichbar waren.<sup>24</sup>

Die Folge einer kriminalisierenden Drogenpolitik war der Anstieg der Heroinabhängigen auf ca. 40.000 und Verzwanzigfachung der Drogentoten. Der Schwarzmarkt florierte und die Preise für die Droge stiegen an. Die KonsumentInnen wurden in die Kriminalität gedrängt um den Konsum finanzieren zu können.<sup>25</sup>

Um dem ansteigenden Heroinkonsum Herr zu werden, verschärfte der Gesetzgeber das BtmG 1981 erneut, hob beispielsweise die Höchststrafe für Vergehen im Sinne des BtmG auf nunmehr 15 Jahre an und verabschiedete den noch heute geltenden §35ff BtmG, welcher besagt, dass unter bestimmten Voraussetzungen einem aufgrund von Drogendelikten Verurteilten es möglich sein kann, statt einer Haftstrafe eine stationäre Therapie anzutreten („Therapie statt Strafe“). Da diese Therapie jedoch nicht auf Freiwilligkeit basiert, sondern vor dem Hintergrund einer drohenden Haftstrafe stattfindet, kann bei diesem Paragraphen keine Rede von KlientInnenorientierung sein.

### **3.2 Abstinenzorientierte Drogenhilfe**

Das System der abstinenzorientierten Drogenhilfe wurde durch das geänderte BtmG von 1981 zunächst auch gesetzlich manifestiert. Sie kennzeichnet sich durch die sogenannte Therapiekette.

---

<sup>23</sup> Vgl. Haller, 2012:56

<sup>24</sup> Vgl. Gerlach/Engemann, 1995: 25ff

<sup>25</sup> Vgl. ebd.: 29

Beginnend in einer Beratungsstelle, über den stationären Entzug, zur stationären Langzeittherapie bis zu Nachsorgeangeboten nach Beendigung der Therapie. Am Ende soll ein drogenfreies Leben stehen (Abstinenzgebot). Diese Angebote erreichen allerdings nur diejenigen KlientInnen, die aktiv eine Hilfe anstreben. Entscheidend ist hierbei die persönliche Motivation und der Leidensdruck der KlientInnen. Die Restlichen fallen als unmotiviert oder nicht genug leidend geltend durchs Raster. Verelendung und Kriminalisierung der KlientInnen sind die Folge und werden nach diesem System als ‚therapeutische Hilfsmittel‘ legitimiert.<sup>26</sup> Dieses traditionelle Hilfesystem setzt quasi eine Verelendung voraus und strebt eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Abhängigen nicht an. Im Gegenteil: Der Versuch der Verbesserung der Lebensverhältnisse wurde als ‚Suchtverlängerung‘ und ‚Suchtstabilisierung‘ gesehen.<sup>27</sup>

Hinzu kam ebenfalls die stark ansteigende Anzahl an Drogentodesfällen in Folge der Verelendung und Kriminalisierung, sowie die Anfang der Jahre auftretende Welle von HIV- sowie Hepatitis-C (HCV) Infektionen, die die Drogenarbeit und letztendlich auch die Drogenpolitik zum Umdenken zwang.<sup>28</sup>

Die abstinenzorientierten Drogenhilfe arbeitet vor dem Hintergrund, dass die Drogenabhängigkeit seit Jahrzehnten von Praktikern als „gestörtes Verhalten“ und Persönlichkeitsstörung behandelt wurde, welches geheilt oder nachsozialisiert werden muss (medizinisch/psychiatrisches Modell). Dem als psychisch krank geltenden Drogenabhängigen könne nur eine psychiatrische Therapie helfen um ein Normkonformes Leben zu erlernen.<sup>29</sup>

Jedoch ist diese „Störung“ eine gesellschaftlich geschaffene. Wie oben bereits erläutert wurden die Opiatabhängigen erst infolge der Illegalisierung der Droge als gesellschaftliches Problem und Gestört definiert. Es gibt weitere Beispiele, in denen die Gesetzgebung oder die Sichtweise der Gesellschaft bestimmt, welche Form des Konsums legal und gesellschaftlich anerkannt ist, und welche verfolgt wird und geächtet ist, ohne dies empirisch zu begründen. Stöver (1990) nennt hier als Beispiel den Umgang mit Cannabis in Deutschland bzw. in den Niederlanden. Während in den Niederlanden der Konsum und der Erwerb unter gewissen Umständen toleriert wird, wird er in Deutschland – und den meisten anderen Staaten – illegalisiert und massiv sanktioniert. Als anderes Beispiel wird der Tabakkonsum genannt, welcher hier zu Lande zumeist gesellschaftlich anerkannt wird, während er in den USA als zunehmendes soziales Problem wahrgenommen wird.<sup>30</sup> So war es

---

<sup>26</sup> Vgl. Gerlach/Engemann, 1995: 32

<sup>27</sup> Vgl. Stöver, 1990: 16f; Haller, 2012: 57

<sup>28</sup> Vgl. Schneider, 2005: 267

<sup>29</sup> Vgl. Stöver, 1990: 19

<sup>30</sup> Vgl. ebd.: 20

bis in die 1920er Jahre in Deutschland ebenfalls mit dem Opiumgebrauch. Erst durch die massive Verfolgung und gesellschaftliche Ächtung wurde das Problem künstlich erschaffen.

Der Konsum illegalisierter Drogen ist jedoch differenzierter zu betrachten und „nicht durch vorab festgelegte Kategorien definierbar. Es gibt weder 'die' Verlaufsform einer Drogenabhängigkeit, 'den' Drogenabhängigen oder gar 'die' Suchtpersönlichkeit, noch gibt es 'die' Ursachen für deren Entstehung“<sup>31</sup>. Die Therapiekette (Beratung, Therapie, Abstinenz) ist also nicht universal anwendbar. Die KonsumentInnen, deren Lebenslauf und Drogenkarrieren und entsprechend auch die Hilfebedarfe und Ausstiegsszenarien sind höchst heterogen, so dass es unterschiedlich gestaltete, bedarfsgerechte Hilfsangebote geben muss. Drogenabhängigkeit kann nicht als Krankheit angesehen werden, die in erster Linie behandelt werden muss.<sup>32</sup>

### **3.3 Akzeptanzorientierte Drogenarbeit**

Hier setzt die akzeptanzorientierte Drogenhilfe an. Nicht der unbedingte Wille zum Verzicht, oder die Gefahr einer drohenden Haftstrafe ist die Eintrittskarte zum Hilfesystem, sondern die Hilfe richtet sich an alle Betroffenen. Nicht die Abstinenz ist das oberste Ziel, sondern „dass Abhängige die Phase ihres Konsums lebend überstehen“<sup>33</sup>, und gesundheitliche und soziale Nachteile des Drogengebrauchs zu verringern (Harm-Reduction). Eine mögliche Abstinenz ist nur noch ein Ziel unter vielen und wird von den KonsumentInnen freiwillig gewählt.<sup>34</sup> Um auch diejenigen zu erreichen, bei denen der Änderungswille fehlt und die die traditionelle Drogenhilfe als nicht (mehr) erreicht, muss der Drogengebrauch derjenigen als eigene Entscheidung akzeptiert werden, Zugangsschwellen abgebaut und die Reichweite der Angebote vergrößert werden. Die Angebote sollen bedürfnisorientiert und lebensweltnah für die Betroffenen, und vor allem freiwillig sein.<sup>35</sup> Existenzielle Bedürfnisse, wie Gesundheitsversorgung, Essen und Übernachtungsmöglichkeiten, zu sichern ist vorrangiges Ziel. Ebenso Rechtsschutz, im Sinne von Rechts- und Sozialhilfberatung, und bei Möglichkeit die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten.<sup>36</sup> Die KonsumentInnen werden als eigenverantwortlich und selbstbestimmt und der Konsum als selbst gewählter Lebensstil akzeptiert.<sup>37</sup>

---

<sup>31</sup> Schneider, 2005: 269

<sup>32</sup> Vgl. Schneider, 2005: 269; akzept, 1999: 15

<sup>33</sup> Schmidt-Semisch/Wehrheim, 2005: 221

<sup>34</sup> Vgl. Gerlach/Engemann, 1995: 53

<sup>35</sup> Vgl. Stöver, 1990: 14

<sup>36</sup> Vgl. ebd.: 18

<sup>37</sup> Vgl. Haller, 2012: 87

### 3.3.1 Harm-Reduction

Das Konzept der Harm-Reduction, das heißt der Schadensminderung, ist leitend in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Hiermit ist gemeint, das soziale und gesundheitliche Risiko der KonsumentInnen beim Drogengebrauch zu minimieren. Dieser Ansatz ist nicht Substanzgebunden. Er zielt zwar hauptsächlich auf illegalisierte Drogen, kann aber auch als Risikominderung des Alkohol- oder Nikotingebrauchs angewandt werden. Die Angebote zielen nicht auf den Verzicht der Droge hin, sondern auf Reduzierung gesundheitlicher, psychischer und sozialer Begleiterscheinung die mit dem Konsum einhergehen bzw. die dieser nach sich zieht.<sup>38</sup> Konkret heißt das, das Anbieten von Überlebenshilfe beim Konsum durch Konsumräume oder dem Bereitstellen sauberer und infektionsfreier Utensilien zum risikoärmeren Konsum sowie dem Erlernen von „Safer Use“, dem sicheren und hygienischen Konsum. Auch die Substitution, also die ärztlich verordnete und kontrollierte Einnahme einer Ersatzdroge anstelle von (Straßen)heroin, gilt als eine Maßnahme der Harm-Reduction<sup>39</sup>. Dies stellt im Vergleich zu der abstinenzorientierten Drogenarbeit der 1970er und 1980er Jahre einen Paradigmenwechsel dar.<sup>40</sup> Erste Ansätze der Harm-Reduction wurden zwar schon in den 1970er Jahren in den Niederlanden und der Schweiz entwickelt, doch erst mit Ausbreitung der von HIV fand dieses Konzept international Beachtung.<sup>41</sup>

### 3.3.2 Prinzipien der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit arbeitet gemäß des Prinzips der Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung der KlientInnen. Die GebraucherInnen illegalisierter Substanzen sind als Subjekt anzusehen, nicht als Objekt, welche von außen bearbeitet werden kann. Die Drogenhilfe kann allenfalls Hilfe zur Selbsthilfe anbieten, Angebote schaffen, die von den KlientInnen auch erreicht werden. Die KonsumentInnen sind als mündige Menschen zu akzeptieren. Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit funktioniert nach dem Prinzip der Freiwilligkeit, ohne Bevormundung von außen. Die Praxis hat gezeigt, dass entsprechende Angebote auch von denjenigen KlientInnen angenommen werden, die von der reinen abstinenzorientierten Drogenarbeit nicht mehr erreicht werden konnten.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> Vgl. Prinzleve, 2004:39

<sup>39</sup> Vgl. Jensen, 2003: 24

<sup>40</sup> Vgl. akzept, 1999: 15

<sup>41</sup> Vgl. Prinzleve, 2004: 39

<sup>42</sup> Vgl. Schneider, 2005: 270

Der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Akzept e.V.) stellte im April 1999 die Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit dar. Diese sind:

- ⌚ „Akzeptanz von DrogengebraucherInnen als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz des Rechts auf Autonomie“<sup>43</sup> – Dieses ist das entscheidende Prinzip, welches die akzeptanzorientierte Drogenarbeit prägt. Es bedeutet auf das Abstinenzgebot und den Zwang zur Verhaltensänderung zu verzichten. Stattdessen sollen die Lebensstile der KonsumentInnen akzeptiert und diese zu einem verantwortungsbewussten und risikomindernden Umgang mit Drogen gebracht werden. Die Probleme der KlientInnen sollen bei aller Eigenverantwortung jedoch nicht ignoriert werden, sondern ihnen in Krisensituationen eine aktive Unterstützung angeboten werden, welche jedoch nicht zur Regel gemacht werden soll.
- ⌚ „Wahrung und Schutz der Würde der KlientInnen“<sup>44</sup> – Der Schutz der Menschenwürde stellt insbesondere in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit das höchste Gut dar. Die Leidensdruck-Theorie der abstinenzorientierten Drogenarbeit macht diesen Punkt besonders wichtig, denn dort hat sich die Menschenwürde dem Abstinenzgebot vielfach unterzuordnen. Dies bedeutet auch auf die individuellen Besonderheiten der KlientInnen Rücksicht zu nehmen.
- ⌚ „Normalisierung des Umgangs mit DrogenkonsumentInnen und mit dem Drogenproblem“<sup>45</sup> – Von der Öffentlichkeit wird Drogenkonsum als abweichendes Verhalten und die KonsumentInnen als Problem wahrgenommen. Dies führt zu erheblicher sozialer Ausgrenzung. Eine Grundbedingung der humanen Drogenarbeit ist, diesen gesellschaftlichen Umgang zu normalisieren und somit die sozialen Bedingungen der KonsumentInnen zu verbessern. Das hilft auch Schwellen zum Drogenhilfesystem abzubauen, dass den KlientInnen kein negatives Label auferlegt wird, welches die gesellschaftliche Stigmatisierung bestärkt. Die Stigmatisierung hat auch negative Folgen für die medizinische und psychosoziale Versorgung der KlientInnen.

---

<sup>43</sup> Akzept, 1999: 16

<sup>44</sup> Ebd.: 17

<sup>45</sup> Ebd.

- ⌚ „Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden, vor Stigmatisierung und Kriminalisierung“<sup>46</sup> – Hiermit ist insbesondere das Prinzip der Harm-Reduction gemeint. Schadensminderung hat auch einen präventiven Charakter, da sie „Vorrang gegenüber nachträglicher 'Reparatur' hat“<sup>47</sup>. Dieser Ansatz steht konträr zu jenen, die auf Leidensdruck setzen, denn eben dieser muss verhindert werden. Nur so können andere Prinzipien, wie ein menschenwürdiger Umgang mit den KlientInnen ermöglicht werden.
  
- ⌚ „Orientierung an den Bedürfnissen des KlientInnen“<sup>48</sup> – Die Angebote der akzeptanzorientierte Drogenarbeit müssen sich nach den Bedürfnissen der KlientInnen richten, nicht nach den Vorgaben der ordnungs- und wirtschaftspolitischen Ansprüchen der Träger. Die Ziele der Hilfe sind als individuelle Aushandlungsprozess zwischen KlientIn und MitarbeiterIn des Hilfetragers zu verstehen.
  
- ⌚ „Drogenpolitisches Engagement“<sup>49</sup> – Die Drogenpolitik und die gesellschaftlichen Werte und Normen stellen die Rahmenbedingungen für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Da diese im Grundsatz jedoch eher konservativ geprägt sind, muss sich die akzeptanzorientierte Drogenarbeit für eine Liberalisierung der Drogenpolitik und der Gesellschaft einsetzen, um Stigmatisierung und Kriminalisierung der KlientInnen zu bekämpfen und die genannten Prinzipien auf breiter Basis durchzusetzen.<sup>50</sup>

### 3.3.3 Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

Neben den Prinzipien hat Akzept e.V. auch Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit formuliert. Diese dienen dazu die „Arbeit systematisch zu analysieren und konzeptionell weiterzuentwickeln. Aus ihnen lassen sich [...] Qualitätskriterien für einzelne Arbeitsbereiche ableiten.“<sup>51</sup> In diesen Zielen lassen sich die beschriebenen Prinzipien wiederfinden.<sup>52</sup>

---

<sup>46</sup>Akzept, 1999: 18

<sup>47</sup>Ebd.

<sup>48</sup>Ebd.

<sup>49</sup>Ebd.: 18

<sup>50</sup>Vgl. ebd.: 15ff

<sup>51</sup>Ebd.: 19

<sup>52</sup>Vgl. ebd.

Diese Ziele sind:

- ⌚ „Verhinderung oder zumindest Linderung von somatischen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter Drogen ergeben können, und Bereitstellen von Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von Problemen.“<sup>53</sup> – Es wird also eine Verbesserung der Lebensbedingungen angestrebt. Hier findet sich insbesondere die Ideen der Harm-Reduction und Safer-Use wieder. In der Praxis wird dies durch Beratung, Krisenintervention und Spritzenvergabe umgesetzt.
- ⌚ „Wahrung und Verbesserung des Gesundheitszustandes und psychosozialer Stabilisierung“<sup>54</sup> – Da der exzessive Konsum illegalisierter Drogen häufig somatische und psychische Schädigungen mit sich bringt, ist in der Praxis kostenlose ärztliche Betreuung und Beratung notwendig. Bedarfsorientierte Angebote und solche zur Gestaltung des Alltages (durch Arbeit oder Freizeit) tragen zur sozialen Integration bei.
- ⌚ „Förderung der Selbstbestimmung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“<sup>55</sup> – Die KlientInnen sollen lernen Selbstverantwortung zu übernehmen und sich nicht nur von institutionellen Angeboten abhängig zu machen. Die „Aufhebung der abstinentenverhafteten pädagogischen Reperaturmentalität“<sup>56</sup> wird angestrebt. Die Angebote stellen lediglich eine Hilfe zur Selbsthilfe dar. Es soll erreicht werden, dass KlientInnen dazu befähigt werden selbstständig Probleme zu erkennen und Hilfen in Anspruch zu nehmen, ohne jedoch entmündigt zu werden. Das Selbstbestimmungsrecht steht im Vordergrund.
- ⌚ „Förderung der sozialen Integration und Handlungsfähigkeit“<sup>57</sup> – Der Kreislauf aus Konsum, Stigmatisierung und Ausgrenzung in Folge des Konsums und weitere Konsum aufgrund der sozialen Marginalisierung, welcher wiederum zur verstärkten Ausgrenzung führt soll durchbrochen werden. Die KlientInnen sollen lebenspraktische Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung insbesondere in Bezug auf Ernährung, Hygiene, Haushaltsführung und Tagesstruktur erlernen. Die Angebote müssen auf die eingeschränkten Fähigkeiten der KlientInnen abgestimmt und möglichst alltagsnah ausgerichtet sein.<sup>58</sup>

---

<sup>53</sup> Akzept, 1999: 19

<sup>54</sup> Ebd: 19

<sup>55</sup> Ebd.

<sup>56</sup> Gerlach/Engemann, 1995: 52

<sup>57</sup> Akzept, 1999: 19

<sup>58</sup> Vgl. akzept, 1999: 19f; Gerlach/Engemann, 1995: 52

### **3.4 Gesellschaftlicher Umgang mit Drogen**

In der Frage des Umgang mit Drogen spielt seit jeher nicht nur die Frage der abstinenz- oder akzeptanzorientierten Hilfe eine Rolle, sondern auch der dem zugrunde liegenden Modelle. Im BtmG (und auch vorhergehenden Gesetzen) ist das Arzneimittelmodell fest verankert, und äußert sich sowohl in der abstinenzorientierten, also auch in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, in unterschiedlich stark ausgeprägter Form. Drogenabhängigkeit wird als Krankheit behandelt und der Einsatz von Drogen höchstens therapeutisch legitimiert<sup>59</sup>. Dies gilt in konservativer Ausprägung für das Konzept der abstinenzorientierte Drogenhilfe, jedoch hat auch die akzeptierende Arbeit dies als Grundlage. Insbesondere in der Substitution wird das gesellschaftliche Bild von Betäubungsmitteln deutlich, die als Arzneimittel zu behandeln sind und ausschließlich in die Hände von Ärzten gehören.

Dem gegenüber steht das Genussmittelmodell. In dem Modell ist Drogenkonsum ein Ausdruck eines gewissen Lebensstils, der Mensch hat ein 'Recht auf Rausch'. Der/die DrogennutzerIn hat eine Eigenverantwortung für seinen Konsum. Hier müsste dem Drogenkonsum mit anderen Mitteln begegnet werden. Der Konsum sei akzeptiert, und die Risiken, sowohl in gesundheitlicher als auch sozialer oder sonstiger Hinsicht, müssen auf ein Minimum reduziert werden.<sup>60</sup> Eine mögliche Umsetzung wäre die kontrollierte Legalisierung von Drogen.

Dieses Modell ist ein konsequentes Zuendenken des Konzepts der Harm-Reduction und eine echte akzeptierende Drogenarbeit. Doch das BtmG basiert, trotz einiger Öffnungen in Richtung der akzeptanzorientierten Drogenhilfe, ausschließlich auf dem Arzneimittelmodell<sup>61</sup>. Eine Umsetzung bedürfe demnach eine grundlegende Erneuerung oder in radikalster Ausprägung gar Abschaffung des BtmG.

### **4. Substitution**

Die Substitution ist die pharmakologische Therapie Drogenabhängiger und eine Maßnahme der akzeptanzorientierten Drogenhilfe, in der sich der Gedanke der Harm-Reduction widerspiegelt. Den Abhängigen wird unter ärztlicher Aufsicht eine Substanz verabreicht, welches das Verlangen nach der Originaldroge schwächt und die Entzugssymptome lindert. Diese Ersatzstoffe besitzen jedoch ebenfalls eine abhängig machende Wirkung und fallen demnach unter das BtmG. Die

---

<sup>59</sup> Vgl. Bauer/Bossong, 1993: 133

<sup>60</sup> Vgl. ebd

<sup>61</sup> Vgl. Kap. 4.2

Abhängigkeit wird hierdurch also nicht behoben sondern, zumindest für die Dauer der Behandlung, akzeptiert<sup>62</sup>. Rein rechtlich ist das oberste Ziel jedoch noch immer die Suchtmittelfreiheit.<sup>63</sup>

Lange Zeit wurde eine Substitutionsbehandlung von der deutschen Suchthilfe abgelehnt. Insbesondere die Ärzteschaft sprach noch 1988 von einer „im Grunde ungeeigneten Behandlungsmethode“<sup>64</sup>. Außerhalb der Ärzteschaft, unter Kriminologen und Suchttherapeuten, wurde eine medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger bereits seit Ende der 1970er Jahre diskutiert. In den frühen 1970er Jahren gab es in Deutschland die ersten Versuche einer Substitutionsbehandlung, wie beispielsweise in Hannover. Die Erfolge hier waren beachtlich. Bei 50% der Patienten war eine Abnahme der Kriminalität und bei 41% die Aufnahme einer regelmäßigen Arbeit zu beobachten. Auch im Sozialleben war eine Verbesserung ihrer Situation feststellbar. Doch zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung konnte eine Stabilisierung dieser Ergebnisse nicht festgestellt werden. Der Versuch galt als gescheitert. Erst ein Jahrzehnt später mussten die negativen Ergebnisse revidiert werden, da nahezu alle Patienten, die diese Behandlung planmäßig beendeten, inzwischen abstinent lebten und sozial wie beruflich außerhalb der Drogenszene integriert waren.<sup>65</sup> Als in den 1980er Jahren sowohl die HIV-Problematik, als auch die Beschaffungskriminalität die Öffentlichkeit zunehmend beunruhigte, wurde auch die Frage der Methadonbehandlung wieder präsenter. Auch in den öffentlichen Medien fand dieses Thema statt und schaffte es Sympathien zu gewinnen.<sup>66</sup> Diesem öffentlichen Druck konnte sich dann auch die Ärzteschaft und die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (DHS) nicht mehr verschließen und räumen 1990 ein, „Substitutionsbehandlungen seien in medizinisch indizierten Einzelfällen „temporär und in Abwägung der Gesamtsituation“ verantwortbar, allerdings nur dann, wenn die „Ersatzdrogenbehandlung ... nicht als isolierte Maßnahme sondern als Teil eines psychosozialen Hilfsprogramms durchgeführt wird“.<sup>67</sup> Eine Vorreiterrolle übernimmt hier das Land Nordrhein Westfalen, welches bereits 1987 die Einführung eines wissenschaftlich begleiteten Methadonprogramms in Bochum, Bielefeld, Düsseldorf, Essen und Köln beschloss.<sup>68</sup>

#### **4.1. Ziele der Substitutionsbehandlung**

Die Substitution richtet sich an opiatabhängige Personen. Das Hauptziel einer Substitution ist durch die Blockierung der Opiatrezeptoren im Gehirn das Verlangen nach Heroin, das sogenannte

---

<sup>62</sup> Vgl. Bieniek, 1993: 183; Haasen et al., 2004: 82

<sup>63</sup> Vgl. MVV-RL, 2012: 7

<sup>64</sup> Bossong, 1992: 18

<sup>65</sup> Vgl. ebd: 19

<sup>66</sup> Vgl. Bossong, 1989: 10; Bossong, 1992: 20

<sup>67</sup> Bossong, 1992: 18f

<sup>68</sup> Vgl. Bossong, 1989: 10

„Craving“, stoppen und Entzugserscheinungen verhindern. Durch eine ergänzende psychosoziale Betreuung (PSB) soll auch eine soziale Wiedereingliederung erfolgen. Hierdurch werden die KlientInnen an eine Institution und/oder Arzt/Ärztin gebunden, welche/r die KlientInnen für einen stationären Entzug motivieren soll. Die kontrollierte, zumeist orale, Einnahme ersetzt den illegalisierten und zumeist unhygienischen und risikoreichen intravenösen Konsum<sup>69</sup>

Die Substitution dient zudem drogenpolitischen Interessen. Hier sind die Ziele die Bekämpfung der Beschaffungskriminalität und die Eindämmung des HI-Virus.

Durch die Anbindung an eine Institution sollen auch Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit erreicht werden, wie die soziale Reintegration und gesundheitliche Stabilisierung. Durch die legalisierte, kontrollierte Abgabe der Stoffe soll zur Entkriminalisierung der Abhängigen beigetragen werden.

Die Institution übernimmt aber auch eine Kontrollfunktion, die Beikonsum anderer Substanzen verhindern soll. Die KlientInnen sollen sich langfristig in einem ambulanten Setting von der Szene distanzieren, und ihre Lebensumstände „normalisieren“. Ziel ist eine Monoabhängigkeit vom Substitut. Wenn die KlientInnen sich stabilisiert haben, soll ein langsames Ausschleichen vom Substitut ohne Entzugserscheinungen möglich sein und den KlientInnen drogenfreies Leben ermöglichen.<sup>70</sup>

## **4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Umgang mit Betäubungsmitteln sowie der Substitutionspraxis werden nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) sowie des zweiten Abschnitts der Anlage I der Richtlinie Methode vertragsärztlicher Versorgung (MVV-RL, ehem. BUB-Richtlinien)<sup>71</sup> geregelt.

Drogen (Betäubungsmittel) im Sinne des BtmG Anlage I-III dürfen in der Bundesrepublik Deutschland nicht angebaut, hergestellt, gehandelt, ein- oder ausgeführt, veräußert, abgegeben, sonst in den Verkehr gebracht, erworben oder sich in sonstiger Weise verschafft werden. Dies wird nach §29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BtmG mit einer Geldstrafe oder Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren bestraft. Das Gesetz räumt hierbei jedoch Ausnahmen ein. So kann nach §31a Abs. 1 Satz 1 BtmG von einer Verfolgung abgesehen werden, wenn es sich um „lediglich zum Eigengebrauch in geringer Menge“<sup>72</sup> handelt. Was eine „geringe Menge“ ist, entscheiden die Bundesländer

---

<sup>69</sup> Vgl. Haasen et al, 2004: 83

<sup>70</sup> Vgl. Viethen, 2005: 284f

<sup>71</sup> Wird in dieser Arbeit der Einfachheit halber nur mit MVV-RL abgekürzt, da sich ausschließlich auf genannten Abschnitt der genannter Anlage bezogen wird.

<sup>72</sup> §31a Abs. 1 Satz 1. BtmG

individuell. Zudem räumt der Gesetzgeber auch Ausnahmen ein, die die akzeptanzorientierten Drogenarbeit und die Substitutionsbehandlung betreffen. So dürfen nach §10a BtmG Drogenkonsumräume betrieben werden. Eine Erlaubnis hierfür kann die zuständige oberste Landesbehörde erteilen<sup>73</sup> wenn gewisse Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle beim Konsum nach §10a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1-10 BtmG gegeben sind. Beim Konsum in diesen Räumlichkeiten soll nach §31 Abs. 1 Satz 2 BtmG ebenfalls von Verfolgung abgesehen werden.

In §13 BtmG ist unter anderem die Substitutionsbehandlung geregelt. Die in Anlage III aufgeführten Betäubungsmittel (verkehrsfähige und verschreibungspflichtige Betäubungsmittel, u.a. Buprenorphin, Dihydrocodein, Levacetylmethadol, Levomethadon und Methadon) dürfen nach §13 Abs. 1 Satz 1 BtmG von Ärzten „einschließlich der ärztlichen Behandlung von Betäubungsmittelabhängigkeit“<sup>74</sup> verschrieben werden und nach §13 Abs. 2 Satz 1 BtmG „nur im Rahmen einer Apotheke und gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden“<sup>75</sup>. Hierbei gilt allerdings die Ultima-Ratio-Klausel („dann nicht [...], wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann.“<sup>76</sup>).

Die Abgabe von Substitutionsmittel an Drogenabhängige wird nach §13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BtmG von der Qualifikation des Arztes abhängig gemacht. Diese Mindestanforderungen an die Qualifikation legt die Ärztekammer nach „anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft“<sup>77</sup> fest, welcher wiederum nach §5 Abs. 11 Satz 1 BtmVV durch selbige festgelegt wird.

Die Substitution dient der „schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitsstandes“<sup>78</sup>. Demnach ist sie laut Gesetzgeber, wie die meisten Formen der Drogenarbeit, eine abstinenzorientierte Maßnahme. Der Gedanke der Harm-Reduction spielt hier jedoch eine tragende Rolle und die Opiatabhängigkeit wird zumindest für den Zeitraum der Behandlung akzeptiert. Daher gilt sie in der Fachliteratur als akzeptanzorientierte Maßnahme.<sup>79</sup> Ausnahme des Abstinenzziels ist die Substitution bei Unterstützung der Behandlung einer schweren Erkrankung neben der Opiatabhängigkeit und die Risikominderung einer Opiatabhängigkeit bei Schwangerschaft sowie nach der Geburt.<sup>80</sup> Die Zugangsvoraussetzungen der nach §5 Abs. 1 Nr. 1 BtmVV geregelten Substitution werden in §3 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1-3 MVV-RL festgelegt. Dort heißt es, die Abhängigkeit muss „seit längere[r]

---

<sup>73</sup> nach §10a Abs. 1 Satz 1 BtmG

<sup>74</sup> §13 Abs. 1 Satz 1 BtmG

<sup>75</sup> §13 Abs. 2 Satz 1 BtmG

<sup>76</sup> §13 Abs. 1 Satz 2 BtmG

<sup>77</sup> §5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtmVV

<sup>78</sup> §5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BtmVV

<sup>79</sup> Vgl. Stöver, 1990b: 9; Viethen, 2005: 283

<sup>80</sup> Vgl. §5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2-3 BtmVV

Zeit<sup>81</sup> bestehen (i.V.m. §3 Abs. 3 MVV-RL ist zu schlussfolgern, dass es sich hierbei um einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren handelt) und Entgiftungen unter ärztlicher Aufsicht erfolglos erfolgten, eine „drogenfreie Therapie zur Zeit nicht durchgeführt werden kann“<sup>82</sup> oder die Substitutionstherapie die „größeren Chancen zur Heilung oder Besserung bietet“<sup>83</sup>. Bei Minderjährigen oder solchen Konsumenten, bei denen die Abhängigkeit weniger als zwei Jahre andauert, darf hingegen nach §3 Abs. 3 MVV-RL nur als überbrückende Maßnahme zur Therapie substituiert werden.

Bei der Substitution mit Diamorphin gelten jedoch verschärfte Bedingungen. Dies ist seit 21. Juli 2009 unter Anlage II (verkehrs-fähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel, vorher Anlage I, nicht verkehrs-fähige Betäubungsmittel) geführt. Das bedeutet, dass es nach §13 Abs. 2, Satz 2 BtmG „nur vom Pharmazeutischen Unternehmer und nur an anerkannte Einrichtungen [...] gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden“<sup>84</sup> darf. Entsprechende Einrichtungen werden nach §13 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2a BtmG von der obersten Landesbehörde anerkannt. Behandelnde Ärzte müssen nach §5 Abs. 9a Satz 1 Nr. 1 BtmVV neben den in §5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtmVV festgelegten Mindestqualifikation eine suchtttherapeutische Qualifikation erworben haben, „die sich auf die Behandlung mit Diamorphin erstreckt, oder [...] im Rahmen des Modellprojekts 'Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger' mindestens sechs Monate ärztlich tätig“<sup>85</sup> gewesen sein. Einrichtungen in denen Substitution mit Diamorphin durchgeführt wird unterliegen den Anforderungen nach §10 MVV-RL.

Auch die Auswahl der PatientInnen für die Behandlung mit Diamorphin unterliegt strengeren Auflagen. Nach §5 Abs. 9a Satz 1 Nr. 2-4 BtmVV dürfen nur solche PatientInnen mit Diamorphin substituiert werden, welche seit mindestens fünf Jahren Opiatabhängig sind, „verbunden mit schwerwiegenden somatischen oder psychischen Störungen“<sup>86</sup> sowie „überwiegend intravenösen Konsum“<sup>87</sup> (Nr. 2) und „zwei erfolglos beendete Behandlungen der Opiatabhängigkeit“<sup>88</sup> nachweisen können (Nr. 3) sowie das 23. Lebensjahr vollendet haben (Nr. 4).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Januar 2013 beschlossen, die Voraussetzungen für eine Einrichtung zur Diamorphinvergabe zu vereinfachen. Die Vorgaben, dass mindestens drei volle ÄrztInnenstellen nach §10 Nr. 1 Satz 3 MVV-RL und drei separate Räume nach §10 Nr. 3 Satz 1

---

<sup>81</sup> §3 Abs. 2 Satz 1 MVV-RL

<sup>82</sup> §3 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 MVV-RL

<sup>83</sup> §3 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 MVV-RL

<sup>84</sup> §13 Abs. 2 Satz 2 BtmG

<sup>85</sup> §5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtmVV

<sup>86</sup> §5 Abs. 9a Satz 1 Nr. 2 BtmVV

<sup>87</sup> §5 Abs. 9a Satz 1 Nr. 2 BtmVV

<sup>88</sup> §5 Abs. 9a Satz 1 Nr. 3 BtmVV

MVV-RL zur Verfügung gestellt werden müssen, soll flexibler gestaltet werden. An der Zugangsvoraussetzung für die PatientInnen soll sich jedoch nichts ändern.<sup>89</sup>

### **4.3 Psychosoziale Betreuung**

Der Begriff psychosoziale Betreuung (PSB) meint die psycho- und sozialtherapeutischen Maßnahmen, die im Rahmen einer medikamentengestützten Drogentherapie durchgeführt werden. Diese ist erforderlich um die PatientInnen zu stabilisieren und zur Reintegration beizutragen.

Der substituierende Arzt muss zu Beginn der Behandlung feststellen, ob ein Hilfebedarf vorhanden ist, und wenn ja, welchen Umfang er umfasst sowie an welcher Stelle die PSB durchgeführt werden soll. Die Hilfebedarfe werden anhand der biographische Erfahrungen, des bisherigen Behandlungsverlauf, bestehenden somatische und psychische Erkrankungen und der sozialen Situation der KlientInnen ermittelt. Dies ist nach §7 Abs. 1 MVV-RL geregelt.<sup>90</sup> Eine einheitliche Konzeption und Wirksamkeitsnachweise fehlen zurzeit jedoch noch.<sup>91</sup> Ebenfalls uneinheitlich in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich geregelt, ist die Finanzierung.<sup>92</sup> Während die PSB in Deutschland nach §5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BtmVV bei einer Substitutionsbehandlung Verpflichtend ist, empfiehlt die WHO zwar die Behandlung mit begleitender PSB, setzt jedoch auf Freiwilligkeit. Nach den WHO-Richtlinien von 2009 soll eine Nicht-Teilnahme an der PSB kein Grund zur Beendigung der Substitutionsbehandlung sein.<sup>93</sup>

### **4.4. Beikonsum**

Der Konsum anderer illegalisierter Drogen während der Substitutionstherapie, der sogenannte Beikonsum, wird anhand unangemeldeten und unregelmäßigen Urinkontrollen (UKs) festgestellt. Diese sind für die PatientInnen verpflichtend. Empfohlen werden zwei bis vier Kontrollen im Monat, die GKV finanziert hingegen lediglich vier (bzw. 8 für die ersten sechs Monate der Behandlung) im Quartal. Der Alkoholkonsum wird anhand der Atemalkoholkonzentration (AAK) regelmäßig gemessen.<sup>94</sup>

Trotz des repressiven Umgangs mit dem Konsum anderer Stoffe nach §5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4c BtmVV während einer Substitutionsbehandlung, ist der Beikonsum eher die Regel. Bereits in frühen Studien wurde festgestellt, dass etwa 50% der MethadonklientInnen in irgendeiner Form

---

<sup>89</sup> Vgl. <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-470/01-2013-01-17-diamorphen.pdf> (Zugriff: 01.02.2013)

<sup>90</sup> Vgl. Götzke, 2011: 13

<sup>91</sup> Vgl. Gerlach/Stöver, 2009: 17

<sup>92</sup> Vgl. ebd.: 27f

<sup>93</sup> Vgl. Gerlach/Stöver, 2011: 117

<sup>94</sup> Vgl. Götzke, 2011: 13ff

unkontrolliert auch anderen Drogen als das verschriebene Methadon konsumieren. Jedoch sei regelmäßiger exzessiver Konsum zurückgegangen, gelegentlicher Beikonsum lasse sich hingegen schwieriger eindämmen. In den USA beispielsweise konsumierten weniger als 10% der Langzeit Methadonsubstituierten 1988 zusätzlich regelmäßig Heroin.<sup>95</sup>

Eine frühe Studie der in Deutschland mit Methadon substituierten ergab, dass lediglich 23,8% der getesteten Urinproben von MethadopatientInnen frei von jeglichem Beikonsum waren. 31,1% waren positiv auf Heroin, 28,2% Kokain, 30,5% Cannabis, 42,2% Benzodiazepine und lediglich 1,8% Amphetamine. Dabei kam in einem Großteil der Fälle ein gleichzeitiger Konsum verschiedener Stoffe vor.<sup>96</sup>

Auch aktuelle Studien bestätigen einen verbreiteten Beikonsum bei SubstitutionspatientInnen. Die 2002 gestartete Heroinstudie, die Heroin- und Methadonsubstituierte vergleicht, zeigt, dass der Beikonsum zwar mit Beginn der Substitutionstherapie reduziert wird, doch noch nach einem Jahr sind 23% der getesteten Proben positiv auf (Straßen)Heroin (14,9% bei Heroin-, 33% bei Methadonsubstituierten), 35,2% positiv auf Kokain (32,7%, 38,2%), 46,3% positiv auf Benzodiazepine (43,1%, 50%) und 48,7% positiv auf Cannabis (46%, 51,9%).<sup>97</sup>

#### **4.5 Kritik an der Substitutionsbehandlung**

Trotz überwiegend positiver Ergebnisse in den Begleitstudien der ersten Studien der Substitution, gab und gibt es immer wieder Kritik an dieser Maßnahme. Weymann hat in ihrer Dissertation die Kritikpunkte verschiedener Kritiker zusammengetragen.<sup>98</sup>

Ein Großteil dieser lassen sich jedoch entkräften, wenn die Abstinenz nicht mehr als einziges Hauptziel definiert wird. So wird beispielsweise argumentiert, dass die Substitution nur eine Symptombekämpfung sei und suchtvördernd wirke, das Hauptziel einer Therapie und Drogenfreiheit, sei nicht mehr attraktiv und die Vergabe von Drogen zur Bekämpfung von Drogenabhängigkeit sei paradox. Insgesamt sei die Substitution ineffizient. Hinter all diesen Kritikpunkten steht jedoch der Gedanke, dass Abstinenz das einzig denkbare Ziel sei. Dies widerspricht jedoch dem Gedanken der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Die Schadensminderung, die Sicherung der Gesundheitszustandes, physisch wie psychisch, und zuletzt gar des Überlebens, wird hier völlig außer Acht gelassen. Eine Abwandlung der Ziele der Substitutionstherapie von Abstinenz hin zu Überlegungen der Harm-Reduction entkräftet diese

---

<sup>95</sup> Vgl. Bossong, 1992: 21f.

<sup>96</sup> Vgl. Raschke, 1994: 178ff.

<sup>97</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 112

<sup>98</sup> Vgl. Weymann, 1993:105ff

Argumentation. Weymann erkennt richtig, dass „die Aufgabe ärztlichen Wirkens nicht nur die Heilung von Leiden, sondern auch deren Linderung umfasst“<sup>99</sup>.

Einige weitere Argumente beziehen sich auf die geringe Erreichbarkeit. Doch aufgrund schrittweiser Reduzierung der Zugangsschwellen zur Methadonsubstitution, ist heute eine relativ gute Erreichbarkeit gegeben<sup>100</sup>. Dennoch sind eine Vielzahl von KonsumentInnen noch immer von der Behandlung ausgeschlossen<sup>101</sup>. Um hier die Erreichbarkeit zu erhöhen müssen Schwellen weiter abgebaut werden. Ein weiteres Argument hierfür findet sich in der Ethik. Zu selektieren, wer diese Behandlung erhalten darf und wer nicht, ist ethisch bedenklich.<sup>102</sup>

Weiter wird aufgeführt, dass der Schwarzmarkt trotz Methadon/Diamorphinvergabe noch immer Bestand habe. Davon auszugehen, dass der Schwarzmarkt zusammenbricht, ist jedoch realitätsfern. Solange KonsumentInnen von den Programmen ausgeschlossen werden, oder die Programme nicht deren Bedürfnissen entsprechen (nicht befriedigende Wirkung des Methadons, keine Möglichkeit der täglichen Substitutabholung aufgrund der Lebensverhältnisse oder Abschreckung durch zu viele Kontrollen), gibt es ein Klientel, welches sich die Drogen illegal verschafft. Diesem Problem hat sich Gersemann angenommen und Szenarien entwickelt, wie die ärztliche Vergabe von Opiaten den Schwarzmarkt beeinflussen kann<sup>103</sup>. Nur wenn das gesamte Schwarzmarktklientel, das sind sowohl Abhängige, als auch GelegenheitskonsumentInnen, durch eine staatliche Versorgung abgedeckt sei, bestünde die Möglichkeit eines Einbruchs des Schwarzmarkts. Dies sei jedoch nicht realisierbar, da Gelegenheits- und ErstkonsumentInnen keine eindeutigen Unterscheidungskriterien aufweisen. Somit müsste man allen, die gewillt sind Heroin zu konsumieren, dieses anbieten um zu verhindern, dass dieses sich auf illegale Weise verschafft wird. Dies wäre gleichbedeutend mit einer generellen Legalisierung.<sup>104</sup>

Einige der Kritikpunkte, wie eine geringe Haltequote, eine zu starke Beeinträchtigung der PatientInnen durch die Nebenwirkungen, eine Förderung der Polytoxikomanie und mangelnde HIV-Prävention lassen sich heute durch empirische Befunde (u.a. auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit) dank einer fortgeschrittenen Substitutionsforschung widerlegen. Auch die Angst der Befürworter von Abstinenzprogrammen, Gelder würden von diesen Abgezogen zugunsten von akzeptierenden Substitutionsprogrammen hat sich nicht bewahrheitet.

Ebenso ist das Argument, dass eine einfache Opiatversorgung eine Auseinandersetzung mit der Sucht verhindere, zumindest teilweise zurückzuweisen, da mit der Substitution eine psychosoziale

---

<sup>99</sup> Weymann, 1993: 114

<sup>100</sup> Dies bezieht sich lediglich auf die Substitution mit Methadon, nicht auf die Diamorphinsubstitution.

<sup>101</sup> Vgl. §3 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1-3 MVV-RL

<sup>102</sup> Vgl. Weymann, 1993: 112

<sup>103</sup> Vgl. Gersemann, 1996: 90ff

<sup>104</sup> Vgl. ebd.: 100

Betreuung einhergeht, in welcher die Substituierten professionell betreut und an der Abhängigkeit und der daraus folgenden Situation gearbeitet wird.

Berechtigte Kritikpunkte sind, dass mit der ärztlichen Versorgung ein Machtgefälle einher geht und dass die Abhängigen als passive Kranke pathologisiert werden. Dieses Problem ist jedoch nicht komplett auflösbar. Dem Machtgefälle kann man durch ein kooperatives Setting entgegenwirken, in dem/der PatientIn und Arzt/Ärztin die Dosis und Vergabepaxis individuell aushandeln und den PatientInnen ein größtmögliches Mitspracherecht eingeräumt wird. Dennoch ist die Abhängigkeit vom Arzt/von der Ärztin noch immer vorhanden und kann in diesem System nicht gänzlich verschwinden. Ebenso wird es in diesem Gesundheitssystem nicht möglich sein, die Substituierten zu entpathologisieren, solange die Drogenpolitik auf dem Arzneimittelmodell basiert.

In Anbetracht der Vorteile die die Substitution bietet, sind in der gegenwärtigen Situation diese Kritikpunkte jedoch in Kauf zu nehmen.

## **4.6 Substitutionsmittel**

### **4.6.1 Methadon**

Methadon ist ein synthetisch hergestellter Opiat-Ersatzstoff (chemische Bezeichnung: d1-6-Dimethylamino-4,4-dephenyl-3-hepadon). Erstmals synthetisiert von der deutschen Wehrmacht im zweiten Weltkrieg zur Behandlung von Soldaten anstelle von Morphin, erwies es sich im Versuch am Menschen zwar als wirksam, jedoch erzeugte es eine stärkere Abhängigkeit und einen langwierigeren, wenn auch schmerzfreieren Entzug, als Morphin.<sup>105</sup>

Heute kommen in Deutschland zwei verschiedene Arten Methadons als Substitutionsmittel zum Einsatz. Zum einen das Levomethadon, welches unter dem Markennamen L-Polamidon® erhältlich ist, und rac-Methadon, Methaddict®. Levomethadon hat im Gegensatz zu rac-Methadon eine stärkere analgetische Wirkung, weshalb es in geringeren Mengen dosiert werden muss.<sup>106</sup> Dieses wurde in den ersten Jahren der Substitution in Deutschland angewandt, da der Gebrauch von rac-Methadon erst seit 1994 zulässig ist.<sup>107</sup>

Ein erster Modellversuch der Substitution mit Methadon in den USA 1966 wurde als Erfolg gewertet. 22 langjährig opiatabhängige PatientInnen wurden mit Methadon behandelt. Die Annahme war, dass durch das synthetisierte Methadon die Entzugssymptome sowie die

---

<sup>105</sup> Vgl. Marx, 1987: 13

<sup>106</sup> Vgl. Götzke, 2011: 18

<sup>107</sup> Vgl. Schnackenberg, 2009: 27

euphorisierende Wirkung des Heroin blockiert werden, und das Verlangen nach Heroin ausbleibt und die PatientInnen die Möglichkeit haben sich wieder sozial zu integrieren. Diese Annahmen haben sich in der Studie bestätigt. Außerdem konnte keine toxische Wirkung des Methadons festgestellt werden.<sup>108</sup> Durch die Blockierung der Opiat-Rezeptoren im Gehirn, wird das Verlangen des Heroin-Konsums gedämpft und im Falle eines Konsums kann dessen Wirkung nicht mehr voll entfaltet werden.

Doch Methadon ist auch nicht frei von erheblichen Nebenwirkungen. Am verbreitetsten sind vermehrtes Schwitzen (tritt bei 66% der mit Methadon Substituierten auf), Menstruationsstörungen (41%), Obstipation (Verstopfung) (40%), Störung der Libido, Schlafstörungen (je 39%), Müdigkeit (29%) und Übelkeit (13%). Auch sind Störungen der Emotionen, wie das Abstumpfen von Freude und Trauer oder Verstimmungen möglich. Weiterhin Konzentrationsstörungen, Juckreiz, Gewichtszunahme, Gliederschmerzen und Unruhe. Im Gegensatz zu den Begleiterscheinungen des Heroinkonsums jedoch, sind die Nebenwirkungen von Methadon vergleichsweise gering.<sup>109</sup>

Ein Unterscheid zu Heroin, welches ein halbsynthetisches Opiat ist, ist zum Einem die Einnahme, welche bei Methadon oral erfolgt, bei Heroin hingegen zumeist intravenös. Der Vorteil hierbei liegt zum einen darin, dass die Risiken, die mit dem Injizieren einhergehen (Infektionen, Abszesse etc.) wegfallen und auch die euphorisierende sowie sedierende Wirkung. Somit können die PatientInnen ihrem Alltag ohne psychische oder psychische Einschränkungen begegnen. Zum Zweiten setzt die Wirkung langsamer ein, die Wirkungsdauer ist jedoch erheblich länger als bei Heroin. Entzugssymptome setzten erst nach 24-36 Stunden ein. Somit ist eine tägliche Dosis ausreichend, was entscheiden für eine Methadonbehandlung spricht.<sup>110</sup> Hierdurch entsteht jedoch der Nachteil, dass ein Entzug von Methadon um einiges länger dauert, als von Heroin.<sup>111</sup>

In Verbindung mit anderen Drogen, insbesondere Alkohol und Medikamente, verstärkt sich die Wirkung des Methadons allerdings, wie bei anderen Opiaten auch. Somit war zumindest in der Anfangsphase der Substitutionsbehandlung „eine bestehende Polytoxikomanie ein Ausschlusskriterium für eine Methadonbehandlung“<sup>112</sup>.

Methadon ist das in Deutschland am weitesten verbreitete Substitut. Bei 77.400 Substituierten (Stand: 2010) beträgt die Quote der mit Methadon behandelten PatientInnen 80,7%. Davon fallen 57,7% auf Methaddict® und 23% auf L-Polamidon®.<sup>113</sup> Die tägliche Dosis des benötigten

---

<sup>108</sup> Vgl. Marx, 1987: 14ff

<sup>109</sup> Vgl. Haller, 2012: 60f

<sup>110</sup> Vgl. Bossong, 1992: 22; von Bülow et al., 1991: 39; Haller, 2012: 60

<sup>111</sup> Vgl. Trappe, 1999: 23

<sup>112</sup> von Bülow et al, 1991: 42

<sup>113</sup> Vgl. Götzke, 2011: 17f

Methadon ist bei jedem/r Patienten/in unterschiedlich, so muss diese individuell eingestellt werden.

#### 4.6.2 Diamorphin / Heroin

Diamorphin (oder auch Diacetylmorphin) ist die chemische Bezeichnung für chemisch reines Heroin<sup>114</sup>. Heroin ist ein halbsynthetisches Alkaloid, welches aus Morphin gewonnen wird. Es wurde erstmals zu Beginn des 19. Jahrhunderts entdeckt und anfangs als Hustenmittel und später als Ersatzstoff für Morphinabhängige eingesetzt. Der Name Heroin entstand allerdings erstmals im späten 19. Jahrhundert und war bis 1950 eingetragener Markenname des Pharmakonzerns Bayer. Zur Ausbreitung als Straßendroge kam es erst zu Beginn der 1970er Jahre. Reines Heroin hat einen Reinheitsgrad von 70-90%. Bevor es auf dem Schwarzmarkt verkauft wird, wird es jedoch mit Traubenzucker, verschiedenen Tabletten oder Babypuder gestreckt. Die Konzentration im Straßenhandel variiert demnach und ist für den Nutzer nicht zu bestimmen.<sup>115</sup> Dies hat zur Folge, dass durch die unbekannte Konzentration sowie die unbekanntenen Streckmittel eine erhöhte Gefahr von Überdosierungen oder anderen Schädigungen durch Straßenheroin ausgeht.

Heroin wirkt auf das Zentralnervensystem. Vermittler sind die sogenannten Opiat-Rezeptoren in verschiedenen Bereichen des Gehirns und Rückenmarks. Besonders viele hiervon treten in dem Bereich auf, der für Schmerz zuständig ist. Entsprechend schmerzlindernde Wirkung hat diese Substanz. Heroin hat ebenfalls Einfluss auf das limbische System. Dies ist zuständig für die Entstehung von Emotionen und Trieben sowie die Ausschüttung von Endorphinen. So hat diese Substanz eine stark euphorische Wirkung, der sogenannte „Kick“. Diese dauert jedoch nur wenige Stunden an. Die Halbwertszeit von Heroin wird auf etwa zwei bis drei Stunden beziffert. Abgebaut wird der Stoff durch die Leber. Lässt die Wirkung nach, benötigt der Körper rasch eine weitere Zufuhr der Opiate, da die körpereigenen Endorphine nicht ausreichen um die Opiatrezeptoren in ausreichendem Maße zu besetzen.<sup>116</sup> Wird die Opiatzufuhr gestoppt, reagiert der Körper übersteigert und es treten Entzugserscheinungen wie Schweißausbrüche, Ruhelosigkeit, Diarrhö, Kreislaufstörungen, Gliederschmerzen, Depression und Hypertonie auf. Um diese zu stoppen, muss eine weitere Dosis Opiate eingenommen werden, so entsteht die Abhängigkeit. Um die Entzugserscheinungen zu umgehen ist etwa ein dreimal täglicher Konsum nötig.<sup>117</sup> Durch Ersatzstoffe wie Methadon werden die Opiatrezeptoren zwar weiterhin besetzt und die

---

<sup>114</sup> Im weiteren Verlauf werden die Begriffe Diamorphin und Heroin weitestgehend synonym genutzt. Wenn von illegalisiertem Heroin die Rede ist, wird der Begriff „Straßenheroin“ verwendet.

<sup>115</sup> Hartwig/Pies, 1995: 35f.

<sup>116</sup> Vgl. Hartwig/Pies, 1995: 37f

<sup>117</sup> Vgl. Gersemann, 1996: 24

Entzugserscheinungen werden unterdrückt, es entsteht jedoch nicht wie bei Heroin die analgetische und euphorisierende Wirkung.<sup>118</sup>

Als Nebenwirkung von Heroin können Atemdepression, Unterdrückung des Hustenreizes, Libidoverlust, Übelkeit und Brechreiz auftreten. Außer bei Überdosierung sind ernsthafte chronische Gesundheitsschäden durch reines Heroin jedoch nicht zu erwarten.<sup>119</sup> Verursacher von Schäden und Überdosierungen sind zumeist der unbekannte Reinheitsgrad, die Streckmittel oder der sonstige Gesundheitszustand der KonsumentInnen.<sup>120</sup>

Auf der Straße wird Heroin als bräunliches Pulver, welches geschnupft, geraucht und i.v. konsumiert werden kann, verkauft. Die meisten UserInnen injizieren sich die Droge intravenös. Dies hat die Vorteile, dass es kostengünstiger ist, da eine geringere Menge benötigt wird um die erwünschte Wirkung zu erzielen, und die Substanz erreicht unmittelbar nach der Injektion durch die Blutbahnen das Zentralnervensystem und die Wirkung setzt entsprechend schnell ein.

Doch i.v. Konsum birgt auch wesentlich größere Risiken. Zum einen ist die Gefahr einer Überdosierung wesentlich höher, da unbekannt ist, welchen Reinheitsgehalt das Straßenheroin hat und welche, möglicherweise toxischen, Streckmittel zum Einsatz kamen. Zum anderen besteht hierbei die Gefahr einer Infektion. Diese können sowohl durch Verunreinigung des Spritzbestecks (als besonders gefährliche Erreger müssen die das HI-Virus als auch das Hepatitis C-Virus genannt werden) als auch durch aufgrund von Illegalisierung und Verfolgung entstehende schnelle und unprofessionelle Injektionstechnik, verursacht werden.<sup>121</sup>

Auch wenn Angebote der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, wie Spritzentausch, Konsumräume oder Safer-Use-Beratung, das Risiko der Ansteckung, zumindest mit HIV, mittlerweile vermindern konnten<sup>122</sup> werden Drogen und ihre BenutzerInnen weiterhin illegalisiert und verfolgt. Der Konsum muss noch immer häufig im Geheimen stattfinden, was das Risiko der falschen Injektion und damit verbundenen Krankheiten verursacht.

Somit ist die Hauptquelle für gesundheitliche Schäden in Folge des Heroinkonsums nicht der Stoff an sich, sondern die Applikationsform und dessen Bedingungen.

#### **4.6.2.1 Heroingestützte Behandlung in der Schweiz**

Als erstes Land startete die Schweiz 1993 einen ersten Modellversuch der systematischen Vergabe von Heroin in mehreren Städten begonnen. Die Teilnehmerzahl war zu Beginn auf 250 beschränkt,

---

<sup>118</sup> Vgl. Gersemann, 1996: 36ff

<sup>119</sup> Vgl. ebd.: 26

<sup>120</sup> Vgl. ebd.: 39f

<sup>121</sup> Vgl. Seidenberg, 1992:130; Gersemann, 1996: 23f

<sup>122</sup> Vgl. Viethen, 2005: 286

wurde später jedoch erweitert. Das Projekt wurde für langfristig manifeste Heroinabhängige konzipiert, die von anderen Behandlungsformen bislang nicht erreicht werden können. Die Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Projekt war eine mindestens zweijährige Abhängigkeit, das Scheitern von mindestens zwei anderen Behandlungsversuchen (Abstinenztherapie oder Methadonsubstitution), gesundheitliche oder soziale Schädigung in Folge des Konsums und die Bereitschaft an der regelmäßigen Teilnahme. Durch die geringe Wirkungsdauer des Heroins, mussten die TeilnehmerInnen mehrfach täglich in die Vergabestelle kommen. Da ein mehrfacher Besuch der Vergabestelle einer sozialen und beruflichen Reintegration nicht förderlich ist, können die TeilnehmerInnen nach einer einjährigen Behandlungsdauer zu einer Kombibehandlung von einmal täglicher Heroin und zusätzlicher Methadoneinnahme wechseln, um einen stabilen Tagesrhythmus zu erlangen. Zusätzlich mussten die TeilnehmerInnen an einer psychosozialen Begleittherapie in Form von regelmäßigen Einzel- und Gruppengesprächen teilnehmen. Einer offenen Drogenszene im Bereich der Vergabestellen wurde durch ein Aufenthaltsverbot der TeilnehmerInnen außerhalb der Öffnungszeiten entgegengewirkt.<sup>123</sup> Eine erste Auswertung nach 12 Monaten zeigte überwiegend positive Ergebnisse<sup>124</sup>.

Auch in der Öffentlichkeit ist eine breite Zustimmung erkennbar. Eine Volksabstimmung unter der schweizer Bevölkerung im Herbst 1997 ergab eine Zustimmung von 70 bis 80% für eine Fortführung des Heroinprogramms.<sup>125</sup>

Eine Follow-Up-Studie untersuchte sechs Jahre später die Langzeitfolgen der heroingestützten Behandlung. Hierbei konnte ein Großteil der TeilnehmerInnen (83%) wieder befragt werden. Das Ergebnis war positiv. So schafften es die meisten TeilnehmerInnen den Erfolg der Behandlung nach 12 bzw. 18 Monaten zu stabilisieren. Ein signifikanter Unterschied der Erfolge bei den PatientInnen, die nach 6 Jahren noch immer mit Heroin behandelt wurden, und denjenigen die in der Zwischenzeit die Behandlung beendeten (im Durchschnitt nach 2,4 Jahren) ist nicht zu erkennen. Es hat in beiden Gruppen einen beachtlichen Rückgang an Konsum von Straßenheroin gegeben (BeenderInnen: 76,1%, TeilnehmerInnen: 84,7%) sowie einen deutlichen Rückgang von Kokainkonsum (BeenderInnen: von 27,7% auf 5,3%, TeilnehmerInnen: von 30,8% auf 9,8%). Auch im Vergleich der sozialen Situation ist kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Gruppen zu erkennen. Dennoch muss es aufgrund der individuellen Unterschiede der KonsumentInnen die Möglichkeit geben die Behandlung langfristig fortsetzen zu können.

---

<sup>123</sup> Vgl. Bauer/Bossong, 1993: 269f

<sup>124</sup> Vgl. Bossong/Bauer, 1997: 271f

<sup>125</sup> Vgl. Michels/Stöver, 1999: 202

Des Weiteren zeigt sich, dass die Zahl der NeukonsumentInnen seit Einführung der heroingestützten Behandlung drastisch von 850 im Jahre 1990 auf 150 im Jahre 2002 zurückgegangen ist.<sup>126</sup>

#### **4.6.2.2 Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung in den Niederlanden**

In den Niederlanden wurde 1997 eine Studie zur ärztlich kontrollierten Heroinabgabe in Auftrag gegeben. Nachdem die schweizer Studie positive Ergebnisse erbracht hatte, aber keinen Vergleich zu herkömmlichen Methoden möglich machte, entschied man sich in den Niederlanden für eine randomisierte Kontrollstudie. In der Experimentalgruppe wurde eine Kombination aus injizierbarem oder inhalierbarem Heroin und oralem Methadon verordnet, in der Kontrollgruppe nur orales Methadon. Nach Ende der 12-monatigen Behandlung wurde Diamorphinversorgung für einige Monate eingestellt, um die Auswirkungen eines Abbruchs zu betrachten. Die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe hatten nun die Möglichkeit stattdessen auf die Diamorphin-Methadon-Kombination zu wechseln.

Teilnehmen durften diejenigen KonsumentInnen, die mindestens 25 Jahre alt waren, fünf Jahre lang heroinabhängig, in den letzten Jahren im Rahmen einer Methadonsubstitution behandelt wurden, regelmäßigen Heroin-Beigebrauch hatten und in schlechter körperlicher und/oder psychischer und/oder sozialer Verfassung waren. Der Response war eine 40-prozentige Verbesserung des Gesundheitsstandes in einem dieser Bereiche ohne entsprechende Verschlechterung in einem der anderen, keine signifikante Zunahme von Kokain und/oder Amphetamin-Beigebrauch und keine stationären Aufenthalte von einer Dauer länger als einer Woche.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Diamorphinbehandlung effektiver war als die herkömmliche Methadonbehandlung. Die Zahl der Responder war in der Experimentalgruppe mit 51% erheblich höher als in der Kontrollgruppe mit 28%. Die körperliche und psychische Gesundheit war nach den 12 Monaten sogar mit der durchschnittlichen Gesundheit der niederländischen Bevölkerung vergleichbar. Nachdem die Diamorphinbehandlung aber eingestellt wurde, verschlechterte sich der Zustand der PatientInnen wieder rapide. 83% der Responder sprechen zwei Monate nach Beendigung der Diamorphinvergabe von einem genauso schlechten oder schlechteren Gesundheitszustand wie vor der Behandlung.

Die Studie kommt somit zu dem Ergebnis, dass die heroingestützte Behandlung effektiver ist als die Weiterbehandlung mit Methadon, allerdings nur, wenn diese über einen längeren Zeitraum erfolgt und nicht beendet wird.

---

<sup>126</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 14ff

Im Anschluss an die Studie wurden die bestehenden Kapazitäten zu Heroinbehandlung weiter genutzt. 2004 wurden diese erweitert und eine dauerhafte, qualitativ verantwortbare Heroinbehandlung eingeführt.<sup>127</sup>

#### 4.6.2.3 Das Englische System

In England wurde die Behandlung von Opiatabhängigkeit mit Originalstoffen bereits in den 20er Jahren des vorherigen Jahrhunderts praktiziert. Das „Rolleston Committee“ schrieb 1926 fest, dass Opiate an Abhängige gegeben werden konnte, die gravierende Entzugssymptome bei der Entgiftung zeigten, einen langsamen Entzug anstrebten oder die Droge notwendig war um ein geregeltes Leben führen zu können. Dieses System der Substitution, in dem auch erste Ansätze von Harm-Reduction erkennbar waren, wird „british system“ genannt.<sup>128</sup>

Noch heute haben die Ärzte in Großbritannien grundsätzlich die „klinische Freiheit“ ihre PatientInnen so zu behandeln, wie sie es für richtig halten. Bis in die 1960er Jahre durfte jedeR AllgemeinmedizinerIn Heroin verschreiben. Nachdem vermehrt Missbrauch dieser Regelung bekannt wurde, ist dies nicht mehr jedem Mediziner, sondern nur noch lizenzierten Fachkräften erlaubt. Seit dem darf in jedem Gesundheitsbezirk der jeweils beratende Psychiater für den Suchtbereich entscheiden, wie mit der Verschreibung von Suchtmitteln in ihrem Bezirk umgegangen wird. So kam es dazu, dass in Teilen Englands mit Methadon substituiert wurde, teilweise mit Heroin und in anderen Bezirken wiederum keine Substitution stattfand. Auch die Dauer der Behandlung war unterschiedlich, von Substitution als kurzfristigen Übergang zum Entzug bis zur dauerhaften Stabilisierung auf einer kontrollierten Dosis. Diese unterschiedliche Handhabung lässt konkrete Vergleiche der verschiedenen Formen zu. So zeigte sich, dass es beispielsweise in Widness im Bezirk Merseyside an der englischen Westküste, wo bis in die 1990er Jahre durch den Arzt Marks eine dauerhafte Heroinsubstitution betrieben wurde, eine deutlich geringere HIV-Rate, einen geringeren Schwarzmarkt, somit auch weniger Kriminalität, insbesondere Beschaffungskriminalität, und auch eine geringere Anzahl an Heroinabhängigen gab, als in den Nachbarbezirken, in denen es keine kontrollierte Abgabe der Droge gab. Auch die soziale Integration der PatientInnen war hier erfolgreicher als anderswo, bis 1995 die Lizenz an einen anderen Arzt überging, welcher, wie in den meisten englischen Bezirken, mit Methadon substituierte. Ob die Absetzung Marks' mit der umstrittenen Heroinvergabepraxis zusammenhängt, ist nicht bekannt.<sup>129</sup>

---

<sup>127</sup> Vgl. Blaken et al., 2005

<sup>128</sup> Vgl. Michels/Stöver, 1999: 201

<sup>129</sup> Vgl. Bossong/Bauer, 1997: 268f; Marks, 1992: 59ff;

#### 4.6.2.4 Aktuelle Situation in Deutschland

In Deutschland herrschte seit Ende der 1980er Jahre in der Fachliteratur eine Debatte um Originalstoffvergabe an Heroinabhängige um die negativen Folgen des illegalisierten Konsums zu bekämpfen. In Folge des Siegeszugs der akzeptanzorientierten Drogenarbeit gab es auch Stimmen, die neben oder statt der Substitution mit Methadon, auch diese mit Originalstoffen forderten<sup>130</sup>.

In der BRD waren die Grünen die erste politische Stimme, die 1989 die Abgabe von Heroin, Kokain und Amphetamin von Ärzten an Abhängige unter Einbeziehung von therapeutischen Hilfsangeboten forderten. Diese Forderung war an das „british system“ angelehnt. Nach dem Wahlsieg 1998 schrieb die Regierung aus SPD und Grünen die Erprobung einer Originalstoffvergabe im Koalitionsvertrag fest.<sup>131</sup>

Zuvor haben bereits Hamburg und Frankfurt/Main Anfang der 1990er Jahre beantragt das BtmG dahingehend zu ändern, dass Versuche der Heroinsubstitution möglich sind<sup>132</sup>. Dies fachte die Debatte um einen Modellversuch sowohl politisch als auch wissenschaftlich weiter an und bereitete den Weg für das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, welches 2002 startete.<sup>133</sup> Auch die Polizeipräsidenten vieler deutscher Großstädte schlossen sich der Forderung nach einer Erprobung von Heroinvergabe in Deutschland an. Dies führte jedoch auch zu Kritik seitens der Drogenfachverbände. Es hieß, das Heroinprojekt laufe Gefahr zu stark die ordnungspolitischen Aspekte in den Vordergrund zu rücken und die Behandlung unter kontrollierten Bedingungen solle mehr als Schutz vor „Belästigung“ der Öffentlichkeit durch Abhängige angedacht sein, als der Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen dienen.<sup>134</sup> So ließe sich

jedoch gegen jegliche sozialarbeiterische Intervention argumentieren, was zwangsläufig die Folge des doppelten Mandats der Sozialarbeit ist.<sup>135</sup>

Nachdem das Modellprojekt 2008 erfolgreich abgeschlossen wurde, wurde 2009 damit begonnen die Diamorphinsubstitution als reguläre Maßnahme der Drogentherapie einzuführen. Aktuell werden ca. 400 PatientInnen deutschlandweit mit Diamorphin behandelt. Aktuell hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die Voraussetzungen für Einrichtungen, die eine Diamorphinsubstitution anbieten wollen, zu flexibilisieren, um das Angebot auszubauen. Dies muss jedoch noch vom zuständigen Bundesministerium für Gesundheit abegesenet werden.<sup>136</sup>

<sup>130</sup> Vgl. Bossong/Bauer, 1997: 266; Hartwig/Pies, 1995: 120ff

<sup>131</sup> Vgl. Michels/Stöver, 1999: 199f

<sup>132</sup> Vgl. Bauer/Bossong, 1993: 134

<sup>133</sup> Vgl. Schnackenberg, 2009: 31

<sup>134</sup> Vgl. Michels/Stöver, 1999: 203

<sup>135</sup> Als „Doppeltes Mandat“ der Sozialarbeit wird die Diskrepanz der Rolle des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin bezeichnet. Hier trifft die Kontrollfunktion, die ihm/ihr von der Gesellschaft auferlegt wird auf das Selbstbild des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin als Helfende/n. Er/Sie steht somit immer zwischen der Kontrolle im Auftrag der Gesellschaft und der Hilfe für die KlientInnen. (Vgl. Krauß, 2008: 590)

<sup>136</sup> Vgl. <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-470/01-2013-01-17-diamorphin.pdf> (Zugriff: 01.02.2013)

### 4.6.3 Andere Substitutionsmittel

Neben Methadon und Diamorphin wurde sind/waren auch weitere Substitute zur Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland zugelassen, auf welche hier der Vollständigkeit halber kurz eingegangen wird.

Codein / Dihydrocodein (DHC):

Da Methadon bis 1994 in Deutschland noch den nicht-verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln zugeordnet wurde und Levomethadon der BtmVV unterstand, substituierten viele Ärzte mit Codein oder Dihydrocodein, welches der BtmVV nicht unterstand. Da die Halbwertszeit nur 3-4 Stunden beträgt, muss dies vom Patienten mehrfach täglich eingenommen werden. Nachdem zunehmend Todesfälle mit diesen Präparaten in Verbindung gebracht wurden, unterband der Gesetzgeber dies 1998.<sup>137</sup> Heute wird eine Substitution mit Dihydrocodein oder Codein nach §5 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 BtmVV nur noch in begründeten Ausnahmefällen statt. Nur 0,4% der Substituierten wird dies verschrieben (0,3% Dihydrocodein, 0,1% Codein; Stand: 2010).<sup>138</sup>

Levoalphaacetylmethadol (LAAM):

Dieses Substitut kam 1998 auf und hatte den Vorteil, eine wesentlich längere Wirkungsdauer als Methadon zu haben. Nur drei Dosen waren in der Woche notwendig. Aufgrund der Nebenwirkungen wurde es wenige Jahre später jedoch wieder vom Markt genommen.<sup>139</sup>

Buprenorphin:

Buprenorphin wird in Deutschland unter dem Markennamen Subutex® gehandelt. Dieses Substitut kam 2002 auf den Markt und, hat den Vorteil von einer längeren Wirkungsdauer (bis zu 48 Stunden), geringeren Nebenwirkungen und Suchtpotential als Methadon. Bei steigender Dosis, wird der Effekt jedoch blockiert. Dennoch gewinnt es in Europa zunehmend an Relevanz. Etwa 18,6% der Substituierten wird Buprenorphin verschrieben (Stand: 2010).<sup>140</sup>

---

<sup>137</sup> Vgl. Hungar et al, 2002: 524; Schnackenberg, 2009: 29f

<sup>138</sup> Vgl. Götzke, 2011: 18

<sup>139</sup> Vgl. Hungar et al, 2002: 523

<sup>140</sup> Vgl. Götzke, 2011: 18; Schnackenberg, 2009: 30

## **5. Vergleich der Substitutionsbehandlungen mit Methadon und Diamorphin als akzeptanzorientierte Maßnahme**

### **5.1 Methode und Datenmaterial**

Ziel dieser Arbeit ist es, die Wirksamkeit der Substitution mit Methadon dieser mit dem Originalstoff Diamorphin gegenüber zu stellen und zu ermitteln, welche dieser beiden Formen im Kontext der akzeptanzorientierten Drogenarbeit die effektivere ist. Um dies zu ermitteln verwende ich eine Sekundäranalyse, da bereits umfassendes Datenmaterial zur Substitutionsforschung zur Verfügung steht. Diese Daten werden mit Blick auf die Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit<sup>141</sup> neu ausgewertet. Es wird ermittelt, welche der Substitutionspraktiken diese Ziele in wieweit erreicht und im Rahmen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit sinnvollerweise anzuwenden ist, oder ob beide Maßnahmen gleichermaßen die geforderten Ziele erreichen können.

Die Hypothese dieser Arbeit ist, dass durch Behandlung mit Diamorphin die Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit besser erreicht werden können, als mit der herkömmlichen Methadonsubstitution.

Um dies zu überprüfen müssen beide Behandlungsmethoden dahingehend analysiert werden und die bereits durch andere Studien erhobene Daten überprüft werden, in wieweit den Zielen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit mittels dieser Maßnahmen gerecht wird.

Das genutzte Datenmaterial stellt sich aus verschiedenen Studien zusammen. Der Fokus liegt hierbei auf der Studie des Bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In dieser Studie ist sowohl betreffend der Aktualität, als auch des Umfangs und der Anzahl der Ergebnisse am besten dafür geeignet diese Frage zu beantworten. Da diese jedoch nicht abschließend alle Fragen klären kann, ziehe ich einige weitere Daten hinzu. Hierbei handelt es sich um zwei jeweils in den 1990ern durchgeführten Studien zum Methadonprogramm in Deutschland sowie der zum Heroinprogramm in der Schweiz.

---

<sup>141</sup> Vgl. Kap. 3.3.3

### 5.1.1 Studie des Bundesdeutschen Modellprojekts zur Behandlung Opiatabhängiger

Die Studie zum bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger<sup>142</sup> ist eine randomisierte, multizentrische Kontrollstudie. Sie wurde im Zeitraum von 2002 bis 2007 in sieben deutschen Großstädten (Hamburg, Hannover, Frankfurt am Main, Köln, Bonn, München und Karlsruhe, sortiert nach Anzahl der TeilnehmerInnen) durchgeführt. Insgesamt nahmen 1032 Personen teil. Die Kriterien zur Teilnahme waren neben einer schweren Heroinabhängigkeit u.a. das Mindestalter von 23 Jahren, vorwiegend i.v. Heroingebruch, eine sowohl körperliche als auch psychische starke Beeinträchtigung sowie soziale Ausgrenzung aufgrund des Heroinkonsums.<sup>143</sup> Diese TeilnehmerInnen rekrutierten sich zur Hälfte aus vom Drogenhilfesystem bisher nicht wirksam erreichten Personen und zur anderen Hälfte aus Personen, die zuvor mit Methadon substituiert wurden, davon aber nicht profitieren konnten. Diese wurden etwa zur Hälfte der mit Diamorphin substituierten Experimentalgruppe und der mit Methadon substituierten Kontrollgruppe zugeteilt. Diese Gruppen wurden wiederum in zwei Gruppen verschiedener psychosozialer Betreuung aufgeteilt, zum einen Psychoedukation/Drogenberatung und zum anderen Case Management/Motivational Interviewing, so dass es acht unterschiedliche Versuchsgruppen gab.<sup>144</sup> Da bezüglich der Art der psychosozialen Betreuung keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden konnten<sup>145</sup> wird in dieser Arbeit auf eine Unterscheidung verzichtet. Die psychosoziale Betreuung mag für den Erfolg einer Substitutionsbehandlung zwar von Bedeutung sein, jedoch ist diese nicht Gegenstand dieser Arbeit, so dass auf eine Analyse verzichtet werden kann. Ebenso wird auf eine Unterteilung in die PatientInnengruppen der vormals Methadonsubstituierten und den Nicht-Erreichten verzichtet, da hier ebenfalls kein signifikanter Unterschied erkennbar war<sup>146</sup> und eine solche Unterscheidung für diese Analyse ebenfalls nicht von Bedeutung ist, da das Ziel dieser Arbeit nicht ist, die Auswirkungen der Behandlung auf eine bestimmte Gruppe, sondern auf das gesamte Spektrum der Heroinabhängigen zu untersuchen. Der Vorteil an dieser Studie ist, dass sie durch die Experimental- und Kontrollgruppe einen direkten Vergleich der Effekte von Diamorphin und Methadon zulässt. Diese Kontrollphase hat eine Dauer von 12 Monaten.

Im zweiten Behandlungsjahr hatten die ProbandInnen der Kontrollgruppe die Möglichkeit auf die Diamorphinplätze zu wechseln. Jedoch gingen nur 434 PatientInnen in die zweite Studienphase über, welche sich bezüglich ihrer Ausgangssituation von denen der ersten Phase jedoch kaum

---

<sup>142</sup> Zur Vereinfachung wird diese Studie im Folgenden auch mit „Bundesdeutsche Modellstudie“ abgekürzt.

<sup>143</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 30f

<sup>144</sup> Vgl. ebd.: 58

<sup>145</sup> Vgl. ebd.: 131

<sup>146</sup> Vgl. ebd.: 130

unterscheiden. Somit ist eine Vergleichbarkeit im Zeitverlauf gegeben<sup>147</sup>. Diese wurden erneut in die vier Gruppen eingeteilt (vormals Methadonsubstituierte und bisher Nicht-Erreichte, und diese Gruppen wiederum in verschiedenen psychosoziale Betreuungssetting in Form von Psychoedukation/Drogenberatung und Case Management/Motivational Interviewing) was in dieser Arbeit jedoch auch oben genannten Gründen wieder keine Beachtung finden wird in der Analyse der Ergebnisse. Der Übergang der Methadongruppe in die Diamorphingruppe lässt einen direkten Vergleich der Auswirkung der Substitutionsformen zu. Zu bemerken ist hier, dass nach dem zweiten Behandlungsjahr, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zwei-Jahre-Diamorphinsubstituierten und den Wechseln besteht. Somit dient diese Phase der Studie insbesondere zur Analyse der Wirkung der Heroinsubstitution nach 2 Jahren.<sup>148</sup>

In die abschließende Follow-Up-Phase konnten diese PatientInnen eintreten, welche die zweite Phase regulär abschlossen. Auch in dieser Phase wurde ausschließlich mit Diamorphin behandelt. Es handelt sich um 348 Personen, welche die zweite Phase regulär beenden konnten. 248 hiervon beendeten auch die Behandlung in der Follow-Up-Phase regulär. Die Behandlungsdauer betrug dabei durchschnittlich etwa vier, bei 156 PatientInnen auch mehr als vier Jahre. 2007 wurde die Follow-Up-Phase beendet.

In dieser Phase der Studie wurden die Langzeitwirkungen der Diamorphinbehandlung auf die PatientInnen analysiert.<sup>149</sup>

Die generellen Ziele der Studie zum bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger waren herauszufinden inwieweit die Heroinsubstitution der Methadonsubstitution in den Bereichen a) der Verbesserung des Gesundheitszustandes, sowie b) des Rückgangs des illegalen Drogenkonsums überlegen ist.<sup>150</sup> Die zu überprüfende Hypothese ist, dass die heroingestützte Behandlung gegenüber der oralen Methadonbehandlung neben den genannten Punkten auch eine Verbesserung der sozialen Situation, einen Rückgang des Delinquenz sowie eine bessere Haltequote hat.<sup>151</sup>

Somit ist die Behandlung in diesem Rahmen nicht als reine akzeptanzorientierte Maßnahme zu betrachten, da andere Ziele im Mittelpunkt stehen. Dennoch wird hier der Konsum von Heroin und Methadon unter den Studienbedingungen akzeptiert. Auch sind das erste Ziel, die Verbesserung des Gesundheitszustandes, sowie eine Verbesserung der sozialen Situation ebenfalls Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit.

---

<sup>147</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 47

<sup>148</sup> Vgl. ebd.: 5f

<sup>149</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2008

<sup>150</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 2

<sup>151</sup> Vgl. ebd.: 16

Die hier maßgebenden Ziele sind jedoch eher den gesellschafts- und ordnungspolitischen Bereichen zuzuordnen. Die Entlastung des Gesundheitssystems durch die den verbesserten Gesundheitszustand des PatientInnen scheint hier im Vordergrund zu stehen. Ebenso wie die Reduktion des illegalisierten Konsums nicht durch (Teil)legalisierung oder Reduzierung der repressiven Maßnahmen erreicht werden soll, sondern einzig durch die medizinische Bereitstellung des Stoffes. Von Entkriminalisierung kann hier nur in Teilen gesprochen werden, da der „freie“ Konsum nach wie vor Repressionen nach sich zieht. Es widerspricht den Prinzipien der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in vielerlei Hinsicht (z.B. Prinzip der Selbstbestimmung und Autonomie, Normalisierung des Umgangs mit dem Drogenproblem<sup>152</sup>)

### **5.1.2 Andere verwendete Studien**

Zusätzlich werden zur Analyse die Daten der schweizerischen Pilotstudie zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln PROVE (Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln), sowie der wissenschaftlichen Begleitforschungen der Substitutionsbehandlung mit Polamidon in Hamburg und Bremen zugrunde gelegt.

Das schweizerische Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln PROVE ist eine Studie, in der die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger überprüft werden soll. Die Datenerhebung lief über drei Jahre, von 1994 bis 1996. 1151 PatientInnen nahmen hieran teil, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 420 Tage. Zusätzlich zur Studie über die Heroinvergabe wurden auf 42 Tage begrenzte Randomisierungs- und Doppelblindversuche durchgeführt, in denen neben Heroin auch Morphin und Methadon (je in verschiedenen Applikationsformen) zum Einsatz kamen. Die Ergebnisse dieser Studien beziehen sich jedoch nur auf Wirkung und Nebenwirkung der entsprechenden Substanzen.<sup>153</sup> Da keine Rückschlüsse auf Mittel- und langfristige Wirkung gezogen werden können, werden diese Versuche nicht in diese Analyse einfließen.

Die Behandlung mit Heroin begannen schließlich 1035 PatientInnen, eingeteilt in zwei Kohorten nach Eintrittsdatum (Kohorte A bis 31. März 1995, Kohorte B ab 1. April 1995). In den hier verwendeten Verlaufsanalysen kommen nur die Daten derjenigen PatientInnen zu tragen, welche zum Stichtag mindestens 18 Monate in der Studie waren. Diese Anzahl beläuft sich auf 327 PatientInnen (ausschließlich aus Kohorte A).

---

<sup>152</sup> Vgl. Kap. 3.3.2

<sup>153</sup> Vgl. Uchtenhagen et al, 2000: 14

Kriterien für die Teilnahme an der Studie waren ein Mindestalter von 20 Jahren, eine Heroinabhängigkeit von mindestens 2 Jahren, vorherige gescheiterte Behandlungsversuche sowie gesundheitliche und/oder soziale Schäden infolge des Drogenkonsums. Somit haben auch zu dieser Heroinstudie nur langjährig Abhängige, gesundheitlich geschädigte und sozial marginalisierte Personen Zugang. Das gewünschte Ziel dieser Behandlung ist die dauerhafte Drogenabstinenz. Teilziele auf diesem Weg sind eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Veränderung von Delinquenzverhalten sowie der Verzicht auf illegalisierte Drogen.<sup>154</sup>

Auch wenn einige dieser Ziele sich mit denen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit decken und der (verschriebene) Heroinkonsum für die Dauer der Behandlung geduldet wird, ist das Hauptziel abstinenzorientiert. Mehr noch als bei dem Bundesdeutschen Modellprojekt der heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger wird hier deutlich, dass diesem Pilotprojekt keine akzeptierende Absicht zugrunde liegt.

Für die Analyse der Methadonsubstitution werden die Daten zweier Studien aus Deutschland als Grundlage genommen. Beide wurden in den frühen 1990er Jahre durchgeführt, als die Substitutionsbehandlung in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckte.

Raschke stellt die langfristigen Ergebnisse der Substitutionstherapie Opiatabhängiger in Hamburg von 1991 bis 1994 dar<sup>155</sup>. Insgesamt haben 852 Personen bis zum Oktober 1993 eine Substitution mit Polamidon aufgenommen. Für die Befragung wurden schließlich 362 Substituierte erreicht. Aufgrund der vielfältigen Eintrittszeitpunkte ist die Dauer der Behandlung zum Zeitpunkt der Untersuchung unterschiedlich, von unter 6 bis über 36 Monate. Im Durchschnitt betrug die Dauer 15 Monate. Neben den Betroffenen wurden außerdem mit ÄrztInnen, TherapeutInnen und ApothekerInnen weitere Akteure der Substitutionsbehandlung befragt.

Im besonderen Fokus dieser Forschung liegen die psychosoziale Betreuung, die Dosierung sowie der Beikonsum. Aber auch die Veränderung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation der Substituierten wird untersucht. Hierauf liegt für diese Arbeit das Hauptaugenmerk. Das Forschungsinteresse lag also bei der Analyse des damaligen Ist-Zustandes der Substitutionsbehandlung in Hamburg und dem Nutzen für die Betroffenen. Ein Forschungsziel darüber hinaus wurde nicht formuliert.<sup>156</sup>

Bei der zweiten herangezogenen Methadonstudie handelt es sich um den Zwischenbericht der Begleitforschung zu Methadonsubstitution in Bremen. Auch hier wurden, wie in der Hamburger

---

<sup>154</sup> Vgl. Uchtenhagen et al, 2000

<sup>155</sup> Vgl. Raschke, 1994

<sup>156</sup> Vgl. ebd

Methadonstudie, in erste Linie Substituierte, aber auch ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Drogenhilfe befragt. Die Antworten von 195 Substituierte konnten genutzt werden von insgesamt 281 die Personen, die zu dem Zeitpunkt (Ende 1991) in Bremen substituiert wurden. Die Dauer der Substitution ist auch hier höchst unterschiedlich, die Angaben reichen von 1 Monat bis 4 Jahren. Der Durchschnitt liegt bei einem Behandlungszeitraum von 12 Monaten.

Ziel der Studie war es, Anregungen für eine Spezifizierung psychosozialer und psychotherapeutische Angebote zu geben und zu einer verbesserten Kooperation zwischen den Akteuren beizutragen. So sollte die Studie eine Vielzahl zu dem Zeitpunkt offener Fragen beantworten. Unter anderen handelt es sich um die Fragen der Durchbrechung des Teufelskreises aus Konsum, gesundheitlichen und psychosozialen Schäden und sozialer Marginalisierung, die der Möglichkeit durch Methadonsubstitution eine körperliche, psychische und soziale Rehabilitation zu erreichen und der Benennung sozialmedizinischer Indikatoren oder Merkmale einer erfolgreichen Substitutionsbehandlung. Ein weiteres Hauptaugenmerk ist die Chance durch die Substitutionsbehandlungen drogenfreies Leben führen zu können und/oder den Übergang in eine Abstinenztherapie zu begünstigen. Es ist also zu erkennen, dass auch hier kein akzeptierender Ansatz zu Grunde liegt.<sup>157</sup>

### **5.1.3 Vergleichbarkeit der Studien**

Die verschiedenen Studien sind jedoch nicht eins zu eins miteinander vergleichbar, da verschiedene Studiensettings sowie auch Fragestellungen zugrunde liegen. Die Rekrutierung der Teilnehmer verlief nach verschiedenen Kriterien, die Anzahl der TeilnehmerInnen ist unterschiedlich, ebenso sind regionale Unterschiede zu beachten. Auch die Behandlungsdauer ist in den verschiedenen Studien unterschiedlich. Hinzu kommt, dass die Studien zeitlich teilweise weit auseinander liegen. Die drogenpolitische und drogenarbeiterische Situation Anfang der 1990er ist mit der Ende der Nullerjahre nicht vergleichbar. Jedoch kann eine gemeinsame Tendenz zu erkennen sein. Die verschiedenen Daten stellen eine wertvolle Ergänzung zueinander dar, weshalb diese trotz aller Unterschiedlichkeiten hier gemeinsam im Zuge der Auswertung genutzt werden. Bei der Betrachtung der Zahlen, sollte dies jedoch bedacht werden.

---

<sup>157</sup> Vgl. Kruse, 1992

## 5.2 Ergebnisse

Um nun die Methadon- sowie Diamorphinsubstitution als Maßnahmen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit zu verorten, muss man die in den Studien gewonnenen Daten zu den Substitutionsbehandlungen mit den Zielen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit abgleichen. Diese Ziele sind die Verhinderung von Schäden aufgrund des Substanzkonsums, die Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes, die soziale Integration der KlientInnen sowie der Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe.

### 5.2.1 Verminderung von konsumbedingten Schädigungen

#### 5.2.1.1 Haltequoten

Damit eine Maßnahme erfolgreich sein kann, muss diese in der Lage ist ihre KlientInnen dauerhaft an sich zu binden. Nur so kann sie diesen auch langfristig eine Hilfe sein und Schäden von der Person abwenden. Demnach muss zuerst die Haltequote betrachtet werden.

Die Bundesdeutsche Modellstudie zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen zeigt in eine eindeutige Richtung. Von je etwa 500 Methadon- bzw. DiamorphinpatientInnen (Methadon: 500; Diamorphin: 515) schlossen wesentlich mehr Personen, die mit Diamorphin substituiert wurden, die erste Phase der Studie ab, verblieben also mindestens 12 Monate in Behandlung. Die Haltequote der Diamorphinbehandlung betrug 67%, die der Methadonbehandlung nur 39%<sup>158</sup>. Dies mag verschiedene Gründe haben. Insbesondere kann sich die Randomisierung auf die Haltequote bei der Methadongruppe negativ ausgewirkt haben. Ein Drittel der Kontrollgruppe trat die Behandlung gar nicht erst an<sup>159</sup>. Da die TeilnehmerInnen sich zur Hälfte aus Personen rekrutieren, die zuvor erfolglos mit Methadon behandelt wurden und zur anderen Hälfte aus solchen, die das Hilfesystem, und damit auch eine herkömmliche Methadonbehandlung, nicht erreichten, ist auch nicht groß verwunderlich, dass die Behandlung mit Methadon vielfach auf wenig Begeisterung stößt, da bereits negative Erfahrungen mit der Methadontherapie gemacht wurden. Die Aussicht nach Ablauf der 12 Monate in die Heroingruppe wechseln zu dürfen, war für einen Teil dieser Personen offenbar nicht Anreiz genug in der Kontrollgruppe zu verbleiben.

Von den 434 PatientInnen, welche in die zweite Studienphase starteten, waren nach 24 Monaten noch 356 Personen dabei, dies entspricht einer Haltequote von 82%. Der Schwund der PatientInnen

<sup>158</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 3, 60ff

<sup>159</sup> Vgl. ebd.: 61

nimmt mit zunehmender Behandlungsdauer deutlich ab. Auch ist kein signifikanter Unterschied zwischen denen, die 2 Jahre lang mit Diamorphin behandelt wurden (82,0%) und denen, welche von der Methadongruppe gewechselt sind (82,2%), zu erkennen. Der Wechsel von Methadon auf Heroin wirkt sich also positiv auf die Haltequote aus.<sup>160</sup>

Für die schweizerische Heroinstudie ergibt sich eine Haltequote von 76% nach 12 Monaten (89% nach 6 und 69% nach 18 Monaten)<sup>161</sup>, die Haltequote der Hamburger Methadonstudie hingegen bei 91% (Durchschnittliche Behandlungsdauer: 15 Monate)<sup>162</sup>. Für die Bremer Methadonstudie liegt keine Haltequote vor. Der Grund für diese außergewöhnlich hohe Haltequote mag in der damaligen Situation zu finden sein. An dieser Studie nahm ein Großteil substituierten in Hamburg zu Beginn der 1990er Jahre teil. Somit gab es im Gegensatz zu den anderen vorliegenden Studien keine Alternativen an einer Substitutionsbehandlung teilzunehmen. Während die TeilnehmerInnen der deutschen Heroinstudie, auch diese der Kontrollgruppe, die Möglichkeit hatten anstelle der Substitution im Studiensetting zu ihrer alten Substitution zurückzukehren, eine neue aufzunehmen oder an andere Therapieangebote wahrzunehmen und auch die TeilnehmerInnen der Heroingruppe und der schweizerischen Heroinstudie bei Austritt aus der Studie eine Methadon- oder andere Behandlung beginnen konnten, blieben denen der Hamburger Methadonstudie aufgrund fehlender Angebote weniger Möglichkeiten, außer einer Abstinenztherapie. Zudem galt die Substitution als neue, vielversprechende Maßnahme, was sich ebenfalls positiv auf die Haltequote ausgewirkt haben könnte. Aufgrund dessen ist es nicht möglich diese Zahlen in einen direkten Vergleich zu bringen.

Die Studien kommen hierbei zu keiner einheitlichen Tendenz. Die Kontrollstudie weist eine signifikant höhere Haltequote bei der Heroingruppe auf. Ähnliche Ergebnisse weist die schweizerische Heroinstudie auf. Andere Ergebnisse zeigt hingegen die hamburgische Methadonstudie. Wie diese teilweise signifikant unterschiedlichen Ergebnisse zustande kommen, kann anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend geklärt werden, da viele Faktoren hierbei eine Rolle spielen. Dennoch ist auf Basis der bundesdeutschen Heroinstudie anzunehmen, dass die Diamorphinsubstitution der Methadonsubstitution bezüglich der Haltequote überlegen ist.

---

<sup>160</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 36

<sup>161</sup> Vgl. Uchtenhagen et al, 2000: 51

<sup>162</sup> Vgl. Raschke, 1994: 58

### 5.2.1.2 Mortalität

Die Verhinderung von körperlichen, psychischen und sozialen Schäden infolge des Konsums illegalisierter Drogen ist eine der Hauptaufgaben der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. In ihrer extremsten Form ist dies das sichern des reinen Überlebens. Dies ist, den zugrunde liegenden Studien zufolge, bei beiden Substitutionsformen der Fall. Die Mortalitätsrate liegt je bei etwa nur 1% und in keinem Fall steht der Tod in direktem Zusammenhang mit der Substitution. Wesentlich häufigere Ursachen sind Erkrankungen, die bereits vor Eintritt in die Studie vorlagen oder andere Ursachen (z.B. Suizid, Unfälle,...). Die wenigen zum Tode führenden Überdosierungen konnten in keinem Fall in direkten Zusammenhang mit dem verschriebenen Substitut gemacht werden.<sup>163</sup>

Er zeigt sich, dass sich die Substitutionsbehandlung generell positiv auf die Sterblichkeitsrate auswirkt. Die Zahl der Überdosierungen während der Substitution ist minimal und in keinem Fall ist die verschriebene Substanz, weder Methadon noch Diamorphin, ausschlaggebend. Es kann auch kein signifikanter Unterschied zwischen Methadon- und Diamorphinbehandlung festgestellt werden.

### 5.2.1.3 Beikonsum während der Substitution

In diesem Zusammenhang muss man auch den Beikonsum der Substituierten betrachten, da polytoxikomanische KonsumentInnen besonders anfällig für Intoxikationen sind und illegalisierter Konsum vielfach mit körperlichen, psychischen und sozialen Problemen einhergeht. Die Analyse des Beikonsums nimmt in jeder der Studien einen hohen Stellenwert ein. Insbesondere ist der Beikonsum von Heroin zu betrachten, aber auch der von Kokain und Benzodiazepinen ist bedeutend<sup>164</sup>. Hierbei soll gesagt werden, dass eine generelle Verurteilung von Beikonsum, oder gar solcher als Ausschlusskriterium, dem Grundgedanken des akzeptierenden Ansatzes widerspricht. Jedoch muss festgehalten werden, dass durch Bei- und Mischkonsum eine höhere Anfälligkeit der Überdosierung und somit eine höhere Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der PatientInnen ausgeht.

---

<sup>163</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a; 153; Naber/Haasen, 2006b: 114, Raschke, 1994: 57f; Uchtenhagen et al, 2000: 78f; Keine Angaben zur Bremer Studie

<sup>164</sup> Der Beikonsum von Amphetaminen nimmt einen so geringen Stellenwert ein, dass er hier nicht weiter aufgeführt wird. Der Beikonsum von Cannabis und anderen sog. „weichen Drogen“ wird hier nicht weiter aufgeführt, da dieser vielfach nicht mit solch starken Beeinträchtigungen und Stigmatisierungen einhergeht. Zudem wird sich aufgrund des Rahmens dieser Arbeit auf den Beikonsum der sog. „harten Drogen“ beschränkt.

Die Studien zur Methadonsubstitution weisen einen relativ hohen Wert bezüglich des Beigebrauchs von Heroin auf. Im Durchschnitt sind 31,1% der im Labor untersuchten Urinproben aus der Hamburger Studie positiv auf Heroin getestet worden<sup>165</sup>, und 37% derer aus der Bremer Methadonstudie<sup>166</sup>. Die Selbstangaben der PatientInnen fallen niedriger aus. Ein einheitliches Bild bezüglich des Verlaufs von Heroinbeigebrauch ergibt sich nicht. Während in der Hamburger Studie eine positive Veränderung im Laufe der Behandlung zu erkennen ist, von annähernd 50% im ersten Quartal zu unter 10% nach dreieinhalb Jahren<sup>167</sup>, kommt die Bremer Methadonstudie zu dem Ergebnis, dass kein positiver Verlauf erkennbar ist<sup>168</sup>.

Bei den Studien zur Heroinsubstitution ist die Kontrolle von Beikonsum von Heroin schwieriger, da es in den Laboruntersuchungen keine Möglichkeit der Unterscheidung zwischen verschriebenen und nicht-verschriebenen Heroin gibt. Hier muss sich auf die Selbstangaben verlassen werden. Diese stimmen in der schweizerischen Studie bezüglich anderer Substanzen jedoch weitestgehend, wenn auch nicht gänzlich, mit den Laboruntersuchungen überein, so dass davon auszugehen ist, dass auch der reale Wert des Heroin-Beigebrauchs ebenso in etwa dem der Selbstangaben entspricht, möglicherweise leicht höher ist<sup>169</sup>. Hier geben lediglich 6% der PatientInnen an regelmäßig neben der verschriebenen Dosis Heroin auch Straßenheroin zu konsumieren (sowohl nach sechs, als auch nach 18 Monaten der Behandlung). Der gelegentliche Konsum hingegen kommt bei der Befragung sechs Monate nach Behandlungsbeginn noch bei 30%, ein weiteres halbes Jahr später nur noch bei 20% der Befragten vor. Auf etwa diesem Wert stabilisiert er sich auch.<sup>170</sup> Im Vergleich dazu liegt der Wert der „oft“ und „ständig“ heroinkonsumierenden Methadonsubstituierten bei 26%. Der Wert der nicht-konsumierenden liegt in der schweizerischen Heroinstudie bei 60-70%, bei der Hamburger Methadonstudie hingegen nur bei 33%<sup>171</sup>.

Eine noch bessere Vergleichbarkeit bietet die bundesdeutsche Heroinstudie, da hier die Gruppen der Diamorphin- und Methadonsubstituierten die gleichen Ausgangsvoraussetzungen haben. Hier zeigt sich ebenfalls ein stärkerer Rückgang des Konsums von Straßenheroin bei DiamorphinpatientInnen im Gegensatz zu Methadonsubstituierten. Die Labordaten zeigen bei 17,6% der Diamorphin- und 32,8% der Methadongruppe ein Beigebrauch von Straßenheroin. Auch die Häufigkeit des Konsums ist in der Methadongruppe höher.<sup>172</sup> Noch signifikanter ist der Unterschied bei den Selbstangaben.

---

<sup>165</sup> Vgl. Raschke, 1994: 180

<sup>166</sup> Vgl. Kruse, 1992: 55

<sup>167</sup> Vgl. Raschke, 1994: 191, 217

<sup>168</sup> Vgl. Kruse, 1992: 31

<sup>169</sup> Vgl. Uchtenhagen et al, 2000: 59

<sup>170</sup> Vgl. ebd.: 60

<sup>171</sup> Vgl. Raschke, 1994: 182; Uchtenhagen et al, 2000: 60

<sup>172</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 89

Nach 12 Monaten Behandlung geben 27,1% der mit Diamorphin Substituierten an in den letzten 30 Tagen illegalisiertes Heroin zu konsumiert zu haben, bei der Methadongruppe sind es hingegen 54,5%<sup>173</sup>. Nach dem Wechsel von der Methadon- und die Diamorphingruppe in der zweiten Phase passt sich der geringe Gebrauch von Straßenheroin jedoch schnell an das Niveau der Diamorphingruppe an<sup>174</sup>.

Der Grund für diese signifikanten Unterschiede zwischen diesen Stoffen liegt auf der Hand. Durch den Konsum von oralem Methadon werden zwar die körperlichen Entzugssymptome verhindert, der „Kick“ bleibt aber aus. Dieser wird sich von einem Teil der Substituierten dann woanders geholt. Konsumieren die Substituierten hingegen direkt reines Heroin, kommt es nicht nur zur Verhinderung von Entzugerscheinungen, sondern in vielen Fällen auch zum „Kick“.<sup>175</sup>

Anders ist das mit dem Konsum von Kokain. Hier zeigt sich ein weitgehend paralleler Verlauf der Methadon- und Diamorphingruppe der Bundesdeutschen Modellstudie, auch wenn zu den Stichtagen nach sechs bzw. 12 Monaten den PatientInnen aus der Methadongruppe häufigerer Kokainbeigebrauch nachgewiesen werden kann (nach sechs Monaten 36,5% positive UKs bei der Diamorphin-, 40,4% bei der Methadongruppe, nach 12 Monaten 32,7% bei der Diamorphin- und 38,2% bei der Methadongruppe). Doch bei Betrachtung des Gesamtverlaufs ist kein durchgehend höherer Konsum der Methadongruppe zu erkennen. Bei der Häufigkeit lässt sich jedoch ein leichtes Übergewicht bei der Methadongruppe feststellen. Im Verlauf sind beide Gruppen in etwa ähnlich rückläufig.<sup>176</sup> Auch bezüglich der Selbstangaben ist kein signifikanter Unterschied festzustellen. Während 51,7% der Diamorphinsubstituierten nach einem Jahr Behandlungsdauer angeben in den vergangenen 30 Tagen Kokain konsumiert zu haben, sind es bei der Kontrollgruppe der Methadonsubstituierten 52,3%.<sup>177</sup> Nach dem Wechsel in die zweite Studienphase zeigt sich, dass es den Wechslern gelingt den Konsum von Kokain auf ein Niveau das leicht unter dem der 2-Jahre-Heroingruppe liegt zu senken, welches auf dem konstant niedrigen Level bleibt.<sup>178</sup>

Ähnlich verhält es sich, wenn man die anderen Studien betrachtet. Die Zahl der Nicht-KonsumentInnen von Kokain ist sowohl bei Hamburger Methadonstudie (42%) als auch der schweizerischen Heroinstudie (41% nach 18 Monaten) auf einem ähnlichen Niveau. Aus der Heroinstudie geht zudem hervor, dass sich die Zahl derer, die angeben nie Kokain zu konsumieren

---

<sup>173</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 111

<sup>174</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 54

<sup>175</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 119

<sup>176</sup> Vgl. ebd.: 86f

<sup>177</sup> Vgl. ebd.: 111

<sup>178</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 54

im Verlauf der Behandlung steigert. Daten zum Verlauf bei der Methadonstudie liegen nicht vor. Ein Unterschied besteht jedoch bei der Häufigkeit. Die Anzahl der TeilnehmerInnen der Methadonstudie, die häufig Kokain konsumieren (16%) ist gegenüber derer der Heroinstudie (5%) signifikant höher<sup>179</sup>. Aus oben genannten Gründen eignen sich diese Studien aufgrund ihrer Unterschiede jedoch nicht zum direkten Vergleich.

Aus der Reihe fällt hier die Bremer Methadonstudie. Lediglich 13% weisen hier in den Laboruntersuchungen einen Kokaingebrauch auf.<sup>180</sup> Wo die Gründe liegen kann anhand der Datenlage jedoch nicht geklärt werden.

Bei dem Beikonsum von Benzodiazepinen sind für die Bundesdeutsche Heroinstudie weniger Daten detaillierte vorhanden. Hier zeigt sich jedoch, ähnlich wie beim Beikonsum von Kokain, kein signifikanter Unterschied bei den beiden Gruppen. 41,1% der Diamorphin- und 43,5% der Methadongruppe konsumierten eigenen Angaben zufolge nach einem Jahr Behandlungsdauer in den vergangenen 30 Tagen Benzodiazepine. In den Urinproben der Heroingruppe konnten diese nach demselben Zeitraum zu 43,1% und in der Methadongruppe zu 50% nachgewiesen werden.<sup>181</sup> In den folgenden 12 Behandlungsmonaten bleibt der Konsum (nach UKs) stabil. Die Ergebnisse werden jedoch dahingehen verfälscht, dass anhand der UKs nicht nachgewiesen werden kann, ob die konsumierten Benzodiazepine möglicherweise verschrieben waren.<sup>182</sup>

Nach der schweizerischen Heroinstudie konsumierten 65% der TeilnehmerInnen nach 18 Monaten keine Benzodiazepine (Selbstangabe). Der Hamburger Methadonstudie zufolge sind dies 30% und der Bremer Methadonstudie 47%.<sup>183</sup> Eine einheitliche Linie ist hier nicht erkennbar, die Gründe hierfür können vielfältig sein. Ein adäquater Vergleich ist somit nur anhand der Bundesdeutschen Kontrollstudie möglich.

Aus der Betrachtung der Studien zeigt sich, dass auch der Beikonsum reduziert werden kann im Verlauf einer Substitutionsbehandlung. Während die Art der Substitution auf den Beigebrauch von Kokain und Benzodiazepinen keinen, oder nur wenig, Einfluss hat, zeigt sich bei der Betrachtung des Beigebrauchs von Heroin, dass ein durchgehend höherer Teil der MethadonpatientInnen zusätzlich zum verschriebenen Präparat illegalisiertes Straßenheroin konsumiert. Die Unterschiede sind insbesondere bei der Kontrollstudie erkennbar, da sich hier eine direkte Vergleichbarkeit bietet, welche bei den anderen Studien nicht in dieser Form gegeben ist. Dennoch weisen diese tendenziell ähnliche Ergebnisse auf.

---

<sup>179</sup> Vgl. Raschke, 1994: 182; Uchtenhagen et al, 2000: 60

<sup>180</sup> Vgl. Kruse, 1992: 55

<sup>181</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 111f

<sup>182</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 80

<sup>183</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000: 61; Raschke, 1994: 182; Kruse., 1992: 55

#### 5.2.1.4 Gefährlicher Konsum

Eines der wichtigsten Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit ist die Reduzierung von gefährlichem Konsum. Das bedeutet, den KlientInnen soll beigebracht werden auf die Risiken, die mit bestimmten Applikationsformen einhergehen, zu achten, diese zu kennen und zu minimieren, bestenfalls den i.v. Konsum gänzlich aufgeben. Durch das gemeinsame oder mehrmalige benutzen von Spritzbesteck, aber auch Pfeifen und anderen Konsumgegenständen, erhöht sich das Risiko einer Ansteckung mit einer Infektionskrankheit, insbesondere HIV und HCV, drastisch. Zur Vermeidung dessen und zum Erlernen und Anwenden von Safer-Use-Praktiken gibt es beispielsweise Spritzentauschprogramme und Konsumräume.

Insofern stellt sich die Frage, inwieweit auch die Substitution helfen kann, die Risiken zu vermindern. Dies wird jedoch nur in der bundesdeutschen Heroinstudie thematisiert. In den anderen Studien fehlen entsprechende Angaben.

Während vor Beginn der Behandlung noch etwa 10% der TeilnehmerInnen Spritzen und etwa 20% derer andere Konsumutensilien gemeinsam benutzten, nimmt diese Zahl schon zu Beginn der Behandlung rapide ab. Nach einem halben Jahr werden von den PatientInnen aus der Heroingruppe nur noch sehr wenige Spritzen sowie Utensilien geteilt. In der Methadongruppe nimmt diese Zahl auch ab liegt aber noch immer bei ca. 6% (Spritzen) bzw. 9% (Utensilien). Auch in den folgenden Monaten der ersten Phase nimmt die Zahl weiter ab. Es zeigt sich aber eine wesentlich deutlichere Reduktion bei der Heroingruppe.<sup>184</sup> Wenn man nun in diesem Zusammenhang den Beikonsum betrachtet, erschließen sich auch die Gründe hierfür. Da die PatientInnen mit Methadonsubstitution einen höheren Beigebrauch von Heroin haben, steigert sich auch das Risiko zu potenziell gefährlicheren Applikationsformen und zu greifen und Safer-Use zu vernachlässigen. Um diese Zahl weiter zu senken, muss zunächst der Beigebrauch reduziert werden.

Nach Übergang in die zweite Phase gleichen sich die Werte im Laufe der Zeit an, so dass die Zahl derjenigen die Konsumutensilien untereinander teilen nach 24 Monaten gen null tendiert<sup>185</sup>.

Auch der i.v. Konsum insgesamt nimmt stark ab. Von über 96% vor Beginn der Behandlung auf 34,5% nach einem, 27,1% nach zwei und nur noch 14,5% nach vier Jahren.<sup>186</sup>

Der gefährliche Konsum wird also mit beiden Substitutionsmitteln erheblich reduziert. Jedoch nur die Substitution mit injizierbarem Heroin ist in der Lage das Risikoverhalten nahezu komplett zu

---

<sup>184</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 55

<sup>185</sup> Vgl. ebd.

<sup>186</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2008: 78

verhindern. Dies mag auch mit dem geringeren Heroinbeikonsum in der Heroinsubstitution zusammenhängen.

## 5.2.2 Verbesserung des Gesundheitszustandes

### 5.2.2.1 Körperlicher Gesundheitszustand

Der Vergleich des Gesundheitszustandes ist besonders schwierig, da es keine einheitlichen Maßstäbe für die Messung gibt. Die Bundesdeutsche Modellstudie zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger misst den körperlichen Gesundheitszustand nach der OTI-Gesundheitsskala<sup>187</sup>. In den Methadon-Studien aus Hamburg und Bremen wird nach einer fünfstufigen Selbsteinschätzung von sehr schlecht bis sehr gut gefragt. In der schweizer Heroinstudie wird lediglich zwischen „gut“ und „schlecht“ unterschieden, jedoch gemäß ärztlicher Untersuchung.

Bei allen Studien zeigt sich eine signifikante Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes im Laufe der Substitutionsbehandlung. Während die Methadonstudien jeweils beeindruckende Ergebnisse erzielen konnten (in der Hamburger Studie verbesserten sich die Werte von „Gut“/„Sehr gut“ von 5% auf 36%, bei der Bremer von ca. 10% auf ca. 50%)<sup>188</sup>, starteten die Patientinnen der schweizer Heroinstudie bereits mit einem hohen Wert von 79% „Gut“, konnten diesen jedoch im Laufe der 18-monatigen Behandlung auf 86% steigern<sup>189</sup>. Die unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzung lassen sich dadurch erklären, dass es in der Schweiz bereits vor Beginn der Untersuchung bereits ein funktionierendes Hilfe- und Substitutionssystem gab, und ein Teil der PatientInnen bereits aus einer Methadonbehandlung heraus in die Studie aufgenommen wurden, während es vor den Methadonstudien in Deutschland keine gängige Substitutionspraxis gab.

Die Bremer Methadonstudie kommt zudem zu dem Ergebnis, dass es keinen Unterschied macht, ob die Behandlungsdauer weniger Monate oder mehrere Jahre beträgt, was die Verbesserung des Gesundheitszustandes angeht. Die gravierendste Veränderung passiert bereits zu Beginn der Behandlung. Im weiteren Verlauf bleiben die Werte auf dem konstant gutem Niveau.<sup>190</sup>

<sup>187</sup> Der OTI (Opiate Treatment Index) ist ein Modell der WHO um die Effektivität von Opiatbehandlungen zu messen. Durch Interviews mit den PatientInnen können seches Kriterien für die Effektivität der Behandlung ermittelt werden, unter anderem auch der Gesundheitszustand, welche hier zum tragen kommt. (Vgl. [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/opiatetreatmentindex/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/opiatetreatmentindex/en/) (Zugriff: 29.01.2013))

Der Gesundheitszustand wird anhand einer Checkliste von Symptomen ermittelt. Die Summe aller genannten Symptome ergibt einen Wert, welcher eine Aussage über den Gesundheitszustand der p PatientInnen macht. Je höher der Wert, desto schlechter ist die gesundheitliche Verfassung. (Vgl. Darke et al, 1991: 17)

<sup>188</sup> Vgl. Raschke, 1994: 51; Kruse, 1992: 48

<sup>189</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000: 52

<sup>190</sup> Vgl. Kruse, 1992: 34

Eine direkte Vergleichbarkeit liefert aber nur der Bericht zur ersten Studienphase der Bundesdeutschen Heroinstudie. Hier zeigt sich, dass beide Varianten, Diamorphin und Methadon, ein positives Ergebnis erzielen, jedoch die Heroinbehandlung die größeren Fortschritte zu vermelden hat. Der durchschnittliche OTI-Wert lag zu Beginn der Behandlung bei den HeroinpatientInnen bei 18,7 und verbesserte sich nach 12 Monaten auf 8,2. Bei den MethadonpatientInnen verbesserte dieser sich von 19,1 auf 10,2. Auffällig ist, dass bereits nach einem Monat Behandlungsdauer in beiden Fällen ein starker Rückgang von über 6 bis 7 Punkten erkennbar ist. In den weiteren Behandlungsmonaten bestätigt sich diese Tendenz, wenn auch weniger stark. Ab hier ist ein deutlicherer Erfolg bei den Diamorphinsubstituierten zu erkennen.<sup>191</sup> Bei Weiterführung der Behandlung mit Diamorphin zeigt sich, dass sich der Wert auf einem Niveau von 6 bis 7 Punkten stabilisiert. Nach vier Behandlungsjahren liegt der Mittelwert bei 6,1 Punkten auf einem normalen Niveau. Die leichte Verbesserung in den weiteren Behandlungsjahren ist statistisch jedoch nicht signifikant.<sup>192</sup>

Weitere Modelle zur Ermittlung des körperlichen Gesundheitszustandes bestätigen diese Ergebnisse der signifikanten positiven Entwicklung im ersten Jahr und Stabilisierung im weiteren Behandlungsverlauf.<sup>193</sup>

Ein weiterer Indikator für den körperlichen Gesundheitszustand ist der Ernährungszustand, meist gemessen im BMI. Dieser erhöht sich innerhalb von vier Jahren Heroinbehandlung von 22,9 Punkten im Durchschnitt gesunde auf 26 Punkte<sup>194</sup>. Für die Veränderung des BMI im Laufe der Methadonbehandlung im Rahmen der Kontrollstudie des Bundesdeutschen Modellprojekts liegen keine Daten vor. Die Ergebnisse der anderen Studien sind hiermit ebenfalls nicht vergleichbar, da der Ernährungszustand anders bemessen bzw. die Daten anders ausgewertet wurden. Die schweizerische Heroinstudie stellt zwar den Ernährungszustand ebenfalls anhand des BMI dar, verzichtet jedoch auf einen Durchschnitt, sondern zeigt nur eine tendenzielle Verbesserung auf<sup>195</sup>. In den Methadonstudien hingegen wird jeweils nur von einer Verbesserung des Ernährungszustandes gesprochen ohne sich auf die Maßeinheit des BMI zu beziehen<sup>196</sup>.

Auch wenn eine direkte Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien nicht gegeben ist, lässt sich doch eine Tendenz herauslesen. Im Bereich des körperlichen Gesundheitszustandes bringt sowohl die Substitution mit Diamorphin, als auch die mit Methadon, erhebliche Verbesserungen mit sich.

---

<sup>191</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 85, 89

<sup>192</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 60f; Naber/Haasen, 2008: 57

<sup>193</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2008: 57

<sup>194</sup> Vgl. ebd.

<sup>195</sup> Vgl. Uchtenhagen et al, 2000: 52f

<sup>196</sup> Vgl. Raschke, 1994: 86; Kruse, 1992: 48

Alle Studien zeigen einen signifikant besseren Gesundheitszustand ihrer TeilnehmerInnen. Im direkten Vergleich der Stoffe in der bundesdeutschen Modellstudie lässt sich erkennen, dass die Behandlung mit Diamorphin der mit Methadon leicht überlegen ist. Signifikante Unterschiede in den Behandlungsformen sind jedoch nicht erkennbar.

Auch bei der Betrachtung des Ernährungszustandes der PatientInnen zeigt sich eine Verbesserung, sowohl bei der Substitution mit Diamorphin als auch mit Methadon. Ein direkter Vergleich ist anhand der vorliegenden Daten jedoch nicht möglich.

### **5.2.2.2 Psychischer Gesundheitszustand**

Der Vergleich der Daten zum psychischen Gesundheitszustand gestaltet sich ebenfalls schwierig, da auch hier zum Teil unterschiedliche Messinstrumente zum Einsatz kommen. Während die Studie zum Bundesdeutschen Modellprojekt nach dem Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R<sup>197</sup> misst, bedienen sich die Methadonstudien jeweils wieder einer Selbsteinschätzung des psychischen Allgemeinbefindens auf einer fünfstufigen Skala und die schweizerische Heroinstudie lediglich einer Einschätzung von „Gut“ und „Schlecht“, sowie dem ermittelten Behandlungsbedarf.

Bei den Ergebnissen der Bundesdeutsche Modellstudie ist eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes während der ersten drei Monate zu erkennen, sowohl bei den Diamorphin- als auch den MethadonpatientInnen. Im weiteren Verlauf sind wenige Veränderungen erkennbar. Eine Ausnahme bilden hier die letzten Monate der einjährigen Methadonsubstitution. Hier zeigt sich gar eine leichte Verschlechterung, was mit der hohen Abbrecherzahl der Methadonsubstituierten begründet wird. Im 12-Monatsverlauf ist jedoch eine signifikante Verbesserung für beide Gruppen erkennbar (Diamorphin: GSI-Wert von 1,13 auf 0,68; Methadon: GSI-Wert von 1,2 auf 0,82).<sup>198</sup>

Im Zwei- bzw. Vierjahresverlauf der Diamorphinsubstituierten ist weiterhin eine leichte Verbesserung im Bereich der psychischen Gesundheit zu erkennen, auf einen GSI-Wert von 0,56 nach zwei und 0,54 nach vier Jahren Behandlungsdauer. Auch weitere Messinstrumente können die genannten Ergebnisse bestätigen.<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> Der SCL-90-R ist ein Instrument um den psychischen Gesundheitszustand der PatientInnen zu bemessen. Auch hier werden anhand einer Checkliste Symptome abgefragt, aus welchen sich ein Wert berechnen lässt, welcher den psychischen Gesundheitszustand der befragten Person zeigt. Da die Symptome nach einzelnen Syndromskalen gegliedert sind, lassen sich einzelne psychische Erkrankungen auch isoliert betrachten. Auch hier gilt, je höher der Wert, desto schlechter die psychische Verfassung. (Vgl. Glöckner-Rist/Stieglitz, 2011)

<sup>198</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 85, 89

<sup>199</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 62f; Naber/Haasen, 2008: 60f

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die Hamburger Methadonstudie. Die Verbesserung des psychischen Befindens ist deutlich. Von lediglich 2% der PatientInnen, die vor Behandlungsbeginn einen guten psychischen Allgemeinzustand („Sehr gut“ oder „Eher gut“) angaben, sind es zum Zeitpunkt der Erhebung 25%, der Anteil der PatientInnen mit schlechtem psychischen Befinden („Sehr schlecht“ oder „Eher schlecht“) reduziert sich von anfangs 83% auf 33%. Ähnlich wie die Bundesdeutsche Heroinstudie kommt auch Raschke zu dem Ergebnis, dass die stärkste Veränderung in den ersten Monaten der Behandlung eintritt, während sich der positive Zustand im weiteren Behandlungsverlauf stabilisiert<sup>200</sup>.

Auch aus der Bremer Methadonstudie ist eine klare Verbesserung des psychischen Allgemeinzustandes ersichtlich. Von vormals unter 5% der Substituierten, die eine „gute“ oder „sehr gute“ psychische Verfassung angaben, steigerte sich dieser Wert im Laufe der Substitution auf etwa 40%. Die Abgaben einer „schlechten“ oder „sehr schlechten“ psychischen Verfassung sind um über 50% rückläufig.<sup>201</sup> Die Erfahrung, dass die größere Verbesserung in den ersten Behandlungsmonaten eintritt, konnte auch hier gemacht werden.<sup>202</sup>

Die schweizerische Heroinstudie kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass sich der psychische Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen nach 18-monatiger Heroinbehandlung verbessert hat, jedoch nur in einem geringeren Ausmaß als aus den anderen Studien ersichtlich. Nur noch 18% der PatientInnen geben einen schlechten psychischen Zustand an (vorher: 36%). Ebenfalls weniger PatientInnen haben akuten Behandlungsbedarf. Hier ist der Rückgang allerdings noch geringer. Der Anteil der Teilnehmer mit großem Behandlungsbedarf ist um 5% von 21% auf 16% zurückgegangen, derjenigen mit leichtem oder ohne Behandlungsbedarf hingegen von 32% auf 38% gestiegen.<sup>203</sup>

Fast alle betrachteten Studien haben ebenfalls einzelne Symptome der PatientInnen betrachtet, insbesondere affektive Störungen/Depression (ICD-10 F3) und Angststörungen (ICD-10 F40 und 41)<sup>204</sup>.

In den Heroinstudien, sowohl der schweizerischen als auch der deutschen, wird die Symptomatik nach SCL-90-R gemessen. In der Auswertung unterschieden sie sich jedoch, da in der Deutschen der Durchschnitt ermittelt wird, wohin gegen die schweizer Studie die Problematik in „leicht“,

---

<sup>200</sup> Vgl. Raschke, 1994: 89f

Anm.: Auf Seite 51 werden widersprüchliche Angaben zu den Zahlen gemacht. Hier heißt es zum Zeitpunkt der Erhebung geben lediglich 24% eine „sehr gute“ oder „eher gute“ psychische Verfassung an, hingegen 34% mit der Angabe „Sehr schlecht“ oder „Eher schlecht“.

<sup>201</sup> Vgl. Kruse, 1992: 48

<sup>202</sup> Vgl. ebd, 34

<sup>203</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000: 55

<sup>204</sup> Ausnahmen bilden hier die Bundesdeutsche Heroinstudie, in welcher in der ersten Phase diese Ergebnisse nicht erfasst wurden, und die Bremer Methadonstudie, die gänzlich auf diese Angaben verzichtet.

„mittel“ und „stark“ einteilt. Beide Studien zeigen jedoch, dass bereits kurz nach Beginn der Diamorphinsubstitution eine starke Abnahme der Symptome deutlich wird, welche sich im weiteren Verlauf in abgeschwächter Form fortsetzt. Diese kontinuierliche Verbesserung auch nach den ersten 12 Monaten der Behandlung wird vor allem bei der Ängstlichkeit deutlich (abgesehen von einer leichten, nicht-signifikanten Verschlechterung im vierten Jahr der Bundesdeutschen Modellstudie).<sup>205</sup>

Die Ergebnisse der Hamburger Methadonstudie zeichnen ein anderes Bild. Zwar nimmt auch hier die Anzahl der TeilnehmerInnen, die angeben „ständig“ (täglich) oder „oft“ (mindestens wöchentlich) unter Depressionen zu leiden, erheblich ab (vor der Substitution: 69%, zum Zeitpunkt der Befragung: 39%), jedoch ebenfalls die Anzahl derjenigen, die angeben nie an Depressionen zu leiden (vorher 13%, seit Substitution 8%). Die Dauer der Substitution ist dabei unerheblich, da keine einheitliche Tendenz erkennbar ist.

Mit den Angstzuständen verhält es sich ähnlich. Auch hier sinkt zwar die Zahl der PatientInnen, die regelmäßig, doch ebenfalls die Zahl derer, die nie darunter leiden. In diesem Fall ist jedoch die Tendenz erkennbar, dass Angststörungen im Laufe der Substitutionsbehandlung eher zunehmen.<sup>206</sup>

Im Bereich des psychischen Gesundheitsstandes führen sowohl die Methadon- als auch die Diamorphinbehandlung zu einer Verbesserung des psychischen Allgemeinzustands der PatientInnen. Hier zeigt die schweizerische Heroinstudie jedoch eine geringere Verbesserung als die Bundesdeutsche Heroinstudie sowie die Methadonstudie. Auch hier kann der Grund dafür sein, dass die Voraussetzungen durch eine mögliche vorherige Methadonbehandlung in der Schweiz für die TeilnehmerInnen der Studie besser waren, und somit durch den Beginn der Diamorphinsubstitution lediglich eine leichte Verbesserung erkennbar ist. Doch die deutsche Kontrollstudie zeigt, dass im Bereich des psychischen Allgemeinzustandes ebenfalls die Behandlung mit Diamorphin die größeren Erfolge verbuchen kann, wenn man die Behandlungsformen direkt miteinander vergleicht.

Wenn man jedoch detaillierter auf die Symptomatik schaut, ist zu erkennen, dass die Diamorphinsubstitution hier deutlich bessere Ergebnisse erzeugt. Die Störungen F3 und F4 gehen erleben hier jeweils einen starken Rückgang, während die Methadonstudie bei F3-Störungen ein ambivalentes Ergebnis und bei F4-Störungen gar eine Steigerung zeigt. Dies könnte daran liegen, dass die Probleme, die bislang verdrängt wurden mit der Substitution wieder zu Tage treten und die sozial unbefriedigende Lebenssituation deutlicher bewusst wird oder, dass die hohen Erwartungen, mit denen die KlientInnen in die Substitution gingen nicht erfüllt werden konnten. Für eine

---

<sup>205</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 63f; Naber/Haasen, 2008: 61f; Uchtenhagen et al., 2000: 55ff

<sup>206</sup> Vgl. Raschke, 1994: 52, 92

eindeutige Analyse fehlt der direkte Vergleich mit der Diamorphinsubstitution. Die hier vorliegenden Daten lassen jedoch darauf schließen, dass die Substitution mit Diamorphin in diesen Bereichen erfolgsversprechender ist.

### **5.2.3 Soziale Integration**

Die soziale Integration beziehungsweise Wiedereingliederung ist ein wichtiger Bestandteil der Drogenarbeit, sowohl die Akzeptanzorientierte setzte sich dies als Ziel, als auch die Abstinenzorientierte. Diese sieht, im Gegensatz zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit, jedoch die vollständige Drogenfreiheit als Voraussetzung hierfür. Durch die Substitution soll ein geregeltes, eigenständiges und sozial integriertes Leben für die Abhängigen möglich sein, ohne komplette Abstinenz.

Die soziale Integration bemisst sich unter anderen an der Arbeitssituation, der Wohnungssituation, der Kontakte zur Drogenszene bzw. zu Personen außerhalb dieser, sowie dem Legalverhalten.

#### **5.2.3.1 Arbeit**

Ein Großteil der Heroinabhängigen geht keiner geregelten Erwerbstätigkeit nach. Insbesondere unter den Schwerstabhängigen, der Zielgruppe der Substitutionsstudien, ist Zahl der Erwerbstätigen besonders gering. Lediglich 4,4% der TeilnehmerInnen der Bundesdeutschen Heroinstudie gaben zu Beginn der Studie ein reguläres Beschäftigungsverhältnis als Haupteinnahmequelle an. Immerhin 13% gaben an, innerhalb der letzten 30 Tage einer Erwerbstätigkeit nachgegangen zu sein. Beide Werte erhöhen sich nach einer Behandlungsdauer von einem Jahr etwa um das Doppelte. Hierbei ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Substituierten mit Diamorphin und diesen mit Methadon erkennbar. 26,0% der Diamorphin- und 24,6% der Methadonsubstituierten gingen im letzten Monat des ersten Behandlungsjahres einer regulären Beschäftigung nach. Für 11,4% (Diamorphin) beziehungsweise 9,8% (Methadon) ist dies die Haupteinnahmequelle.<sup>207</sup>

Der positive Effekt verfestigt sich im weiteren Behandlungsverlauf, kann jedoch nicht nennenswert verstärkt werden. Nach zwei Behandlungsjahren liegt die Quote derer, welche in den vergangenen 30 Tagen einer Erwerbstätigkeit nachgehen bei 26,9%. Immerhin für 12,4% der TeilnehmerInnen, also etwa der Hälfte der Erwerbstätigen, ist dies die Haupteinnahmequelle.<sup>208</sup> Dies mag mit der

---

<sup>207</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 116

<sup>208</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 69ff

allgemein schwierigen Situation am Arbeitsmarkt zusammenhängen, in der es Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung besonders schwer haben.

Eine nennenswerte Steigerung setzte erst im vierten Behandlungsjahr wieder ein. 39,9% waren innerhalb des 48. Behandlungsmonats in einer Erwerbstätigkeit. Dies mag jedoch auch mit den arbeitsmarktpolitischen Veränderungen dieser Zeit zusammenhängen, die es erleichterten auf dem sogenannten „zweiten Arbeitsmarkt“, mit einem 1-Euro-Job oder einer geringfügigen Beschäftigung, Fuß zu fassen. Das prekäre Arbeitsverhältnis spiegelt sich auch darin wieder, dass nur noch 4,6% der Substituierten dies als ihre Haupteinnahmequelle angaben.<sup>209</sup>

Eine ähnliche Entwicklung zeigt hier auch die schweizerische Heroinstudie, wobei jedoch beachtet werden muss, dass die Bedingungen auf dem schweizer Arbeitsmarkt, nicht direkt auf den Deutschen übertragbar sind. Hier zeigt sich, dass die Zahl der Substituierten in Arbeit innerhalb des ersten Jahres etwas mehr als verdoppelt hat (von 14% auf 31%) und im weiteren Verlauf bis zum 18. Behandlungsmonat etwa stagnierte (32%)<sup>210</sup>.

Die hamburgische Methadonstudie zeigt ein nahezu unverändertes Bild. 32% der Substituierten waren zu Beginn in Arbeit oder Ausbildung, zum Zeitpunkt der Befragung waren dieses 35%. Auch anhand der Veränderung der Arbeitssituation lässt sich kein eindeutiger Einfluss der Substitutionsbehandlung erkennen. Bei 16% hat sich die Arbeitssituation im Laufe der Substitution verbessert, bei 18% verschlechtert.<sup>211</sup>

Ebenso zeigt die Bremer Studie nur einen geringfügigen Anstieg. Bei den weiblichen Substituierten blieb die Zahl derjenigen in einem Beschäftigungsverhältnis gleich (30%), bei den Männlichen ist eine leichte Steigerung von etwa 40% auf ca. 50% zu verzeichnen.<sup>212</sup>

Es zeigt sich, dass auch für Substituierte der Arbeitsmarkt zum Großteil verschlossen bleibt. Dies ist jedoch nicht nur der Maßnahmen und KlientInnen geschuldet, sondern auch der eh schon schwierigen Arbeitsmarktsituation, bei der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung größere Schwierigkeiten haben als andere. Außerdem zeigt sich, dass kein großer Unterschied zwischen der Substitution mit Diamorphin und der mit Methadon bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung festzustellen ist, obwohl die Voraussetzungen bei den DiamorphinpatientInnen im Vergleich besser geworden ist (bessere körperliche und psychische Gesundheit, weniger Beikonsum,...). Dies mag an der Vergabep Praxis des Diamorphins liegen. Aufgrund der geringeren Halbwertszeit des Heroins im Gegensatz zum Methadon, müssen die PatientInnen bis zu drei Mal am Tag die Vergabestelle

---

<sup>209</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2008; 67ff

<sup>210</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000: 64

<sup>211</sup> Vgl. Raschke, 1994: 118f

<sup>212</sup> Vgl. Kruse, 1992: 38f

aufsuchen. Dies steht der Reintegration auf dem sogenannten „ersten Arbeitsmarkt“ im Wege. Dies zeigt sich vor allem in der Follow-Up-Studie des Bundesdeutschen Modellprojekts deutlich, in der eine relativ hohe Anzahl an Substituierten einer Beschäftigung nachgeht (etwa 40%) jedoch nur ein geringer Anteil davon leben kann (etwa 5%). Es ist davon auszugehen, dass bei anderen Vergabebedingungen auch größere Erfolge erzielt werden könnten.

### 5.2.3.2 Wohnen

Zu der Veränderung der Wohnsituation sind in dem Bericht zur Bundesdeutschen Modellstudie weniger detaillierten Angaben gemacht worden. Es wird jedoch aufgezeigt, dass nach einem Jahr keine signifikanten Veränderungen in der Wohnsituation erkennbar sind. Zuvor lebten etwa 70% der TeilnehmerInnen der Studie (Diamorphin: 69%, Methadon: 69,7%) in einer „stabilen“ Wohnsituation (d.h. in eigener Wohnung, bei Partner, bei Eltern/Verwandten, WG/Zimmer). Nach einem Behandlungsjahr verbesserte sich die Zahl bei den DiamorphinpatientInnen leicht auf 72,2%, bei den MethadonpatientInnen verschlechterte sie sich gar leicht auf 67,7%.<sup>213</sup> Diese leichten Schwankungen sind jedoch nicht signifikant. Im Langzeitverlauf ist jedoch eine positive Veränderung zu beobachten. Nach 24 Monaten sind es bereits 80,2% derer, die in einer „stabilen“ Wohnsituation leben<sup>214</sup>. Nach vier Jahren sind es dagegen bereits 93,6%, wobei beachtet werden muss, dass in diese Zählung nur diejenigen PatientInnen einfließen, die tatsächlich in die Follow-Up-Studie eintraten. Bei diesen war die Zahl derer in stabiler Wohnsituation bereits zu Beginn mit 77,4% höher.<sup>215</sup>

Auch die Heroinstudie aus der Schweiz zeigt, dass die Heroinsubstitution ein adäquates Mittel ist, die Wohnsituation zu verbessern. Im Gegensatz zur Bundesdeutschen Heroinstudie tritt der Effekt hier hingegen schnell ein. Waren bei Substitutionseintritt noch nur 57% der TeilnehmerInnen in einer stabilen Wohnsituation, sind es sechs Monate später bereits 69%, nach 12 Monaten 76% und nach 18 Monaten 79%.<sup>216</sup>

Auch die Hamburger Methadonstudie zeigt signifikante Verbesserungen im Bereich des Wohnens. Vor der Substitution waren lediglich 60% der Substituierten in einer stabilen Wohnsituation. Bei der Befragung, nach durchschnittlich 15 Behandlungsmonaten, waren es bereits 74%.<sup>217</sup>

---

<sup>213</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 115

<sup>214</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 66

<sup>215</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2008: 65

<sup>216</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000: 63

<sup>217</sup> Vgl. Raschke, 1994: 110f

Heraus sticht hier die Bremer Methadonstudie, die kaum Verbesserungen feststellen kann. Zwar geben im Vergleich zum Substitutionsbeginn etwas mehr Frauen an über eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer zu verfügen (etwa 80% im Vergleich zu ca. 75% zu Beginn) doch bei den Männern ist keine signifikante Veränderung festzustellen (bleibt bei etwa ca. 65%).<sup>218</sup>

Das hier alle Studien zu stark unterschiedlichen Ergebnissen kommen mag daran liegen, dass der Wohnungsmarkt sehr inkonstant ist und großen regionalen Unterschieden unterliegt. Somit kann zwar die Aussage gemacht werden, dass die Bedingungen für ein stabiles Wohnverhältnis besser werden, was aber nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Wohnsituation führen muss. Dies zeigt im besonderen Maße die Bundesdeutsche Heroinstudie, da im Gegensatz zu den Bedingungen, bei welchen bereits nach relativ kurzer Zeit Verbesserungen eintraten, der Effekt bei der Wohnsituation erst im Langzeitverlauf eintritt. Da in diesem Fall jedoch nur die Diamorphinsubstitution im Langzeitverlauf evaluiert wird, ist nicht zu sagen, ob hier zwischen dieser und Methadonsubstitution relevante Unterschiede auftreten.

### **5.2.3.3 Kontakte**

Die Abnabelung von der Drogenszene und der Aufbau eines cleanen Umfeldes ist ein wesentlicher Faktor der sozialen (Re)Integration. Hier spielt auch die Arbeits- und Wohnsituation eine Rolle, denn stabile Verhältnisse in diesen Bereichen begünstigen die Entfernung von der Szene, ebenso wie der Verzicht auf Beikonsum.

Die Bundesdeutsche Modellstudie zeigt, dass durch die Substitution der Kontakt zur Drogenszene reduziert wird. Waren es zu Beginn noch über 90%, die regelmäßig den Kontakt zu Szene suchten, überwiegend zum Beschaffen von Drogen, konnte nach einem Jahr Behandlung die Zahl der MethadonpatientInnen auf 60% und die Zahl der DiamorphinpatientInnen auf 50% reduziert werden. Auch die Häufigkeit nimmt ab. Die Zahl derer, die dies zur Beschaffung von Drogen tun, reduzierte sich etwa auch um soviel. Hier zeigt sich die Parallele von Szenekontakten, Drogenbeschaffung und Beikonsum. Doch noch immer nimmt der Grund „Langeweile“ einen großen Raum ein. Etwa 43% (aus beiden Gruppen) nennen dies als Grund für den Szeneaufenthalt. Dies zeigt, dass Alternativen zur Beschäftigung fehlen. Dazu zählen Arbeit, Hobbys sowie auch ein cleaner Freundeskreis. Dies wird dadurch verdeutlicht, dass es den PatientInnen auch nach einjähriger Substitution schwer fällt Freizeitaktivitäten zu entwickeln (insgesamt: 67,9%, Methadon: 66,6%, Diamorphin: 69,2%, zuvor: 58,6%) und Kontakte außerhalb des Drogenkontextes zu generieren. 30,9% der Heroin- und 23,9% der Methadonsubstituierten

---

<sup>218</sup> Vgl. Kruse, 1992: 39f

verbringen Ihre Freizeit hauptsächlich mit anderen KonsumentInnen. Vor der Substitution waren dies noch 39%.<sup>219</sup>

Wie die Anbindung an die Drogenszene im Langzeitverlauf ist, lässt sich aus dem zweiten sowie dem Follow-Up-Bericht nicht erschließen.

Eine Loslösung von der Drogenszene in ähnlichem Ausmaß zeigt auch die schweizerische Heroinstudie. Nach 18 Monaten haben nur noch 45% der TeilnehmerInnen Kontakte zur Drogenszene (nach 6 Monaten: 54%, nach 12 Monaten: 50%). Bei Eintritt in die Studie lag diese Zahl noch bei 86%. Auch die Häufigkeit hat sich signifikant reduziert. Doch auch hier zeigt sich, dass sich die Kontakte in die drogenfreie Gesellschaft in Grenzen halten. Die Zahl derer mit Freunden außerhalb der Drogenszene hat sich nur leicht erhöht (bei Eintritt: 43%, nach 18 Monaten: 46%), die Zahl derer mit Kontakten außerhalb der Szene hat sich gar reduziert (bei Eintritt: 58%, nach 18 Monaten 53%).<sup>220</sup>

Auch die Hamburger Methadonstudie bestätigt die Ergebnisse der Kontrollgruppe des Heroinprojekts. 90% der Substituierten hatten vor Beginn der Substitution Kontakte zur Drogenszene, bei der Befragung gaben nur noch 61% dergleichen an. Auch hier nimmt die Häufigkeit drastisch ab. Der Kontakt zu drogenfreien Personen nimmt auch hier zu, jedoch nicht in dem Ausmaß, wie der Kontakt zur Drogenszene abnimmt. 81% (vorher 70%) der Substituierten haben Kontakte außerhalb der Szene, davon 42% häufig (vorher: 23%).<sup>221</sup>

Der Bericht der Bremer Studie macht hierzu keine Angaben.

Es zeigt sich also, dass beide Formen der Substitution das Loslösen aus dem Drogenkontext begünstigen. Es zeigt sich auch, dass die Diamorphinsubstitution hierfür geeigneter ist. Dies mag vor allem daran liegen, dass Diamorphinsubstituierte weniger Beikonsum haben und demnach seltener oder gar nicht gezwungen sind zur Beschaffung des Milieus aufzusuchen, und ebenso wenig gezwungen Geld zur Beschaffung der Drogen aufzutreiben. Dass aber noch immer ein Großteil der PatientInnen Szenekontakte pflegt, liegt auch am Mangel an Alternativen. Sowohl die Situation auf dem Arbeitsmarkt, die es den Personen schwer macht einer regelmäßigen Tätigkeit nachzugehen, als auch Jahrelange, oftmals Jahrzehntelange, Sozialisation innerhalb der Drogenszene, die es den Substituierten erschwert wieder Kontakte in der Welt außerhalb zu knüpfen, sind hierfür mitverantwortlich. Daraus, dass die Zahl derer mit Szenekontakt stärker sinkt als die Zahl derer mit außerszenischen Kontakten zunimmt, lässt sich schließen, dass ein großes Problem die Vereinsamung ist. Um dieser entgegenzuwirken, muss dazu beigetragen werden, dass die

---

<sup>219</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 113f

<sup>220</sup> Vgl. Uchtenhagen et al., 2000: 66ff

<sup>221</sup> Vgl. Raschke, 1994: 53

KlientInnen in die Lage versetzt werden Alternativen zum Drogenumfeld und andere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu entwickeln. Dies gilt für beide Substitutionsformen

#### **5.2.3.4 Legalbewährung**

Ein wesentlicher Faktor zur sozialen Wiedereingliederung ist die Straffreiheit der KlientInnen. Insbesondere Drogenabhängige sind starken Repressionen ausgesetzt, da der Besitz und Handel von und mit Drogen, die unter das BtmG fallen, strafbar ist. Zudem sind die Abhängigen immer in der Situation regelmäßig genug Geld auftreiben zu müssen um ihren Konsum zu finanzieren. Dies führt zur sogenannten Beschaffungskriminalität. Die Substitution soll zur Entkriminalisierung beitragen, da die Substanzen nicht mehr auf dem illegalen Schwarzmarkt beschafft werden müssen sondern auf legalem Wege verschrieben werden. Somit fällt im besten Fall nicht nur die Strafverfolgung aufgrund von Handel und Besitz weg, sondern auch die Notwendigkeit der Geldbeschaffung.

Während nahezu alle Teilnehmer der Bundesdeutschen Heroinstudie in Ihrem Leben bereits verurteilt wurden und etwa drei Viertel derer bereits im Strafvollzug oder Untersuchungshaft waren, geht das Delinquenzverhalten infolge der Substitution zurück. In dem ersten Substitutionsjahr nimmt die Zahl der Verurteilungen deutlich ab. Dennoch sind es 65,9% der Methadongruppe und die Hälfte der Diamorphingruppe, die in den ersten 12 Monaten verurteilt wurden. Jedoch wird nicht gesagt ob die PatientInnen zur Tatzeit bereits in der Studie waren oder die Tat vor Substitutionsbeginn begangen wurde. Es zeigt sich dennoch ein stärkerer Rückgang bei der Gruppe der Diamorphinsubstituierten. Auch hier ist wieder die Parallele zum geringeren Beikonsum von illegalisierten Substanzen erkennbar. Diesen Unterschied zeigt auch ein Blick auf die Haftaufenthalte. 23,6% der Methadon-Kontrollgruppe saßen innerhalb der ersten 12 Monate der Behandlung in Haft oder U-Haft, hingegen nur 13,8% der Diamorphingruppe. Auch bei der Betrachtung der illegalen Geschäfte ist sowohl ein Rückgang als auch ein signifikanter Unterschied zwischen Methadon- und Diamorphingruppe zu erkennen. Während noch zu Studienbeginn 73,8% der TeilnehmerInnen angaben innerhalb der vergangenen 30 Tage in illegale Aktivitäten verwickelt gewesen zu sein, waren dies nach einem halben Jahr nur noch 32,3% der Diamorphin- und 48,3% der Methadonsubstituierten, nach einem Jahr noch 27,4% der Diamorphin- und 40,2% der Methadongruppe.<sup>222</sup>

Ähnliche Ergebnisse zeigen auch die Haupteinnahmequellen der TeilnehmerInnen. 22,9% derer gaben noch vor Behandlungsbeginn illegale Einkünfte als ihre Haupteinnahmequelle an. Diese Zahl

---

<sup>222</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 117

ist ebenfalls stark signifikant zurückgegangen. Nach einem Jahr waren es noch 3,4% der mit Diamorphin und 8% der mit Methadon behandelten.<sup>223</sup>

Der Langzeitverlauf zeigt, dass die Substitution in der Lage ist das Delinquenzverhalten der PatientInnen dauerhaft auf einem niedrigen Niveau zu halten. Auch wenn nach dem zweiten Studienjahr keine Verbesserung festzustellen war bezüglich der illegalen Geschäfte der vergangenen 30 Tage<sup>224</sup> zeigt sich im 4-Jahres-Verlauf ein weiterer Rückgang auf nur noch 7% im 48. Monat. Auffällig ist auch die Häufigkeit der illegalen Aktivitäten in diesem Zeitraum. Diese ging signifikant zurück, insbesondere im ersten Jahr drastisch von 16 auf durchschnittlich weniger als zwei Tagen im Monat, anschließend weniger stark, aber kontinuierlich bis auf nahezu null.<sup>225</sup>

In der schweizerischen Heroinstudie wurden von den TeilnehmerInnen lediglich Angaben zu den Straftaten innerhalb der letzten sechs Monate vor der Befragung gemacht. Somit sind diese Zahlen in keinem Fall vergleichbar mit denen der deutschen Studie, da sich der fragliche Zeitraum über eine wesentlich längere Dauer erstreckt. Jedoch kann auch diese Studie die Tendenz aufzeigen, dass infolge der Diamorphinsubstitution ein deutlicher Rückgang der Straftaten der PatientInnen zu vermelden ist, welcher auch nach längerer Behandlung stabil blieb. Sowohl bezüglich der Selbstangaben als auch der polizeilichen Statistik ist dieser Rückgang signifikant. Die Polizei verzeichnet gar einen Rückgang von 68% an Straftaten der mit Diamorphin behandelten Personen. Ebenfalls differenziert diese Studie zwischen den einzelnen Delikten. So zeigt sich, dass einzig im Bereich der körperlichen und sexuellen Übergriffe, sowie der Verkehrsdelikte ein nicht signifikanter Rückgang zu verzeichnen ist. Im Bereich der Drogen- und Eigentumsdelikten hingegen zeigt der Rückgang sich umso deutlicher. Dies bestätigt die These, dass aufgrund der Substitution insbesondere die Beschaffungskriminalität sowie die der Handel und Besitz von Betäubungsmitteln zurückgeht. Infolge dessen sinkt auch die Zahl der Verurteilungen rapide.<sup>226</sup>

Die Hamburger Methadonstudie zeigt ebenfalls einen Rückgang der Straftaten. Hier wird jedoch nur die Zahl der Verurteilten abgebildet. 18% der Substituierten wurden im Laufe der Substitution für Straftaten verurteilt, welche sie während der Behandlung begingen. Wie viele Personen tatsächlich straffällig wurden ist nicht ersichtlich. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Dunkelziffer erheblich höher liegt. Ebenfalls ist ein Vergleich von vor Substitutionsbeginn nicht möglich, da die Zahlen hierfür über den Zeitraum des gesamten Lebens gehen und damit für einen adäquaten Vergleich ungeeignet sind.<sup>227</sup>

---

<sup>223</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: : 116

<sup>224</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006b: 74

<sup>225</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2008: 73f

<sup>226</sup> Vgl. Uchtenhagen et al, 2000: 70

<sup>227</sup> Vgl. Raschke, 1994: 132ff

Im Vergleich mit den Zahlen der deutschen Heroinstudie zeigt sich, dass eine weitaus geringere Zahl an PatientInnen der Methadonstudie im Zeitraum ihrer Substitution verurteilt wurden, als solche aus der Heroinstudie, sowohl die Experimental- als auch die Kontrollgruppe betreffend. Wie dieser Unterschied zustande kommt lässt sich nur schwer erklären. Möglich ist es, dass es in dem Zeitraum der Methadonstudie, zu Beginn der 1990er Jahre, allgemein weniger Delikte im Bereich der Drogen- und Beschaffungskriminalität zu Verurteilungen führen, sei es auf Grund von einer weniger restriktiven Strafverfolgung, oder einer geringeren Aufklärungsrate und sich somit ein Großteil der Delikte im Dunkelzifferbereich abspielten. Diese These bedarf jedoch einer weiteren Überprüfung, da hierzu keine Zahlen vorliegend sind.

Die Bremer Methadonstudie, die etwa zur gleichen Zeit wie die Hamburger durchgeführt wurde, gibt hierrüber keinen Aufschluss. Das Delinquenzverhalten der Substituierten spielt in dieser keine Rolle. Lediglich wird die Finanzierung des Lebensunterhalts angegeben. Aus diesem ist jedoch auch ersichtlich, dass illegale Einkünfte (Diebstahl oder Dealen) als Haupteinnahmequelle im Laufe der Behandlung stark rückläufig sind. Bei den Männern von über 50% auf unter 10% und bei den Frauen auf nahezu Null.<sup>228</sup> Auch dies ist als Indiz für ein verbessertes Legalverhalten zu werten.

Insgesamt zeigt sich, dass die Substitution eine geeignete Maßnahme ist das Legalverhalten der KlientInnen zu verbessern. Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen in diesem Punkt sind die zugrunde liegenden Studien zwar nicht miteinander Vergleichbar, zeigen jedoch dieselbe Tendenz. In der Vergleichsstudie zwischen Methadon und Diamorphin zeigt sich ein stärkerer Rückgang des Delinquenzverhaltens bei denjenigen, die mit Diamorphin substituiert werden. Hier zeigt eine Parallele mit dem Beikonsum der Substituierten, so dass naheliegt zu behaupten je geringer der Beikonsum ist, desto geringer ist auch das Delinquenzverhalten. Das liegt vor allem daran, dass bei geringem Beikonsum weniger Straftaten aufgrund von Handel und Besitz von Betäubungsmitteln begangen werden müssen, ebenso ist der Beschaffungsdruck geringer. Dies hat insbesondere einen Rückgang der Betäubungsmittel- und Eigentumsdelikten zu Folge, welcher auch in der schweizer Studie bestätigt wird.

#### **5.2.4 Aktivierung der Selbsthilfepotentiale**

Die Aktivierung der Selbsthilfepotentiale und die Hilfe zur Selbsthilfe ist ein weiteres Hauptziel der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. In den Leitlinien heißt es die Maßnahme muss „zum Ziel

---

<sup>228</sup> Vgl. Kruse, 1002: 36f

haben, die KlientInnen zu befähigen, für sich Verantwortung zu übernehmen und über ihr Leben selbst zu bestimmen<sup>229</sup>. Hierzu gehört die nicht nur die bereits betrachteten Verringerung der konsumbedingten Schädigungen und die soziale Integration, sondern auch eine realistische Selbstwahrnehmung, die Erkennung und Verbesserung eigener Konsummuster und Probleme und die Inanspruchnahme von Hilfen, insbesondere drogenbezogener, sowie der Förderung des Selbstbestimmungsrechts.<sup>230</sup>

Die zuletzt genannten Kriterien sind jedoch schwer zu bemessen. Es kann zwar ermittelt werden, mit welcher Regelmäßigkeit die KlientInnen Hilfseinrichtungen aufsuchen, jedoch sind diese Zahlen wenig aussagekräftig, da eine verbesserte Situation der KlientInnen, welche durch die Substitution erreicht werden kann, den Besuch solcher Einrichtungen seltener nötig macht, ein seltenerer Besuch aber nicht für eine intensivere Inanspruchnahme spricht. Im Gegenzug ist eine höhere Inanspruchnahme unwahrscheinlich, da einer verbesserten Situation ein häufiges Aufsuchen von Hilfsangeboten entgegensteht. Entsprechend ist es auch nur Bremer Methadonstudie, die sich mit der Inanspruchnahme von Hilfen beschäftigt. Hier zeigt sich ein Rückgang der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Lediglich Beratungsangebote (Sozial- und Rechtsberatung) sowie Selbsthilfegruppen werden ähnlich stark in Anspruch genommen wie vor der Substitution<sup>231</sup>. Dem wird der geringere Hilfebedarf aufgrund der besseren gesundheitlichen und sozialen Situation zugrunde liegen.

Ein weiterer Indikator hierfür ist der Erfolg der psychosozialen Betreuung. Doch solange die psychosoziale Betreuung für die Teilnahme an einer Substitution verbindlich ist, kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Substitution zu einer höheren Inanspruchnahme dessen führt. Ebenso ist ein Vergleich von vor Substitutionsbeginn schwierig, da die KlientInnen erst mit Eintritt in die Substitution Zugang zur PSB in dieser Form haben. In welcher Form die PSB erfolgt, spielt für den Erfolg jedoch keine Rolle. In der Bundesdeutschen Heroinstudie wurden zwei Varianten getestet, zum einen die Psychoedukation/Drogenberatung und zum anderen Case Management/Motivational Interviewing. Es ist jedoch kein relevanter Einfluss des psychosozialen Betreuungssettings auf das Ergebnis der Studie erkennbar<sup>232</sup>. Es zeigt sich zudem im Rahmen der Hamburger Methadonstudie, dass die psychosoziale Betreuung aus KlientInnensicht eine größere Akzeptanz erfährt, wenn diese ein Angebot und nicht ein verpflichtendes Programmelement der Substitutionsbehandlung darstellt<sup>233</sup>. Dies käme auch dem Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen

---

<sup>229</sup> Akzept, 1999: 19

<sup>230</sup> Vgl. ebd.: 19

<sup>231</sup> Vgl. Kurse, 1992: 43f

<sup>232</sup> Vgl. Naber/Haasen, 2006a: 3f

<sup>233</sup> Vgl. Raschke, 1994: 268f

entgegen. Die Studie zeigt ebenfalls, dass die Intensität der psychosozialen Betreuung mit anhaltender Substitutionsdauer abnimmt und der Anteil derer, die nur noch bei Bedarf Betreuungstermine haben zunimmt<sup>234</sup>. Dies zeigt, dass der Hilfebedarf geringer wird, aber auch, dass die KlientInnen lernen Probleme und Bedarfe zu erkennen und Hilfe einfordern. Es fehlen jedoch Vergleichswerte derer, die auch bei Bedarf keine Hilfe in Anspruch nehmen. Daten, inwieweit sich im Rahmen der Substitution, insbesondere der psychosozialen Betreuung, die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung des eigenen Konsumverhaltens verändert haben, liegen nicht vor. Ebenso wenig ein Vergleichswert über die Inanspruchnahme von Hilfen vor der Substitution.

Es zeigt sich, dass eine Bemessung der Selbsthilfepotentiale schwierig ist und mit den vorliegenden Daten nicht vollständig machbar. Jedoch kann man vorsichtig von einer Tendenz sprechen, dass die Substitution hilft, die Hilfsbedarfe der KlientInnen zu reduzieren und die Selbsthilfepotentiale sowie die Fähigkeit des Einforderns von Hilfe bei Bedarf zu steigern. Es lässt sich jedoch nicht feststellen, inwiefern das Substitutionsmittel hier einen Ausschlag geben kann bzw. ob die Substitution mit Methadon oder mit Diamorphin geeigneter ist, diese Ziele zu erreichen. Das Selbstbestimmungsrecht wird durch die gängige Substitutionspraxis aber insofern eingeschränkt, dass eine regelmäßige Teilnahme verpflichtend ist, sowohl an der Vergabe als auch an einer psychosozialen Betreuung. Somit wird eine große Kontrolle auf die PatientInnen ausgeübt, welche auch abschreckende Wirkung haben kann.

Aus den vorhergegangenen Abschnitten lässt sich jedoch erkennen, dass zumindest die Reduzierung von Risiken, die Loslösung von der Szene und die soziale Integration durch Diamorphinbehandlung erfolgreicher ist. Somit lässt sich die These aufstellen, dass Diamorphinsubstitution eine größere Selbstbestimmtheit und -verantwortung mit sich trägt. Es bestehen hierbei jedoch noch zu viele offene Fragen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden können, um diese These bestätigen zu können.

## **6. Fazit**

Der Vergleich von Diamorphin und Methadon als Substitutionsmittel auf der Grundlage der akzeptanzorientierten Drogenarbeit bestätigt die Eingangshypothese, dass die Substitution mit Diamorphin besser geeignet ist die Ziele der akzeptanzorientierten Drogenarbeit zu erreichen, als

---

<sup>234</sup> Vgl. ebd.: 261

die Substitution mit Methadon. In allen Teilzielen erzielt die Diamorphinsubstitution einen größeren Erfolg, oder es sind keine signifikanten Unterschiede zur Methadonsubstitution zu erkennen.

Hierfür sind zeigt sich vor allem verantwortlich, dass bei den KlientInnen, die ärztlich verschriebenes Diamorphin bekommen, der Beikonsum von illegalisiertem Straßenheroin, erheblich zurückgeht. So wird eine bessere Ausgangslage geschaffen die persönliche Situation auch in anderen Lebensbereichen zu stabilisieren, was wiederum zur sozialen Integration beiträgt. Durch den verminderten Beikonsum werden zum einen die Aufenthalte auf der offenen Drogenszene weniger und damit nimmt auch die gesellschaftliche Stigmatisierung ab. Zudem geht die Kriminalität erheblich zurück, da kein Druck herrscht den illegalisierten Stoff zu finanzieren und mit diesem zu handeln. Insofern trägt die Diamorphinsubstitution in der Praxis zu einer stärkeren Entkriminalisierung der KlientInnen bei. Zudem nimmt auch der gefährliche Konsum dort stärker ab, wo weniger illegal konsumiert wird und damit auch die Gefahr der Ansteckung mit HIV oder HVC.

Auch der Gesundheitszustand, sowohl der körperlich als auch der psychische, verbessert sich stärker als der der Methadonsubstituierten. In wieweit dies ebenfalls mit geringerem Beikonsum zusammenhängt kann anhand der vorliegenden Daten nicht geklärt werden und bedarf einer weiteren Evaluation. Es ist aber anzunehmen, dass der Verzicht auf Straßenheroin daran nicht unbeteiligt ist.

In den Bereichen der Haltequote und der Selbsthilfepotentiale kann anhand der Datenlage keine eindeutige Antwort gegeben werden. Die erhebliche Schwankung der Haltequote ist auf spezifische Charakteristika der einzelnen Studien zurückzuführen und somit kann keine eindeutige Aussage über die Auswirkung der Substitutionsmittel auf die Haltequote getroffen werden.

Ähnlich gilt dies für die Aktivierung der Selbsthilfepotentiale der KlientInnen. Hier ist auch anhand der Daten nicht festzustellen, ob die Diamorphinbehandlung hier weitreichendere Erfolge verbuchen kann als die Methadonbehandlung. Da dies jedoch ein wesentlicher Bestandteil, nicht nur der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, sondern der Sozialen Arbeit generell ist, ist dies besonders problematisch. Für eine endgültige Beantwortung der Fragestellung ist dieser Aspekt unabdingbar, doch im Rahmen dieser Arbeit nicht durchführbar. Es bedarf weiterer Forschung auf diesem Gebiet um dies zu beantworten. Die Selbstbestimmung der KlientInnen kann hingegen gesteigert werden, durch eine Lockerung oder Flexibilisierung der Teilnahmebedingungen und Minderung der Kontrolle.

Dennoch lassen sich die Vorteile einer Diamorphinbehandlung für die akzeptanzorientierte

Drogenarbeit nicht leugnen. Doch trotz der Fortschritte gib es immer noch Verbesserungsbedarf. Auf dem Arbeitsmarkt konnte sich keine der beiden Gruppen integrieren. Obwohl bei DiamorphinpatientInnen, wie eben genannt, bessere Voraussetzungen gegeben sind, schaffen sie es nicht hier Fuß zu fassen. Dies wird durch die Eigenschaften des Stoffes Diamorphin erschwert. Aufgrund der geringen Halbwertszeit, müssen die Substituierten mehrfach täglich die Vergabestelle aufsuchen. Der Tagesablauf ist nun nicht mehr durch den Beschaffungsdruck, sondern durch die Vergabe geprägt. Somit ist eine Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt nahezu unmöglich. Damit einhergehend ist auch die schwierige Situation auf dem Wohnungsmarkt für die KlientInnen, wobei hier beachtet werden muss, dass für diesen zudem aufgrund der allgemein schweren Situation aktuell gesonderte Bedingungen herrschen. Das zeigen auch die differenzierten Ergebnisse der verschiedenen Studie.

Anhand dieser Arbeit zeigt sich also, dass die Auswirkungen der Diamorphinsubstitution den Zielen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit näher kommen als die der herkömmlichen Methadonsubstitution. Doch abschließend konnten nicht alle Fragen geklärt werden. So bleibt offen, inwieweit die Substitution zur Hilfe zur Selbsthilfe beiträgt und wie die Integration auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt gelingen kann.

Für weitere Verbesserungen der Substitutionsbehandlung lohnt sich der Blick in die Niederlande. Dort wird den Substituierten lediglich einmal täglich Heroin verabreicht, während der restliche Tagesbedarf mit Methadon zum Mitnehmen abgedeckt wird. Dieser Kompromiss könnte auch auf Deutschland übertragen werden. So könnten die Vorteile des Diamorphins (der „Kick“ und somit geringeres Verlangen nach weiterem illegalisiertem Heroin und den darauf resultierenden Vorteilen) gehalten werden, die negativen Begleiterscheinungen (die Strukturierung des Tagesablaufs einzig nach den Vergabezeiten) reduziert werden. Inwieweit dieses Konzept allerdings erfolgreich ist, kann anhand der jetzigen Datenlage jedoch nicht gesagt werden und bedarf einer neuen, großangelegten Studie und Evaluation.

Doch zunächst bietet es sich an die Diamorphinbehandlung weiter zu öffnen, damit noch mehr Abhängige hiervon profitieren können. Die angedachte Flexibilisierung der Rechtslage für die Einrichtungen ist ein erster Schritt, doch in der Zukunft muss auch die Ultima-Ratio-Klausel, nicht nur für die Methadon-, sondern auch für die Diamorphinbehandlung hinterfragt werden, um eine adäquate Versorgung an wirkungsvoller Substitutionsbehandlung sicherzustellen. Dass der Bedarf da ist, zeigt die hohe Zahl der Methadonsubstituierten. Doch er wäre ein Fehler gänzlich hierauf zu verzichten. Es ist ein vielfältiges Angebot an Maßnahmen notwendig, um dem differenzierten Hilfebedarf gerecht zu werden. Welche Substitutionsform im individuellen Einzelfall die geeignete ist, ist von Fall zu Fall zu entscheiden.

## Literaturverzeichnis

akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. (1999)– Leitlinien des akzeptierenden Drogenarbeit. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin.

Bauer, Christine; Bossong, Horst (1993): Konzepte einer Kontrollierten Heroinabgabe am Beispiel der Schweiz und Deutschlands. In: Akzept e.V. (Hrsg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht!. Konkret Literatur Verlag, Hamburg. S. 133 - 141

Bieniek, Reinhard (1993): Entkriminalisierung von Drogenabhängigen durch Substitutionsbehandlung. Peter Lang, Frankfurt/Main.

Blaken, Peter; Hendriks, Vincent M.; van den Brink, Wim; van Ree, Jan M. (2005): Heroin auf Rezept für die Behandlung von therapieresistenten chronisch Heroinabhängigen. Die Resultate niederländischer Studien und der aktuelle Stand. In: Konturen 19, 2005

Bossong, Horst (1989): Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution. Eine Übersicht über Forschung, Praxis und Bundesdeutsche Diskussion. In: Bossong, Horst; Stöver, Heino (Hrsg.): Methadon. Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung. Verlag Lenz, Maass, Teuber, Berlin. S. 8-27

Bossong, Horst (1992): Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution. Eine Übersicht über Forschung, Praxis und Bundesdeutsche Diskussion. In: Bossong, Horst; Stöver, Heino (Hrsg.): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York. S. 17-39

Bossong, Horst; Bauer, Christiane (1997): Drogensuchtbehandlung mit Heroin und anderen Originalstoffen. Ausländische Erfahrungen und inländische Planungen. In: Bossong, Horst; Gözl, Jörg; Stöver, Heino: Leitfaden Drogentherapie. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York. S. 266-276

Darke, Shane; Ward, Jeff; Hall, Wayne; Heather, Nick; Wodak, Alex (1991): The Opiate Treatment Index (OTI) Manual. National Drug and Alcohol Research Center, University of New South Wales, Australia.

Dillinger, Horst; Freyberger, Harald J. (2012): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 6., überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

Gerlach, Ralf; Engemann, Stefan (1995): Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Indro e.V., Münster.

Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (2009): Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. Eine Zwischenbilanz. In: Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (Hrsg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Lambertus, Freiburg i. Breisgau. S. 15-34

Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (2011): Psychosoziale Betreuung in der Opiatbehandlung. In: Hönekopp, Inge; Stöver, Heino (Hrsg.): Beispiele guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Lambertus, Freiburg i. Breisgau. S. 114-118

Gersemann, Olaf (1996): Kontrollierte Heroinabgabe. Optionen einer künftigen Drogenpolitik. Eine ökonomische Betrachtung. S + W Steuer und Wirtschaftsverlag, Hamburg.

Glöckner-Rist, Angelika; Stieglitz, Rolf-Dieter (2011): TBS-TK Rezension- SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Deutsche Version). In: Psychologische Rundschau, 63, S. 73–75.

Götzke, Christine (2011): Wissenschaftlicher Kenntnisstand zum regulären Behandlungsendender Substitutionstherapie Opiatabhängiger. Hochschule für Angewandte Wissenschaft (Bachelorarbeit), Hamburg.

Haasen, Christian; Reimer, Jens; Karow, Anne (2004): Substitution. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian (Hrsg.): Kompendium Sucht, Thieme, Stuttgart. S. 82–89

Haller, Gerhard (2012): Vom Morphin zur Substitution. Die historische und gesellschaftliche Kontroverse zur Substitution Opiatabhängiger. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg.

Hartwig, Karl-Hans; Pies, Ingo (1995): Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvergabe. Mohr, Tübingen.

Hungar, Marlies; Roll, Klaus; Rönicke, Bärbel (2002): Substitution. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. Ecomed, Landsberg/Lech.

Jensen, Annette (2003): Akzeptierende und niedrigschwellige Drogenarbeit. Konzepte und Praxisformen im Vergleich. Universität Hamburg (Diplomarbeit), Hamburg.

Krauß, E. Jürgen (2008): Methoden Sozialer Arbeit. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München. S. 589–594

Kruse, Peter (1992): Zwischenbericht der Begleitforschung zur Methadon-Substitution im Land Bremen. Universität Bremen, Bremen.

Loviscach, Peter (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Lambertus, Freiburg i. Breisgau.

Marks, John (1992): Heroinvergabe. Das englische System in Widness, Merseyside. In: Neumeyer, Jürgen; Schaich-Walch, Gudrun (Hrsg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Schüren Presseverlag, Marburg. S. 57-64

Marx, Hartwig (1987): Methadon-Praxis in Europa. Deutscher Studien Verlag, Weinheim.

Michels, Ingo Ilja; Stöver, Heino (1999): Vor der ärztlich kontrollierten Originalstoffvergabe. Welche Fragen stellen sich?. In: Stöver, Heino (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Lambertus, Freiburg i. Breisgau. S. 199-210

Naber, Dieter; Haasen, Christian (2006a): Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg.

Naber, Dieter; Haasen, Christian (2006b): Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie.

Klinischer Studienbericht zum Abschluss der 2. Studienphase. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg

Naber, Dieter; Haasen, Christian (2008): Das Bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Klinischer Abschlussbericht zum Abschluss der Follow-Up Phase. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Hamburg.

Prinzleve, Michael (2004): Behandlungsansätze. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian (Hrsg.): Kompendium Sucht, Thieme, Stuttgart.

Raschke, Peter (1994): Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Lambertus, Freiburg i. Breisgau.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung. Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MVB-RL). Bundesanzeiger 2012: Nr. 31: 747

Schmidt-Semisch, Henning; Wehrheim, Jan (2005): Exkludierte Toleranz. Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd; Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. S. 221-237

Schnackenberg, Kai (2009): Die soziale Reintegration von schwerst Opiatabhängigen unter der Substitutionsbehandlung mit Diamorphin. Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Diplomarbeit), Hamburg.

Schneider, Wolfgang (2005): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd; Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. S. 267-281

Seidenberg, André (1992): Das Drogenproblem. Eine Falsche Frage. In: Neumeyer, Jürgen; Schaich-Walch; Gudrun (Hrsg.): Zwischen Normalisierung und Legalisierung. Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Schüren Presseverlag, Marburg. S. 126-139

Stimmer, Franz (2000): Suchtlexikon. Oldenbourg Verlag, München, Wien.

Stöver, Heino (1990a): Akzeptierende Drogenarbeit. Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven. In: Schuller, Klaus; Stöver, Heino (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau. S. 14-30

Stöver, Heino (1990b): Vorwort. In: Schuller, Klaus; Stöver, Heino (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau. S. 7-10

Trappe, Ulrich (1999): Psychopathologie unterschiedlicher Gruppen Opiatabhängiger im Vergleich. Substituierte im Vergleich zu aktuell Abstinenten. Psychiatrische Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf (Dissertation), Hamburg.

Uchtenhagen, Ambros; Dobler-Mikola, Anja; Steffen, Thomas; Blätter, Richard; Pfeifer, Silvia; Gutzwiller, Felix (2000): Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängig. Wichtigste Resultate der schweizerischen Kohortenstudie. Karger, Basel.

Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln. Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV). Stand: 20.07.2012

Viethen, Maja (2005): Methadon als Maßnahme akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Ursprüngliche Zielsetzung und erreichte Veränderungen. Eine kritische Bilanz. In: Dollinger, Bernd; Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin. S. 283-306

Von Bülow, Albrecht; Heidhaus, Herbert; Kirsche, Matthias; Kröger, Stefan (1991): Methadon. Grundlagen, Erfahrungen und Probleme Medikamentengestützter Drogentherapie. Profil Verlag, München.

Weymann, Sabine (1993): Der Einfluss von Ersatzdrogenprogrammen auf die Drogensucht unter besonderer Berücksichtigung von Beschaffungskriminalität, Beschaffungsprostitution und HIV-Infektionsrate von i.v. Drogenabhängigen. Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt/Main.

## **Internetquellen**

Bundesministerium der Justiz: Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. In: [http://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/index.html) (Zugriff: 14.02.2013)

Gemeinsamer Bundesausschuss 2013: Pressemitteilung 01/2013: Einrichtungen für die Behandlung von schwerstkranken Opiatabhängigen wird der Zugang zur Versorgung erleichtert. In: <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-470/01-2013-01-17-diamorphin.pdf> (Zugriff: 01.02.2013)

World Health Organisation: Management of Substance Abuse. Lexicon of alcohol and drug terms. In: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/) (Zugriff: 14.02.2013)

World Health Organization: Management of Substance Abuse. Opiate Treatment Index. In: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/opiatetreatmentindex/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/opiatetreatmentindex/en/) (Zugriff: 29.01.2013)

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift